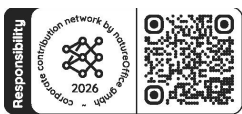


Ethische Orientierungshilfe zur Ausgestaltung von Advance Care Planning in kirchlichen Einrichtungen und Diensten

4. Mai 2026



natureOffice.gmbh/DE-229-PGXJHHC

Ethische Orientierungshilfe zur Ausgestaltung von Advance Care Planning in kirchlichen Einrichtungen und Diensten / hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. – Bonn 2026. – 40 S. – (Die deutschen Bischöfe – Glaubenskommission ; 60)

INHALT

Vorwort.....	5
1. Ausgangspunkt und Anlass der Orientierungshilfe.....	7
2. Worauf kirchliche Einrichtungen und Dienste bei ACP Wert legen sollten.....	10
2.1. Was ist ACP?	10
2.2. Christliches Menschenbild	17
2.3. Ethische Desiderate	21
2.3.1. Anforderungen an die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater – Ethische Perspektiven	21
2.3.2. Organisationsethische Verantwortung bei der Ausgestaltung von ACP.....	30
3. Zusammenfassende Empfehlungen.....	37
3.1. Die Beraterinnen und Berater.....	37
3.2. Ebene der Träger und Einrichtungsleitungen.....	39
3.3. Ebene der systemischen Rahmenbedingungen.....	40

Vorwort

Advance Care Planning, abgekürzt ACP, ist ein Fachbegriff, der vielen Menschen vermutlich zunächst wenig sagt. Aber auch deutsche Begrifflichkeiten wie etwa *Gesundheitliche Versorgungsplanung* oder *Vorausplanung der medizinischen Versorgung* sind nicht unbedingt selbsterklärend.

Hinter diesen Begriffen verbirgt sich eine Idee, die man an sich nur begrüßen kann. Es geht darum, dass Menschen angesichts hohen Alters oder schwerwiegender Erkrankungen in einem strukturierten Gesprächsprozess von fachlich geschulten Personen zusammen mit ihren Angehörigen darin begleitet werden, sich darüber klar zu werden, wie ihre medizinische, pflegerische, psychosoziale, aber auch seelsorgerliche und spirituelle Betreuung und Behandlung in Situationen gestaltet werden soll, in denen sie selbst nicht mehr in der Lage sind, einzuwilligen oder zu widersprechen. *Advance Care Planning* ist damit eine Form der Patientenvorsorge, die in Beziehung und im Prozess ausgestaltet wird.

Wie bei vielen guten Ideen kommt es auch beim *Advance Care Planning* darauf an, wie gut es in der Praxis und im konkreten Alltag einer Klinik, einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Versorgung umgesetzt wird. Die Praxis von *Advance Care Planning* würde die ursprüngliche Idee völlig verfehlen, wenn es dabei nur darum ginge, möglichst schnell zu einem ausgefüllten und unterschriebenen Formular zu kommen, das belastbar über die medizinische Behandlungszustimmung Auskunft gibt. Nicht nur in kirchlich getragenen Einrichtungen, aber gerade da ist es unverzichtbar, dass in einem solchen Prozess der ganze Mensch mit seinen Bedürfnissen, Nöten, Sorgen, aber auch Wünschen und Hoffnungen und nicht zuletzt mit seinem Glauben in den Blick genommen wird. Entsprechend müssen

die Personen, die diesen Prozess professionell begleiten sollen, geschult und vorbereitet sein. Die Konzepte, die in kirchlich getragenen Einrichtungen für diese Begleitungsprozesse entwickelt werden, müssen diese Trägerschaft widerspiegeln. Das gilt für vielfältige Aspekte, nicht zuletzt auch für die Offenheit auf seelsorgerische Aspekte hin. Allerdings darf dabei nicht vergessen werden, dass der Respekt vor der Person und auch vor dem Willen der Beratenen unabdingbar zu dieser christlichen Prägung gehört.

Um auf diesem Weg der Konzeptentwicklung und Personalschulung Orientierungspunkte zu setzen und Anregungen zu geben, wurde dieser Text im Auftrag der Glaubenskommission unter Hinzuziehung erfahrener Fachleute, sowohl aus der Theorie als auch aus der Praxis, erarbeitet. So freue ich mich, dieses Orientierungsangebot jetzt zur Verfügung stellen zu können, verbunden mit der Hoffnung, damit eine Praxis zu unterstützen, die sich aufrichtig bemüht, den Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu dienen. Allen an der Erstellung der ethischen Orientierungshilfe beteiligten Personen danke ich an dieser Stelle sehr herzlich für ihren Einsatz und ihre Zeit und Arbeitskraft, die sie investiert haben.

Bonn/Essen, 4. Mai 2026

A handwritten signature in black ink, reading "+ Franz-Josef Overbeck." The signature is written in a cursive style with a small cross at the beginning.

Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck
Vorsitzender der Glaubenskommission der
Deutschen Bischofskonferenz

I. Ausgangspunkt und Anlass der Orientierungshilfe

Viele Menschen sorgen sich, wie ihre Lebensqualität im Falle einer schweren Erkrankung oder am Lebensende gesichert werden kann und wer über die konkreten Maßnahmen entscheiden wird, wenn sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind. Diese Sorge ist oftmals auch mit Ängsten vor einer Apparatedizin verknüpft, der man wehrlos ausgeliefert ist und die als quälende Überversorgung am Lebensende wahrgenommen wird. Um diesen Sorgen zu begegnen, hat sich seit einigen Jahren das Instrument der Patientenvorsorge bzw. Patientenverfügung etabliert, deren Stellenwert mittlerweile rechtsverbindlich geregelt ist. Demnach ist bei einer schweren Erkrankung, die keine freiverantwortliche Entscheidung mehr möglich macht, jene Willensbekundung verbindlich, die die betroffene Person zu einem früheren Zeitpunkt durch eine schriftliche Erklärung („Patientenverfügung“) vorausverfügt hat.

Auch die christlichen Kirchen versuchen, mit einer eigenen „Christlichen Patientenvorsorge“ diesen Ängsten und Sorgen zu begegnen. Dabei haben sie frühzeitig vermieden, die gesundheitliche Versorgung auf rein medizinisch-pflegerische Aspekte zu reduzieren. Ihre christliche Patientenvorsorge ist ein Leitfaden, der zu einer persönlichen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten Aspekten eines Lebens in schwerer Krankheit oder am Lebensende einlädt – einschließlich seelsorglicher Bedürfnisse, auf die einzugehen sich nicht wenige Menschen wünschen.

Allein das Ausfüllen oder Verfassen einer Patientenverfügung (im engeren Sinn) erweist sich oftmals als schwierig. Viele fühlen sich schon beim Schreiben fachlich überfordert: Welche me-

dizinischen und pflegerischen Aspekte müssen bedacht werden? Wie konkret müssen die Situationen beschrieben werden, für die der Wille vorausverfügt wird? Es gibt zudem keine zentrale Erfassung, auf die das berechnigte Gesundheitsfachpersonal oder auch gesetzlich bestellte Betreuerinnen und Betreuer unproblematisch zurückgreifen können.

Das Instrument des Advance Care Planning (ACP) – eine einheitliche deutsche Übersetzung hat sich aus verschiedenen Gründen nicht durchgesetzt¹ – adressiert diese und ähnliche Probleme. Es strukturiert einen Prozess, in dessen Verlauf sich die betreffenden Personen in Ruhe auf die existenziellen Grenzerfahrungen bei schwerer Erkrankung oder am Lebensende vorbereiten und sich mit den verschiedensten Aspekten, die ihnen wichtig sind, auseinandersetzen können. ACP eröffnet einen Raum der Selbstreflexion und Selbstvergewisserung, um – gegebenenfalls auch im Dialog mit An- und Zugehörigen – im Zustand ausreichender Urteilsfähigkeit gut informierte, reiflich erwogene und verantwortete Entscheidungen treffen zu können. Dieser Prozess wird fachlich durch eigens für das ACP ausgebildete Beraterinnen und Berater² begleitet; sie vermitteln notwendige Informationen und dokumentieren bei Bedarf die Beratungsergebnisse, etwa in einer Patientenverfügung, einem „Notfallbogen“ oder einem ähnlichen Dokument.

