



WISSENSRAUM

DER ETHISCHE KOMPASS IN DER PALLIATIVE CARE

Medizinethik, kulturelle Sensibilität und Spiritual Care am Lebensende

*Menschen verstehen,
bevor man sie begleitet.*

WISSENSRAUM NR. 2

Langtext zur Präsentation · Deutsch

♦ 1. Einleitung — Menschen verstehen, bevor man sie begleitet

Palliative Care berührt weit mehr als medizinische Versorgung.

Entscheidungen am Lebensende stehen im Spannungsfeld von Selbstbestimmung, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit – zugleich geprägt durch Biografie, Kultur, Religion, Weltanschauung und persönliche Vorstellungen von Würde, Sinn und Sterben. Wer einen Menschen in dieser Phase begleitet, begegnet nicht nur einem Krankheitsbild, sondern einer ganzen Lebensgeschichte.

Dieser Wissensraum verbindet medizinethische Orientierung mit kultursensibler Kommunikation und Spiritual Care. Im Mittelpunkt stehen ethische Konflikte, Patientenrechte, Advance Care Planning, religiöse und weltanschauliche Hintergründe, verborgene spirituelle Bedürfnisse sowie die Rolle professioneller Begleitung am Lebensende.

Ausgangspunkt sind vier Fragen, die jede ganzheitliche Begleitung stellt. **Körperlich:** Was belastet den Körper – Schmerz, Atemnot, Übelkeit? **Psychisch:** Was belastet die Seele – Angst, Trauer, Depression? **Sozial:** Wer trägt diesen Menschen – Familie, Freunde, oder Einsamkeit? **Spirituell:** Was gibt dem Leben Sinn und Hoffnung – Glaube, Werte, Frieden? Der ethische Kompass in diesem Text richtet sich an der Antwort auf alle vier Fragen aus, nicht nur an der ersten.

„Was zählt, ist nicht nur, was medizinisch möglich ist – sondern, was dem Menschen entspricht.“

♦ 2. Ethik als Denkraum — wozu wir sie am Krankenbett brauchen

Ethik ist keine Sammlung von Verboten, sondern die Kunst, Handeln zu begründen.

Als praktische Disziplin der Philosophie versteht sich Ethik heute als Wissenschaft vom moralischen Handeln. Sie fragt, wie Wertvorstellungen entstehen, wie sie sich verändern und was sie im Alltag bewirken – und sie sucht Gründe dafür, warum etwas richtig oder falsch sein soll. Am Lebensende ist diese Begründungsarbeit unausweichlich. Hier treffen Entscheidungen auf Situationen ohne bequeme Antworten: Wann ist eine Behandlung noch sinnvoll? Wie viel Wahrheit ist zumutbar? Was darf, was soll, was muss unterbleiben?

Ethik arbeitet auf zwei Ebenen. **Beschreibend** hält sie fest, welche Maßstäbe Menschen in einer Gesellschaft tatsächlich anlegen. **Normativ** formuliert sie, wie in bestimmten Situationen gehandelt werden soll. Dabei greift sie auf Erkenntnisse anderer Wissenschaften zurück: auf die Anthropologie (Ist der Mensch ein Einzel- oder ein Gemeinschaftswesen?), auf Psychologie und Soziologie (Wie prägen frühe Erfahrungen und soziales Umfeld unser Handeln?) und auf Theologie und Religionswissenschaft (Welche Bedürfnisse schöpfen Sterbende aus ihrem Glauben?).

Für einzelne Felder haben sich **Fachethiken** herausgebildet: für die Medizin, für die Pflege, für das berufliche Selbstverständnis insgesamt. Die Pflegeethik beschreibt, welche Werte und Pflichten einen Beruf tragen – Freiheit von Vorurteilen, Fachwissen, Bereitschaft zur Selbstkritik, Verantwortung für das eigene Handeln. Sie gibt Pflegenden Ziele, mit denen sie sich identifizieren können, und damit Orientierung und Sicherheit im Alltag.

Werte, Grundwerte, Tugenden. Werte entstehen durch Wertschätzen und Abwägen: als Übereinkunft darüber, was dem Menschen zuträglich oder abträglich ist. Grundwerte wie Gleichheit, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Freiheit der Person oder die Religions- und Meinungsfreiheit tragen alles Weitere. Tugenden wie Zuverlässigkeit und Sorgfalt sind Sekundärwerte, die im Berufsalltag sichtbar werden.

