EVANGELISCHE KIRCHE
IN HESSEN UND NASSAU

EVANGELISCHE KIRCHE
VON KURHESSEN-WALDECK

Diakonie
Hessen

(Für)Sorge am Lebensende

»Jesus Christus spricht:
Ich lebe, und ihr sollt auch leben.«

Johannes 14,19

»Was ihr getan habt einem von
diesen meinen geringsten Brüdern,
das habt ihr mir getan.«

Matthäus 25,40

Liebe Leserinnen und Leser,

in den letzten dreißig Jahren haben in unserem Land zahlreiche Bürgerinnen und Bürger Großartiges geleistet, um Menschen im Sterben nicht alleinzulassen und ihnen ein würdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Hospizbewegung in Deutschland ist ein beeindruckendes Zeugnis gelebter Solidarität mit Schwerstkranken und Sterbenden. Jeder einzelne Mensch soll auch als Sterbender das Gefühl behalten: Ich bleibe wichtig, ich bin Teil der Gemeinschaft und Teil der Gesellschaft.

Beharrlichem bürgerschaftlichem Engagement ist es letztlich auch zu verdanken, dass sich die medizinische und pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihre soziale Unterstützung in unserer Gesellschaft deutlich verbessert haben. In Hessen gibt es mittlerweile flächendeckende Angebote der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung. Unsere ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten mit speziellen Pflegekonzepten, um auf die Bedürfnisse von sterbenden Menschen angemessen reagieren zu können. Diese Arbeitskonzepte werden kontinuierlich weiterentwickelt und an die unterschiedlichen Bedürfnisse Sterbender angepasst, z. B. an die von Menschen mit Demenz.

Als Kirche und Diakonie unterstützen wir nachdrücklich die Leitgedanken der Charta zur Betreuung der schwerstkranken und sterbenden Menschen (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de). Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen unter würdigen Bedingungen ihre letzte Lebenszeit verbringen können. Dazu gehört insbesondere, dass Versorgungsstrukturen vernetzt und bedarfsgerecht für alle Menschen unabhängig von Erkrankung, Alter und konfessioneller Bindung gezielt weiterentwickelt werden. In unseren kirchlichen und diakonischen Einrichtungen zeigt sich im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen, wie wichtig es ist, die hospizliche Haltung thematisch differenziert und spezifiziert in die Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte der Mitarbeiter*innen zu integrieren. Die Pandemie hat uns vor Augen geführt, wie systemrelevant die Begleitung Sterbender ist und wie schrecklich es ist, wenn dies nicht möglich ist.

Die Beiträge dieser Broschüre sollen anregen und dabei unterstützen, den in der Charta beschriebenen Weg zu beschreiten und fortzusetzen.

Ulrike Scherf
Stellvertretende Kirchenpräsidentin der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau

Carsten Tag
Vorstandsvorsitzender der Diakonie Hessen

Dr. Beate Hofmann
Bischöfin der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck

Vorwort

Im Jahr 2015 hatten wir die Handreichung »Mit Sterbenden leben – achtsam sein« herausgegeben. Die Nachfrage danach war so groß, dass wir sie mehrfach neu aufgelegt haben. Nachdem nun aber im Februar 2020 das Bundesverfassungsgericht den § 217 im StGB für nichtig erklärt hat und damit die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung nicht mehr unter Strafe steht, waren einzelne Beiträge dieser Publikation überholt. Die ethischen Diskussionen heute sind andere. In innerevangelischen und -diakonischen Diskussionen steht augenblicklich die Frage im Vordergrund, wie wir uns verhalten, wenn der Wunsch nach assistiertem Suizid an uns gerichtet würde. Aus diesem Grund haben wir uns nun dazu entschlossen, eine neue Publikation zu dem Thema »hospizliche Begleitung und palliative Versorgung« zu veröffentlichen. Zu dem Thema »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« wird Ende des Jahres 2021 von der Diakonie Deutschland eine eigene Handreichung veröffentlicht.

In dem Titel »(Für)Sorge am Lebensende« sind sowohl das Wort Sorge als auch das Wort Fürsorge enthalten. Für die angemessene Begleitung von Menschen am Lebensende ist es zuallererst unumgänglich, ihre Sorgen und Ängste wahrzunehmen, ihnen zuzuhören und sich von ihnen erzählen zu lassen, was sie brauchen, um gut leben zu können. Aus Umfragen geht hervor, dass die meisten Menschen vor allem Angst vor unerträglichen Schmerzen und Atemnot haben. Sie haben aber auch die Sorge, anderen womöglich einmal zur Last zu fallen, weil sie auf Pflege angewiesen sind, oder am Ende einsam und allein in einem Krankenhausbett zu sterben. Noch in den 1980er Jahren traf dies für viele Sterbende in unserem Land so zu. Seitdem hat sich viel getan. Wir haben mittlerweile eine gute Sorgekultur für schwerstkranke und sterbende Menschen entwickelt. Doch es gibt noch einiges, was verbessert werden muss. Bislang werden die Sorgearbeiten weitgehend von Frauen geleistet. Wünschenswert wäre, wenn Frauen und Männer gemeinsam diese Aufgabe übernehmen würden. Wichtige Themen sind hierbei auch die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und auch die Behebung des Fachkräftemangels in der Pflege.

Wir sollten aber auch stolz darauf sein, was wir in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum durch beharrliches (meist weibliches) bürgerschaftliches Engagement für eine menschenfreundliche Begleitung von Sterbenden schon alles erreicht haben.

Die Handreichung soll dazu dienen, einen kleinen Überblick über die Vielfalt in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung zu bekommen.

Ich danke allen, die zum Entstehen der Handreichung beigetragen haben.

Ihre

Dr. Carmen Berger-Zell
Theologische Referentin in der Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege
der Diakonie Hessen

BLICKRICHTUNGEN

Gedanken zum Menschsein ... 9

Als sorgende Gemeinschaft füreinander Sorge tragen ... 9

Menschen brauchen Menschen, um leben zu können ... 13

Menschenwürde im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Selbstbestimmung ... 15

Leben – Sterben – Tod ... 19

Tod und Leben in der Bibel ... 19

Endlich leben ... 22

Hospiz- und Palliativseelsorge ... 25

Angebote der Palliativversorgung ... 28

Fachverband SAPV Hessen und das Forschungsprojekt ELSAH ... 32

Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland ... 34

Ambulante Hospizdienste ... 38

Arbeitsgemeinschaft Hospizarbeit und Sterbebegleitung in der Diakonie Hessen ... 38

Arbeitsgemeinschaft Hospiz in der EKHN ... 39

Die Hospizbewegung im Idsteiner Land e. V. aus Sicht eines ökumenischen Partners ... 40

Hospizarbeit im Bistum Limburg ... 42

Qualifizierung zur ehrenamtlichen Mitarbeit in der Sterbebegleitung ... 43

Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen – KASA ... 45

Stiftungsfonds Diadieu der Stiftung Diakonie Hessen ... 48

Ethische Herausforderungen ... 50

Fürsorge, Selbstsorge, Mitsorge ... 51

Sterbehilfe – worüber reden wir eigentlich? – Eine Begriffsklärung ... 63

Recht auf selbstbestimmtes Sterben ... 65

Innerevangelische und -diakonische Debatte zum assistierten Suizid, mit ... 68

Diskussionspapier der Diakonie Deutschland und ... 70

Stellungnahme der EKD ... 84

Pandemie ... 88

Sterben in Corona-Zeiten ... 89

Demenz ... 92

Menschen mit Demenz am Lebensende ... 92

Hohes Alter ... 95

Das hohe Alter ... 95

Vorsorgen für die letzte Lebensphase ... 97

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ... 97

Verbesserung der Sterbebegleitung ... 100

Projekt Zeitkapsel ... 104

Über die eigene Bestattung sprechen ... 106

STERBEORTE

In der Häuslichkeit ... 110
Zu Hause sterben dürfen ... 110
Im Hospiz ... 113
Hospize in diakonischer Trägerschaft ... 113
Hospiz Frankfurt am Main ... 119
Tierische Lebensfreude ... 120
Aus dem Alltag einer Hospizseelsorgerin ... 124
Im Krankenhaus ... 127
Sterbebegleitung im Krankenhaus ... 127
In einer Pflegeeinrichtung ... 130
Das Leben und Sterben in diakonischen Altenpflegeeinrichtungen ... 130
In der Wohnungslosigkeit ... 133
Am Ende des Lebens auf der Straße ... 134
Im Gefängnis ... 145
Wenn der Tod ins Gefängnis kommt ... 145
Wenn ältere Menschen im Gefängnis leben ... 149
In der Behindertenhilfe ... 153
Erfahrungen mit Abschieden in der Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie ... 153

ABSCHIED GESTALTEN

Am Sterbebett ... 158
Gott ist schon da – Vorbereitung auf den Besuch bei Sterbenden ... 158
Beten und Segnen am Sterbebett ... 159
Zwei Riten aus katholischer Sicht ... 163
Am Totenbett ... 165
Aussegnung – Überlegungen und liturgische Bausteine ... 165
Aussegnung eines orthodoxen Christen ... 168
Totengedenken in Pflegeeinrichtungen in Zeiten der Covid-19-Pandemie ... 169
Abschieds- und Erinnerungsfeier für Menschen im Wohnheim einer Behinderteneinrichtung ... 176

ABSCHIEDSERFAHRUNGEN

Abschied von meiner Mutter ... 180
Gespräch ohne Worte ... 183

Literatur ... 184
Links ... 186
Autor*innen ... 187
Impressum ... 190

BLICK
RICHTUNGEN

Als sorgende Gemeinschaft füreinander Sorge tragen

Carmen Berger-Zell

»Mach dich auf, und werde Licht«
Jesaja 60,1

Die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in unserem Land ist eine Erfolgsgeschichte. Einen erheblichen Anteil daran hat die Hospizbewegung, neben dem Aufbau von Palliativmedizin und Palliative Care. Sie hat sich, wie Reimer Gronemeyer und Andreas Heller in ihrem Buch »In Ruhe sterben« schreiben, in gewisser Weise als eine Menschenrechtsbewegung entwickelt, die die bedingungslose Solidarität mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in den Mittelpunkt stellt.[1]

Der Hospizbewegung ist es zu verdanken, dass Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft keine Tabuthemen mehr sind. Seit drei bis vier Jahrzehnten werden Debatten zum würdigen Sterben in modernen Gesellschaften geführt, das auch als Menschenrecht postuliert wird. Ein Beispiel hierfür ist die Charta zur Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Deutschland. Sie ist vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative entstanden, die als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde. Die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess in unserem Land übernahmen im Jahr 2008 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK).[2]

Ein weiterer Beitrag zur Verbesserung der Sterbekultur beruht auf dem Menschenbild, von dem die Hospizbewegung ausgeht. Dies lässt sich am Umgang mit dem Phänomen Schmerz verdeutlichen. Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, prägte für Schmerzen und Leiden von sterbenden Menschen den Begriff »total pain«. »In diesem Signalwort war die Erkenntnis aufgehoben, dass Schmerzen und Leiden vieldimensional sind, körperliche, psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Ausprägungen haben können, weil jeder Mensch ein bio-psychosoziales und spirituelles Lebewesen ist.«[3]

1 Vgl. Reimer Gronemeyer, Andreas Heller, *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann,* S. 70.

2 Vgl. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

3 Reimer Gronemeyer, Andreas Heller, *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann,* S. 72; Saunders hat diese Erkenntnis von Howard Barrett übernommen. In dem von ihm gegründeten Hospiz St. Luke's lernte sie diese Haltung kennen, die sie durch ihre Veröffentlichungen weiter bekannt machte. Vgl. Susanne Fleckinger, Hospizarbeit und Palliative Care. Zum wechselseitigen Arbeitsverhältnis von Haupt- und Ehrenamt, S. 33 ff.

Daraus resultiert eine Haltung, die den sterbenden Menschen mit all diesen Facetten im Blick hat und die Begleitung durch multiprofessionelle Teams individuell daraufhin ausrichtet.

Aktuell sind schätzungsweise mehr als 100.000 Menschen in Hospizinitiativen und -vereinen ehrenamtlich organisiert. Es gibt spezialisierte Einrichtungen und in ganz Deutschland Fort- und Weiterbildungsangebote für alle Berufsgruppen, die mit sterbenden Menschen zu tun haben.[4] Andreas Heller, Sabine Pleschberger, Michaela Fink und Reimer Gronemeyer resümieren in ihrem Buch zur Geschichte der Hospizbewegung: »Man muss sich vor Augen führen, dass es noch gar nicht lange her ist, dass in Deutschland kaum jemand etwas mit dem Begriff ›Hospiz‹ anzufangen wusste.«[5]

Heute haben wir allein in Hessen rund 100 ambulante Hospizdienste und 11 ambulante Kinderhospizdienste, 24 stationäre Hospize und ein Kinderhospiz. In allen Landkreisen, Städten und Kommunen gibt es palliative Teams. Dass in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum von etwa dreißig Jahren in Deutschland eine gute Versorgungsstruktur für die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entstanden ist, war eine große Leistung. Die Gründe, aus denen die Hospizbewegung so erfolgreich wurde, sind vielfältig. Einer war sicherlich auch der, dass es Menschen gab, die in den 1980er Jahren den Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) etwas entgegensetzen wollten. Christoph Student, einer der Pioniere der Hospizbewegung in Deutschland, führte in einem Interview die Gründung der Deutschen Hospizhilfe e. V. genau darauf zurück:

»Im Rückblick, muss ich sagen, haben wir der Euthanasiebewegung in Deutschland enorm viel zu verdanken. Weil immer, wenn die spektakulären Tötungsaktionen begangen wurden, wir mit unserer Nachricht: ›Es gibt Alternativen‹ wahrgenommen wurden. Vorher konnte man sich abstrampeln, so viel man wollte, das interessierte ja keine Zeitung. Aber als wir dann kamen und sagten: ›Leute, da gibt's aber andere Möglichkeiten‹, wurden wir sehr gehört. Und sei es nur aus Sensationslust, um zu sagen: ›Oh, Hackethal ist nicht allein, sondern da gibt's noch andere, die was dagegen machen.‹«[6]

Solidarität mit den Sterbenden

Der Hospizbewegung ist es zu verdanken, dass wir heute eine Solidarität mit sterbenden Menschen haben, die sich mit Worten von Cicely Saunders so beschreiben lässt:

»Du bist wichtig, weil du bist, und du bleibst wichtig bis zum Ende deines Lebens. Wir werden alles in unseren Kräften Stehende tun, nicht nur zu helfen, dass du friedlich sterben kannst, sondern auch, dass du bis zuletzt leben kannst.«[7]

4 Vgl. Andreas Heller u. a., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.* Ludwigsburg 2013, S. 12.

5 Andreas Heller u. a., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.* Ludwigsburg 2013, S. 12.

6 Reimer Gronemeyer, Andreas Heller, *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann,* S. 112 und Andreas Heller u. a., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.* Ludwigsburg 2013, S. 77.

7 Cicely Saunders, *Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care,* Zürich 2009, S. 78.

Jeder Einzelne bildet einen »menschlichen Mikrokosmos mit einzigartigen Charakteristiken, seiner eigenen Summe von Freude und Trauer, Hoffnungen und Ängsten und einer eigenen Lebensgeschichte, die von höchster Bedeutung für ihn und sein Umfeld ist«[8]. Seither stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen von multiprofessionellen Teams aus Haupt- und Ehrenamtlichen in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der individuelle Mensch in seiner letzten Lebensphase und mit ihm sein persönliches Umfeld.

Als Mensch sind wir auf soziale Resonanz angewiesen, um leben zu können. Wir sind ein leibliches Wesen, das in der Beziehung zu anderen lebt und als Christ*in auch in der Beziehung zu Gott. Aus biblisch-theologischer und auch aus neurobiologischer Sicht brauchen wir zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung und Zuneigung. Machen wir aber die Erfahrung, aus der menschlichen Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, aus dem sozialen Resonanzraum herauszufallen, hat dies nachgewiesenermaßen neurobiologische Effekte. Sie können Krankheit, im Extremfall den Tod bedeuten, wie sich überall dort zeigt, wo Personen von der Gemeinschaft absichtsvoll und auf Dauer ausgegrenzt werden.[9] Verschiedene Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass intakte soziale Netzwerke die Gesundheit schützen und die Lebenserwartung erhöhen. Hingegen würde ungewollte Einsamkeit krank machen.[10] »Untersuchungen zufolge erleben Menschen, die sich allein gelassen fühlen, körperliche Schmerzen stärker als Personen, denen mitmenschliche Unterstützung zur Verfügung steht.«[11]

Für die Verbesserung der Lebensqualität ist die Linderung von körperlichen Schmerzen und anderen krankheitsbedingten Symptomen alles entscheidend. Hierfür braucht es aber neben Medikamenten und anderen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten eine gute pflegerische Versorgung und die Möglichkeit, die sozialen Beziehungen pflegen zu können.

Und genau darin besteht die Herausforderung für unsere Gesellschaft: sterbenden Menschen die Teilhabe am sozialen Leben bis zuletzt zu ermöglichen.

Was gilt es noch zu verbessern?

Dank der Hospizbewegung und der Palliativmedizin haben wir heute eine grundlegend andere und vor allem menschenfreundlichere Sterbekultur in unserem Land, als es vor noch nicht allzu langer Zeit der Fall war. Es gibt aber noch einiges, was verbessert werden kann, allein deswegen schon, weil unsere Gesellschaft sich durch den demografischen Wandel in den kommenden Jahren verändern wird und wir mehr pflegebedürftige Menschen haben werden. Gleichzeitig werden die Familienmitglieder weniger, und Angehörige können die die Sorge- und Pflegearbeit nicht mehr in dem Maße fortführen, wie es heute noch der Fall ist. Ende 2019 gab es etwa 4,13 Millionen pflegebedürftige Menschen in unserem Land. Die Experten erwarten für die Zukunft einen weiteren starken Anstieg.[12]

8 So hatte es Howard Barrett 1909 als Grundlage des Hospizgedankens formuliert. Vgl. Susanne Fleckinger, *Hospizarbeit und Palliative Care. Zum wechselseitigen Arbeitsverhältnis von Haupt- und Ehrenamt,* S. 35.

9 Vgl. Joachim Bauer, *Warum ich fühle, was du fühlst,* S. 109.

10 Vgl. Joachim Bauer, *Prinzip Menschlichkeit,* S. 70.

11 Joachim Bauer, *Prinzip Menschlichkeit,* S. 66.

12 Vgl. statista.com/statistik/daten/studie/2722/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-1999/

In einer Studie der Bertelsmann Stiftung wurde im Jahr 2015 erhoben, dass 76 Prozent der Menschen zu Hause sterben wollen, jedoch nur etwa 20 Prozent dort sterben.[13]

Sterbeort	Wunsch	Wirklichkeit
zu Hause	76 %	20 %
Hospiz	10 %	3 %
Pflegeheim	2 %	31 %
Krankenhaus	6 %	46 %

Die Studie kam auch zu dem Ergebnis, dass noch zu wenige Menschen eine palliative Versorgung erhalten. Zum einen liege es daran, dass die Angebote nicht ausreichen, und zum anderen würden viele den Nutzen der Palliativversorgung noch nicht kennen. Insbesondere im Bereich der palliativen Versorgung von hochaltrigen und demenziell erkrankten Menschen gibt es noch erheblichen Entwicklungsbedarf. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) schreibt in ihrem Positionspapier »Würde bis zuletzt!« 2018: »Es gibt (…) erhebliche regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Ob auf dem Dorf oder in der Großstadt, ob zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus: Eine hospizliche und palliative Versorgung muss flächendeckend verfügbar sein. Die Verbesserung der Lebensqualität im Sterben ist heute möglich und muss gewährleistet werden.«[14]

Fürsorge für Menschen am Lebensende ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Damit aber in einer älter werdenden Gesellschaft Menschen in ihrem sozialen Umfeld leben können bis zuletzt, brauchen wir politische Weichenstellungen für eine Verbesserung der hospizlichen und palliativen Versorgung, die es uns ermöglichen, die Sorgearbeit für schwerstkranke und sterbende Menschen gemeinschaftlich zu erbringen. Hierfür sind grundlegende Reformen im Pflegebereich nötig, finanzielle Rahmenbedingungen zur Gestaltung von Quartieren und Sozialräumen, Strukturen zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege. Und wir brauchen eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren im Sozialraum: Staat und Familien, zivilgesellschaftliche Institutionen, Kirchen, Verbände und Kommunen. »Die Institutionalisierung der gesellschaftlich notwendigen Sorgearbeit muss politisch vorangetrieben werden, um Menschen substanziell zum Sorgen zu befähigen, zu befreien, zu beauftragen und sie zu entlasten.«[15]

Literaturhinweise

Andreas Heller et al., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland,* Ludwigsburg 2013.

Gian Domenico Borasio, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen,* 4. Aufl. München 2015.

Reimer Gronemeyer, Andreas Heller, *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann,* München 2014.

13 Vgl. www.bertelsmann-stiftung.de/de/mediathek/medien/mid/wunsch-und-wirklichkeit-wo-moechten-die-menschen-sterben

14 www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2019/BAGSO_Positionspapier_Wuerde_bis_zuletzt.pdf

15 Stefan Heuser, *Who cares? Ethische Voraussetzungen einer sorgenden Gesellschaft,* in: *Dokumentation Studientag 2019 »Zukunft der Pflege. Von einer Gesellschaft in Sorge zu einer sorgenden Gemeinschaft,* S. 47 (diakonie-gap.de/fileadmin/user_upload/Dokumentation_Studientag_2019_web_final.pdf)

Menschen brauchen Menschen, um leben zu können

Carmen Berger-Zell

Wer bin ich? Für Dietrich Bonhoeffer stellt sich die Frage nach seiner Identität im Gefängnis. An einem Ort, an den er nach eigenem Ermessen nicht hingehört. In einer Zeit, in der sein Leben an einem seidenen Faden hängt. Angsterfüllt wird er hin- und hergerissen zwischen Selbstsicherheit und -zweifel.

Wenn unsere Endlichkeit für uns fühlbar nahekommt, melden sich mitunter auch unsere zerbrochenen Hoffnungen, unsere nicht erfüllten Wünsche, verworfene Möglichkeiten und unser Bedauern zu Wort. Sie sind wie Zaungäste an den Grenzen des Lebens, die uns fragen: Was macht dein menschliches Dasein eigentlich aus? Welches Bild hast du von dir, und wer oder was, glaubst du, bist du in der Welt der Anderen?

An der Grenze des Lebens wird uns – manchmal auch schmerzlich – bewusst, wovon wir eigentlich leben: Liebe, Freundschaft, Vergebung, Ganzheit und Unversehrtheit. In dem Spiegel-Bestseller »5 Dinge, die Sterbende am meisten bereuen« berichtet Bronnie Ware von einer sterbenden Frau, die bereut, nicht den Mut gehabt zu haben, ihr eigenes Leben zu leben, sondern vielmehr versucht zu haben, dem Ideal Anderer gerecht zu werden. Sie erzählt von einem Mann, der bedauerte, zu viel

»Wer bin ich? Sie sagen mir auch,
ich trüge die Tage des Unglücks
gleichmütig, lächelnd und stolz,
wie einer, der Siegen gewohnt ist.

Bin ich das wirklich,
was andere von mir sagen?
Oder bin ich nur das,
was ich selbst von mir weiß?

Unruhig, sehnsüchtig, krank,
wie ein Vogel im Käfig,
ringend nach Lebensatem,
als würgte mir einer die Kehle,
hungernd nach Farben, nach Blumen,
nach Vogelstimmen,
dürstend nach guten Worten,
nach menschlicher Nähe.«

Dietrich Bonhoeffer

gearbeitet zu haben, statt mehr Zeit mit den Menschen verbracht zu haben, die für ihn wichtig sind. Oftmals wird unser alltägliches Handeln – meist unbewusst – von Idealvorstellungen geleitet, wie wir zu sein haben, damit wir für uns und für andere dem Bild eines perfekten Menschen entsprechen. Glaubenssätze wie »Jeder ist seines Glückes Schmied« oder »Jeder ist sich selbst der Nächste« suggerieren uns, wir könnten aus eigenem Vermögen unsere persönlichen Ziele erreichen. Das ist ein Trugschluss, vielmehr ist es doch so, dass wir von Beginn bis zum Ende unseres Lebens auf Andere angewiesen sind. Menschen sind Beziehungswesen, die allein nicht lebensfähig sind. Menschen brauchen Menschen, und nach christlichem Verständnis brauchen sie auch Gott.

Wir sind zeitlebens angewiesen auf Andere und nach christlichem Verständnis auf Gott. Wir brauchen Beziehungen, die uns das Gefühl von Gemeinschaft geben, nur so können wir unsere Ganzheit erlangen. Und dies ist es doch im Grunde, wonach wir uns letztendlich alle sehnen. Als Bonhoeffer allein in seiner Zelle sitzt, eingesperrt und seines bisherigen Lebens beraubt, wendet er sich mit seinen Fragen und mit seinem Sehnen an Gott. Was er neben seiner Freiheit ganz besonders vermisst, ist die menschliche Nähe. Zu unserem menschlichen Leben gehören neben allem Freudvollen und Beglückenden »immer zugleich auch gleichsam Ruinen unserer Vergangenheit, Fragmente zerbrochener Hoffnungen, verronnener Lebenswünsche, verworfener Möglichkeiten, vertaner und verspielter Chancen. Wir sind Ruinen aufgrund unseres Versagens und unserer Schuld ebenso wie aufgrund zugefügter Verletzungen und erlittener und widerfahrener Verluste und Niederlagen.« Und wir sind Fragment unserer Zukunft, indem wir spüren, was wir nicht oder nicht mehr haben, und indem wir uns nach Vollkommenheit sehnen. Wir sind und bleiben Angewiesene, nicht zuletzt auf Gnade. (Henning Luther, S. 168 f.) Sterbende Menschen können je nach Schwere ihrer Erkrankung aus eigenem Vermögen heraus an vielem nicht mehr teilnehmen, was gemeinschaftliches Leben ausmacht. Dies gibt ihnen mitunter ein Gefühl, nicht mehr dazuzugehören und für andere eine Last zu sein. Dieses Gefühl kann ihnen den Lebensmut nehmen. Damit dies nicht geschieht, brauchen sie Menschen, die sich ihnen zuwenden, sie besuchen und mit ihnen ihr Leben teilen – bis zuletzt.

Literaturhinweise

Henning Luther, *Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen,* in: *Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts,* Stuttgart 1992, S. 160–182.

Bronnie Ware, *Fünf Dinge, die Sterbende am meisten bereuen: Einsichten, die Ihr Leben verändern werden,* München 13. Aufl. 2013.

Menschenwürde im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Selbstbestimmung

Alexander Dietz

Unter Wissenschaftlern ist der Begriff der Menschenwürde heute durchaus nicht unumstritten. Einige Philosophen kritisieren einen inflationären Gebrauch des Menschenwürdearguments und warnen, dass der Begriff instrumentalisiert werden könne, um Diskussionspartner mundtot zu machen. Andere sehen im Menschenwürdegedanken ein Mittel zur Legitimierung eines westlichen Kulturimperialismus oder der Ausbeutung von Tieren. Zum juristischen Streit um die Menschenwürde kam es vor einigen Jahren im Zuge einer Neukommentierung des Grundgesetzes, nach der die Menschenwürde nicht mehr als unabwägbares oberstes Rechtsprinzip, sondern als abwägbares Grundrecht neben anderen betrachtet werden sollte.

Der Begriff der Menschenwürde hat in der abendländischen Geistesgeschichte einen Entwicklungs- und Wandlungsprozess durchlaufen, in dem insbesondere die Unterscheidung zwischen einem differenzierenden und einem universalen Würdeverständnis eine wichtige Rolle spielt. Während in der Antike ein differenzierendes Würdeverständnis, nach dem Würde einzelnen Menschen aufgrund einer bestimmten Leistung oder Position zukommt, im Vordergrund stand, dominiert in der Neuzeit ein universales Würdeverständnis, nach dem allen Menschen allein aufgrund ihres Menschseins gleichermaßen Würde zukommt. Gleichzeitig gibt es jedoch sowohl in der Antike bereits Ansätze eines universalen Würdeverständnisses als auch in der Neuzeit Positionen, die ein differenzierendes Würdeverständnis einem universalen vorziehen – und beide existieren in der Regel nebeneinander und werden nicht als miteinander konkurrierend aufgefasst.

Wie lässt sich die Vorstellung einer universalen Würde begründen, die ausnahmslos jedem Menschen zukommt? Begründungen, die auf bestimmte menschliche Eigenschaften und Fähigkeiten oder auf soziale Zuschreibungen rekurrieren, stoßen an ihre Grenzen im Blick auf Menschen, die diese Eigenschaften und Fähigkeiten nicht (mehr) haben bzw. denen diese Zuschreibung von anderen verwehrt wird. Dann wird die Menschenwürde gerade derjenigen Menschen fraglich, die des Schutzes eigentlich besonders bedürfen. Die Vorstellung einer absolut voraussetzungslosen Menschenwürde lässt sich letztlich nur auf der Grundlage eines metaphysisch voraussetzungsreichen Menschenbildes begründen, beispielsweise Immanuel Kants Vorstellung der transzendentalen Person oder eines christlichen

Menschenbildes. Aus evangelischer Sicht sind dabei solche Begründungen der Würde theologisch vorzugswürdig, die (von der Rechtfertigungslehre herkommend) Gottes bedingungslose Zuwendung zu ausnahmslos jedem Menschen oder die Bestimmung ausnahmslos jedes Menschen zur Gottesgemeinschaft in den Mittelpunkt stellen.

Die Würde ist dann nicht von Eigenschaften, Fähigkeiten oder Leistungen des Menschen abhängig und begründet darum besonders gut den Schutz des Menschen in seiner Unvollkommenheit und Verletzlichkeit. Man könnte sogar sagen, dass die Rede von der voraussetzungslosen Menschenwürde eine mögliche zeitgemäße Formulierung des Kerns der Rechtfertigungslehre und damit des Grundgedankens der christlichen Botschaft ist. Insofern ist es sachgemäß, wenn die christliche Botschaft, das christliche Menschenbild und die Rede von der voraussetzungslosen Menschenwürde in ein enges Verhältnis gesetzt werden und wenn die Diakonie in der Menschenwürde einen zentralen theologischen Bezugspunkt findet.

Zwar kommt der Begriff der Menschenwürde in der Bibel nicht vor, und es wäre auch unangemessen, ein neuzeitliches Würdeverständnis in frühkirchliche Zeiten zurückzuprojizieren. Gleichwohl gibt es in der jüdisch-christlichen Tradition Vorstellungen und Beschreibungen, die in ihren Bedeutungselementen in einer Nähe zu den Inhalten des neuzeitlichen Menschenwürdebegriffs stehen. Dazu gehören u. a. die Rede von der Ehre und Herrlichkeit des Menschen (Ps 8,6) sowie von der Gottebenbildlichkeit (zum Beispiel Gen 1,26 f.), die israelitische Sozialgesetzgebung (zum Beispiel Dtn 24,12 f.), die von Jesus vorgelebte (zum Beispiel Joh 8,1–11) und geforderte (zum Beispiel Mt 25,31–46) Praxis universaler Nächstenliebe und die paulinische Rechtfertigungslehre (zum Beispiel Gal 3,23–29).

Die Geschichte der Vorstellung einer universalen Menschenwürde ist komplex und reicht von der römisch-stoischen Philosophie über die Kirchenväter und Aufklärungsphilosophen bis zu den Verfassern des Grundgesetzes. Darum ist auch der Begriff selbst komplex und facettenreich. Menschenwürde impliziert zunächst den Anspruch auf die Achtung des Menschen als Mensch. Dieser Anspruch auf Achtung konkretisiert sich in der Ermöglichung eines Lebens und Sterbens in Würde. Darum impliziert die Menschenwürde auch konkrete Rechte. Zu einem Leben und Sterben in Würde gehören in jedem Fall eine respektvolle Behandlung (Wahrnehmen, Ernstnehmen, keine Degradierung zum bloßen Mittel oder Objekt, keine Demütigung oder Bloßstellung), politische Grundrechte (Teilhabe an der Rechtsgleichheit, Freiheit und Selbstbestimmung, Schutz vor Übergriffen auf Leben, Körper und Eigentum) sowie die Möglichkeit zu einer Befriedigung der Grundbedürfnisse. Bei bestimmten ethischen Problemen, wie der Diskussion um die Legalisierung aktiver Sterbehilfe, berufen sich Vertreter gegensätzlicher Positionen jeweils auf verschiedene Aspekte der Menschenwürde, was die besondere Schwierigkeit solcher Probleme ausmacht.

Lebensrecht als Aspekt der Menschenwürde bedeutet, dass Anstrengungen für die Bewahrung und Förderung des Lebens unternommen werden müssen. Menschen sollten ein menschenwürdiges Leben führen können, ohne dass man dabei erst nach dem Wert des jeweiligen Lebens fragt. Aber das Recht auf Lebensschutz impliziert auch das Recht darauf, medizinische Eingriffe in den eigenen Körper abzulehnen. Die Voraussetzungen eines Sterbens in Würde sind ein Verzicht auf eine Hinauszögerung des Todes (nach Beginn des Sterbeprozesses) durch medizinische Maßnahmen gegen den Willen des Sterbenden, eine bestmögliche palliativmedizinische Behandlung und eine möglichst angenehme Umgebung und persönliche Begleitung. Selbstbestimmung ist ein wichtiger Aspekt der Menschenwürde, aber sie darf nicht einfach mit Menschenwürde gleichgesetzt werden. Weil die Achtung des Menschen die Ermöglichung von Selbstbestimmung einschließt, aber nicht in ihr aufgeht, darf die Selbstbestimmung der Menschenwürde keinesfalls übergeordnet werden. Vielmehr bildet die Menschenwürde die umfassende Norm, an der sich die Selbstbestimmung messen und gegebenenfalls auch begrenzen lassen muss. Das verbreitete Verständnis von Selbstbestimmung als absoluter Unabhängigkeit und beliebiger Handlungsfreiheit, das dahinterstehende Menschenbild sowie daraus resultierende einseitige medizinethische Leitbilder sind als ideologisch zurückzuweisen. Der Mensch ist stets nur selbstbestimmt in bestimmten Bereichen, in bestimmten Hinsichten und unter bestimmten Voraussetzungen. Selbstbestimmung sollte daher als begrenzte und ermöglichte Selbstbestimmung verstanden werden, die keinen absoluten Wert, sondern ein Element eines Lebens und Sterbens in Würde darstellt. In diesem Sinne spielt die Einsicht, dass Schwäche und Abhängigkeit zum Leben gehören, in der Arbeit der Diakonie, nicht nur, aber insbesondere auch im Bereich der Pflege, eine wichtige Rolle.

Das menschliche Leben ist – ob krank oder gesund – stets fragmentarisch und von seinem Anfang bis zu seinem Ende von fundamentaler Abhängigkeit geprägt. Selbstbestimmung ist ein wichtiges Postulat (da es zum menschlichen Leben gehört, Entscheidungen zu treffen und für diese Entscheidungen verantwortlich zu sein), sie muss aber von der irreführenden Konnotation eines Gegensatzes zur Fürsorge befreit werden. Die Bejahung der Einsicht, dass Schwäche und Abhängigkeit zum Leben gehören, korrespondiert aufs Engste mit dem Kern der Rechtfertigungslehre, nach der der Mensch alles Gott verdankt und sich als von Gott trotz seiner Schwäche angenommen wissen darf.

Tod und Leben in der Bibel

Carmen Berger-Zell

In der Bibel wird das Wesen des Todes als ein Abbruch aller Lebensverhältnisse beschrieben, der in die Verhältnis- und Beziehungslosigkeit führt. Der Mensch, der gestorben ist, ist für die Lebenden nicht mehr da. Er ist nur noch in ihren Erinnerungen präsent. Was mit dem Menschen nach seinem Tod geschieht, wird nicht thematisiert. Es gibt aber einige Glaubensaussagen, die davon ausgehen, dass Gott den Menschen auch im Tode nicht alleine lässt. In Psalm 16,10 heißt es: »Denn du wirst mich nicht dem Tode überlassen und nicht zugeben, dass dein Heiliger die Grube sehe.« Und in Psalm 49,16: »Aber Gott wird mich erlösen aus des Todes Gewalt; denn er nimmt mich auf. SELA.« Von besonderer Bedeutung sind für die biblischen Erzähler die Abschiedsworte der Sterbenden. Dem Sterben selbst wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Auch der Ort des Grabes hat keine entscheidende Bedeutung, und alles, was mit dem Todesbereich zu tun hat, wird als unheilig und unrein bezeichnet. Aus biblischer Perspektive ist der Mensch ein leibliches Wesen, das in der Beziehung zu Gott und zu Anderen lebt. Er ist ein Verhältniswesen. Nicht der physische Tod ist der eigentliche Tod, sondern die Verhältnis- und Beziehungslosigkeit. Mehr noch als der Tod ist im biblischen Denken das Leben verankert. Leben umfasst im alttestamentlichen Denken die Zeit zwischen Geburt und physischem Tod, und diese wird begrenzt durch Gott. Aus alttestamentlicher Sicht lässt sich der Tod nur aus der Einstellung zum Leben verstehen. Gott ist die Quelle allen Lebens. Leben wird nicht als eigenständige Größe gedacht, sondern Gott gibt es und nimmt es auch wieder. Das Leben wird dem Menschen gegeben, das heißt, dass er nicht darüber verfügt. Er kann nur in Beziehung leben – zu Gott, zu Menschen und zur Schöpfung. Die Ruach ist die Lebenskraft, die Gott dem Menschen in seine Nefesch einhaucht, wodurch der Mensch Nefesch wird – ein lebendiges Wesen. Leben ereignet sich in der Beziehung. Leben heißt aus alttestamentlicher Sicht, eine Beziehung zu haben, vor allem zu Gott. Das, was Leben ist, ist in Bezug zu den Mitmenschen, zum Volk, zu sich selbst und zu Gott gesetzlich geregelt. Alles, was davon abweicht, wird als Sünde aufgefasst, und diese drängt in die Verhältnis- und Beziehungslosigkeit. Der Tod ist das Ergebnis dieses Dranges in die Verhältnislosigkeit. »Insofern ist der Tod anthropologisch nicht nur und nicht erst am Ende des Lebens, sondern im Drang nach Verhältnislosigkeit als wirksame Möglichkeit jederzeit da.« (Eberhard Jüngel, S. 99.) Die Bibel macht uns darüber hinaus ein Angebot, nämlich uns den Glauben an den Sieg Gottes über den Tod schenken zu lassen. Im Zentrum unseres christlichen Glaubens steht die Überwindung des Todes, die in Jesus Christus Wirklichkeit wurde. Im 1. Korintherbrief schreibt Paulus mit einem Gefühl des Triumphes (1.Kor 15,54b–55): »Der Tod ist verschlungen vom Sieg. Tod, wo ist dein Sieg? Tod,

Gebet

Behütet sein,
mich getröstet fühlen,
das wünsche ich mir, Gott!
Dass einer bei mir ist,
mir beisteht, nicht mit vielen Worten, nein!

Mit einer Hand,
die mich hält, wenn ich wanke,
mit einer Decke,
die mich wärmt, wenn ich friere,
mit Achtsamkeit, für das, was ich brauche,
das wünsche ich mir! Amen.«

Carmen Berger-Zell

wo ist dein Stachel?« Und im ersten Brief an die Thessalonicher tröstet Paulus die Gemeinde (1.Thess 4,13): »Wir wollen euch aber, liebe Brüder, nicht im Ungewissen lassen über die, die entschlafen sind, damit ihr nicht traurig seid wie die andern, die keine Hoffnung haben. Denn wenn wir glauben, dass Jesus gestorben und auferstanden ist, so wird Gott auch die, die entschlafen sind, durch Jesus mit ihm einherführen.« Gott hat den Tod besiegt, indem er Jesus von Nazareth nicht dem Tod überlassen hat. Er hat im Tode Jesu den Tod selbst ertragen und damit die absolute Gottfremdheit, denn Gott ist das Leben. Dies hat er getan, um für alle Menschen da zu sein. Für jemanden da sein bedeutet, sich zu ihm zu verhalten. Gott hat sich mit dem toten Jesus identifiziert, um sich durch ihn allen Menschen gnädig zu erweisen. Daraus ist ein neues Verhältnis Gottes zu den Menschen entstanden, aber nicht, indem er die Verhältnislosigkeit ertragen hat, sondern indem er liebte. »Denn wo alles verhältnislos geworden ist, schafft nur die Liebe neue Verhältnisse. Wo alle Beziehungen abgebrochen sind, schafft nur die Liebe neue Beziehungen. Liebe ist also das Motiv nicht nur des göttlichen Handelns, sondern auch des göttlichen Seins.«[16]

16 Eberhard Jüngel, *Tod,* Berlin 1971, S. 139.

Herr, du bist unsre Zuflucht für und für.
Ehe denn die Berge wurden und die Erde
und die Welt geschaffen wurden,
bist du, Gott, von Ewigkeit zu Ewigkeit.

Der du die Menschen lässest sterben
und sprichst:
Kommt wieder, Menschenkinder!
Denn tausend Jahre sind vor dir wie der Tag,
der gestern vergangen ist,
und wie eine Nachtwache.
Du lässest sie dahinfahren wie einen Strom,
sie sind wie ein Schlaf,
wie ein Gras, das am Morgen noch sprosst,
das am Morgen blüht und sprosst
und des Abends welkt und verdorrt.

Unser Leben währet siebzig Jahre,
und wenn's hoch kommt,
so sind's achtzig Jahre,
und was daran köstlich scheint,
ist doch nur vergebliche Mühe;
denn es fähret schnell dahin,
als flögen wir davon.

Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen,
auf dass wir klug werden.

Psalm 90, 1-6.10.12

Endlich leben

Carmen Berger-Zell

Alles Leben ist endlich – auch das eigene. Diese Worte klingen logisch, doch ihre Tragweite wurde mir selbst erst bewusst, als ich das erste Mal Angst um mein Leben bekam. Ich war etwa 17 oder 18 Jahre alt und machte gerade eine Ausbildung zur Krankenschwester. In dieser Zeit bin ich öfter plötzlich ohnmächtig geworden. Schuld daran war mein niedriger Blutdruck. Das war auch an dem Tag so, wo ich noch einmal Glück gehabt habe. Ich hatte Frühdienst. Meine Kolleginnen und ich standen zusammen und besprachen, wer welche Aufgaben auf der Station übernimmt. Da passierte es, mein Kreislauf versagte und ich kollabierte. Als ich wieder wach wurde, standen meine Kolleginnen um mich herum. Sichtlich besorgt erzählten sie mir, ich wäre fast an meinem eigenen Erbrochenen erstickt. Wäre ich allein gewesen, hätte mich niemand retten können. Dieses Erlebnis hat mich tief beeindruckt und auch sehr lange geängstigt. Heute würde ich sagen, dieser Moment war ein Schlüsselmoment in meinem Leben, in dem ich anfing zu begreifen: Ich bin sterblich.

Noch etwas habe ich gelernt: Ich mag zwar vieles aus eigener Kraft schaffen, bin aber immer auch auf andere angewiesen und vor allem auf die Gnade Gottes, auf seinen Segen.

Fulbert Steffensky schreibt in seinem Buch »Mut zur Endlichkeit«, der Mensch brauche »für die äußeren Verrichtungen und für seine innere Konstitution Menschen. Die Bedürftigkeit ist der Grundzug aller Humanität.«[17] Wir Menschen sind Beziehungswesen. Wir brauchen soziale Kontakte, um leben zu können, sonst vereinsamen wir. »Das, wovon wir eigentlich leben, können wir nicht herstellen: nicht die Liebe, nicht die Freundschaft, nicht die Vergebung, nicht die eigene Ganzheit und Unversehrtheit.«[18]

Aus biblischer Perspektive lebt der Mensch in erster Linie aus der Beziehung zu Gott. Unser Leben wurde uns von Gott geschenkt, und wir können nur in Beziehungen zu Gott, zu anderen Menschen und zur Schöpfung leben. Nicht der physische Tod wird als der eigentliche Tod verstanden, sondern die Verhältnis- und Beziehungslosigkeit. »Insofern ist der Tod anthropologisch nicht nur und nicht erst am Ende des Lebens, sondern im Drang nach Verhältnislosigkeit als wirksame Möglichkeit jederzeit da.«[19]

Keiner lebt für sich allein, und keiner stirbt für sich allein. Wir sind in vielen Dingen autonom, wir sind aber immer auch abhängig von anderen und bedürftig nach Zuwendung. Gerade

17 Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* S. 18.

18 Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* S. 14.

19 Eberhard Jüngel, *Tod,* S. 99.

in den zurückliegenden Monaten, in denen die Corona-Pandemie unser Leben gefährdet, haben wir schmerzlich erfahren müssen, was es bedeutet, nicht seine sozialen Kontakte pflegen zu können. Kinder vermissen ihre Freunde, Jugendliche sprechen davon, dass ihnen ihre Jugend genommen werde, und ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen vereinsamen auf ihre letzten Tage, weil sie ihre Zugehörigen nicht sehen können. Darum: Wenn wir von Autonomie und Selbstbestimmung sprechen, dann kann es sich niemals um eine absolute, sondern lediglich um eine relative Freiheit handeln.

Das Nachdenken über die eigene Sterblichkeit oder die der anderen kann einen auch dazu verleiten, über das eigene Leben nachzudenken. Lebe ich so, wie ich leben möchte? Was macht mein Leben aus? Bin ich zufrieden? Wir leben in einer Gesellschaft, in der alles machbar zu sein scheint. Oftmals wird uns von Kindesbeinen an suggeriert, der persönliche Erfolg hänge von einem selbst ab, von der eigenen Leistungsbereitschaft und -fähigkeit. Das ist nur bedingt der Fall, denn es gibt viele Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen. Nicht zuletzt ist es auch eine Definitionsfrage.

Für Steffensky besteht die Endlichkeit des Lebens nicht nur darin, dass wir sterben müssen, sondern sie ist vielmehr auch Teil des Lebens, im begrenzten Glück, im begrenzten Gelingen, in der begrenzten Ausgefülltheit.[20] Weiter schreibt er, nur Menschen, die sich ihrer Endlichkeit bewusst seien, könnten auch geschwisterliche Menschen sein.[21]

Wer bringt uns bei, mit Niederlagen oder eigenem Versagen umzugehen oder Begrenzungen des Lebens annehmen zu können? Die protestantische Haltung zum Leben ist: Wir leben allein aus Gottes Gnade. Im 1. Korintherbrief schreibt Paulus: »Aber durch Gottes Gnade bin ich, was ich bin. Und seine Gnade an mir ist nicht vergeblich gewesen, sondern ich habe viel mehr gearbeitet als sie alle; nicht aber ich, sondern Gottes Gnade, die mit mir ist.« (1. Korinther 15, 10)

Neben dem Glauben, der einem helfen kann, mit der Begrenztheit seines Lebens umzugehen, sind auch Räume wichtig, in denen die existenziellen Themen des Lebens angesprochen werden können. Im Projekt »Sorge tragen – mit und für alte Menschen im Rheingau«, das von Pfarrerin Beate Jung-Henkel und dem ökumenischen Hospizverein Rüdesheim angeregt wurde, haben Andreas Heller und Patrick Schuchter in Workshops und Gesprächsrunden dazu eingeladen, von Erfahrungen aus existenziellen Lebenssituationen zu erzählen. Eine wesentliche Rückmeldung der Teilnehmenden war, dass es durchaus viele Angebote für Senior*innen gebe. »Es gibt viel Unterhaltung, aber man unterhält sich zu wenig wesentlich. Es gibt Bespaßungsangebote, die ältere Menschen eher voneinander und von jüngeren Menschen fernhalten, indem sie konsumieren, und es gibt zu wenig Impulse, durch die man einander wirklich näher kommt. Die ›existenziellen, eigentlichen Anliegen‹ kommen dadurch zu kurz, etwa rings um die Frage: ‚Was brauche ich für ein gutes Leben bis zuletzt?‹«[22]

20 Vgl. Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* S. 21.

21 Vgl. Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* S. 11.

22 Andreas Heller, Patrick Schuchter, *Sorgekunst. Mutbüchlein für das Lebensende,* S. 19 f.

Andreas Heller und Patrick Schuchter haben ein Mutmachbüchlein für das Lebensende verfasst. Darin schreiben sie:

»Gerade von den ›Grenzerfahrungen‹ im Leben – im Sterben, in der Gebrechlichkeit und Zerbrechlichkeit, in der Einsamkeit von Hilfsbedürftigkeit, im Leiden an der Sorge um und in der Sorge für andere – werden die wesentlichen Fragen des Lebens freigelegt und geweckt:

- *Was ist ein gutes Leben, was ein gutes Sterben?*
- *Worauf kommt es an im Leben?*
- *Welches Leben möchte und kann ich leben?*
- *Inwieweit lebe ich das Leben, das ich leben will, und nicht das, was andere, die Umstände, meine Geschichte mir nahelegen oder von mir erwarten?*
- *Was müsste ich also ändern, was aufgeben, wen oder was verlassen?*
- *Wie kann ich leben ohne meinen Partner, ohne die geliebte Frau, ohne Freunde?*
- *Was schulden wir einander, wenn wir in Ehe(n), Beziehungen, Familien und Freundschaften verbunden sind?*
- *Wie kann ich das Drückende und Belastende, etwa ein Gefühl des Sich-schuldig-Fühlens, auflösen?*
- *Inwieweit erfordert ein Geben auch ein Empfangen, eine Gabe auch eine Gegengabe?*
- *Welche Gabe kann ich absichtslos schenken?*
- *Wie gehe ich mit einer, meiner letzten persönlichen Einsamkeit um?*
- *Welche Beziehungen sind mir aus der Vergangenheit und Gegenwart wichtig?*
- *Gibt es etwas, das mir wichtiger ist als mein bloßes Überleben?*
- *Was oder wer trägt mich »eigentlich« im Vor-Letzten?*
- *Was ist ein gutes Leben, was bedeutet es, ein Leben zu haben und nicht bloß am Ende zu sein?*
- *Bei allen Lebensumbrüchen und -bewegtheiten: Wer bin ich selbst, und wie bleibe und werde ich ich selbst?*
- *Wofür bin ich dankbar?*
- *Wem gegenüber möchte ich meinen Lebensdank ausdrücken?«*[23]

Es ist nicht unwichtig, noch einmal deutlich zu machen, dass der Ökumenische Hospizverein Rüdesheim solche Gespräche angeboten hat. Hospizinitiativen engagieren sich nicht nur dafür, Menschen bis zuletzt mitmenschlich zur Seite zu stehen, sondern sie bieten auch Raum dafür, sich mit den Lebensfragen zu beschäftigen.

23 Andreas Heller, Patrick Schuchter, *Sorgekunst. Mutbüchlein für das Lebensende,* Esslingen 2017, S. 17.

Literaturhinweise

Sven Gottschling, Katja Welsch, *Übers Sterben reden, Wie Kommunikation in schwierigen Situationen gelingt,* Frankfurt am Main 2019.

Andreas Heller, Patrick Schuchter, *Sorgekunst. Mutbüchlein für das Lebensende,* Esslingen 2017.

Martin Prein, *Letzte-Hilfe-Kurs. Weil der Tod ein Thema ist,* Wien 2019.

Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit, Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* Stuttgart 2007.

Hospiz- und Palliativseelsorge

Carmen Berger-Zell

»Meine Seele ist betrübt bis an den Tod; bleibt hier und wachet!«
Markus 14,34

Die Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) hat im Herbst 2020 zwölf Leitsätze zur Zukunft einer aufgeschlossenen Kirche verabschiedet. Im 2. Leitsatz, zur Seelsorge, heißt es: »Jeder Mensch bleibt angewiesen auf Trost, Zuspruch und Orientierung. In Jesus Christus erweist Gott sich als seelsorglicher Gott, der Leben schenkt, Versöhnung schafft und Heil verheißt. Christliche Seelsorge wendet sich den Einzelnen zu. Sie orientiert sich an Jesu Art, mit Menschen umzugehen, und vertraut auf Gottes heilvolle Gegenwart in unserem Leben. Sie folgt dem Liebesgebot Jesu und ist ›Praxis des Evangeliums‹. […] Seelsorge ist eine Form tätiger Nächstenliebe.«[24]

Für die Seelsorge mit sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen ergibt sich daraus, dass sie sich wesentlich durch Mitmenschlichkeit auszeichnet, die sich in einer solidarischen Haltung im Horizont des Evangeliums widerspiegelt. Als Christ*innen sind wir dazu aufgerufen, sterbenden Menschen beizustehen. Indem wir dies tun, erweisen wir uns auch mit Gott solidarisch. Im Matthäusevangelium heißt es: »Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.« (Matthäus 25,40)

Seelsorge ist genuiner Auftrag der Kirche. Zur Seelsorge sind prinzipiell alle Christ*innen aufgerufen, und in besonderer Weise werden Pfarrer*innen, Gemeindepädagog*innen und Diakon*innen von ihrer Kirche dazu berufen. Hospiz- und Palliativseelsorge gehört zu den kirchlichen Kernaufgaben und -kompetenzen, für die sie spezielle Formen der rituellen Begleitung von Sterbenden, Toten und Trauernden entwickelt hat.

