

Sterbewunsch als Herausforderung in der palliativen Versorgung

*mit besonderem Blick auf die Rolle der Ernährung
aus ethischer, kirchlicher und theologischer
Perspektive*

Dr. Heike Baranzke

Sterbewunsch als Herausforderung
Dr. Heike Baranzke



Streitfrage Selbstbestimmung bei Sterbewunsch

1. Schließt das Recht auf Selbstbestimmung auch ein Recht auf Getötetwerden ein?
2. Schließt das Recht auf Selbstbestimmung auch ein Recht auf ärztlich assistierten Suizid ein?
3. Ist die palliative Begleitung von Sterbefasten Suizidbeihilfe?

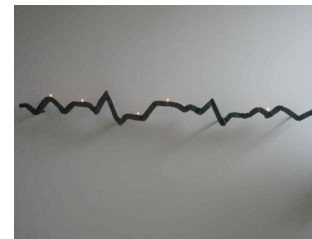
Sterbewunsch als Herausforderung
Dr. Heike Baranzke



Gliederung

- Ethische Reflexion auf die Grundsituation
- Recht als Handlungsbedingung
- Lebensende & Ernährung
 - Künstliche Ernährung/PEG-Sonde
 - Sterbefasten

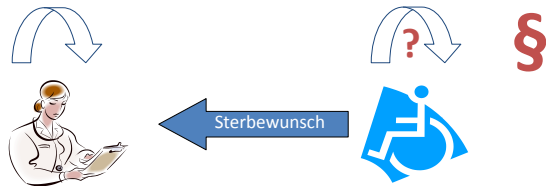
Sterbewunsch als Herausforderung
Dr. Heike Baranzke



Gabriele Wilpers &
Herbert Galle
Kapelle Knappschafts-
krankenhaus Essen-
Borbeck



Sterbewunsch als Herausforderung



- Angriff auf die moralische Integrität der um „Sterbehilfe“ gebetenen Person – eine moralische Zumutung
- In-Frage-Stellung des Lebensrechts und des menschlichen Lebens als einem fundamentalen Gut
- Ist der Sterbewunsch frei verantwortlich gefasst?
- Was ist (berufs-)rechtlich erlaubt?

Selbstbestimmung Art. 2 GG

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsgemäße Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Selbstbestimmung

1. Präskriptiv: Ein unverlierbares, stets zu beachtendes, nicht abstufbares **Grundrecht**
2. Deskriptiv-empirisch: Ein mehr oder weniger vorhandenes Bündel an **Fähigkeiten** eines Individuums, das man philosophisch-begrifflich zu definieren und empirisch-psychologisch zu messen versucht

Selbstbestimmung & Fürsorge Wille & Wohl des Patienten

- **Paradigmenwechsel** in Medizinethik und im Ärztin-Patient-Verhältnis **vom Wohl zum Willen** der Patientin
 - Paradigmenwechsel vom Wohl zum Willen ist auch **pflerelevant**
 - Nicht: Selbstbestimmung *oder* Fürsorge, sondern stets: **Selbstbestimmung und Fürsorge!**
1. Erklärter Wille von **einwilligungsfähigen** Patienten & Heim-Bewohnerinnen (verbal, gestisch, mimisch?)
 2. Bei Verlust von **Einwilligungsfähigkeit**: Patientenverfügung, gesetzlicher Betreuer, Vorsorgebevollmächtigter
 3. **Mutmaßlicher Wille** der Patientin anhand von biografischen Indizien

Was kann Inhalt einer moralischen Pflicht sein?

„Eigene Vollkommenheit – Fremde Glückseligkeit.

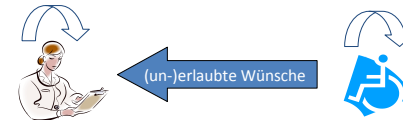
Man kann diese nicht gegen einander umtauschen und eigene Glückseligkeit, einerseits, mit fremder Vollkommenheit, andererseits, zu Zwecken machen, die an sich selbst Pflichten derselben Person wären.“ (Kant, Ak VI 385)



- Eigene Glückseligkeit will sowieso jeder ≠ Pflicht
- Die moralische Vollkommenheit eines anderen Menschen zu betreiben wäre Missachtung seiner moralischen Subjekthaftigkeit/Menschenwürde!