Moral und Ethos. Moral (lateinisch mores, „Sitten“) meint die Verhaltensregeln, die eine Gruppe für bestimmte Bereiche vorgibt. Das Ethos (griechisch für „Sittlichkeit“, „Gesinnung“) ist das, was der

einzelne Mensch daraus zu seiner eigenen Haltung macht – seine Einstellung gegenüber konkreten Menschen und Situationen. Das Ethos der Pflege beschreibt die Werte und Ziele, die Pflegenden in ihrer Arbeit grundsätzlich berücksichtigen wollen.

Entscheidungsmaßstäbe. Wenn Werte miteinander in Spannung geraten, helfen drei Maßstäbe: der Sachverstand, der Risiken und Nutzen nüchtern gegeneinander abwägt; die individuellen Lebensziele des Patienten, die wie ein Filter wirken; und allgemeine Wertvorstellungen, in denen sich eine Gesellschaft weitgehend einig ist. Erst im Zusammenspiel entsteht eine Entscheidung, die fachlich tragfähig und menschlich stimmig zugleich ist.

♦ 3. Medizinethische Grundprinzipien

Vier Prinzipien geben Orientierung, ohne einfache Antworten zu liefern.

Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit bilden das klassische Gerüst medizinethischer Abwägung. Am Lebensende geraten sie besonders häufig in Spannung zueinander: Der Wunsch nach Selbstbestimmung kann mit dem Fürsorgeimpuls des begleitenden Teams kollidieren, eine lebensverlängernde Maßnahme kann Schaden zufügen, wo sie Hilfe verspricht. Jedes Prinzip lässt sich als Frage an die eigene Praxis lesen:

- **Autonomie (Selbstbestimmung)** – „Was möchte der Patient selbst?“ Der Wille des einwilligungsfähigen Patienten ist maßgeblich, auch wenn er schwerer verständlich wird.
- **Fürsorge (Benefizienz)** – „Was hilft diesem Menschen wirklich?“ Im Mittelpunkt stehen Maßnahmen, die die Lebensqualität verbessern.
- **Nichtschaden (Non-Malefizienz)** – „Verursacht meine Maßnahme mehr Schaden als Nutzen?“ Dazu gehört der Verzicht auf belastende Diagnostik ohne therapeutischen Nutzen.
- **Gerechtigkeit (Justice)** – „Behandle ich diesen Menschen fair?“ Gleiche Versorgung, unabhängig von Herkunft oder Status.

Die Prinzipien sind Fragen, keine Formeln. Keines steht dauerhaft über den anderen, und keines ist ein Freibrief: Selbstbestimmung setzt Information, Zeit und Beziehung voraus; Fürsorge darf nicht zur Bevormundung werden.

♦ 4. Ethische Konflikte navigieren

Ethische Dilemmata entstehen, wenn berechtigte Werte in Spannung stehen.

Es gibt selten eine perfekte Lösung, sondern eine begründbare Abwägung. In der Palliative Care begegnen drei Konstellationen besonders häufig.

Leben verlängern oder Leid vermeiden. Am deutlichsten zeigt sich dieser Konflikt bei der künstlichen Ernährung am Lebensende. Was in anderen Krankheitsphasen Fürsorge bedeutet, kann in der Sterbephase zur Belastung werden. Orientierung geben der Wille des Patienten und der realistische Nutzen der Maßnahme.

Autonomie oder Fürsorge der Angehörigen. Angehörige verlangen mitunter eine Therapie, die der Patient ablehnt – aus Liebe, aus Angst, aus Schuld. Ihre Sorge verdient Ernst und Zuwendung, sie kann den Willen eines einwilligungsfähigen Patienten aber nicht ersetzen: Dieser hat zwingend Vorrang. Die Aufgabe des Teams besteht dann darin, die Angehörigen im Gespräch mitzunehmen, damit sie den Willen annehmen können.