Auch kirchliche Einrichtungen wie Krankenhäuser, Altenpflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nutzen zu-

¹ Der deutsche Begriff „Gesundheitliche Vorsorgeplanung“ ist nur teilweise deckungsgleich mit ACP und den damit verbundenen Anliegen und Perspektiven. Daher verwendet dieser Text den Begriff Advance Care Planning (ACP).

² Wir sprechen im Weiteren von Beraterinnen und Beratern und nicht von Begleiterinnen und Begleitern, um das spezifische Beratungsprofil im ACP-Kontext zu stärken.

nehmend das Angebot ACP und integrieren es in ihre Praxis und in ihren diakonischen Auftrag. Allerdings ist die konkrete Praxis uneinheitlich. Sehr unterschiedlich sind auch die Ausbildungscurricula, nach denen die Beraterinnen und Berater fort- und weitergebildet werden, sowie die organisationsspezifischen Instrumente, mit denen ACP in einer Einrichtung implementiert und mit den unabdingbaren Außenkontakten (etwa zu Hausärztinnen und Hausärzten) vernetzt wird. Insbesondere das Anforderungsprofil für die notwendige ethische Beratungskompetenz muss weiter reflektiert werden.

Die vorliegende Orientierungshilfe knüpft hier an und fokussiert sich auf die Frage, welche Anforderungen an die ethischen Kompetenzen der Beraterinnen und Berater gestellt werden sollten, damit sie ihre verantwortungsvolle Aufgabe erfüllen können.

Dieser Text bietet allen, die beruflich mit Fragen der gesundheitlichen Vorsorge in Grenzsituationen zu tun haben, als auch allen Menschen, die sich mit dem Instrument des ACP vertraut machen wollen, eine Orientierung. Deshalb wird das Instrument selbst vorgestellt und kritisch gewürdigt. Die ausführlichen Überlegungen zum ethischen Kompetenzprofil wie zu den organisationsethischen Anforderungen dürften auch für diejenigen von Interesse sein, die sich nicht als Beraterin und Berater ausbilden lassen wollen oder auf andere Weise mit ACP befasst sind. Denn sie eröffnen allen, vor allem den Betroffenen, einen Einblick in die Sorgfalt, mit der qualitätsvolles ACP arbeitet – zum Wohl all jener, die aus berechtigter Sorge eine behutsame und gewissenhafte Vorsorge treffen wollen.

2. Worauf kirchliche Einrichtungen und Dienste bei ACP Wert legen sollten

2.1. Was ist ACP?

Im Dezember 2015 trat das aktuelle Hospiz- und Palliativ-Gesetz (HPG) in Kraft. Mit der Regelung in § 132g Abs. 3 SGB V können stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (d. h. für Menschen mit Behinderung) eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ auf der Basis einer kompetenten Beratung anbieten, die über die Krankenkassen refinanziert wird. Dem waren auf internationaler Ebene wissenschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Bemühungen vorausgegangen, die Autonomie derjenigen, die Rat suchen, zu stärken und die organisatorischen Voraussetzungen für eine verlässliche Befolgung ihres Willens zu schaffen. Diese Bemühungen fanden auch in medizinethischen und pflegewissenschaftlichen Beiträgen und Kommissionen im deutschsprachigen Raum zunehmend Resonanz und führten zu Vorschlägen für die Umsetzung dieses wichtigen Vorsorgeanliegens in Deutschland. Das HPG versucht, diesem Anliegen gerecht zu werden, indem es sich an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientiert und sie zur Maßgabe für die Beratung und für die Praxis der involvierten Organisationen macht. Zugleich hat das HPG zu vielfältigen Diskussionen geführt.

§ 132g SGB V (1) formuliert seine zentrale Absicht:

„Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.“

Das Gesetz nimmt Personengruppen in den Blick, die wegen ihrer Pflegebedürftigkeit oder ihrer Behinderungen besonders vulnerabel sind und sich in formellen und informellen, systemischen und zwischenmenschlichen Abhängigkeitsverhältnissen befinden.

Die im Gesetz erwähnten Beratungsprozesse und „Fallbesprechungen“ können mehrfach angeboten und praktiziert werden. Die Einrichtungen können das vom HPG vorgesehene, proaktive Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit externen Beratungsdiensten anbieten. In jedem Falle können und sollen die Hausärztinnen und Hausärzte der ratsuchenden Personen oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung in die Fallbesprechungen einbezogen werden. Auf Wunsch der Ratsuchenden können auch deren Angehörige oder andere Vertrauenspersonen (§ 132g SGB V (2)) hinzugezogen werden. Allerdings stellt bereits die Einbeziehung der Hausärztinnen und Hausärzte wegen deren Überlastung eine erhebliche Hürde für die Umsetzung dar.

Die Dokumentation der Beratung über die individuelle Versorgungsplanung soll sicherstellen, dass die medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgliche Betreuung und Versorgung durch die unterschiedlichen Dienste und Einrichtungen wie gewünscht gewährleistet wird (ebd.). Auch wenn der Beratungsprozess nicht mit einer formalisierten Versorgungsplanung abschließt, werden die wesentlichen Inhalte wie etwa die allgemeine Werteorientierung der Beratenen angemessen dokumentiert. Im Unterschied zu den bisherigen Patientenverfügungen soll die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ eine größere Verbreitung erfahren. Sie soll dazu beitragen, den Dokumenten mehr Validität und Rechtssicherheit zu verleihen, und in konkreten Versorgungssituationen handlungsleitend sein. Dies impliziert die organisatorische und organisationsethische Aufgabe einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Dienste, Einrichtungen und Organisationen und einer gut funktionierenden Koordination, die dieser Versorgungsplanung und ihrer Umsetzung im Sinne der betroffenen Personen bestmöglich Rechnung trägt. Die Qualitätsanforderungen an die Dokumente verlangen, dass sich die Beratung tatsächlich an den Wünschen der Beratenen orientiert und dass während der Beratung umfassend und geeignet auf die medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorglichen Dimensionen von Begleitung in der mutmaßlich letzten Lebensphase eingegangen wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Willensbildung der Beratenen, die sich im zeitlichen Verlauf von ACP unterschiedlich äußern können. Eine einseitige Schwerpunktsetzung auf medizinische Aspekte und Maßnahmen würde objektiv dem Willen des Gesetzgebers und existenziell den Beratenen selbst, zumal in ihrer vulnerablen Situation, nicht gerecht.

Der Gesetzgeber betont, dass für diese Beratungen qualifiziertes Personal nötig ist (vgl. § 132g SGB V (4)), dessen Leistungen von den Krankenkassen vergütet werden. Die Anforderung an

die Qualifikationen der Beratenden sind Sache einer Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der involvierten Träger (zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe).

Relevanten Stakeholder-Vereinigungen, allen voran der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, aber auch Organisationen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wird Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben (vgl. § 132g SGB V (3)). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss dem Bundesministerium für Gesundheit seit Ende 2017 alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung (durch Vorlage von Statistiken) berichten (vgl. § 132g SGB V (5); demnach zuletzt bis zum 31. Dezember 2023).³

Die derzeit gültige Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zwischen dem GKV-Spitzenverband und Vereinigungen der Wohlfahrtspflege in Deutschland trägt das Datum vom 13. Dezember 2017.⁴ Sie defi-

³ Ein solcher Bericht ist bislang nicht veröffentlicht und möglicherweise aufgrund der Corona-Pandemie bislang auch nicht erfolgt. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat auf seiner Internetseite mit Stand Februar 2020 einen Kurzbericht veröffentlicht:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/foerderung-der-umsetzung-des-132g-sgb-v-gemaesshpg.html> (abgerufen am 01.07.2023).

⁴ *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* vom 13.12.2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin; der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V., Hannover; dem Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e. V., Essen; dem Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e. V., Echzell; dem Bundesverband der kommunalen Senioren- und

niert, wie die Beratung der/des Leistungsberechtigten, deren Ausgestaltung und Durchführung samt Dokumentation und Vernetzungen sowie die Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters und nicht zuletzt die Qualität und Qualitätssicherung auszusehen haben. Die eingangs in der Präambel der Vereinbarung ausdrücklich angesprochenen Fragen zur religiösen und spirituellen Unterstützung finden in den Vorgaben zur Beratungsqualifikation keine explizite Erwähnung.