Gott selbst hat sich uns in Jesus Christus als ein Gott offenbart, der sich allen Menschen liebevoll zuwendet, ganz besonders, wenn sie in Not sind. Als Jesus am Vorabend seines eigenen Todes mit den Jüngern im Garten Gethsemane war und Angst hatte vor dem, was geschehen würde, da bat er sie: »Meine Seele ist betrübt bis an den Tod; bleibt hier und wachet!« (Markus 14,34) Da sein, mit aushalten, ansprechbar sein für Wünsche, z. B. nach einem Gespräch oder einem Gebet oder Segen; da sein und Sterbenden das Gefühl geben, weiterhin Teil der Gemeinschaft zu sein, das ist es, was Seelsorger*innen tun.

24 Vgl. www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/09-TOP-IX-a-Kirche-auf-gutem-Grund-12-Leitsaetze.pdf S. 9.

Die Seelsorge mit Sterbenden findet überall da statt, wo Menschen leben, und vor allem da, wo sie sterben. Meist begleiten Seelsorger*innen sterbende Mitmenschen in Krankenhäusern oder in Pflegeeinrichtungen, weil dort die meisten Menschen versterben. Das heißt für die Seelsorge mit sterbenden Mitmenschen: Sie findet überwiegend in Einrichtungen des Gesundheitswesens statt. Diese haben ihre eigenen Strukturen, und die Seelsorger*innen müssen sich diesen anpassen und nicht selten auch ihren Platz darin finden. In den zurückliegenden Jahren gab es weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung. Eine Folge davon ist, dass Vertreter*innen verschiedener Professionen und Dienste in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Die Seelsorge ist im Zuge der Veränderungsprozesse nun gefordert, ihren Platz darin zu behaupten oder auch zu finden. Handlungsleitend für alle Personengruppen in der Sterbebegleitung muss die Frage sein: Wie werden wir den Menschen gerecht, die sich an den Grenzen des Lebens befinden? Was können wir dazu beitragen, dass jede und jeder so gut es eben möglich ist leben kann bis zuletzt? Diese Frage war schon der Grundgedanke für Dame Cicely Saunders in ihrer über fünfzigjährigen Arbeit. Sie und andere Pionierinnen und Pioniere haben konsequent von den Menschen her gedacht und ihre Konzepte zur palliativen Begleitung daran ausgerichtet. Ein besonderes Augenmerk hatte Saunders dabei für die Ursachen der Schmerzen, die jemand leidet. Denn diese können nicht nur körperlich sein, sondern auch psychisch, spirituell und sozial. Für die Vielfalt an Dimensionen von Schmerz prägte sie den Begriff Total Pain. Saunders war zudem davon überzeugt, dass sich eine Gemeinschaft von Menschen zusammen für die medizinischen, psychischen, sozialen und spirituellen Belange der Sterbenden und ihrer Zugehörigen einsetzen sollte. Ihre konzeptionellen Überlegungen wurden die Grundlage für Palliative Care. Sie wurden 1990 das erste Mal von der WHO definiert als die »aktive, ganzheitliche Sorge und Betreuung (active total care) für Patienten, deren Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung (curative treatment) anspricht. Die Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen und von psychischen (psychological), sozialen (social) und spirituellen (spiritual) Problemen hat eine herausragende Stellung. Das Ziel der Palliative Care ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien.«[25]

Die Seelsorge lässt sich zweifelsohne im Bereich von Spiritual Care verorten. Es ist noch gar nicht so lange her, da wurde dieser Begriff sogar einfach als »Seelsorge« übersetzt. Das ist heute nicht mehr der Fall. In der Logik der Organisation Krankenhaus müssen nach Möglichkeit alle Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden können. Darum wird der Begriff auch inzwischen »von einer spirituell verstandenen Professionalität im Bereich Medizin und Psychologie besetzt.«[26] Es gibt auch Diskussionen, ob Spiritual Care durch die Seelsorge von den Kassen finanziert werden könnte. Die zunehmenden Spiritual-Care-Ansätze werden darum entweder von der christlichen Krankenhausseelsorge als Konkurrenz wahrgenommen, oder aber Kirchenvertreter*innen fühlen sich herausgefordert, sich zu den aktuellen Entwicklungen zu positionieren, wie es z. B. im November 2020 von Seiten der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD geschehen ist.[27]

25 Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.«,* Zürich 2012, S. 116.

26 Birgit Heller und Andreas Heller, *Spiritualität und Spiritual Care,* S. 23.

27 Vgl. Evangelische Kirche in Deutschland, *Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD,* Hannover 2020.

Was unter Spiritualität genau zu verstehen ist, lässt sich in einer religiös-pluralen und vor allem in einer säkularisierten Gesellschaft nicht eindeutig bestimmen. Umfragen haben ergeben, dass sie nur von einem sehr begrenzten Teil der Bevölkerung mit Religiosität gleichgesetzt wird. Letztlich kann man sich diesem Begriff nur annähern. Im Kontext von Public Health wird Spiritual Care oft als Selbstsorge definiert, für die jeder Mensch allein verantwortlich sei. Kritisch betrachtet lässt sich mit dem Palliativforscher Andreas Heller auch sagen, Spiritualität wird heute als eine Art Containerbegriff gebraucht, der mit vielen Sinngebungen, je nach Religiosität oder Lebensvorstellungen, persönlich gefüllt wird.[28]

Was kann Spiritual Care also für sterbende Mitmenschen leisten? Saunders verstand darunter das Schaffen eines Raumes, »ein zugewandtes Dasein, das die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung oder Weggemeinschaft öffnet. Der sterbende Mensch, seine Situation, seine Bedürfnisse und Fragen stehen im Zentrum. […] Spiritual Care möchte außerdem dazu beitragen, den anderen nicht primär als Kranken, sondern als das Du, als Gast (das Hospiz als ›stopping place for pilgrims‹) zu sehen. Dieser darf trotz seiner zum Tode führenden Krankheit dabei unterstützt werden, dass er oder sie inneres Wachstum und Hoffnung erfahren kann.«[29]

Spiritual Care ist Teamarbeit, auch bei Saunders. »Dazu gehört zunächst die Reflexion der Teammitglieder über ihre eigene Spiritualität als wesentliche Voraussetzung für ihre Arbeit in diesem Bereich. […] Es sind oft beiläufige Andeutungen, Halbsätze oder Traumerzählungen, die über die spirituellen Nöte und Bedürfnisse eines Patienten am besten Auskunft geben, und es ist auch keineswegs immer ein und dieselbe Person, an die sich diese Mitteilungen richten. […] Die Wahrnehmung dieser Signale ist Aufgabe aller Mitarbeiter im Palliativteam. Entsprechend ist Spiritual Care nicht nur Aufgabe der Seelsorge, sondern des gesamten Teams. Der Patient sucht sich die Person aus, von der er spirituell begleitet werden möchte. Das kann die Krankenschwester, der Psychologe, die Hospizhelferin, der Seelsorger oder auch der Arzt sein.«[30]

Für die Seelsorge stellt sich aber letztlich die Frage: »Braucht das Gesundheitssystem tatsächlich einen eigenen Versorgungsauftrag für Menschlichkeit, der an die Implementierung von Spiritual Care geknüpft wird? Es besteht die Gefahr, dass damit die positive Dynamik, die hinter dem starken Interesse für Spiritual Care steckt, institutionell eingefroren wird.«[31]

Literatur

Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.« Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders,* Zürich 2012.

Birgit Heller, Andreas Heller, *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse,* 2., ergänzte und erweiterte Auflage, Bern 2018.

Evangelische Kirche in Deutschland, *Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD,* Hannover 2020.

Gian Domenico Borasio, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen,* 4. Aufl. München 2015.

28 Vgl. Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.«,* Zürich 2012, S. 28.

29 Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.«,* Zürich 2012, S. 114 f.

30 Gian Domenico Borasio, *Über das Sterben,* 2013, S. 96 f.

31 Birgit Heller und Andreas Heller, *Spiritualität und Spiritual Care,* S. 26.

Angebote der Palliativversorgung

Michaela Hach

Schon Hippokrates (460–370 v. Chr.) soll einmal gesagt haben: »Denn der Arzt muss dafür sorgen, dass das Heilbare nicht unheilbar werde; er muss wissen, wie er die Entwicklung zur Unheilbarkeit verhindern kann. Im Unheilbaren aber muss er sich auskennen, damit er nicht nutzlos quäle.«

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung, der Veränderungen von Umwelt, sozialen Faktoren sowie einer zunehmenden Spezialisierung und eines unerschütterlichen Glaubens sowohl an die technischen und pharmakologischen Möglichkeiten als auch an die Erfolge im Gesundheitswesen vergessen wir allzu oft, dass das Altwerden und Sterben zum Leben des Menschen dazugehört wie die Geburt. Wir müssen als Gesellschaft darüber nachdenken, wie wir in Zukunft mit den immer älter werdenden Menschen umgehen möchten, und dürfen dabei nicht verdrängen, dass bei schwer kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in den meisten Fällen die ehrliche Zuwendung und die Zeit wichtiger sind als die technischen Errungenschaften und die chemischen Möglichkeiten. Unsere Herausforderungen bestehen in einer würdevollen Unterstützung von Schwerstkranken und Sterbenden, in der gesellschaftlichen Akzeptanz des Sterbens, insbesondere im häuslichen Bereich, in den Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus sowie in zunehmender Institutionalisierung. Jeder Mensch wünscht sich Heilung bei schwerer Krankheit und ein langes, gesundes Leben mit hoher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Wir alle müssen jedoch erkennen, dass unser Leben endlich ist. Die meisten Menschen verbinden mit Sterben und Tod Ängste vor leidvollen Symptomen wie z. B. Schmerzen, vor dem Verlust der Selbstbestimmung sowie dem Verlust ihrer Würde. Diese Ängste werden verstärkt durch Erfahrungen in unterschiedlichen Versorgungs- und Behandlungssektoren. Hier entstehen nicht selten Versorgungsbrüche, die diese Ängste bestärken und gerade bei lebenslimitierend erkrankten Menschen zu unzureichender Unterstützung, Versorgung, Behandlung und Pflege führen.

»Palliativversorgung ist ein Teil von Krankenbehandlung und konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Beratung, Unterstützung, Begleitung und Behandlung schwerst kranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen.«

(Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland)

Palliativversorgung wendet sich an die Menschen, die unheilbar erkrankt sind, mit einer lebenslimitierenden Erkrankung geboren wurden oder in der Folge einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen therapeutisch ausbehandelt sind. »Dafür muss die vorhandene Evidenz auf die individuelle und unverwechselbare Krankengeschichte angewendet werden, und zwar mit Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit, durch Nachdenken und Reflektieren« (Giovanni Maio, 2015). Wichtig ist, vor allem erst einmal Zeit für den Betroffenen und seine Angehörigen zu haben. Es geht darum, »ausführlich mit dem Betroffenen zu reden, ihn aufzuklären und mitzunehmen bei Entscheidungen auch gegen bestimmte Maßnahmen, die unter Umständen schädlich sein können« (Giovanni Maio, 2015). Palliativversorgung konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Beratung, Unterstützung, Begleitung und Behandlung schwerst kranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Das Ziel ist, gemeinsam mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen und seine Entscheidungsfähigkeit zu stärken – in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen. Im Mittelpunkt stehen der schwer kranke Mensch und seine Angehörigen, seine individuellen Bedarfe und Wünsche leiten das Handeln aller Beteiligten. Das erfordert eine intensive Kommunikation, Abstimmung und Koordination aller an der Betreuung Beteiligten sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Ambulante Hospizeinrichtungen

Die Hospizbewegung setzt sich bereits seit den 1980er Jahren nachhaltig für ein Sterben unter würdevollen Bedingungen sowie die Integration von Sterben und Tod ins Leben ein. Das bürgerschaftliche Engagement ist eine unersetzliche Stütze. Ehrenamtlich tätige Menschen engagieren sich in der Begleitung und Beratung schwerst kranker und sterbender Menschen, sie sind für sie und ebenso für die Angehörigen da. Sie spenden ihnen Zeit, gehen auf ihre Wünsche und Bedürfnisse ein und unterstützen Betroffene in Form psychosozialer Begleitung. Ehrenamtliche übernehmen in diesem Rahmen vielfältige Aufgaben. Durch ihre Arbeit leisten sie nicht nur einen unverzichtbaren Beitrag in der Begleitung der Betroffenen, sondern sie tragen wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerst kranken und sterbenden Menschen vollzieht. Die Hospizbewegung versteht sich als Lebensbegleitung, und die Begleitung und Unterstützung endet nicht mit dem Tod. Sie wird auf Wunsch und bei Bedarf der Angehörigen in der Zeit der Trauer weitergeführt. Vor diesem Hintergrund werden durch die ambulanten Hospizdienste meist ebenfalls Trauerberatung oder auch Trauergruppen angeboten. Die ambulanten Hospizdienste führen außerdem in der Regel auch Beratung und Informationsveranstaltungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer durch.

Ambulante Palliativversorgung

Ziel der ambulanten Palliativversorgung ist es, schwerkranken und sterbenden Menschen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen und die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Betroffenen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Die ambulante Palliativversorgung gliedert sich in zwei Stufen – die allgemeine und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die sich in erster Linie an schwerkranke und sterbende Menschen richtet, die von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten versorgt werden können. Dabei soll auch eine Versorgung schwerkranker sowie nicht heilbarer und sterbender Patienten mit einem fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Behandlung ermöglicht werden. Die AAPV kann pflegerische, medizinische, psychosoziale und/oder spirituelle Betreuung bzw. Behandlung von Patientinnen und Patienten mit fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankungen unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes umfassen. Die Versorgung richtet sich an den Therapiezielen und -inhalten der Palliativmedizin aus. Auf Wunsch der Betroffenen werden ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter eingebunden. Die Leistungserbringer der AAPV verfügen über palliativmedizinische bzw. palliativpflegerische Grundqualifikationen, für den Bedarf an besonderer Palliativversorgung über erweiterte Basisqualifikationen. Für den Großteil der Betroffenen, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, ist diese Versorgungsstruktur zur Linderung ihrer belastenden Symptome und Verbesserung der Lebensqualität und zu größtmöglicher Selbstbestimmung ausreichend. In der AAPV arbeiten Hausärzte vertrauensvoll mit der SAPV und weiteren Ärzten, Psychotherapeuten sowie nicht ärztlichen Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege, und den Strukturen der ambulanten und stationären Hospizdienste zusammen.
Reichen die Leistungen der AAPV nicht aus, um den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden, kann die weitere Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfolgen bzw. durch diese ergänzt werden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Schwer kranke und sterbende Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Palliativversorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Bei komplexen Situationen und Problemen im Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung wird ergänzend ein multiprofessionelles Team (Palliative Care Team) gebraucht, um den körperlichen wie auch den psychischen, sozialen und spirituellen Belangen der Patienten gerecht werden zu können. Diese Leistung der gesetzlichen Krankenkassen wird durch den Haus- oder Facharzt sowie durch Ärzte in Krankenhäusern verordnet.

Palliativdienst im Krankenhaus

Ein stationärer Palliativdienst begleitet und betreut Patienten mit einer schweren, nicht heilbaren Erkrankung und ihre Angehörigen während eines Aufenthaltes im Krankenhaus. Dies erfolgt ergänzend und in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und Pflegekräften auf der jeweiligen Krankenhausstation durch regelmäßige Visiten.

Palliativstation

Palliativstationen sind selbständige Einheiten, die in und an Krankenhäusern verortet sind. Sie bilden ein weiteres Angebot neben ambulanter Begleitung, stationärer Hospizversorgung und Palliativdiensten im Krankenhaus. Ihr Ziel ist es, Menschen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit

durch medizinische, pflegerische und weitere therapeutische Maßnahmen eine weitgehende Linderung der Symptome zu verschaffen und die Lebensqualität so zu verbessern, dass die verbleibende Lebenszeit nach Möglichkeit wieder im gewohnten Umfeld verbracht werden kann. Sollte eine Entlassung nicht mehr möglich sein, stellt die Palliativstation dem Sterbenden eine angemessene Unterstützung und Versorgung, Raum und Begleitung zur Verfügung.

Stationäre Hospizeinrichtung

Hospize stehen in der Tradition der mittelalterlichen Hospize, die den Pilgernden auf ihren langen, beschwerlichen Reisen als Herberge dienten: Stätten der Fürsorge und Nächstenliebe, Orte, an denen man sich ausruhen und neue Kraft schöpfen konnte, bei Krankheit gesund gepflegt wurde, sich auf den weiteren Weg vorbereitete, wo man aber ggf. auch sterben durfte. Diesem alten Gedanken folgt die heutige Hospizbewegung mit dem Ziel, für schwer kranke und sterbende Menschen eine Herberge zu sein und Betroffenen in ganzheitlicher Weise beizustehen, damit »ein würdevolles Leben bis zuletzt« ermöglicht wird. Ein stationäres Hospiz ist eine Einrichtung zur palliativmedizinischen Pflege und psychosozialen Begleitung Schwerstkranker und Sterbender, deren verbleibende Lebenszeit (ca. 3 bis 6 Monate) absehbar ist und die aus verschiedenen Gründen nicht in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden können. Die medizinische Betreuung durch Haus- oder Facharzt wird weiterhin gewährleistet und im Bedarfsfall durch qualifizierte Palliativmediziner ergänzt. Wenn eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist, vermieden werden soll oder nicht mehr gewünscht ist, jedoch eine ambulante Versorgung zu Hause, bei Angehörigen oder im Pflegeheim nicht ausreichend erscheint, kann eine palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung im stationären Hospiz angezeigt sein. Die vollstationäre Hospizversorgung muss von einem Arzt verordnet werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen sind für viele Menschen ein letzter Wohnort und letztes Zuhause. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe werden immer mehr auch zu Sterbeorten. Aus diesem Grund ist es notwendig und wichtig, auch dort Palliativversorgung und Hospizkultur fest zu verankern. Viele Pflegeeinrichtungen können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bereits eine bedarfsgerechte Versorgung und Begleitung am Lebensende zukommen lassen. Pflegeeinrichtungen können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine von den Krankenkassen finanzierte individuelle und umfassende Beratung zur Planung sowie Regelung von medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsmaßnahmen für die letzte Lebensphase anbieten.

Literatur

Giovanni Maio, *Den kranken Menschen verstehen,* Freiburg 2015.

Fachverband SAPV Hessen und das Forschungsprojekt ELSAH

Michaela Hach

Der 2010 gegründete Fachverband SAPV Hessen e. V. setzt sich dafür ein, dass schwerkranken und sterbenden Menschen jeden Lebensalters im Bedarfsfall eine qualitativ hochwertige, vernetzte, interdisziplinäre und multiprofessionelle Palliativversorgung zur Verfügung gestellt werden kann. Die Ziele und Zwecke des gemeinnützigen Vereins sind die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, der Forschung und Bildung und insbesondere der Förderung der allgemeinen ambulanten (AAPV) sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Um schwerkranken und sterbenden Menschen auch bei komplexen Lebens- und Leiderlebnissen Lebensqualität und Selbstbestimmung so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, z. B. in der eigenen Wohnung, bei Angehörigen, in stationären Pflegeeinrichtungen und stationären Hospizen, zu ermöglichen, fördert der Fachverband SAPV Hessen e. V. die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als multiprofessionelle Teamleistung (Palliative-Care-Teams) sowie die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, Sektoren und Organisationen.

Dazu koordiniert er insbesondere die Umsetzung der Interessen und die Kommunikation der Betroffenen mit allen beteiligten Leistungserbringern und Unterstützern innerhalb der Palliativversorgung. Er setzt sich für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Palliativversorgung sowie für entsprechende gesetzliche, vertragliche und konzeptionelle Rahmenbedingungen, Strukturen und Lösungen für die ambulante Palliativversorgung speziell mit Blick auf die Anforderungen in der SAPV ein.

ELSAH
Evaluation der **Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** am Beispiel von Hessen

In diesem Sinne unterstützt der Fachverband SAPV Hessen e. V. Palliative-Care-Teams und Palliative-Care-Teams für Kinder und Jugendliche in Hessen in ihrer Arbeit und in ihrer kontinuierlichen Weiterentwicklung.

Ein weiteres Aufgabengebiet liegt in der Vertretung der Mitglieder gegenüber staatlichen, öffentlich-rechtlichen und privaten Institutionen national und international sowie in der Weiterentwicklung der fachlichen, qualitativen, finanziellen und wissenschaftlichen Grundlagen im Rahmen der Palliativversorgung.

Auch Öffentlichkeitsarbeit sowie Schulungen, Fortbildungen und Weiterbildungen und der Erfahrungsaustausch gehören zu den wesentlichen Aufgaben.

Im Forschungsprojekt ELSAH[32] hat der Fachverband SAPV Hessen e. V. gemeinsam mit der Philipps-Universität Marburg (Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin) und der Goethe-Universität Frankfurt (Institut für Allgemeinmedizin) am Beispiel des Bundeslandes Hessen untersucht, wie gut die SAPV auf der Grundlage der SAPV-Richtlinie funktioniert. Im Rahmen der Studie wurde ein System entwickelt, das die Qualität der SAPV messen kann. Außerdem wurde untersucht, welche Bedürfnisse und Anforderungen an die SAPV bei der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen. Die Ergebnisse wurden in einem Film und einem Booklet veröffentlicht. Der Film zu ELSAH kann unter https://www.youtube.com/watch?v=oWXDfTvaiS0 angesehen werden, das Booklet ist auf der Webseite des Fachverbandes zu beziehen.

Kontakt
Fachverband SAPV Hessen e. V.
info@fachverband-sapv.de
www.fachverband-sapv.de

32 *Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen (ELSAH),* gefördert vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland

Heinke Geiter

Hospize, also Herbergen, in denen Menschen gepflegt und bis zu ihrem Tod versorgt wurden, gab es schon in der antiken Welt der Griechen und Römer. Mit Beginn des Christentums nahmen auch einzelne Klöster Kranke und Sterbende auf. Ab dem 4. Jahrhundert zählte die Sorge für Kranke und Sterbende zu den sieben leiblichen Werken der Barmherzigkeit und war damit eine Aufgabe verschiedener Orden. Im Mittelalter entstanden entlang der Pilgerrouten zahlreiche Hospize. Sie boten nicht nur Schutz für Reisende, sondern sorgten auch für Kranke und Sterbende. In der Zeit der Kreuzzüge gründeten sich Pflegeorden wie die Malteser und Johanniter sowie Laiengemeinschaften wie die Beginen.

1443 wurde in Beaune das Hospiz »Hotel Dieu« gegründet. Apotheke, Kapelle, Küche und Krankensäle standen den hingebungsvoll pflegenden Soeurs hospitalieres zur Verfügung. In den folgenden Jahrhunderten entstanden religiöse Pflegeorden wie die Kamillianer und der Orden der barmherzigen Brüder, die sich ebenfalls der Pflege von Todkranken und Sterbenden widmeten. Auch weibliche Pflegeorden wie die Kommunität der Damen der christlichen Liebe, Filles de la Charité, gründeten sich. Sie waren die Vorläufer der späteren organisierten und professionellen Pflege.

1842 errichtete die Französin Jeanne Garnier in Lyon ein Haus für Sterbende, das sie Calvaire (französisch für Leidensweg) nannte. Dort sollten Menschen Beistand und Beherbergung für ihren letzten Weg erhalten. Jeanne Garnier soll auch den Begriff »Hospiz« erstmals im Zusammenhang mit der Betreuung Sterbender verwendet haben. Ein ähnliches Haus gründeten 1879 irische Nonnen, 1899 eröffnete in New York das »Calvary Hospital«, das mittellosen Menschen mit unheilbaren Krankheiten bis heute hilft. Außerdem entstanden im 19. Jahrhundert u. a. in Dublin, Lyon und London bereits mehrere stationäre Einrichtungen zur palliativen Versorgung von Todkranken und Sterbenden.

Mit den gewaltigen Fortschritten in der Medizin, durch die Krankheiten diagnostiziert und geheilt werden konnten, lag im 20. Jahrhundert der Focus immer mehr auf der Heilung und Erhaltung des Lebens. Sterben und Tod wurden tabuisiert und mehr und mehr in die Krankenhäuser verlegt. Viele Ärzte hatten das Ziel, den Tod immer weiter hinauszuschieben. Sie erlebten den Tod als persönliche Niederlage in der Ausübung ihrer ärztlichen Kunst. Wer nicht mehr kurativ behandelt werden konnte, war austherapiert und starb oft einsam im Bad oder in einer Abstellkammer des Krankenhauses.

Das wollte die englische Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders grundlegend ändern. Während ihrer Arbeit mit unheilbar an Krebs erkrankten Menschen gelangte sie zu der Überzeugung, dass Sterbende eine ganzheitliche Betreuung benötigen. Sie gründete deshalb 1967 das St. Christopher's Hospice, in dem unheilbar kranke und sterbende Menschen nicht nur eine spezialisierte ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung, sondern auch emotionale, spirituelle und soziale Unterstützung erhielten.

Der über ihre Arbeit gedrehte Film »Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London« aus dem Jahr 1971 löste in Deutschland eine sehr kontroverse Diskussion aus, einige fürchteten eine Gettoisierung der Sterbenden und eine totale Überforderung des Pflegepersonals, andere nahmen die Gedanken von Saunders auf und begannen eigene Hospizinitiativen zu gründen. So entstand als Gegenbewegung zur Tabuisierung von Sterben und Tod eine breite Bürgerschaftsbewegung. Menschen ganz unterschiedlicher Herkunft engagierten sich ehrenamtlich, um Sterbende zu Hause zu begleiten und die Situation von Sterbenden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dabei wurden sie von beiden großen Kirchen personell und finanziell unterstützt. Sie organisierten sich oft in ökumenisch ausgerichteten Vereinen und kümmerten sich um Menschen jeder Religion, Weltanschauung, Kultur oder Nationalität.

In dieser Zeit bekam die internationale Hospizarbeit einen weiteren wichtigen Impuls durch die schweizerisch-US-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross. Sie führte unzählige Interviews mit Sterbenden und veröffentlichte diese im Jahr 1969. Erstmals standen so die Sterbenden selbst mit all dem, was ihnen im Sterbeprozess wichtig war, im Mittelpunkt. Kübler-Ross' Modell der Sterbephasen war lange Jahre Grundlage in der Ausbildung von Hospizmitarbeitenden.

Zwischen 1970 und 1990 entstanden in vielen Ländern stationäre Hospize, z. B. in Aargau, Genf, London und Montreal. In Aachen eröffnet 1986 das erste stationäre Hospiz in Deutschland. Außerdem begannen immer neue Hospizgruppen ihren ehrenamtlich geführten und allein durch Spenden finanzierten Dienst an den Sterbenden und ihren Angehörigen mit dem Ziel, die Menschen bei Abschied und Sterben zu begleiten, den Übergang aus diesem Leben gut zu gestalten und den Angehörigen in ihrer Trauer beizustehen.

Jede »Bewegung von unten« gibt sich im Laufe der Zeit übergeordnete Strukturen. Außerdem wurde schnell klar, dass Hospizarbeit immer auch Vernetzung braucht, um den sterbenden Menschen und ihren Angehörigen mit ihren medizinisch-pflegerischen, sozialpsychologischen und spirituellen Bedürfnissen gerecht zu werden. So entstanden aus anfänglich losen Verbünden von Vereinen und Initiativen überregionale Arbeitsgemeinschaften, die inhaltliche Perspektiven der Hospizarbeit für den Aufbau von Strukturen für ambulante und stationäre Hospizarbeit entwickelten, die Integration des Hospizgedankens in bestehende Einrichtungen wie Krankenhäuser und Altenpflegeheime voranbrachten, Kriterien für die Qualifizierung der Hospizarbeit erarbeiteten und die Gründung von einheitlichen Interessenvertretungen initiierten.

1992 wurde der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. (DHPV) als Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz von 16 Einzelpersonen und 15 Einrichtungen ins Leben gerufen. Heute steht er als Dachverband von 25 überregionalen Verbänden und Organisationen der Hospiz- und Palliativarbeit für über 1.200 Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen, in denen sich mehr als 120.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren. Er vertritt die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen, ist die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreichen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland. In allen Bundesländern gibt es Hospiz- und Palliativ-Landesverbände.

Im November 1996 wird die Arbeitsgemeinschaft Hospiz in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN) gegründet. Vorläufer waren zwei Arbeitskreise. Dieser Start verbindet sich mit den Namen Eva-Maria Bangel, Gottfried Bickel, Doris Hechler, Helgard Kündiger, Ruth-Maria Oettinger, Erika Ritter, Veronika Surau-Ott. Von Beginn an wird die AG Hospiz durch den »Sprecher*innenrat« – jetzt: Leitungsausschuss – geleitet und vertreten. Regelmäßig werden Mitgliederversammlungen und Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, um die ehrenamtliche Basis der Hospizarbeit zu stabilisieren und die Vernetzung der Mitgliedsgruppen zu fördern. Hier sind vor allem die jährlichen Arnoldshainer Hospiztage (1. Tagung 1990) zu nennen, die heute in Kooperation mit der Diakonie Hessen und der Evangelischen Akademie in Frankfurt angeboten werden. Schon bald gelingt es der AG Hospiz, die Hospizarbeit in den gesamtkirchlichen Kollektenplan einzubringen und dadurch eine finanzielle Basis für Projektarbeit zu schaffen. Im Laufe des ersten Jahres wird der erste Standard zur Qualifizierung von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfern erarbeitet und festgelegt, der seitdem kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Nicht zuletzt auf Drängen der Hospizbewegung gewann auch die Palliativmedizin immer mehr an Bedeutung. 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gegründet, und 1996 erschien das erste Lehrbuch der Palliativmedizin in deutscher Sprache, das »Curricu-

lum Palliativmedizin« für Medizinstudenten, Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Sozialarbeiter. Inzwischen sind auch Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet worden, nämlich zum Beispiel an den Universitäten Bonn, Aachen, Göttingen, Tübingen, Köln, Mainz, Freiburg und München.

Von 1988 an gibt es erste gesetzliche Regelungen zur stationären und ambulanten hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung im § 39a Sozialgesetzbuch V. Dadurch wird die Hospizarbeit in Gesellschaft und Politik stärker wahrgenommen und anerkannt. Eine teilweise Finanzierung durch Kranken- und Pflegekassen ist damit möglich. Seit dem 8. Dezember 2015 gibt es das Hospiz- und Palliativgesetz. Mit ihm wurde die Palliativ-Versorgung ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es entstanden in allen Bundesländern interdisziplinäre Palliativ-Care-Teams sowie Hospiz- und Palliativ-Stützpunkte, gefördert durch die von der Politik geschaffenen, notwendigen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen.

Ein weiterer wichtiger Schritt, um die Hospizarbeit in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, ist die Verabschiedung der »Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen« im Jahre 2010. An ihrer Entstehung waren in einem Zeitraum von fünf Jahren 150 Experten beteiligt. Zahlreiche Organisationen und Institutionen aus Gesellschaft und Gesundheitspolitik tragen diese Charta mit. Sie soll eine Orientierung für gemeinsame und differenzierte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland geben. Im Mittelpunkt stehen die Rechte und Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen.

Der Ausbau der palliativen Versorgung hat auch die Hospizarbeit verändert, und manche Menschen befürchten, dass sich die von bürgerschaftlichem Engagement getragene Hospizbewegung in einen palliativen Versorgungsmarkt wandelt. Ökonomisierung und Professionalisierung nehmen zu, und manche Palliativteams meinen, die Hospizarbeit nicht mehr zu benötigen. Die palliative Versorgung macht jedoch keineswegs die hospizliche Begleitung überflüssig, denn was die Ehrenamtlichen leisten, kann kein noch so guter Palliativdienst tun: den Alltag mit den Kranken und ihren Familien teilen, Zeit haben, einfach da sein und den Schwerkranken als Menschen und nicht nur als Patienten wahrnehmen. Die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleiter vermitteln, dass der Einzelne nicht alleingelassen wird und Teil der Gesellschaft bleibt – als Mensch und nicht auf seine Krankheit reduziert. Das heißt: egal, wie viel sich in den letzten Jahrzehnten auch verändert hat, das Ziel der Hospizbewegung, Menschen in ihrer letzten Lebensphase gut zu begleiten, ist geblieben, und neben der Frage nach der größtmöglichen Lebensqualität stehen nach wie vor die Achtung der Würde der Sterbenden und das Bestreben, den Übergang aus diesem Leben gut zu gestalten.

Literatur

Andreas Heller, et al., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland,* Ludwigsburg 2013.

Arbeitsgemeinschaft Hospizarbeit und Sterbebegleitung in der Diakonie Hessen

Die Begleitung Sterbender, ihrer Angehörigen und Trauernder gehört schon immer zu den Aufgaben der Kirche und ihrer Diakonie in der Nachfolge Jesu Christi. Ambulante Hospizgruppen und stationäre Hospize haben sich auch im Bereich der Kirche dieser Aufgabe unter heutigen gesellschaftlichen Bedingungen in besonderer Weise angenommen. Einige dieser Gruppen haben sich zur Arbeitsgemeinschaft für Hospizarbeit und Sterbebegleitung in der Diakonie Hessen zusammengeschlossen. Die »AG Hospiz« will diakonische Hospizdienste unterstützen und sieht in Ergänzung zu anderen Interessenvertretungen in Hessen vor allem vier Schwerpunkte ihrer Arbeit.

Sie möchte

- das Hospizthema im Bereich von Kirche und Diakonie durch kompetente und verantwortliche Ansprechpartner vertreten,
- sich über gemeinsame diakonische Standards und Inhalte sowie über sozialpolitische Entwicklungen der Arbeit verständigen,
- auf eine stärkere Wahrnehmung der Hospizarbeit in der kirchlichen Öffentlichkeit hinwirken und
- den fachlichen Austausch der Mitgliedseinrichtungen untereinander fördern.

Kontakt
Diakonie Hessen
Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege
Ederstr. 12
60486 Frankfurt
www.diakonie-gap.de
gap@diakonie-hessen.de

Arbeitsgemeinschaft Hospiz in der EKHN

Innerkirchlich versucht die Arbeitsgemeinschaft (AG) Hospiz in der EKHN, die Impulse der Hospizbewegung in die Landeskirche hineinzutragen. Hospizliche Sichtweisen werden in den unterschiedlichen Bereichen eingebracht, und entsprechende kirchliche Strukturen werden mit entwickelt. Der Schwerpunkt liegt dabei vor allem darauf, die Hospizarbeit als ehrenamtliche Bewegung zu stärken und neben dem Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung zu erhalten.

Die hospizliche Sicht ermöglicht eine neue Verhältnisbestimmung von diakonischer und verkündigender Kirche: In der christlich motivierten Begleitung sterbender Menschen werden praktische Nächstenliebe (Pflege), Seelsorge und theologisch-existenzielle Reflexion aufeinander bezogen und miteinander verknüpft. Die kirchliche Hospizarbeit ist ökumenisch ausgerichtet und fördert die Mitarbeit katholischer Christinnen und Christen in den jeweiligen Gruppen. Dies wird als bereichernd erlebt. Die positive ökumenische Erfahrung von versöhnter Verschiedenheit wird durch die AG Hospiz in der EKHN in die Landeskirche getragen. Neben dieser ökumenischen Weite fördert und ermöglicht die Hospizarbeit ein gleichberechtigtes neues Miteinander von sogenannten »Kirchenfernen« und »Kirchennahen«.

2019 gehören der AG Hospiz in der EKHN 30 regionale Hospizgruppen (und zwei weitere als Gäste) mit gut 3000 Mitgliedern und ca. 869 ehrenamtlich Mitarbeitenden an. Auf der Mitgliederversammlung wählen die Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedsgruppen den Leitungsausschuss, der zusammen mit dem Zentrum Seelsorge und Beratung die Geschäfte der AG Hospiz in der EKHN führt.

Kontakt
AG Hospiz in der EKHN
www.ag-hospiz.de
ag-hospiz-ekhn@outlook.de

Die Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V. aus Sicht eines ökumenischen Partners

Jürgen Schmitt

Die Idsteiner Hospizbewegung feiert im Jahr 2021 ihr zwanzigjähriges Jubiläum.

Drei Frauen, drei Perspektiven kamen zu einer zusammen. Elisabeth Geisler, katholische Gemeindereferentin, Heinke Geiter, evangelische Dekanin, und Ute Samson, die Vorsitzende des damaligen Krankenhausfördervereins, waren die Gründungsmütter der Hospizbewegung Idsteiner Land e.V.

Aus kleinen Anfängen ist ein breit aufgestellter Verein geworden, der neben der Sterbe- und Trauerbegleitung und der palliativen Versorgung Letzte-Hilfe-Kurse, Gesprächsbegleitungen bei der Patientenvorsorge, öffentliche Vorträge, Seminare für Pflegekräfte und vieles mehr anbietet und regelmäßig eine Zeitschrift herausgibt.

Mit einer ehrenamtlichen Koordinatorin fing es an, mittlerweile haben sechs hauptamtliche Koordinatorinnen und zwei Verwaltungsmitarbeiterinnen gut zu tun, daneben arbeiten sieben Personen im Vorstand und über 40 Ehrenamtliche als Hospizbegleitende sowie sieben als Trauerbegleiterinnen. Zur finanziellen Absicherung und um zukünftig ein stationäres Hospiz errichten zu können, hat die Hospizbewegung außerdem eine Stiftung gegründet.

Seit 2011 arbeitet der Verein in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) mit dem Zentrum für ambulante Palliativversorgung ZAPV GmbH in Wiesbaden zusammen. Die Koordinatorinnen des Vereins sind zugleich die Pflege-Fachkräfte für Palliative Care.

Das evangelische Dekanat Rheingau-Taunus und die katholische Pfarrgemeinde Idsteiner Land entsenden gemäß unserer Satzung einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin in den Vorstand. Eine dieser Personen muss den Vorsitz oder die Stellvertretung übernehmen. Außerdem ist es laut Satzung gewünscht, aber nicht Bedingung, dass die Vorstandsmitglieder einer Religionsgemeinschaft der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen (ACK) angehören.

Als ich zum zehnten Jubiläum dazustieß, habe ich gleich die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen sowie des Vorstandes genossen; »Bewegung« eben. Ich erlebe die Hospizbewegung im Idsteiner Land als getragen von einem Geist der Offenheit, einer Haltung der Wertschätzung allen Menschen gegenüber und mit Toleranz und Respekt für spirituelle Dimensionen, geprägt durch unseren christlichen Auftrag zur Nächsten-, Gottes- und Selbstliebe.

Bei uns gibt es Ehrenamtliche, die in ihrer Kirche verwurzelt sind. Andere haben teilweise ungute Erfahrung mit ihrer Kirche gemacht und sind eher distanziert oder kommen aus ganz anderen Traditionen und haben ihre eigene Spiritualität. In der Satzung hat der Verein sich dem christlichen Menschenbild verpflichtet, von dem aus die hospizliche Arbeit allen Menschen ohne Ansehen von Glauben, Herkunft und Nationalität oder Stellung zugutekommen soll. Wir begegnen jedem Menschen mit Respekt vor seinen Wurzeln und seiner Spiritualität, ohne unsere eigenen zu leugnen. Für uns ist Hospizarbeit Teil unseres christlichen Auftrags, denn Sterbende zu begleiten und Trauernde zu trösten gehörte schon immer zu den genuinen kirchlichen Aufgaben. Wir wollten und wollen die Hospizarbeit so gestalten, dass durch uns etwas sichtbar wird von der Grundhaltung Jesu, der die Menschen bedingungslos annahm, sie nicht verurteilte, sondern ihnen neue Horizonte öffnete und vom anderen her dachte, indem er die Menschen konkret fragte: »Was willst DU, dass ich für dich tun soll?«

Uns ist es wichtig, den Hospizbegleiterinnen und -begleitern in den von uns, Heinke Geiter und mir, gemeinsam geleiteten Qualifizierungskursen diese Haltung nahezubringen und einander mit Respekt und Toleranz zu begegnen. Unterschiedliche Traditionen, weltanschauliche, spirituelle und religiöse Einstellungen sowie verschiedene Lebensstile und Kulturen erleben wir als bereichernd. Lehrunterschiede und -streitigkeiten spielen eine absolut untergeordnete Rolle, weil unser Handeln und Reden ganz an den Menschen ausgerichtet ist, die unsere Fürsorge und Begleitung benötigen, damit sie ihren eigenen Weg finden und bis zu ihrem Tod so selbstbestimmt wie möglich und in Würde gehen können. In der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen stellen wir uns ihren Fragen nach Sinn und Ziel ihres Lebens und geben auf ihre Fragen hin Auskunft über das, was uns selbst trägt und Hoffnung gibt, ohne ihnen jedoch unseren Glauben überzustülpen. Dabei werden konfessionelle Unterschiede lediglich manchmal in der Wahl der Rituale oder bestimmter traditioneller Gebete wichtig. Regelmäßig feiern wir ökumenische Wortgottesdienste zum Gedenken an die Verstorbenen sowie zur Beauftragung neu ausgebildeter Hospizbegleiter und -begleiterinnen. Gern würden wir miteinander zur Aussendung der neuen Ehrenamtlichen auch eine Eucharistiefeier halten. Da das kirchenrechtlich nicht möglich ist, suchen wir in unseren ökumenischen Gottesdiensten nach Formen, die verschiedene liturgische Elemente aus beiden Konfessionen aufnehmen und auch die Menschen einbeziehen, die aus anderen Traditionen kommen.

Nicht nur in der Gründungsphase waren die Unterstützungen aus dem evangelischen Dekanat und der katholischen Gemeinde Idstein sehr hilfreich und förderlich. Heute ist der Verein Mieter im Haus der Kirche und Diakonie. Wir sind Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Hospiz und der Arbeitsgemeinschaft Trauerseelsorge der EKHN, Mitglied im Hospiz-Arbeitskreis des Bistums Limburg und im Hospiz- und PalliativVerband Hessen. Wir haben eine enge Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen unserer Region.

Wie wohl die meisten der zahlreichen ökumenischen Hospizdienste sehen wir eher das Gemeinsame und erleben, dass konfessionelle Unterschiede bei der Begleitung Sterbender und ihrer Zugehörigen immer weniger eine Rolle spielen und die Hospizarbeit letztlich auch diese ökumenische Weite verlangt.

Kontakt
www.hospizbewegung-idstein.de

Hospizarbeit im Bistum Limburg

Sonja Sailer-Pfister

Im Bistum Limburg wird ein Schwerpunkt auf die Vernetzung und die Zusammenarbeit mit Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, Hospizvereinen und den verschiedenen Hospiz- und Palliativnetzwerken sowie mit den SAPV-Teams im Bistum gelegt. Auch dies geschieht in ökumenischer Offenheit.

Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten, für sie da zu sein und ihnen beizustehen gehört wesentlich zum Auftrag der Kirche. Zeugnis abzulegen von dem, was uns trägt und was wir als Christ*innen erhoffen und glauben, und für menschenwürdiges Leben bis zum Schluss einzustehen, das prägt unser Engagement und unsere pastorale Arbeit.

Die bischöfliche Beauftragte für Hospizarbeit und Zuständige für Hospiz- und Palliativseelsorge leitet den AK Hospiz im Bistum, organisiert Hospizseelsorgetage und vernetzt die einzelnen Akteure.

Aktuelle Themen sind z. B. Spiritualität im Kontext der Hospizarbeit, die Problematik des assistierten Suizids, Selbstbestimmung am Lebensende und Fragen nach einem menschenwürdigen Sterben.

Durch das Projekt Seelsorge im Hospiz- und Palliativbereich, das zurzeit mit einem Projektreferenten besetzt ist, werden zudem Seelsorger*innen für diesen Bereich ausgebildet und in ihrer Arbeit unterstützt und begleitet.

Kontakt
Dr. Sonja Sailer-Pfister
Bischöfliche Hospizbeauftragte
Roßmarkt 12, 65549 Limburg
Hospiz-Palliativseelsorge@bistumlimburg.de
https://hospiz.bistumlimburg.de/

Qualifizierung zur ehrenamtlichen Mitarbeit in der Sterbebegleitung

Beate Jung-Henkel

Ehrenamtliche sind Basis und Rückgrat der hospizlichen Begleitung. Sie begleiten schwer kranke und sterbende Menschen in der letzten Lebensphase und unterstützen und ermutigen Angehörige, damit diese wiederum gut begleiten, betreuen und versorgen können. In ihrer eigenständigen und professionellen Rolle leisten sie einen wichtigen Beitrag als Teil des hospizlichen und/oder palliativen Teams und ergänzen andere Dienste.

Durch dieses freiwillige, unbezahlte Engagement, das als eine wichtige Ressource die Zeit hat, wird den Sterbenden und ihren Angehörigen ein Stück Normalität und Alltag gebracht. Es wird Zeit und Raum geschenkt, sich mit den wichtigen Themen der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen und dabei Zuwendung, Umsorgtsein, Solidarität und Gemeinschaft zu erfahren.

Ehrenamtliche Sterbebegleitung geschieht vorwiegend zu Hause, aber auch zunehmend in Einrichtungen, in denen Menschen sterben.

Voraussetzung für diese wichtige Aufgabe ist eine gute Qualifizierung, die in Theorie und Praxis Fachkenntnisse vermittelt und die eigene Auseinandersetzung mit den

Themen Sterben, Tod und Trauer möglich macht. Handlungskompetenz wird trainiert, und erste Praxisversuche werden begleitet.

Geschult werden Menschen, die bereit sind, Sterbende und ihre Angehörigen ehrenamtlich zu begleiten, und die sich mit der Hospizbewegung und ihren Grundsätzen einverstanden erklären.

Gibt es auch unterschiedliche Konzeptionen in Form und Inhalt der Schulungen, so sind doch gewisse Standards

erforderlich, um eine gute ehrenamtliche Arbeit leisten zu können. Verschiedene übergeordnete Hospiz-Organisationen haben solche Standards erarbeitet und empfohlen, z. B. die AG Hospiz in der EKHN.

Unabdingbar sowohl für die Qualifizierung als auch für die anschließende Arbeit sind folgende menschlichen Fähigkeiten:

- Die Fähigkeit zur und Freude an der Kommunikation mit anderen Menschen,
- die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Einstellungen und Vorstellungen von Leben und Sterben,
- die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit,
- die Bereitschaft, sich auf Gruppenprozesse einzulassen und Erfahrungen miteinander zu teilen,
- die Offenheit für religiöse und spirituelle Fragen,
- die Bereitschaft, auch Lebens- und Sterbemodelle zu akzeptieren, die nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen,
- eine einfühlsame und respektvolle Grundhaltung Menschen und Dingen gegenüber,
- physische und psychische Belastbarkeit,
- die Verpflichtung zur Verschwiegenheit.

Die Dauer der Schulungen ist in den Hospizgruppen unterschiedlich. In der Regel sind es zwischen 80 und 120 Stunden über einen längeren Zeitraum, damit Lernprozesse in Gang kommen und die Teilnehmenden gut und ausreichend begleitet werden können. Supervision gehört selbstverständlich hinzu.

Praktika in verschiedenen Einrichtungen, in denen Menschen sterben, ermöglichen, das Erlernte und Erfahrene einzuüben und zu vertiefen und die unterschiedlichen Handlungsfelder kennenzulernen.

Nach der Qualifizierung entscheiden die Einsatzleitung des Hospizdienstes und die Leitung der Qualifizierung über die Eignung zur Sterbebegleitung.

Wer sich für eine Schulung zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung interessiert, wende sich an eine Hospizgruppe in Wohnortnähe.

Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen – KASA

Elisabeth Terno und Tina Saas

Im Jahr 1997 wurde die Ansprechstelle KASA bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. gegründet. Die Arbeit begann mit einem Forschungsprojekt. Unter anderem wurden zum ersten Mal hospizliche Strukturen für das Bundesland Hessen erhoben. Heute ist das Ziel von KASA, zur Verbesserung der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung durch das Initiieren, Begleiten, Fördern und Vernetzen hospizlicher und palliativer Arbeit beizutragen.
KASA ist ein kostenfreies, niederschwelliges Beratungsangebot, das durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gefördert wird.

Die Aufgaben der Koordinations- und Ansprechstelle – KASA

Beratung

KASA berät umfangreich zu Fragen der Gründung und Führung von Hospizinitiativen. Viele der in der Beratung häufig gestellten Fragen werden in der 2018 überarbeiteten Praxishilfe »Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen« aufgegriffen. KASA kann darüber hinaus aus den Erfahrungen in der Hospiz- und Palliativarbeit berichten und Wissen über Beispiele guter Praxis weitergeben.

Insbesondere für ambulante Hospizinitiativen, die auf Grundlage des § 39a (2) SGB V bei den Krankenkassen eine Förderung beantragen, bietet KASA umfassende Beratung und Unterstützung an. Zur Antragstellung für die Förderung durch die Krankenkassen werden regelmäßig Workshops zusammen mit der Diakonie Hessen, dem Hospiz- und PalliativVerband Hessen und KASA organisiert.

KASA ist darüber hinaus auch Ansprechpartner zu den vielfältigen Fragen derjenigen, die sich in ihrem Umfeld oder ihren Einrichtungen und Institutionen für eine Verbesserung der Beratung, Begleitung und Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen einsetzen möchten. Dazu zählen auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, der Umgang mit Krisensituationen, das Abschiednehmen und Bestatten.

Bereitstellen von Infomaterial

KASA bietet vielfältige Informationen an und unterstützt bei der Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise durch die Karikaturenwanderausstellung »Wenn der Tod Dich anlacht«, das Pixi-Buch »Hanna, Emil und der Friedhof« und die »Denkdeckel«. Angefragt werden können bei der Beratungsstelle Auskünfte über Fort- und Weiterbildungsangebote für die Hospizarbeit sowie ein Adressverzeichnis der hospizlichen und palliativen Einrichtungen in Hessen. KASA informiert zu stationärer Hospizarbeit und vermittelt Kontakte.

Fachtage und Fortbildungen

Bei den von KASA organisierten Fachtagen, wie z. B. der Fachtagung »Leben und Sterben«, werden sowohl aktuelle Fragestellungen als auch zukünftige Herausforderungen diskutiert, um zu einer Verbesserung der Begleitung sterbender Menschen beizutragen. Fachleute, Ehrenamtliche und Interessierte haben die Möglichkeit, sich fortzubilden und zu vernetzen.

Regelmäßig veranstaltet KASA regionale Arbeitskreise, wie zum Beispiel seit 2020 das Online-Format »Einfach digital – Netzwerken mit KASA« oder den Runden Tisch Hospizarbeit Nordhessen in Kooperation mit der AG »Hospizarbeit und Sterbebegleitung in der Diakonie Hessen«.
Zusammen mit dem Hospiz- und PalliativVerband Hessen werden Treffen für hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren aus ganz Hessen angeboten.

Kooperationen und Netzwerke

KASA unterstützt Kooperationen und Netzwerke zur Verbesserung der Sterbebegleitung, der Hospiz- und Palliativarbeit. KASA kooperiert mit Hochschulen und damit mit der Wissenschaft. KASA ist in verschiedene Beiräte berufen worden.

Gremienarbeit

KASA arbeitet aktiv in verschiedenen Arbeitskreisen und Gremien mit und leitet geschäftsführend die AG »Verbesserung der Sterbebegleitung« bei der Hessischen Landes-

regierung. An diesen Stellen berichtet KASA über aktuelle Entwicklungen der Hospiz- und Palliativbewegung und kann die Anliegen der Akteure vor Ort einbringen. Bei regelmäßigem Austausch mit Verantwortlichen aus Politik und Verbänden bringt sich KASA aktiv in die Diskussion zur Verbesserung der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen ein. KASA ist ein Bindeglied zwischen Gremien auf Landesebene und den hessischen Strukturen der Hospiz- und Palliativarbeit.

Projektarbeit

KASA initiiert Projekte, die die Hospiz- und Palliativarbeit unterstützen, und führt diese durch. Das können die Organisation von Fortbildungen, die Erstellung von Arbeitsmaterialien oder Studien zu aktuellen Fragestellungen sein.

Die Zielgruppen der Koordinations- und Ansprechstelle

- ehrenamtlich Engagierte der Hospiz- und Palliativbewegung
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Vorstände von Hospizinitiativen
- Koordinatorinnen und Koordinatoren von Hospizinitiativen
- Verantwortliche in Verwaltungen, aus der Politik und Verbänden
- alle Personen, die sich hauptberuflich in ihrer täglichen Arbeit mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen
- Menschen, die sich aus Forschungsinteresse mit dem Thema Hospiz und Palliativ beschäftigen
- Menschen, die sich aus persönlichem Interesse mit dem Thema beschäftigen

Der KASA-Beirat

Die Arbeit von KASA wird durch einen Beirat fachlich unterstützt. Die Mitglieder beraten aus ihrer jeweiligen fachlichen Sicht die Mitarbeitenden der KASA-Geschäftsstelle. Der KASA-Beirat setzt sich aus namentlich gewählten Personen zusammen. Durch die Mitarbeit im KASA-Beirat unterstützen die Mitglieder mittelbar die vielen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen der Hospiz- und Palliativarbeit in Hessen, denn diejenigen, die sich mit ihren Fragen an KASA wenden, erhalten dort Beratung, Hilfestellungen und Informationen.