Leid lindern oder Bewusstsein erhalten. Bei starken Schmerzen und anderen quälenden Symptomen kann die palliative Sedierung Linderung bringen. Sie kommt jedoch nur bei therapierefraktären Symptomen in Betracht, also dann, wenn andere Mittel nicht ausreichend wirken – und sie verlangt Aufklärung, Abstimmung im Team und, soweit möglich, die Beteiligung des Patienten. Ihr Ziel ist die

Linderung anderweitig nicht ausreichend beherrschbarer Belastungen; sie ist keine Maßnahme mit dem Ziel, das Leben zu beenden. Schon in der Intention unterscheidet sie sich damit von einer gezielten Lebensbeendigung.

Wenn ein Mensch den Wunsch zu sterben äußert. Ein Sterbewunsch verlangt zunächst weder Zustimmung noch Widerspruch, sondern Aufmerksamkeit. Er kann Ausdruck körperlichen Leidens, psychischer Belastung, existenzieller Not, des Verlusts von Autonomie oder eines dauerhaft gefassten, selbstbestimmten Entschlusses sein. Professionelle Begleitung heißt deshalb zunächst: zuhören, Gründe und Veränderlichkeit des Wunsches erkunden, Entscheidungsfähigkeit und mögliche Belastungsfaktoren fachlich klären und palliative, psychosoziale sowie spirituelle Unterstützung zugänglich machen. Davon zu unterscheiden ist die rechtliche und ethische Frage des assistierten Suizids: Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 entschieden, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst – einschließlich der Freiheit, dafür die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Einen Anspruch darauf, dass Dritte Suizidhilfe leisten müssen, begründet das nicht. Wie ein Team damit umgeht, bleibt eine Frage sorgfältiger Abwägung im Einzelfall, die niemand allein tragen sollte.

Die ethische Fallbesprechung. Wo die Abwägung schwerfällt, hilft ein strukturiertes Vorgehen mehr als das Bauchgefühl Einzelner. Es beginnt mit der Klärung der Situation und der medizinischen Fakten, fragt nach Willen und Werten des Patienten, hört die Perspektiven aller Beteiligten, benennt Handlungsoptionen, wägt sie ab und begründet die Entscheidung – die anschließend dokumentiert und nach einer vereinbarten Frist überprüft wird. Ethikberatung, wie sie Kliniken, Hospize und Einrichtungen anbieten, stellt diese Struktur bereit. Ihr Gewinn: Unterschiedliche Sichtweisen werden ausgesprochen, bevor sie im Team als unausgesprochener Konflikt weiterwirken.

✦ 5. Die Rechte sterbender Menschen

Würde am Lebensende ist kein Gnadenakt, sondern ein Anspruch.

Sterbende verlieren keine Rechte – diese gewinnen vielmehr an Bedeutung. Die Menschenwürde am Lebensende ruht auf vier Pfeilern:

- **Recht auf Selbstbestimmung** – Der aktuelle oder vorausverfügte Wille des Menschen bildet die Grundlage medizinischer und pflegerischer Entscheidungen. Eine Patientenverfügung ist zu beachten, soweit ihre Festlegungen auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.
- **Recht auf angemessene Schmerz- und Symptombildung** – Beschwerden werden regelmäßig erfasst und nach dem aktuellen fachlichen Standard behandelt.
- **Recht auf ehrliche Information** – Der Patient entscheidet, wie viel er wissen möchte.
- **Recht auf Begleitung und Privatheit** – Niemand stirbt gegen seinen Willen einsam; die Intimsphäre wird geschützt.

In der Sprache der Betroffenen lassen sich diese Rechte weiter entfalten. Ein sterbender Mensch darf bis zuletzt als lebendiger Mensch behandelt werden und stets noch hoffen – worauf auch immer sich seine Hoffnung richtet. Er darf seine Gefühle und Emotionen angesichts des nahenden Todes auf die ihm eigene Weise ausdrücken. Er darf kontinuierlich medizinisch und pflegerisch versorgt werden, auch wenn das Ziel „Heilung“ dem Ziel „Wohlbefinden“ weichen muss. Er darf erwarten, dass seine Fragen ehrlich beantwortet werden und dass niemand ihn täuscht.