Stattdessen ist eine gewisse Engführung im Sinn eines starken inhaltlichen und formalen Interesses an medizinisch verwertbaren Aussagen in den Dokumentationen erkennbar, das „die Ziele der neuen Leistung – die Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen und die Beachtung des Patientenwillens in Krisensituationen –“⁵ an den Rand zu drängen droht. Solche Verengungen sind auch in einschlägigen englisch- und deutschsprachigen Fachpublikationen zu ACP bzw. zur gesundheitlichen Versorgungsplanung erkennbar.

Darum sind zum Schutz der Patientinnen und Patienten bzw. der Beratenen ethische Eckpunkte und deren Gewährleistung für den gesamten ACP-Prozess unerlässlich. Eine umfangreiche ethische

Behinderteneinrichtungen e. V., Köln; dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Berlin; dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin; der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Freiburg/Berlin; dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg im Breisgau; der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband e. V., Berlin; dem DRK e. V. – Generalsekretariat, Berlin; dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Berlin; dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen; der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V., Frankfurt am Main: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf (abgerufen am 15.06.2023).

5

So das BMG: vgl. Fußnote 3.

Bewertung der Chancen und Bedingungen sowie der Risiken und Herausforderungen von ACP hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) im Oktober 2019 veröffentlicht.⁶ Sie benennt darin offene Fragen und will damit „eine breite und differenzierte Diskussion innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft [...] anstoßen, wie eine Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen mittels ACP effektiv unterstützt [...] werden kann“. So schreibt die ZEKO treffend: „Aufgrund der zentralen Bedeutung eines ausgewogenen, ergebnisoffenen Gesprächsprozesses für eine gelingende Vorausplanung kommt der Qualifizierung der an ACP beteiligten Personen, insbesondere der Gesprächsbegleiter, ein herausragender Stellenwert zu. Die ZEKO begrüßt deshalb Bemühungen, Standards für die Qualifizierung aller an ACP beteiligten Personen und für Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entwickeln. ACP sollte als Querschnittsthema in die Aus- und Fortbildung von Ärzten und anderen relevanten Berufsgruppen integriert werden.“

Das Ziel von ACP ist es, die „gedankliche und emotionale Auseinandersetzung“ der Ratsuchenden sowie ihrer Bevollmächtigten und ggf. ihrer An- und Zugehörigen zu fördern, um dadurch „besser vorbereitet zu sein, die Krankheitssituation besser anzunehmen, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu bewahren und damit Autonomie und Lebensqualität zu fördern“ (§ 2).⁷ Der Kern der Beratungsprozesse besteht in der Eröffnung von Freiräumen, innerhalb derer die/der Ratsuchende „mit der Beraterin/dem Berater ihre/seine Werte, Grundhaltungen und Ziele sowie eine zu ihr/ihm passende Versorgung und Behandlung

⁶ *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „Advance Care Planning (ACP)“* in: Deutsches Ärzteblatt 50/2019, DOI: 10.3238/arztebl.2019.zeko_sn_acp_01, A1–A9.

⁷ *Vereinbarung*, S. 4: vgl. Fußnote 4.

am Lebensende [...] reflektieren“⁸ kann. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf medizinisch-pflegerische, psychosoziale und seelsorgliche bzw. spirituelle Versorgung (Behandlung, Begleitung usw.) stehen im Vordergrund. Die Beraterinnen können sich ihrer Wünsche und Bedürfnisse bewusster werden, sie klären, erwägen und sich entsprechend festlegen. Gegebenenfalls können und sollten die Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne einer sorgfältig assistierten Autonomie in ihren Einschätzungen und Willensbildungen von den Beraterinnen und Beratern unterstützt werden. In jedem Fall müssen diese gewährleisten, dass sie weder offenen noch verborgenen Druck auf die Ratsuchenden ausüben, so sehr andere Aufgaben in der Einrichtung oder externe Faktoren auch drängen mögen.

Tatsächlich ist eine ganze Reihe wichtiger Fragen weiterhin offen. Die vorliegende Orientierungshilfe nimmt dies als Impuls für eine weitere ethische Konkretisierung auf. Dabei teilt sie die Grundausrichtung des HPG, patientenorientierte Entscheidungen im Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit durch eine geeignete Unterstützung bei der Vorausplanung von Behandlungen zu fördern. Dafür bedarf es nicht nur der engen Zusammenarbeit aller Beteiligten und der Vereinheitlichung der Dokumentation, sondern vor allem der Sicherung der Qualität der Beratung als entscheidendem Eckpunkt von ACP.

Die Standards und Qualifikationen für die ACP-Beratung und deren Gesprächsprozesse müssen aus ethischer Sicht sicherstellen und dokumentieren, dass der Anspruch realisiert wird, an der Person der Beraterinnen orientiert, umfassend und geeignet auf die medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorglichen Dimensionen von Begleitung in der mutmaßlich letzten Lebensphase einzugehen. Die Qualität der Beratungs- und Gesprächsprozesse in diesem Sinne ist entscheidend für

⁸ *Vereinbarung*, S. 5: vgl. Fußnote 4.

ACP als selbstbestimmten Klärungsprozess, gerade in der angezielten gemeinsamen Entscheidungsfindung. Darum richtet sich unser Blick zuerst auf die Menschen, die im Sinne des HPG für die Planung ihrer vermutlich letzten Lebensphase beraten werden sollen, um ihnen als Personen zu begegnen. Das christliche Menschenbild ist in unserer Perspektive die Grundlage dafür.

2.2. Christliches Menschenbild

Jede ethisch verantwortete Option zur Begleitung von Gesprächen im Umgang mit Erkrankungen, fortschreitendem Alter und insbesondere mit Sterben und Tod gründet in einer spezifischen Auffassung über das Menschsein. Das christliche Bild vom Menschen ist reich an Facetten, von denen einige im Kontext von ACP besonders relevant sind:

Gegeben und aufgegeben

Menschliches Leben hat Geschenkcharakter. Es verdankt sich – wie die Schöpfung insgesamt – seinem Schöpfergott. Gegenüber ihm ist jeder Mensch für seine Lebensführung verantwortlich. Denn menschliches Leben ist nicht nur von Gott gegeben, sondern dem Menschen auch zur Gestaltung aufgegeben. Jede Person besitzt grundsätzlich Fähigkeiten, die sie entfalten soll, um die Chancen ihres persönlichen Lebens zu ergreifen und mit Herausforderungen umzugehen. Sie selbst ist Subjekt ihrer Lebensgeschichte. Sie kann sich deshalb nie völlig von der Gestaltungsaufgabe ihres Lebens dispensieren und anderen die Entscheidung über ihre Lebensführung überlassen. Im Letzten ist immer sie selbst gefordert.

Frei und verantwortlich

Gott hat jeden Menschen als sein Ebenbild geschaffen und ihm darin seine unauslöschliche Würde verliehen. Diese Würde ist der Urgrund menschlicher Freiheit: „Die wahre Freiheit aber“, hält die Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils fest, „ist ein erhabenes Kennzeichen des Bildes Gottes im Menschen. (...) Die Würde des Menschen verlangt daher, dass er in bewusster und freier Wahl handle, das heißt personal, von innen her bewegt und geführt und nicht unter blindem innerem Drang oder unter bloßem äußerem Zwang.“ (GS 17) Nach christlichem Verständnis ist menschliche Freiheit aber immer bindungsreich und verantwortete Freiheit. Unsere freien und selbstbestimmten Entscheidungen müssen sich nicht zuletzt daran messen lassen, ob sie den moralischen Ansprüchen, die aus der Gemeinschaft mit anderen Menschen und aus der Beziehung zum Schöpfergott resultieren, ausreichend gerecht werden. Darin zeigt sich die Einheit von Nächsten- und Gottesliebe, die auch die Liebe, also das Ja zur eigenen Person, einschließt.

Individuell und gemeinsam

Jeder Mensch ist einzigartig. Seine Lebensgeschichte kann nicht durch die eines anderen ersetzt werden. Gott hat jede Person bei ihrem Namen gerufen (*Jes 43,7*), sie höchstpersönlich angesprochen und mit besonderen Talenten ausgestattet. Darin besteht ihre Individualität. Niemand lebt aber für sich allein. Menschen sind aufeinander angewiesen. Erst in der dialogischen Beziehung zu anderen wird jeder Mensch er selbst.