Veröffentlichungen

Ein Überblick über die Veröffentlichungen von der KASA sowie die Möglichkeit zum Download einzelner Broschüren ist unter folgendem Link zu finden: https://hage.de/aktivitaeten/kasa-koordinations-und-ansprechstelle-fuer-dienste-der-sterbebegleitung-und-angehoerigenbetreuung-in-hessen/veroeffentlichungen/

Kontakt

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e. V.
Arbeitsbereich KASA
Wildunger Straße 6/6a
60487 Frankfurt am Main

069 7137678-0
kasa@hage.de
www.kasa-hessen.de

Stiftungsfonds Diadieu der Stiftung Diakonie Hessen

Die Würde des Menschen endet nicht mit dem Tod

Die Werte unseres Zusammenlebens sind nicht zuletzt daran erkennbar, wie wir mit Menschen in belasteten Zeiten ihres Lebens umgehen. Wir alle tragen Verantwortung für die Unantastbarkeit der Würde jedes Menschen, und sie endet nicht mit dem Tod. Die Würde wird nicht alleine durch eine gute pflegerische und medizinische Versorgung garantiert, sondern durch die Schaffung von qualifizierten Netzwerken und Angeboten für die Bedürfnisse der Menschen an ihrem Lebensende.

Abschied in vertrauter Umgebung

Viele Menschen erleben das Sterben als Lebensphase des Abschiednehmens, des Verlierens von körperlicher, sozialer und psychischer Unversehrtheit. Umso mehr bedürfen sie gerade in dieser Lebensphase einer Umgebung des Schutzes und der Fürsorge. Der oft gehegte Wunsch, im eigenen Zuhause oder in vertrauter Umgebung zu sterben, lässt sich nicht immer verwirklichen. Für solche Fälle hat die Hospizhilfe Wetterau einen Hospizplatz in ihren Räumlichkeiten in Friedberg geschaffen, in dem auch Gäste, Angehörige und eine Nachtwache unterkommen können. Mit Unterstützung des Stiftungsfonds Diadieu können Menschen hier ihre letzte Lebensphase würdevoll und in vertrauensvoller Umgebung erleben.

Niemand soll vergessen sein

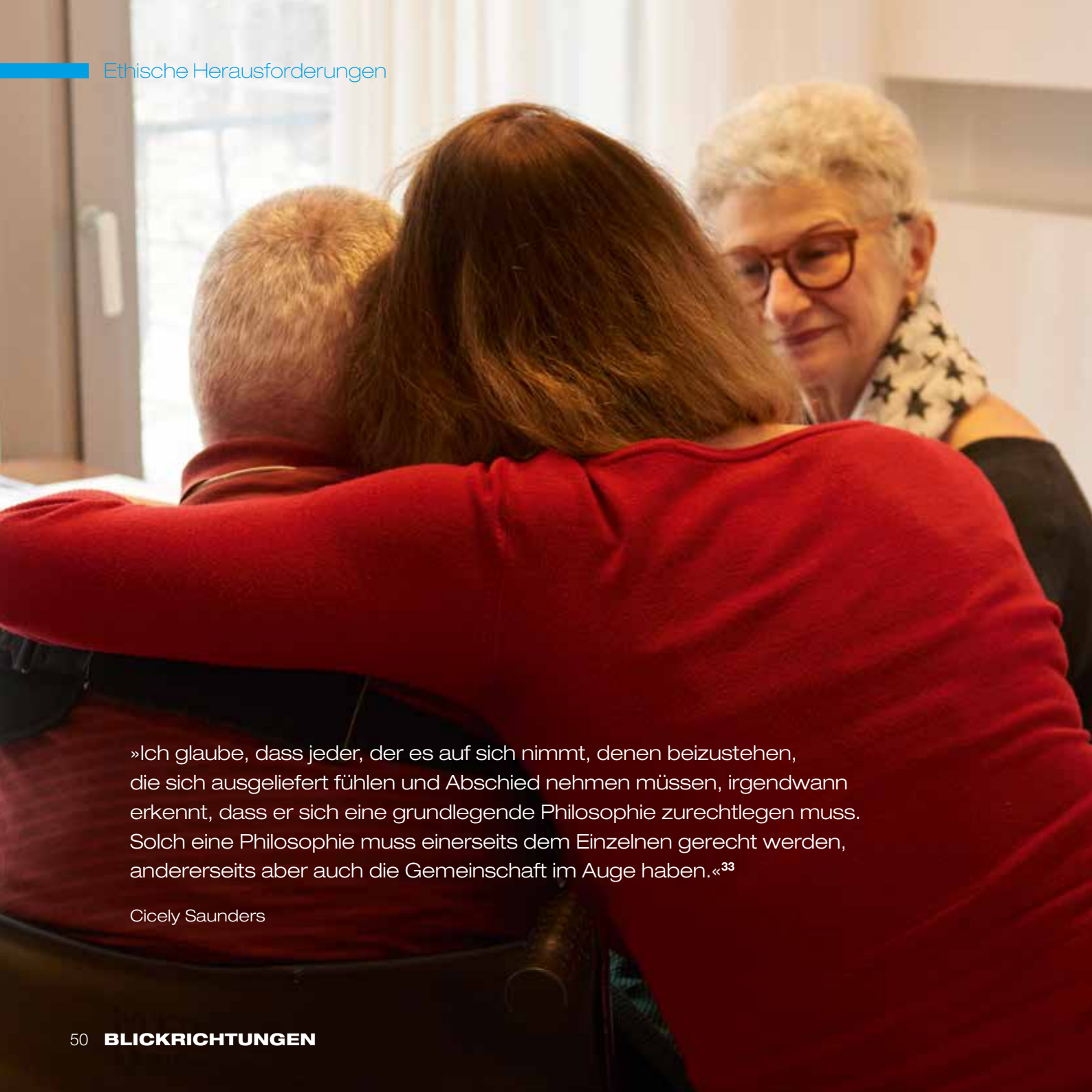
Ob Menschen in der letzten Lebensphase Begleitung und Beistand erfahren, hängt häufig davon ab, ob ihr Wohnort städtisch oder ländlich geprägt ist, ob es in ihrer Nähe adäquate Angebote gibt oder ob die nötige Pflege und Begleitung sowohl ambulant als auch stationär angeboten wird. Vollkommen durchs Raster fallen Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft leben oder sozial benachteiligt sind. Das Diakonische Werk Wiesbaden hat daher einen Fonds für sterbende und schwerstkranke wohnungslose Menschen in Wiesbaden errichtet, der mit Unterstützung des Stiftungsfonds Diadieu auf den Weg gebracht wurde. Damit wird auch Menschen, die auf der Schattenseite des Lebens sind und die keinen Zugang zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung haben, ein Sterben in Würde ermöglicht.

Sterben in Würde ist nicht kostenlos

Eine gute Abschiedskultur, in der sterbende Menschen unabhängig von Lebenssituation und sozialem Status unterstützt werden, ist Ausdruck unseres christlichen Werteverständnisses und des würdevollen Umgangs mit Menschen am Abend des Lebens. Die durch den Stiftungsfonds Diadieu ermöglichte hospizliche und palliative Begleitung ist Ausdruck dieses Werteverständnisses und endet nicht, wenn es sich »ökonomisch nicht rechnet«, sondern beginnt oft gerade erst dann. Diese wertvolle und wichtige gesellschaftliche Aufgabe wird nicht regelfinanziert durch Krankenkassen und Pflegeversicherung und ist daher nach wie vor auf Spenden angewiesen.

Kontakt
Stiftungsfonds Diadieu der Diakonie Hessen
Ederstr. 12
60486 Frankfurt
069 7947-6111
diadieu@sinn-stiften.de
www.diadieu.de

Spendenkonto
Stiftung Diakonie Hessen
IBAN: DE92 5206 0410 0504 1214 14
BIC: GENODEF1EK1
Evangelische Bank
Kennwort: Spende für Diadieu



»Ich glaube, dass jeder, der es auf sich nimmt, denen beizustehen, die sich ausgeliefert fühlen und Abschied nehmen müssen, irgendwann erkennt, dass er sich eine grundlegende Philosophie zurechtlegen muss. Solch eine Philosophie muss einerseits dem Einzelnen gerecht werden, andererseits aber auch die Gemeinschaft im Auge haben.«[33]

Cicely Saunders

Fürsorge, Selbstsorge, Mitsorge – wie lässt sich Care in diakonischen Einrichtungen organisieren?

Cornelia Coenen-Marx

1. Kranke Pflege

»Es ging weiter, immer weiter wie durch ein Museum des Verfalls. Ich lernte Frau Dahl kennen, die kein einziges Körperteil bewegen und kein Wort artikulieren konnte, aber vollkommen klar im Kopf war. Sie wartete darauf, dass man ihr die einzige richtige Frage stellte, und auf dem Weg zu dieser Frage wehrte sie mit zornigem leichten Kopfwiegen, mehr ging nicht, die dummen und falschen Fragen nach Essen und Trinken ab. Weiter, weiter schien sie zu sagen, nächste Frage, irgendwann musste die richtige doch kommen, so dumm, so grausam konnte der ungelernteste Hilfspfleger nicht sein, dass er ihr die Frage vorenthielt, auf die sie in schlaflosen Nächten und in Jahre dauernden Tagen wartete: Möchten Sie sterben?«, schreibt Hilmar Klute in seinem Roman »Was dann nachher so schön fliegt«. Er erzählt von einem Zivi, der im Pflegeheim arbeitet – eigentlich aber Schriftsteller werden will. So achtet er auf die Worte, die von der Sehnsucht nach einem anderen Leben erzählen; von Demenz und Lebensmüdigkeit, von Überlastung und Verachtung. *»Wir übergeben uns gerade«, sagte Herbert am ersten Tag. Er hatte mich gefragt, ob ich einen Kaffee wolle; jetzt hatte ich eine Keramiktasse mit bitterem Filterkaffee vor mir stehen. »Wir übergeben uns gerade.« Weil ich wie ein Fragezeichen guckte, erklärte Gilla, dass sie eine Übergabe machten. Und ich, was musste ich jetzt machen? »Die Männer«, sagte Gilla, »es sind nur vier. Gleich in den ersten beiden Zimmern auf der S1.« Herbert machte sich die nächste Marlboro an.*

Jahrelanger Stellenabbau, Arbeit in normierten Zeittakten, zunehmende Arbeitsverdichtung, überbordende Dokumentationspflichten haben die Pflege krank gemacht. Und die Pflegenden auch. Sie leiden zunehmend unter körperlicher und psychischer Überforderung. Nach einer Untersuchung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. aus dem Jahr 2015 verlassen Pflegende im Schnitt nach 7,5 Jahren ihren Beruf, etwa jede fünfte denkt häufiger darüber nach, ihn aufzugeben – im Krankenhaus sind es 19 Prozent, in den Alten- und Pflegeheimen 16, in der ambulanten Pflege 18 Prozent. Pflegende erleben die Spannung zwischen dem Anspruch maximaler Effizienz und ihrem professionellen Selbstverständnis. Sie wollen ganzheitlich pflegen. Nicht das empathische Begleiten von

33 Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.«. Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders*, Zürich 2012, S.120.

Patienten und Patientinnen führt zur Erschöpfung, sondern Begleitung nicht ermöglichen zu können, führt zum Burnout. Nach einer Untersuchung von 2009 aus dem Institut für Diakoniewissenschaft und Diakoniemanagement, Bethel, war jeder Vierte unmittelbar von Burnout gefährdet. »Kranke Pflege« heißt das Buch von Alexander Jorde, der bekannt wurde, weil er sich in der ARD-Wahlarena mit der Kanzlerin anlegte. »Das Pflegepersonal«, schreibt er, »ist eine der Hochrisikogruppen für arbeitsbedingte Belastungen. Nach dem vorletzten BKK–Gesundheitsatlas 2017 liegt der Durchschnitt der Krankheitstage in der Krankenpflege bei 19,3 Tagen, in der Altenpflege sogar bei 24,1 Tagen – gegenüber 16,1 Tagen im Durchschnitt. Keine Berufsgruppe wird häufiger wegen psychischer Belastungen krankgeschrieben; weit vor Muskel- und Skeletterkrankungen stehen sie bei Pflegepersonal an erster Stelle. Nach einer Studie des Universitätsklinikums Augsburg und der LMU München hat sich der psychische Stress während der Corona-Krise erheblich verschärft. Die ohnehin bedrohliche Personalknappheit in der Altenpflege führte zu erheblichen Überstunden und beeinträchtigte auch die familiäre Situation.

»Wir müssen reden: Über unseren Alltag. Über unsere Sorgen, unsere Verzweiflung und unsere Wut. Aber auch über unsere Freude, die Erfolge und unsere Leidenschaft. Darüber, was wir können und leisten und darüber, was wir gerne tun würden – wenn man uns nur ließe«, heißt es auf der Plattform CareSlam. CareSlam bietet seit 2015 eine Plattform für Menschen, die über Missstände, Personalmangel und die Zwänge der Ökonomisierung in der Pflege sprechen möchten. Altenpfleger, Krankenschwestern und auch pflegende Angehörige. »Wir können nicht von Politikern erwarten, dass sie irgendetwas ändern, wenn wir selbst nicht einfach mal aufstehen, den Mund aufmachen. Es ist ganz in Ordnung, dass man sagt, Pflege muss laut sein. Aber nicht nur laut sein, sondern einfach mal sagen: Nein! Das mache ich nicht!«, sagt Claudia Hanke, eine der Gründerinnen von Care-Slam. »Gemeinsam aus dem Notstand« heißt auch der Untertitel von Alexander Jordes Buch.

Es hat lange gedauert, bis bei uns Pflegekräfte laut wurden. Dabei mussten ihre Rechte von Anfang an erkämpft werden: eigenes Einkommen, Berufsfreiheit, Ehe und Familie, Studium, das Recht auf Streik – leider auch gegen die Kirche. Bis heute sind Pflegekräfte gewerkschaftlich schlecht organisiert; nur 10 Prozent sind Mitglieder einer Gewerkschaft. Heute, wo Pflege als soziale Dienstleistung verstanden wird, geht es darum, die Werte und den Wert der Pflege wieder ins Bewusstsein zu rufen. »Bei aller Konkurrenz wegen des wirtschaftlichen Drucks«, schreibt Matthias Düring auf Care-Slam, »dürfen wir nicht vergessen: Es geht immer um die Menschen, die vor uns liegen. Sie legen uns ihre Gesundheit, manchmal auch ihr Leben, aber auf jeden Fall ihre Würde in die Hände. Die Würde bleibt unantastbar und gehört in diesem speziellen Bereich besonders geschützt.«

Während ich Klutes Roman las, habe ich manchmal an das Fachseminar für Altenpflege gedacht, neben dem wir in Kaiserswerth lange wohnten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ganz Europa, meist schon in mittleren Jahren, viele von der Arbeitsagentur gefördert. Vom Stress gezeichnet. In den Pausen stand man mit Kaffeebecher und Zigarette vor der Tür. Am Abend blieben volle Aschenbecher zurück. Wer Klutes Roman liest, weiß nicht, ob die Tristesse in den Bewohnerzimmern oder im Stationszimmer grösser ist. Das eine scheint nur der Spiegel des anderen. Klar ist aber: Wer Pflege nicht wertschätzt, kann die Pflegebedürftigen nicht schützen. In Kaiserswerth dachte ich manchmal

an Florence Nightingale, die hier 1850 die den Menschen zugewandte Haltung der Diakonissen bewunderte und für ihre Arbeit übernahm; es ist eine bleibende Aufgabe. Sie verstand Pflege als eine Kunst. Franziska Böhlers jüngst erschienenes Buch »I'm a nurse – warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe – trotz allem« knüpft mit Stolz an dieser Tradition an. Vielleicht ist es kein Zufall, dass gerade jetzt, in der absoluten Mangelsituation, der Wert der Pflege neu entdeckt wird.

2. Die eigenen Werte behaupten

»Pflege ist ein Beziehungsberuf, in dem es nicht nur um die gekonnte Aktion, sondern vor allen Dingen um die Interaktion geht«, schreibt Giovanni Maio, der die Identität der Heilberufe im Zeitalter umfassender Ökonomisierung bedroht sieht. In den Kliniken von heute, er nennt sie »weiße Fabriken«, sieht der Mediziner und Philosoph Produktionsstätten, in denen die Patienten nicht als Individuen gesehen werden, sondern als Objekte, an denen man standardisierte Verrichtungen vornimmt. Die Pflege leide besonders darunter, dass ihre unersetzbare Expertise nicht formalisiert, nicht gezählt werden kann – denn diese Expertise besteht darin, sich in jeweils geeigneter Weise auf den einzelnen Menschen einzulassen und ihm gerade in seinem Angewiesensein seine ihm eigene Würde widerzuspiegeln. Bis zur Grenze der Selbstausbeutung, so Maio, versuchten Pflegende diesen Kern zu bewahren – sie werden zerrieben an der moralischen Dissonanz, die ihnen das System auferlegt. Spiegelbildlich empfinden sich Pflegebedürftige in diesem Gesundheitssystem nur noch als Aufwand – als Pflegefall, der Zeit und Geld kostet. Letztlich, meint er, laufe alles auf die Frage hinaus, ob wir die gebrechlichen Menschen einem unpersönlichen Dienstleistungsdenken überantworten wollen oder ob wir Orte schaffen, in denen man neu auf ihre Bedürfnisse als Bedürfnisse ganzer Menschen hört. Eine neue Ethik der Sorge ist also mehr als notwendig. Die Werte, um die es dabei geht – Sorgfalt und Geduld, Offenheit und Feinsinn, Behutsamkeit und Demut und die Treue zum sozialen Auftrag, sind tief in den Professionen verankert.

»Sorge« – ein umstrittener Versuch, das englische Care zu übersetzen – steht dabei für alle Beziehungs- und Zuwendungsarbeit im privaten wie im professionellen Bereich. Im Grunde basiert die professionelle Arbeit in Erziehung und Pflege auf der täglichen Erfahrung von vielfältigster Zuwendung und jegliche berufliche Arbeit auf der kostenlosen privaten Sorgetätigkeit. Feministische Theorie problematisiert mit dem Begriff »Sorge« die Dominanz einer ökonomisierten Sichtweise im Sozial- und Gesundheitswesen, die den Menschen zum bloßen Kunden und Empfänger von Dienstleistungen macht. »Sorge« steht für das grundlegende, umfassende Für-einander-da-Sein. Und die »caring communities«, die »sorgenden Gemeinschaften«, von denen spätestens seit dem 7. Altenbericht auch in Deutschland die Rede ist, stehen für gemeinsame Werte und Verantwortungsbeziehungen, wie wir sie aus Familien, Freundeskreisen oder aus religiösen Gemeinschaften kennen. Sie leben aus einem gemeinsamen »Spirit«, der ganz unterschiedliche Menschen zusammenhält. Das ist der Hintergrund, aus dem die diakonische Pflege kommt; dabei ging es immer auch um spirituelle Erfahrungen. Bei der Erneuerung der Diakonie im 19. Jahrhundert hat das Gleichnis vom großen Weltgericht eine entscheidende Rolle gespielt – und damit die Werke der Barmherzigkeit. Hier ist das Sorgehandeln Antwort auf die Begegnung mit einem bedürftigen Menschen. Es geht um eine tiefe Auf-

merksamkeit für die Situation des anderen und um eine selbstverständliche Hinwendung. Andere speisen und tränken, kleiden, besuchen und pflegen – die alltäglichen Sorgetätigkeiten sind Ausdruck von Spiritualität, und sie ermöglichen spirituelle Erfahrungen. Wer den anderen in seiner leib-seelischen Ganzheit wahrnimmt, schaut tiefer: Die Begegnung mit einem anderen kann mir zur Gottesbegegnung werden.

Diakonische Einrichtungen wollen diesen Zusammenhang zwischen Gottes- und Nächstenliebe festhalten. In der Grundordnung der Kaiserswerther Diakonissenanstalt von 1901 heißt es: »Die Liebe Christi beweist sich in der Krankenpflege durch herzliches Mitleid mit den Kranken und Treue in der Verrichtung der kleinen und doch so wichtigen Dinge. Diese Liebe verleiht erst aller erlernten Kunst und Fertigkeit das Leben und gibt all unserem Wirken den Wert für die Ewigkeit.« Hier finde ich die Werte wieder, die Maio in seiner Ethik der Sorge betont: Treue, Demut, Reflektiertheit und Erfahrenheit, aber auch ein großes Versprechen. Das Versprechen, dass deine Würde geschützt wird. Dass das Wohl der Patienten und Bewohner absoluten Vorrang hat. Wer in diakonischen Einrichtungen und Diensten arbeitet, wer sie leitet und trägt, ist bis heute herausgefordert, sich vor dem Hintergrund dieser Geschichte mit der Sorgearbeit auseinanderzusetzen.

Ein Forschungsprojekt des Instituts für Diakoniemanagement in Bethel zu den Merkmalen diakonischer Kultur zeigt: Es geht um die Pflege- und Betreuungsqualität, Abschiedskultur und Feste, um den Umgang mit ökonomischen Herausforderungen, aber auch mit räumlichen Gegebenheiten und um die bewusste Wahrnehmung von Führung. Im Zentrum stehen das Miteinander, die Qualität der Beziehung zu Bewohnerinnen und Bewohnern. Für die Mitarbeitenden besonders wichtig, offenbar aber von der Führung unterschätzt, sind die Pausenkultur und die Kommunikation, gerade auch im Umgang mit Fehlern und Konflikten.

3. Orte der Sorge

3.1. Orte der Sorge: Der Leib

Ich bin mein Leib. Mein Gang, meine Haltung, meine Verletzungen und Schmerzen erzählen von meiner Lebensgeschichte. Wer mit einer Behinderung lebt, weiß, in welchem Maße der eigene Leib auch die soziale Biografie, die Beziehungen und Berufswege bestimmen kann. Dabei kenne ich auch Menschen, die ihre Behinderung einfach vergessen lassen. Wir können heil werden, auch wenn wir nicht gesund oder unverletzt sind. Ich bin Leib, und ich habe einen Körper. Wenn und solange mein Körper funktioniert, solange die Energie reicht, um meinen Aufgaben nachzugehen, denke ich nicht viel darüber nach. Der Philosoph Hans Georg Gadamer hat von Gesundheit als dem selbstvergessenen Weggegebensein an das Leben gesprochen. Erst wenn die ersten »Warnsignale des Körpers« sich bemerkbar machen, erst wenn ich krank werde, spüre ich wieder, dass mein Leib mehr ist als ein verfügbares Instrument. Tatsächlich aber wird die Sorge für die eigene Gesundheit mehr und mehr zur Arbeit, zum Produkt der Medizin oder zu einer Dienstleistung. Der Psychiater und katholische Theologe Manfred Lutz spricht von einer neuen Gesundheitsreligion in unserer Gesellschaft – Gesundheit, sagt er, sei für uns unhinterfragt zum höchsten Gut geworden. Das habe aber eine gefährliche Kehrseite: Krankheit wird zum Versagen, zum Systemfehler. Dahinter steht die Unfähigkeit, mit der eigenen Vergänglichkeit um-

zugehen. Krankheit erinnert uns daran, dass wir letztlich nicht über unser Leben verfügen.

Aus Sicht von Wirtschaft und Krankenkassen sind Krankheiten Ausfallzeiten ohne Gewinn, sie verbuchen sie als Kosten. Und ich fürchte, auch diakonische Arbeitgeber denken da nicht viel anders. Die Ärztin Mavi Mohr, die ein Buch über ihre eigene Leukämieerkrankung geschrieben hat (»Stationswechsel«), sagt im Rückblick »Als Leukämiepatientin hatte ich mich in der Klinik mit anderen Kindern angefreundet, die später starben. Sie wurden niemals wieder erwähnt. Der Tod spielte keine Rolle. Als Ärztin versuche ich, offen mit diesem Thema umzugehen, und ich glaube, dass meine eigenen Erfahrungen dabei hilfreich sind. Ich kann Patienten dadurch nicht heilen, aber ich kann ihnen helfen, weniger Schmerzen und Ängste zu haben.« Das kostet Kraft. Denn das Gesundheitswesen organisiert, reglementiert, professionalisiert und rationalisiert die Hilfe und letztlich auch die Helfenden. Sich persönlich zu öffnen, birgt zudem immer auch ein Risiko. Es bedeutet, sich verletzlich zu machen, jedenfalls die eigene Verletzlichkeit nicht zu verdrängen.

»Tu deinem Leib Gutes, damit deine Seele Lust hat, darin zu wohnen«, schrieb Theresa von Avila, eine spanische Mystikerin aus dem 16. Jahrhundert. Sie verstand den Leib als Tempel der Seele. Und die Ärzte Hans-Peter Unger und Carola Kleinschmidt, die sich mit betrieblicher Gesundheit beschäftigen, empfehlen, sich regelmäßig Auszeiten zu nehmen, um auf den eigenen Körper zu hören. »Achte ich gerade genug auf mich selbst, meine Rhythmen und Körpersignale? Wie verantwortlich und wertschätzend bin ich mir selbst und mir wichtigen anderen Menschen gegenüber?« Wer sich selbst nicht mehr spürt, kann die Welt nicht gestalten. Ohne Selbstsorge kann die Sorge für andere auf Dauer nicht gelingen. Besonders wichtig sind dabei Pausen – Zeiten ohne Störung. Paradoxerweise ist das in der Sozialwirtschaft besonders schwer. Bei einer Umfrage von ver.di gaben 70 Prozent der Pflegekräfte an, keine Zeit für Pausen zu haben.

Wie andere Dienstleistungsbereiche auch leidet die Branche in besonderer Weise unter Kosten- und Arbeitsdruck. Dabei kommt es auch und gerade in der Pflege zu einer zunehmenden Spreizung von Qualifikationen und Einkommen: Einfache Tätigkeiten werden outgesourct, Fachdienste teuer eingekauft und das Gros der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst flexibel eingesetzt. Einzelne Module und Dienstleistungen werden im Case Management aneinandergereiht, Teams immer neu gemischt – die Zahl der Schnittstellen vergrößert sich, Störungen nehmen zu. Und die Beziehungen geraten in Zerreißproben und werden brüchig.

Manchmal denke ich dann an Theodor Fliedner, den Gründer der Kaiserswerther Diakonissenanstalt. Der hatte schon um 1840 klare Kriterien, unter welchen Umständen er die Diakonissen, die das Mutterhaus entsandte, aus einem Beleg-Krankenhaus zurückzog. Dabei ging es um Qualität und Ethik der Pflege, um Sauberkeit, gute Versorgung und medizinische Behandlung – es ging aber auch um die Gesundheit der Schwestern und darum, dass sie Urlaub und genug Zeit zur Erholung hatten. »Wenn sie längere Zeit hintereinander zu wachen haben, dürfen sie nur jede dritte Nacht wachen. Nach jeder geleisteten Nachtwache müssen sie am Tage zu einer passenden Zeit mehrere Stunden schlafen«, heißt es dann 1901 in der Krankenpflegeordnung. Was für Kranke und Pflegebedürftige wichtig ist, das brauchen die Mitarbeitenden eben auch: einen gesunden Rhythmus von Arbeit und Leben, gute Er-

nährung und auch Rückzugszeiten, um sich neu an ihre Kraftquellen anzuschließen, Prioritäten zu klären und sich neu zu orientieren.

Es beginnt damit, dass Führungskräfte aus den Rückkehrgesprächen mit erkrankten Kolleginnen und Kollegen lernen. Es geht weiter damit, dass die Struktur der Tagesabläufe und auch der Umgang mit dem Schichtsystem überdacht werden. Es geht darum, Arbeit so zu gestalten, dass der Tagesrhythmus von Patientinnen und Bewohnern vor allem am Morgen und beim Einschlafen für sie selbst gestaltbar bleibt. Und dass Mitarbeitende ihre Arbeit auch in Erziehungszeiten durchhalten können. Oder in späteren Lebensjahren. Bei der Sozial-Holding Mönchengladbach warb der Geschäftsführer Helmut Wallrafen-Dreisow mit dem Slogan »Wir sind älter als 50 – na und?« um ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für sie gibt es eine Reihe von Zusatzleistungen. Sie erhalten zum Beispiel innerhalb von zwei Wochen einen psychologischen Beratungs- oder Supervisionstermin.

3.2. Orte der Sorge: Das Bett

Im Kaiserswerther Pflegemuseum hängt das Foto einer Diakonisse am häuslichen Krankenbett der Mutter. In der Wohnküche ist die ganze Familie versammelt – eine Tochter kocht, eine andere bringt Wasser ans Bett, während die Diakonisse eine Spritze aufzieht. Alle sind beschäftigt; die Fürsorge hört nicht auf, sie wird von anderen übernommen, wenn die Mutter gerade nicht sorgen kann. Das Krankenbett ist der Mittelpunkt dieser geteilten Sorge, zu der die Diakonisse die Mädchen anleitet, während sie pflegt. Heute ist Pflege nicht mehr nur Frauensache – und auch die Familien haben sich gewandelt. Aber etwas von diesem selbstverständlichen Umgang mit Krankheit und Sterben ist dank der ambulanten Palliativpflege in unsere Häuser zurückgekehrt.

Denn die Betten, an denen sich unser Bild von stationärer Versorgung in Krankenhäusern und Heimen noch immer festmacht, sind ja tatsächlich nur eine »Basisstation« für die Dienstleistungen und Sorgenetze, die sich darum drehen. »Ist einer von euch krank? Dann rufe er die Ältesten der Gemeinde zu sich; sie sollen Gebete über ihn sprechen und ihn im Namen des Herrn mit Öl salben«, heißt es im Jakobusbrief als eine der Lebensregeln für eine junge christliche Gemeinde (Jakobus 5,14). Salbung, Segnung und heilende Öle gewinnen heute in der hospizlichen Arbeit wieder an Bedeutung; zugleich erleben wir, wie sich in Phasen der Krankheit und des Sterbens neue, unterstützende Netzwerke bilden. Alles richtet sich jetzt darauf, den inneren Menschen stark zu machen: »[…] wenn auch unser äußerer Mensch aufgerieben wird, der innere wird Tag für Tag erneuert«, schreibt der Apostel Paulus (2. Korinther 4,16).

Innere Stärke zu entwickeln, Resilienz, um mit Krankheit, Gebrechlichkeit, Verletzlichkeit und Sterben umgehen zu können – darum geht es. Vielleicht hilft das auch, wenn es darum geht, zu entscheiden, was jemand noch oder wieder kann, wo er oder sie mobilisiert werden soll – oder ob die palliative Pflege im Vordergrund stehen soll. Gerade für die stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist das zu einer komplexen Frage geworden, in der sich die Entwicklung der Heime spiegelt. Von Orten des Wohnens zu Orten der Pflege, von Orten des Lebens zu Orten des Sterbens. Mehr und mehr Menschen kommen tatsächlich nur noch für die letzte, die Sterbephase ins Pflegeheim wie in ein Hospiz. Dabei liegt die durchschnittliche Verweildauer der Bewohnerin-

nen und Bewohner noch immer bei 22 Monaten. So steht beides nebeneinander – die Heime sind Orte des Lebens und des Sterbens, der aktivierenden sozialen Arbeit und der hospizlichen Begleitung. Zusammendenken lässt sich das nur, wenn man auf die einzelnen Personen schaut – auf ihre Lebensgeschichten wie auf ihre eigene Einschätzung der Situation. Gespräche mit Bewohnern und Bewohnerinnen, Angehörigen und Zugehörigen, Biographiearbeit genauso wie Gespräche zwischen Tür und Angel sind – mehr als alle Fragebögen – ein entscheidender Schlüssel zur Wahrnehmung des Bewohnerwillens, der entscheidend ist für die Frage, was jetzt für diese Person gut ist.

Wo das gelingt, können sich Menschen auch im Heim zu Hause fühlen. Oft gibt es da noch Luft nach oben, vor allem in der Organisation von Tagesrhythmen. Denn »zu Hause entscheidet man selbst, wie man seine Zeit verbringen will«, schreibt der amerikanische Arzt Atul Gawande. »Sterben im Heim«, eine Untersuchung der Universität Augsburg und des IPP München von 2017, zeigt zudem, dass im Durchschnitt aller Heime noch immer jeder vierte Bewohner, jede vierte Bewohnerin im Krankenhaus stirbt. Zu den zentralen Gründen für Krankenhauseinweisungen gehören fachliche Überforderung und strukturelle Überlastung der Pflegekräfte sowie die häufige personelle Unterversorgung in der Nacht. Tatsächlich ist die Frage der Krankenhauseinweisung einer der entscheidenden Konfliktpunkte, die sich mit guten Kooperationen und ethischen Fallbesprechungen besser bewältigen lassen.

Notwendig sind externe wie interne Fortbildungsprogramme für alle, die mit Bewohnerinnen und Bewohnern in Kontakt sind – Reinigungskräfte, Pflegende, Angehörige und Ehrenamtliche. Dabei geht es um eine gemeinsame Kultur, in der alle Beteiligten Handlungssicherheit finden; hinzu kommt die Förderung einer Kommunikation auf Augenhöhe auch mit den Haus-, Fach- und Notärzten. Einrichtungen, in denen weniger als 10 Prozent der Bewohner im Krankenhaus sterben, berichten zu fast 80 Prozent von »guter« oder »sehr guter« Kooperation – mit Hausärzten, wie auch mit Hospiz- und Palliativnetzwerken in der Region. Dennoch sagt eine der Stationsleiterinnen im Interview: »Wir an der Basis verwalten seit Jahrzehnten den Mangel – an Kollegen, an Supervision, an Anerkennung und Unterstützung.«

3.3. Orte der Sorge: Begegnungen und Berührungen

Pflege ist Beziehungshandeln, mehr Interaktion als Aktion. Dabei basiert die Refinanzierung im Sozial- und Gesundheitssystem auf standardisierten und modularisierten Prozessen. Maio spricht in diesem Zusammenhang von einer Unterbewertung unmittelbarer Wahrnehmung. Das gilt gerade auch für die Pflege. Denn die Pflege, so Maio, »ist ein Berührungsberuf«, der über die Kunst des behutsamen Herantastens sowie über sehr viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung verfügen muss. Das gilt gerade im Blick auf den oft fließenden Übergang in den Sterbeprozess, über dessen Anzeichen es Verständigung braucht. Und eine Atmosphäre, in der Begegnung auch wirklich gelingen kann. Hinsehen und hinhören, spüren und behutsam miteinander ins Gespräch kommen – das braucht Zeit, Erfahrung, Wissen und Intuition, gesammelte Aufmerksamkeit.

»Sönke wehrte sich nicht länger gegen warmes Wasser, nur noch gegen Ellas Seife, weil sie nach Lavendel roch. Er wollte nicht so riechen as een Fruunsminsch, also kaufte Ingwer eine andere für ihn, mit Sandelholz. Die alte Kern-

seife kam weg. Er machte immer noch die Augen zu, wenn Ingwer anfing, ihn zu waschen, sie wurden aber langsam besser miteinander, atmeten nicht mehr wie Tiere auf der Flucht. Manchmal sprachen sie beim Waschen, meist nicht. Sönke schien oft sehr weit weg zu sein, wenn er im Bad auf seinem Plastikhocker saß, er war wohl in Gedanken unterwegs.« (Dörte Hansen, Mittagsstunde).

Aber die Zeit wird knapp in den sozialen Diensten, und sie wird zerstückelt. So werden die »Resonanzflächen« geringer, und die Möglichkeiten, sich einzufühlen und Feedback im Alltag aufzunehmen, schwinden. »Wie ich berühre, so bin ich berührt« – aber wenn ich niemandem mehr wirklich begegne, werde ich auch selbst kälter und distanzierter. Wer Hilfebedürftige nur noch ein kleines Stück begleiten kann und nicht mehr sieht, wie es weitergeht, wer sich immer neu einlassen und schnell wieder abgeben muss, verliert das Kostbarste, was diese Berufe ausmacht: die Erfahrung heilender Begegnungen und Berührungen. Die Journalistin Elisabeth von Thadden hat 2018 ein Buch mit dem Titel »Berührungslose Gesellschaft« geschrieben, in dem sie die Bedeutung von Berührung analysiert. Wer einen anderen berührt, rührt damit an Erfahrungen, die sich tief in den Körper eingeprägt haben. Wer die Wunden eines Menschen pflegt, sorgt damit auch für das Heilen der Seele. Berührung gibt Demenzerkrankten existenzielle Sicherheit. Aber falsche Bewegungen können alte Wunden aufreißen lassen. Wir wissen das von der Pflege vergewaltigter Frauen oder misshandelter Kinder. Das sensible und oft so belastende Handwerk der Pflege – waschen und anziehen, Essen anreichen, Rollstühle und Betten schieben – reicht bis ins Intimste und ist deshalb auch mit Angst, ja manchmal mit Ekel verbunden. Wie befreiend es sein kann, wenn diese Schranken in Freundschaft überwunden werden, zeigt der Film »Ziemlich beste Freunde«.

Ist es unter den Rahmenbedingungen der heutigen Sozialwirtschaft überhaupt möglich, Beziehungen aufzubauen; ist nicht alles aufs Funktionieren angelegt? Ja – und dennoch gab es sie: die Reinigungskraft aus dem Kosovo, deren Geschichte ich am Ende kannte. Die Nachtschwester, die von ihrer Imkerei erzählte, den Oberarzt, der sich am Sonntagmorgen eine Viertelstunde Zeit für ein Gespräch nahm, als ich im Krankenhaus lag. Beim Putzen, am Wochenende oder nachts blieb Zeit für eine Begegnung. Auf der Wachstation, wo eine ehemalige Jugendmitarbeiterin lag, begleitete sie ein Dreierteam aus der Bezugspflege, das auch seelische Veränderungen sorgsam wahrnahm und ins Gespräch brachte.

In den 70er Jahren schon einmal erprobt, hat die Bezugspflege wieder Einzug gehalten in Hospiz- und Wachstationen, Kinderstationen und in der Pallativversorgung. Alexander Jorde geht noch weiter. Primary Care und Assisted Care, wie sie in den USA eingeübt sind, können ein Ansatz sein, der Zerstückelung entgegenzuwirken. Und was brauchen Pflegende, um bei sich selbst zu bleiben? Wasser und Düfte, Natur, Massagen und Bewegung tun nicht nur Patientinnen und Patienten gut, wie wir aus der basalen Stimulation wissen. Wache Sinne sind genauso wichtig für Pflegende – ja, die Voraussetzung für gute Arbeit.

3.4. Orte der Sorge: Räume und Schwellen

Krankenhäuser und Altenhilfeeinrichtungen haben in den letzten Jahren Abschiedsräume gestaltet. Mit einer Kerzenbank vielleicht, einem Stein mit Namen für jeden Verstorbenen, einer Rose – immer auf den Spuren der Hospizbewegung. Inseln im Strom des Funktionierens. Rituale,

die über die Schwelle helfen. Inzwischen gibt es ein breites Spektrum von Abschiedsritualen, die auch für die Trauerbewältigung der Mitarbeitenden hilfreich sind. Dabei tun sich allerdings viele Einrichtungen noch schwer mit anderen kulturellen Prägungen. Und bis heute verfügen nur die Hälfte über einen Abschiedsraum und nur 30 Prozent der Pflegeheime über einen Aufbahrungsraum.

Richard Sennett, der sich unter anderem mit den Veränderungen der Arbeitswelt beschäftigt hat, beklagt in seinem Buch »Zusammen arbeiten« den Mangel an Ritualen. »Der moderne Individualismus steht meines Erachtens nicht nur für einen persönlichen Impuls, sondern auch für einen sozialen Mangel, einen Mangel an Ritualen … Die moderne Gesellschaft hat die durch Rituale hergestellten Bindungen geschwächt.« Rituale schaffen Zugehörigkeit, stärken Bindungen und Gemeinschaft.

Hans Bartosch, heute Krankenhausseelsorger in Magdeburg, hat während seiner Zeit in Kaiserswerth für die dortigen Mitarbeitenden ein Westentaschenbuch mit Segensritualen, Segensworten und Liedern zur Segnung Sterbender, zur Aufbahrung Verstorbener, zu Trauer und Gedenken veröffentlicht, die »Lebenswege«. Neben den christlichen enthält es auch Rituale anderer Weltreligionen – muslimische, jüdische, buddhistische. Wer das Heft liest, spürt: Auch Spiritualität hat es mit allen Sinnen zu tun. Es geht ums Waschen und Kleiden – auch das gehört zur Trauerarbeit –, um Musik und Düfte und die Gestaltung von Räumen. Auf immer mehr Stationen gibt es »Letzte-Hilfe-Sets« mit Kerzen, Duftölen, Spruchkarten, die den Zugang dazu erleichtern.

Viele Rituale markieren Anfang und Ende von Prozessen: Geborenwerden und Sterben, eine Ausbildung beginnen, Examen feiern, eine neue Aufgabe antreten und sich verabschieden. Rituale, die uns verbinden. In einem Workshop erzählte eine Pflegende, wie sie sich oft noch einmal vor dem Zimmer sammeln, in dem jemand gegangen ist – einmal ruhig werden und Abschied nehmen, einander für die Arbeit danken. Das stärkt das Miteinander. Mehr und mehr gelingt es, bei den Trauerritualen Mitarbeitende und auch Bewohner einzubeziehen, mit Fotos, Sterbebüchern, hausinternen Gedenkfeiern.

Genauso wichtig ist es, die alltäglichen Schwellen, die Mitarbeitende persönlich überschreiten, bewusst wahrzunehmen: Zwischen der privaten Wohnung und dem Betreten der Station wandeln wir uns, überschreiten die Schwelle zum öffentlichen Raum. Und auch für das Ankommen gibt es Rituale, oft ganz weltliche. Die Kaffeemaschine ansetzen oder die Wasserkaraffe füllen; die Kollegen begrüßen, vielleicht bei einem kurzen Rundgang. Übergabe und Visite sind Rituale genauso wie das Einberufen einer Ethikberatung in konfliktären Situationen. Wie sind sie gestaltet, die Stations- und Besprechungsräume?

Ich denke schließlich an die vielen Schwellen, die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus überschreiten, auf dem Weg von der Notaufnahme ins Krankenzimmer, vom Krankenzimmer in den OP; die Wartesituationen, die langen Flure. Wie werden diese Räume gestaltet? Und wie überschreiten Pflegende die Schwelle zu einem Bewohner- oder Patientenzimmer, wie betreten sie den persönlichen Raum eines anderen Menschen? Wie unterschiedlich das ist, habe ich vor Jahren im Appartement meiner sterbenden Mutter erlebt – ganz unterschiedliche Stimmungen kamen mit denen, die den Raum betraten. Die Stimme, der Schritt, die Art, das Fenster zu öffnen: Alles spricht ins Schweigen und Warten hinein.

3.5. Orte der Sorge: Der Tisch

In einer Fortbildung zum Thema diakonisches Profil waren die Teilnehmenden gebeten worden, ein Symbolfoto zu schicken. Jemand schickte einen Küchentisch mit Eckbank, als Bild für die Teamsitzungen, die ihm so viel bedeuteten. Weil es da nicht nur um das Abhaken von Listen und Terminen ging. Zusammen am Tisch sitzen, das ist mehr als der gemeinsame Kaffee bei der Übergabe oder ab und an ein gemeinsames Frühstück. »Jedem in der Familie ist wichtig, wie es den anderen geht«, schreiben Wagner und Esser in einem Buch über Spiritualität in der Familie. »Der gemeinsame Tisch ist der zentrale Ort, an dem sich Gemeinschaft konstituiert. Wir teilen nicht nur Lebensmittel, wir teilen uns unser Leben mit. Wir brauchen einander, wir helfen einander, wir verlassen uns aufeinander.« An solche Erfahrungen kann die Teambesprechung anknüpfen. Zwischen der Reflexion der gemeinsamen Arbeit und der Vorbereitung der nächsten Aktionen kann sichtbar werden, dass Sorgehandeln eine kommunikative Tiefenebene hat. Und das reicht weit hinein in den Alltag, den Mitarbeitende oft genug als Überforderung erfahren, nicht anders als in der Familie. Und wie die gemeinsamen Mahlzeiten in den Familien immer seltener werden, so stehen auch die Teambesprechungen zunehmend unter Druck.

Dabei entstehen die besten Ideen mit den Kolleginnen und Kollegen, die Tür an Tür arbeiten. Eine Untersuchung von »Psychologie heute« zeigt: Selbst wenn sie zu unterschiedlichen Abteilungen gehören, haben die Flurnachbarn weit mehr Kontakt zueinander als Mitarbeiter, die zu einer Abteilung gehören, aber auf verschiedenen Fluren sitzen. Dienstgemeinschaft ist mehr als ein Konstrukt des kirchlichen Arbeitsrechts, und sie ist nicht nur durch Outsourcing und Leiharbeit bedroht. Flexibilisierung, Modularisierung, Budgetierung und Wettbewerb machen es schwer, Gemeinschaft überhaupt noch zu leben. Fusionsprozesse und Neuaufstellungen wirbeln ganze Teams durcheinander. Wie lässt sich unter diesen Rahmenbedingungen Gemeinschaft gestalten?

»Gemeinschaft mit Christus, Gemeinschaft mit dem Nächsten, Gemeinschaft untereinander« gehörte zum Kern diakonischer Traditionen. Das war mehr als das Dreieck von Gott, dem hilfebedürftigen Nächsten und der helfenden Gemeinschaft; denn auch im Nächsten kann mir Gott begegnen, und auch in der Gemeinschaft wird jemand Hilfe brauchen. Merkwürdigerweise fehlt hier aber das persönliche Selbst, das doch im Dreieck von Gottesliebe, Nächstenliebe und Selbstliebe auch seinen Platz hat. Und ich denke, dass das Aufgehen des Selbst in der Gemeinschaft seit der Entwicklung beruflicher Autonomie auch den Frauen nicht mehr genügt hat. So wurden, unterstützt von den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen, Autonomie und Selbstverwirklichung zum Thema, während die Sorge füreinander ihre selbstverständliche Bedeutung verlor. Deshalb ist es heute wichtig, Fürsorge, Selbstsorge und Mitsorge im Sinne Hannah Ahrendts zusammenzudenken. Wie die unterschiedlichen Aspekte von Gemeinschaft sind sie verklammert: Zeiten des Engagements, beruflich wie zivilgesellschaftlich, Zeiten für Familie, Freunde und Politik und Zeiten des Rückzugs.

Deshalb braucht es ein achtsames Management der Dienstzeiten. Wir müssen tun, was wir können, um die Familien von Mitarbeitenden zu unterstützen. Das gilt auch für die Familien und Freunde der Patientinnen und Patienten. Wie in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) müssen Bewohnerinnen und ihre Familien in den Einrichtungen als Einheit gesehen werden. Dabei

muss aber auch klar sein: Die Einbeziehung von Angehörigen braucht Zeit. Auch darum ist es sinnvoll, die Dienstgemeinschaft ganz bewusst als Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen zu gestalten. Nicht selten erwächst Engagement aus einem guten Miteinander von Hauptamtlichen und Angehörigen. Dabei sollte die Fortbildung von Ehrenamtlichen genauso selbstverständlich sein wie ihre Einbindung in die relevanten Prozesse. Auch sie gehören an den Tisch, wenn es um die Entwicklung der Kultur geht.

Und es fällt auf, dass die erodierende Tischgemeinschaft sich an vielen Orten erneuert: in den Altenzentren, die ihre Mittagstische ins Quartier öffnen, für Schulen und Kitas. In den Gemeindezentren, wo Ältere gemeinsam kochen und essen. In den Demenz-Wohngruppen, wo das Kochen zentraler Teil der Tagesgestaltung ist. Hier kommt man am Tisch zusammen – und schon das ist Ritual, das Gemeinschaft stiftet, Mitsorge füreinander zeigt. Denn Kochen und Essen gehören integral zur Sorge; und das gilt auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Am schönsten für alle in einem Haus bleiben die Feste, an denen Pflegende und Pflegebedürftige an einem Tisch sitzen.

3.6. Orte der Sorge: Gesammelte Aufmerksamkeit

Die Kaiserswerther Oberin Charlotte Renner schrieb 1967, der Kern des diakonischen Dienstes sei »ungeteilte Aufmerksamkeit« – in »Gebetsstille und Meditation«, aber auch im Alltag der Sorge. Die östliche religiöse Tradition spricht in diesem Zusammenhang von »einfühlsamer Präsenz«: Dazu gehören, wie der Psychologe David Richo schreibt, Aufmerksamkeit, Annahme, Wertschätzung, Zuneigung und Zulassen. Diese Qualitäten sind notwendig, um andere zu unterstützen und mitzufühlen. In einer Untersuchung des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD zu der Frage, welche Kraftquellen Pflegepersonen helfen, leichter mit kritischen Situationen umzugehen, sprechen die Interviewten davon, dass sie bei einem Spaziergang oder in der Meditation Kraft bekommen, durchzuhalten. Als Energiequellen nannten sie die Begegnung mit Patientinnen und Patienten, aber auch das Miteinander mit Kolleginnen und Kollegen. Sie fühlen sich getragen in einem wertschätzenden Miteinander. Sie brauchen gegenseitige Achtsamkeit im Team. Vertrauen in die Arbeit, in neue Ideen und Gestaltungsmöglichkeiten. Sie wollen Zukunft angehen können und wünschen sich, dass ihre Ideen gehört und angenommen werden. Lösungsorientiertes Arbeiten, aber auch Rituale und Ruhephasen helfen dabei.

4. Wie lässt sich Sorge organisieren?

Wenn ich darüber nachdenke, wie Sorge organisiert werden kann, dann geht es offensichtlich darum, Energie fließen zu lassen, Barrieren und Bürokratie abzubauen. Aus der individuellen Abwanderungsbewegung muss ein solidarisches Miteinander werden. Aus dem Gefühl, das eigene Berufsethos im Alltag immer wieder zu verraten, ein gemeinsamer Kampf um die Werte.

Dabei besteht die zentrale Erwartung von Mitarbeitenden darin, mit den eigenen Kompetenzen gesehen zu werden und Veränderungsprozesse aktiv mitzugestalten. Das niederländische Pflegemodell der nachbarschaftlichen Buurtzorg fasziniert auch deswegen so viele, weil es den Mitarbeitenden zutraut, über die individuellen Zeittakte und den notwendigen Sorgeaufwand bei ihren Patientinnen

und Patienten zu entscheiden. Führung muss Freiräume geben – auch, was die Gestaltung von Dienstplänen, Zeit- und Schichtmodellen angeht.

Damit das gelingt, braucht es gemeinsame Reflexionsräume – Orte, wo Situationsdeutungen ausgetauscht, Tabus angesprochen und bearbeitet werden. Das gilt nach innen für Besprechungsstrukturen auf der Team- und Leitungsebene, aber auch für interdisziplinäre Fallkonferenzen und ethische Fallbesprechungen. Immerhin 11 Prozent der befragten Pflegeheime arbeiten inzwischen regelmäßig mit solchen Fallbesprechungen. Pflegeheime, die eine neue Sorgekultur entwickeln, arbeiten erfolgreich mit hierarchieübergreifenden Projektgruppen und Qualitätszirkeln – zu Leitlinien, Angehörigenbetreuung, Verabschiedungs- und Trauerkultur. Hinzu kommen Hausrunden und Informationsveranstaltungen, an denen auch Bewohner und Angehörige teilnehmen, etwa bei der Inneren Mission in München.

Wer einen Mentalitätswandel in Gang setzen will, muss alle einbeziehen. Die Diakonie in Düsseldorf zum Beispiel hat die innerbetriebliche Organisationsentwicklung in ihren Pflegeheimen vorangetrieben; und sie hat mit einer Bewohnerbefragung durch die Mitarbeitenden begonnen.

Schließlich müssen auch Angehörige und Zugehörige als wesentlicher Teil des Versorgungssettings gesehen und berücksichtigt werden, wenn es um die Begleitung von Sterbenden geht, um die Patientenverfügung, um Seelsorge. Hier gibt es viele Möglichkeiten, von Informationsnachmittagen bis zur Mitversorgung von Angehörigen in den letzten Tagen. Diese Arbeit braucht Ressourcen – aber sie gibt auch neue Energie. Denn auch Angehörige und Zugehörige bringen eigene Kräfte ein.

Nach außen geht es um eine gute Kooperation von Hausärzten, SAPV-Teams, Haupt- und Ehrenamtlichen aus ambulanten Hospizdiensten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Hospizen. Eine Untersuchung zum Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) benennt als Faktoren guter Netzwerkarbeit Kooperationsbereitschaft, klar geregelte Prozessabläufe, Erreichbarkeit und Verbindlichkeit, Professionalität, Respekt im Sinne von Augenhöhe und Kontinuität.

Das alles kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass es schon jetzt an Ressourcen mangelt und dass die Bedarfe mit dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel steigen werden, weil Arbeit und Familie im Wandel sind. Weil mehr Demenzkranke in die Krankenhäuser kommen und mehr Palliativversorgung in Pflegeheimen gefragt ist. Die intensive Versorgung Sterbender, die Angehörigenarbeit und die fachliche Koordination erfordern zusätzlichen Aufwand. Es wird notwendig sein, die Kompetenzen von Pflege und Sozialarbeit, Netzwerke und sorgenden Gemeinschaften zu stärken. Aber der Weg von der »Sorglosigkeit des Kapitalismus« zu einer »sorgsamen Gesellschaft«, wie Brigitte Aulenbacher ihn beschreibt, ist noch weit. Bis dahin gilt es, sich auch auf Sorgekämpfe in Organisationen und Gesellschaft einzustellen und für die eigenen Werte einzutreten.

Im April 2021 erscheint von Cornelia Coenen-Marx ihr neues Buch über Kirche, Pflege und Quartier: »Die Neuentdeckung der Gemeinschaft«.