Er hat ein Recht auf Menschen, die einfühlsam, klug und kompetent sind und sich bemühen, seine Bedürfnisse zu verstehen; auf Hilfe für seine Familie, damit auch sie den Tod annehmen kann; und darauf, offen über seine religiösen oder spirituellen Erfahrungen zu sprechen, unabhängig davon, was sie anderen bedeuten. Er darf seine Individualität bewahren, ohne verurteilt zu werden, wenn seine Entscheidungen den Einstellungen anderer widersprechen. Und er darf darauf vertrauen, dass die

Unversehrtheit seines Körpers auch nach dem Tod respektiert wird – bis hin zu dem, was am Ende über allem steht: in Frieden und Würde sterben zu dürfen.

♦ 6. Vorausdenken — Advance Care Planning als Gespräch

Advance Care Planning ist kein Formular, sondern ein fortlaufender Gesprächsprozess.

Die vorausschauende Planung beginnt nicht mit einem Dokument, sondern mit einer Frage: „Was bedeutet Lebensqualität für Sie?“ Aus dem Gespräch über Werte entstehen Behandlungsziele – und mit ihnen Grenzen, etwa der Verzicht auf Wiederbelebung. Der Prozess lässt sich als Kreislauf beschreiben:

- **Werte besprechen** – Was macht das Leben für diesen Menschen lebenswert?
- **Behandlungsziele festlegen** – Welche Grenzen sollen gelten?
- **Dokumente erstellen** – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht halten das Besprochene fest.
- **Im Team kommunizieren** – Die Wünsche werden im interprofessionellen Team transparent gemacht.
- **Regelmäßig überprüfen** – Wünsche können sich ändern; dann beginnt der Prozess neu.

Advance Care Planning ist dabei mehr als Vorsorgedokumentation. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht können Ergebnisse vorausschauender Planung sichern; der eigentliche Kern liegt jedoch im wiederkehrenden Gespräch über Werte, Behandlungsziele und mögliche künftige Entscheidungssituationen. Wer diesen Kreislauf ernst nimmt, schützt den Patienten vor Entscheidungen, die im Ernstfall über seinen Kopf hinweg getroffen würden, und entlastet Angehörige wie Team von der Last, raten zu müssen. Die rechtlichen Grundlagen, die Versorgungswege und die Ausgestaltung der Vorsorgedokumente sind im Wissensraum Nr. 4, „Palliative Care 2026 – Das architektonische Fundament“, geordnet.

Wenn Selbstbestimmung nicht mehr unmittelbar geäußert werden kann. Auch dann gibt es eine Reihenfolge der Orientierung. Zuerst zählt, soweit möglich, der aktuelle Wille – auch nonverbal geäußert. Liegt eine Patientenverfügung vor, deren Festlegungen auf die aktuelle Situation zutreffen, ist sie verbindlich. Eine bevollmächtigte oder rechtlich bestellte Vertretung prüft dies und verschafft dem Willen des Menschen Geltung. Trifft keine Verfügung zu, gelten früher geäußerte Behandlungswünsche, Wertvorstellungen und der mutmaßliche Wille als Maßstab. Hier zeigt sich, wie viel ein früheres Gespräch wert ist. Die rechtlichen Einzelheiten führt der Wissensraum Nr. 4 aus.

♦ 7. Sprache, die Brücken baut

Worte entscheiden darüber, ob sich ein Mensch ernst genommen fühlt.

Im Gespräch mit schwerkranken Menschen zeigt sich Ethik in Sekunden. Manche Sätze errichten Barrieren, andere schlagen Brücken.

- **Barrieren:** „Das lohnt sich doch nicht mehr.“ (entwertend) · „Der Tumor in Zimmer 4.“ (entmenslichend) · „Darüber brauchen Sie sich keine Gedanken zu machen.“ (Gefühle relativierend)
- **Brücken:** „Wir richten unsere Behandlung an Ihren Wünschen aus.“ (fürsorglich) · „Herr Schneider ...“ (personenzentriert) · „Was ist Ihnen im Moment besonders wichtig?“ (Bedürfnisse erkennend)

Ehrliche Information heißt nicht: alles auf einmal. Der Patient entscheidet, wie viel er wissen möchte. Manche Menschen wollen die Prognose genau kennen, andere brauchen Raum für Hoffnung. In manchen Familien wird erwartet, dass Angehörige Nachrichten entgegennehmen und für den

Kranken sprechen. Ethisch bleibt die Richtung dieselbe: Der Patient wird gefragt, nicht übergangen – auch danach, wer wie viel erfahren darf.