Nur gemeinsam gelingt eine erfüllende Lebensführung, erfahren wir Glück, können wir Schicksalsschläge überwinden. Zu einem menschlichen Leben zählt deshalb auch das starke Gefühl von Zugehörigkeit zu Lebensgemeinschaften und zur Gesellschaft

insgesamt. Auch unsere höchstpersönlichen Lebensentscheidungen kristallisieren sich oftmals erst im Dialog mit anderen Menschen – und im Gebet, gleichsam der Zwiesprache mit dem „Ganz-Anderen“ – heraus. Das ist mit relationaler Autonomie, also mit beziehungsreicher Selbstbestimmung, gemeint. Entscheidungen werden der einzelnen Person nicht abgenommen. Sie ist letztlich allein für ihre Entscheidungen verantwortlich. Das heißt aber nicht, dass sie automatisch einsame Entscheidungen treffen muss.

Verletzlich und gestärkt

Menschen sind verletzlich. Das gehört zur Grundverfassung des Menschseins. Allerdings variiert der Grad der Verletzlichkeit im Laufe der Lebensgeschichte, sodass die Verletzlichkeit des Menschen in bestimmten Lebensphasen kaum wahrgenommen, in anderen dagegen ganz offensichtlich wird. Das trifft in erhöhtem Maße auf Phasen der Krankheit oder des fortschreitenden Lebensalters zu. Nahezu alle Menschen versuchen, Phasen besonderer Verletzlichkeit zu vermeiden. Was für Krankheiten sehr nachvollziehbar ist, führt dagegen für das fortschreitende Lebensalter zu einer erheblichen Abwertung dieser Lebensphase. Alter erscheint vielen als höchst bedrohlich. Oft wird es mit einer steten Zunahme körperlicher, seelischer oder geistiger Gebrechlichkeit („Fragilität“) assoziiert, mit wechselseitig sich verstärkenden Erkrankungen („Multimorbidität“), mit abnehmender Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und Selbstständigkeit usw. Die Dominanz dieser Wahrnehmung besonderer Verletzlichkeit, etwa im fortgeschrittenen Lebensalter, droht aber das Gegenstück von Verletzlichkeit des Menschen zu verdrängen: die Stärke seiner Lebensressourcen, die ihm auch helfen, schwere Krisen seines Lebens zu überstehen. Diese Lebensressourcen entfalten nicht nur in Krankheiten („Salutogenese“), sondern

auch im fortschreitenden Lebensalter ihre stimulierenden Wirkungen. Die Nähe Jesu Christi zu Kranken und an den Rand Gedrängten offenbart das Heilsam-Befreiende der Gegenwart Gottes, die Menschen hilft, diese bedrängende Lebenssituation zu bestehen und zu überwinden.

Sterblich und ewiglich

Jedes Leben ist endlich. Wo sich der Tod nicht durch ein plötzliches Ereignis einstellt, durchlaufen die meisten Menschen einen Sterbeprozess, den sie mehr oder minder in allen seinen Phasen bewusst erleben und gestalten können. Sie führen ein „abschiedliches Leben“ – mit allem Schmerz und aller Trauer wie mit aller Zufriedenheit, mit der sie auf ihr Leben zurückblicken, aus dem sie sich verabschieden müssen. Aus christlicher Sicht ist ihnen aber auch eine hoffnungsvolle Zukunft vor Augen gestellt. Denn der Osterglaube vermittelt die Zuversicht, dass das jetzige Leben nicht die letzte Gelegenheit darstellt, um an einem Leben Anteil zu haben, im Gegenteil: Christinnen und Christen können darauf vertrauen, dass ihr Schöpfergott ihnen auch durch den Tod die Treue hält und sie zum „ewigen Leben“ führt. Menschen können in der Hoffnung ewiger Ruhe bei Gott sterben, von dem die Bibel verheißt: „Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen.“ (*Offb* 21,4) Insofern könnte diese christliche Hoffnung dazu ermutigen, sich im Sterben aus der Mitte des Lebens zurückzunehmen, sich fallen zu lassen in die bergenden Hände Gottes – begleitet durch die Fürsorge naher Menschen und selbst unter Einschluss klagender Trauer.

Diese Grundlinien bilden den Hintergrund für die sowohl auf der Ebene der Beraterinnen und Berater als auch auf der Ebene der Organisation zu formulierenden Anforderungen an die Qualifizierung in ethischer Hinsicht.

Sie machen zudem sichtbar, dass die Begleitung im Rahmen von ACP in kirchlichen Einrichtungen Wesensausdruck der diakonischen Sendung der Kirche ist, die sich in besonderer Weise der Würde des Menschen in Krankheit, Alter und Sterben verpflichtet weiß.

2.3. Ethische Desiderate

2.3.1. Anforderungen an die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater – Ethische Perspektiven

Obwohl die maßgebliche Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Wohlfahrtspflege vom 13. Dezember 2017 in § 12 bereits einige generelle Anforderungen an die Qualifikation der ACP-Beraterinnen und ACP-Berater festgelegt hat,⁹ sind im Laufe der vergangenen Jahre verschiedene Konzepte zur Implementierung von ACP erarbeitet worden, die mit unterschiedlich ausgestalteten Schulungen und Zertifizierungen für die Beraterinnen und Berater einhergehen. Die Gründe für diese Heterogenität sind vielfältig. Sie beruhen teils darauf, dass die Rahmenvereinbarung keine konkreten Anforderungen an die Kompetenzen und Qualifikationen der Dozentinnen und Dozenten solcher Weiterbildungsangebote formuliert. So lässt es der Text dabei bewenden, neben psychischen, sozialen und kulturellen auch ethische Kenntnisse im Kontext von Altern und Sterben zu fordern, ohne die einzelnen Lernfelder genauer zu spezifizieren. Diese Offenheit ist grundsätzlich zu begrüßen, denn sie trägt den ausbildungsbedingten Unterschieden zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, aus denen sich die Beraterinnen und Berater rekrutieren, Rech-

⁹ Vgl. Fußnote 3.

nung. Sie berücksichtigt auch die unterschiedlichen Anstrengungen, die die einschlägigen Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe beim Aufbau einer ethischen Reflexionskultur in den vergangenen Jahrzehnten bereits unternommen haben. Die folgenden Überlegungen versuchen daher, Mindestanforderungen an die ethische und beraterische Kompetenz derjenigen zu formulieren, die die ACP-Beratung in konfessionellen Einrichtungen übernehmen wollen. Eine wichtige Vorbedingung für diese in mehrfacher Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe dürfte zunächst darin bestehen, die eigene Haltung – insbesondere zu Tod und Sterben – im Licht der spezifischen Wertbindung einer konfessionellen Einrichtung der stationären Alten- und Behindertenhilfe zu klären und die persönliche Eignung für diese Aufgabe selbstkritisch zu reflektieren. Für die Aufgabe der Beratung sind vor allem Menschen geeignet, die sich mit dem Ethos und den zentralen moralischen Überzeugungen des Einrichtungsträgers identifizieren können, da sie mit der ACP-Beratung eine wichtige Aufgabe in der Binnen- und Außenkommunikation übernehmen.

Allerdings setzt die erfolgreiche Übernahme einer solchen Funktion neben der persönlichen Eignung auch spezifische kommunikative und ethische Kompetenzen voraus, deren einzelne Dimensionen durch ein entsprechendes Schulungscurriculum gezielt vermittelt und entwickelt werden sollten.

Anhand der im Feld sozialer Berufe etablierten Trias *Wissen – Können – Haltung* werden im Folgenden die notwendigen Kompetenzen für die Tätigkeit im ACP-Bereich bestimmt. Unter der Kategorie *Wissen* werden die Kompetenzen erfasst, die die Wissensbasis im ethischen Bereich abbilden. Die Ausführungen zu *Können* stellen die ACP-spezifischen Kompetenzen für die konkrete Beratungssituation vor. Im dritten Bereich *Haltung* wird u. a. der entsprechende emotionale und kommunikative Habitus

erläutert, der jedoch auch rückbezogen ist auf ethische Wissensbestände.