Mehr unter: www.seele-und-sorge.de

Sterbehilfe – worüber reden wir eigentlich? – Eine Begriffsklärung

Carmen Berger-Zell

In den ethischen und rechtlichen Auseinandersetzungen um die Fragen der Sterbehilfe werden für die unterschiedlichen Sachverhalte diverse Begriffe gebraucht. Einige von diesen wurden mehrheitlich von Experten als problematisch eingestuft, weil sie Schwächen haben und irreführend seien.[34] Was ist mit »Sterbehilfe« gemeint? Dahinter verbergen sich eine ganze Reihe von möglichen Bedeutungen, die sich zum Teil widersprechen und ausschließen.

Der Nationale Ethikrat, Vorgänger des Deutschen Ethikrats, empfahl bereits im Jahr 2006 in seiner Stellungnahme »Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende«, auf die Begriffe »aktive Sterbehilfe«, »passive Sterbehilfe« und »indirekte Sterbehilfe« zu verzichten.[35] Stattdessen schlägt er folgende Begriffe für die Debatten zur Sterbehilfe vor:

Sterbebegleitung

Unter den Begriff der Sterbebegleitung fallen Maßnahmen, die zur Pflege und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen gehören, wie körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot und die menschliche Zuwendung und seelsorglicher Beistand. »Ihr Ziel muss es sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.«[36]

Therapien am Lebensende

Mit Therapien am Lebensende sind die medizinischen und palliativmedizinischen Maßnahmen gemeint, die in der letzten Phase des Lebens das Ziel haben, Leiden zu lindern, bei denen jedoch in Kauf genommen wird, dass sie unter Umständen den Prozess des Sterbens und damit das Leben verkürzen, z. B. durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder Sedierung, die die belastenden Symptome erträglicher machen können.

Sterbenlassen

Statt von »passiver Sterbehilfe« wird vorgeschlagen, von Sterbenlassen zu sprechen. Hierbei werden lebensverlängernde medizinische Maßnahmen unterlassen. Dadurch

34 Vgl. u. a. Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben,* Stuttgart 2020.

35 Vgl. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende,* S. 49 ff.

36 Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende,* S. 53.

kann der krankheitsbedingte Tod früher eintreten. »Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird.«[37] Der juristische Begriff hierfür ist »Behandlungsabbruch«[38].

Beihilfe (oder Hilfe) zur Selbsttötung (assistierter Suizid)

Um Beihilfe zur Selbsttötung handelt es sich, wenn Ärzte oder andere Personen für jemanden ein todbringendes Mittel besorgen oder ihn dabei unterstützen, dass er sich eigenverantwortlich das Leben nehmen kann. Man spricht hierbei auch vom assistierten Suizid bzw., wenn es sich um einen Arzt handelt, von einem medizinisch assistierten Suizid.

Tötung auf Verlangen

Hierbei tötet jemand einen anderen Menschen auf dessen ernsthaften Wunsch hin, indem er ihm z. B. eine tödliche Spritze oder eine Überdosis eines Medikaments gibt, um den Tod herbeizuführen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung wird die Tötung nicht von der betroffenen Person selbst ausgeübt (»aktive Sterbehilfe«).

Literaturhinweise

Gian Domenico Borasio, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen,* 4. Aufl. München 2015.

Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids,* 2., erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 2020.

Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme,* Berlin 2006 (www.ethikrat.org).

37 Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende,* S. 54.

38 Vgl. BGH; Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGHSt 55, 191-206 = NJW 2010, 2963.

Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Carmen Berger-Zell

»Autonomie ist kein absoluter Wert. Sie muss im Zusammenhang der sozialen Gerechtigkeit gesehen werden. Und wenn eine solche freie Wahl dazu führt, dass Menschen, die gepflegt werden wollen, diese Möglichkeit weggenommen wird und sie unter Druck gesetzt werden, dann ist das eine Art der Freiheit, die man nicht haben darf und nicht haben soll. Wir müssen auch an die anderen denken – über die Wirkung, die eine Legalisierung des ärztlich unterstützten Freitods auf die gesamte Gesellschaft haben würde, und besonders auf die, die von uns abhängig und verletzlich sind.«[39]

Cicely Saunders

39 Martina Holder-Franz, *»... dass du bis zuletzt leben kannst.«*, Zürich 2012, S. 95.

Wie kam es zur Aufhebung des § 217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht?

Der Bundestag verabschiedete im Jahr 2015 ein Gesetz, das geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass es in den Jahren zuvor vermehrt Suizidhilfe durch private Vereine und Einzelpersonen in Deutschland gegeben hatte, was legal war, weil Suizid und der Versuch nicht strafbar sind, sofern er freiverantwortlich erfolgt. Der Bundestag sah sich veranlasst, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Dieses Gesetz hatte unter dem neuen § 217 StGB festgelegt, dass die Förderung eines freiverantwortlichen Suizids dann strafbar ist, wenn sie geschäftsmäßig betrieben wird. Der juristische Fachbegriff »Geschäftsmäßigkeit« bezieht sich auf Tätigkeiten, die auf Wiederholung bzw. auf Dauer angelegt sind. Ein Gewinnerzielungsinteresse ist hiermit nicht notwendig gemeint.[40]

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

An diesem Gesetz gab es von Anfang an viel Kritik, sowohl in politischen, juristischen und medizinischen Fachkreisen als auch in der Öffentlichkeit. »Tatsächlich war der neue § 217 des Strafgesetzbuches (StGB) im Ergebnis ein Gesetz, das Suizidhilfe de facto verhinderte. Es stellte insbesondere die Ärzte unter erhebliche strafrechtliche Androhung und nahm nur die Angehörigen sowie nahestehende Personen von Strafbarkeit aus – die aber in aller Regel nicht über die nötigen Fachkenntnisse und den Zugang zu geeigneten Mitteln verfügen, um verantwortungsvoll Suizidhilfe zu leisten.«[41] Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat schließlich auf zahlreiche Anträge hin den § 217 StGB überprüft und mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 für verfassungswidrig und nichtig erklärt.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB

Das BVerfG leitet sein Urteil aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ab (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG). Dieses umfasst nach Ansicht des BVerfG auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. In den Leitsätzen zum Urteil heißt es dazu weiter:[42]

1 b) *Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.*

40 Vgl. Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben,* 2. Aufl. Stuttgart 2020 S. 19.

41 Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben,* 2. Aufl. Stuttgart 2020 S. 10.

42 Vgl. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

c) *Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.*

2 *Auch staatliche Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Wirkung entfalten, können Grundrechte beeinträchtigen und müssen daher von Verfassungs wegen hinreichend gerechtfertigt sein. Das in § 217 Abs. 1 StGB strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung macht es Suizidwilligen faktisch unmöglich, die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen.*

3 a) *Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist am Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit zu messen.*

b) *Bei der Zumutbarkeitsprüfung ist zu berücksichtigen, dass die Regelung der assistierten Selbsttötung sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte bewegt. Die Achtung vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unterstützung sucht, tritt in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen.*

4 *Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie und dem Leben beimisst, ist grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen. Wenn die Rechtsordnung bestimmte, für die Autonomie gefährliche Formen der Suizidhilfe unter Strafe stellt, muss sie sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.*

5 *Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB verengt die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.*

6 *Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.*

Das BVerfG hat in seinem Urteil auch festgehalten, dass Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG den Staat verpflichtet, die Autonomie des Einzelnen bei der Entscheidung über die Beendigung seines Lebens und hierdurch das Leben als solches zu schützen. In Wahrnehmung dieser Schutzpflicht sei der Gesetzgeber nicht nur berechtigt, konkret drohenden Gefahren für die persönliche Autonomie von Seiten Dritter entgegenzuwirken. Er verfolge auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt. Er dürfe einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitserwägungen, das Leben zu nehmen. Das BVerfG hat den Gesetzgeber aufgefordert, Regelungen zu treffen, die Gefahren durch eine unregulierte Suizidhilfe zu verhindern.[43]

Literatur

Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids,* 2., erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 2020.

43 Siehe Absatz 232, 233, 235 und 257 des Urteils.
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

Innerevangelische und -diakonische Debatte zum assistierten Suizid

Carmen Berger-Zell

Der nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB begonnene parlamentarische Prozess zur Findung einer gesetzlichen Regelung wird durch eine breite zivilgesellschaftliche Debatte begleitet, die auch Positionierungen der evangelischen Kirche und ihrer Diakonie erfordern. Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) hat sich am 12. Juni 2020 in einer Stellungnahme zu einer Anfrage des Bundesgesundheitsministers zur Regulierung der Suizidassistenz im Anschluss an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB geäußert. Davon abweichend gibt es verschiedene profilierte Einzelmeinungen.

Die Diakonie Deutschland hat im Jahr 2020 einen innerverbandlichen Diskussionsprozess eingeleitet. Das Papier »Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid« wird derzeit im Verband diskutiert.

Durch einen Gastbeitrag in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) mit der Überschrift »Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen« am 11. Januar 2021 ist die innerevangelische und -diakonische Debatte nun voll entfacht. Der Vorsitzende der Kammer für öffentliche Verantwortung der EKD, Prof. Dr. Reiner Anselm, die praktische Theologin Prof. Dr. Isolde Karle sowie Ulrich Lilie, der Präsident der Diakonie Deutschland, haben einen Meinungsbeitrag geleistet. An dem Diskussionsprozess, der zu dem Beitrag führte, hatten sich auch Landesbischof Ralf Meister (Hannover), EKD-Ratsmitglied Prof. Dr. Jacob Joussen sowie der Palliativmediziner Prof. Dr. med. Friedemann Nauck beteiligt und den Artikel als Mitautoren mitgezeichnet.

Diakonie-Präsident Ulrich Lilie, der selbst über langjährige Erfahrung als Klinik- und Hospizseelsorger verfügt, unterstreicht die Notwendigkeit, dass über die wichtige ethische Frage des assistierten Suizids eine offene Debatte geführt werden müsse. »Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts erfordert von uns, bisherige Positionen zu überdenken«, sagt Lilie. »Man kann in der ethisch schwierigen Frage des assistierten Suizids zu unterschiedlichen Urteilen kommen. Die Auffassung unseres Autorenteams ist eine von mehreren denkbaren Positionen.«

Die Diskussionen über mögliche Suizidassistenz in kirchlichen Einrichtungen wurden vom Evangelischen Pressedienst (epd) dokumentiert (epd Dokumentation 7/2021 vom 16. Februar 2021).

Nach dem Beitrag der drei Theolog*innen hat die EKD folgende Stellungnahme veröffentlicht:

Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) nach der Sitzung des Rats der EKD am 30. Januar 2021

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) hat sich in seiner heutigen Sitzung erneut mit dem Thema assistierter Suizid befasst. In einer rund dreistündigen, per Videokonferenz geführten Debatte haben sich die Ratsmitglieder sowohl mit ethisch-theologischen Überlegungen als auch mit den rechtlichen und praktischen Fragen befasst, die durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom vergangenen Jahr aufgeworfen worden sind. Darin bekräftigte der Rat seine klare Haltung für den Vorrang des Lebensschutzes, die er bereits in seiner Stellungnahme zu einem legislativen Schutzkonzept bei der Regulierung der Suizidassistenz im Juni vergangenen Jahres zum Ausdruck gebracht hatte.

»Für die EKD und ihre Diakonie steht der Lebensschutz an erster Stelle. Der assistierte Suizid darf nicht zu einer normalen Option unter anderen werden«, unterstrichen alle Teilnehmer der Debatte, an der neben den Ratsmitgliedern auch der Präsident der Diakonie Deutschland, Ulrich Lilie, als auch der Vorsitzende der EKD-Kammer für Öffentliche Verantwortung, Reiner Anselm, teilnahmen. Zugleich bekräftigten sie, dass Kirche und Diakonie Menschen gerade in Grenzsituationen auch künftig weiter beraten und begleiten werden. »Dass Menschen nur noch die Möglichkeit des Suizids sehen, ist immer eine tragische Grenzsituation, die die EKD und ihre Diakonie durch die Bereitstellung palliativer Versorgung, Seelsorge, Beratung und die Arbeit der Hospize zu verhindern versuchen«, so die übereinstimmende Position. »Eine Beratung in diakonischen und evangelischen Einrichtungen ist immer eine Beratung zum Leben und kann nicht neutral bleiben. Dennoch gibt es Dilemmasituationen, für deren Bewältigung derzeit keine eindeutigen Antworten und Regelungen bestehen. Dass die dafür notwendigen Schlussfolgerungen aus der gemeinsamen, am Lebensschutz orientierten Grundhaltung heraus in unterschiedlichen Perspektiven und unterschiedlichen Lösungswegen bedacht werden, gehört zum Wesen des Protestantismus.« Die EKD begrüßt den gesellschaftlichen Diskurs und möchte diesen im Interesse tragfähiger Schutzkonzepte weiter befördern.

Literaturhinweise

Stefanie Schardien, *Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen,* Gütersloh 2007.

Epd Dokumentation; *Sterbehilfe (1). Die Diskussion über mögliche Suizidassistenz in kirchlich-diakonischen Einrichtungen,* 7/2021 (16. Februar 2021).

Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid.

Ein Diskussionspapier der Diakonie Deutschland

Jutta Ataie, Astrid Giebel, Katharina Ratzke

Zusammenfassung

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts am 26. Februar 2020 zu § 217 StGB »Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid« betrifft auch viele Menschen, denen sich die Diakonie in ihren verschiedenen Handlungsfeldern zuwendet. Bei den meisten Menschen mit Sterbewunsch steht hinter diesem Wunsch ein Hilferuf nach einem erträglichen und menschenwürdigen Leben. Sie sehen möglicherweise den assistierten Suizid als Lösung, weil ihnen im Zweifel geeignete Hilfen nicht zugänglich sind bzw. ihnen Informationen über die Möglichkeiten einer palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung fehlen oder weil sie im Kontext einer psychischen Erkrankung keinen anderen Ausweg sehen. Die hier vorgelegten Überlegungen verfolgen das Ziel, Suizidhilfe als geschäftsmäßige Dienstleistung bedeutungslos werden zu lassen.

In diesem Sinne setzt sich die Diakonie Deutschland mit Nachdruck für ein qualifiziertes und bedarfsorientiertes Angebot der Suizidprävention und die umfassende Begleitung von Menschen in existenziellen Lebenslagen sowie in schweren Krankheitsverläufen und am Ende ihres Lebens ein. Darüber hinaus befürwortet die Diakonie ein legislatives Schutzkonzept des Lebens im Kontext des assistierten Suizids. Dem hier vorgelegten Grundlagentext, der als Diskussionsgrundlage der innerverbandlichen Verständigung dienen soll, wird neben der Begleitung anstehender Gesetzgebungsvorhaben auch die Erarbeitung einer Handreichung mit Handlungsempfehlungen im Umgang mit Nachfragen nach assistiertem Suizid für diakonische Dienste, Einrichtungen und Träger folgen.

In dem vorliegenden Text werden mögliche Auswirkungen des Urteils auf das gesellschaftliche Klima, Werte und Menschenbilder beschrieben. Die Situation von psychisch erkrankten Menschen, von Menschen mit schweren Behinderungen sowie von alten, schwerkranken und sterbenden Menschen, die Suizidgedanken haben bzw. formulieren, wird umfassend beleuchtet. Die Erfahrung zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen von ihrem Suizidwunsch Abstand nimmt, wenn beispielsweise eine psychische Erkrankung (oft auch in Kombination mit schweren somatischen Erkrankungen oder Lebenskrisen) erkannt und behandelt wird, die Möglichkeiten der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung bekannt sind und auch zur Verfügung stehen, und wenn einsame und isolier-

te Menschen wieder Kontakte knüpfen können und erfahren, wie bedeutungsvoll sie für andere sein können. Mit dem Grundlagentext bringt sich die Diakonie Deutschland in den Meinungsbildungsprozess zu einem gesellschaftlich und ethisch sensiblen Thema mitgestaltend ein.

Zum Hintergrund

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 26. Februar 2020 entschieden, dass der am 10. Dezember 2015 in Kraft getretene § 217 StGB zur »Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« verfassungswidrig und damit nichtig ist. Anlass waren Verfassungsbeschwerden von schwerkranken Personen, die ihr Leben mit geschäftsmäßig angebotener Unterstützung Dritter selbst beenden wollten.

Das Urteil handelt von Menschen mit Sterbewunsch, die sich »selbstbestimmt, ohne äußeren Zwang und wohlüberlegt zur Selbsttötung entschlossen haben«. Gleichzeitig verweist das Gericht selbst auf unterschiedliche Daten, die deutlich machen, dass der wohlbedachte und selbstbestimmte Suizid in der Realität die Ausnahme ist.

Die Entscheidung des BVerfG leitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben ab. Die Entscheidung der/des Einzelnen, ihrem/seinem Leben entsprechend ihrem/seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, sei im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasse auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

Mit dem Urteil ebnet das BVerfG den Zugang zur Beihilfe zum Suizid – durch natürliche und juristische Personen und für jeden Menschen, der sich für einen assistierten Suizid entscheidet, unabhängig von dem Vorliegen sogenannter materieller Kriterien (z. B. dem Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung).

Der Gesetzgeber steht vor der Aufgabe, neue gesetzliche Regelungen für Menschen mit Sterbewunsch, die für die Durchführung des Suizids die Hilfe anderer in Anspruch nehmen wollen, zu schaffen. Er kann dabei unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches stellen, Aufklärungs- und Wartepflichten einführen und Erlaubnisvorbehalte vorsehen. Und er sollte ein gesetzliches Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitkonzept entwickeln.

Die Bundesregierung strebt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die Sterbehilfe nun eine gesetzliche Neuregelung an. In Reaktion auf die Gerichtsentscheidung hat der Bundesgesundheitsminister Expert*innen angeschrieben, um deren Stellungnahme in einen politischen Meinungsbildungsprozess für eine mögliche Neuregelung der Suizidhilfe einbeziehen zu können.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die vom BVerfG ausdrücklich hervorgehobene Pflicht des Staates zur umfassenden Suizidprävention zu richten.

Gemäß Rz. 274 des Urteils liegt der Verfassungsordnung des Grundgesetzes ein Menschenbild zugrunde, das von der Würde des Menschen und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bestimmt ist. Dieses Menschenbild habe Ausgangspunkt jedes regulatorischen Ansatzes zu sein.

Das Grundgesetz selbst aber kennt den Begriff der Selbstbestimmung nicht, sondern benennt lediglich »die freie Entfaltung der Persönlichkeit« (Art. 2 Abs. 1 GG). Die Diakonie Deutschland vollzieht die verfassungsrechtlichen Wertungen des BVerfG nach. Sie unterstreicht aber auch die vom Gericht gesehenen erheblichen Gefahren, die eine eindimensionale Interpretation und Umsetzung des Urteils nach sich ziehen könnte, weil sie der verzweifelten Lage suizidwilliger Menschen – auf individueller, sozialer, spiritueller und/oder wirtschaftlicher Ebene – nicht gerecht würde.

Die freiverantwortete Entscheidung eines Menschen, sich das Leben zu nehmen, da sie oder er für sich keine andere Möglichkeit sieht, respektiert die Diakonie Deutschland als individuelle Gewissensentscheidung. Sie sucht nach ethisch verantwortbaren Lösungen, auch diese Menschen bis zum Ende ihres Lebens zu begleiten, weil nicht jeder Schmerz stillbar und nicht jede unerträgliche Situation aufgelöst werden kann. Ungeachtet dessen bleibt es dabei, dass uns jeder Suizid mit der Frage zurücklässt, ob wir als Diakonie, Kirche und Gesellschaft alles getan haben, um im konkreten Einzelfall gemeinsam nach alternativen Wegen zu suchen und neue Perspektiven zu finden.

Zu einem präventiven Schutzkonzept gehört die Sorge um ein entsprechendes gesellschaftliches Klima.

Nach Rz. 275 des Urteils kann die staatliche Schutzpflicht zugunsten der Selbstbestimmung und des Lebens folgerichtig erst dort gegenüber dem Freiheitsrecht der/des Einzelnen den Vorrang erhalten, wo diese oder diesen Einflüssen ausgeliefert ist, die die Selbstbestimmung über das eigene Leben gefährden. Diesen Einflüssen dürfe die Rechtsordnung durch Vorsorge und durch Sicherungsinstrumente entgegentreten. Jenseits dessen sei die Entscheidung der/des Einzelnen, ihrem/seinem Leben ein Ende zu setzen, als Akt autonomer Selbstbestimmung anzuerkennen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind diese Passagen von großer Bedeutung. Denn sie verweisen auf den Bezug menschlicher Entscheidungen und die Kontextabhängigkeit, in der Menschen ihre Autonomie und Selbstbestimmung leben oder aber auch in ihrer Selbstbestimmung beeinträchtigt werden. Auch individuelle innere und äußere Zwänge aufgrund von körperlichen und/oder seelischen Problemen oder aufgrund von prekären sozialen und wirtschaftlichen Lebenslagen sind als solche Beeinträchtigungen anzuerkennen.

Die Wahrung der Würde eines Menschen bedeutet, seine Selbstbestimmung zu respektieren und diese auch und gerade dann zu achten, wenn die Spielräume für seine Autonomie aufgrund von Krankheit, Behinderung, Alter oder Armut kleiner werden. Würde geht nicht dadurch verloren, dass jemand aufgrund von schweren Erkrankungen oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit in zunehmende Abhängigkeit gerät. Um dieser Würde in jeder Lebenssituation eines Menschen die ihr zustehende Achtung entgegenzubringen, bedarf es neben dem Raum für Selbstbestimmung auch des Raumes für die die Selbstbestimmung erst komplettierende Möglichkeit der Fürsorge. Die umfassende Achtung der Würde findet sich in der hierin liegenden Verschränkung dieser beiden Aspekte verankert.

Das Ziel eines legislativen Schutzkonzepts muss es daher sein, das Bewusstsein dafür wach zu halten, dass das gesellschaftliche Klima immer die Einschätzung des eigenen Lebens mitprägt und wie schmal daher die Grenze

sein kann zwischen einer eigenen Entscheidung und einer Entscheidung, die zwar von einem Einzelnen getroffen wird, die aber vorrangig eine Reaktion auf gesellschaftliche Einflüsse darstellt.

Zudem muss das Schutzkonzept der Tatsache Rechnung tragen, dass sich unter den Menschen mit suizidaler Absicht auch viele finden, die krankheitsbedingt phasenweise in ihrer Willens- und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein können.

»Zur Freiheit hat uns Christus befreit« (Gal 5,1) lautet eine zentrale christliche Grunderkenntnis. Diese Freiheit ist jedoch nicht autonom, sondern relational angelegt, auf die Beziehung zu Gott, zu sich selbst und zu Mitmenschen. Selbstbestimmung, Gewissensfreiheit, die Freiheit das Leben selbst zu gestalten sind historisch erkämpfte Errungenschaften und richten sich gegen jede Form der Bevormundung. Bezogen auf persönliche Grenzsituationen und existenzielle Notlagen stellt sich die Frage, in welcher Freiheit genau, mit welchen Handlungsoptionen, in welchem gesellschaftlichen Klima, durch welche Beeinflussungen im (familialen) Nahbereich lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden, inwieweit Autonomie unter extremem Leidensdruck überhaupt möglich ist oder ggf. durch »tödliches Mitleid« bedroht sein kann.

Die Sorge, eine übergroße Belastung für die Solidargemeinschaft und auch für die An- und Zugehörigen zu sein, kann wesentlich dazu beitragen, dass sich der Wunsch nach (assistiertem) Suizid entwickelt. Der freie Wille kann auch in Folge von Lebensumständen und Krankheit beeinträchtigt sein. Gefühle, Bedürfnisse, Ängste und Einflüsse von außen beeinflussen alle Entscheidungen. Das heißt, der Mensch beschließt in seiner Bezogenheit auf andere und im gesellschaftlich-kulturellen Kontext (in dem (assistierter) Suizid als normale Lösung akzeptiert ist oder nicht), welchen Schritt er angesichts der Notlage, in der er sich befindet, gehen möchte.

Aufeinander angewiesen sein, Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit sind wesentliche Grundbedingungen und unabänderliche Eigenschaften unseres menschlichen Daseins. Insbesondere am Anfang und am Ende unseres Lebens sind wir auf die Fürsorge von anderen angewiesen. Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit und Verwundbarkeit des eigenen Lebens ist eine Aufgabe, die auf allen gesellschaftlichen Ebenen vermittelt und gelebt werden will. Die bewusste Annahme der eigenen Sterblichkeit und der Fragilität des menschlichen Daseins kann die Aussicht auf das Krank- und Altwerden sowohl bei sich selbst als auch bei anderen weniger bedrohlich erscheinen lassen.

Im geäußerten Wunsch »Ich will nicht mehr leben« klingt häufig die eigentlich gemeinte Äußerung mit: »Ich will so nicht mehr leben«.

Eine rasche Zustimmung zu einem Wunsch nach assistiertem Suizid unter Verweis auf die Autonomie birgt die Gefahr, zu verkennen, dass das Vorbringen von Sterbewünschen nicht automatisch gleichbedeutend mit dem Vorliegen von Suizidalität ist. Der Wunsch zu sterben ist nicht immer unzweifelhaft und eindeutig. Da ist die Sehnsucht nach »dem erlöst sein vom Leiden durch den Tod« einerseits und »die Hoffnung auf Besserung« andererseits. Im diakonischen Verstehen geht es nicht darum, diese Ambivalenz aufzulösen, sondern darum, sie wahrzunehmen, sie gemeinsam auszuhalten und mit ihr umzugehen – ohne das Gegenüber in die eine oder andere Richtung

zu drängen. Oberstes Ziel ist es, mit dem Menschen, der über Suizid nachdenkt, in Beziehung zu treten und gemeinsam die hinter dem Wunsch zu sterben verborgenen Nöte, Befürchtungen, Sorgen, Fragen und Sehnsüchte zu verstehen, damit auch andere Wege aus der Krise vorstellbar werden.

Dies verlangt – im Kontext von Lebensberatung, Suizidprophylaxe und Krisen- und Notfallversorgung – psychotherapeutische Kompetenz, um Menschen in dieser Ambivalenz zu begleiten. In der Begleitung von schweren und zum Tode führenden Krankheiten verlangt dies Angebote der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung sowie gesamtgesellschaftlich den Gedanken wechselseitiger Anerkennung, der fordert, dass wir jedem Menschen in einer Haltung der Annahme und des Respekts begegnen, dem Gesunden ebenso wie der/dem Kranken, der/dem Genesenden ebenso wie der/dem Sterbenden.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist (assistierter) Suizid eine individuelle Entscheidung, die in lebensgeschichtliche und situative Kontexte eingebunden und damit auch ein gesellschaftliches Phänomen ist. Ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren sind oft Gründe dafür, dass sich leidvolle und herausfordernde Erfahrungen in schwierigen Lebensphasen zu einem Todeswunsch verdichten.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist es erforderlich, mithilfe eines Verfahrens sicherzustellen, dass der Wunsch nach Selbsttötung nicht aufgrund einer durch Druck oder Erwartungshaltung beeinflussten oder aufgrund einer akuten Verzweiflung oder psychischen Erkrankung herbeigeführten Entscheidung entsteht und – ganz im Sinne des Urteils – auch nicht der (ärztlich) assistierte Suizid sukzessive als primärer Weg betrachtet wird, mit schwerer oder unheilbarer Krankheit umzugehen.

Eine gesetzlich geregelte ärztliche Mitwirkung am assistierten Suizid würde den Arztberuf verändern und ist hinsichtlich seiner sozialethischen Konsequenzen bedenklich. Ein noch näher zu bestimmendes Verfahren als Teil des legislativen Schutzkonzepts sollte auf einem vertrauensvollen Dialog zwischen Betroffenen und gegebenenfalls den der Person Nahestehenden basieren und auf multiprofessionelle Kompetenzen zurückgreifen, auch wenn den Ärztinnen und Ärzten hier eine besondere Verantwortung zukommt, etwa beim Ausschluss einer depressiven Störung.

Die Diakonie Deutschland erkennt, dass der Suizid im Einzelfall angesichts der Notlage, in der sich ein Mensch befindet, als die für ihn einzig wählbare Option erscheinen kann. Um im Prozess der Entscheidungsfindung eine vorschnelle Einengung auf eine Lösung zu vermeiden, erscheint es aus Sicht der Diakonie Deutschland erforderlich, regelhaft ein psychotherapeutisches Angebot vorzuhalten. Gleichzeitig sehen wir die Gefahr, dass Kranke und/oder ihnen nahestehende Personen einen möglichen ärztlich assistierten Suizid als primären/zunehmend normalen Weg betrachten könnten, mit schwerer oder unheilbarer Krankheit umzugehen.

Zudem sind die – langfristigen – Auswirkungen von assistiertem Suizid auf die (auch indirekt) beteiligten Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in Hinblick auf deren »moral injury« bzw. »moral distress« zu berücksichtigen. Moralische Dilemmata treten für im Gesundheits- und Pflegebereich arbeitende Menschen auf, wenn sie sich aufgrund gesellschaftlicher und/ oder institutioneller Erwartungen

nicht in der Lage fühlen, in Übereinstimmung mit ethischen Grundwerten zu handeln bzw. das Empfinden haben, gegen das eigene Berufsethos zu verstoßen. Immer wiederkehrende Situationen mit moralischen Notlagen gehen mit emotionaler Erschöpfung einher, führen zum Burn-out- oder Cool-out-Syndrom und haben in der Folge einen erheblichen negativen Einfluss auf die Pflegequalität und die psychische Gesundheit der Pflegenden.

Wer als Ärztin oder Arzt Menschen aus einer konkreten Gewissensentscheidung heraus in einer solchen Situation begleitet und dabei die rechtlich vorgegebenen prozeduralen Schritte einhält, muss sich darauf verlassen können, nicht straf- oder berufsrechtlich belangt zu werden. Mit dem BVerfG betonen wir, dass es keine Verpflichtung auf eine ärztliche Beihilfe zum Suizid geben kann, weder rechtlicher noch moralischer Art.

Nach unserer Einschätzung geht die größte Gefahr für eine Ausweitung des assistierten Suizids nach wie vor von sogenannten »Sterbehilfeorganisationen« aus. Anlass zur Sorge und Aufmerksamkeit besteht, weil die Autonomie bei dieser Form des assistierten Suizids nur eine scheinbare ist. Ist der Suizidassistent erst einmal im Haus, ist es für den Betroffenen psychologisch schwierig, die Entscheidung zum Suizid zu revidieren, da der Rücktritt als persönliche Schwäche interpretiert werden kann. Bei der Ausgestaltung eines legislativen Schutzkonzepts setzt sich die Diakonie Deutschland weiterhin für ein Verbot von geschäftsmäßigen Formen des assistierten Suizids ein.

»Bedenkt: den eigenen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der anderen muss man leben« (Mascha Kaléko). In Folge des Suizids haben sich An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende mit einer Vielfalt von sich zum Teil widersprechenden Gefühlen und Umständen auseinanderzusetzen, die in der Regel als belastend empfunden werden, da sie persönliche und juristische Verunsicherungen auslösen. Viele Betroffene fühlen sich in dieser Situation überfordert.

Unsere Sorge gilt auch den Personen, die von einem assistierten Suizid indirekt betroffen sind. Der Suizid eines nahestehenden Menschen gehört zu den traumatischsten Erlebnissen und hat für An- und Zugehörige wie auch für Mitarbeitende weitreichende Folgen. Oft löst er bei den unmittelbar davon Betroffenen eine existentielle Krise aus. In ihrer Wahrnehmung gibt es in der Regel ein Leben vor und ein Leben nach dem Ereignis. Suizidtrauernde setzen sich, oft über lange Zeiträume und immer wieder, mit dem Hinterfragen von Ursachen und der sie selbst betreffenden Schuld auseinander und die Frage nach den Gründen des Suizids wird für viele nie wirklich beantwortet.

Auch hier ist die Politik gefordert, professionelle psychosoziale und spirituelle Unterstützungsstrukturen zu fördern, die für vom (assistierten) Suizid Betroffenen helfen, den Verlust zu verarbeiten.

Die Diakonie Deutschland tritt – durch die Bereitstellung hospizlicher und palliativer Beratung und Begleitung, durch psychotherapeutische Unterstützung und Lebensberatung, Suizidprophylaxe sowie von Notfall- und Telefonseelsorge – dafür ein, alles dem Menschen und der Gesellschaft Mögliche zu tun, um eine Situation zu vermeiden, bei der aufgrund von Erkrankung oder bei einer anderen Notsituation (vermeintlich) kein anderer Ausweg als die Selbsttötung bleibt.

Suizidprävention kann nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden, die Strategien auf unterschiedlichen Ebenen zusammenführt. Wegen der unterschiedlichen Lebenssituationen, die in einem Suizidwunsch enden können, ist ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten notwendig. Suizidwillige Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen sehr verletzlich und schutzbedürftig. Wir wissen nicht, wie sich ein gesellschaftliches Klima, in dem es zunehmend als normal empfunden wird, sein Leben durch (assistierten) Suizid zu beenden, auf diese Menschen und ihre Suizidwünsche auswirken wird. Allerdings wissen wir aus der internationalen Forschung, dass ein einfacher Zugang zu tödlichen Mitteln, wie zum Beispiel zu Waffen, als Risikofaktor für Suizide gilt. Als Diakonie tun wir alles uns Mögliche, um einem solchen Klima eine Kultur der Beziehung, der Zuwendung und der Sorge für das verletzliche, leidende und verlöschende Leben entgegenzusetzen, und auf diesen Wegen Hoffnung zu vermitteln.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland zielen die Bestimmungen des BVerfG auf eine sehr kleine Gruppe von Menschen, die – legt man vorliegende Daten zur Inanspruchnahme von assistiertem Suizid in der Schweiz oder in den USA zugrunde – einen hohen Sozialstatus und Bildungsabschluss aufweisen und als Recht für sich reklamieren, ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen, da Schmerzen oder Abhängigkeit von Pflegeleistungen ihrer Vorstellung von Würde widerspricht. Die Biographien und Schicksale von Menschen, die einen Suizid begehen bzw. ihn erwägen, denen wir in unserer diakonischen Praxis begegnen, verweisen hingegen auf andere Gruppen und schwierige Lebenslagen. Dabei spielt die Thematik der Isolation und möglichen Einsamkeit bei beiden Gruppen eine Rolle.

Der Anteil von Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen an den Suiziden wird auf 80 bis 90 Prozent geschätzt (s. a. Urteil des Bundesverfassungsgerichts). Doch auch andere Aspekte, wie zum Beispiel die Angst vor unerträglichen Schmerzen, vor Kontrollverlust, vor dem sozialen Bedeutungsverlust, finanziellen Schwierigkeiten oder drohender Armut, sowie auch vor familiärer und gesellschaftlicher Stigmatisierung können Auslöser für Suizidwünsche bzw. suizidales Handeln sein.

Bevor gesetzliche Regelungen ansetzen ist aus Sicht der Diakonie Deutschland der Suizidwunsch und die dahinterliegenden Ursachen und Gründe von (potentiell) Betroffenen als eigentliches Problem in den Blick zu nehmen. Daten (s. a. Urteil) belegen, dass ein kurzfristig gefasster Suizidentschluss – wenn die Selbsttötung nicht gelingt – im Nachhinein von den Betroffenen selbst in etwa 80 bis 90 Prozent als Fehleinschätzung gewertet und revidiert wird. Vorurteile und Vorverurteilungen in Bezug auf Suizidwünsche, aber auch in Bezug auf psychische Erkrankungen verhindern eine wirksame Prävention und schwächen die Sensibilität für mehr oder weniger deutliche, insbesondere aber verdeckte Ankündigungen eines Suizids. Sie führen auch dazu, dass Menschen sich in psychosozialen Krisen keine professionelle Hilfe suchen. Ein umfassendes Krankheitsverständnis, das von einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ausgeht und psychische Krisen und Erkrankungen auch als subjektiv sinnhafte Erfahrungen versteht, ist nachweislich hilfreich, um Stigmatisierung und Ausgrenzung abzubauen.

Die Suizidverhinderung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems bzw. der Gemeindepsychiatrie. Und sie

muss zentraler Bestandteil eines legislativen Schutzkonzepts sein, das suizidpräventive Hilfen umfasst und ggf. psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht. Unerlässlich sind flächendeckende Krisendienste, an die sich Menschen, Betroffene, wie nahestehende Personen, rund um die Uhr wenden können. Auch familiale Zusammenhänge, Verantwortungsgemeinschaften, soziale Netzwerke und die Zivilgesellschaft insgesamt sind gefragt.

Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leben sozial isoliert und sind einsam, was wiederum ein Risiko für Suizidwünsche darstellt. Gleichzeitig ist eine Enttabuisierung des Themas notwendig. Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen, in für sie ausweglosen Situationen, denken oft auch über ihre Selbsttötung nach. Diese als Option zu haben bzw. offen mit anderen darüber sprechen zu können, eröffnet vielen erst die Möglichkeit, sich dennoch schrittweise für das Leben zu entscheiden.

Sowohl bei jungen Menschen (von 15 bis 29 Jahren) wie auch im höheren Alter treten mehr Suizide auf als in anderen Lebensabschnitten, und wir benötigen entsprechende, altersspezifische Vorgehensweisen, um Suizide zu vermeiden.

Die Diakonie Deutschland fordert die politischen Entscheidungsträger*innen mit Nachdruck auf, flächendeckend psychiatrische Notfall- und Krisendienste in allen Bundesländern aufzubauen, um Suizide in akuten Krisen möglichst zu verhindern. Darüber hinaus benötigen wir auf Suizidwünsche, psychosoziale Krisen und existenzielle Nöte vorbereitete und fortgebildete Ärzt*innen, Pflegekräfte, psychosoziale Fachkräfte, Koordinator*innen sowie Ehrenamtliche.

Nach jetzigem Kenntnisstand liegen keine gesicherten Daten für Suizide (Suizidversuche) bei Menschen mit Körperbehinderungen, geistiger Behinderung oder psychischer Behinderung vor. Assistierter Suizid bildet Wertsetzungen in der Gesellschaft ab – und: verändert sie. Der Druck auf Menschen mit Behinderungen und deren Zu- und Angehörige, sich für die Beendigung des Lebens zu entscheiden, kann zunehmen.

Nach den nationalsozialistischen Krankenmorden hat der Schutz von Menschen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen besonders hohen Stellenwert im Recht und in der Ethik in Deutschland. Da die Morde als ein »guter Tod« (Euthanasie) verbrämt und in die Nähe eines selbst gewählten Lebensendes gebracht wurden, muss das Angebot eines assistierten Suizids für Menschen, deren Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein könnte, besonders kritisch geprüft werden. Der Lebensschutz darf allerdings nicht so gefasst werden, dass einem Menschen mit Behinderungen der »gleichberechtigte Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten« verwehrt wird (UN-Behindertenrechtskonvention).

Zu den wichtigsten Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention gehört »die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie – einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen«.

Für Menschen, deren Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt ist, wird dies in Auslegung der UN-Konvention durch eine unterstützte Entscheidung (supported decision making) im Unterschied zu einer die persönliche Entscheidung ersetzenden Entscheidung eines rechtlichen Betreuers konkretisiert.

Aus der Sicht der Diakonie sind Freiheit und Autonomie grundsätzlich relational zu verstehen. Insofern schließt das Konzept einer unterstützten Entscheidung bei Menschen mit Behinderungen an die allgemeinen Rahmenbedingungen einer qualifizierten selbstbestimmten Entscheidung an.

Allerdings sind Menschen ohne Beeinträchtigungen häufig schlecht geeignet, Menschen mit Beeinträchtigungen bei lebenswichtigen Entscheidungen zu unterstützen, weil sie sich ein gutes Leben mit Beeinträchtigungen nicht vorstellen können. Für sie liegt der Gedanke einer Selbsttötung nahe, wenn sie sich Beeinträchtigungen vorstellen, die die Verwirklichung ihrer Lebensziele durchkreuzen. Dieser Wahrnehmung des Lebens mit Beeinträchtigungen stehen zahlreiche Untersuchungen und Lebenszeugnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen entgegen. Sie haben aber nicht zu einem veränderten allgemeinen Bewusstsein vom Sinn und von der Qualität des Lebens mit und ohne Beeinträchtigungen geführt. Deshalb ist zu befürchten, dass der Wunsch nach einem assistierten Suizid, wird er von einem Menschen mit Beeinträchtigungen geäußert, von Menschen ohne Beeinträchtigungen unzutreffend verstärkt wird.

Vor diesem Hintergrund muss das unten skizzierte Schutzkonzept beim Vorliegen langjähriger Beeinträchtigungen verstärkt werden. Dabei geht es um die Gesprächsangebote, die bei fraglicher Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit noch höheren Anforderungen genügen müssen. Es geht aber auch darum, dem Druck zu widerstehen, der sich im Zusammenhang mit dem Assistenzbedarf und der Alltagsbegleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen ergibt. Das ist eine der Funktionen des strikten Tötungsverbots. Das Verbot zu töten schließt auch das Verbot ein, Menschen dazu zu überreden, in den Tod zu gehen. Dies ist in der Diskussion um die Suizid-Assistenz zu unterstreichen.

Obwohl alte Menschen zu den Hochrisikogruppen für Suizide gehören, werden Alterssuizide und ihre Folgen als ein gesundheitspolitisches Problem oft unterschätzt bzw. übersehen. In der medizinischen und geriatrischen Behandlung alter Menschen zeigt sich bislang häufig eine Lücke.

Um alte Menschen mit und ohne Pflegebedarf zu schützen, müssen deren existentielle Ängste – beispielsweise vor Einsamkeit, Armut, unerträglichen Schmerzen und vor Überlastung Dritter – wahrgenommen werden. Menschen, die über (assistierten) Suizid nachdenken, erleben Grenzsituationen oder befürchten einen Kontrollverlust, die sie überfordern und die die Freude am eigenen Leben in einer Weise mindern, die scheinbar keinen anderen Ausweg zulassen, als das eigene Leben beenden zu wollen. Eine tiefgreifende Selbstverunsicherung macht Viele außergewöhnlich verletzlich und schutzbedürftig.

Umso wichtiger sind psychosoziale Unterstützungsstrukturen, insbesondere auch altersspezifische psychotherapeutische Angebote als unabdingbarer Teil einer umfassenden Gesundheitsversorgung von alten Menschen. Gesamtgesellschaftlich geht es um ein verändertes Verständnis von Alter und altern, bei dem nicht nur Defizite betont werden, sondern das Augenmerk stärker auf die Förderung von weiterhin vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen gerichtet wird.

Ganz konkret geht es darum, psychosoziale Angebote und Einrichtungen aufzubauen, sowie sorgende Gemeinschaf-

ten zu fördern, die alte Menschen in ihrem sozialen Umfeld erreichen, sie entlasten und sie zugleich an konkreten alltäglichen Lebensvollzügen beteiligen und gemeinsam mit ihnen Auswege aus einer vermeintlich ausweglosen Situation suchen. Die Diakonie Deutschland fordert die politisch Verantwortlichen dazu auf, die Suizidprävention im Alter stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken und den Aufbau psychosozialer Hilfsangebote für alte Menschen sowie Sorgende Gemeinschaften zu fördern.

Die menschliche Existenz ist untrennbar mit Schmerzen verbunden. Die Erfahrung von Leid gehört zu unserem Leben hinzu. Deshalb stellt sich das breite Spektrum hospizlicher und palliativer Maßnahmen in den Dienst einer Kultur der lindernden Fürsorge, des liebevollen Unterlassens und des Zur-Seite-Stehens.

Im Zentrum hospizlich-palliativer Sorge steht das Bemühen Lebensqualität und Wohlbefinden, unter den erschwerten Bedingungen des Krankseins, möglichst lange zu erhalten. Gelungene Hospiz- und Palliativarbeit zeichnet sich zuallererst durch ihre zutiefst respektvolle Haltung und eine sehr weitgehende Zentrierung auf die Wünsche und Bedürfnisse des schwerkranken Menschen und nahestehenden Personen aus. Hier liegt auch der Schlüssel für die gemeinsame Erschließung von Ressourcen (persönliche Kompetenzen und Potentiale und soziale Verbundenheiten) des schwerkranken Menschen, die er in die Gestaltung des Krankheits- und Sterbeprozesses einbringen kann. Hospizlich-palliative Sorge bietet Möglichkeiten, Schmerzen und andere Probleme im Zusammenhang mit dem Krankheits- und Sterbeprozess zu verringern bzw. aufzufangen, einschließlich ggf. der palliativen Sedierung, die Schmerzlinderung (aber nicht Lebensverkürzung) zum Ziel hat.

Nach allem, was wir bislang wissen, sind es vor allem psycho-soziale-spirituelle Leiden und nicht unerträgliche körperliche Symptome, die kranke und alte Menschen dazu veranlassen, ihr Leben vorzeitig beenden zu wollen.

Die meisten derjenigen, die ihr Leben als »nicht lebenswert« empfinden, berichten von Ängsten: der Angst vor künftigem Leiden; der Angst, die Würde zu verlieren; der Angst, ihren Angehörigen zur Last zu fallen; der Angst, verlassen zu werden und der Angst, die Kontrolle über den eigenen Körper, ihre Handlungsfähigkeit und damit ihre Autonomie zu verlieren. Die Erfahrung in der Begleitung von Sterbenden zeigt, dass der Todeswunsch oft seine Bedeutung verliert, wenn es gelingt, Menschen während der letzten Phasen ihres Lebens das Gefühl zu vermitteln, dass sie auch weiterhin wichtig und wertvoll sind und mit ihrer Erfahrung und ihrem Dasein positiv wirken können.

Die aktuelle Aufgabe liegt darin, die bestehenden hospizlichen und palliativen Begleitungs- und Versorgungsmodelle in einer Weise auszubauen, dass durch psychosoziale Fachkräfte die Betroffenen in ihren Belangen und Bedürfnissen umfassend wahrgenommen, unterstützt und gestärkt werden. Mit ihrer breitgefächerten Methodenkenntnis tragen psychosoziale Fachkräfte dazu bei, das Zusammenwirken von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen differenzierter zu verstehen und im Querschnitt der hospizlich-palliativen Versorgung die grundlegende Dimension der Beziehungsqualität einzubeziehen. Erst diese, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betrachtende Perspektive, macht eine, die Mehrdimensionalität des Lebens und Leidens berücksichtigende multiprofessionelle Behandlung möglich.

Aus Sicht der Diakonie ist hier der Gesetzgeber gefordert. Zum einen muss die zweidimensionale Professionalität der Teams der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung um die Expertise einer oder ggf. mehrerer psychotherapeutischer und -sozialer Fachkräfte erweitert und eine entsprechende Finanzierung sichergestellt werden. Zum anderen müssen stationäre Pflegeeinrichtungen durch finanzielle Verbesserungen und dadurch länger werdende Pflege- und Betreuungszeiten je Bewohnerin und Bewohner endlich in die Lage versetzt werden, den Schwerpunkt in der Pflege wieder auf den zwischenmenschlichen Beziehungsprozess zu legen, der von gegenseitiger Achtung und Toleranz getragen wird.

Weiterhin müssen die bestehenden palliativen Versorgungsmöglichkeiten und Modelle der Sterbebegleitung grundsätzlich bekannt und verfügbar gemacht werden. Allein das Wissen um wirksame Hilfsangebote kann Sicherheit geben und Ängste vor nicht selbst beeinflussbaren Situationen nehmen. Wünsche, das eigene Leben beenden zu wollen, können so abgemildert oder ganz aufgehoben werden.

Die Diakonie steht an der Seite von allen Menschen und ist auch für Menschen da, die trotz aller Hilfs- und Beratungsangebote, den Entschluss fassen, aktiv aus dem Leben zu scheiden.

Es gibt Menschen, die ihre Lebenssituation und Zukunft als so belastend erleben, dass sie – trotz aller Unterstützung – für ihre Probleme keine Lösung sehen und auf existenzielle Fragen ihres Lebens keine sinnstiftende Antwort finden. Diese existenzielle Not kann zusammen mit weiteren Belastungen zu der Entscheidung führen, dem eigenen Leben aktiv ein Ende zu setzen.

Die diakonische Sorgekultur basiert auf einem dem Menschen zugewandten, empathisch-teilnehmenden Verständnis von Unterstützung, das den Respekt für die Entscheidung des einzelnen Menschen impliziert. Fürsorge im diakonischen Selbstverständnis (ver)urteilt nicht, grenzt nicht aus und entscheidet sich nicht für ein »entweder« »oder«. Dieses Selbstverständnis umfasst nicht nur, den anderen in seiner selbstbestimmten Freiheit und höchstpersönlichen Entscheidung ernst zu nehmen und seine Gefühle zu achten, sondern impliziert auch die Bereitschaft, damit einhergehende ethische Spannungen auszuhalten, und dem anderen mit persönlicher Integrität zu begegnen. In der Praxis bedeutet dieses Verständnis der Fürsorge, auch Menschen im Zugehen auf den selbstgewählten Tod nicht allein zu lassen und den letzten Lebensweg mit ihnen gemeinsam zu gehen, ohne selbst Suizidassistenz zu leisten. Diese Haltung bedeutet aber nicht, die Gelegenheit zur Beihilfe sozusagen »in den Hausordnungen von Einrichtungen festschreiben«.

Suizidassistenz ist eine zulässige Handlung, aber keine rechtliche Verpflichtung.

Die nicht-wertende diakonische Haltung kommt ebenfalls in der Sorge für die Mitarbeitenden zum Ausdruck. Der assistierte Suizid stellt eine Handlung dar, unter der christliche Werte nicht immer leicht miteinander in Einklang zu bringen sind und auch das »Erleben« einer assistierten Selbsttötung hinterlässt tiefe, emotionale Spuren. Deshalb sollten Mitarbeitende die Möglichkeit haben, sich von der Arbeit mit einem Menschen, der assistierten Suizid beabsichtigt, zurückzuziehen, wenn sie aufgrund persönlicher, moralischer oder ethischer Werte in einen Gewissenskonflikt geraten. In diesen Fällen besteht die Herausforderung darin, die Kontinuität in der Begleitung und Versorgung durch andere Mitarbeitende zu gewährleisten.

Die Diakonie Deutschland unterstützt ein legislatives Schutzkonzept des Lebens im Kontext des assistierten Suizids, in dem selbstbestimmte Entscheidungen über das eigene Dasein in einer Kultur der Sorge und des Füreinander-Daseins eingebunden sind.

Vorgaben für ein legislatives Schutzkonzept zu beschreiben, stellt uns als Diakonie vor ein Dilemma: Einerseits kann die gesetzliche Regulierung der Suizidhilfe einer Normalisierung des assistierten Suizids Vorschub leisten und andererseits sehen wir die Schutzbedürftigkeit verschiedener Gruppen und die Notwendigkeit umfassender Unterstützung dieser Menschen.

Den Kern eines mehrdimensionalen und mehrphasigen Schutzkonzepts muss unserer Ansicht nach ein umfassender Beratungsprozess bilden. Nur der geschützte Raum von fachlich fundierten Beratungsangeboten ermöglicht es Menschen, die hinter ihren Todeswünschen liegenden Ursachen zu verstehen, zwischen emotionalen, möglicherweise krankheitsbedingten und äußeren Beweggründen zu unterscheiden und alternative Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Unserer Ansicht nach ist das alleinige Gespräch zwischen Ärzt*in und Patient*in hier nicht ausreichend. Beratung im Kontext des (assistierten) Suizids bedarf der multiprofessionellen Expertise, damit auch die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen eines zukünftigen Lebens herausgearbeitet werden können.

Unabdingbar ist, dass diese **Beratungsangebote** kostenfrei sind und die Beratungsstruktur ausreichend Raum und Zeit bietet, um das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die die selbstbestimmte Entscheidung vorübergehend einschränken kann, auszuschließen, bzw. um über deren Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Ernst- und Dauerhaftigkeit der Todeswünsche zum Thema zu machen. Die Beratung verlangt immer die Klärung ob die Entscheidung freiverantwortlich ist, ohne äußeren Druck und im Wissen um die Konsequenzen. Letztendlich ist die Dauer des Beratungsprozesses abhängig sowohl von der biographischen Vorgeschichte und den vorhandenen Bewältigungsstrategien als auch von der sozialen Lebenssituation, in die der jeweilige Mensch eingebunden ist.

Als Teil der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für das Schutzkonzept sehen wir auch die Organisation und das Zur-Verfügung-Stellen von **Unterstützungsangeboten** zur Lösung sozialer, lebenspraktischer und ökonomischer Probleme. Mit den Gedanken an (assistierten) Suizid sind oft existenzielle Fragen nach dem Sinn des bisherigen Lebens verbunden und eine immer begrenzter werdende Zukunftsperspektive konfrontiert mit Überlegungen, was im Leben (noch) Wert hat. Deshalb ist es wichtig, dass neben der psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen auch die seelsorgerische Unterstützung zur Verfügung steht.