Wo eine gemeinsame Sprache fehlt, sind Dolmetscherinnen und Dolmetscher der bessere Weg als Angehörige. So bleibt die Familie in ihrer Rolle als Familie, und Inhalte werden weder abgemildert noch verfälscht.

♦ 8. Biografie vor Etikett – Kultur, Religion und Spiritualität

Religion erklärt nicht den Menschen – sie ist nur ein Teil seiner Geschichte.

Kultur, Religion und Spiritualität überschneiden sich, und in ihrer Mitte steht die individuelle Biografie. Die Kenntnis von Religionen ist ein Werkzeug, kein Regelwerk: Nicht jeder gläubige Mensch wünscht religiöse Rituale, und nicht jeder konfessionslose Mensch lehnt spirituelle Begleitung ab.

Religion und Spiritualität. Religion ist oft an Glaubensgemeinschaften gebunden, folgt festen Lehren, Traditionen und Ritualen; ihr Zentrum sind Gott oder heilige Schriften. Spiritualität kann eine individuelle Suche auch jenseits institutioneller Bindung sein, gespeist aus Natur, Musik, Familie, Kunst und Erinnerungen. Religion und Spiritualität können eng miteinander verbunden sein, müssen es jedoch nicht: Spiritualität kann innerhalb religiöser Traditionen ebenso Ausdruck finden wie unabhängig von institutioneller Religion. Beide treffen sich in der Suche nach Sinn, Hoffnung, Verbundenheit und innerem Frieden – und im Umgang mit Leid und Endlichkeit.

Kultursensible Pflege als ethische Frage. In einer Einwanderungsgesellschaft wächst der Anteil älterer Menschen, die unterschiedliche kulturelle, religiöse und biografische Prägungen mitbringen und nun auf Pflege angewiesen sind. Ihre Versorgung verlangt soziale Kompetenz und Toleranz gegenüber dem Unbekannten. Fehlt diese Voraussetzung oder zeigen Pflegende kein Interesse an den kulturell, religiös oder spirituell begründeten Wünschen, entstehen schnell Missverständnisse – und die Betroffenen erleben sie oft als Diskriminierung. Fehlende Rücksicht auf kulturelle und religiöse Unterschiede ist damit keine Frage mangelnder Integration der Patienten, sondern Ausdruck einer Pflege, die sich von der Menschlichkeit entfernt hat. Patientenorientierung bedeutet: fragen, statt zu unterstellen.

Stereotype vermeiden. Innerhalb jeder Tradition gibt es Strömungen, unterschiedliche Grade der Verbundenheit und ganz persönliche Wege. Aus einem Etikett folgt kein Bedürfnis. Die Übersicht im nächsten Abschnitt ist deshalb der Einstieg in ein Gespräch, keine Vorhersage.

„Kultursensibilität beginnt nicht mit Wissen über andere – sondern mit der Bereitschaft, nicht zu wissen.“

♦ 9. Weltanschauungen im Überblick – ein Orientierungsrahmen

Wer die Grundzüge kennt, kann gezielter fragen.

Ein Grundwissen über die wichtigsten Weltreligionen, ihre Sterberituale, gelebten Traditionen und Feiertage erleichtert die Begegnung. Die folgende Tabelle bündelt das Wesentliche für die Begleitung – als Anregung für Fragen, nicht als Antwort: Was im Einzelfall gilt, hängt von der persönlichen Praxis ab.

Tradition	Deutung von Sterben und Tod	Was trägt und tröstet	Für die Begleitung
Christentum	Tod als Übergang; Hoffnung auf Auferstehung	Gebet, Krankensalbung, Abendmahl, Segen; Kreuz und Kerze	Seelsorge anbieten, religiöse Symbole respektieren; nach Konfession und persönlichem Wunsch fragen