Es sei zuvor noch einmal daran erinnert, dass das Ziel der ACP-Gespräche nicht primär darin besteht, bestimmte Dokumente (Patientenverfügung, Notfallbogen etc.) zu erstellen, auch wenn dies ein ergänzendes Ergebnis sein kann. Die Beratung soll aus einer lebensbejahenden Grundhaltung auf Basis des christlichen Menschenbildes heraus als adressatenorientierte Beratung mit dem Ziel selbstbestimmter Interessenbekundung angeboten werden.

Wissen

Zum nötigen Wissen für eine umfassende Beratungsbefähigung zählen Kenntnisse religiöser, theologischer und seelsorglicher Zusammenhänge sowie ein hinreichendes Verständnis zentraler ethischer Orientierungsbegriffe. Besondere Bedeutung kommt dabei der Kategorie der „Autonomie“ zu, deren unterschiedliche Sinngehalte (i. S. einer vernunftförmigen Willensbestimmung, der Authentizität der Willensäußerung oder der bloßen Selbstbestimmung etc.) seit Langem kontrovers diskutiert werden. ACP verfolgt das Ziel, Personen gezielt dabei zu unterstützen, sich ihrer Wünsche und Vorstellungen für zukünftige Behandlungssituationen bewusst zu werden, auf dieser Grundlage wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen und diese möglichst so zu kommunizieren, dass sie im Falle eines krankheitsbedingten Verlustes der eigenen Urteils- und Einwilligungsfähigkeit von professionellen Akteuren des Gesundheitswesens verlässlich beachtet werden können. Daher setzt eine kompetente ACP-Beratung nicht nur ein angemessenes Verständnis des Autonomie-Begriffs voraus, sondern die Beraterin und der Berater müssen auch über die nötige Kenntnis der vielfältigen Voraussetzungen einer autonomen Willensbestimmung und der Gradualität der

Autonomiefähigkeit insbesondere vieler alter, kranker und/oder behinderter Personen verfügen. Ein angemessenes Autonomieverständnis betrachtet den Einzelnen nicht nur als isoliertes Individuum, das in völliger Unabhängigkeit und Privatheit existenziell bedeutsame Entscheidungen trifft, sondern berücksichtigt (i. S. personaler oder relationaler Autonomie) auch die informationellen Voraussetzungen autonomer Willensbildungsprozesse sowie die vielfältigen, für die Identität konstitutiven Beziehungen eines Menschen. Auch weiß dieses Autonomieverständnis um die Möglichkeiten einer Entscheidungsassistenz bei denjenigen, die zwar zeitweilig oder dauerhaft von sich aus nicht (mehr) einwilligungsfähig sind, mithilfe geeigneter Unterstützungsangebote aber durchaus zu einer Willensbildung in der Lage sind, die wenigstens hinsichtlich der konkreten Entscheidung autonom ist.

Zudem ist es zur Vermeidung sublimen manipulativer Einflüsse durch die Beraterinnen und Berater erforderlich, dass sich diese eigener Wertkonflikte bewusst sind, insbesondere in den Situationen, in denen die Wünsche der beratenen Person von ihren persönlichen moralischen Überzeugungen abweichen oder möglicherweise auch der Wertbindung der Einrichtung entgegenstehen. Auch solche in der Beratungstheorie unter dem Begriff des „Doppelmandats“ diskutierten Konflikte dürfen nicht verdrängt werden, sondern sollten fester Bestandteil einer auf den Schutz der Autonomie ausgerichteten Weiterbildung zur ACP-Beratung sein.

Hinzu kommen handlungstheoretische Grundkenntnisse für den ACP-Bereich. Beraterinnen und Berater müssen nicht nur in der Lage sein, einzelne Handlungsereignisse treffsicher bestimmten Handlungstypen zuzuordnen, sondern auch die für den Kontext der stationären Alten- und Behindertenhilfe relevanten Alternativen kennen und sie in moralischer Hinsicht sowie vor dem Hintergrund gesetzlicher Bestimmungen bewerten können. Beson-

dere Bedeutung kommt bei den typischen Entscheidungen am Lebensende (*end-of-life-decisions*) der Abgrenzung zwischen „Sterbenlassen“ und „Töten“ zu. Um angemessen zwischen der „Hilfe *beim* Sterben“ (i. S. der palliativen und seelsorglichen Begleitung, der Therapiebegrenzung) und der „Hilfe *zum* Sterben“ (i. S. der Suizidassistenz sowie der strafrechtlich unzulässigen Tötung auf Verlangen) unterscheiden zu können, ist es erforderlich, die kausale Wirksamkeit der jeweiligen Einzelhandlung sowie die Intention der Handelnden genau zu bestimmen und die relevanten Handlungsumstände möglichst umfassend zu berücksichtigen. Dass ACP-Beratungen in kirchlichen Einrichtungen jede Form der Förderung oder Begleitung von assistiertem Suizid ausdrücklich ausschließen, gründet in der Achtung vor der Würde des menschlichen Lebens von seinem Anfang bis zu seinem natürlichen Ende.

Dem Wissensbereich sollten im Kontext von ACP-Beratungen zudem Grundkenntnisse der Suizidprävention zugeordnet werden. Im Wissen darum, dass gerade biografische Erschütterungen, z. B. durch eine abrupte Krankheitsbelastung, den Verlust eines Lebenspartners oder die Erfahrung zunehmender körperlicher Hinfälligkeit, mit einer erhöhten Gefahr für suizidale Krisen assoziiert sein können und Sterbewünsche oftmals lange vor einem manifesten Entschluss zum Suizid diskret artikuliert werden, sollten Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe dafür Sorge tragen, dass sich ihre mit der ACP-Beratung beauftragten Mitarbeitenden nicht nur ihrer besonderen Fürsorgeverantwortung für die ihnen anvertrauten Menschen bewusst sind, sondern auch darin geschult werden, die Symptome suizidaler Entwicklungen möglichst frühzeitig wahrzunehmen und einschlägige präventive Schutzmaßnahmen einzuleiten.

Können

Ein weiteres Element ethischer Beratungskompetenz betrifft das Bewusstsein für die Komplexität vieler moralisch bedeutsamer Entscheidungssituationen, die daraus resultiert, dass eine Vielzahl unterschiedlicher und bisweilen miteinander konfligierender objektiver Güter, Werte und Rechte in konkreten Entscheidungen berücksichtigt und auf der Grundlage rationaler Prinzipien so gegeneinander abgewogen werden müssen, dass es zu einem möglichst schonenden Ausgleich zwischen ihnen kommt und ein langfristig kohärentes Handeln möglich wird.

Verantwortungsvolle Güterabwägungen sind keine Willkürentscheidungen, sondern sind sowohl hinsichtlich ihrer kriteriologischen Grundlagen als auch der handlungsleitenden Prinzipien offenzulegen und transparent zu machen. Dies gilt umso mehr, als im Kontext der Vorausplanung für die letzte Lebensphase nicht nur einzelne medizinische Probleme zu bedenken sind, sondern auch andere, existenziell bedeutsame Fragen aufbrechen können, die für eine umfassende Beratung von großer Wichtigkeit sein können.

Eng damit verbunden ist ein weiterer kognitiver Kompetenzbereich, der die Urteils- und Begründungsfähigkeit betrifft. ACP-Beraterinnen und ACP-Berater müssen in der Lage sein, die für ihr Handlungsfeld relevanten Handlungsformen moralisch angemessen zu beurteilen und die Gründe für ihre Bewertungen auch Dritten gegenüber zu vertreten. Die beiden Kompetenzen ergänzen einander, müssen aber gleichermaßen ausgebildet werden. So könnte es sein, dass ein Akteur mit viel Berufserfahrung zwar über ein hohes Maß an Urteilskompetenz verfügt, er jedoch damit überfordert ist, seine richtigen Intuitionen angemessen zu begründen. Um diese Ungleichzeitigkeit aktiv anzugehen, kann z. B. eine Supervision hilfreich sein, die den

Beraterinnen und Beratern als Ort der Selbstreflexion insgesamt noch deutlicher als bisher anzubieten ist.