Im Spektrum der Hilfen spielen auch ehrenamtliche und niedrigschwellige **Begleitangebote** eine wesentliche Rolle. Schwierige Lebensphasen brauchen vor allem Menschen, die einfach da sind – ohne einen Auftrag erfüllen zu müssen. Ehrenamtlich Engagierte bringen ein Stück Normalität und Alltag in ein durch Leid und Ausweglosigkeit bestimmtes Leben und bauen auch Brücken zurück in die Gesellschaft. Gerade in der Gewinnung neuer Lebensperspektiven und neuem Lebensmut gibt es eine Reihe von informellen, aktiven Fürsorgemöglichkeiten, die oft noch zu wenig bekannt sind. Der Telefonseelsorge kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Suizid ist immer noch ein Tabuthema. Es ruft Ängste und Unsicherheiten hervor, etwas falsch zu machen und etwa den Todeswunsch des Anderen noch zu verstärken. Neben der Aufklärung der Gesamtgesellschaft gehört auch die Schulung von Fachkräften und Laien zu einem Schutzkonzept des Lebens. Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, psychosoziale und seelsorgerische Fachkräfte und ehrenamtlich Engagierte müssen darin geschult werden, das zwiespältige Erleben und Verhalten von Menschen mit Selbsttötungsabsichten besser wahrzunehmen und zu verstehen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland soll das Schutzkonzept in erster Linie Leben schützen und zielt darauf ab, die Zahl der (assistierten) Suizide möglichst gering zu halten. Je besser das Schutzkonzept und die unterstützenden und begleitenden Hilfen sind, umso weniger geraten Menschen in ausweglose Situationen, die sie an Suizid bzw. assistierten Suizid denken lassen. Gleichzeitig muss vor allzu bürokratischen Regelungen gewarnt werden. Ein zu stark formalisiertes Schutzkonzept birgt das Risiko des gedankenlosen Durchlaufens der geforderten Schritte und lädt dazu ein, sich der eigentlichen Aufgabe des »Da-Seins« und »Zu-Hörens« zu entziehen. Vermieden werden muss unserer Ansicht nach auch, dass das Schutzkonzept zu einer unzumutbaren Hürde für diejenigen wird, die sich für eine assistierte Selbsttötung entschieden haben. Gleichzeitig muss das Schutzkonzept in jedem Fall sicherstellen, dass der suizidwillige Mensch jederzeit und bis zur letzten Minute seinen Entschluss widerrufen kann.

Die grundsätzlichen Bedenken im Hinblick auf eine Liberalisierung der Suizidbeihilfe bestehen weiter. Aus diesem Grund ist es uns besonders wichtig, dass an Beratungsstellen für Menschen, die assistierten Suizid in Erwägung

ziehen, strenge fachliche Qualitätsanforderungen gestellt werden, die die Zuverlässigkeit der Angebote sicherstellen. Besonders gefahrenträchtige, menschenunwürdige und geschäftsmäßige Formen müssen untersagt werden.

Wir benötigen in allen Bevölkerungsschichten mehr Informationen über psychische Erkrankungen, ihr Vorkommen z. B. im Kontext von schweren körperlichen Erkrankungen oder im Rahmen von Einsamkeit bzw. als Folge von schwerwiegenden Belastungen und Traumata sowie mehr Informationen über die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere auch psychotherapeutische Angebote.

Als Gesellschaft müssen wir weiterhin alles dafür tun, dass jeder Mensch in Würde leben und sterben kann. Dies impliziert auch eine intensivere Aufklärung über die Möglichkeiten der hospizlichen Begleitungs- und palliativen Behandlungsmöglichkeiten. Viele, wenn nicht alle, Selbsttötungen von Menschen mit schweren Erkrankungen und am Ende ihres Lebens könnten mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden, wenn die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung besser bekannt und der Zugang zu ihnen leichter wäre. Selbst extreme Schmerzen, kaum zu ertragendes Leid und existentielle Ängste können mit entsprechender ärztlicher, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Expertise gelindert werden. Darüber hinaus ist der Wandel des Behandlungsziels von der kurativen (= heilenden) zur palliativen (= lindernden) Sorge um den Menschen fast immer mit einer Entscheidung zum Verzicht auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen oder zum Abbruch einer bestehenden Therapie verbunden. Ein solcher Therapieverzicht erfüllt in der Regel den Wunsch der Patienten, in Ruhe sterben zu dürfen.

Fazit

Es wird in allen Altersgruppen Menschen geben, deren Leiden so groß ist, dass sie keine Hilfsangebote für sich als adäquat empfinden und sich, in Kenntnis aller Möglichkeiten, für den (assistierten) Suizid entscheiden. Nichtsdestotrotz fordert die Entscheidung des BVerfG uns als Gesellschaft in besonderer Weise heraus, verzweifelte Menschen dabei zu unterstützen, die Orientierung im Leben zurückzugewinnen, ihnen ökonomischen, sozialen, psychischen und spirituellen Halt zu geben und mit ihnen gemeinsam Wege zu finden, wie sie ihr Leben in aller Gefährdung und Einschränkung bis zum Schluss selbstbestimmt leben und es als selbstbestimmt, zugleich als beziehungsorientiert erleben können.

Ansprechpartnerinnen
Dr. Jutta Ataie
jutta.ataie@diakonie.de

Dr. Astrid Giebel
astrid.giebel@diakonie.de

Dr. Katharina Ratzke
katharina.ratzke@diakonie.de

Link zum Infoportal der Diakonie Deutschland zum Thema **»Die Würde der Sterbenden – Debatte zum selbstbestimmten Sterben«**
www.diakonie.de/journal/selbstbestimmt-sterben

Evangelische Perspektiven für ein legislatives Schutzkonzept bei der Regulierung der Suizidassistenz.

Stellungnahme der EKD

Stellungnahme zu einer Anfrage des Bundesgesundheitsministers zur Regulierung der Suizidassistenz im Anschluss an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB (Stellungnahme vom 12. Juni 2020)

Der Bundesgesundheitsminister hat mit Schreiben vom 15. April 2020 die beiden großen Kirchen, andere Institutionen und Organisationen sowie Einzelpersonen um ihre »Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz« gebeten. Er verweist dabei ausdrücklich auf den engen Rahmen, den das BVerfG dem Gesetzgeber in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 gelassen hat. Denn das Urteil stellt fest, dass »jede regulatorische Einschränkung der assistierten Selbsttötung sicherstellen [muss], dass sie dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit der Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt.« (Rn 341) Damit hat das BVerfG das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen den kollektiven Rechten auf Schutz des Lebens vorgeordnet und es zum Maßstab jeglicher legislativen Regelungen gemacht.

Für die Evangelische Kirche in Deutschland ergibt sich das Selbstbestimmungsrecht aus dem Glauben, dass Gott jeden Menschen einzigartig geschaffen und mit einer unverlierbaren Würde ausgestattet hat. Das evangelische Verständnis zeichnet die Selbstbestimmung aber in die Beziehungen ein, in denen der Mensch steht: zu Gott, der ihn ins Leben gerufen hat, und zu den Mitmenschen, in deren Gemeinschaft er sein Leben führt. Beide Beziehungen ermöglichen und begrenzen die Freiheit des eigenen Lebens. Daraus ergeben sich die Leitlinien für den Umgang mit dem Suizid: Das Gebot, menschliches Leben, fremdes und das eigene, zu schützen, gilt umfassend. Gleichzeitig gehört es nach Überzeugung der Evangelischen Kirche in Deutschland zum christlichen Glauben, darauf zu vertrauen, dass Gott sich auch dessen annimmt, der an seinem eigenen Leben und an seinem Glauben verzweifelt und für sich nur noch die Möglichkeit sieht, sein Leben zu beenden. Die Gewissensentscheidung des Einzelnen angesichts äußerster Not ist menschlicher Beurteilung entzogen und verdient Mitgefühl und Respekt. Auch der Mensch, der so entscheidet, steht nach christlicher Überzeugung unter der Verheißung der Erlösung durch den gekreuzigten und auferstandenen Herrn. Die Gewissensentscheidung des Einzelnen bleibt gleichwohl ein Grenzfall.

Die Not und das Leid anderer, die zu solch einer Entscheidung führen, können Christinnen und Christen nicht kalt lassen. Sie müssen sich immer fragen lassen, ob sie sich genügend dafür eingesetzt haben, durch konkrete Unterstützung ihren Mitmenschen die Hoffnung vermittelt zu haben, die der Glaube verheißt. Deshalb treten die Kirchen – z. B. durch die Bereitstellung palliativer Versorgung, Seelsorge, Beratung und die Arbeit der Hospize – dafür ein, alles dem Menschen Mögliche zu tun, dass der Grenzfall vermieden werden kann, bei dem aufgrund von Erkrankung oder einer anderen Notsituation vermeintlich kein anderer Ausweg als die Selbsttötung bleibt. Aus diesem Grund setzen sich die Kirchen entschieden dafür ein, kein gesellschaftliches Klima entstehen zu lassen, in dem der Suizid als eine normale Weise, das Leben zu beenden, empfunden wird.

Auch wenn alles daran zu setzen ist, auch in den schwierigsten Lebenssituationen ein würdiges Leben möglich zu machen, so dürfen Menschen bei Grenzfällen, in denen sie nach sorgfältiger Überlegung für sich keinen anderen Ausweg als die Selbsttötung sehen, nicht allein gelassen werden. Dabei kommt der Ärzteschaft eine besondere Verantwortung zu. Wer Menschen nicht auf der Basis geschäftsmäßiger Sterbehilfe, sondern aus einer konkreten Gewissensentscheidung heraus in einer solchen Lebenssituation begleitet und dabei die rechtlich vorgegebenen prozeduralen Schritte einhält, muss sich darauf verlassen können, dafür nicht straf- oder berufsrechtlich belangt zu werden. Mit dem BVerfG betonen wir aber auch, dass es keine Verpflichtung auf eine Beihilfe zum Suizid geben kann, weder rechtlicher noch moralischer Art.

Organisierte Sterbehilfe hingegen birgt in den Augen der Kirchen die Gefahr, dass es zu einer Verschiebung hin zu einer Normalisierung des Suizids kommt. Auch das BVerfG würdigt die Gefahren, die aus einer solchen gesellschaftlichen Entwicklung entstehen können, ausdrücklich: »Auch die Einschätzung des Gesetzgebers, dass geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer ‚gesellschaftlichen Normalisierung' der Suizidhilfe führen und sich der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könnte, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen auszuüben, ist nachvollziehbar« (Rn 250). Das BVerfG räumt des Weiteren sogar ein: »Die Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben versagt dem Gesetzgeber nicht, allgemeine Suizidprävention zu betreiben und insbesondere krankheitsbedingten Selbsttötungswünschen durch den Ausbau und die Stärkung palliativmedizinischer Behandlungsangebote entgegenzuwirken. Der Staat genügt seiner Schutzpflicht für ein Leben in Autonomie gerade nicht allein dadurch, dass er Angriffe unterbindet, die diesem von anderen Menschen drohen. Er muss auch denjenigen Gefahren für die Autonomie und das Leben entgegentreten, die in den gegenwärtigen und absehbaren realen Lebensverhältnissen begründet liegen und eine Entscheidung des Einzelnen für die Selbsttötung und gegen das Leben beeinflussen können (vgl. BVerfG 88, 203 <258> für das ungeborene Leben).« (Rn 276) Allerdings bewertet das BVerfG in diesem Urteil die Selbstbestimmung des Einzelnen so hoch, dass diese allgemeinen Schutzpflichten des Staates in seiner weiteren Gedankenführung in der Urteilsbegründung und in seinen Vorgaben für den Rahmen des Gesetzgebers zu einer Neuregelung faktisch keine Rolle mehr spielen.

Vor diesem Hintergrund unterstützt die Evangelische Kirche in Deutschland die Initiative des Bundesgesundheitsministers für ein legislatives Schutzkonzept des Lebens

im Kontext des assistierten Suizids, weil sie im Falle einer einseitigen Schwerpunktsetzung auf das Selbstbestimmungsrecht befürchtet, dass die Kultur, Leben zu schützen, gerade gegenüber dem verletzlichen und verlöschenden Leben Schaden nehmen könnte.

Zweierlei muss aus Sicht der Evangelischen Kirche in Deutschland bei einer anstehenden Gesetzgebung vermieden werden:

Es darf erstens nicht geschehen, dass Menschen sich aufgrund von körperlichen oder psychischen Erkrankungen, Behinderungen oder wegen als verzweifelt empfundener Situationen das Leben nehmen. Dem ist mit allen Möglichkeiten der Suizidprävention zu begegnen.

Zweitens muss unbedingt vermieden werden, dass eine Entscheidung für einen Suizid nicht mehr eine eigene, individuell verantwortete Gewissensentscheidung des Suizidanten ist, sondern sich als Anpassung an eine empfundene oder sozial vermittelte Normalität darstellt.

Folgende Anforderungen halten wir für notwendig, um den Schutz des Lebens sicherzustellen:

(1) Zu einem präventiven Schutzkonzept gehört die Sorge um ein entsprechendes gesellschaftliches Klima. Dieser Bereich stellt die größte und umfassendste Aufgabe dar. Auch sehen wir die Gefahr, dass gerade aus der Summe von zahlreichen Einzelentscheidungen – mögen sie im Einzelfall auch jeweils mit nachvollziehbaren Gründen getroffen werden – eine solche Verschiebung des gesellschaftlichen Klimas entsteht, auf dessen Grundlage dann eine individuelle Entscheidung eben kaum mehr als selbstbestimmte Entscheidung möglich ist. Beispiele anderer Länder zeigen, dass es in der Folge zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe kommen kann. In diesem Bereich ist in unseren Augen eine besondere Aufklärungsarbeit notwendig, für die sich die Evangelische Kirche in Deutschland mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln auch selbst in die Pflicht nehmen lässt. Dabei ist deutlich: Den Ausgangspunkt muss eine Selbstbestimmung in verantworteter Freiheit bilden. Denn nach christlichem Verständnis stellt Freiheit keine beziehungslose Willkür dar, sondern versteht sich als Antwort auf Gottes Ansprache. Dementsprechend vollzieht sich Selbstbestimmung immer innerhalb eines vorgegebenen Rahmens. Auf den Bereich des gesellschaftlichen Zusammenlebens übertragen bedeutet das: Jede Selbstbestimmung beruht auf einer gewichtigen Voraussetzung und hat Folgen für andere. Sie bedarf als Fundament eines gemeinschaftlich getragenen und für alle deutlich wahrnehmbaren Konsenses: Es darf kein sozialer Druck entstehen, sich für einen Suizid entscheiden zu müssen. Dementsprechend kann eine (assistierte) Selbsttötung in ausweglos erscheinender Lage immer nur einen Grenzfall darstellen. Das Ziel eines legislativen Schutzkonzeptes muss es daher sein, das Bewusstsein dafür wachzuhalten, dass das gesellschaftliche Klima immer die Einschätzung des eigenen Lebens mit prägt und wie schmal daher die Grenze sein kann zwischen einer eigenen Entscheidung und einer Entscheidung, die zwar vom Einzelnen getroffen wird, die aber vorrangig eine Reaktion auf eine gesellschaftliche Einschätzung darstellt. Das bedeutet weder, den Einzelnen nur als Produkt der gesellschaftlichen Verhältnisse zu betrachten, noch ihn dort bevormunden zu wollen, wo er am verletzlichsten ist. Doch es bedeutet, für die notwendige Balance von Schutz des Lebens und Selbstbestimmung sensibel zu bleiben.

(2) Ein besonderes Augenmerk ist auf die vom BVerfG ausdrücklich hervorgehobene Pflicht des Staates zur umfassenden Suizidprävention zu richten. Diese Aufgabe ist anspruchsvoll und weitreichend. Zur Suizidprävention gehört wegen der ganz unterschiedlichen Lebenssituationen, aus denen heraus ein Suizidwunsch entstehen kann, ein breit gefächertes Beratungsangebot, das auch bekannt sein muss. Ferner gehört dazu ein breit ausgebautes Angebot an Hospizen und palliativmedizinischer Betreuung, gerade im ambulanten Bereich. Da die Evangelische Kirche in Deutschland mit ihrer Diakonie auch sehr stark im Bereich der stationären wie ambulanten Krankenpflege engagiert ist, halten wir Verbesserungen der Pflegekonzepte Schwerkranker und Hochbetagter als Teil eines legislativen Schutzkonzeptes für erforderlich. Dazu zählt, dass familiale Pflege, etwa durch die Erweiterung entsprechender Freistellungsmöglichkeiten, aber auch durch die Förderung von Mehrgenerationenhäusern und alternativen Wohnformen, intensiver ermöglicht und unterstützt werden sollte.

(3) Es kann nicht die Aufgabe des Gesetzgebers sein, einen Kriterienkatalog aufzustellen, der Krankheitsszenarien und mentale oder andere Voraussetzungen definiert, über die die Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Wunsches nach Suizid festzustellen wäre. Eine solche Vorgehensweise müsste unweigerlich dazu führen, dass staatlicherseits festgelegt würde, welche Szenarien einen (assistierten) Suizid rechtfertigen und welche nicht. Es erscheint aber aus unserer Sicht notwendig, mithilfe eines noch näher zu bestimmenden Verfahrens sicherzustellen, dass der Wunsch nach Selbsttötung nicht aufgrund einer durch Druck oder Erwartungshaltung beeinflussten oder aufgrund einer akuten Verzweiflung oder psychischen Erkrankung herbeigeführten Entscheidung entsteht. Ein solches Verfahren sollte auf multiprofessionelle Kompetenzen zurückgreifen, auch wenn den Ärztinnen und Ärzten hier eine besondere Verantwortung zukommt, etwa beim Ausschluss einer akuten depressiven Störung. Über ein solches auf den Einzelfall bezogenes Verfahren hinaus gehört es aber in jedem Falle ganz wesentlich zum Umgang mit Suizidwünschen, gesellschaftliche Einflüsse ebenso wie Beeinflussungen im familialen Nahbereich im Auge zu behalten. Die Sorge, eine übergroße Belastung für die Solidargemeinschaft und auch für die Familie zu sein, kann nämlich wesentlich dazu beitragen, dass der Wunsch nach Suizid aufkommt. Gegebenenfalls müssten über das bereits Vorhandene hinaus finanzielle und organisatorische Hilfen zur Verfügung gestellt werden, um das zu verhindern. Zusätzlich gehört zu den prozeduralen Sicherungen, die ethische Schulung von Ärztinnen und Ärzten zu intensivieren. Nach unserer Einschätzung ist die Aus- und Weiterbildung im Bereich klinischer Ethik nach wie vor verbesserungsfähig – das gilt im Übrigen auch für das kirchliche Engagement im Kontext von Spiritual Care.

Sterben in Corona-Zeiten

Dagmar Jung

1. Die Angst regierte – ein Rückblick

Wenn man sich in Zukunft an die stärksten Bilder aus der ersten Phase der Pandemie erinnern wird, dann gehört dazu sicherlich ein Foto der nächtlichen Kolonne von Militärfahrzeugen, die die vielen Särge der Corona-Toten aus Bergamo wegbringen musste, weil die Krematorien dort überlastet waren.

Dieser Vorgang löste überall große Bestürzung und Angst aus. Es schien, als würde die hochansteckende Infektion mit Sars-Cov-2 – umgangssprachlich Corona genannt – zwangsläufig zu massenhaftem Sterben führen, dem die (Intensiv-)Medizin wenig entgegenzusetzen hat.

Die Isolation infizierter Menschen, die unter einer hoch ansteckenden Erkrankung leiden, gehört zum medizinischen Standard. Wenn eine unbekannte Infektion aber pandemische Ausmaße annimmt wie bei Sars-Cov-2, sind drastische politische Entscheidungen und Maßnahmen erforderlich. Nicht nur die Isolation der Erkrankten selbst, sondern auch eine vorsorgliche Selbstisolation und Kontaktbeschränkungen weiter Bevölkerungskreise sind erforderlich, um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen und zu beschränken.

All dies hatte weitreichende Folgen für alle Menschen. Denjenigen, die aufgrund schwerer Erkrankungen und/oder ihres hohen Alters besonders gefährdet waren, nutzten diese Maßnahmen besonders. Weil bei der schnellen Umsetzung generalisierter Kontaktverbote die Angst mitregierte, fehlte aber die notwendige Abwägung der Folgen für die Menschen, die bereits fast am Ende ihres Lebens angekommen waren.

2. Das einsame Sterben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Für Krankenhauspatient*innen und Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen bestand lange Zeit ein komplettes Besuchsverbot, das von ihnen und ihren Familien als besonders grausam empfunden wurde. Wenn die Lebenszeit ohnehin als nur noch sehr begrenzt erlebt wird, ist es umso wichtiger, dass Menschen am Lebensende das Miteinander mit Zu- und Angehörigen ermöglicht wird, die für sie große Bedeutung haben, nach deren Beistand, Zuwendung und Nähe sie sich sehnen. Wird das durch Einhalten rigider Kontaktverbote unterbunden, wie während der ersten Pandemiewelle, dann löst dies bei den Betroffenen Ohnmachtsgefühle und große Verzweiflung aus.

Ihr Lebenswille schwindet. Viele Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind während der ersten Pandemiewelle gestorben, ohne dass sie noch einmal die Gegenwart von Menschen spüren konnten, mit denen sie sich eng verbunden fühlten. Und das galt unabhängig davon, ob sie an der Corona-Erkrankung selbst starben oder an anderen Erkrankungen. Auch die beste Versorgung durch Pflegekräfte konnte diese Verlorenheit nicht kompensieren, und die vielfach gepriesenen digitalen Kommunikationsmittel kommen an ihre Grenzen bei Menschen, denen der sprachliche Kontakt nicht mehr möglich ist, mit denen nur noch über Berührungen kommuniziert werden kann.

Was sterbende und mit Corona infizierte Menschen empfunden haben müssen, wenn sie sich umgeben sahen von Menschen in einer Art Astronautenanzug, deren Gesichter hinter Masken verborgen waren, wenn sie aufgrund der notwendigen Schutzmaßnahmen keine Nähe durch direkten Hautkontakt mehr erfahren durften, das mag man sich kaum vorstellen.

3. Das Leid der Angehörigen

Ohne Abschied. Diese bittere Erfahrung macht es Angehörigen von Menschen, die an Corona verstorben sind, schwer, ihre Trauer zu bewältigen. Weil ein toter Körper weiterhin hochinfektiös ist, gelten besondere Regelungen – für die Bestatter genauso wie für die Angehörigen. Am Anfang der Pandemie wurden z. B. viele Verstorbene eingeäschert, obwohl weiterhin die Erdbestattung möglich war. Unklarheiten bestanden auch darüber, ob das Abschiednehmen am offenen Sarg zugelassen werden kann, wenn es an den Sterbeorten schon nicht erlaubt war. Weil es zunächst aber überall an Schutzmaterialien wie z. B. Schutzmasken und -anzügen fehlte, war es schwer, diese letzte Vergewisserung zu ermöglichen. Unter dieser unwirklichen Pandemie-Abschiedskultur, die die erste Welle begleitete, leiden viele Angehörige bis heute. Das gilt auch für diejenigen, denen es gelungen war, regelmäßige Telefonkontakte mit dem Pflegepersonal aufrechtzuerhalten, um sich zumindest aus der Ferne auf dem Laufenden zu halten, wie es um ihr Familienmitglied steht.

Die Umsetzung der Pandemieregeln hat bei einer Vielzahl von Angehörigen Verstorbener Rat-, Orientierungslosigkeit oder Depressivität, aber auch Wut über die neuen bürokratischen Vorschriften ausgelöst, die manche als unmenschlich empfanden. Denn nicht nur das individuelle Abschiednehmen wurde unmöglich, sondern auch die Gestaltung des kollektiven Abschieds.

Zunächst waren für eine Beisetzung nur Zusammenkünfte sehr weniger Trauernder im Freien erlaubt, Trauerfeiern mussten entfallen. Für die trauernde Familie bedeutete dies, Familienmitglieder auszuwählen, die dabei sein durften, und andere auszuschließen. Es bedeutete, auch bei der Bestattung Abstand zu halten, sich eben nicht zu umarmen, sich nicht die Hand und damit Beistand geben zu können.

Viele Familien versuchen deshalb, die Trauerfeier zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen. Zugleich haben sich Formen des kollektiven Abschiednehmens entwickelt, die vor der Pandemie undenkbar gewesen wären: So galt es früher als völlig pietätlos, während Trauerfeiern und Bestattungen Videoaufnahmen zu erstellen. Heute bietet diese Form digitalen Abschiednehmens eine von vielen Trauernden dankbar akzeptierte Lösung.

4. Zeichen der Hoffnung

Aus der ersten Phase der Pandemie sind Lehren gezogen worden. Und es gab durchaus auch diakonische Einrichtungen, die schon sehr früh versuchten, ihre bewährte Kultur der Sterbebegleitung den Corona-Bedingungen anzupassen und zu leben, nachdem sie über ausreichendes Schutzmaterial verfügten.

Das gelang zwar nicht überall, aber selbst in Krankenhäusern wurden trotz Betretungsverboten von mitfühlenden Ärzten und Pflegekräften im Einzelfall Ermessensentscheidungen zu Gunsten Sterbender und ihrer Angehörigen getroffen. Denn auch Betretungsverbote lassen Ausnahmen zu, wenngleich diese dann abhängig sind von der Bereitschaft der jeweiligen Leitungsverantwortlichen.

Sehr viele Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und auch in der ambulanten Pflege haben trotz eigener Verunsicherung und Überlastung während der ersten Pandemiephase versucht, das ihnen Mögliche an Zeichen der Nähe, des Beistands und des Trosts zu geben – trotz vieler erschwerender Regeln. Auch für sie war es schwer auszuhalten, welche Konsequenzen die Pandemie für sterbende Menschen und ihre Angehörigen nach sich zog. Deshalb handelten sie so, wie ihr Gefühl für Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe sie leitete.

Wir werden uns wohl vieles zu verzeihen und zu lernen haben, sagte der Gesundheitsminister im April 2020.

Verzeihen ist immer auch ein Beziehungsgeschehen, das den ganzen Menschen einbezieht. Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeorganisationen müssen die Gelegenheit erhalten, das Erlebte zu reflektieren, zu verarbeiten

und vielleicht auch zu betrauern. Menschen, die Nahestehende verloren haben und denen die Pandemiefolgen einen Trauerprozess abverlangen, der sie zusätzlich belastet, muss das besondere Augenmerk von Seelsorger*innen gelten.

Der zentrale Gottesdienst, den der Bundespräsident zum Zeichen kollektiver Trauer und Anteilnahme angeregt hat, kann ein wichtiges Element sein, das vorhandene seelische Nöte und Trauergefühle vieler Menschen bewältigen hilft. Den zugrunde liegenden Gedanken, die Not dieser großen Zahl von Menschen anzuerkennen und zu begleiten, kann jeder von uns in seinem Umfeld aufnehmen und nach eigenen Vorstellungen unterstützen.

Menschen mit Demenz am Lebensende

Dagmar Jung

»Lieber tot als dement« hört man viele Menschen sagen, die Angst haben, im Alter ihre geistigen Fähigkeiten zu verlieren. Das Leben scheint ihnen nur lebenswert, wenn sie es bei klarem Verstand erleben können. Die Vorstellung, durch eine Demenzerkrankung am Lebensende völlig auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, erfüllt sie mit größter Sorge.

Demenzielle Erkrankungen treten gehäuft im höheren Lebensalter auf, das heißt meist ab dem 7. und 8. Lebensjahrzehnt und es gibt zahlreiche Krankheitsvarianten. Die häufigste und bekannteste ist die Alzheimererkrankung, benannt nach Alois Alzheimer, der die Krankheit 1901 zuerst beschrieb. Demenz geht einher mit dem Verlust wichtiger geistiger Fähigkeiten wie Erinnern, Denken, Orientieren, Planen, Verknüpfen von Denkinhalten usw. Verursacht wird dies durch das Absterben von Nervenzellen im Gehirn und in der Folge wird die Hirnleistung immer schwächer. Die eigentlichen Todesursachen von Menschen mit Demenz sind jedoch überwiegend Pneumonien und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In der letzten Phase ihrer Demenz können die betroffenen Menschen in allen Bereichen des Lebens auf Hilfe angewiesen und vollkommen von ihrer Umgebung abhängig sein. Mit der Krankheit geht bei schwerer Demenz der Verlust der Sprachfähigkeit einher. Menschen mit Demenz sind dann nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse zu äußern und ihre Wünsche mitzuteilen. Vielfach scheinen sie nicht trinken und essen zu wollen. Es ist auch deshalb nicht einfach einzuschätzen, wann die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz beginnt und was die individuelle Sterbephase kennzeichnet.

Auch im normalen Sterbeprozess verändert sich das Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit. Bis in die 2000er Jahre hinein war es übliche Praxis, Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, die konsequent die Nahrung verweigerten, mittels einer Magensonde zu ernähren. Viele Angehörige hörten dazu von den verantwortlichen Medizinern die Begründung: »Wir wollen doch Ihre Mutter bzw. Ihren Vater nicht verhungern lassen.« Darin zeigte sich jedoch lediglich die mangelhafte Bereitschaft der Ärzte, sich Tod und Sterben ihrer Patienten mit Demenz zu stellen. Erst als die Zahl der verordneten Magensonden so stark angestiegen war, dass der Verdacht aufkam, mit dieser Ernährungsform auch Personal einzusparen, kam es zu einem deutlichen Rückgang der Sondenernährung. Zusätzlich zeigten Studien, dass das Weglassen der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr am Lebensende keinen Einfluss auf die Überlebensrate hat und im Gegenteil zur

Linderung von vielen Symptomen führt, so z. B. weniger Luftnot, weniger Übelkeit, weniger Schmerzen, weniger Unruhe, weniger Fixierungen.

Neben der veränderten Nahrungsaufnahme kann es in der letzten Lebensphase von Menschen mit Demenz auch zu Schmerzzuständen kommen. Demenzkranke können vielfach die Frage danach, ob sie Schmerzen haben, nicht verstehen. Sie können zudem wegen der Veränderungen des Sprachvermögens nicht mehr angemessen antworten. Trotzdem zeigen sie Reaktionen. Eine Reaktion auf die Schmerzen, die sie spüren, können starke Verhaltensauffälligkeiten sein wie z. B. Unruhe und heftige Bewegungen oder Abwehr von Berührungen. Demenzkranke Menschen werden dann nicht selten mit Psychopharmaka behandelt, wenn den Betreuenden das notwendige Wissen fehlt und sie zu wenig Erfahrung in der Beobachtung und Beurteilung von Schmerzen bei geistig eingeschränkten Menschen haben. In der Folge müssen die Betroffenen durch Fehlinterpretation ihres Verhaltens unnötige Qualen erleiden, denen mit einer angemessenen Schmerztherapie zu begegnen wäre. Mittlerweile steht eine Reihe von Beobachtungsinstrumenten zur Einschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz zur Verfügung, die auch von pflegenden Angehörigen und Laien genutzt werden können.

Neben ihren körperlichen Grundbedürfnissen haben Menschen mit Demenz – nicht nur – in ihrer letzten Lebensphase weiterhin psychische und soziale Bedürfnisse. Wenn sie sich nicht mehr sprachlich äußern können, reagieren sie körpersprachlich auf Beeinträchtigungen, die sie empfinden. Sie nehmen wahr, ob die Atmosphäre in ihrer Umgebung eher kühl oder warm ist, ob es hektisch zugeht oder entspannt, ob man sich ihnen liebevoll oder eher gleichgültig zuwendet, ob man nach ihren Wünschen forscht oder sie routinemäßig versorgt, ob man unsicher oder ruhig und empathisch auf sie zugeht. Sie haben zwar ihre geistigen Fähigkeiten weitgehend verloren, ihre Gefühle bleiben allerdings weiter vorhanden, genauso wie ihr Leibgedächtnis und ihre Intuition. Auf jeweils ganz individuelle Weise können sie mit der Umgebung in Kontakt sein. Ihre Reaktionen auf Kontaktversuche erfolgen häufig mit deutlicher zeitlicher Verzögerung. Dies ist eine Folge der Demenzerkrankung. Im beschleunigten Alltag der Pflegenden gehen die Interaktionsversuche deshalb häufig unter und werden nicht oder falsch wahrgenommen.

Lange galt die Überzeugung, dass Demenzkranke ihr Sterben nicht spüren und sich auch nicht mehr damit auseinandersetzen können, weil es dazu geistiger Fähigkeiten bedarf. Mittlerweile wissen wir, dass auch Menschen mit Demenz am Lebensende den Wunsch nach Schutz, Geborgenheit und Trost haben. Die Anwesenheit eines Menschen und die gewohnte Umgebung sind für sie so wichtig wie für jeden anderen. Ihre Erlebnis- und Aufnahmefähigkeit bleibt vorhanden, auch wenn sie die Worte nicht mehr verstehen, die man an sie richtet. Es hilft ihnen die Fähigkeit, den Beziehungsgehalt hinter den Worten zu verstehen. Dieser Beziehungsaspekt spricht zu ihnen aus Satzmelodie, Lautstärke, Tonfall, Betonung, Mimik und Gestik, die die Sprache begleiten. Das gilt insbesondere bei der Würdigung ihrer spirituellen Bedürfnisse. Gerade langjährig vertraute Rituale berühren Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, die religiös verankert sind, intensiv und geben ihnen Trost. Wichtig ist herauszufinden, wie sie ihren Glauben gelebt haben, welches Lied, welche Geschichte der Bibel sie besonders mochten. Als Gebete eignen sich neben dem Vaterunser auch biblische Psalmen, besonders der 23. Psalm. Sinnliche Erfahrungen durch Be-

rührungen und Musik erreichen Menschen mit Demenz auf der Gefühlsebene und können zu starken Reaktionen führen. Diese Fähigkeiten lassen sich für religiöse Rituale ebenso wie für andere spirituelle Angebote sehr gut nutzen – und dies nicht nur am Lebensende von Menschen mit Demenz.

Für Angehörige von Menschen mit Demenz ist deren Sterben das letzte Stück Weg eines sehr langen und meist schmerzhaften Abschieds, der über Jahre hinweg gedauert hat. Durch den Verlauf der Demenz ist ihnen die vertraute Person mehr und mehr entglitten, und sie können keine gemeinsamen Erinnerungen mehr teilen. Individuell unterschiedlich sind Persönlichkeit und Verhaltensweisen des kranken Angehörigen so stark verändert, dass es schwerfallen kann, die familiäre Beziehung aufrechtzuerhalten. Eine prominente Angehörige hat z. B. über ihren demenzkranken Ehemann gesagt: Das ist nicht mehr mein Mann, das ist eine andere, mir fremde Person. Vielfach fühlen Angehörige sich überfordert, wenn dem kranken Familienmitglied die Worte fehlen und sie seine Kommunikation und sein Verhalten nicht interpretieren können. Trotzdem wird ein Großteil der Menschen mit Demenz (fast) bis zuletzt zu Hause versorgt, und die Pflegenden engagieren sich bis zur völligen Erschöpfung. Sie benötigen Informationen, Hilfe und Unterstützung während des gesamten Zeitraums, den die Krankheit einnimmt. Das gilt auch für die Sterbephase, gerade weil sie nicht so leicht einzugrenzen ist. Menschen mit schwerer Demenz kommen dann aus ihrer häuslichen Umgebung wegen Nahrungsverweigerung oder scheinbar hartnäckigen Infekten ins Krankenhaus, obwohl die Symptome eigentlich Zeichen des Sterbeprozesses sind. Sie erleben durch die Umstände und den Umgebungswechsel großen Stress, was ihrem vorrangigen Bedürfnis nach Schutz, Sicherheit und Trost extrem widerspricht. Meist sterben sie dann im Krankenhaus oder auf dem Weg dorthin. Wir brauchen in diesen Fällen eine einfühlendere Diagnose. Und wir brauchen noch bessere Lösungen, um die Pflegenden auch in der letzten Lebensphase bei der Versorgung ihrer demenzkranken Familienmitglieder zu unterstützen und zu entlasten. Es geht letztlich darum, an ihrer Seite zu sein, damit Menschen mit Demenz in ihrer gewohnten Umgebung leben und sterben zu können.

Literaturempfehlungen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Hat Mama Demenz? Ein Heft über älter werdende Menschen mit Demenz. In leichter Sprache.* Stand: 31. Dezember 2017. (www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/hat-mama-demenz-ein-heft-ueber-aelter-werdende-menschen-mit-demenz-in-leichter-sprache--726474)

Bundesministerium für Gesundheit, *Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz,* Stand: 31. Oktober 2019. (www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/ratgeber-demenz-726472)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, *Fortgeschrittene Demenz und Lebensende. Informationen zu Zielen und Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung,* 2. Auflage, Berlin 2020.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Deutsche Alzheimer Gesellschaft, *Mit-Gefühlt, Curriculum zur Begleitung Demenzerkrankter in der letzten Lebensphase*, 3. erweitere Auflage, Esslingen 2012.

Martina Schmidhuber, *Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz: Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege,* Münster 2020.

Link

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
www.deutsche-alzheimer.de

Das hohe Alter

Dagmar Jung

»Unser Leben währt siebzig Jahre und wenn's hoch kommt, so sind's achtzig ...«

(Psalm 90,10)

Bei einer traditionellen Familienfeier kann es heute sein, dass fünf Generationen bei einander sitzen, von denen zwei Generationen schon länger im Rentenalter sind. Als im Jahr 1889 die gesetzliche Rentenversicherung eingeführt wurde, war die Wahrscheinlichkeit, das Eintrittsalter von damals 70 Jahren zu erleben und Leistungen aus dieser Alterssicherung zu beziehen, ziemlich gering. Ehefrauen ohne Vermögen waren nach ihrer Verwitwung mittellos, denn erst ab 1911 wurden sie durch die neu eingeführte Hinterbliebenenrente berücksichtigt. Schon zu Bismarcks Zeiten sind Frauen, sofern sie nicht bei einer ihrer vielen Geburten starben, älter geworden als Männer. Und das gilt bis heute. Mit Hilfe gesünderer Lebensführung, des medizinischen Fortschrittes, sauberer Arbeitsplätze und besserer Ernährung ist es gelungen, die Altersphase immer weiter zu verlängern. So sind mittlerweile die Langlebigen, das heißt Menschen, die über achtzig Jahre alt sind, die Bevölkerungsgruppe, die am stärksten anwächst. Die über 80-Jährigen bilden heute mehr als 5 % der Bevölkerung. Ihr Anteil wird bereits bis 2030 auf 8,3 % steigen. Eine weitere Gruppe sind die Menschen mit einem sehr hohen Alter, die über Hundertjährigen, deren Anzahl allein in den letzten 10 Jahren um 122 % angestiegen ist.

Wenn man sehr alt wird, heißt das nicht automatisch, gebrechlich und abhängig von anderen zu leben. Ab dem achten Lebensjahrzehnt wird der Gesundheitszustand zwar in der Regel deutlich störanfälliger, summieren sich chronische Erkrankungen, trotzdem ist das allgegenwärtige Altersbild falsch, das das hohe Alter quasi mit Pflegebedürftigkeit gleichsetzt. Bei den über 90-Jährigengelten heute immer noch 42 % als nicht pflegebedürftig. In der Hundertjährigen-Studie der Universität Heidelberg hatten immerhin noch 21 % der Studienteilnehmer keinen Pflegebedarf, wenn auch nur ganz wenige völlig selbständig, das heißt unabhängig von Hilfeleistungen, leben konnten.

Betrachtet man die Familienbeziehungen und das Lebensumfeld hochaltriger Menschen, so zeigen sich hier auch die Beschwernisse dieses Alters: nachlassende Alltagsunterstützung, weil z. B. Angehörige sterben, weit weg wohnen oder selbst hilfebedürftig sind, dazu kommt das vielfach ungeplante Alleinleben im Alter, nicht angepasste Wohnverhältnisse, schlechte Mobilität und vieles mehr, was den Alltag belastet. Freiwillig umzuziehen, das wagen immer noch nur wenige. Selbst in ein Angebot des sogenannten Be-

treuten Wohnens – darunter versteht man eine barrierefreie Wohnung mit einem kleinen Zusatzservice-Angebot – ziehen viele erst mit über 80 Jahren. Besteht bei diesem Wohnangebot keine räumliche Anbindung an ein Pflegeheim, kann sogar ein weiterer Umzug in ein Heim an einen anderen Ort bevorstehen, wenn sich der Gesundheitszustand eines Mieters verschlechtert.

Wer als hochaltriger Mensch in einer ländlichen Region mit schlechter Infrastruktur lebt, wird diese Perspektiven mit großer Sorge und Hilflosigkeit registrieren. Hilfen dünnen auch auf dem Land immer mehr aus, und die meisten alten Menschen haben keine Vorsorge getroffen, weil sie darauf vertrauten, dass ihre bisherige Lebenserfahrung noch immer gilt: Familien, Nachbarn und andere Nahestehende kümmern sich, wenn ich einmal Hilfe brauche. Diese unausgesprochene Erwartung kann immer häufiger nicht erfüllt werden. Das zeigt sich z. B. darin, dass heute eine Aufnahme in ein Pflegeheim eher aus sozialen Gründen erfolgt und weniger, weil der Grad der Pflegebedürftigkeit die häusliche Versorgung unmöglich werden lässt.

Auch die Kirchengemeinden, mit denen hochaltrige Menschen sich häufig noch stark verbunden fühlen, sind mit der Lebenssituation ihrer vielen alten Mitglieder überfordert bzw. nicht darauf vorbereitet. Hinzu kommt, dass viele engagierte Freiwillige der Gemeinden selbst im Rentenalter sind und keine lang andauernde und umfangreichere Hilfe leisten wollen oder können.

Verbindlichkeit und Verlässlichkeit sind jedoch notwendige Bedingungen bei Unterstützungsleistungen, die hochaltrige Menschen für ihre Alltagsbewältigung brauchen. Und das unterscheidet sie nicht von anderen Gruppen mit kontinuierlichem Hilfebedarf.

Menschen im hohem Alter sind häufiger von Einsamkeit bedroht: In den Partnerschaften überleben die Ehefrauen häufig ihre Ehemänner – meist sind die Männer meist etwas älter als ihre Partnerinnen, die zudem eine höhere Lebenserwartung haben. Die Frauen bleiben nach dem Tod des Ehemannes alleine zurück, ohne in ihren bisherigen Lebensvorstellungen auf ein Single-Dasein im hohem Alter vorbereitet zu sein.

Für hochaltrige Männer scheint der Verlust der Partnerin noch deutlich einschneidender als für Frauen, denn ihr Sozialleben ist häufig stark abhängig von den entsprechenden Aktivitäten ihrer Ehefrau. Fehlt diese als Mittlerin, dann haben viele hochaltrige Männer nicht mehr die Kraft, aktiv die Beziehungspflege selbst aufzunehmen und zu gestalten, das weitere Leben erscheint ihnen ohne Sinn. Ein alarmierendes Zeichen für diese Entwicklung ist die hohe Selbsttötungsrate unter alten Männern. Insgesamt werden Tod und Sterben durch Menschen im hohem Alter weitgehend akzeptiert und als Teil des Lebens verstanden. Gleichzeitig haben viele weiterhin Lebensziele und eine positive Zukunftsperspektive.

Menschen im hohem Alter fordern uns in gleichem Maß heraus, wie ihr Anteil an der Bevölkerung steigt. Sie haben uns sozial und gesellschaftlich etwas zu bieten. Die Aufmerksamkeit für sie und ihre Lebenslagen wird noch deutlich erhöht werden müssen. Gegenwärtig fehlen Konzepte für Begegnungsorte und den sozialen Austausch untereinander und mit anderen Generationen, aber auch Wohnideen, es fehlt an Teilhabe-/Gestaltungsalternativen, die die Selbstwirksamkeit unterstützen, an Anreizen zur Gesundheitsprävention. Auch hochaltrige Menschen wünschen sich, noch etwas zu bewirken, haben Lebenswillen. Es wäre falsch, ihnen das abzusprechen, nur weil ihr Lebensende nahe zu sein scheint.

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Barbara Heuerding

Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist auf die Zukunft gerichtet, wenn Sie selber als Patient*in Ihren Willen nicht mehr selbst äußern können, zum Beispiel nach einem Unfall oder einer Erkrankung. Damit bestimmen Sie, ob und in welchem Umfang ärztliche Behandlungen und Eingriffe stattfinden dürfen oder ausgeschlossen sein sollen.

Muss ich eine Patientenverfügung handschriftlich erstellen?

Eine handschriftliche Patientenverfügung ist nicht erforderlich und kann im Eilfall durch schwerere Lesbarkeit auch hinderlich sein. Lediglich die Unterschrift muss, der Ort und das Datum sollen handschriftlich erfolgen.

Ab welchem Alter kann man eine Patientenverfügung verfassen?

Alle einwilligungsfähigen Personen ab 18 Jahren können eine Patientenverfügung verfassen und sollten sich auch mit diesem Thema beschäftigen, weil in jedem Lebensalter eine Situation auftreten kann, in der sie ihren Willen nicht mehr äußern können.

Eine einmal erteilte Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden.

Durch wen sollte ich mich bei der Erstellung der Patientenverfügung beraten lassen?

Sie sollten sich durch Ihren behandelnden Arzt beraten lassen, insbesondere damit individuelle Erkrankungen und Gesundheitsrisiken sowie Lebens- und Behandlungssituationen in der Patientenverfügung angemessen berücksichtigt werden können. Darüber hinaus gibt es Betreuungsvereine, die z. B. Mitglied in der Diakonie Hessen sind, welche eine Beratung zum Thema Patientenverfügung unentgeltlich anbieten. Sie können sich auch – in der Regel kostenpflichtig – von einem Rechtsanwalt / einer Rechtsanwältin oder einem Notar / einer Notarin zu diesem Thema beraten lassen.

Muss ich die Patientenverfügung notariell beurkunden lassen?

Eine Patientenverfügung ist grundsätzlich auch ohne eine notarielle Beurkundung wirksam. Nur wenn die verfügende Person selbst nicht mehr unterschreiben kann, ist eine notarielle Beurkundung notwendig.

Wie oft sollte ich die Patientenverfügung aktualisieren?

Eine Aktualisierung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Da aber die Patientenverfügung den aktuellen Willen wiedergeben soll, welcher sich im Laufe der Jahre ändern kann, ist eine regelmäßige Aktualisierung sinnvoll. Sofern sich die gesundheitliche Situation nicht verändert hat, ist eine regelmäßige Anpassung z. B. alle zwei Jahre, mit dem Zusatz: »Diese Patientenverfügung entspricht meinem aktuellen Willen.« sowie dem handschriftlich vermerkten Ort, Datum und der Unterschrift der verfügenden Person sinnvoll. Des Weiteren sind Überprüfungen der Patientenverfügung nach wesentlichen Änderungen der Lebensumstände beziehungsweise des Gesundheitszustandes zu empfehlen.

Wo sollte ich die Patientenverfügung aufbewahren?

Im Falle einer plötzlich eintretenden Krankheit oder eines Unfalls muss die Patientenverfügung schnell zugänglich sein und dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin ausgehändigt werden. Daher ist es sinnvoll, mehrere Exemplare zu erstellen und z. B. der Hausärztin / dem Hausarzt oder einem nahen Angehörigen bzw. dem Lebenspartner / der Lebenspartnerin zu geben. Mindestens sollte diesen aber bekannt sein, wo die Patientenverfügung hinterlegt ist. Einen Hinweis, wer im Notfall eine Patientenverfügung hat und zur Verfügung stellt, können Sie z. B. in Ihrem Portemonnaie aufbewahren. Sofern Sie zusätzlich eine Vorsorgevollmacht ausgestellt haben, empfiehlt es sich, neben der Vorsorgevollmacht auch die Patientenverfügung der bevollmächtigten Person im Original auszuhändigen. Beides können Sie gegen geringes Entgelt bei der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registrieren lassen.

Was passiert, wenn eine Ärztin / ein Arzt sich nicht an die Patientenverfügung hält?

Es ist landläufige Meinung, dass in diesen Fällen der Ehepartner oder nahe Angehörige den in der Patientenverfügung geäußerten Willen vertreten können. Dies ist aber nicht richtig. Vielmehr muss bei unterschiedlichen Auffassungen über den Inhalt einer Patientenverfügung das Betreuungsgericht einen Betreuer bestellen. Dieser setzt dann den geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Verfügenden durch. Wenn Sie dieses oft problematische Verfahren verhindern wollen, können Sie im Zuge der Errichtung der Patientenverfügung entweder eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht ausstellen. Durch die Betreuungsverfügung bestimmen Sie, wen das Gericht in derartigen Fällen als Betreuer auswählen soll, und in der Vorsorgevollmacht legen Sie selbst fest, wer Sie in derartigen

Fällen vertreten soll. Daher ist es sinnvoll, sich sowohl über eine Patientenverfügung als auch über den Abschluss einer Betreuungsverfügung oder einer Vorsorgevollmacht Gedanken zu machen.

Was ist eine Vorsorgevollmacht?

Damit bevollmächtigen Sie eine oder mehrere andere Personen, für Sie in rechtlichen Belangen zu handeln, wenn Sie es nicht mehr können. Die Vorsorgevollmacht kann die Vertretung bei Behörden und Versicherungen regeln oder zum Abschluss und der Kündigung von Verträgen ermächtigen. Sie kann auch die Vollmacht in persönlichen Angelegenheiten (z. B. Gesundheit, Aufenthalt oder Todesfall) beinhalten. Bitte beachten Sie, dass für viele Geschäfte mit finanziellen Auswirkungen zusätzlich eine Bankvollmacht erforderlich ist. Bei einer Vollmacht über Grundstücks- und Immobilienangelegenheiten ist die Einschaltung eines Anwalts oder Notars zu prüfen. Die oben zur Patientenverfügung gegebenen Hinweise zum Alter, der Einwilligungsfähigkeit, zur handschriftlichen Unterschrift und zum Widerruf gelten auch für die Vorsorgevollmacht.

Wen soll ich als Bevollmächtigten auswählen?

Sie sind frei darin, welche Person oder Personen Sie bevollmächtigen. In jedem Fall sollte es jemand sein, dem Sie vertrauen, in Ihrem Sinn zu handeln, wenn Sie es nicht mehr können. Viele denken dabei an Familienangehörige, weil man sich lange kennt und miteinander verbunden ist. Bedenken Sie, dass für die bevollmächtigte Person manchmal schwierige Entscheidungen anstehen. Daher ist es wichtig, dass Sie sich mit der Person, die Sie bevollmächtigen wollen, intensiv austauschen und Ihre Wünsche und Ihre Vorstellungen mitteilen. Bleiben Sie miteinander im Austausch, denn Ihre Vorstellungen können sich ändern.

Wo kann ich weiterführende Informationen erhalten?

Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz bietet Broschüren mit hilfreichen Empfehlungen zur Patientenverfügung und zur Vorsorgevollmacht sowie entsprechende Formulare an. Diese finden Sie unter:

www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/VorsorgeUndPatientenrechte_node.html

Die Evangelische Kirche in Deutschland hat gemeinsam mit der Deutschen Bischofskonferenz eine Handreichung zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (u. a.) mit entsprechenden Formularen erarbeitet. Diese finden Sie unter diesem Link:

www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Christliche-Patientenvorsorge-15454.htm

Verbesserung der Sterbebegleitung – gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V

Elisabeth Terno

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind Orte des Lebens und des Sterbens. Ein Einzug in eine Einrichtung geschieht, wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist. Die Menschen sind bei Einzug zunehmend älter und pflegebedürftiger. Eine Zunahme an gerontopsychiatrischen Erkrankungen, insbesondere an Demenz, benötigt neue Formen der Pflege und Versorgung in den Einrichtungen. Hinzu kommt, dass 20 % der Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen und 47 % innerhalb eines Jahres versterben[44].

Sterben, Tod, Trauer und Abschiednehmen haben somit einen besonderen Stellenwert in stationären Pflegeeinrichtungen. Dies gilt auch für Wohnformen der Eingliederungshilfe. Dort leben Bewohnerinnen und Bewohner mit Behinderung heute länger, werden älter und versterben meist auch dort.

Es ist sinnvoll, frühzeitig mit den Bewohnerinnen und Bewohnern über ihre Wünsche am Lebensende ins Gespräch zu kommen. Davon profitieren sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung.

Es gilt also, die stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Einrichtungen der Behindertenhilfe als Orte des Lebens bis zum Lebensende auszugestalten. Dabei müssen die Menschen im Mittelpunkt des Handelns stehen. Mit den Bewohnerinnen und Bewohnern muss verständlich gesprochen werden.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V

Im Jahr 2015 wurde das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet. Zu den Inhalten des Hospiz- und Palliativgesetzes zählt unter anderem die Einführung der Beratung der Versicherten über bestehende Angebote der Begleitung und Versorgung am Lebensende. Geregelt wird diese »gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« im Sozialgesetzbuch V, in § 132g.

44 Schönberg, Frauke; de Vries, Bodo: *Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen.* In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit.* 62. Jg., Ausgabe 5, Beltz Juventa, Weinheim 2011.

Durch die Einführung des Anspruchs auf Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurde das Recht eines Menschen auf ein Leben bis zuletzt nach seinen Wünschen und Vorstellungen hervorgehoben. Damit wurden Rahmenbedingungen für eine Beratung der Menschen geschaffen. Gleichzeitig wird aber auch die Vernetzung derjenigen in der Region gefordert, die sterbende Menschen und ihre Angehörigen begleiten, betreuen, pflegen und versorgen, gleich ob hauptamtlich oder ehrenamtlich. Die Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen sollen im Zentrum des Handelns stehen.

Nach intensiver Diskussion trat im Januar 2018 auf Bundesebene die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase Lebensphase in Kraft.[45]

Regelungen der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

Die Vereinbarung wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung getroffen.

In einer Handreichung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. heißt es zu der Vereinbarung: »Sie regelt die Zielsetzung der Leistung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Qualifikation der Beraterin sowie die Anforderungen, die Organisation, Dokumentation und die Finanzierung der Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.«[46]

Gesetzlich krankenversicherte Bewohnerinnen und Bewohner haben die Möglichkeit, sich individuell beraten zu lassen. Die Finanzierung erfolgt für gesetzlich Versicherte über die Krankenkasse.

Beratung nach § 132g SGB V

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Form von Gesprächen anbieten.