Tradition	Deutung von Sterben und Tod	Was trägt und tröstet	Für die Begleitung
Islam	Leben und Tod liegen in Gottes Hand	Koran, Gebet und Glaubensbekenntnis; Ausrichtung nach Mekka; Imam	Je nach persönlicher Praxis können besondere Wünsche zu Intimsphäre und gleichgeschlechtlicher Pflege bestehen; oft ist die Anwesenheit der Angehörigen und eine rituelle Waschung durch Gläubige wichtig
Judentum	Leben ist heilig; Tod als Übergang	Psalmen, Gebete, Rabbiner; Totenwache	Je nach Ausrichtung können Vorgaben zum Umgang mit dem Körper, die Einbeziehung der Gemeinde und eine rasche Beisetzung wichtig sein
Hinduismus	Kreislauf von Tod und Wiedergeburt (Samsara)	Mantras, heilige Symbole, Wasser	Rituale der Familie nach Möglichkeit ermöglichen; Raum für Angehörige lassen
Buddhismus	Sterben als bewusster Übergang, Vergänglichkeit	Meditation, Ruhe, ermutigende Worte	Je nach Tradition kann eine möglichst ungestörte Atmosphäre während und nach dem Sterben von besonderer Bedeutung sein
Humanismus / konfessionsfrei	Biologisches Ende; Sinn aus der eigenen Biografie	Musik, Natur, Lebensbilanz	Keine religiösen Rituale voraussetzen

Auch Feiertage und Rhythmen berühren die Pflege: der Ramadan als Fastenmonat, der Schabbat als Ruhetag, christliche Gedenktage wie Allerheiligen oder der Totensonntag. Und es gibt Fälle, in denen eine Glaubensüberzeugung unmittelbar eine medizinische Entscheidung berührt. Zeugen Jehovas lehnen aus Glaubensgründen Bluttransfusionen ab; was das im Einzelnen umfasst, entscheiden Betroffene nach ihrem Gewissen. Hier zeigt sich das Prinzip der Autonomie in seiner klarsten Form: Es wird geachtet, im Gespräch geklärt und im Team getragen.

Wie religiöse und weltanschauliche Vorstellungen Menschen in Krankheit und Sterben tragen, vertieft der Wissensraum Nr. 19, „Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität“.

♦ **10. Verborgene spirituelle Bedürfnisse erkennen**

Was ein Mensch sagt, ist selten alles, was er braucht.

Wie ein Eisberg zeigt Sprache nur einen kleinen Teil dessen, was darunter liegt. Sätze wie „Warum passiert das ausgerechnet mir?“, „Ich habe noch etwas zu erledigen.“ oder „Ich möchte einfach meine Ruhe.“ sind oft die sichtbare Spitze. Darunter liegen Bedürfnisse, die sich nicht sofort benennen lassen:

- **Angst und Sorge** – existenzielle Verzweiflung und die Sorge um die Hinterbliebenen.
- **Versöhnung** – Unvollendetes, Schuldgefühle oder der Wunsch zu vergeben.
- **Frieden und Transzendenz** – der tiefe Wunsch nach Akzeptanz und Loslassen.

Spirituelles Leid ist der Verlust von Lebenssinn, von Identität und von Autonomie. Es braucht keine Deutung von außen. Es braucht jemanden, der bemerkt, dass hinter einem Satz eine Frage liegen kann – und der bleibt, nachfragt und aushält. Wie sich solche Bedürfnisse systematisch erfassen lassen, zeigt der Wissensraum Nr. 19; das Modell der drei Körper und fünf Hüllen als Landkarte des Menschen findet sich im Wissensraum Nr. 20.

♦ 11. Spiritual Care — Rolle und Grenzen der Pflege

Pflege muss existenzielle Fragen nicht lösen – sie darf sie gemeinsam aushalten.

Das Herzstück einer gelingenden spirituellen Begleitung ist Zuwendung ohne Bewertung: den einzelnen Menschen respektieren und wertschätzen, wie er ist und woran er glaubt. Das pflegerische Werkzeug dafür ist schlicht:

- **Präsenz** – sich auf Augenhöhe setzen, Zeit nehmen, schweigend dableiben.
- **Lebensrückblick fördern** – über Familie, Beruf oder besondere Ereignisse sprechen lassen.
- **Offen fragen** – „Was gibt Ihnen in dieser Zeit Kraft?“

Ebenso wichtig sind die Grenzen. Pflege missioniert nicht und drängt keine eigenen Glaubensüberzeugungen auf. Sie muss nicht auf alle Lebensfragen eine Antwort kennen. Und sie ersetzt keine spezialisierte Psychotherapie bei schweren Krisen – dann gehört es zur Professionalität, Seelsorge, Psychologie oder Psychotherapie hinzuzuziehen. Wer seine Grenzen kennt, kann Nähe zulassen, ohne sich darin zu verlieren.