Zu was bin ich dem anderen gegenüber verpflichtet?

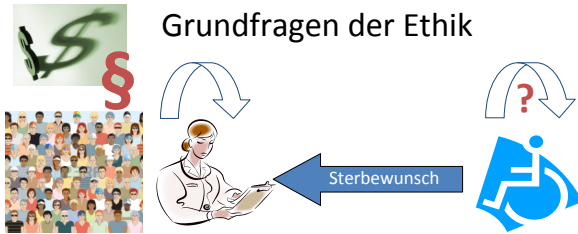
„Wenn es also auf Glückseligkeit ankommt, ... so muss es die Glückseligkeit *anderer* Menschen sein, deren (erlaubten) Zweck ich hiemit auch zu dem *meinigen* mache. Was diese zu ihrer Glückseligkeit zählen mögen, bleibt ihnen selbst zu beurteilen überlassen; nur daß mir auch zusteht, manches zu weigern, was sie dazu rechnen, was ich aber nicht dafür halte, wenn sie sonst kein Recht haben, es als das Ihrige von mir zu fordern.“ (Kant, Ak VI 388)



Hilfsbedürftige Personen dürfen ihre Wünsche und Vorstellungen äußern!

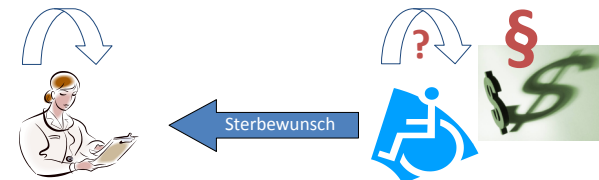
Ärztliche & pflegende Personen sind verpflichtet, ihre moralische Integrität zu schützen! Tötungshandlungen gefährden die moralische Integrität in hohem Maße.

Grundfragen der Ethik



1. Die individualethische Frage: Was soll *ich* tun und was muss *ich* dazu wissen? Welchen öffentlichen Eindruck erweckt mein Handeln? **1. P. Sg. refl.** – Handeln nach bestem Wissen und Gewissen!
 ≠ Was soll der *Anderer* tun? Wie muss der *Anderer* sein?
2. Die strukturethische Frage: Welche strukturellen Handlungsbedingungen habe ich zu beachten und welche behindernden oder negativ beeinflussenden Rahmenbedingungen für ein moralisch gutes Handeln kann ich verändern?

Was kann ich *wissen* in Bezug auf den Sterbewunsch?



1. Ist der Sterbewunsch frei gebildet, rational nachvollziehbar, alternativlos und dauerhaft?
2. Kann ich etwas über die Bedingungen erfahren, die zu dem Sterbewunsch geführt haben?

Aber: Es gibt keine theoretische Gewissheit über die Freiheit einer individuellen Willenserklärung („Patientenautonomie“), lediglich plausible Vermutungen auf der Basis empirischer Indizien!

Was bedeutet ein Sterbewunsch?

„Bei einigen Menschen mit einem ‚gesteigerten‘ Todeswunsch (kann) trotzdem ein ‚Lebenswille‘ vorhanden sein. Andererseits liegt auch bei Patienten mit einem starken Lebenswillen häufiger ein (prinzipiell vorstellbarer) Todeswunsch vor ... Des Weiteren können Patienten mit einem akut gesteigerten Todeswunsch über einen relativ starken Lebenswillen verfügen, der vielleicht ... therapeutisch ‚geweckt‘ ... werden kann.“

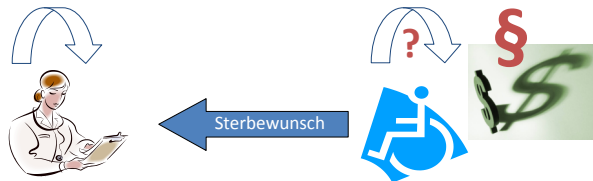
(Ostgathe/Galushko/Voltz 2010)

Irritierendes Zugleich von Todeswunsch und Lebenswille

Vorschläge zur Terminologie DER 2006

- | | |
|----------------------------|---|
| • Sterbebegleitung | Vermeidung von |
| • Therapien am Lebensende | • Euphemismen (Euthanasie, Sterbehilfe etc.) |
| • Sterbenlassen | • aktiv/passiv-Differenzierungsprobleme z.B. bei Behandlungsabbruch |
| • Beihilfe zu Selbsttötung | • In-/direkt wg. Therapie vs. Tötung |
| • Tötung auf Verlangen | • „Terminale Sedierung“ |

Was soll ich *tun* in Bezug auf den Sterbewunsch?