Im Aufbau und in der Weiterentwicklung solcher Kompetenzen müssen die Einrichtungen bzw. Verbände im Bereich Alter und Sterben die Beraterinnen und Berater kontinuierlich unterstützen, insbesondere durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote. Für kirchliche Einrichtungen umfassen sie zudem verschiedene Dimensionen: basale religiöse Kompetenzen, persönliche Kommunikations-, Reflexions- und Deutungskompetenzen sowie die Fähigkeit, über bestimmte religiöse Inhalte Auskunft zu geben. Die basalen religiösen Kompetenzen bestehen im Kern in der Sensibilität und Offenheit für religiöse bzw. spirituelle Bedürfnisse, Deutungen, Fragen oder Werthaltungen, die aufseiten der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner bedeutsam sind und die diese in ihrer Vergewisserung über die eigenen Optionen und Vorstellungen im Rahmen des ACP mehr oder weniger deutlich artikulieren und in ihre Bewertungen und Orientierungen einfließen lassen. Die Beraterinnen und Berater müssen diese Optionen und Vorstellungen nicht teilen; aber sie müssen einfühlsam zuhören, verstehen und respektieren. Zusätzlich zu den basalen religiösen Kompetenzen brauchen Beraterinnen und Berater persönliche Reflexions- und Deutungskompetenzen im Umgang mit ihren eigenen Vorstellungen von Leben und Tod, von Altern und Sterben usw. Die Einrichtungen sollten den Beraterinnen und Beratern daher Hilfen anbieten, mit denen sie sich ihre eigenen Gefühle, Gedanken und Einstellungen bewusst machen und diese klären und weiterentwickeln können. Wer sich selbst mit diesen für sein Leben existenziellen Fragen nicht auseinandersetzt und diese nicht reflektiert, dürfte kaum in der Lage sein, deren Bedeutsamkeit im Leben eines anderen/einer anderen wahrzunehmen und diesem/dieser in der ACP-Beratung kommunika-

tiv gerecht zu werden. Als weiteres Element ist eine wenigstens grundsätzliche religiöse Auskunftsfähigkeit erforderlich.

Solche Befähigung erstreckt sich über die ganze Breite religiöser bzw. christlicher Deutungen von Leben und Tod, von Alter und Sterben. Sollte eine Beraterin oder ein Berater mit dem einen oder anderen überfordert sein, so muss sie oder er zumindest konkret wissen, wie und vor allem durch wen dem Beratungsanliegen Rechnung getragen werden kann, etwa durch kompetente Kolleginnen und Kollegen oder Seelsorgerinnen und Seelsorger usw.

Auch kommunikative und emotionale Fähigkeiten sind für ACP-Beraterinnen und ACP-Berater von größter Bedeutung. Dazu gehört nicht nur, jede Manipulation und Übergriffigkeit gegenüber den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern zu vermeiden, sondern vor allem auch, sich empathisch in deren Lebenssituation einzufühlen, Schweigen auszuhalten, aktuelle Sorgen und Ängste zu erkennen und situationsadäquate Lösungsperspektiven – mit der Thematisierung der jeweiligen Ambivalenzen und Ambiguitäten – anzubieten. Im Falle realitätsferner Engführungen des Gegenübers kann es auch Aufgabe einer vom Gedanken der respektvollen Fürsorglichkeit geleiteten Beratung sein, den Vorstellungs- und Erlebnishorizont der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners durch gezielte Störfragen und das kreative Einbringen bislang ausgeblendeter Handlungsalternativen zu weiten und bestehende Fixierungen zu überwinden.

Haltung

Neben diesen Einzelkompetenzen sind die Beraterinnen und Berater hinsichtlich ihrer Haltung gegenüber den Ratsuchenden auszubilden. Gefragt sind beispielsweise humanistisch-psychologische Grundhaltungen der Gesprächsführung. Mit den Haltungen der Echtheit, der Empathie und der Ehrfurcht vor

dem Geheimnis des Menschen (den drei „Es“) wird die Atmosphäre für ein helfendes Gespräch geschaffen, das den Beraterinnen Freiräume für neue Perspektiven und Entdeckungen zu eröffnen vermag. Mit diesen Grundhaltungen geht die beraterische Haltung der Sensibilität für Lebensalter- und Lebenslagen-spezifische Bedürfnisse und Vulnerabilitäten einher. Gerade der Umgang mit hochaltrigen, multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohnern im Kontext der stationären Altenhilfe erfordert ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit für individuelle Sorgen, Ängste und Gefährdungen, um deren stark erhöhter Vulnerabilität angemessen Rechnung zu tragen.

Auch der Umstand, dass der krankheitsbedingte Verlust der eigenen Wohnung und der dadurch erzwungene Umzug in eine Pflegeeinrichtung für die Betroffenen in der Regel eine schmerzliche biografische Zäsur darstellt, lässt es zwingend geboten erscheinen, Art und Zeitpunkt geeigneter ACP-Beratungsangebote vor dem Hintergrund einer umfassenden Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation der Betroffenen kritisch zu reflektieren, um unnötige zusätzliche Belastungen zu vermeiden. Diese besondere Vulnerabilität braucht auf Seite der Beraterinnen und Berater eine Fähigkeit zum dialogischen Verstehen.

In dieser insgesamt sensiblen Phase ist besonders kommunikative Kompetenz gefragt. Gerade in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mangelt es den Bewohnerinnen und Bewohnern oftmals an den notwendigen Voraussetzungen (Freiverantwortlichkeit, Geschäftsfähigkeit), um eine formale Vorausverfügung zu erstellen. Das mindert freilich keinesfalls die ethische und indirekt auch rechtliche Bedeutsamkeit der Selbstaussagen, die Menschen mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit im Rahmen etwaiger ACP-Beratungen für ihre persönliche Zukunft treffen. Denn ACP will sie unterstützen, ihren eigenen Willen zu bilden. Darum müssen die Beraterinnen und Berater

stets die eigene Rolle im Prozess durch Supervision reflektieren und weiterentwickeln.

Die Entwicklung individueller ethischer Kompetenzen ist in jedem Fall durch organisatorische Maßnahmen auf der institutionellen Ebene zu ergänzen, die im folgenden Abschnitt näher entfaltet werden.

2.3.2. Organisationsethische Verantwortung bei der Ausgestaltung von ACP

ACP stellt – zumindest unter den erläuterten Voraussetzungen der deutschen Sozialgesetzgebung (§ 132g SGB V) – jede Einrichtung der Langzeitpflege oder der Eingliederungshilfe vor organisationsethische Verantwortlichkeiten und Aufgaben. Organisationsethik beschäftigt sich einerseits mit ethisch relevanten Fragen der Organisationsstruktur, der Weiterentwicklung oder des Leitungshandelns. Andererseits befasst sie sich mit der Organisation von Gelegenheiten und Abläufen, in denen Mitarbeitende ethisch die Herausforderungen ihres beruflichen Handelns reflektieren.

Zwar liegt die unmittelbare Verantwortung für ACP bei den beteiligten Beraterinnen und Beratern. Gleichwohl arbeiten sie in einem institutionellen Umfeld. Die Ratsuchenden wohnen und leben in den Einrichtungen und diese vermitteln im gesetzlich vorgegebenen Rahmen die ACP-Angebote oder bieten sie selbst an. Sie sichern sich durch diese Einbindung die Refinanzierung der entsprechenden Angebote. Alle organisatorischen Ebenen von ACP (die Ebene der Beraterinnen und Berater und ihres Beratungshandelns in Beziehung zu den Ratsuchenden, die Ebene der Einrichtungen bzw. Trägerorganisationen [samt Personal und Bewohnern] sowie die Ebene der Gesetzgebung, der Kostenträger, der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-

pflege usw.) wirken systemisch zusammen und stehen in je eigener, ebenso wie in gemeinsamer Verantwortung für das Gelingen von ACP – und zwar in jedem Einzelfall.

Auf der sozialpolitischen Ebene müssen Bund, Länder und Kommunen, die Sozialversicherungsträger und die jeweiligen Dachverbände der Wohlfahrtspflege, in deren Mitgliedseinrichtungen und durch deren Dienste ACP angeboten wird, angemessene Rahmenbedingungen für das Gelingen schaffen. Der Gesetzgeber hat durch die Aufnahme von ACP in das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung einen wichtigen, gleichwohl nur ersten Schritt getan. Denn mit diesem Schritt sind zunächst nur die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erfasst, die in Einrichtungen der Langzeitpflege oder der Eingliederungshilfe leben.