Eine Beratung soll den Menschen Gelegenheit geben, sich frühzeitig mit ihren Wünschen auseinanderzusetzen, indem ein Blick auf die eigenen Werte und die eigene Grundhaltung geworfen wird. Die Menschen werden in der Beratung dabei unterstützt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.

Die Beratungsgespräche thematisieren auch die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie die möglichen Angebote und Hilfen

45 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

46 https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/2018-04-20_BAGFW_Handreichung____132g_Abs._3_SGB_V_final.pdf

der Sterbebegleitung. Insbesondere geht es aber darum, die individuellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen zu besprechen, um die gewünschte Versorgung am Lebensende darauf abstimmen zu können.

Verschiedene Fallkonstellationen sollen von den Beraterinnen und Beratern angesprochen werden. Dazu zählen sowohl Notfallsituationen als auch eine palliative Versorgung, hospizliche und psychosoziale Begleitung.

Die Wünsche des Menschen in Bezug auf die Betreuung, Versorgung und Begleitung am Lebensende werden angesprochen, um diesen am Ende des Lebens in der Einrichtung nachkommen zu können. Die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner ist als ein Prozess zu sehen. Er kann mehrfach durchgeführt werden und ist ergebnisoffen.

Im Beratungsprozess gem. § 132g SGB V kann auf eine möglicherweise bereits verfasste Patientenverfügung aufgebaut werden. Wünsche gerade in Akutsituationen oder der Verzicht auf bestimmte Behandlungen können besprochen und festgehalten werden.

Die Beraterinnen und Berater

Der Beratungsprozess umfasst Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und eine Dokumentation des Beratungsprozesses. Außerdem wird die schriftliche Willensäußerung des Versicherten festgehalten.

Um diesen Beratungsprozess mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung durchführen zu können, wird von den beratenden Personen eine Qualifizierung verlangt.

Darüber hinaus ist wesentlich, dass die Beraterinnen und Berater den Beratungsprozess respektvoll gestalten und Kompetenzen sowohl in direkter als auch in non-verbaler Kommunikation besitzen. Sie müssen sich auf die besonderen Belange der Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe einstellen können.

Angehörige, Vertrauenspersonen oder Hausärzte und -ärztinnen können auf Wunsch des zu Beratenden hinzugezogen werden, um die Vorstellungen des Menschen zu ermitteln. Gesetzliche Betreuer müssen in die Gespräche eingebunden werden.

Die fachlichen Voraussetzungen der Beraterinnen und Berater sind in der Vereinbarung nach § 132g SGB V geregelt.

Weitere Voraussetzung für eine gelingende Beratung gemäß § 132g SGB V

Durch die Aufnahme des § 132g SGB V wurde die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod, Trauer und Abschiednehmen in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe befördert.

Zentral ist, dass durch die gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende die Wünsche, Fragen und Bedürfnisse der Menschen mehr in das Zentrum des Handelns der Leitung und der Mitarbeitenden der Einrichtungen gestellt werden.

Die Beratung kann nur gelingen, wenn die Akteure in der Begleitung, Versorgung und Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen vernetzt sind und auf Augenhöhe miteinander agieren.

Die Corona-Pandemie erfordert, Gespräche erneut zu führen, Menschen zuzuhören und sie zu beraten. Vorausverfügungen müssen auf ihre Gültigkeit gesichtet und geprüft werden. Wünsche und Bedürfnisse können sich ändern und müssen gegebenenfalls angepasst werden.

Das Sterben gehört zum Leben. Den Menschen muss verständlich erklärt werden, welche Möglichkeiten und Grenzen in der Begleitung, Versorgung und Betreuung am Lebensende gegeben sind, damit sie sich selbst frei und ohne Druck entscheiden können. Dafür werden ein offener Blick, ein offenes Ohr und Empathie benötigt, sodass § 132g SGB V zum Wohle besonders Schutzbedürftiger mit Leben gefüllt und weiterentwickelt werden kann.

Weitere Informationen/Literatur

Gesetzestext: http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html

Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 unter 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

Fragen-Antworten-Katalog zur Umsetzung der Vereinbarung, der der Praxis eine Orientierung geben soll, unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029_FAQ_letzte_Lebensphase_Umsetzung_132g_SGB_V.pdf

BAGFW (Hrsg.): *Handreichung: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.* Berlin 2018. www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/2018-04-20_BAGFW_Handreichung____132g_Abs._3_SGB_V_final.pdf

Anne Volmering-Dierkes, *Advance Care Planning in Deutschland. Eine kritische Diskursanalyse,* Frankfurt am Main 2020.

Projekt Zeitkapsel

Ivonne Heinrich

Was möchte ich Menschen von mir hinterlassen? Und wem? Pfarrerin Ivonne Heinrich will, dass eine Zeitkapsel von ihr bleibt. Zumindest für eine Weile.

Was bleibt von mir? Vielleicht gebe ich die Zeitkapsel an meine Nichte oder an mein Patenkind mit der Bitte, sie 7 Jahre nach meinem Tod zu öffnen – oder 12 Jahre oder …?

Eine Zeitkapsel ist für mich kein gewöhnliches Testament, sondern der Versuch, die wesentlichsten Erkenntnisse meines Lebens in Worte, kleine Gegenstände oder Symbole zu fassen. Ich bin gespannt, was mir dazu in die Hände fällt. Ich vermute, dass Fotos dazugehören werden und womöglich mein Rezept für Makkaroni mit Käse. Vor Kurzem hatte ich einen Ring aus Barcelona in der Hand, der mir nicht mehr passt, aber tolle Erinnerungen trägt. Ein selbstgemalter Seidenschal, ein kleines Notizbuch oder ein Mini-Fläschchen Parfum wären schön. Es ist aber nicht sehr viel Platz in so einer Zeitkapsel. Die Reduktion auf das Wesentlichste ist hier geboten.

Ob ein USB-Stick Sinn macht, weiß ich nicht, denn die Technik könnte in 20 Jahren schon ganz woanders sein. (Eine Floppy-Disk kann ich heute ja auch nicht mehr lesen.)

Manches werde ich wohl auf dokumentenechtem Papier aufschreiben und als Rolle hineinlegen. Ich könnte mal versuchen, ein Gedicht zu schreiben. Oder ich halte meine Pandemie-Erfahrungen für die Nachwelt fest. Man kann schließlich immer etwas lernen.

Wieso mache ich so etwas? In den letzten Jahren sind einige Menschen in meiner Umgebung gestorben, und jedesmal, wenn die Beerdigung gestaltet werden sollte, stellte sich die Frage: Was war ihm besonders wichtig? Woran hat ihr Herz gehangen? Manchmal konnte das keiner so richtig beantworten.

»Was bleibt?«
Jesus Christus antwortet darauf: »Ich lebe, und ihr sollt auch leben.«

Johannes 14,19

Da kam mir die Idee, dass es doch schön wäre, wenn man einige Zeit nach den Trauerphasen so etwas wie Post aufmachen könnte, um dem/der Verstorbenen noch einmal neu zu begegnen. Zugegeben, diese Begegnung erfolgt in zwei getrennten Schritten – der Gestaltung der Zeitkapsel durch die eine Person und der Öffnung später durch die andere Person –, aber ich verspreche mir davon, dass beide Menschen sich mit besonderer Intensität mit dem eigenen Leben, mit Gott und der Welt beschäftigen.

Das Format der Zeitkapsel ist mir in einer Werbung im Internet begegnet. Normalerweise werden Zeitkapseln beim Bau von wichtigen Gebäuden verwendet, oder Schulklassen packen eine Kiste, um sie beim 10-jährigen Klassentreffen zu öffnen. Für den privaten Gebrauch finde ich die Größe einer Zeitkapsel gut. Eine Röhre von 30 cm Länge und 15 cm Durchmesser ist handlich und bietet trotzdem einige Möglichkeiten.

Wer »Zeitkapsel« googelt, findet erstaunliche Projekte, die es weltweit gibt. Manche Menschen oder Organisationen haben ganze Keller gefüllt und versiegelt, um sie in 100 Jahren wieder öffnen zu lassen. Auf Spitzbergen gibt es einen Bunker, in dem die größte Sammlung aller verfügbaren Samen von Fruchtpflanzen der Erde lagert (ca. 4,5 Mio. verschiedene). Auch das ist eine Vorbereitung auf die Zukunft.

Irgendwann wurde mir klar, dass ich diese Zeitkapsel-Aktion nicht allein machen möchte. Und so entstand die Idee eines Seminars. Hier ein paar Informationen zu mir und meinem Projekt:

Ich heiße Ivonne Heinrich und bin Pfarrerin in der Evangelischen Kirche (EKHN). Ich werde in diesem Jahr sechs Wochen Studienzeit haben, die ich für die Vorbereitung eines Seminars zum Thema »Was bleibt?« nutzen möchte.

Dieses Seminar soll vom 28. bis 30. Januar 2022 im Theologischen Seminar in Herborn mit max. 16 Teilnehmenden stattfinden. Alle Mitarbeitenden im Ehrenamt oder Hauptamt und auch alle anderen Interessierten können daran teilnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie unter ivonne.heinrich@ekhn.de. Hier können Sie auch vorgemerkt werden. Ab September 2021 wird dann über die Homepage der Ehrenamtsakademie (ehrenamtsakademie-ekhn.de) die Anmeldung möglich sein. Kosten: 200 € für Unterbringung im EZ und Verpflegung, ca. 90 € für Materialien (luftdichte Zeitkapseln, Papier, Dokumenten-Stifte usw.). Das Seminar findet zum Selbstkostenpreis statt.

Ich freue mich sehr, dass ich durch meine Studienzeit die Möglichkeit habe, ein solches Seminar mit all seinen Facetten zu planen. Und wer weiß, vielleicht entsteht mit den Teilnehmenden zum Abschluss des Seminars eine Dokumentation dessen, was jede und jeder erlebt hat. (Die Inhalte der einzelnen Kapseln werden natürlich nicht verraten!)

Über die eigene Bestattung sprechen: »Reden ist das einzig Wahre«

Sabine Eisenhauer

Erde oder Feuer? Neben die Exfrau oder die Lebensgefährtin? Ins Meer oder im Nachbarort? Viele Hinterbliebene geraten in Konflikt, wenn es um die Bestattung geht. Fachleute raten daher: Über deren Ablauf sollten alle Beteiligten so früh wie möglich sprechen.

Ihre erwachsenen Kinder wussten, dass die verstorbene Mutter das Meer und die Wellen bei vielen Urlauben ins Herz geschlossen hatte. Doch als sie nach ihrem Tod erfuhren, dass sie sich eine Seebestattung wünschte, hat sie das doch überrascht: Denn ein Grab auf einem südhessischen Friedhof und damit ein nahegelegener Ort für Zwiesprache und Trauer wäre ihnen lieber gewesen. Und auch bei dem verstorbenen Witwer stehen die Angehörigen vor einem Problem: Seine Nachkommen möchten ihn gerne neben der Mutter erdbestatten, seine langjährige Lebensgefährtin wünscht sich jedoch ein Urnengrab, in das auch sie selbst später beigesetzt werden kann.

Würden Menschen schon zu Lebenszeiten über ihre Vorstellungen rund um die eigene Bestattung reden, blieben ihren Angehörigen solche Überraschungen und damit auch Kummer und Streit erspart, sagt Werner Kahrhof, Geschäftsführer von »Kahrhof Bestattungen« in Darmstadt. Etwa 500 Bestattungen führt das Familienunternehmen jährlich durch. »Bei mehr als der Hälfte der Fälle erleben wir, dass es entweder überhaupt keine Vorgaben für die Bestattung seitens der Verstorbenen gab oder dass ihre Wünsche den Angehörigen bis dato vollkommen unbekannt waren.« Und das führe dann nicht zu selten zu Konflikten.

Der Unternehmer appelliert daher: »Über die Bestattung sollte in Familien unbedingt schon zu Lebzeiten gesprochen werden, damit Hinterbliebene sich neben ihrer Trauer nicht auch noch mit den Gegebenheiten einer Beerdigung auseinandersetzen müssen, die ihnen im Zweifelsfall nicht gefallen.« Wenn Menschen sich nahestehen, sollten sie auch über ihr Sterben reden: »Die eigene Beerdigung sollte kein Tabu sein.«

Die Hospiz- und Palliativarbeit habe in den vergangenen 30 Jahren das Sterben als Thema verstärkt in die Öffentlichkeit gebracht und für größere Offenheit gesorgt, sagt Nirmala Peters, Pfarrerin für Hospiz- und Trauerseelsorge im Evangelischen Dekanat Mainz. »Doch der eigene Tod ist immer noch ein gerne gemiedenes Thema, um das viele Menschen einen Bogen machen«, ergänzt sie.

Die Theologin ist unter anderem in Mainz im stationären Christophorus-Hospiz der Caritas Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH im Dienst. »Das Haus ist die endgültig letzte Station auf dem Lebensweg, und das Sterben hat unwiderrufliche Präsenz«, sagt sie. Als Seelsorgerin begleitet sie die evangelischen Bewohnerinnen und Bewohner im Haus und erlebt dabei, dass die meisten von ihnen angesichts der eigenen Endlichkeit noch viele persönliche Angelegenheiten regeln – unter anderem auch die eigene Bestattung: »Manche planen mit ihren Angehörigen sogar bis ins Detail die Musik und die Gästeliste für die Trauerfeier oder die Kleidung, mit der sie beerdigt werden möchten.«

Bei den Gesprächen darüber helfe der Beistand der haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden im Hospiz. »Sie sind erfahren und nehmen wahr, was den Menschen am Herzen liegt, welche ungeklärten Dinge sie belasten und worüber noch gesprochen werden sollte«, sagt Nirmala Peters. So ließen sich bisher umgangene Tabus aufbrechen und unter anderem gemeinsam eine Bestattungsform finden, auf die sich alle Beteiligten einigen könnten.

Kompromisse zu finden, ist auch Inhaberin Nikolette Scheidler vom Unternehmen »Kistner+Scheidler Bestattungen« im Frankfurter Gutleutviertel wichtig. »Reden ist das einzig Wahre«, betont die Bestatterin. »Gibt es Angehörige?«, das ist darum stets ihre erste Frage, wenn sie Kundinnen und Kunden über die Bestattungsvorsorge berät. »Wird die Frage bejaht, gebe ich den Anfragenden erst einmal eine Hausaufgabe«, sagt die Bestatterin. Neben dem Heraussuchen aller wichtigen Urkunden wie Scheidungsurteil oder Versicherungsbeleg sei dies eben das Gespräch mit den nahestehenden Menschen.

Für solch ein Gespräch gebe es kein Patentrezept, meint Pfarrerin Nirmala Peters: »Denn jede Beziehung ist anders, und jede Familie hat ihre eigene Art zu kommunizieren.« Während vielen Menschen ein vereinbarter Termin am sonntäglichen Kaffeetisch beim Klären der Bestattungswünsche helfe, könne sich das Reden darüber bei anderen spontan beim Spazierengehen oder bei einer Autofahrt ergeben.

Urne oder Sarg, der Friedwald, ein Friedhof oder das Meer: Vor allem der Ort und die Art der Bestattung solle innerhalb der Familie unbedingt geklärt werden, betont der Darmstädter Bestatter Werner Kahrhof. »Dabei können Angehörige zum Beispiel darlegen, dass sie gerne bei ihrer Ansprache an den Verstorbenen vor einem Grab und nicht vor einer Wiese, am Meer oder vor einer Urnenwand stehen möchten.«

Solch ein Gespräch sei für alle Beteiligten sehr befreiend, hat er erlebt. »Denn es geht dabei nicht um juristische und gesetzliche Vorgaben und Details, sondern um Emotionen und gemeinsame Werte.« Erst im nächsten Schritt träten dann professionelle Fachleute mit ihrem Wissen über Bestattungsvorsorge, Patientenverfügung, Testament oder Vorsorgevollmacht hinzu.

»Die Wünsche eines Verstorbenen empfinden seine Angehörigen meist als moralisch verbindlich«, berichtet Bestatterin Nikolette Scheidler. »Legte jemand eine Feuerbestattung fest, wird er nicht einfach im Sarg beerdigt, und bei einem überzeugten Atheisten wird keine christliche Andacht durchgeführt.« Kompromisse zu finden, ist ihr auch in den Fällen wichtig, in denen über die Bestattung zu Lebzeiten nicht gemeinsam gesprochen worden ist.

Als ausgebildete Mediatorin nimmt Nikolette Scheidler sich dafür viel Zeit mit den Hinterbliebenen und schaut auf deren Bedürfnisse: »Wir klären, was die Trauernden brauchen, um mit dem Verlust weiterzuleben, und suchen eine Lösung, die allen Seiten gerecht wird.« Dann könne etwa die Asche der Mutter wie von ihr gewünscht ins Meer gestreut und ein kleiner Teil davon auf dem Friedhof in der Nähe beigesetzt werden.

Der Tod eines nahestehenden Menschen sei eine emotionale Ausnahmesituation, die das Handeln und Entscheiden beeinflusse, ergänzt Bestatterin Nikolette Scheidler. »Angesichts der Endlichkeit des Lebens gibt es nicht nur in Patchwork-Familien viele Konflikte, auch Geschwister können sich nicht einig sein und über die anstehende Bestattung in Streit geraten.« Sie appelliert daher: »Jeder und jede sollte unbedingt die eigenen Eltern auf deren Bestattungswünsche ansprechen.« Der Impuls zu solch einem Gespräch könne vor allem von den Kirchen ausgehen, findet Bestatter Werner Kahrhof: »Kirchengemeinden können im kleinen Kreis zum Reden über die eigene Bestattung einladen, Pfarrerinnen und Pfarrer verstärkt von der Kanzel dazu auffordern.«

Neben den vom Palliativmediziner Georg Bollig aus Schleswig-Holstein konzipierten und auch von kirchlichen Gruppen durchgeführten »Letzte Hilfe«-Kursen erlebt Nirmala Peters auch das Christophorus-Hospiz in Mainz als einen Ort, an dem ohne Tabu über das Sterben gesprochen wird. »Studierende der Medizin, Konfirmandengruppen oder Schulklassen kommen zu Besuch und erleben hier Aufgeschlossenheit und Lebensfreude.« Solch eine erlebte Offenheit könne junge Menschen prägen und mit dazu beitragen, das Gespräch in der eigenen Familie zu enttabuisieren.

Links

http://www.kistner-scheidler.de/willkommen.html

https://www.kahrhof-bestattungen.de

https://hospiz-mainz.de

https://www.mainz-evangelisch.de/arbeitsfelder/seelsorge/hospiz-und-trauerseelsorge.html

https://www.nichtsvergessen.de

https://www.ekiba.de/html/content/vorsorge_nichts_vergessen.html

https://www.letztehilfe.info

https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/advance-care-planning-behandlung-im-voraus-planen.html

STERBE ORTE

Zu Hause sterben dürfen – ein frommer Wunsch?

Dagmar Jung

Die Redensart »einen alten Baum verpflanzt man nicht« scheint heute an Bedeutung verloren zu haben. Ebenso wie es mittlerweile Angebote für ungeduldige Gartenbesitzer gibt, die sich ausgewachsene Bäume pflanzen lassen, sind zunehmend alte Menschen jenseits des Rentenalters bereit, ihren langjährigen Wohnort zugunsten einer neuen, attraktiveren Wohnumgebung aufzugeben.

Meist sind es nüchterne Überlegungen, die diesen Schritt begünstigen: Das eigene Haus und das Grundstück werden als zu groß empfunden, die lokale Infrastruktur wie Einkaufsmöglichkeiten, Nahverkehr, Gesundheitsangebote schrumpft, Angebote zu Kultur und Bildung sind eher spärlich.

Bei zahlreichen alten Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen sind es aber meist ganz andere Gründe, die sie zwingen, sich mit dem Verlassen der gewohnten Umgebung auseinanderzusetzen. Sie brauchen schlicht so viel Hilfe für ihren Alltag, dass sie diese nicht mehr alleine organisieren können. Ihre Lebens- und Familienverhältnisse erschweren die notwendige Pflege so stark, dass ein Einzug ins Pflegeheim unausweichlich scheint.

Trotz dieser Entwicklung kennzeichnet die Wohnbedürfnisse der allermeisten alten Menschen, dass sie dort bleiben wollen, wo sie sich beheimatet fühlen – weil ihnen die Umgebung seit vielen Jahren vertraut ist, wo sie die Wege und die Menschen kennen, wo sie sich als aktiver Teil einer Gemeinschaft fühlen und wo sie langjährige Beziehungen pflegen konnten. Dabei ist es gar nicht entscheidend, wie stark diese Empfindungen von aktuellen Erfahrungen gespeist werden. Häufig genügt die Verknüpfung der persönlichen Erinnerungen mit der vertrauten physischen Umgebung. Alte Menschen, die objektiv relativ isoliert wirken, können sich wegen dieser Fähigkeit subjektiv trotzdem zugehörig und mit enger Bindung an ihre Umgebung erleben.

Es liegt nahe, die starke Bindung alter Menschen an ihre Wohnung und die Wohnumgebung auch auf die letzte Lebensphase zu übertragen. Geht es um den Ort des Sterbens, so äußert niemand, dass er gerne im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz seine letzten Tage verbringen möchte. Eine repräsentative emnid-Umfrage aus dem Jahr 2015 zeigt folgendes Bild: 76 Prozent der Befragten wollen zu Hause sterben, 10 Prozent im Hospiz, 6 Prozent im Krankenhaus und 2 Prozent im Pflegeheim. Die Realität sieht allerdings anders aus. Die Bertelsmann-Stiftung hat 2015 diese Wunsch-Sterbeorte mit den wirklichen Sterbeorten verglichen: nur 20 Prozent sterben zu Hause, nur 3 Prozent im Hospiz, aber 46 % im Krankenhaus sowie 31 Prozent im Heim.

Die Verlagerung des Sterbens an »Sonderorte« wird durch die Entwicklung stationärer Hospize nicht abgemildert. Diese repräsentieren als alternative Sonderorte eine Gegenreaktion auf die Bedingungen des Sterbens in Krankenhäusern und Pflegeheimen, auch wenn viele Krankenhäuser mittlerweile gesonderte Palliativstationen eingerichtet haben und die Kompetenz der Pflegeheime im Hinblick auf die Sterbebegleitung gestiegen ist.

In der modernen, mit hochprofessionellen Dienstleistungen arbeitsteilig bis in die Sterbebegleitung hinein ausgestalteten Gesellschaft mag es unrealistisch und romantisierend wirken, die Rückkehr des Sterbens an die Orte des lebendigen Alltags zu propagieren. So hat es bereits im Jahr 2007 der Psychiater Klaus Dörner in seinem Buch »Leben und Sterben, wo ich hingehöre« ausgeführt. Seither ist es aber tatsächlich zu einer Wiederentdeckung des von Dörner definierten dritten Sozialraums gekommen. Unter dem dritten Sozialraum versteht er den Bereich zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum. Dieser Bereich wird heute auch als Quartier, Stadtviertel, Dorfgemeinschaft o.ä. bezeichnet und beschreibt eine zahlenmäßig übersichtliche Bevölkerungszahl mit dem Potenzial, ein Wir-Gefühl und Miteinander im Zusammenleben der unterschiedlichen Generationen entwickeln zu können.

Einige moderne Politikentwürfe greifen unter dem Eindruck des demografischen Wandels und der absehbar sinkenden Bevölkerungs- und Finanzressourcen die Quartiersidee auf. Das sozialpolitische Interesse liegt speziell darin, zivilgesellschaftliche Ansätze bei der Bewältigung dieses Wandels aufzugreifen, zu stärken und weiter auszubauen. Dies gilt für alle Lebensbereiche, wenngleich sich die Fragen für die Lebenslagen verdichten, die wir als besonders verletzlich bezeichnen können. Dazu zählt auch die Phase am Ende des Lebens.

Was kann dies für sterbende Menschen und ihre Familien bedeuten? Die Hospizbewegung kennzeichnet ursprünglich der ambulante Ansatz, das heißt, Hilfe und Begleitung sollten dort erfolgen, wo die Sterbenden leben, ohne dass

sie ihre gewohnte Umgebung in der letzten Lebensphase aufgeben müssen. Auf dieser Basis sind insbesondere in den 1990er Jahren zahllose Hospizinitiativen von freiwillig Engagierten entstanden, während sich parallel die Sterbeorte von sterbenden Menschen in Institutionen verlagert haben. Diese Initiativen zeigen die Bereitschaft der Zivilgesellschaft, dem sozialen Tod, den Menschen am Lebensende häufig vor dem physischen Tod erfahren müssen, etwas entgegenzusetzen. Gleichzeitig wirken sie beständig an der Enttabuisierung des Todes mit. Wo der Tod aus dem Alltag verbannt und das Sterben institutionalisiert wird, da schwindet die Bereitschaft, sich mit dem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen. In Stadtquartieren oder Dörfern geht es bei der konzeptionellen Ausgestaltung von Quartiersarbeit deshalb darum, nicht nur die vielgestaltigen Aktivitäten eines lebendigen Miteinanders und der Lebensbejahung, sondern auch das Lebensende der Bewohner mit zu bedenken.

Um dort gepflegt zu werden und auch sterben zu können, wo man zu Hause ist, muss nicht unmittelbar die langjährige eigene Wohnung genutzt werden. Es kann auch eine größere Quartiers-Pflegewohnung sein, die in die vertraute Umgebung eingebettet ist. Dieses Konzept lässt für Bewohner des jeweiligen Dorfes oder des Stadtteils gemeinschaftliches Wohnen mit Pflege zu, nachbarschaftliche Kontakte können ebenso aufrechterhalten werden wie die Teilhabe an lokalen Ereignissen. Derartige Wohnformen gibt es bislang vereinzelt, und sie haben sich insbesondere für Menschen mit Demenz bewährt. Eine bedeutsame Erkenntnis aus den bisherigen Erfahrungen ist, dass die meisten WG-Bewohner in ihrer Wohnung sterben können, ohne dass sie am Lebensende in eine Institution verlegt werden. Sie bleiben Teil der Gemeinschaft bis zuletzt.

Freiwillig Engagierte, die sich in einer Hospizinitiative engagieren, finden in einem nach Quartiersmaßstäben organisierten Wohnumfeld leichter Zugang zu Sterbenden als bisher und ergänzen die ambulante Pflege. Sie tragen zur Entlastung der Familien oder Personen bei, die die Versorgung Sterbender sonst ebenso alleine bewältigen müssen wie ihre Emotionen und die sich damit oft überfordert fühlen. Im Gegensatz zu anderen zivilgesellschaftlichen Aufgaben, die unter Quartiersgesichtspunkten erst definiert und neu entwickelt werden müssen, stehen die Hospizinitiativen häufig schon bereit.

Literaturhinweise

Klaus Dörner, *Leben und Sterben, wo ich hingehöre,* Paranus-Verlag, Neumünster 2007.

Bertelsmann-Stiftung: *Faktencheck Gesundheit 10/2015 »Palliativversorgung«*

Hospize in diakonischer Trägerschaft

Hospize sind Lebensorte für Menschen, die von einer fortschreitend verlaufenden Erkrankung betroffen sind, die ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat. Eine Heilung ist ausgeschlossen, und eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig und erwünscht. Aufgenommen werden Menschen, die unter folgenden Krankheitsbildern leiden:

- fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung

Hospiz Kassel

In der Tradition mittelalterlicher Hospize als Herbergen wurde im Jahr 2000 in Bad Wilhelmshöhe, im Westen Kassels in der Nähe des Habichtswaldes gelegen, das »Hospiz Kassel« gegründet. Hier nehmen wir schwerstkranke, sterbende Menschen auf, die wegen des Umfangs der Symptome ihrer Erkrankung zu Hause nicht (mehr) angemessen medizinisch und pflegerisch versorgt werden können. Wir bieten in sechs wohnlich eingerichteten Einzelzimmern Leben in privater Atmosphäre. Jedes Zimmer verfügt über ein eigenes Duschbad, eigenen Telefon- und Kabelanschluss. Eigene Einrichtungsgegenstände können selbstverständlich mitgebracht werden. Die Aufnahme der Menschen, die wir »Gäste« nennen, erfolgt unabhängig von der Herkunft, dem Glauben, der Weltanschauung und den finanziellen Verhältnissen. Kooperationspartner des Hospiz Kassel ist der Hospizverein Kassel e. V., der die Vorbereitung und Begleitung der auch im Hospiz Kassel mitarbeitenden ehrenamtlichen Hospizbegleiter und -begleiterinnen übernommen hat.

Kontakt
Hospiz Kassel
Konrad-Adenauer-Straße 1
34131 Kassel-Bad Wilhelmshöhe
0561 3169-767
info@hospizkassel-gesundbrunnen.org
www.hospizkassel-gesundbrunnen.org

Spendenkonto
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e. V., Hofgeismar
IBAN DE74 5206 0410 0100 8021 40
BIC GENODEF1EK1
Evangelische Bank
Stichwort Hospiz Kassel

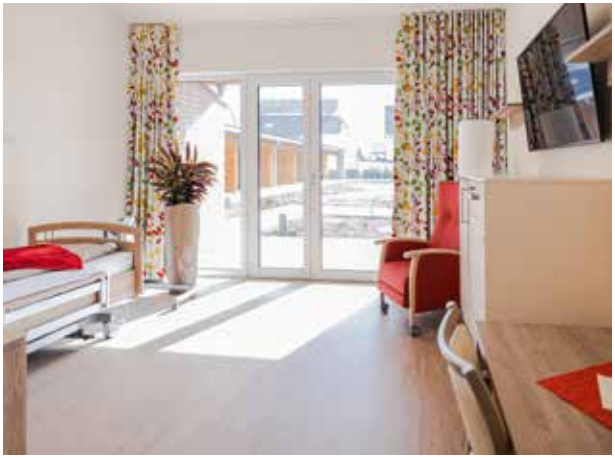
Hospiz am Wasserturm in Rodgau – auch in schwerer Zeit Normalität für die Gäste

Eckhard Lieberknecht

»Wenn es unser Selbstverständnis ist, dass Sterben zum Leben gehört, sollten wir diesen Prozess nicht aus dem Leben ausklammern, sondern bis zum letzten Atemzug, bis zum letzten Herzschlag zusammenstehen und füreinander da sein.«

Vor einem Jahr, genauer am 28. Februar 2020, wurde durch die Hospiz Stiftung Rotary Rodgau und Mission Leben in Rodgau-Jügesheim das »Hospiz Am Wasserturm« eröffnet. Betreiberin des Hospizes ist die Mission Leben, ein traditionsreiches, gemeinnütziges und diakonisches Unternehmen aus Darmstadt und Mitglied der Diakonie Hessen. Das Hospiz bietet zwölf Plätze zur intensiven und gefühlvollen Begleitung schwerst erkrankter Menschen in ihren letzten Lebenstagen. Initiiert, finanziert und gebaut wurde es von der Hospiz Stiftung Rotary Rodgau – und dies in ausschließlich ehrenamtlicher Leistung. Die Mission Leben war als fachliche Partnerin vom Beginn der Planung im Jahr 2014 mit dabei. Der Vorteil an dieser frühen Beteiligung war, dass dank der guten Zusammenarbeit mit der Hospiz Stiftung die diakonische Einrichtung ihre Erfahrung und Expertise in allen Planungsphasen einbringen konnte: Angefangen von der Standortauswahl über die Architektur, den Zuschnitt und die Ausstattung der Zimmer und des gesamten Gebäudes bis zu dem Außengelände und vor allem dem Konzept.

Dieses in Deutschland wohl einmalige Projekt sieht die Rotarier weiterhin als starken Partner an der Seite der Mission Leben. Die Hospiz Stiftung ist nach der Eröffnung für das Fundraising (zunächst muss ein Defizit von 60.000 bis 80.000 Euro aufgefangen werden) sowie die Spendenverwaltung, Mission Leben mit ihren Mitarbeitenden für die Betreuung der bis zu zwölf Hospizgäste zuständig. »Zu unseren Mitarbeitenden gehören auch Hauswirtschaftskräfte, die sich im Schichtbetrieb rund um die Uhr um das leibliche Wohl kümmern und täglich frisch kochen. Feste Essenszeiten gibt es bei uns nicht«, so Christina Dölle,



Hospiz- und Pflegedienstleitung im Hospiz Am Wasserturm. Zu den festangestellten Kräften kommen noch Ehrenamtliche aus fünf verschiedenen Hospizgruppen im Landkreis Offenbach.

Gleich nach der Eröffnung – zu der noch vor den Corona-Maßnahmen rund 400 Gäste erschienen waren – mussten sich die Hospizgäste, Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen auf die Bedingungen der Corona-Pandemie und Hygienemaßnahmen einstellen. »Wir konnten die Hospizarbeit nicht so frei leben, wie sie eigentlich ist«, sagt dazu Christina Dölle. »Eigentlich verfolgen wir das Konzept des offenen Hauses und einer offenen Gemeinschaft. Aber diese Hospizkultur hat unter den Corona-Bedingungen stark gelitten.« Neue Hospizgäste und Zugehörige mussten getestet werden, Besucher*innen konnten nur unter strengen Hygienemaßnahmen und größtenteils nur auf der Terrasse ihre Angehörigen treffen. »Wir mussten und müssen fallbezogen Entscheidungen treffen, wer wann und wie unsere Gäste besuchen kann, und haben immer im Sinne des Hospizgastes entschieden. Es ist wichtig, eine gewisse Normalität zu erreichen. Gleichzeitig sind die Einschränkungen für alle sehr belastend. Wir hoffen, dass wir bald unser Konzept ohne diese Maßnahmen umsetzen können«, so die Hospizleiterin.

Kontakt
Hospiz Am Wasserturm
Am Wasserturm 15
63110 Rodgau
06106 62781-0
hospiz-am-wasserturm@mission-leben.de
www.hospiz-am-wasserturm.com

Spendenkonto
Hospiz Stiftung Rotary Rodgau
Sparkasse Langen-Seligenstadt
IBAN: DE49 5065 2124 0001 1329 76

Agaplesion Haus Samaria Hospiz in Gießen

Ja sagen zum Leben – bis zuletzt: Unser Anliegen ist es, unheilbar kranken Menschen auf der letzten Wegstrecke eine Herberge zu bieten, in der schwer kranke und sterbende Menschen und deren Zugehörige professionell betreut und begleitet werden. Ein Ort, an dem Geborgenheit und ein schmerzarmes Leben bis zuletzt möglich wird. Die individuellen, seelischen, geistigen und körperlichen Wünsche und Bedürfnisse unserer Gäste sowie die umfassende menschliche Zuwendung und Begleitung stehen dabei im Vordergrund.

Kontakt
Agaplesion Haus Samaria Hospiz gGmbH
Paul-Zipp-Straße 171
35398 Gießen
0641 96063930
info@haus-samaria-giessen.de
www.haus-samaria-giessen.de

Spendenkonto
Agaplesion Haus Samaria Hospiz
IBAN DE46 55020500 0004605300
BIC BFSWDE33MNZ
Bank für Sozialwirtschaft

Agaplesion Elisabethen-Hospiz in Darmstadt

»Es gibt keine Patienten, nur Gäste.«

Wir möchten sowohl für unheilbar kranke Menschen als auch für ihre Angehörigen und Freunde da sein. Unser Ziel ist es, die Beschwerden unserer Gäste ganzheitlich zu lindern. Ihre individuellen seelischen, körperlichen und geistigen Bedürfnisse sowie die umfassende menschliche Zuwendung stehen hierbei im Vordergrund.

Durch die enge Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams (Pflege, Hauswirtschaft, Sozialarbeit, Verwaltung) mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten Palliativteams, Kunsttherapeuten,einer Fachfrau für tiergestützte Intervention, Physiotherapeuten, Seelsorgern und Ehrenamtlichen gelingt es uns, die Versorgung individuell zu gestalten.

Jeder Gast kann seinen Tag nach seinen Vorstellungen ausfüllen, gestalten und so weit wie möglich seinen Interessen nachgehen. Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizes unterstützen ihn und seine Angehörigen dabei gerne und stehen für Gespräche zur Verfügung. Oft können sie allein durch ihre Anwesenheit Trost spenden.

Im Mittelpunkt der medizinisch-pflegerischen Behandlung steht eine optimale Schmerztherapie und Symptomkontrolle, damit unsere Gäste bis zuletzt möglichst schmerzfrei leben können.

Sonstige Angebote

- Individuelle Begleitung von trauernden Familien und Nahestehenden (Trauerarbeit)
- Erinnerungsgottesdienst

Kontakt
Agaplesion Elisabethenstift
Elisabethen-Hospiz gGmbH
Elisabeth Schummer-Schmalz
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
06151 403-7670
hospiz@eke-da.de
www.agaplesion-elisabethenstift.de

Spendenkonto
Agaplesion Elisabethenstift
IBAN DE51 5085 0150 0002 0284 68
BIC HELADEF1DAS
Sparkasse Darmstadt
Geben Sie unter »Verwendungszweck« Name und Anschrift an, und Sie erhalten eine Spendenquittung.

Evangelisches Hospiz Frankfurt am Main

»Wir können dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben«, sagte Cicely Saunders, Begründerin der modernen Hospizbewegung und der Palliativmedizin. Ein würdiges Leben in den letzten Tagen vor dem Tod ermöglichen und dabei den Menschen ganzheitlich wahrnehmen, das ist der Leitgedanke der modernen Hospizbewegung.

Kontakt
Evangelisches Hospiz Frankfurt am Main gGmbH
Rechneigrabenstraße 12
60311 Frankfurt am Main
069 299879-0
069 299879-60
info@hospiz-frankfurt.de
www.hospiz-ffm.de

Spendenkonto
Förderverein für das Evangelische Hospiz
Frankfurt am Main
IBAN DE86 5206 0410 0004 0024 23
BIC GENODEF1EK1
Evangelische Bank
Stichwort Spende

Tierische Lebensfreude

Sabine Eisenhauer

Entspannen, schöne Momente erleben und angestaute Gefühle herauslassen: Was Hund und Alpaka im Elisabethen-Hospiz in Darmstadt bewirken

Menschen an ihrem Lebensende zu begleiten, das bedeutet, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, auf ihre Stimmungen zu reagieren, ihnen unvoreingenommen zu begegnen und ihre Emotionen auszuhalten. Alles das kann Lila: Wenn die fünfjährige Mischlingshündin die Bewohnerinnen und Bewohner des Elisabethen-Hospizes in Darmstadt besucht, spürt sie instinktiv, was die Menschen gerade brauchen. Mal lässt sie sich dann von ihnen streicheln, mal kuschelt sie sich im Bett auf einem speziellen Laken eng an sie, sie blickt ein anderes Mal unverwandt in ihre Gesichter oder lehnt sich einfach mit geschlossenen Augen an ihre Beine.

»Im Kontakt mit Lila werden manche Menschen ruhiger, einige schlafen entspannt ein, andere leben auf und unterhalten sich angeregt mit mir«, erzählt Madlin Oberstedt. Die 30-jährige Darmstädterin ist zugleich Besitzerin und Trainerin von Lila und bietet mit ihr die sogenannte tiergestützte Intervention unter anderem für Kinder mit Lernbehinderung, für Erwachsene mit psychischen oder körperlichen Einschränkungen und seit 2019 eben auch für Menschen an ihrem Lebensende im Elisabethen-Hospiz an.

Die Dämme brechen, die Glückshormone strömen

»Lila ist eine Seele von einem Hund, wenn sie kommt, weiten sich die Herzen«, erzählt Hospizleiterin Elisabeth Schummer-Schmalz. Der Vierbeiner öffne sowohl bei den Gästen, wie die Bewohnerinnen und Bewohner im Haus genannt werden, als auch bei ihren Angehörigen die Türen zu angestauten Gefühlen: »Ich erlebe Menschen, die bisher sehr gefasst waren und bei denen im Kontakt mit dem Hund alle Dämme brechen.« Das Loslassen unter Weinen und Tränen sei dann oft bitter nötig gewesen.

Dass Tiere auf Menschen eine positive Wirkung haben, zeigen viele wissenschaftliche Studien

Der Kontakt zu ihnen reguliert demnach Puls und Blutdruck, er senkt den Pegel der Stresshormone und erhöht dafür die Konzentration des Bindungshormons Oxytocin. Tiere sind daher ein fester Bestandteil im Konzept des Elisabeth-Hospizes, das in Trägerschaft des Agaplesion Elisabethenstifts und des Evangelischen Hospiz- und Palliativ-Vereins Darmstadt steht.

Die Körperwärme schweigend genießen

Wenn die Gäste in das Hospiz einziehen, können sie so zum Beispiel ihre eigenen Haustiere mitbringen. Doch in der Praxis sei das tiergerechte Halten und Füttern nicht immer umzusetzen, sagt Hospiz- und Pflegedienstleiterin Schummer-Schmalz. »Und nicht jede Katze, nicht jeder Hund und jeder Vogel ist mit einem längeren Wohnaufenthalt im 19 Quadratmeter großen Gästezimmer zufrieden.« Also wurde über professionelle Aktivitäten mit Tieren nachgedacht und ein entsprechender Spendenaufruf gestartet. Der stieß auf große Resonanz, und bisher konnten somit neben Madlin Oberstedt und ihrer Lila noch zwei weitere Anbieter und ihre Hunde für die tiergestützte Intervention im Haus gebucht werden.

Ihr Einsatz überzeugte auch die Hospizmitarbeitenden, die einem Hund generell skeptisch gegenüberstehen: Ihre Sorge, dass der vierbeinige Besuch den Gästen zu viel werden und sie überfordern könne, erwies sich schnell als unbegründet. Denn sowohl die Fachkräfte als auch ihre Hunde nehmen das Befinden der besuchten Menschen sofort wahr. »Benötigt ein Gast seine Ruhe, dann verlassen Lila und ich das Zimmer«, erklärt Madlin Oberstedt. Und möchte ein Gast schweigend mit Lila kuscheln, dann sitzt die ausgebildete Sozialbetreuerin, Erzieherin und Kindheitspädagogin eben einfach ganz still auf einem Stuhl in der Zimmerecke.

Den Tod und die Trauer zur Seite schieben

Manchmal braucht der Mensch eben ein Tier, das unvoreingenommen auf der Bildfläche erscheint, das sein menschliches Gegenüber vorbehaltlos annimmt und mit ihm einen Moment lang im Hier und Jetzt lebt. Ein Tier wie das Alpaka, das das Hospizteam für zwei junge Mädchen organisiert hatte, deren Vater im Alter von 40 Jahren in das Hospiz eingezogen war. Bei jedem Besuch im Haus ließen seine Kinder deprimiert die Köpfe hängen und waren auch für das Personal nicht ansprechbar.

Bis das Alpaka erschien: An der Longe seines Farmers betrat das Tier mit den langen Wimpern und den großen Augen das Gästezimmer, und die Teenager waren sofort hellauf be-

geistert. Das Kraulen der Haarpuschel dieses Kleinkamels, das Lauschen auf sein leises Summen und der Blick aus seinen seelenvollen Augen schufen ein gemeinsames Lebensereignis mit dem Vater, das Tod, Trauer und Sterben beiseiteschob. »Unser Haus war ab diesem Zeitpunkt für sie nicht mehr negativ besetzt«, berichtet Elisabeth Schummer-Schmalz.

Natürlich soll es dabei auch den Tieren gutgehen. Und so wurde der Besuch des Alpakas amtlich abgesichert, und auch das Befinden der Hunde wird genau beobachtet. »An Lilas Blick und ihrer Körperhaltung sehe ich, wenn sie müde wird und eine Erholung braucht«, sagt die zur Fachkraft für tiergestützte Intervention ausgebildete Madlin Oberstedt.

Den Lärm und das Weinen aushalten

Ihre Hündin hatte sie vor der Ausbildung mehreren Stresstests unterzogen: Sie spazierte mit ihr entlang einer Bahnstrecke, auf der Züge donnerten, sie brachte sie mit Rollatoren und Rollstühlen zusammen und schaute, ob die Hündin ein unvermitteltes Anfassen gelassen aushält. »Lila ist ein Glücksgriff«, stellte sie dabei fest. Denn obwohl der Hund seine ersten zwei Jahre auf den Straßen Kroatiens und in einem deutschen Tierheim verbracht habe, sei er zugewandt und freundlich und vor allem sehr kontaktfreudig und lernbegierig. »Und auch Gefühlsausbrüche verunsichern Lila nicht«, schildert Madlin Oberstedt.

Nach ihrer tragischen Vorgeschichte hat Lila nun ein tolles Leben mit einer sinnvollen Aufgabe: Sie schenkt Menschen schöne Momente. Und das motiviert auch ihre Besitzerin Madlin Oberstedt, die von der Arbeit in einem Hospiz zuvor keinerlei Vorstellungen hatte. »Nun weiß ich, dass den Menschen im Haus ein würdevolles Leben bis zum Schluss geboten wird, und es ist wunderbar, dass ich mit Lila dazu beitragen kann.«

Die vermissten Erlebnisse nachholen

Ganz besonders berühren sie die Momente, in denen sich vor allem ältere Frauen an ihren früheren Hund erinnern: »Oft erzählen sie mir, dass der damals auf dem Hof als Wachhund gehalten wurde und es nicht üblich war, mit ihm zu kuscheln.« Mit Lila holten die Hospizbewohnerinnen das dann ausgiebig nach.

Auch wenn die Pandemie die Aktivitäten mit den Tieren derzeit etwas einschränkt, möchten Hospizleiterin Elisabeth Schummer-Schmalz und ihr Team sie weiterhin anbieten. Denn wie Madlin Oberstedt tragen die menschlichen Besucherinnen und Besucher eine Maske, sie halten Abstand und werden getestet. Weitere Ideen für die tiergestützte Intervention gebe es außerdem, verrät Elisabeth Schummer-Schmalz: »Wir denken derzeit über den Besuch eines Falkners nach, denn viele Gäste wünschen sich, mal solch einen imposanten Greifvogel zu erleben.«

Links

Weiterführendes zum Kontakt Mensch-Hund, auch Wissenschaftliches:
https://www.wissenschaft.de/gesundheit-medizin/struppi-streicheln-haelt-gesund/

Frau Oberstedt: *http://oberstedt-fellness.de*

Aus dem Alltag einer Hospizseelsorgerin

Sylvia Richter

Montagmorgen. Im Windfang des Elisabethen-Hospizes empfängt mich ein Windlicht, die Kerze brennt. Wie immer, wenn jemand im Haus verstorben ist. Ich schaue ins Abschieds-Buch am Eingang. Herr A. ist verstorben, den ich lange begleitet habe. Wie waren die letzten Stunden? Werde ich gleich trauernde Angehörige antreffen? Wie haben sie sich verabschiedet? Möchten sie eine Aussegnung? Nach dem Halt an der Hygiene-Station (Hände desinfizieren, Fieber messen, Maske an; Antigen-Schnelltest-Abstrich zweimal in der Woche) gibt es eine kurze »psychosoziale« Übergabe mit dem Team. Ja, die Angehörigen sind schon da und möchten eine Aussegnung. Eine Neuaufnahme ist angekommen. Der Zustand von Frau W. hat sich übers Wochenende massiv verschlechtert. Die Angehörigen von Herrn T. sind aufgewühlt und kommen mit der Situation nicht gut zurecht.

Ich atme tief durch. Dann gehe ich los Richtung Gästezimmer. »Gäste« heißt es bei uns, nicht »PatientInnen«. Denn Menschen sind hier auf ihrer letzten Lebensstation zu Gast, sollen Raum haben, mit allem, was ist, jeder und jede auf ihrem ganz eigenen Lebensweg. Wie unterschiedlich dieser Weg war und ist bis zuletzt, wie einzigartig jedes Menschenkind, erfahre ich immer wieder, in jeder Begegnung. Ich klopfe an jede Tür – unabhängig von Konfession oder Zugehörigkeit zu einer Religion. Niemals weiß ich im Vorhinein, welcher Mensch mir begegnet, wie sich unsere Begegnung entwickelt, welche Wegbegleitung jemand möchte.

So halte ich vor der ersten Tür inne, atme aus und ein, sammle mich in Aufmerksamkeit und Respekt, öffne mich für den Menschen, der hinter dieser Tür zu Gast ist, dem ich begegnen werde, in seinem Raum. Was mir begegnet? Durch ein paar Türen möchte ich Sie mitnehmen.

■ Herr S. ist neu angekommen. Er ringt damit, jetzt hier zu sein – das Wort »Hospiz« kommt ihm nicht über die Lippen. Der letzte Lebensort – für viele ein Schock: für Menschen, die erst seit Kurzem ihre Diagnose kennen, aber auch für solche, die schon einen langen Leidens- und Kämpfweg hinter sich haben. Auch wenn es der eigene Entschluss war, hierher zu kommen: Es fällt schwer. Das Lebensende ist jetzt wirklich vor Augen. Das Hoffen und Kämpfen ums Gesundwerden geht über in ein Ringen mit der Einsicht ins Unausweichliche. Soll das alles gewesen sein? Ich höre zu. Höre den Verlust. Die Mühe, die Situation zu begreifen. Ich bin da und biete an: Ich komme wieder. Wenn er möchte. »Ich bin nicht so der Kirchgänger«, schickt er voraus, aber ja, er würde gerne noch mal mit mir reden.

■ Vor dem Zimmer des verstorbenen Herrn A. steht ein geschmückter kleiner Tisch mit Kerze. Die Familie ist schon versammelt (wegen Corona können nur zwei ins Zimmer kommen, zwei Angehörige nehmen von der Terrasse aus teil). Ich komme im Talar, bringe Gesangbücher mit und die Gedenkkerze, frage nach Wünschen für die Aussegnung. Die Stimmung ist ruhig, gesammelt.
In den Gebeten ist auch Raum für die Angehörigen, um in der Stille oder laut dem Verstorbenen noch einige Worte mit auf den Weg zu geben. Ich lege dem Verstorbenen behutsam die Hand auf den Kopf und spreche ein Segenswort. »Von guten Mächten wunderbar geborgen« singe ich (wegen Corona allein und von der Terrasse aus). Raum für Tränen.
Draußen bleibe ich ein wenig im Aufenthaltsbereich, atme durch und warte, ob die Angehörigen noch Gesprächsbedarf haben. Die Tochter, die weiter weg wohnt und die ich noch nicht kennengelernt hatte, kommt zu mir, bedankt sich, erzählt von der Sorge um ihre Mutter, darum, wie es weitergehen soll. Ich höre zu und gebe ihr Handzettel von Anlaufstellen und der Trauerseelsorge mit.

■ Im Wartebereich für den Schnelltest-Abstrich treffe ich Frau T. an, die Ehefrau eines Gastes. Sie wirkt erschöpft. Ihr Mann verdrängt seine Situation vollkommen und hat viele aktivitätsgeladene Ideen und Aufträge für sie. Raum für ihre Trauer, geschweige denn für das Teilen der Trauer mit ihrem Mann, bleibt da nicht.
»Achten Sie auf sich«, höre ich die Pflegerin zu ihr sagen. »Ihr Mann ist bei uns in guten Händen.« »Und noch in anderen Händen …« , kommt mir in den Sinn. Ob ihr dieser Gedanke helfen könnte? Sie nutzt die Minuten mit mir, um zu erzählen, wofür ihr Mann keine Ohren hat, bevor sie mit einer Kaffeetasse für ihn wieder verschwindet. Er wartet schon auf sie.

■ Nun steht ein Besuch an, von dem ich weiß, dass er mir unter die Haut gehen wird. Ein junger Familienvater mit Frau und drei Kindern, der um jeden Tag Leben kämpft, um für seine liebe Familie da zu sein. Doch der Verlauf seiner Krankheit ist erschreckend rasant. Herr I. hat um ein Gespräch gebeten, obwohl er sonst alle Kraft für seine Familie aufspart. Seine Frage an mich: »Wie geht sterben?« Er ringt damit, bleiben zu wollen und loslassen zu müssen. Mit seiner Familie versucht er, fröhlich und zuversichtlich zu wirken. Hier sucht er Raum für Fragen, Zweifel und Verzweiflung. Ohne dass es eine Lösung gibt. Ich höre zu. Er weiß: Ich werde es nicht weitererzählen.

■ Frau W. liegt mit rasselnder Atmung im Bett. Ich merke, dass sie nicht mehr viel Kraft hat. Ich weiß nicht, wie sie religiös geprägt ist. Darum frage ich ganz direkt: »Kann ich als Pfarrerin etwas für Sie tun?« Fragen ist nach meiner Erfahrung wichtig – um wirklich für diesen Menschen mit seinen Bedürfnissen da zu sein und zu sorgen. »Segen«, flüstert sie. Ich lege ihr die Hände auf und spreche ihr einen Sterbesegen zu. Sie dämmert dabei weg. Am nächsten Tag erfahre ich, dass sie wenige Stunden später friedlich verstorben ist.

■ An der Kaffeetheke treffe ich die Schwester von Frau L. Sie begegnet mir freundlich und erzählt kurz, wie es ihr geht – das ist nicht selbstverständlich, nachdem sie mir am Anfang mit großem Misstrauen begegnet war. Beide Schwestern gehören den Zeugen Jehovas an und hatten von Anfang an deutlich gemacht, dass sie deshalb keinen Kontakt zu mir wünschen. Sie wirkten überrascht, dass ich Respekt für ihren Wunsch zeigte und dafür sorgte, dass auch im Corona-Shutdown der Seelsorger aus ihrer eigenen Gemeinde ins Hospiz kommen durfte.