1. Mit der hilfesuchenden Person in eine respektvolle Kommunikation über den Sterbewunsch eintreten!
2. Kann ich eine lebensorientierte Beratung anbieten?
3. Kann ich die besonderen Bedingungen verändern, die zu dem individuellen Sterbewunsch geführt haben? (z.B. Einsamkeit, nicht zur Last fallen wollen, Depression etc.)
4. Wie geht es den Angehörigen des Sterbewilligen und was brauchen sie?
5. Kann ich die generellen Bedingungen ändern, die das allgemeine Entstehen von Sterbewünschen begünstigen?
6. Welche Rolle will ich – öffentlich im kollegialen Team! – spielen, wenn der Sterbewunsch mir rational und dauerhaft zu sein scheint?

DER: Ad-hoc-Empfehlung Suizidbeihilfe

18. Dez. 2014

- Gesetzliches Verbot ausschließlich der gewerbsmäßig organisierten Suizidbeihilfe schafft mehr Probleme als es löst
- Stattdessen: Stärkung und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich
- Stärkung der Suizidprävention
- Keine öffentlichen Suizidangebote, die den Anschein einer wählbaren Regelleistung erwecken
- Keine Sonderregelung für Ärzte oder andere Berufsgruppen
- Veränderung des Betäubungsmittelrechts

Erklärung des Ständigen Rates der DBK zur Diskussion um den assistierten Suizid (27.1.2014)

Die deutschen Bischöfe fordern

- „dass das Leben eines jeden Menschen – gerade auch des hilfsbedürftigen, alten, kranken und verzweifelten – unbedingt zu schützen sei“
- „dass jede Form des organisierten assistierten Suizids ausdrücklich gesetzlich verboten wird“
- Sorge um eine menschenwürdige Sterbebegleitung, Ausweitung von Hospizangeboten, Verbesserung der Palliativmedizin

Recht als Handlungsbedingung

Sterbewunsch als Herausforderung
Dr. Heike Bärnzke



StGB § 216 Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

**Der Wunsch, getötet zu werden,
ist kein gültiger Gegenstand in einer PV**

Suizid

- Suizidversuch \neq Straftatbestand im StGB, sondern Teil des Selbstbestimmungsrechts (Art. 2,1 GG)
- Suizidbeihilfe \neq Straftatbestand im StGB
- Aber: „keine ärztliche Aufgabe“ nach BÄK-Empfehlungen zur Sterbebegleitung 2011
- Behandlungsabbruch bei infauster Prognose gemäß Willen des Patienten \neq Suizidbeihilfe, sondern „Sterbenlassen“
- Einstellung der künstlichen Ernährung gemäß Willen des Patienten = Behandlungsabbruch

Abbruch der künstlichen Ernährung

– keine Tötungshandlung, sondern Behandlungsabbruch

BGH-Urteil v. 25. Juni 2010, zum Fall Wolfgang Putz:

„Sterbehilfe durch **Unterlassen, Begrenzen oder Beenden** einer begonnenen medizinischen Behandlung (**Behandlungsabbruch**) ist gerechtfertigt, wenn dies dem **tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen** entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.“

„Die ... **Unsicherheit über Voraussetzungen und Reichweite** der Erlaubnis, eine lebenserhaltende medizinische Behandlung auf Grund des Patientenwillens zu **beenden**, ist durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 (BGBl I 2286) jedenfalls **insoweit beseitigt** worden ..., **als es nach § 1901a Abs. 3 BGB nicht (mehr) auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt.**“