Natürlich können alle Träger der (Freien) Wohlfahrtspflege ACP-Beratungen als freiwillige Leistungen anbieten – ob in stationären Einrichtungen oder in ambulanten Diensten und unabhängig vom Versichertenstatus. Gleichwohl sichert erst eine auskömmliche Finanzierung dauerhaft ihre Verlässlichkeit und Qualität. In die Zuständigkeit von Staat und Dachverbänden der Wohlfahrtspflege fällt auch die Etablierung von Rahmenbedingungen und ggf. das Inkraftsetzen von Vorschriften, die alle Beteiligten hinreichend vernetzen. Von elementarer Bedeutung für ACP ist zudem, dass im Bedarfs- bzw. Notfall berechnigte Akteure schnell auf die erforderlichen Informationen zugreifen können, die über die Wünsche und Optionen der Betroffenen so verlässlich wie möglich Auskunft geben. Im Mittelpunkt der organisationsethischen Verantwortung stehen die Einrichtungen, in denen ACP für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner tatsächlich angeboten wird. Durch ihre Organisationsentscheidungen und etablierten Abläufe bestimmen sie den Rahmen, in dem die Beraterinnen und Berater ihre Aufgabe erfüllen und ihrer Verantwortung gerecht werden können. Sie

bilden die mittlere Ebene der systemisch vernetzten Verantwortung und tragen ihrerseits unmittelbar Sorge für das organisationspezifische Gelingen von ACP. Mittelbar tun dies auch ihre Dachorganisationen (-verbände). Einrichtungen und Organisationen kommen ihrer Verantwortung nach:

- indem sie nur hinreichend qualifizierte Beraterinnen und Berater für ACP zulassen und dafür Sorge tragen, dass die Annahme des Beratungsangebots stets freiwillig ist;
- indem sie dafür einstehen, dass ACP nicht auf Aspekte der medizinisch-pflegerischen Vorsorge verengt wird, sondern für die ganze Breite psychischer, sozialer, religiöser bzw. spiritueller Bedürfnisse und Anliegen offengehalten wird, wie es der gesetzlichen Vorgabe entspricht. Spirituelle Bedürfnisse umfassen im kirchlichen Kontext explizit auch Ausdrucksformen wie Gebete, Sakramente, Segenshandlungen und begleitende seelsorgliche Unterstützung;
- indem sie gewährleisten, dass etwaige Interessenskonflikte zwischen dem Wunsch nach präzisen Entscheidungsvorgaben für die ärztlichen Maßnahmen über das Instrument einer Patientenverfügung einerseits und dem Recht jedes Patienten und jeder Patientin, sich nicht festlegen zu müssen, andererseits im konkreten Einzelfall immer zugunsten der Patientin und des Patienten gelöst werden;
- indem sie darauf achten, Rollenkonflikte zwischen der professionellen Alltagsbegleitung (durch medizinisch-pflegerisches Fachpersonal) und den ACP-Beraterinnen und ACP-Beratern zu vermeiden;
- indem sie transparente Regeln aufstellen, um die Unabhängigkeit der Beratung, die in erster Linie den Beratenen verpflichtet ist, sicherzustellen und Loyalitätskonflikte von vorneherein zu vermeiden.

In all diesen Faktoren konkretisiert sich die spezifische Organisationskultur der jeweiligen Einrichtung, deren Leitung in der organisationsethischen Verantwortung steht, die Abläufe innerhalb der Einrichtung auch unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien zu organisieren. Dies ist erforderlich, weil ein intensiveres Nachdenken der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner über zentrale Aspekte der Gestaltung des Lebensendes sich auf alle Beschäftigten auswirkt, die mit ihnen in Kontakt stehen. Denn sie werden im Rahmen ihrer alltäglichen beruflichen Kommunikation unvermeidlich mit den existenziellen Fragen konfrontiert werden, die sich die Bewohnerinnen und Bewohner und Patientinnen und Patienten in vielfältiger Weise und besonders im Umfeld von ACP stellen. Sie werden häufig im Sinne einer informellen und oftmals unausgesprochenen Beratung einbezogen werden.

Darum sollte die Einrichtung auch diejenigen, die nicht als Beraterinnen und Berater tätig sind, darin unterstützen, sich mit ethisch relevanten Themen auseinanderzusetzen und ein reflektiertes Urteil zu bilden, besonders bei Fragen rund um das Lebensende. In allen Einrichtungen mit caritativem Profil und in der Trägerschaft der katholischen Kirche sind spirituelle bzw. seelsorgliche Kompetenzen unverzichtbar. Daher soll in diesen Einrichtungen standardmäßig auf die Möglichkeit zur Hinzuziehung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern zum ACP-Prozess hingewiesen werden, um den spirituellen und religiösen Bedürfnissen der Ratsuchenden umfassend Rechenschaft zu tragen. In der verfassungsmäßig gewünschten Vielfalt der Wohlfahrtspflege kommen diese Einrichtungen damit auch dem Wunsch und Wahlrecht von Nutzerinnen und Nutzern entgegen, die hier besonders darauf zählen und sich darauf verlassen möchten, in Fragen von Angst und Bedrängnis, von Leben und Tod medizinisch, psychisch, sozial und seelsorglich bzw. spirituell gut und dem christlichen Ethos entsprechend begleitet zu werden.

Das gilt auch für die grundsätzlichen Ambivalenzen, die sich mit ACP ergeben. Sowohl die Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohner als auch ihre An- und Zugehörigen dürfen zu Recht erwarten, dass sie gerade in kirchlichen Einrichtungen auch in diesen Dimensionen ihrer persönlichen Lebensführung kompetente Begleitung, Seelsorge und Beratung erfahren. Das gehört in der Tat zur Mitte der kirchlichen Sendung und zu ihrem Ethos der Nächstenliebe.

Die unmittelbare Verantwortung für den ACP-Beratungsprozess und die einzelnen Gespräche liegt freilich bei den Beraterinnen und Beratern. Sie tragen Verantwortung für das Gelingen einer wohlüberlegten Entscheidung (Autonomie als relationale Selbstbestimmung). Moralische Autonomie unterscheidet sich grundsätzlich von mehr oder weniger willkürlichen Ad-hoc-Entscheidungen – von Entscheidungen also, die gewissermaßen spontan und aus dem Stegreif, ohne eingehendere Prüfung ihrer Stimmigkeit, Richtigkeit und Bedeutsamkeit für die eigene Lebensführung getroffen werden. Viele Alltagsentscheidungen mögen und müssen tatsächlich ad hoc gefällt werden. Dabei greifen oftmals routinierte Entscheidungsmuster, die eine Person im Laufe ihrer Lebensführung entwickelt hat und ohne die sie ihren Lebensalltag nicht bewältigen könnte.

Entscheidungen mit beträchtlicher Eingriffstiefe in die persönliche Lebensgestaltung – und um solche handelt es sich im Kontext von ACP ohne Zweifel – bedürfen aber einer besser fundierten und durchdachten Entscheidungsfindung. Hier erfordert die moralische Selbstbestimmung einen sorgsam Prozess des Einsichtnehmens in den Sachverhalt, um den es geht, des Abwägens etwaiger miteinander konkurrierender Güter, des Rechtfertigens etwaiger Priorisierungen sowie des abschließenden Entscheidens für eine bestimmte Handlungsoption, die die entscheidende Person auswählt und sich als die ihr angemessene zu eigen macht. Ein solcher Prozess kann sich mehrfach wiederho-

len – erst recht in der Durchführung von ACP. Dies sieht die gesetzliche Bestimmung sogar ausdrücklich so vor. Denn andere Umstände – etwa eine Verschlechterung oder umgekehrt eine Verbesserung des Gesundheitszustands – können zu neuen Einsichten und Bedeutsamkeiten, ja sogar zu einer existenziell anderen Priorisierung von Handlungsoptionen führen.