■ Herr K., 96 Jahre alt, ist schon viele Monate im Hospiz zu Gast und hat von Anfang an das Gespräch mit mir gesucht. Durch viele theologische Diskussionen, auch zum jüdisch-christlichen Dialog, und intellektuelle Gespräche unter uns beiden Musikliebhabern gewann er allmählich genügend Vertrauen, von seinen Verfolgungs- und Kriegstraumata zu erzählen, von Schrecken und Angst, aber auch von Dankbarkeit für die Bewahrung in seinem Leben. Solch eine Lebens-Bilanz ist Teil vieler Gespräche; sie trägt einen anderen Charakter bei älteren Hospizgästen, die nicht mit einem frühen Lebensende hadern. Aufgrund seiner fortschreitenden Erkrankung und Demenz kreisen unsere Gespräche jetzt immer wieder um das Entschwinden der Sprache, um Einsamkeit. Weil ich ihn inzwischen gut kenne, verstehe ich ihn weiterhin. Er freut sich, im Kontakt zu sein, verstanden und angelächelt zu werden.

■ Frau I. geht es immer schlechter, Übelkeit plagt sie. Sie hängt am Leben, möchte bei ihren (erwachsenen) Töchtern bleiben – und zugleich will und kann sie so nicht weiter. Sie merkt, dass sich ihr Leben dem Ende zuneigt, und sehnt sich nach Schlaf und Frieden. Ich frage sie nach ihrem Bild vom Leben nach dem Tod. Sie erzählt von ihrer Hoffnung, in der Ewigkeit wie vom Berg auf eine Blumenwiese zu schauen und dort ihre lieben Eltern wieder zu sehen. »Kann ich etwas für Sie tun?« Psalm 23 beten, bitte. »Der Herr ist mein Hirte …« Sie hat Tränen in den Augen. »Das habe ich mir gewünscht.« Und: Würde ich sie beerdigen? Die Osterandacht auf dem Zimmer mit ihren beiden Töchtern war innig. Sie möchte, dass es für ihre Töchter gut wird.

■ Mein letzter Besuch für heute: Frau B., die ich schon lange begleite. Sie ist meist nicht mehr bei klarem Bewusstsein. »Atemnot«, flüstert sie auch heute wieder – wie ich inzwischen weiß, ihr Wort für jegliche Form von Not, die sie oft nicht benennen kann. Ich halte ihre Hand, atme ruhig ein und aus, summe, spreche ein kurzes Gebet und bitte um Atem aus Gottes Ewigkeit. Sie lächelt, wird ruhiger, schläft ein.

Beispiele für die Vielfalt an Begegnungen und Themen der Seelsorge am Lebensende. Natürlich gäbe es noch viele andere, die genauso berührend und wichtig sind: Gespräche zu Schuldgefühlen, zu Konflikten in der Familie; die Bitte, das Abendmahl zu feiern oder die Beichte abzulegen; Begegnungen mit Angehörigen, auch mit Kindern …

Für-Sorge im Hospiz heißt für mich: Raum geben für das, was ist. Raum für den Leib und Raum für die Seele. Und darauf zu hoffen, dass wir in einem größeren Raum geborgen sind, dass Gott diese Menschen empfängt dort hinter der Grenze, hinter die wir nicht schauen können, wo sie Raum haben in Ewigkeit.

Mein Tag endet, indem ich in die Stiftskirche gehe – benachbart zum Hospiz. Dort, vor dem rotleuchtenden Glasfenster von Johannes Schreiter, lasse ich mich erinnern:

Unser Leben ist getragen und geborgen von der Kraft der Liebe und der Treue des Himmels. Ich zünde Kerzen an für die Gäste. Ich vertraue sie Gott an. »Du stellst meine Füße auf weiten Raum.«

Meine Kraft und Aufgabe, meine Für-Sorge endet für heute hier. Sie ist nur ein kleiner Teil der Kraft, mit der Gott für Menschen sorgt. Wie das Hospiz-Team insgesamt. Wie die Angehörigen. Und wie das, was schwingt ohne menschliches Zutun. Gott sorgt für uns.

Sterbebegleitung im Krankenhaus. Eine Herausforderung für die Seelsorge

Beate Jung-Henkel

Diese Bilder waren lange präsent: Im Krankenhaus werden sterbende Menschen in Bäder und Besenkammern abgeschoben. Sterben wird unsichtbar gemacht. Für würdevolles Abschiednehmen ist kein Platz. In ihren Ursprüngen war die Hospizbewegung daher ein Auszug aus dem Medizinsystem. Hospizliche Sterbebegleitung war und ist in erster Linie im häuslichen Bereich gedacht. Das entspricht auch den Wünschen und Bedürfnissen der allermeisten schwer kranken und sterbenden Menschen. Trotz aller Bemühungen werden jedoch noch immer viele Menschen nicht bis zuletzt zu Hause bleiben können. So hat sich die Hospizbewegung zum Ziel gesetzt, überall da, wo Menschen sterben, die Hospizidee und die Konzepte von Palliative Care zu integrieren. In den Krankenhäusern ist und bleibt es aus verschiedenen Gründen ein schwieriges Unterfangen.

Sterbende werden als solche zu spät oder gar nicht wahrgenommen

In den Krankenhäusern, außerhalb von Palliativeinheiten, werden Menschen oft nicht als Sterbende wahrgenommen. Das Sterben wird als eine Krankheit behandelt, was nicht selten einen Wettlauf mit der Zeit zur Folge hat: Immer noch gibt es etwas zu untersuchen, zu therapieren und auszuprobieren. Oft geschieht dies in einer Hektik und Atemlosigkeit, dass weder Zeit noch Ruhe bleiben, sich mit der Situation auseinanderzusetzen. Der Sterbeprozess wird verzögert und zerstückelt. Sterbende und ihre Angehörigen können sich nicht auf das Sterben einstellen. Kostbare Zeit zum Reden und zum Erledigen letzter Dinge geht verloren. Das Sterben steht scheinbar im Widerspruch zum Auftrag und den Strukturen des Krankenhauses. Unter den vorhandenen Rahmenbedingungen haben es schwer kranke Patienten nicht leicht, eigene Entscheidungen für ihr Leben und Sterben zu treffen. Ganz besonders, wenn diese den Vorstellungen von Medizin und Pflege entgegenstehen. Sterben wird so enteignet. Manche Patienten akzeptieren oder wollen, genau das, aber das ist die Ausnahme.

Mangel an Kommunikation

Unter den Mitarbeitenden auf Station mangelt es chronisch an Zeit und Raum für die Kommunikation über Wahrnehmungen und die Einschätzung von Situationen und Be-

dürfnissen der sterbenden Menschen. Zeichen für einen notwendigen Richtungswechsel in Therapie und Pflege werden nicht erkannt und, wenn doch, nicht immer weitergegeben, weil die strukturellen Abläufe diese Kommunikation nicht fördern. Seelsorge wird bisweilen erst gerufen, wenn das Sterben so weit fortgeschritten ist, dass keine Gespräche mehr möglich sind. Dabei kann die Seelsorge einen sinnvollen Beitrag für ein »gutes« Sterben im Krankenhaus leisten.

Der Beitrag der Seelsorge

Seit den 1960er Jahren hat die Seelsorge eine große Veränderung von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge durchgemacht. Durch die Hospiz- und Palliativbewegung erfährt sie noch einmal eine völlig neue Ausrichtung als Seelsorge an schwer Kranken und Sterbenden. In Hospizarbeit und Palliative Care gehört die Seelsorge bzw. die spirituelle Begleitung zum Behandlungskonzept und zur Aufgabe für alle Mitarbeitenden. Durch diesen Paradigmenwechsel ergeben sich neue Aufgaben und Herausforderungen auch für die Profession der Seelsorge im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Besonderen auch in der Begleitung Sterbender im Krankenhaus. Eine der vornehmsten Aufgaben der Seelsorge ist es hier, den Raum zu öffnen und offen zu halten für die Tabuthemen: für Klage und Anklage, für Angst, Trauer und Verzweiflung. Für den Protest gegen das Schicksal, gegen die Krankheit, die Abhängigkeit und das Angewiesensein auf andere. Für Fragen und Antworten nach Sinn und Bedeutung dessen, was dem kranken Menschen geschieht. Nach dem, was Halt gibt, was noch gebraucht wird, um das Leben gut abschließen zu können. Sie kann Würde und Ansehen ver-

leihen durch das Ansehen der Situation, so wie sie ist. Es versteht sich von selbst, dass für diese Art von seelsorgerlicher Begleitung bestimmte Kompetenzen erforderlich sind. Es braucht pastoralpsychologisches und theologisches Fachwissen und hermeneutische Kompetenz, um religiöse und spirituelle Fragen und Erfahrungen an den Grenzen des Lebens verstehen, angemessen bearbeiten und begleiten zu können. Es braucht Sprachfähigkeit für die Themen, die einem buchstäblich die Sprache verschlagen, denn »nur das, wofür ich Sprache finde, kann mir zu Erfahrung werden« (Peter Zimmerling). Für alte und desorientierte Menschen braucht es spezielle kommunikative Methoden. Es braucht rituelle und gestalterische Fähigkeiten, um Unaussprechlichem Ausdruck zu verleihen. Handlungsfelder sind hier zum Beispiel Gebet, Sterbesegen, Aussegnung, Gottesdienste, Andachten. Es braucht ethische Kompetenz. Seelsorgende können von ihrer Ausbildung her einen spezifischen theologischen und seelsorgerlichen Beitrag in den ethischen Entscheidungsfindungen einbringen. Es braucht interreligiöse und interkulturelle Kompetenz, die sich in den Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen von Menschen anderer religiöser und kultureller Lebenswelten, gleich welcher Konfession und Religion, zurechtfindet. Es braucht die Kompetenz, trösten zu können. Diese Kompetenz der Seelsorge wird gerade im hospizlichen und palliativen Kontext erwartet und eingefordert. Mit dem gesprochenen Wort wird Trost oft zur Vertröstung, weil etwas erklärt werden soll, was nicht zu erklären ist. Gerade in der Sterbebegleitung wird deutlich, dass Trost auch in anderen Zuwendungen erfahrbar wird: Im Aushalten der Trauer, der Angst, der Not und der Schuld. Im Dabeibleiben, ohne etwas tun zu können. Von diesem Verständnis tröstlicher Zuwendung ist auch auf das Trostpotenzial der biblisch-christlichen Tradition hinzuweisen.

Die moderne Krankenhausseelsorge und Palliative Care nehmen verstärkt die Umwelten und das Bezugssystem der Patienten in den Blick. Die Angehörigen brauchen die Unterstützung in der Bewältigung der Krisen und Trauersituationen. Die Mitarbeitenden im Umfeld von sterbenden Menschen brauchen ebenfalls vermehrt seelsorgerliche Begleitung. Die Belastungen durch veränderte Bedingungen und durch Zulassen der leidvollen Themen sind größer geworden. Auch sie sind Betroffene. »Was willst du, dass ich dir tun soll?« Es versteht sich von selbst, dass immer zu fragen ist, ob und wie seelsorgerliche Begleitung erwünscht ist. »Was willst du, dass ich dir tun soll?«

So hat Jesus die Kranken in Heilungsgeschichten gefragt (z. B. Lukasevangelium, Kapitel 18). Diese respektvolle und achtsame Haltung steht auch der Seelsorge gut an. Was jeweils gutes Sterben ist, was sie dazu brauchen und wen sie dazu brauchen, wissen allein die Patienten und vielleicht ihre Angehörigen.

Quelle

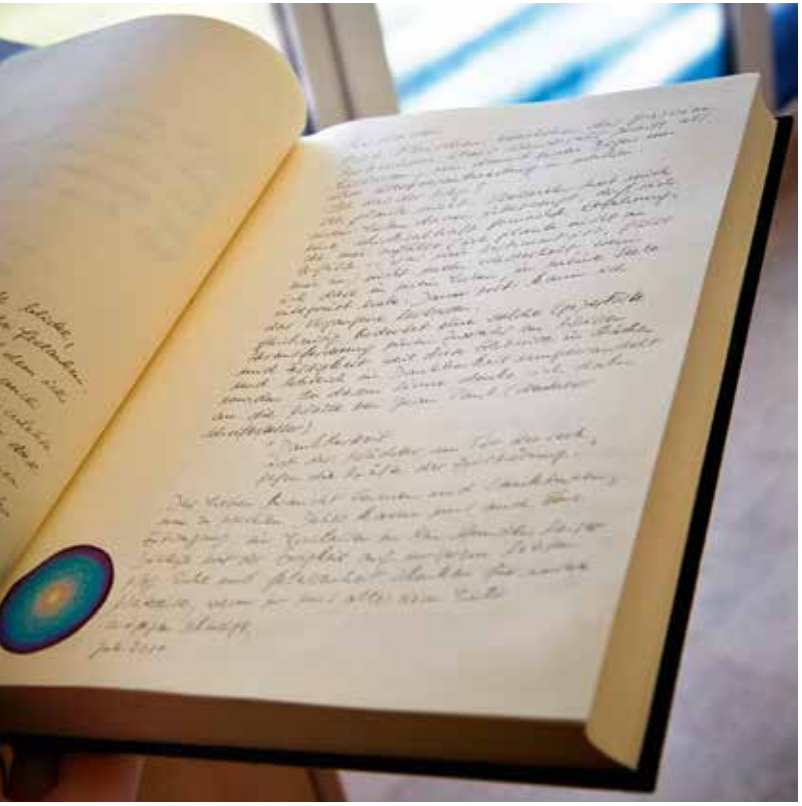
Peter Zimmerling, *Evangelische Spiritualität,* Göttingen 2003.

Literaturhinweis

Kathrin Heiß et al., *Hospizbegleitung im Krankenhaus. Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG). Handreichung zur Implementierung von Ehrenamt im Krankenhaus – Ergebnisse eines multiprofessionellen Workshops,* Göttingen 2018 (kann bestellt werden: www,palliativmedizin.umg.eu/patienten-besucher/ehrenamtlicher-dienst/).

Das Leben und Sterben in diakonischen Altenpflegeinrichtungen

Ulrike Goldmann



Eine Altenpflegehelferin kommt in das Zimmer meiner Schwiegermutter und blickt sich erstaunt um. Wir stehen dort zu viert und musizieren. Streichinstrumente und Gesang erfüllen den Raum. »Das hat sich Ihre Mutter gewünscht, so intensiv, wie sie früher für Musik gelebt hat – schön dass Sie da sind.« waren ihre Worte. Dann benetzte sie die Zunge der Sterbenden mit warmem Tee, die Lippen mit Salbe, überprüfte eine gemütliche, fachliche Lagerung und verließ das Zimmer mit den Worten, »Wenn Sie mich brauchen, dann klingeln Sie einfach. Wir bleiben heute immer in der Nähe.«

Sterben in dieser diakonischen Altenpflegeeinrichtung habe ich damals erlebt als Teil des gelebten Leitbildes »Menschlichkeit pflegen« mit dem Fokus: Leben bis zum letzten Atemzug wird individuell begleitet, und die Würde des Menschen bleibt über den Tod hinaus gewahrt.

Heute weiß ich:
Unseren Mitarbeitenden und damit den diakonischen Einrichtungen insgesamt sind Schutz und Erhalt der Selbstbestimmtheit der Bewohner*innen ein stetes Anliegen.

Entscheidungen zum Erhalt ihres Lebens und der Berücksichtigung individueller Wünsche zur medizinischen und pflegefachlichen Versorgung am Lebensende sind Bestandteil des Verständnisses von guter Qualität in Pflege und Betreuung.

Alles beginnt im Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtungen. Sie sagen deutlich, wie sie medizinisch behandelt werden möchten und wie sie die Versorgung im Alltag erleben. Die persönliche Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner ist das Ziel, entsprechend individuell soll daher die Pflege und Betreuung sein.

- So fragen Pflegefachkräfte bereits bei der Aufnahme nach einer schriftlichen gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende der Bewohnerinnen und Bewohner. Das geht von einzelnen Fragen, etwa ob eine Wiederbelebung abgelehnt wird, bis hin zu umfangreichen, teilweise mediengestützten Gesprächsbegleitungen zur Entscheidungsfindung über die Gestaltung des Lebensendes.
- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen bieten den gesetzlich versicherten Bewohner*innen eine individuell zugeschnittene Beratung zu medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerischen Angeboten in der letzten Lebensphase und begleiten den Prozess der Willensfindung über Wochen im Gespräch.
- Die Wünsche von pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz werden aus ihren verbalen und nonverbalen Äußerungen und aufgrund biografischer Daten in Zusammenarbeit mit ihren Angehörigen erspürt. Das Team der begleitenden Mitarbeitenden, bestehend aus Pflegefach- und Pflegehilfs- sowie den Betreuungskräften, nimmt die angedeuteten Bedürfnisse auf, sucht nach einem Konsens in den Aussagen und hinterlegt diese in der Dokumentation.
- In Absprache und nach Kenntnisnahme der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner werden die Maßnahmen von Pflege und Betreuung im Tagesverlauf umgesetzt. Die Beachtung der Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen für ein selbstbestimmtes Lebensende in den diakonischen Einrichtungen basiert auf einer aufmerksamen, auch geschulten Wahrnehmung durch die Mitarbeitenden. Diese wird ergänzt durch aktuelle Pflege- und Betreuungsstandards auf der Basis von Evidenzstudien und gesetzlichen Updates. Fachliches Handeln wird regelmäßig geschult und eingeübt in:
- Fort- und Weiterbildungen zu Themen wie dem Pflegebedürftigkeitsbegriff, dem Umgang mit Sterben und Tod, der Beratung nach § 132g SGB V; dem Umgang mit Patient*innenverfügungen, der Beziehungspflege zu Menschen mit Demenz.
- Eine fachliche Zusatzqualifikation für Pflegende zur intensivierten palliativen und hospizlichen Begleitung von Bewohner*innen, die im besonderen Maße auch behandlungspflegerische Optionen in Zusammenarbeit mit SAPV-Teams und Palliativärzten eröffnet, um ein selbstbestimmtes Sterben von Bewohner*innen zu unterstützen.
- Der Arbeitshilfe des DHPV mit den allgemeinen Empfehlungen für die Einrichtungen und Dienste der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Das Diakonie-Siegel Pflege steht für Fachexpertise im Qualitätsmanagement diakonischer Einrichtungen. Im Februar 2021 ist Version 4 des zugehörigen Bundesrahmenhandbuchs erschienen. In einem eigenen Kapitel »Umgang mit Sterben und Tod« ist u. a. Folgendes für Einrichtungen, die das Siegel tragen möchten, verbindlich festgelegt:

Die schriftliche Regelung der Einrichtung zum Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden beinhaltet mindestens folgende Kriterien:

- Eine Ausrichtung der Sterbebegleitung an den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Personen und ihren An- und Zugehörigen
- Die pietätvolle Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen
- Die Beachtung und sofortige Verfügbarkeit von Patientinnenverfügungen, Betreuungsverfügungen oder Vorsorgevollmachten oder sonstiger abgegebener Willenserklärungen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase
- Die Kooperation der Einrichtung z. B. mit Hospizinitiativen, Palliative-Care-Teams; die Kontaktdaten sind in der Einrichtung bekannt
- Die Mitarbeitenden sind für die Sterbebegleitung qualifiziert und beziehen auf Wunsch Seelsorgende christlicher oder anderer Religionen mit ein
- Auf Wunsch wird ein/e Geistliche/r hinzugerufen
- Die Berücksichtigung von Ritualen, auch anderer religiöser Gemeinschaften
- Der Umgang mit Verstorbenen, die an einer übertragbaren Infektion litten, ist der Würde des Menschen angemessen.

Nach Worten von Sören Kierkegaard:
»Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert, dass ich mehr verstehe als er, aber ich muss zunächst verstehen, was er versteht.«

Den Mitarbeitenden der diakonischen Einrichtung, in der meine Schwiegermutter verstarb, ist es gelungen, dieses Geheimnis der Fürsorge in fachliches Handeln umzusetzen und Raum zu schaffen für würdevolles, geschütztes Sterben.

Quellen

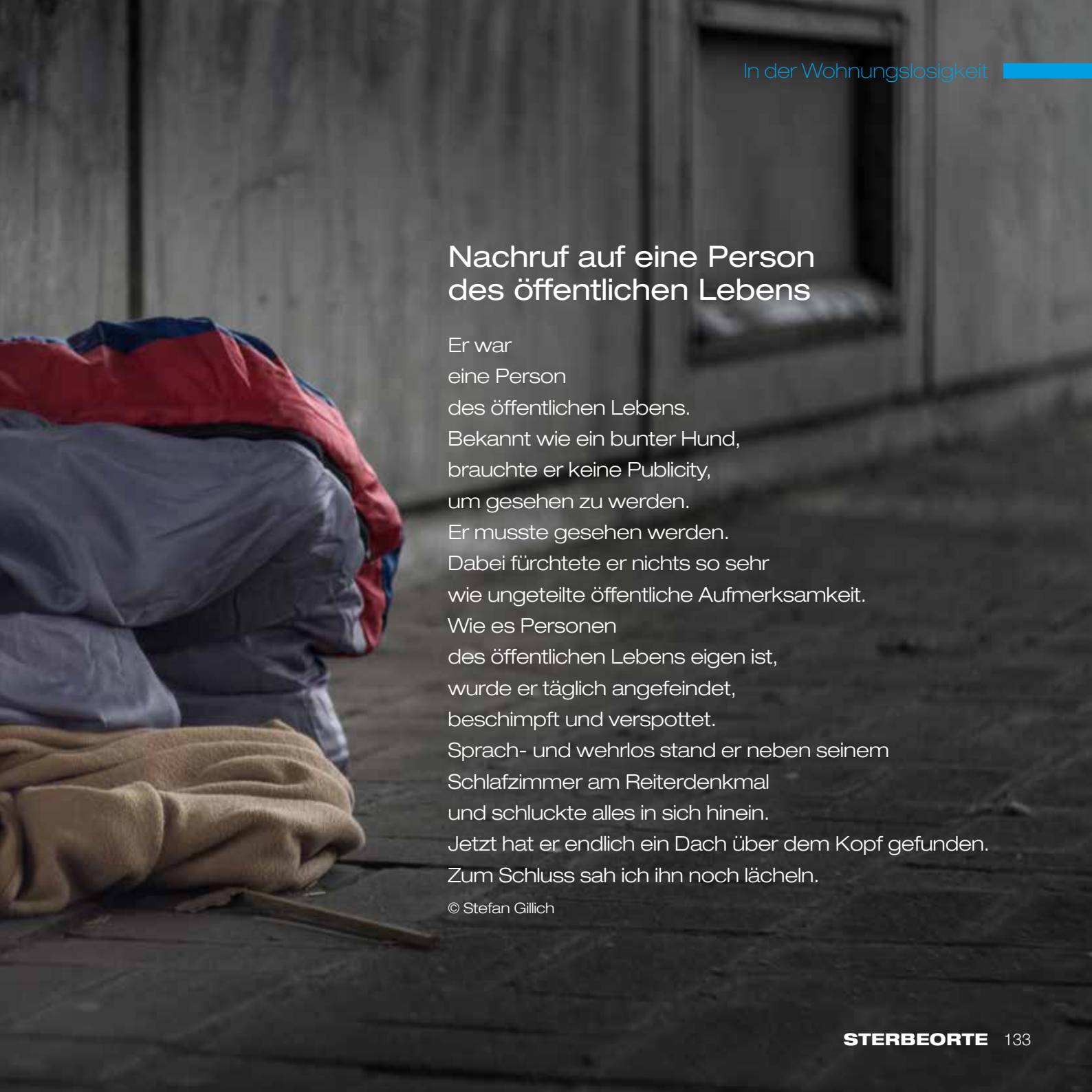
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.: *S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie* (Stand 10/2020, S. 16 ff.) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001l_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.: *Arbeitshilfe COVID-19 / Coronavirus* https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/News/20200316_Arbeitshilfe_Corona_EF.pdf

Diakonisches Institut für Qualitätsentwicklung: *Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Version 4; Kapitel: Umgang mit Tod und Sterben* https://www.diakonie-wissen.de/documents/1323081/Z1387516/Bestellflyer-BRH_Pflege_V4.pdf/b16a15de-9bbd-48bf-b221-012884c296cf

GKV-Spitzenverband: *Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende* https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitliche_versorgungsplanung.jsp

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: *Palliative Weiterbildung für Pflegekräfte* https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterbildung-fuer-pflegekraefte.html



Nachruf auf eine Person des öffentlichen Lebens

Er war
eine Person
des öffentlichen Lebens.
Bekannt wie ein bunter Hund,
brauchte er keine Publicity,
um gesehen zu werden.
Er musste gesehen werden.
Dabei fürchtete er nichts so sehr
wie ungeteilte öffentliche Aufmerksamkeit.
Wie es Personen
des öffentlichen Lebens eigen ist,
wurde er täglich angefeindet,
beschimpft und verspottet.
Sprach- und wehrlos stand er neben seinem
Schlafzimmer am Reiterdenkmal
und schluckte alles in sich hinein.
Jetzt hat er endlich ein Dach über dem Kopf gefunden.
Zum Schluss sah ich ihn noch lächeln.

© Stefan Gillich

Am Ende des Lebens auf der Straße

Stefan Gillich

Wohnungslose Menschen sind im Straßenbild zunehmend sichtbar. Die Augen sind nicht mehr zu verschließen vor der unbehausten Armut. Wohnungslos zu sein ist die wohl erbarmungsloseste und schärfste gesellschaftliche Ausgrenzung, der ein Mensch ausgeliefert sein kann. Draußen sein aus gesellschaftlichen und sozialen Bezügen, draußen sein aus einem schützenden Zuhause, draußen täglich einer zehrenden Witterung ausgesetzt sein.

Sie sind an vielen Orten sichtbar, sichtbar nah und doch fremd, weil sie nicht unserer eigenen Lebensrealität entsprechen. Wohnungslose Menschen sind aufgrund ihrer Lebenssituation notgedrungen auf die Nutzung des öffentlichen Raums angewiesen. Sie sind gewissermaßen Personen des öffentlichen Interesses. Ihr Alltagshandeln geschieht vor den Augen einer kontrollierenden und sanktionierenden Öffentlichkeit.

Sie erleben sich häufig nicht als Bürger*innen, denen Rechte zugestanden werden. Sie werden definiert und behandelt als Störer der öffentlichen Ordnung. Vertreibung aus den Konsumtempeln der Innenstädte ist gängige Praxis. Ihretwegen werden – als präventive Maßnahmen getarnt – kommunale Sondernutzungssatzungen erlassen, Hausordnungen privat-öffentlicher Einrichtungen (z. B. der Deutschen Bahn und privater Einkaufszentren) zusammengeflickt oder Sitzgelegenheiten abgebaut, um den Aufenthalt zu verleiden.

Als Annäherung an das Thema fragen wir: Was ist mit Wohnungslosigkeit überhaupt gemeint? Was macht das Leben draußen mit Menschen? Wie sieht ihre Lebenswelt aus? Was geschieht, wenn die Kräfte schwinden? Wie gehen wohnungslose Menschen und Hilfeeinrichtungen mit Tod und Trauer um?

1. Dimension und Ursachen der Wohnungslosigkeit

Da es bislang keine bundesweite statistische Erfassung gibt, liegen lediglich Schätzungen vor. In der aktuellsten Schätzung gibt die BAG Wohnungslosenhilfe (BAG W) für das Jahr 2018 eine Jahresgesamtzahl von knapp 680.000 wohnungslosen Menschen in Deutschland an. Die Zahl der Menschen, die ganz ohne Unterkunft auf der Straße le-

ben, in Tiefgaragen oder auf Abluftschächten nächtigen, schätzt die BAG W für das Jahr 2018 auf 41.000 (BAG W 11.11.2019).[47] Die »Straßenobdachlosigkeit« ist stark durch die EU-Binnenzuwanderung geprägt, vor allem in den Metropolen, in denen deren Anteil bis zu fünfzig Prozent beträgt. In den Zahlen sind diejenigen Menschen nicht enthalten, die zwar noch über Wohnraum verfügen, jedoch unmittelbar von Wohnungsverlust bedroht sind, z. B. durch Kündigung des Vermieters / der Vermieterin, durch eine Räumungsklage, eine Zwangsräumung etc. Letztlich werden als wohnungslos diejenigen Menschen bezeichnet, die nicht über mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen. Ein beachtenswertes Merkmal: Siebzig Prozent der wohnungslosen Menschen sind alleinstehend, der Anteil der Frauen liegt – ohne den Einbezug geflüchteter Menschen – bei siebenundzwanzig Prozent (BAG W: 11.11.2019).

Individuelle Ursachen, die Menschen in die Wohnungslosigkeit stürzen, sind in der Regel einschneidende persönliche und familiäre Ereignisse wie Krankheits- oder Todesfälle, Trennungen, Arbeitsplatzverlust oder Konflikte. Hauptgründe für die steigende Zahl wohnungsloser Menschen auf der strukturellen Ebene sind das unzureichende Angebot an bezahlbarem Wohnraum, die Schrumpfung des Sozialwohnungsbestandes, die Verfestigung von Armut sowie ein eingeschränkter Zugang zum Hilfesystem. Es fehlt insbesondere an bezahlbarem Wohnraum für Menschen im Niedrigeinkommensbereich, für Transferleistungsbezieher*innen und für anerkannte Geflüchtete. Unbestritten ist, dass es auf absehbare Zeit auch weiterhin insbesondere an bezahlbaren Kleinwohnungen mangeln wird. Peter M. hat nach mehr als hundert Wohnungsbewerbungen in einem Gespräch mit dem Autor seine Erfahrungen bei der Wohnungssuche resigniert zusammengefasst: »Man kann ja schließlich auch auf einer Glatze keine Locke drehen.«

2. Eine Wohnung ist nicht alles, aber ohne Wohnung ist alles nichts

Eine Wohnung ist mehr als ein Dach über dem Kopf. In der eigenen Wohnung gibt es die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und zur Ruhe zu kommen, sie bietet Privatheit und Schutz. In der Wohnung hat man die Möglichkeit, Stärken zu entwickeln und Schwächen zu überwinden. Die Wohnung ist Lebensmittelpunkt und Ort der individuellen Entfaltung. Voraussetzung, um einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu sichern. Was die Wohnung für die Entfaltung des menschlichen Daseins bedeutet, können viele Menschen erst ermessen, wenn sie ihre Wohnung verloren haben. Fehlt eine Wohnung auf Dauer, so fehlen die Voraussetzungen zu einer eigenständigen Lebensführung. Der wohnungslose Mensch hält sich in der Öffentlichkeit auf und ist den Blicken einer kontrollierenden Öffentlichkeit ständig ausgesetzt. Essen, schlafen, trinken, sich pflegen, kommunizieren usw.: Alles ist öffentlich. Es gibt keine Rückzugsmöglichkeit, keine Privatsphäre und damit auch keine Möglichkeit der psychischen und physischen Entspannung und Erholung. Die Folgen dieses Zustandes verwandeln den wohnungslosen Menschen nicht selten in einen auffälligen und kranken Armen.

Ohne Wohnung leben zu müssen heißt nicht nur grundlegender Rechte beraubt zu sein, sondern sich auch noch

47 https://www.bagw.de/de/neues/news.7749.html (Zugriff 18.02.2021)

vielfältigster Vorurteile erwehren zu müssen: Er oder sie sei selbst daran schuld, wolle keine Hilfe, sei nicht wohnfähig etc. Einmal aus der Wohnungsversorgung ausgeschlossen, ist es für wohnungslose Menschen extrem schwierig, ihre Lebenssituation zu normalisieren und eine bezahlbare Wohnung zu finden.

3. Lebenswelten wohnungsloser Menschen

Karl-Heinz lebt in einer mittelgroßen südhessischen Stadt. In dieser Stadt ist er geboren. Er hat noch nie woanders gelebt. Dreiundfünfzig Jahre ist er, doch er wirkt deutlich älter. Der Alkoholkonsum seit Jahrzehnten hat ihn ausgezehrt. Seit mehr als zwanzig Jahren ist er wohnungslos, streift durch die Innenstadt und versucht täglich von Neuem, den Alltag zu bewältigen. Er ist liebenswürdig und charmant. Karl-Heinz hält regelmäßig Kontakt zur Beratungsstelle für wohnungslose Menschen und nutzt den Tagesaufenthalt zur Erholung. Alle Versuche, eine Suchttherapie durchzuhalten, hat er ergebnislos abgebrochen. »Ich komme einfach nicht davon los«, so seine resignierende Zusammenfassung seit Jahren. Bis er plötzlich an einem Tag im November in der Beratungsstelle auftaucht und um Unterstützung bittet: »Wenn ich es jetzt nicht schaffe, überlebe ich den Winter nicht.« Er wird in eine Suchtklinik vermittelt, hält die Therapie tatsächlich durch, findet einen Job und lebt danach viele Jahre in einer Wohngemeinschaft.

An Karl-Heinz kann deutlich werden: Für Menschen in seiner Notlage kann ein unüberwindbares Hindernis sein, was für einen Außenstehenden einfach ist – die nötigen, logischen und von außen betrachtet einfachen Schritte von A nach B zu gehen. Wir wissen nicht, was der Mensch in seinem »Erfahrungsrucksack« mit sich rumschleppt, welche Niederlagen ihn daran hindern, ob das Selbstvertrauen stark genug ist, diesen Weg zu gehen u. v. m. An Karl-Heinz kann auch deutlich werden, dass der Schlüssel für angemessene Hilfe bedarfsorientierte Angebote und Vertrauen sind – aber auch regelmäßiges Kontakthalten, um in der Notlage tatsächlich ansprechbar zu sein. Auch für die Helfer*innen ist es oft schmerzhaft, erleben zu müssen, dass Menschen nicht weiterkommen, in ihrer elenden Lage gefangen sind und sich immer wieder selbst Schmerzen zufügen.

Wohnungslose Menschen sind in allen Lebensbereichen in hohem Maße unterversorgt und ausgegrenzt. Sie entbehren der elementarsten Lebensgrundlagen Wohnung, Arbeit, soziale Beziehungen. Sie können sich kaum Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Gesundheitswesen, sozialen Sicherungssystemen, Bildung etc. verschaffen. Unter allen Bevölkerungsgruppen sind sie diejenigen, die von Verachtung, Isolation und sozialer Benachteiligung am stärksten betroffen sind. Der Begriff »Penner«, mit dem eine Gruppe wohnungsloser Menschen bezeichnet wird, hat als abwertendes Schimpfwort Eingang in den bundesdeutschen Sprachschatz gefunden. Gleichwohl sind wohnungslose Menschen keine homogene Gruppe, sondern befinden sich in unterschiedlichen persönlichen, sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Lebenslagen. Es gibt keine auf Wohnungslosigkeit festgelegte oder disponierte Persönlichkeit. Wohnungslosigkeit kann nicht isoliert von anderen Problemstellungen und Entwicklungen wie Arbeitslosigkeit, sozialer Isolation, materieller Armut und Krankheit gesehen werden.

Die gesetzlichen Grundlagen sehen umfassende materielle und persönliche Hilfen vor mit dem Ziel, die schwierige soziale Lebenslage abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern

oder wenigstens ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 67 ff. SGB XII). Trotz eindeutiger Rechtsgrundlagen klafft eine große Lücke zwischen gesetzlichen Pflichtleistungen und der Gewährungspraxis. Die Leidtragenden sind die Betroffenen. Reduzierte Hilfe zum Lebensunterhalt, unzureichende Unterkunft, befristete Aufenthaltsdauer sind Maßnahmen einer »vertreibenden Hilfe«, welche die Menschen immer wieder in die Perspektivlosigkeit entlässt.

Entgegen den Gesetzesbestimmungen wird wohnungslosen Menschen in vielen Kommunen nicht die angefragte Hilfe gewährt. Hilfeverweigerung hat viele Formen. Ihnen wird gesagt, sie sollen dorthin gehen, wo sie herkommen – obwohl sie gerade von dort weggingen, weil sie keine Hilfe erhielten. Ihnen wird gesagt, sie sollen weiterziehen – obwohl sie Hilfen zum Bleiben benötigen. Ihnen wird gesagt, sie sollen sich selbst um Wohnung und Arbeit bemühen – obwohl sie gerade aus diesem Mangel heraus um Hilfe nachfragen. Sie werden in Asyle geschickt – obwohl die gesetzlichen Hilfen ihnen gerade heraushelfen wollen. Vorurteile gedeihen: Wohnungslosigkeit sei selbstverschuldet, wohnungslose Menschen wollten keine Hilfe, keine Arbeit, keine Wohnung etc. Viele Kommunen nutzen solche pauschalen Bilder und begründen Hilfeverweigerung vor dem Hintergrund ihrer selbst gestellten Frage: Warum sollen gerade wir den wohnungslosen Menschen helfen, wenn die anderen nichts tun?

Die unzureichende Hilfe zwingt die Menschen in ihrer Notlage, neue Orte aufzusuchen in der Hoffnung, dort die benötigte Hilfe zu erhalten. Vom Hilfesystem wird die erzwungene Lebensweise als psychische Konstitution und Wohnunfähigkeit fehlgedeutet und damit ein begrenztes Hilfeangebot legitimiert. Für wohnungslose Menschen schließt sich ein elender Kreislauf. Hilfebedürftigkeit, verweigerte Hilfeleistung und Reproduktion der Hilfebedürftigkeit führen schließlich dazu, dass sie sich allmählich aufgeben und sich nach und nach in ihrer wohnungslosen Lebenslage einrichten. Das System schickt das Elend auf Reisen und hat – im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung – am Ende scheinbar Recht behalten.

4. Das Leben auf der Straße macht krank

Aufgrund ihrer Lebensbedingungen leiden wohnungslose Menschen häufiger als die Durchschnittsbevölkerung an schlechtem Gesundheitszustand. Sie leiden zumeist an mehreren unbehandelten chronischen Erkrankungen. Dazu gehören Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems. Hinzu kommen schlechter Zustand der Zähne, Hautkrankheiten, Erkrankungen des Skelettsystems, Verletzungen in Folge von Straßenverkehrs- oder Arbeitsunfällen, akute Infektionskrankheiten, psychiatrische Erkrankungen. Dazu gehört auch die Alkoholkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen. Viele der Männer und Frauen leiden gleichzeitig unter mindestens drei verschiedenen Erkrankungen. Viele der Betroffenen sind Jahre oder Jahrzehnte lang nicht mehr bei einem Arzt gewesen.

Der Lebensalltag wohnungsloser Menschen, der häufig in gesundheitsschädlicher Umgebung verbracht wird, begünstigt das Entstehen von Krankheiten durch verschiedene Faktoren: Eingeschränkte Hygienemöglichkeiten, kaum Schutz vor der Witterung, mit Hitze, Nässe, Kälte, Zugluft; Angst vor gewalttätigen Übergriffen und häufig konkrete Gewalterfahrungen; Stress durch die ständige Suche nach einer sicheren Schlafgelegenheit, permanenter Schlafman-

gel, Mangel- und Fehlernährung, Lebenskrisen, individuelles Risikoverhalten, gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit, Mangel an menschlicher Zuwendung und Vereinsamung.

Zudem erschweren konkrete Barrieren den Zugang zu regelhafter medizinischer Versorgung oder verhindern ihn gänzlich. Dazu gehören neben der eigenen Scham und Ignoranz dem eigenen Körper gegenüber der oft nicht geklärte Krankenversicherungsstatus und dadurch mögliche entstehende Kosten. Die Vorstellung, einige Zeit im Krankenhaus verbringen zu müssen, ist für seelisch kranke oder suchtkranke wohnungslose Menschen sehr beängstigend oder gar nicht zu bewältigen. Unbekannte Wege, unverständliche Abläufe, Wartezeiten, Beschämung durch die Art der Behandlung und Ansprache des Personals und die Angst vor Entzugserscheinungen lassen sie davor zurückschrecken, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. So kommt es dazu, dass kranke wohnungslose Menschen sich einer Krankenhausbehandlung verschließen oder sich selbst entlassen, obwohl sie noch nicht genesen sind.

Auch die versicherungsrechtliche Seite ist oft eine Hürde. Besonders die Angebote des Hilfesystems, welche die Grund- und Basisversorgung von wohnungslosen Menschen leisten (z. B. die Wohnungslosenambulanz), haben vermehrt mit (schwer-)kranken nicht krankenversicherten Menschen zu tun. Trotz der in Deutschland bestehenden Krankenversicherungspflicht steigt die Anzahl derer, für die kein Krankenversicherungsschutz besteht oder deren Status unklar ist. Meist handelt es sich um Bürger*innen der Mitgliedsländer der Europäischen Union, die von Sozialleistungen ausgeschlossen sind.

Wir wissen: Das Leben auf der Straße fordert seinen Tribut. Krankmachende Lebensumstände, keine Priorität für den eigenen Körper, kaum oder keine Kontakte zum medizinischen Regelsystem sowie Suchterkrankungen führen zu hohen Multimorbiditätsraten und früher Sterblichkeit. Wer arm ist, stirbt früher – sogar viel früher. Zwischen dem reichsten und dem ärmsten Viertel der Bevölkerung besteht in der Lebenserwartung ein Unterschied von elf Jahren bei den Männern und acht Jahren bei den Frauen. Dass das Le-

ben auf der Straße besonders ruinös ist und diese dramatische Entwicklung verstärkt, liegt auf der Hand. Das durchschnittliche Sterbealter wohnungsloser Menschen liegt bei sechsundvierzig Jahren. Eine große Zahl der Todesfälle hätte durch eine einfache medizinische Behandlung verhindert werden können, beispielsweise mit antibiotischer Behandlung von Infektionen.

5. Zwischen Kältetod und Infektionsgefahr

Seit dem Winter 2009 / 2010 hatte es nicht mehr so viele erfrorene wohnungslose Menschen in Deutschland gegeben. Im Winter 2020 / 2021 sind bis zum 11. Februar 2021 bundesweit mindestens zwanzig wohnungslose Menschen bei niedrigen Temperaturen auf der Straße verstorben (vgl. BAG W 11.02.2021). Sie erfroren im Freien, unter Brücken, auf Parkbänken, in Hauseingängen, unter Planen, in Zelten, auf Toiletten und in sonstigen notdürftigen Unterständen. Zwei Beispiele aus Mainz: Am 4. Dezember 2020 erfriert eine 72 Jahre alte Frau. Passanten finden die leblose Frau an diesem Freitagmorgen in ihrem Zelt in der Wallgrünanlage. Am 13. Januar 2021 wird ein Mann tot in einer öffentlichen Toilette am Hauptbahnhof aufgefunden. Es sind diese Nachrichten, die bewegen und erschüttern. Die BAG W dokumentiert fortlaufend die Kältetoten anhand von systematischen Presseauswertungen. Bei den Angaben handelt es sich um die Mindestzahl der Todesfälle. Eine nicht bestimmbare Anzahl weiterer Todesfälle wird nicht öffentlich bekannt und kann daher nicht erfasst werden. In jedem Winter sterben wohnungslose Menschen den Kältetod auf der Straße. Seit 1991 sind mindestens 335 Kältetote unter den wohnungslosen Menschen zu beklagen (vgl. BAG W 11.02.2021).[48]

Es zeigt sich, dass für wohnungslose Menschen in der Corona-Zeit der Winter noch gefährlicher ist als in anderen Jahren. Die notwendigen Corona-Schutzmaßnahmen erfordern eine deutliche Ausweitung der Kältehilfeangebote, sonst sind Abstandsgebote, Hygienemaßnahmen etc. nicht einzuhalten. Bislang ist jedoch nicht zu erkennen, dass Kommunen flächendeckend zusätzliche Übernachtungsangebote in der Kältehilfe bereitstellen bzw. die ordnungsrechtliche Unterbringung ausreichend ausgeweitet haben. Daraus ergeben sich zwei Möglichkeiten: Entweder werden die Corona-Beschränkungen umgesetzt, dann führt dies zu einer drastischen Verknappung der Unterkunftsplätze und/oder der Aufenthaltszeiten in den Hilfeeinrichtungen; die Menschen ohne Unterkunft müssen ganz auf der Straße bleiben bzw. meiden bewusst Notübernachtungen aus Angst vor der Ansteckungsgefahr. Oder wohnungslose Menschen werden nicht pandemiegerecht untergebracht, dann besteht in den Unterkünften ein erhöhtes Infektionsrisiko für die gesundheitlich häufig bereits vorbelasteten Hilfesuchenden.

6. Gewalt im Alltag wohnungsloser Menschen

Der Schutz in einer eigenen Wohnung ist für jeden Menschen elementar wichtig. Dieses Schutzes entbehren wohnungslose Menschen. Sie sind permanent schutzlos und potenziellen Attacken ausgesetzt. Bestimmte Verhaltensweisen werden durch die dauerhafte Gefahr geprägt, Opfer

48 https://www.bagw.de/de/neues/news.7749.html (Zugriff 18.02.2021)

von Gewalt zu werden. Dies führt zu teilweise ungesunden, riskanten oder selbstzerstörerischen Problemlösungsstrategien. Jedoch nicht nur der eigentliche Gewaltakt, sondern vielmehr das Wissen, jederzeit ungeschütztes Opfer eines Angriffs oder einer Gewalttat werden zu können, prägt den Lebensalltag.

Seit 1989 dokumentiert die BAG W Tötungsdelikte gegen wohnungslose Menschen. Bekannt ist, dass Gewalt, so sie nicht von anderen wohnungslosen Menschen ausgeht, häufig überfallartig und aus kleinen Gruppen eher junger Menschen heraus erfolgt. In der Regel kennen sich Täter und Opfer nicht. Die Wehrlosigkeit der Opfer, die schlafen, körperlich beeinträchtigt oder berauscht sind, wird nicht selten bewusst in Kauf genommen. Abwertende, sozialdarwinistische Motive spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Im Gegensatz dazu haben Gewalttaten im Milieu oftmals eine Vorgeschichte, in deren Verlauf eine Meinungsverschiedenheit eskaliert. Doch Gewalt endet nicht zwangsläufig mit dem Tod des Opfers. Da bislang eine zentrale Kontaktstelle fehlt, an die sich wohnungslose Menschen wenden können, die Opfer von Gewalt wurden, liegen verlässliche Daten nicht vor (vgl. Neupert 2019).

7. Wohnungslose Menschen am Ende ihres Lebens

In Einrichtungen oder Tagesaufenthalten wird der Kontakt zu wohnungslosen Menschen gepflegt und gehalten. Denn häufig meiden Menschen mit psychischen Erkrankungen die Öffentlichkeit, weil sie sich dort nicht wohlfühlen. Zur ohnehin gefühlten Ausgrenzung kommt damit ein weiterer Faktor hinzu, der negativ auf das Selbstvertrauen und ggf. auch auf die Selbstfürsorge einwirkt. Auch eine deutliche Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung kann entstehen, welche die Distanz zu anderen Menschen zusätzlich vergrößert sowie den Verlust von gesellschaftlich geteilten Wertbezügen und das Verlernen sozialer Normen begünstigt. Die nötige Disziplin und Selbstreflexion aufzubringen, um eine chronische Sucht zu überwinden, gestaltet sich für wohnungslose Menschen ungleich schwerer. Ein Rückzug aus dem Suchtmilieu in eigenen Wohnraum oder die Anbindung an Freunde und Familie als Unterstützungssystem sind zumeist nicht möglich. Die Befriedigung der Sucht erfordert Ressourcen zur Beschaffung der Suchtmittel, sodass Betroffene oftmals in einen Kreislauf von Suchtabhängigkeit und Verwahrlosung geraten.

Auf der Straße sowie in den Unterkünften sterben jedes Jahr wohnungslose Männer und Frauen. Sterben und Tod ist in der Szene noch stärker tabuisiert als ohnehin in der Gesellschaft. Dies macht es schwer, Sterbende in ihrem Umfeld zu begleiten, ihnen zu helfen und einen angemessenen Raum für Trauer zu schaffen. Was Sterbende und ihre Angehörigen trösten kann – das Abschiednehmen, die Erinnerung an das gemeinsame Leben, die Spuren, welche der verstorbene Mensch hinterlässt –, wird wohnungslosen, in der Regel allein lebenden Menschen nicht zuteil. Eher das Gegenteil ist der Fall. Wohnungslose Menschen leben häufig zurückgezogen und isoliert, so sie nicht an einen Unterstützungsdienst der Wohnungsnotfallhilfe angebunden sind. Sie sterben allein, vereinsamt und verelendet, ohne Trost und letztes Gespräch. Zurück bleiben ein paar Habseligkeiten: eine Reisetasche, ein Rucksack. Dies ist oft der einzige und ausschließliche Besitz wohnungsloser Menschen.

Das Thema wohnungslose Menschen am Ende ihres Lebens und im Besonderen die Frage, wie angemessene Hil-

fe aussehen kann, sind nicht neu. Da hilft ein kurzer Blick in die Geschichte. Bereits zu Beginn der professionellen Wohnungslosenhilfe ab etwa 1850, zu Zeiten von Johann Hinrich Wichern, Friedrich von Bodelschwingh oder Clemens Theodor Perthes, wurde ein dreigliedriges Hilfesystem entwickelt. Herbergen zur Heimat und Naturalverpflegungsstationen für obdachlose Wanderarme waren für die tageweise Unterbringung und Verpflegung zuständig, die Arbeiterkolonien für »heruntergekommene und verwahrloste Männer«, bei denen die Umsetzung der Verpflichtung zum Weiterziehen nicht realistisch war.

Vor der Frage, was mit älteren, kranken und wohnungslosen Menschen geschehen soll, die in Einrichtungen längerfristig verbleiben, die darauf nicht ausgelegt sind, steht die Hilfe für wohnungslose Menschen nach wie vor. Was tun, wenn das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel der Integration in den Wohnungs- oder Arbeitsmarkt nicht möglich ist, weil die Menschen hierzu nicht mehr in der Lage sind? Was tun, wenn Menschen jedoch in der Einrichtung endlich Ruhe und ein Zuhause gefunden haben? Was tun, wenn die Personen zu jung sind für Altenheime bzw. diese nicht auf die besonderen Herausforderungen wohnungsloser Menschen ausgerichtet sind? Was tun, damit eine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung überhaupt möglich ist?

8. Sterbe- und Trauerbegleitung wohnungsloser Menschen

Wie sind wohnungslose Menschen zu erreichen, die vor dem Ende ihres Lebens stehen? Wie kann es gelingen, für sie in ihrer besonderen Lebenssituation ansprechbar zu sein und ggf. zu bleiben? Das beschriebene Beispiel von Karl-Heinz kann einen Weg weisen: Hilfe und Unterstützung dauerhaft immer und immer wieder anbieten, in Kontakt bleiben, ansprechbar sein. Es gibt für vieles den richtigen Moment.

Gelingt es, in den Diensten und Einrichtungen das Thema Sterben und Tod mehr als in der Vergangenheit zu enttabuisieren? Auf die Muttersprache mancher wohnungslosen Menschen sind die Dienste und Einrichtungen in der Regel nicht vorbereitet. Gleichwohl können Gedenktafeln, Aushang mit Namen der Verstorbenen in den Einrichtungen u. v. m. bei der Enttabuisierung helfen und Menschen ermutigen, das Thema anzusprechen.

Einrichtungen der Diakonie Hessen bereiten sich zunehmend besser auf das Thema vor. Wenn Klient*innen in Einrichtungen sehr krank sind oder ein bestimmtes Lebensalter erreicht haben, wird versucht, notwendige Dinge noch zu Lebzeiten zu regeln. Die Wohnungsnotfallhilfe (am Beispiel Alsfeld) fragt nach Angehörigen, die im Todesfall zu benachrichtigen sind. Wenn die Klient*innen einen Hund haben, wird geklärt, wer den Hund nach dem Tod bekommen soll. Ebenso wird besprochen, wem die persönlichen Gegenstände des Verstorbenen übergeben werden sollen. Gibt es Wünsche für die Bestattung? Was so einfach klingt, braucht Zeit und Vertrauen.

In den stationären Einrichtungen versterben Menschen eher selten. Der längere Kontakt ermöglicht den Mitarbeitenden, entsprechende gesundheitliche Veränderungen wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Um den Menschen bei einer Erkrankung, die in der Einrichtung nicht behandelt werden kann, eine angemessene Versorgung zu ermöglichen, werden sie in Altenpflegeeinrichtungen versorgt, bislang eher seltener in der Palliativversorgung.

Anders stellt es sich in den Tagesaufenthalten dar. Plötzlich fehlt ein Mensch, der regelmäßiger die Einrichtung besucht. Wo gute Kontakte zur Polizei, Sozialbehörde, Ordnungsamt etc. bestehen, erfahren Einrichtungen oftmals vom Ableben. Nicht selten auch von anderen wohnungslosen Menschen. Dann werden Besucher*innen über den Sterbefall informiert und das Gespräch mit ihnen gesucht. Der Tagesaufenthalt ist hierzu ein guter Ort des Austauschs, der auch vielen Besuchern wichtig ist und Raum lässt für Trauer und die Auseinandersetzung mit dem Tod.

9. Kooperation mit Hospizarbeit und Palliativversorgung

Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe sowie Hospiz- und Palliativdienste sind bisher nur punktuell gut miteinander vernetzt. Warum sollte eine Einrichtung der Wohnungsnotfallhilfe einen Hospizdienst oder ein Palliativteam hinzuziehen?