♦ 12. Würde über den Tod hinaus

Begleitung endet nicht mit dem letzten Atemzug.

Für viele Menschen und Traditionen ist die Zeit unmittelbar nach dem Tod von besonderer Bedeutung: die Verabschiedung, die Totenwache, die rituelle Waschung, die ungestörte Ruhe. Pflegende müssen diese Rituale nicht in allen Einzelheiten kennen, aber sie können sie ermöglichen – durch Fragen, durch Raum und durch Zeit. Wer wird gerufen? Wer darf den Körper berühren oder waschen? Wie lange soll der Verstorbene bleiben dürfen? Solche Wünsche stoßen mitunter an Grenzen des örtlichen Bestattungsrechts, das von Land zu Land unterschiedlich geregelt ist; ein frühes Gespräch hilft.

Auch die Bestattungskultur in Deutschland hat sich tiefgreifend gewandelt. Lange bestimmte die kirchliche Tradition den Abschied: Aussegnung, Trauerfeier, Beisetzung im Familiengrab, schwarze Kleidung, Trauer als etwas Privates. Heute stehen daneben Feuerbestattung, Baum- und Seebestattung, anonyme Gräber und individuell gestaltete Abschiede, dazu Gedenkort im öffentlichen Raum und im Internet. Als Gründe gelten die Liberalisierung der Bestattungsgesetze, die Abkehr von christlichen Traditionen und die zunehmende Individualisierung, aber auch wirtschaftliche Faktoren.

Pflegeethisch bedeutet dieser Wandel: Die Art des Abschieds gehört zum Selbstbestimmungsrecht. Wer sie frühzeitig erfragt, wahrt die Würde des Sterbenden und entlastet die Menschen, die nach ihm bleiben.

♦ 13. Moralischer Stress und die Verantwortung des Teams

Wer ethische Konflikte täglich trägt, braucht Strukturen, die mittragen.

Moralischer Stress entsteht, wenn Menschen spüren, was richtig wäre, und es dennoch nicht tun können. Er beginnt oft leise – als innerer Konflikt und Gewissensbelastung, wenn Maßnahmen ethisch kritisch gesehen werden. Ein Gefühl der Hilflosigkeit führt zum Rückzug, am Ende stehen Zynismus und emotionale Erschöpfung. Diese Abwärtsspirale lässt sich unterbrechen, wenn das Team ein Werkzeug hat, das ihr entgegenwirkt:

- **Fallbesprechungen** – unterschiedliche Perspektiven im Team verstehen.
- **Ethikberatung** – strukturierte Reflexion in komplexen Dilemmata.
- **Teamkultur** – eigene Grenzen akzeptieren und offen kommunizieren.

Selbstfürsorge ist damit keine Privatsache, sondern eine ethische Aufgabe: Nur wer im eigenen Gewissen gehalten wird, kann andere halten.

♦ 14. Haltung — Palliative Care als Kompass

Die wichtigste Kompetenz in der Palliative Care ist nicht nur Fachwissen, sondern Haltung.

Diese Haltung lässt sich in drei Sätzen fassen. **Ich höre zu** – der Mensch fühlt sich ernst genommen. **Ich urteile nicht** – unterschiedliche Lebensentwürfe werden respektiert. **Ich halte Unsicherheit aus** – nicht jede Frage braucht sofort eine Antwort.

Der ethische Kompass weist damit in drei Richtungen. **Ethik:** Ethische Konflikte fordern keine perfekten Lösungen, sondern am Patientenwillen orientierte Abwägungen. **Kultur:** Kultursensible Pflege beginnt mit echtem Interesse am Individuum, nicht mit Stereotypen. **Spiritualität:** Spiritual Care löst keine existenziellen Krisen, sondern hält sie gemeinsam mit dem Patienten aus.

„Am Ende unseres Lebens werden sich Menschen wahrscheinlich nicht daran erinnern, wie perfekt wir gearbeitet haben. Sie werden sich daran erinnern, wie wir ihnen begegnet sind.“

♦ Palliative Care beginnt dort, wo fachliches Wissen dem Menschen in seiner ganzen Biografie begegnet.