Recht

(§ 1901a BGB PV-Gesetz 29. 7. 2009)

- (1) **Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine PV kann jederzeit formlos widerrufen werden.**
- (3) (1) & (2) (mutmaßlicher Wille) **„gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.“**

Berufsrecht: Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung v. 21. Jan. 2011

- „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher (wg. Pflicht zum Sterbebeistand) nicht unter allen Umständen.“
- In jedem Fall Pflicht zur Basisbetreuung
- **„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“**
- „Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt.“

Berufsrecht: Musterberufsordnung 114. Dt. Ärztetag 2011

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. **Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.**“

Uneinheitliche Umsetzung der MBO durch die Landesärztekammern

Medizinische Kontroverse um berufsrechtliches Verbot ärztlich assistierten Suizids

Lebensende & Ernährung

mit besonderem Blick auf stationäre
Altenpflege

Essen und Trinken halten Leib und Seele zusammen

- Elementare menschliche Grundbedürfnisse
das am Lebensende oft verschwindet
- Ein Menschenrecht! (Brot für die Welt; Welthungerhilfe; Food First! etc.)
- Stillen von Hunger und Durst ist Bestandteil der Basispflege
- Symbolisch hoch angereicherte Interaktion!

Essen und Trinken

- Ernährung = ein allgemeiner biophysiologicaler Term
- Essen/Trinken = psychologische, sinnliche, kulturelle & soziale Akte des individuellen Menschen
- Hunger/Durst = subjektive Körpergefühle

Essen und Trinken

Sowohl Ernährungsbedarf als auch die Bedeutung von Essen und Trinken verändern sich im Laufe eines Lebens

- Bewegungsumsatz
- Geschwindigkeit und Art physiologischer Prozesse
- Individuelle Ernährungsgewohnheiten und Genussbedingungen
- Zustand des Gebisses
- Entwicklung der Geschmacksknospen, der Schluckfähigkeit und der Sinne
- Soziokulturelle Randumstände (Zeit, Qualität des Essens, Tischgemeinschaft etc.)

Künstliche Ernährung

- Nasensonde
- PEG-Magensonde (perkutane endoskopische Gastrostomie)
- Intravenöse Ernährung

„Indikationen zur künstlichen Dauerernährung werden heutzutage mit zunehmender Zurückhaltung gestellt und immer seltener aus pflegerischen Gesichtspunkten.“

(Müller-Busch 2012, 128)

PEG-Sonde (Medizin)

„Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Indikation zur Anlage einer Ernährungssonde bei Pflegeheimbewohnern in Deutschland – 140 000 Pflegebedürftige sind hierzulande mit einer Ernährungssonde versorgt – in der großen Überzahl der Fälle **nicht dem Patientenwohl dient, sondern der Entlastung des Pflegeheims, des zuständigen Arztes und der Angehörigen**: Die hinlänglich bekannte Personalknappheit in Heimen, eine an der Versorgung von Pflegeheimbewohnern – nicht zuletzt auch mangels angemessener Vergütung – wenig interessierte Ärzteschaft sowie nicht durchdachte Ernährungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen für Heimbewohner bilden nicht selten ein Amalgam von ‚Indikationen‘, das in der Frage des Arztes oder der Heimleitung an die Angehörigen gipfelt: ‚Wir müssen eine PEG-Sonde legen, oder wollen Sie, dass Ihr Vater verhungert?‘“ (M. de Ridder DÄB 2008)

Künstliche Ernährung

Percutan endoskopische Gastrostomie (PEG)

Das Legen einer PEG-Sonde (nach de Ridder DÄB 2008)

- darf nicht das Essen anreichen und pflegerische Zuwendung ersetzen (Vorenthalten des sinnlich-sozialen Essenserlebnis)!
- ist kein Bestandteil der Basispflege, sondern ein therapeutischer Eingriff!
- muss stets medizinisch indiziert sein!
- bedarf der informierten Einwilligung des Patienten oder muss dem (mutmaßlichen) Willen entsprechen!!!
- erfordert oft Fixierung des Patienten (Freiheitsentzug!)
- wirkt nachweislich nicht lebensverlängernd, manchmal eher lebensverkürzend
- ist oft nicht angezeigt bei schwerkranken Patienten
- Ist keinesfalls angezeigt bei Sterbenden

Verhungern und verdursten am Lebensende? (Kath. Theol.)