In diesen Prozess des Einsichtnehmens bis zum Entscheiden fließen stets – sowohl automatisch als auch gesteuert – Informationen und Einschätzungen anderer und Beziehungsaspekte ein. Darin besteht das unvermeidbar Relationale jeder Selbstbestimmung. Solche äußeren Einflüsse und inneren Bindungen können einengen. Externe Einflussfaktoren sollen mit ihren Informationen und Einschätzungen jedoch zum Gelingen der persönlichen Urteilsbildung und Entscheidungsfindung beitragen. Darin konkretisiert sich die (spezifische) Aufgabe professioneller Beratung: Sie unterstützt den Prozess des Mit-sich-zu-Rate-Gehens; bei Bedarf bezieht sie auch Informationen von fach- und/oder personenkundigen Dritten (Hausärztinnen und Hausärzte, An- und Zugehörige usw.) ein. Auch empathische Rückfragen, die allzu Selbstverständliches hinterfragen, können dabei helfen.

Entscheidend für das Gelingen von Beratungsprozessen ist: Sie dürfen niemals direktiv und manipulativ sein und jemanden auf eine Option festlegen wollen – weder offen noch versteckt. Vielmehr katalysieren die kommunikativen Kompetenzen der Beraterin oder des Beraters für ACP freie Erwägungsprozesse und reflektierte Klärungen im Dienst der Selbstklärung und Entscheidungsfindung. An deren Schluss kann ein Dokument stehen, in dem festgehalten wird, wie der einzelne Mensch begleitet und behandelt werden möchte – wobei dies jederzeit von ihm revidiert werden kann.

Aus diesem Grund ist die ACP-Beratung nach § 132g SGB V gehalten, in regelmäßigen Abständen eine solche Revision oder Bestätigung der Verfügungen anzuregen.

3. Zusammenfassende Empfehlungen

Die Überlegungen zum Umgang mit ACP in kirchlichen Einrichtungen und Diensten zusammenfassend, lassen sich mehrere Empfehlungen formulieren, welche die verschiedenen Akteure auf unterschiedlichen Verantwortungsebenen betreffen. Adressantinnen und Adressaten sind dabei alle Menschen, die sich mit ACP beschäftigen wollen, seien es die Beratenen, die Beraterinnen und Berater oder die verschiedenen Institutionen.

Grundlage dieser Empfehlungen ist die Überzeugung, dass die gezielte Unterstützung von Personen bei der gesundheitlichen Vorausplanung immer dann einen wertvollen Beitrag zur Förderung angemessener Entscheidungen leisten kann, wenn Qualitätsstandards, auch in ethischer Hinsicht, eingehalten werden. Da ACP einen geeigneten Rahmen dafür bieten kann, das Profil eines christlichen Lebens und Sterbens auf individuell stimmige Weise ins Wort zu fassen und zur Geltung zu bringen, sollten die beteiligten Akteure folgende Empfehlungen beachten:

3.1. Die Beraterinnen und Berater

- Wer sich zur ACP-Beraterin oder zum ACP-Berater qualifizieren lässt, sollte sich ganz bewusst mit den kognitiven, emotionalen, sozialen und spirituellen Implikationen von Lebensende, Tod und Sterben auseinandersetzen und sich umfassend über die international sehr verschiedenen Implementierungsformen einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende informieren.
- ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten das christliche Profil caritativer Einrichtungen und Dienste nicht nur selbst kennen, sondern dessen Voraussetzungen und normative Kon-

sequenzen auch Dritten gegenüber situationsadäquat erläutern können. Hierzu gehören auch die Offenheit für Angebote der Seelsorge und der einladende Hinweis auf diese Angebote.

– ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten alles vermeiden, was ihre Gesprächspartnerinnen und -partner in offener oder sublimierter Form zu einem bestimmten Tun oder Unterlassen drängt. Die Techniken einer offenen, Autonomie fördernden Gesprächsführung (nondirektiv, nichtwertend, ergebnisoffene Beratung) sollten daher ein unverzichtbarer Bestandteil ihrer Qualifikation zur ACP-Beraterin/zum ACP-Berater sein.

– ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten im Prozess der Ermittlung des individuellen Willens ihrer Gesprächspartner über die Fähigkeit verfügen, verschiedene Formen der Sterbehilfe ethisch kompetent einzuordnen. Sie sollten zudem in der Lage sein, die jeweilige Bedeutung der geäußerten Sterbewünsche zu erkennen und gegebenenfalls mit einschlägigen palliativ-hospizischen wie suizidpräventiven Angeboten zu verknüpfen. Dabei sollten sie die Grenzen ihrer eigenen fachlichen Kompetenzen beachten und bei Bedarf die Expertise Dritter hinzuziehen.

– ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten sich stets der Tatsache bewusst sein, dass der Prozess einer bewussten Auseinandersetzung ihrer Gesprächspartner mit dem eigenen Lebensende in sich – d. h. unabhängig von der Ausfertigung bestimmter Vorsorgeinstrumente (Patientenverfügung, Notfallbogen etc.) – wertvoll ist. Zwar kann das Verfassen einer Patientenverfügung oder die Ausfertigung anderer Vorsorgedokumente sinnvoll sein, doch hängt der Erfolg einer ACP-Beratung nicht davon ab, dass es am Ende in der Einrichtung eine größere Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern mit einschlägigen Vorsorgedokumenten gibt.

– ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten beachten, dass die Gespräche zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung in der Regel in einen komplexeren Prozess der ethischen Reflexion in-

nerhalb der Einrichtungen und Dienste eingebettet werden müssen und nicht isoliert zu betrachten sind. Daher sollten sie die anderen Elemente dieses Prozesses kennen und sich mit den dafür verantwortlichen Mitarbeitenden regelmäßig austauschen.

– ACP-Beraterinnen und ACP-Berater sollten sich als Teil eines komplexeren Netzwerkes verstehen, das nur funktioniert, wenn alle beteiligten Akteure eng zusammenarbeiten und ihre Informationen untereinander austauschen.

3.2. Ebene der Träger und Einrichtungsleitungen

– Angesichts der sehr unterschiedlichen Verbreitung von ACP sollten die verschiedenen Einrichtungen und Dienste ihre Erfahrungen untereinander austauschen, um von den Lernerfahrungen anderer zu profitieren und aus Fehlern lernen zu können.

– Träger sollten vor bzw. mit der Implementierung von ACP sicherstellen, dass die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen (z. B. in Form einer entsprechenden Palliativ- und Hospizkultur, der regelhaften Implementierung von Intervention und Supervision, der Fort- und Weiterbildung der ACP-Beraterinnen und ACP-Berater und der Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten) vorhanden sind, sodass die jeweiligen Willensbestimmungen der Betroffenen auch tatsächlich umgesetzt werden können.

– Wenn sich Träger dazu entscheiden, eigene Mitarbeitende als ACP-Beraterinnen und ACP-Berater einzusetzen, bedarf es geeigneter Regeln, um die Unabhängigkeit der Beratung und die Ausrichtung auf die Person der Beratenen hin sicherzustellen, ohne die Beratenden in Loyalitätskonflikte zu bringen. Die Beraterinnen und Berater sollten sich der ethischen Grundsätze

ihrer Einrichtung bewusst sein und dennoch dazu in der Lage sein, ihre Rolle als nicht direktive Dialogpartnerinnen und -partner der zu beratenden Person einzunehmen.

– Die Träger von Einrichtungen der Eingliederungshilfe und auch der Altenhilfe sollten berücksichtigen, dass kognitive Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner eine freiverantwortliche Entscheidung zwar nicht ausschließen, gleichwohl den Prozess der Willensbildung erschweren und daher verschiedene zusätzliche Formen der Entscheidungsassistenz sowie die Hinzuziehung der Betreuerinnen und Betreuer bzw. der rechtlichen Vertreter erfordern können.

3.3. Ebene der systemischen Rahmenbedingungen

– Aufgrund der relativen Neuheit dieses Instruments sollten die Erfahrungen mit der Nutzung von ACP staatlicherseits regelmäßig evaluiert werden, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und geeignete Korrekturen besonders im Sinn der Personenorientierung vornehmen zu können.

– Da der Gesetzgeber ACP-Prozesse bislang nur für die Versicherten der GKV im Bereich der stationären Alten- und Eingliederungshilfe refinanziert, sollte darüber nachgedacht werden, wie der Kreis der berechtigten Personen sukzessive auch auf andere Settings (Privatversicherte, pflegebedürftige Personen im häuslichen Bereich etc.) ausgeweitet werden kann.

– Kirchliche Bildungsarbeit und Pastoral sollten ACP mit seinen Möglichkeiten und Anforderungen breit bekannt machen und diskutieren.