Weiterführend:

🔗 Wissensraum ansehen (Foliensatz): <https://akademie-der-weisheit.de/wissensraeume>

🔗 Alle WISSENSRÄUME im Überblick: <https://akademie-der-weisheit.de/wissensraeume>

Für persönliche Rückfragen oder Austausch stehe ich gern zur Verfügung.

Mit herzlichem Gruß

Kati Voß

◇ Quellen & Denksuren

Dieser Wissensraum versteht sich nicht als wissenschaftliche Abhandlung. Die folgenden Quellen markieren die fachlichen, ethischen und rechtlichen Denksuren, an die seine zentralen Aussagen anschließen – vor allem die der Kapitel 2 bis 6, 10, 11 und 13.

- Tom L. Beauchamp, James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. 8. Auflage, Oxford University Press 2019. Zu den vier medizinethischen Prinzipien.
- International Council of Nurses (ICN): The ICN Code of Ethics for Nurses. Revidierte Fassung 2021. Zum Berufsethos der Pflege.
- Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. – (BVerfGE 153, 182). Zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben.
- Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Fassung vom 17. Februar 2011. Zu Leidenslinderung, Behandlungsbegrenzung und Begleitung Sterbender.
- Bundesärztekammer: Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen. Deutsches Ärzteblatt 118 (2021), Heft 29–30. Zum Umgang mit Sterbewünschen.
- Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Empfehlungen zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), Heft 33–34.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 1827 (Patientenverfügung und Behandlungswünsche, mutmaßlicher Wille) in der Fassung seit dem 1. Januar 2023.
- N. Cherny, L. Radbruch: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 23 (2009), 581–593. Zur palliativen Sedierung.
- Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, AWMF-Register-Nr. 128/001OL, jeweils aktuelle Fassung. Zu Symptomlinderung und Therapiezielfindung.
- J. Rietjens et al.: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology 18 (2017), e543–e551.
- C. Puchalski et al.: Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine 12 (2009), 885–904. Zu Spiritual Care.
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010), getragen von Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutschem Hospiz- und PalliativVerband und Bundesärztekammer.
- A. Jameton: Nursing Practice: The Ethical Issues. Prentice-Hall 1984; G. Morley, J. Ives, C. Bradbury-Jones, F. Irvine: What is ‘moral distress’? A narrative synthesis of the literature. Nursing Ethics 26 (2019), 646–662.

Die Aussagen zu Religionen und Weltanschauungen sind als Orientierungswissen gedacht und folgen keiner einzelnen Quelle; maßgeblich bleibt stets der Mensch selbst. Die rechtlichen Einzelheiten ordnet der Wissensraum Nr. 4.

*Wissen, das geteilt wird,
verliert nichts von seiner Tiefe.*

Wertschätzung & Spende

Die Reihe WISSENSRÄUME ist ein Herzensprojekt – kostenfrei, aber nicht selbstverständlich.

Wenn dir dieser Langtext etwas gegeben hat und du etwas zurückgeben möchtest,
freue ich mich über eine freiwillige Spende:

 **[PayPal.me/VossKati](https://www.paypal.me/VossKati)**

*Danke für deine Wertschätzung. Sie hilft, dass solche Inhalte weiter entstehen dürfen –
still, liebevoll und im Dienst der Ganzheit.*

∞ Hinweis zur Anwendung der WISSENSRÄUME

Die in den WISSENSRÄUMEN bereitgestellten Inhalte dienen der fachlichen Orientierung, Vertiefung, Reflexion und persönlichen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Themen aus Gesundheit, Pflege, Palliative Care, Spiritual Care, Psychologie, Philosophie und angrenzenden Wissensfeldern.

Sie ersetzen keine individuelle ärztliche, therapeutische, psychologische, pflegerische, rechtliche oder sonstige fachprofessionelle Beratung, Diagnostik oder Behandlung. Bitte wende Dich bei akuten, anhaltenden oder schwerwiegenden Beschwerden sowie bei konkreten medizinischen, psychischen, pflegerischen oder rechtlichen Fragestellungen an entsprechend qualifizierte Fachpersonen.



AKADEMIE DER WEISHEIT