„Wenn es sich bei dem Gegenüber jedoch nicht um einen **Hungrigen** handelt, der nach Nahrung verlangt, sondern um einen **Kranken im Terminalstadium**, der kein derartiges Hungergefühl empfindet, handelt es sich nicht mehr um denselben Vorgang, der als Verhungernlassen bezeichnet werden kann. Im letztgenannten Fall ist diese Redeweise vielmehr irreführend, da sie **wesentliche Unterschiede** verdeckt, die den behaupteten Symbolgehalt auch der künstlichen Ernährung in Frage stellen.“

E. Schockenhoff: Ethik des Lebens 2009, 396

Verhungern und verdursten am Lebensende? (Kath. Theol.)

Künstliche Ernährung und Hydrierung „als besondere medizinische Maßnahme (einzuschätzen), die in jedem einzelnen Fall einer ausreichenden Indikation bedarf, ist daher phänomenologisch besser begründet als ihre Zuweisung zu der jedem Kranken bis zuletzt geschuldeten Grundpflege.“

E. Schockenhoff: Ethik des Lebens 2009, 396

**Künstliche Ernährung und Hydrierung = medizinische Maßnahme
Kein Bestandteil der Basispflege!**

Verhungern und verdursten am Lebensende? (Kath. Theol.)

„Wenn ein Kranker oder Sterbender das Recht hat, am eigenen Sterben nicht durch ... medizinische Maßnahmen gehindert zu werden, ist seine **Ablehnung der künstlichen Ernährung als Behandlungsverzicht zu bewerten** und daher zu respektieren.“

E. Schockenhoff: Ethik des Lebens 2009, 398

der an der Akut- und Notfallmedizin orientierte Begriff des „terminalen Stadiums“ ist für die Geriatrie und Gerontologie zu eng und sollte durch „infauste Prognose“ ergänzt werden (Fußnote Schockenhoff)

Verhungern und verdursten am Lebensende? (Kath. Theol.)

„Sicherlich kann es ein besonderer Auftrag kirchlicher Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sein, gegenüber einem gesellschaftlichen Umfeld, ... ein Zeichen der Lebensbejahung und der Bereitschaft zum geduldigen Warten auf den Tod zu setzen. **Dennoch lässt sich aus dem christlichen Menschenbild keine Verpflichtung zur unbegrenzten Lebenserhaltung um jeden Preis ableiten.** Ein solcher Gedanke ist der kirchlichen Lehrtradition ... durchaus fremd.“

Schockenhoff 2009, 399

Abbruch der künstlichen Ernährung – keine Tötungshandlung, sondern Behandlungsabbruch

Probleme: Wenn künstliche Ernährung nicht als Basispflege zählt, sondern als medizinisch-therapeutische Behandlung, die der Einwilligung durch den Patienten bedarf, welcher Patientenwille zählt in welchem Krankheitsstadium im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit?

- Wachkoma, Demenz, Schwerstkranke mit Schluckbeschwerden

„Gehört die Unfähigkeit, Nahrung aufzunehmen, nicht zu einer Reihe von Erkrankungen? Sollen all diese Patienten nicht weiter versorgt werden?“ (M. Wunder 2010)

Sterbefasten

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

- Selbstbestimmtes Einstellen der natürlichen Ernährung mit dem Ziel, das eigene Sterben herbeizuführen
 1. vor Eintritt der Sterbephase
 2. evtl. ohne infauste Prognose
- Analogie zum Behandlungsabbruch?
Natürliche Ernährung ≠ medizinische Behandlung
- Suizid?
FVNF ≠ Herbeiführung des Todes durch äußere Mittel oder andere Personen; kein „Hand an sich legen“

FVNF – Berufsrecht für Ärzte

- **Bislang keine offizielle Empfehlung der BÄK, aber persönliche Stellungnahmen von Medizinern und Medizinethikern**

„FVNF ist eine ganz eigene, aber uralte Form der ‚natürlichen‘ Lebensbeendigung. Menschen auf diesem Weg nicht ärztlich zu begleiten, hieße unethisch handeln.“

(J. Bickhardt, R.M. Hanke Dtsch Ärztebl 2014, 111(14): A 590-2)

FVNF – Berufsrecht für Ärzte

„Ja, auf diese Weise ist auch meine Schwiegermutter gestorben. Sie war 84, sie hatte eine partielle Demenz und einen Tumor. Sie fühlte sich nicht mehr kommunikationsfähig. Aber sie hatte keine Depression und immer noch einen klaren, festen Willen. Sie hat niemanden gebeten, ihr mit einem Medikament zu helfen, sondern hat sich entschieden, durch Verhungern aus dem Leben zu scheiden. Ihr Hausarzt hat sie begleitet, er fühlte sich völlig im Recht. Ich habe ihn dabei unterstützt.“
(J.-D. Hoppe, Spiegel-online 22.6.2010)

Aber: Eine Erklärung zur Entbindung des begleitenden Arztes von der Garantenpflicht wird durchgängig empfohlen!

FVNF – Ethische Argumente

Vorteile

- Traditionelle, natürliche Form der selbstbest. Lebensbeendigung
- Nicht aktive, sondern passive Selbsttötung
- Möglichkeit für nicht handlungsfähige Patientinnen
- Tatherrschaft bei Sterbewilligem
- Keine heroische Arztrolle
- Lange revidierbarer Prozess; bestmögliche Vorr. für ‚Bilanzsuizid‘
- Ermöglicht allen Beteiligten ein sich Einstellen und Abschiednehmen
- In der Regel friedlicher Tod und keine entstellte Leiche

Einwände

- **Tradition & Natur ≠ an sich moralisch gut**
- **Passive Selbsttötung ist auch Suizid**
- ./.
- **auch bei (ä.) ass. Suizid**
- ./.
- ./.
- **Sterbewilliger kann lange Zeit zur Nahrungsaufnahme gedrängt werden**
- **Kommt darauf an**

Leben als Gottesleihgabe – Katholische Kirche

„Jeder ist vor Gott für sein Leben **verantwortlich**. Gott hat es ihm **geschenkt**. Gott ist und bleibt der höchste Herr des Lebens. Wir sind **verpflichtet**, es **dankbar** entgegenzunehmen und es zu seiner Ehre und zum Heil unserer Seele zu bewahren. Wir sind nur Verwalter, nicht Eigentümer des Lebens, das Gott uns anvertraut hat. **Wir dürfen darüber nicht verfügen.**“ (KKK 2280)

Verfügen wir nicht bereits über die Grenzen menschlichen Lebens?

Leben = Pflicht, Geschenk oder liebevolle Einladung?

Suizid – Katholische Kirche

„Der **Selbstmord** widerspricht der natürlichen Neigung des Menschen, sein Leben zu bewahren und zu erhalten. Es ist eine **schwere Verfehlung** gegen die rechte **Eigenliebe**. Selbstmord verstößt auch gegen die **Nächstenliebe**, denn er zerreißt zu Unrecht die Bande der Solidarität mit der Familie, der Nation und der Menschheit, denen wir immer verpflichtet sind. Der Selbstmord widerspricht zudem der **Liebe zum lebendigen Gott.**“ (KKK 2281)

Suizid(behilfe) – Katholische Kirche

„... Freiwillige Beihilfe zum Selbstmord verstößt gegen das sittliche Gesetz.

Schwere psychische Störungen, Angst oder schwere Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung können die Verantwortlichkeit des Selbstmörders vermindern.“ (KKK 2282)

„Man darf die **Hoffnung auf das ewige Heil der Menschen, die sich das Leben genommen haben, nicht aufgeben**. Auf Wegen, die Gott allein kennt, kann er ihnen Gelegenheit zu heilsamer Reue geben. Die Kirche betet für die Menschen, die sich das Leben genommen haben.“ (KKK 2283)

„Versammelt werden zu den Vätern“ (Gen 25,8)
„Ruhen in Abrahams Schoß“ (Lk 16, 19-31)



Johannes-Kirche, Gülsehir, Kappadokien, 13. Jh.