Die Mitarbeitenden im Hilfesystem erleben im täglichen Kontakt mit ihren Klient*innen Auswirkungen von biografischen Verletzungen und gesellschaftlicher Ausgrenzung, machen aber auch gute Erfahrungen damit, dass die Betroffenen ihren (Über-)Lebensentwurf selbst gestalten und Kompetenzen darin entwickeln. Sie sind den Grenzfragen des Lebens in besonderer Weise nahe. Während sich das Hilfesystem für wohnungslose Menschen um die Versorgung und um Akzeptanz in der Öffentlichkeit für ihre Klientel bemüht (und selbst oft als randständig angesehen wird), ist die Hospiz- und Palliativarbeit vorwiegend im bürgerlichen Rahmen verortet. Die beiden Arbeitsfelder scheinen in vielerlei Hinsicht weit voneinander entfernt: finanziell, kulturell und hinsichtlich ihrer Anerkennung im Alltag. Wesentliche Aspekte sind die kaum vorhandene Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer in der Wohnungsnotfallhilfe sowie die unzureichende Vorbereitung der Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativarbeit hinsichtlich der Sterbe- und Trauerbegleitung wohnungsloser Menschen. Beides wirkt der Einbindung hospizlicher Unterstützung und damit einem begleiteten Sterben wohnungsloser Menschen in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe entgegen (vgl. DHPV+BAG W 2017: 27).

Zwischen allen lebensbezogenen Bedürfnissen körperlicher Art (wie Atmung, Nahrung, Schlaf etc.), dem Bedürfnis nach Sicherheit, sozialen Bedürfnissen (Kommunikation, Beziehungen etc.), dem Bedürfnis des Individuums nach Anerkennung und Wertschätzung oder dem Bedürfnis nach Kultur oder Selbstverwirklichung kann zum Lebensende ein Bedürfnis wie »In Frieden und nicht alleine sterben« entstehen. Ein solches Bedürfnis steht nicht isoliert neben allen anderen genannten, sondern in einem mehrdimensionalen Gefüge. Einem Menschen, der keinen Wohnraum hat und sich nicht hygienisch versorgen kann, lediglich ein hospizliches Begleitungsangebot zu unterbreiten, scheint unzureichend.

Bei Betrachtung der Vielzahl möglicher und individuell erlebter Bedürfnisse wird deutlich, dass Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in besonderer Weise mit Angeboten der Grundversorgung für wohnungslose Menschen verknüpft sein müssen. Aus diesem Grund ist es für Mitarbeiter im Hospizbereich von entscheidender Bedeutung, die Angebote der Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe vor Ort und ihre Kooperationsmöglichkeiten (Netzwerke) zu kennen.

10. Weitere Handlungsmöglichkeiten

Niederschwellige medizinische Dienste suchen Menschen an ihren Orten auf, um das Überleben zu sichern. Unterstützt wird die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitssektors, um keine Nischenmedizin für Arme zu etablieren.

Doch die benannten Lebenslagen erschweren den Zugang. Grundlegend notwendig ist deshalb der Abbau von Schwellen beim Zugang zum Gesundheitssystem. Durch pragmatische Ansätze soll eine Notversorgung gewährleistet werden: Überwindung der reinen »Komm-Struktur« durch aufsuchende medizinische und pflegerische Hilfen; Schaffung einfach zugänglicher medizinischer Versorgungsangebote; Bereitstellung von Krankenwohnungen für bettlägerige Patienten, die keiner stationären Krankenhausbehandlung bedürfen; enge Zusammenarbeit zwischen den Systemen Wohnungsnotfallhilfe und hospizlich-palliative Versorgung.

Eines der aktuellen Projekte der Diakonie Hessen ist das Projekt #wärmespenden. Unter der Überschrift »Jeder Mensch braucht eine Wohnung« wurde in Zusammenarbeit mit der Landesstiftung »Miteinander in Hessen« eine Kampagne gestartet. Menschen, die im Winter Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe nicht aufsuchen wollen oder können, wird durch Streetworker*innen ein wetter- und winterfester Schlafsack sowie eine Isomatte zur Verfügung gestellt. Diese spendenbasierte Nothilfe hat das erklärte Ziel, dass in Hessen möglichst niemand erfriert; daneben geht es darum, mit dem Schlafsack einen Zugang zu den meist isolierten Menschen zu finden und die Öffentlichkeit für die Problematik zu sensibilisieren. So wurde u. a. in der Kampagne 2020 / 2021, mit Unterstützung der Fa. Ströer, auf knapp 700 Plakatwänden in Hessen auf die Problematik hingewiesen und zu Spenden aufgerufen. Dadurch wurde es möglich, über 1.000 Schlafsäcke an wohnungslose Menschen zu übergeben.[49] Eingebunden ist die Überlebenshilfe in die Kernforderung der Diakonie Hessen, dass jeder Mensch Anspruch hat auf eine angemessene, bezahlbare und mietrechtlich abgesicherte Wohnung.

Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe der Diakonie bieten regelmäßige ärztliche, pflegerische und sozialarbeiterische Hilfen im Rahmen von medizinischen Sprechstunden an. Das Projekt »Krank auf der Straße« der Wohnungsnotfallhilfe der Diakonie Hessen[50] bietet die strukturellen und finanziellen Grundlagen. Wer Hilfe benötigt, ist – auch ohne ausreichende Krankenversicherung – willkommen. Dies ist in der Regel die einzige Möglichkeit, Menschen in besonderen Notlagen zu erreichen, ihr Überleben zu sichern und sie an das Hilfesystem der Gesundheitsfürsorge heranzuführen.

Für Kirchengemeinden, kirchliche oder diakonische Einrichtungen endet der Einsatz für Rechte und Würde der Menschen nicht mit deren Tod. Zuerst kommen verstorbene wohnungslose Menschen in der Regel in die Rechtsmedizin, dann folgen ein einfacher Sarg oder eine schlichte Urne, ein Loch auf dem anonymen Friedhofsrasen. Oft erinnern weder ein Stein noch eine Tafel mit dem Namen an den Toten. Viele sind vom Erdboden verschluckt. Keine Bleibe im Leben, keine sichtbare Bleibe unter der Erde.

49 Infos unter www.waermespenden.de und www.jeder-mensch-braucht-eine-wohnung.de

50 www.krank-auf-der-strasse.de

Doch eine würdige Bestattung gehört ebenso dazu wie ein Namensschild auf dem Grab, Trauerfeiern, Gedenkgottesdienste und die Pflege von Armengräbern. In Kooperation mit Kirchengemeinden führen diakonische Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe Gedenkgottesdienste oder Trauerandachten für verstorbene wohnungslose Menschen durch (z. B. in Darmstadt, Wiesbaden, Alsfeld, Marburg). An den jährlichen Andachten und Gedenken nehmen Weggefährten (in der Regel. Besucher der Dienste und Einrichtungen), Mitarbeitende, Behördenvertreter sowie Unterstützer der Wohnungsnotfallhilfe teil. Ein gemeinsames Kaffeetrinken als Gedenkfeier bietet die Möglichkeit, sich in vertrautem Kreis auszutauschen. In Wiesbaden und Darmstadt gibt es Grabpflegeprojekte, in Marburg ist am Zaun der Einrichtung für jeden Verstorbenen ein Metallplättchen mit Vorname und Anfangsbuchstabe des Nachnamens in den Zaun eingeschweißt. In Alsfeld hängt im Tagesaufenthalt unter der Überschrift »Wir erinnern uns« eine Liste mit allen bisher verstorbenen Klient*innen aus. Einzelne Einrichtungen betreiben aktive Gräberpflege. Die Dienste und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe der Diakonie Hessen geben dem Gedenken einen festen Platz – und bieten den wohnungslosen Menschen die Möglichkeit, selbst Abschied zu nehmen und sich durch Gesprächsangebote etc. mit Abschied, Tod und Sterben auseinanderzusetzen.

Auch wenn man das Leben der Verstorbenen nicht habe retten können, so kann man dennoch auf die Schicksale der Menschen aufmerksam machen. Ein würdiger Platz auf dem Friedhof und eine würdige Verabschiedung sind das Mindeste, was wir den sonst namenlosen Vergessenen bieten können.

Quellen

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2018): *Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG W zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation,* in: *wohnungslos,* Heft 2 / 2018, 60. Jg., S. 58–64.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. / Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2017): *Hospiz und Wohnungslosigkeit. Sterben, Tod und Trauer. Sterbende wohnungslose Menschen begleiten.*

Diakonie Hessen (2015): *Mit Sterbenden leben – achtsam sein.*

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (2011): *Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.*

Mertens, Christoph (2011): *Wohnungslos, ausgegrenzt und unversorgt? Wohnungslose Menschen am Ende ihres Lebens, in: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Der Tod gehört zum Leben. Allgemeine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung sterbender Menschen in diakonischen Einrichtungen und Diensten,* Diakonie Texte 04.2011, S. 43–45.

Neupert, Paul (2019): *Wohnung ist Schutz! Dokumentation und Analyse von Gewalttaten gegen wohnungslose Menschen,* in: Jordan, Rolf (Hg.) (2019): *»… ohne Wohnung ist alles nichts!«,* Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 66, BAGW-Verlag, S. 221–230.

Ratzlaff, Inge (2015): *Gestorben wird überall – auch auf der Straße. Trauer in der Wohnungslosenhilfe,* in: *wohnungslos,* Heft 1 / 2015, 57. Jahrgang, S. 16–20.

Wenn der Tod ins Gefängnis kommt

Tobias Müller-Monning

Älter werden und Sterben in Haft

Der demografische Wandel macht auch vor dem Gefängnis nicht halt. Ältere Menschen kommen in Haft oder werden im Gefängnis alt, werden schwer krank und sterben. Und so kommt es, dass der langsame Tod durch Krankheit und Altern nun auch ins Gefängnis kommt. Für die Gemeinschaft der Gefangenen und für die Mitarbeitenden eine neue, ungewöhnliche Situation.

Wer sind diese Menschen?

Herr R hat sich durch Raubüberfälle auf Postfilialen und kleine Banken seine kümmerliche Rente aufgebessert. Er hat nicht auf großem Fuß gelebt, er wollte einfach nur auskommen mit seinem Geld. Wollte die Wohnung, in der er lebte, nicht verlieren. Die Miete konnte er nicht mehr zahlen. »Ich hab immer nur 500 Euro aus der Beute dazugetan, damit es möglichst lange reicht«, sagt er. »Ich hab auch niemandem Gewalt angetan«, sagt er. Der Richter sieht das anders. Für schweren Raub bekommt er fünf Jahre Haft, für einen 72-Jährigen viel Zeit. Herr R ist Diabetiker, hat hohen Blutdruck und schon einen Herzinfarkt hinter sich. »Werde ich das Gefängnis überleben?«, fragt er.

Herr Z hat im kommenden Monat Geburtstag, er wird 80. Herr Z ist Drogenkurier und wollte sich mit dem Lohn der Fahrt von Rom nach Berlin »etwas dazuverdienen«, erzählt er. Leider kamen die Zollfahnder dazwischen. Nun sitzt er fest. Auch er ist vorerkrankt.

Herr H hat mehr als die Hälfte seines Lebens im Gefängnis verbracht. Als er von seiner lebensbedrohlichen Krankheit erfährt, lehnt er zuerst jede medizinische Hilfe ab. Er droht den Bediensteten: »Bevor ich gehe, nehme ich einen von euch mit!« Daraufhin wird er in eine Sicherheitszelle verlegt. Eine vorzeitige Entlassung wird aufgrund seiner vermuteten Gefährlichkeit abgelehnt. Immer wieder wird gefragt: »Kann er den Finger noch krumm machen?«, also eine Waffe abfeuern. Als sein Zustand sich verschlechterte, wird er ins Krankenrevier verlegt. Es gelingt dem Pflegepersonal und einer Sozialarbeiterin, eine Beziehung zu Herrn H herzustellen. Er öffnet sich. In seiner Zelle will er sterben, die er selber »Todeszelle« nennt; in seinem Gefängnis, in seiner »Familie«. Zusammen mit dem Pflegepersonal bereitet er sich auf seinen Tod vor. Er bekommt eine größere, lichtere Zelle mit Blick über die Mauer. Die Zelle wird so freundlich wie möglich gestaltet. Nahrungsmittel, auf die er Lust hat, werden – im Rahmen des Möglichen – besorgt. Herr H verbrachte seine letzten Stunden, in denen er schon nicht mehr bei Bewusstsein war, in einem Hospiz, das von der Pflegedienstleitung vermittelt wurde.

Herr L hat lange Jahre Drogen genommen. Nun hat er einen Krebs entwickelt, es geht ihm schlecht, jeder im Haus kann das sehen. Er ist 58 Jahre alt. Es dauert lange, bis die Staatsanwaltschaft ein Einsehen hat. Herr L hat einen Menschen getötet, da tut man sich schwer. Zwei Monate vor seinem Tod in einem Hospiz wird die Haft unterbrochen. Im Hospiz angekommen, sagt er: »Schauen Sie mal, wie hell das Zimmer ist. Ich kann direkt in Grüne sehen, und wenn ich will, kann ich auf die Terrasse gehen, es ist wunderbar.« Im Gefängnis wird man bescheiden.

Herr G hat einen Schlaganfall erlitten. Im Gesicht, am Körper: sichtbares Elend. Die Gefährlichkeit besteht fort, heißt es. Keine Aussicht auf Aussetzung der Haft.

Auch diese Tode möchte ich erwähnen: Herr E wurde während einer Freistunde in einer JVA erstochen, Herr B von einem Psychotiker auf einer Doppelzelle in einer JVA ermordet, Herr C erhängte sich, nachdem bei ihm eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wurde, Herr J verstirbt fünf Tage nach Einlieferung in den frühen Morgenstunden, weil ein Abszess in der Leiste nicht diagnostiziert wurde.

Gefangenschaft

Die Strafjustiz hat eine eigene, nur ihr innewohnende Ökonomie. Sie kostet pro Jahr ca. 12,5 Milliarden Euro, davon entfallen ca. 2,3 Milliarden auf den Strafvollzug. Der Rest auf die Staatsanwaltschaften und die Gerichte.

Am Stichtag 31. März 2020 saßen in Deutschland 46.054 Menschen in 188 Gefängnissen in Strafhaft. Davon 598 Sicherungsverwahrte und 1794 lebenslänglich Strafgefangene. Knapp 17 % aller Strafgefangenen waren 50 Jahre und älter, also ca. 7800 Menschen. Die Anzahl der 60- bis 70-Jährigen betrug 1632 Personen, die der 70- bis 80-Jährigen 376. 46 Personen waren älter als 80 Jahre. Von der Personengruppe der 60- bis 80-Jährigen waren 137 Frauen, 21 davon älter als 70 Jahre.

Altern und Sterben in Haft werden erst in den letzten Jahren bewusst wahrgenommen. Das Bundesamt für Justiz führt Statistiken über die Altersverteilung der Gefangenen, das Problem kommt aber erst jetzt langsam in das Bewusstsein der Vollzugsbehörden. Für die Jahre 1990 bis 1998 nennen die Ministerien auf eine Anfrage des Komitees für Grundrechte und Demokratie folgende Zahlen: 954 in Haft verstorbene Menschen in 11 Bundesländern, davon 521 durch Suizid, 361 krankheitsbedingt, 72 durch Unfälle und besondere Vorfälle. Seit 1998 gibt es eine offizielle Statistik, die nennt insgesamt bis zum Jahre 2016 2931 Todesfälle in Haft, davon 1385 erfasste Suizide.[51]

In den Jahren 2000 bis 2012 verstarben in hessischen Gefängnissen nach Angaben des hessischen Justizministeriums 188 Menschen – 80 durch Suizid, 87 eines natürlichen Todes und 21 durch besondere Vorfälle.[52] Im Schnitt sterben in bundesdeutschen Gefängnissen pro Jahr ca. 160 Personen, zwischen 30 % und 49 % davon durch Suizid. Allerdings sind diese Zahlen zu interpretieren. Viele sterbende Gefangene werden kurz vor ihrem Tod aus dem Gefängnis in ein Krankenhaus abgeschoben, sodass die tatsächliche Zahl der sterbenden Personen weit höher zu veranschlagen ist.

Das Erleben der Haft, das Erleben des Gefängnisses ist für viele Gefangene gekennzeichnet durch Angst und den Verlust der Selbstständigkeit. Was sich am stärksten auswirkt, ist die »sensorische Deprivation«, das Wegnehmen von Sinneseindrücken: Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen, Sich-bewegen-Können sind verringert. Hinzu kommt die Abgeschlossenheit der eigenen Lebenssituation. Kommt dann noch das Wissen hinzu, die Freiheit gar nicht mehr oder nur für wenige Tage erleben zu können, wird das Erleben aussichtlos. Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Wut, Zorn, Hadern und Trauer betreten die Zelle.

Wenn der Strafzweck, der in den Strafvollzugsgesetzen formuliert ist, nicht mehr erfüllt werden kann (Sicherung und Reintegration), dann ist die Strafe sinnlos. Daher wird in einigen europäischen Strafrechtssystemen vom Strafvollzug abgesehen, wenn eine zum Tode führende Erkrankung festgestellt wird. Sterben in Haft soll es dort aus Gründen der Menschenwürde nicht geben. Da die Sicherheit und Risikominimierung aber oftmals über der Würde des gefangenen Menschen steht, müssen wir uns mit diesem Phänomen auseinandersetzen.

Haft selber ist ein Ausnahmezustand. Gefangene sind im Verhältnis zur Normalbevölkerung überdurchschnittlich krank. In hohem Maße sind sie suchterkrankt, auch psychische und psychiatrische Auffälligkeiten sind erhöht vorhanden. Heino Stöver und Karlheinz Keppler schreiben im Vorwort zu dem Buch »Gefängnismedizin«: »Die medizinische Versorgung unter Haftbedingungen stellt eine große Herausforderung dar.« Warum eigentlich? Die Gefangenen sollten zwar nach dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Strafvollzugsgesetzes in die Sozialversicherungssysteme aufgenommen werden, sie sind es aber nicht. Das heißt, keiner der Gefangenen ist krankenversi-

51 Zu den statistischen Zahlen siehe: DESTATIS, Statistisches Bundesamt: Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2020 / Fachserie 10, Reihe 4.1, online verfügbar. Zu den Zahlen Verstorbener in Haft siehe: Deutscher Bundestag, Drucksache 19/2872 vom 15.06.2018, S. 3 ff., online verfügbar unter: dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/028/1902872.pdf

52 Siehe Martin Faber (2012): *Der Tod eines »Sünders« im Gefängnis,* in: *Mitteilungsblatt Nr. 82 der Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge;* und Wilfried Weyl (2014), *Arbeitsgruppe 3 »Tod eines Sünders«* auf der 7. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft.

chert. Die medizinische Versorgung wird vom Land übernommen, und damit verstärkt sich eine Logik, die sich am Preiswertesten und nicht an dem Besten orientiert.

Das Personal ist so bemessen, dass für die Begleitung von Sterbenden keine Zeit vorgesehen ist, das Sterben passt nicht in die Taktung einer nach Total Quality Management optimierten Pflege und in den Takt des Haftalltages. Auch die Ausführung in ein Krankenhaus oder die Behandlung im Krankenhaus ist personal- und damit kostenintensiv. Dass es dennoch oft gelingt, Gefangene beim Sterben zu begleiten, liegt an dem hohen Engagement von Einzelpersonen und Menschen, die vor dem Sterbeprozess keine Angst haben. Offen lassen der Zellentür, Schmerztherapie mit opiathaltigen Medikamenten, anhören, am Bett sitzen, die Hand halten, die heruntergefallene Decke wieder auflegen, all das ist nicht in den Zeitkontenrechnungen eines kostenoptimierten Strafvollzuges enthalten.

Jeder erlebte Sterbeprozess erinnert an den eigenen Tod und löst damit Ängste aus. Sterben im Gefängnis ist meistens ein öffentliches Siechen, das viele Fragen aufwirft: Wird dem nicht geholfen? Was ist, wenn ich selber krank werde? Warum wird der nicht entlassen, der stirbt doch? Die Mitgefangenen und das Personal erleben das Alter und auch den Zerfall direkt und unmittelbar. Die Gefangenen fühlen sich dann dem System ausgesetzt und der eigenen Hilflosigkeit, nicht eingreifen zu können. Viele reagieren solidarisch. Geben Obst weiter oder die Milchration. Helfen mit Zigaretten aus, hören zu.

Eine risikoorientierte Kriminalitätskontrolle führt dazu, dass die Staatsanwaltschaften auf Grund des öffentlichen Druckes nur selten zum Tode erkrankte Personen entlassen. Die bei Herrn H gestellte Frage »Kann er den Finger noch krumm machen?« (um eine Pistole abzufeuern) ist tatsächlich ernst gemeint. Die Angst vor Kontrollverlust ist so groß, dass ein Sterbender in Haft keine ethische und moralische Bedeutung hat. »Der stirbt doch sowieso, dann kann er es auch in Haft tun.«

Was trägt, wenn nichts mehr hält und der Boden unter den Füßen der eigenen Existenz wegrutscht? »Wo findet die Seele die Heimat, die Ruh?« Einer der wesentlichen Punkte des christlichen Glaubens ist das Wissen um die Geborgenheit in Christus, damit das absolute Vertrauen in das Nicht-Wissen. Wir wissen, dass wir diese Welt und dieses Leben wieder verlassen werden, wir wissen nicht, wie, und wir wissen nicht, wann.

Beim Altern und beim Sterben sind wir angewiesen auf Weggefährten, lebendige Menschen, die uns begleiten und von denen wir wissen, dass sie den gleichen Weg gehen werden wie wir auch. Dieses Begleiten geschieht in der Zugewandtheit, in der Geduld, im Ertragen, im bewussten Wahrnehmen des Gegenübers. Die Grenze des Lebens erzeugt eine ihr eigene geistliche Erfahrung. Diese entsteht durch die Begegnung mit dem/der anderen. Dies ist auch im Gefängnis möglich, begrenzt durch die besonderen Bedingungen. Niemand sollte im Gefängnis alt werden müssen, und niemand sollte im Gefängnis sterben.

Und wenn dem doch so ist, muss man die Bedingungen in Haft den Voraussetzungen einer guten Begleitung des Alterns und Sterbens anpassen, und: Wir müssen den Tod gefangen nehmen durch unseren unerschütterlichen Glauben, nicht verloren zu gehen, und durch unsere Praxis des gelebten Widerstandes gegen zerstörerische Prozesse in uns selber und im Außen.

Wenn ältere Menschen im Gefängnis leben

Carmen Berger-Zell

Heinz K. ist 64 Jahre alt. Er ist Rentner und lebt seit acht Jahren im Gefängnis. Verurteilt wurde er zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe wegen Mordes an seiner Mutter. An den Alltag hinter Gittern hat er sich längst gewöhnt. Das Gefängnis ist der Ort, an dem er lebt. Mit den Regeln und Abläufen kommt er klar, auch mit den Bediensteten hat er keinen Ärger. Kinder hat er nicht, auch verheiratet war er nie. Er hatte immer mit seiner Mutter zusammengelebt, war für sie da und ertrug ohne Murren ihre Gemeinheiten. Auf die regelmäßigen Besuche seiner Cousine freut er sich. Seine Tante, die Schwester seiner Mutter, kommt nie. Sein Onkel hat es ihr verboten. Einen großen Traum hat er noch: Wenn er einmal rauskommt, möchte er in die Berge fahren und sich die Welt von oben anschauen.

Für die Angebote der Gefängnisseelsorge ist Heinz K. dankbar, weil sie für ihn willkommene Abwechslungen in seinem sonst eher tristen Anstaltsalltag sind, und auch, weil er im Glauben Halt findet. Er singt im Chor der Gefängnisgemeinde, geht regelmäßig in den Gottesdienst und unterhält sich gern mit den Seelsorgenden über Gott und die Welt. Er hat auch die Bibel von vorne bis hinten gelesen und an einem Fernkurs für katholische Theologie teilgenommen. Ursprünglich war er mal evangelisch, doch während seiner Haftzeit merkte er, dass die katholische Glaubenspraxis ihm mehr zusagt, darum ist er konvertiert und ist an einem Nikolaustag in einem Gottesdienst feierlich in die katholische Kirche aufgenommen worden.

Heinz K. gehört zu einer Gruppe von Gefangenen, die heute längst keine Seltenheit mehr in den Justizvollzugsanstalten sind. Auch im Strafvollzug ist der demografische Wandel spürbar. Die Zahl derjenigen, die bei ihrer Inhaftierung bereits im Rentenalter sind oder die im Laufe ihrer Haftzeit alt werden, steigt kontinuierlich an.

Das Problem ist: Für ältere Menschen wurden die bestehenden Justizvollzugsanstalten nicht gebaut. Niemand hatte damit gerechnet, dass in ihnen einmal alte und sogar hochaltrige Menschen mit altersbedingten körperlichen und kognitiven Einschränkungen leben würden. Als hochaltrig gilt, wer über achtzig Jahre alt ist. Das ist ein Alter, in dem die Vulnerabilität bei vielen stark zunimmt. Dies gilt besonders für Menschen, die in sozial prekären Verhältnissen leben.

Es stellt sich zudem die Frage: Wie kommen körperlich und kognitiv eingeschränkte Personen in einer Justizvollzugsanstalt zurecht? Unsere Gefängnisse sind nicht barrierefrei. Nasszellen in den Hafträumen sind meist so klein, dass

sie mit Rollator oder Rollstuhl nicht betreten werden können. Auch die niedrige Höhe der Betten stellt für körperlich eingeschränkte Gefangene ein Problem dar. Wer hilft ihnen, wenn sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind?

Ein weiteres Problem ist: Die Bediensteten des allgemeinen Vollzugsdienstes (AVD) wurden bislang noch nicht genügend auf die besonderen Herausforderungen durch alte und hochaltrige Gefangene im Strafvollzug vorbereitet. Was sicherlich daran liegt, dass die Zahl dieser Gefangenen erst in der jüngsten Vergangenheit deutlich zugenommen hat. Der Umgang mit demenziell erkrankten Gefangenen gehört bislang noch nicht standardmäßig zur Ausbildung der Bediensteten im AVD, und auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen haben in ihrem Studium darüber nichts gelernt. Viele Bedienstete bringen aber persönliche Erfahrungen mit den Herausforderungen des Alterns mit, da sie im privaten Umfeld davon betroffen sind.

Die Evangelische Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland hat 2014 erstmalig eine Anfrage an die Justizministerien der Länder gestellt, ob und in welchem Ausmaß in der Ausbildung der Bediensteten im AVD der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Inhaftierten thematisiert würde. Von den sechzehn Bundesländern haben zehn geantwortet. Bis auf das Ministerium für Justiz und Gleichstellung in Sachsen-Anhalt haben alle zu diesem Zeitpunkt bereits einen Bedarf gesehen, sich mit dem Thema zu befassen.

Das Justizministerium in Thüringen schreibt zum Beispiel: »Die Betreuung älterer und älter werdender Gefangener wird ein Schwerpunkt unserer Arbeit in den nächsten Jahren sein. Im Hinblick darauf werden wir organisatorische Vorkehrungen ergreifen und Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen den geänderten Anforderungen und Rahmenbedingungen anpassen.« Geplant war zu diesem Zeitpunkt, die Thematik in das Fach »Soziale Arbeit« zu integrieren und darüber hinaus weitere Fortbildungsmaßnahmen anzubieten. Das Staatsministerium der Justiz und für Europa in Sachsen schreibt, auch im sächsischen Justizvollzug habe in den letzten Jahren die Anzahl älterer Gefangener zugenommen. Um den Bedürfnissen älterer Gefangener besser gerecht werden zu können, wurde in den Justizvollzugsanstalten Chemnitz (Frauen) und Waldheim (Männer) jeweils ein Haftbereich für ältere und hochaltrige Gefangene eingerichtet, in dem individuell auf deren Bedürfnisse eingegangen werden kann. Im Bereich der Seniorenstationen werde Personal eingesetzt, welches über besondere Kenntnisse im Umgang mit medizinischen und psychischen Problemsituationen bei älteren Menschen verfügt. Gefangene, die eine Vollzeitpflege oder eine umfassende medizinische Betreuung benötigen, würden im Justizvollzugskrankenhaus der Justizvollzugsanstalt Leipzig untergebracht. Bei Gefangenen, die schwerstkrank sind oder sich im Sterbeprozess befinden, werde die Haftfähigkeit geprüft. Anträge würden regelmäßig gestellt und auch bewilligt, sodass ein Sterben in der gewünschten Umgebung, ob im Krankenhaus, zu Hause oder in einem Hospiz, ermöglicht werden kann.

Das Ministerium der Justiz in Rheinland-Pfalz gibt an, dass der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Inhaftierten in der theoretischen Ausbildung des allgemeinen Vollzugsdienstes bislang nicht thematisiert wurde. In der Justizvollzugsschule Wittlich werde allerdings das Thema »Alte Menschen im Justizvollzug« im Fach Pädagogik gelehrt.

In Mecklenburg-Vorpommern ist die demografische Entwicklung ebenso Inhalt der Ausbildung der Anwärter und

Anwärterinnen im AVD wie der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten von Inhaftierten, die sowohl mit unterschiedlichen Persönlichkeiten als auch mit spezifischen Situationen zusammenhängen können.

In der Stellungnahme des Justizministeriums in Mecklenburg-Vorpommern wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die AVD-Bediensteten in der Regel keine pflegerischen Aufgaben wahrzunehmen haben. Sie sind nicht dafür ausgebildet worden, die Pflege der Gefangenen zu übernehmen, ihnen aus ihren Betten aufzuhelfen, sie zur Toilette zu geleiten oder sie womöglich mit Inkontinenzmaterial zu versorgen. Zu ihrer Professionalität gehört es vielmehr, Distanz zu den Gefangenen zu wahren. Ihre Aufgabe ist es, für Sicherheit und Ordnung zu sorgen. Für die Pflege benötigt man Pflegekräfte, die kontinuierlich auf den Haftstationen für pflegebedürftige Gefangene präsent sind. Offen bleibt aber dennoch die Frage, warum Menschen mit fortgeschrittener Demenz oder mit Pflegebedürftigkeit inhaftiert sind.

Heinz K. hat das Glück, in einer Justizvollzugsanstalt zu leben, in der vor ein paar Jahren eine eigene Abteilung für ältere Gefangene eingerichtet worden ist. Er hatte sich sehr darüber gefreut, dort einen Haftraum bekommen zu haben. Im Vergleich zu seinen Mitgefangenen ist er noch einigermaßen fit. Der älteste von ihnen ist weit über achtzig. Die anderen sind in etwa in seinem Alter. Die meisten von ihnen haben demenzielle Veränderungen in unterschiedlichen Stadien. Zehn Haftplätze gibt es insgesamt. Alle sind belegt.

Die Hafträume sind so umgebaut, dass die Insassen mit ihren körperlichen Einschränkungen möglichst ohne fremde Hilfe auskommen. Die Nasszellen können mit Rollator aufgesucht werden. Außerdem sind Betten angeschafft worden, die deutlich höher sind als die normalen Anstaltsbetten. Es gibt Inkontinenzmaterial. Auch Rollatoren sind vorhanden. Die Seelsorge hatte hierfür eine Spendenaktion gestartet und sie aus der Bevölkerung geschenkt bekommen. Die Pflege wird von dem Pflegepersonal der psychiatrischen Abteilung übernommen. Dreimal die Woche kommt eine Ergotherapeutin zu ihnen und macht Angebote, die ihnen dabei helfen, ihre körperlichen und kognitiven Fähigkeiten zu erhalten oder zu fördern. Außerdem bietet die Seelsorge spezielle Gruppenangebote nur für sie an.

Irgendwann bemerken Bedienstete und Seelsorgende der JVA, dass Heinz K. körperlich stark abgebaut hat. Von der fülligen Statur, mit der er in die Haft gekommen ist, ist nichts mehr zu sehen. Es fällt auch auf, dass er seit einiger Zeit nicht mehr zu den routinemäßigen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gehen will. Seine Besuche beim Arzt sind sehr selten geworden.

Einer der Seelsorger, Herr R., erinnert sich: »Und dann kam der Tag, an dem Heinz K. in meinem Büro saß und zu mir sagte, er habe Lungenkrebs. Der Arzt gebe ihm nur noch wenige Monate zu leben.« Nicht nur für Heinz K., sondern auch für den Seelsorger, seine Kollegen und die Bediensteten der Anstalt ist diese Nachricht ein Schock. Herr R. kennt Heinz K. schon seit seiner Zeit in der U-Haft. Er mag seine ruhige, angenehme Art. In seiner Gegenwart fühlt er sich wohl. Er hat ihn als einen Menschen wahrgenommen, der im Laufe seiner Haft das Gefängnis als seinen Lebensraum angenommen hat. Und nun steht ihm plötzlich sein Tod bevor.

Im Fall von Heinz K. setzen sich neben der Seelsorge auch viele Bedienstete, bis hin zur Anstaltsleitung, dafür ein, dass er auf dem Gnadenweg entlassen werden kann.

Doch das dauert. Es braucht ein Gutachten, bevor entschieden werden kann. Der Seelsorger macht in der Zwischenzeit Pläne mit Heinz K. für seine danach noch verbleibende Zeit in Freiheit. Sie planen, gemeinsam mit einer Kollegin, die ihn auch sehr gut kannte, in die Berge zu fahren. Dort wollen sie auf einer Almhütte Urlaub machen. Doch daraus wird nichts. Bereits wenige Tage nach der Diagnoseübermittlung geht es Heinz K. plötzlich sehr viel schlechter. Es zeichnet sich ab, dass der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Was nun? Ärzte und Pflegepersonal können ihn in der JVA nicht angemessen behandeln. Er soll in ein Krankenhaus verlegt werden. Da noch kein Gnadenerlass vorliegt, wird Heinz K. schließlich mit einem Rettungswagen vorschriftsmäßig gefesselt ins Krankenhaus gebracht. Die Seelsorgenden begleiten ihn. Sie kümmern sich darum, dass seine Cousine ihn noch einmal sehen kann. Sie sind auch bei ihm, als er stirbt.

Heinz K. sah die Berge nicht mehr. Aus seinem Traum wurde nichts. Tröstlich ist: In der Stunde seines Todes war er nicht allein, auch seine Cousine konnte ihn noch lebend sehen. Tröstlich ist auch, dass er nicht im Gefängnis starb, sondern in Freiheit. So wie er es sich gewünscht hat. Er wurde von den Mitarbeitenden im Krankenhaus bis zuletzt fürsorglich und respektvoll begleitet. Und er wurde von dem Gefängnisseelsorger in dem Ort begraben, in dem er die meiste Zeit seines Lebens gewohnt hat. Anders als vom Seelsorger erwartet, war die Trauerhalle voller Menschen, die ihn gut kannten, noch aus Zeiten vor seiner Haft. Sie kamen, um Abschied zu nehmen von ihrem Heinz K.

Das Gefängnis ist sicherlich kein Ort, an dem Menschen sterben sollten, gleichwohl gehört auch hier das Sterben zum Leben dazu, genauso wie an anderen Orten. Mit dem demografischen Wandel stellt sich zunehmend die Frage: Wie kann im Strafvollzug sichergestellt werden, dass die Haftbedingungen von Gefangenen, mit Blick auf Lebensabend und Sterben, menschenwürdig sind? Das ist sicherlich keine leichte Aufgabe und bedarf einerseits der strukturellen Anpassung des Strafvollzugs an die körperlichen und kognitiven Einschränkungen älterer Gefangener, aber auch der Offenheit für individuelle Entscheidungsprozesse am Lebensende. Denn es ist nicht angemessen, für jeden sterbenden Gefangenen die Entlassung aus der Haft zu fordern. Im Einzelfall kann es durchaus sein, dass für einen Gefangenen das Gefängnis der bessere Ort zum Sterben ist. Gerade für Inhaftierte, die schon sehr lange in Haft sind und keine sozialen Kontakte mehr außerhalb der Mauern haben, ist dies denkbar. Nicht jeder Gefangene will seine letzten Stunden und Tage in Freiheit verbringen. Diese Vorstellung kann auch mit Angst besetzt sein, weil sie draußen womöglich allein wären und ihr vertrautes Umfeld verlieren würden.

Ein würdiger Umgang mit einem sterbenden Gefangenen gebietet, dass auch seine Wünsche bei einer Entscheidungsfindung mitbedacht werden. Dies wird nicht immer möglich sein.

Entscheidend ist aber, dass sie überhaupt Beachtung finden. Und für den Fall, dass ein Gefangener im Gefängnis sterben will, bräuchte es dann aber auch die personelle Ausstattung und Schulung der Bediensteten, damit diese nicht mit der Situation überfordert werden.

Quelle

Der Aufsatz ist erschienen in: *Bewährungshilfe, Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik* (66) 2019/4, S.367–371.

Erfahrungen mit Abschieden in der Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie

Beate Braner-Möhl

Wie rede ich mit Menschen, die Lernschwierigkeiten haben, über Sterben, Tod und Trauer?

Die Themen Sterben, Tod und Trauer werden in der Nieder-Ramstädter Diakonie (NRD) offen und selbstverständlich angesprochen. Menschen mit Lernschwierigkeiten können und dürfen diese Themen mit uns thematisieren. In dem Konzept »Das Leben bis zuletzt gestalten« wird die Vorgehensweise beschrieben.

Je nach den kognitiven und kommunikativen Möglichkeiten eines Menschen ist es wichtig, das Thema bewusst oder situativ aufzugreifen und anzusprechen. Im Planungsinstrument »Mein Plan« werden der Lebensplan und auch die letzten Dinge mit den Menschen besprochen.

Des Weiteren bieten wir Klient*innen und Mitarbeiter*innen Seminare und Fortbildungen zum Thema an. Bei einer Fortbildung kommt an einem Tag beispielsweise ein örtliches Bestattungsunternehmen und hat einen Sarg und eine Urne dabei. Diese können angesehen und angefasst werden, und wer möchte, kann sich auch einmal in den Sarg hineinlegen.

Die bewusste Ansprache der letzten Dinge wird seit Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V allen Klient*innen in der NRD angeboten. Der Mensch soll selbst entscheiden, wie seine Versorgung aussehen soll, und Wünsche äußern können, die in einer Willensäußerung oder Patientenverfügung festgehalten werden. Wenn sich die Lebenssituation deutlich und akut verändert, setzen wir uns soweit möglich auch mit dem betreffenden Menschen zu einer »Ethischen Fallbesprechung« zusammen.

Die Haltung der NRD ist, dass Menschen, wenn sie es wünschen, dort sterben dürfen, wo sie derzeit leben. Es gibt nur wenige äußere Umstände, wie etwa das Absaugen von Sekret aus den Atemwegen, eine liegende Trachealkanüle oder eine notwendige Beatmung, die eine Begleitung durch die NRD bis zum Lebensende ausschließen.

Die Klient*innen können an allen Standorten die Unterstützungsangebote im Sozialraum in Anspruch nehmen, wie etwa ambulante Pflege- und Hospizdienste und die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Wenn ein Klient am Lebensende in ein Hospiz möchte, dann ist auch das möglich.

Viele Klient*innen der NRD verfügen über wenige oder keine Möglichkeiten, sich lautsprachlich zu äußern. Menschen mit Trisomie 21 haben gleichzeitig ein höheres Risiko, eine Demenz zu entwickeln. Häufig stellen sich früh Kommunikationsschwierigkeiten ein, und die Lebenssituation kann sich schnell verschlechtern. Sie sind daher auf die Nutzung alternativer Kommunikationsformen angewiesen. Hier kommen Leichte Sprache, lautsprachunterstützende Gebärden, grafische Symbole, Fotos und elektronische Kommunikationsmittel individuell zum Einsatz.

Wichtig sind ebenfalls sogenannte gefühlsmäßige und intuitive Kommunikationsebenen. Diese sind Visualisieren, Konkretisieren und Symbolisieren. Visualisieren meint, dass es ein Bild davon geben muss. Um etwas zu erkennen, muss ich es erst sehen. Jemand, der tot ist, steht z. B. nicht mehr auf. Das wissen alle und können es manchmal dennoch nicht wirklich begreifen. Beim Konkretisieren geht es darum, etwas, einen Sachverhalt, mit allen Sinnen erfahrbar zu machen. Miterleben, sehen, mitmachen und fühlen. Das kalte Gesicht einer verstorbenen Person berühren. Sehen, dass diese bewegungslos ist. Beim Symbolisieren wird etwas sinnbildlich dargestellt und soll helfen, eine bedeutungsvolle Tatsache im Kern wiederzugeben. Ein Foto der verstorbenen Person, das Grab als Ort der Erinnerung.

Diese unterschiedlichen Kommunikationsformen können auch einem Menschen mit einem demenziellen Prozess helfen, sich mitzuteilen. Beispielsweise kann es einem Menschen helfen, wenn Gefühle, die man als Kommunikationspartner*in bei diesem wahrnimmt, benannt werden: In der Folge kann dieser Mensch einen Begriff für das Gefühl entwickeln. Aus der Zuschreibung der Kommunikationspartner*in »Ich sehe, du bist wütend. Du fühlst Wut.« kann so unter Umständen die Aussage des Menschen »Ich bin wütend.« werden.

Abschied vom Verstorbenen als Teil einer Gemeinschaft und Umgang mit der Trauer der Hinterbliebenen

Wenn ein Mensch gestorben ist, gibt es in der NRD das Ritual einer Aussegnungsfeier. Die Lebensgemeinschaft soll von der verstorbenen Person Abschied nehmen können, und die verstorbene Person erhält einen letzten Segen (sofern er/sie sich nicht dagegen ausgesprochen hat), bevor das Bestattungsinstitut kommt. Die Aussegnungsfeier kann ein*e Pfarrer*in vornehmen, genauso wie auch die Inhaberin der Stabsstelle Diakonie oder Mitarbeiter*innen aus den Bereichen.

Bei unterschiedlichen Anlässen bieten wir die Feier einer Gedenkandacht an: wenn ein Abschiednehmen zu Hause nicht möglich war, z. B. weil die Person an einem anderen Ort verstorben ist; wenn es Mitbewohner*innen oder Mitarbeiter*innen nicht möglich ist, an einer Beerdigung teilzunehmen; oder wenn es den Beteiligten ein Anliegen ist, auch gemeinsam Abschied zu nehmen und der verstorbenen Person in einer Andacht zu gedenken.

Jede Wohneinheit ist aufgefordert, eine Kultur des Umgangs mit Tod und Trauer zu entwickeln. Je nach den kognitiven und kommunikativen Kompetenzen der dort lebenden Klient*innen können unterschiedliche Ausdrucksmöglichkeiten gefunden werden, die einerseits die Verarbeitung des Erlebten unterstützen und andererseits auf das Sterben der Mitbewohner*in vorbereiten. Zu diesem Zweck wurde die sogenannte Trost- und Andachts-

truhe geschaffen, die jedem Wohnverbund zur Verfügung steht. In dieser befindet sich eine Vielzahl an Materialien, die zum Konkretisieren, Visualisieren, Symbolisieren und zum Durchführen von Ritualen genutzt werden können.

Z. B. sind enthalten:
- Bibel und Gesangbuch
- Kerzen
- ein Kreuz und weitere symbolische Gegenstände wie ein Herz, ein Engel
- eine Vase für Blumenschmuck und Tücher in verschiedenen Farben (liturgischen Farben) zur Gestaltung
- Bildkarten zur Visualisierung zu den Themen Tod und Sterben
- Segens- und Gebetskarten
- Material zur Gestaltung einer Trauerkarte oder eines Bilds (Buntstifte, Papier)

Entsprechend der selbst entwickelten, eigenen Kultur eines Bereichs können weitere Gegenstände/Materialien ergänzt werden.

Jeder kennt das Gefühl von Trauer. Trauern ist eine gesunde Reaktion auf eine sehr schmerzhafte Situation. Trauer wird in verschiedenen Situationen empfunden:
- wenn ein Mensch stirbt und dies einen Verlust darstellt,
- wenn der Kontakt zu einer wichtigen Person abbricht und dieser Kontaktverlust ein Verlust z. B. von Sicherheit ist,
- wenn sich Lebenssituationen (ungewollt) sehr stark verändern und dies schwierig zu akzeptieren ist.

Menschen trauern also um den Verlust von etwas, was bedeutsam für sie ist. Wichtig in der Begleitung und Unterstützung ist es daher, herauszufinden, was im Leben der Klient*innen diese Bedeutung hat.

Wird Trauer empfunden, so muss ihr Raum gegeben werden. Trauern kann sehr lange dauern: Wochen, Jahre, manchmal ein ganzes Leben. Trauern bedeutet, das Loslassen zu lernen. Trauerreaktionen können auch mit zeitlicher Verzögerung auftreten. So unterschiedlich, wie Menschen sind, ist auch ihr Empfinden und Verhalten während der Trauer. Menschen mit geistiger Behinderung bilden hier keine Ausnahme. Es kann sehr auffällige Reaktionen geben wie auch nach außen wenig sichtbare. Menschen, die kein Todesverständnis haben, reagieren trotzdem auf den Verlust; sie empfinden den Verlust, auch wenn sie keine Erklärung dafür haben.

Die Möglichkeiten der Verarbeitung von Verlusten sind eng mit den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und Möglichkeiten verbunden. Die Ausprägung der Fähigkeit, Informationen aus der Umwelt zu erfassen und zu verarbeiten (sie zu verstehen), ein Verständnis von Zeit und Zeiträumen sowie die Möglichkeiten, sich auszudrücken, haben Einfluss darauf, wie ein Mensch Trauer erlebt.

Beim Trauern gibt es kein Falsch oder Richtig. Jeder Mensch trauert individuell und braucht seine Zeit. Dennoch reagieren alle Menschen auf Verlusterfahrungen ähnlich, das gilt auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Es ist bei Menschen mit geistiger Behinderung wichtig, dass das Erleben an konkrete Erfahrungen gekoppelt ist. Dies trägt dazu bei, sich einen Begriff von so abstrakten Inhalten wie »Tod« und »Sterben« zu bilden.

Mit dem Wissen um die kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten und um das vorhandene Todesverständnis von Klient*innen gelingt es besser, zu verstehen, warum sie sich so oder so verhalten. Besseres Verständnis vergrößert die Möglichkeiten passender Begleitung und Begegnung in einer Weise, die der Erlebenswelt angemessen ist.

Auch das eigene Verständnis der Mitarbeiter*innen vom Tod gibt Klient*innen in der Begleitung Raum für das Trauern, ebenso wie der Glaube Halt geben kann. Wichtig ist, Menschen mit Behinderung auch an der eigenen Trauer teilhaben zu lassen. Eine gut gemeinte Schonung kann das Trauern verhindern.

Für Mitarbeiter*innen stellt die Begleitung von Klient*innen in ihrer letzten Lebensphase oder deren Tod eine Herausforderung dar, in der sie selbst möglicherweise der Unterstützung bedürfen. Gleichzeitig sind daher die Mitbewohner*innen zu begleiten, und auch eigene Gefühle und Empfindungen müssen verarbeitet werden.

Den Mitarbeiter*innen in der NRD stehen verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung zur Verfügung wie: seelsorgliche Begleitung für Teams und Einzelpersonen im Verlauf des Sterbeprozesses eines Klienten und in der Trauerphase. Ebenso die Begleitung durch den Fachdienst Pflege und durch die Fachberatung. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit der Supervision, der Einbeziehung der Notfallseelsorge bei traumatischen Ereignissen und der Unterstützung durch Palliativteams und Hospizdienste.

Symbolhandlungen erleichtern das Abschiednehmen, weil sie die Trauernden sowohl mental als auch körperlich in Aktion bringen.

Bei Trauerfeiern in der NRD gibt es viele dieser Symbolhandlungen wie beispielsweise Kerzen anzünden, Muggelsteine als Tränen ablegen oder sie mitnehmen, selbst gemalte Bilder mitbringen, Blumen oder bemalte Steine ablegen, ein Naturmandala legen, Kuscheltiere ins Grab legen. Wichtig ist, dass sie zu den Trauernden und der verstorbenen Person biografisch passen. So wurden z. B. schon ein Sargdeckel oder eine Urne in der jeweiligen Wohngruppe bemalt. Es wurden auch schon Luftballons an den Sarg gebunden und dann im Freien steigen gelassen. Oft werden Lieblingssongs abgespielt, die Lieblingsschuhe oder der Rollstuhl hingestellt.

Literaturhinweise

Christine Hubka: *Wo die Toten zu Hause sind,* 2012.

Erik Bosch: *Tod und Sterben von Menschen mit geistiger Behinderung,* 2011.

Franke, Evelyn: *Anders leben – anders sterben,* 2018.

Kostrzewa, Stephan: *Menschen mit geistiger Behinderung palliativ pflegen und begleiten,* 2020.

Heppenheimer, Hans/Sperl, Ingo (Hg.): *Anders trauern,* 2012.

Zentrum Verkündigung/Joachim, Doris (Hg.): *Übergänge II. Materialbuch 133,* 2020.

Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Corona-Pandemie

Das Bistum Limburg hat im Rahmen der Corona-Pandemie eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste erstellt und publiziert. Die entstandene Themenmappe gehört zu der Reihe »Lebenszeichen«, die in Kooperation vom Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., der Behindertenhilfe der St. Augustinus Gruppe und dem Bistum Limburg getragen wird.

Weitere Informationen gibt es auf der Internetseite www.lebenszeichen.bistumlimburg.de

ABSCHIED GESTALTEN

Gott ist schon da – Vorbereitung auf den Besuch bei Sterbenden

Doris Joachim

Es ist nicht leicht, an das Bett eines Sterbenden zu gehen. Außerdem wissen wir nicht immer, in welcher Situation wir Sterbende antreffen. Darum brauchen wir für uns selbst eine innere Vorbereitung. Manchmal ist nur Zeit für ein kurzes »Gott, hilf mir jetzt.« Für mich hilfreich ist die folgende Imagination:

Dieser kranke Mensch auf dem Weg zum Sterben hat Gott neben sich. Ich muss ihm Gott nicht erst bringen. Ich stelle mir vor: Gott ist schon längst da. Ich komme nur dazu. Ich bin auch nicht für den Sterbenden verantwortlich. Dass er nicht leiden muss, dass es ihr seelisch besser geht, dass er getröstet stirbt. Ich muss nicht trösten, sondern »nur« dazu beitragen, dass Gott tröstet. Wenn es nötig ist, wende ich mich stellvertretend für die Sterbende an Gott, bittend, klagend, anklagend, je nachdem. Ich vermische nicht meine Angst und meine Klage mit der Angst und Klage des Sterbenden oder der Sterbenden. Darum bete ich vor dem Besuch zu Gott: Diese Sterbende ist in deinen Händen, so wie ich auch. Sorge du für sie.

Solche Imagination hindert mich daran, mich für alles zuständig und verantwortlich zu fühlen. Manchmal meine ich, Gottes vermeintlich schlechtes Tun durch meinen Trost und Beistand ausgleichen zu müssen. Solche Allmachtsfantasien führen unvermeidlich zu einem Gefühl großer Hilflosigkeit. Denn meine Kraft ist natürlich endlich. In der Sorge um Andere sind wir aber nicht nur auf uns gestellt, sondern kommen in Kontakt mit dem Unendlichen, auch wenn Gott uns unbegreiflich erscheint. Sterbende auf dem Weg zu Gott wollen nicht nur menschlichen Trost, sondern einen Sinn und Geschmack für das Unendliche, für Gott, dem sie bald gegenüberstehen werden.

Beten und Segnen am Sterbebett

Doris Joachim

Beten am Ende eines Gesprächs

Wie finde ich heraus, ob mein Gegenüber überhaupt beten will? Das ist nicht leicht und muss je neu erspürt werden. Es kann nicht darum gehen, unbedingt ein christliches Wort zum Abschluss unterbringen zu wollen, weil ich ja schließlich Pfarrerin bin oder christlicher Hospizhelfer oder weil es mein Bedürfnis ist. Maßstab ist mein Gegenüber. Und wenn ich das Gefühl habe, eine Sterbende würde ein Gebet am Schluss eines Besuches nur peinlich berührt über sich ergehen lassen, dann lasse ich es. Und doch bleibe ich oft unsicher, weil ich erlebt habe, dass auch ein Gebet mit Menschen, für die Beten ungewohnt ist, viel löste. Hier einige Formulierungen, mit denen ein Gebet »angeboten« werden kann:

- »Ich würde jetzt gern ein Gebet sprechen. Was denken Sie?« oder: »Möchten Sie, dass ich jetzt ein Gebet spreche?« Diese Formulierungen signalisieren: »Ich spreche das Gebet. Sie müssen es weder mitsprechen noch sich zu eigen machen. Sie können distanziert zuhören oder auch sich anrühren lassen. Das ist allein Ihre Entscheidung.« Dabei muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der das Angebot abgelehnt werden kann, ohne ungute Gefühle zu erzeugen.
- Nicht immer sind viele Worte nötig, oft auch nicht die eigenen. Gebundene Sprache kann tragen, wo uns selbst die Worte fehlen. Hier sind an erster Stelle die Psalmen und Gesangbuchlieder zu nennen. Dies könnte vielleicht folgendermaßen eingeleitet werden: »Während wir miteinander gesprochen haben, ist mir der Psalm 23 (oder ein anderer Psalm oder ein Lied) eingefallen. Ist es Ihnen recht, wenn ich den mit Ihnen bete?« Das setzt voraus, dass man ein Gesangbuch bzw. eine Bibel dabei hat oder den Text auswendig kennt.
- Je nach vorherigem Gesprächsverlauf reicht es vielleicht zu sagen: »Wollen wir miteinander das Vaterunser beten?«
- Hilfreich ist, ein Gebet auf einer schön gestalteten Karte mitzubringen. Viele Verlage bieten solche Karten an. Manchmal sind auf einer Karte mehrere Gebets- oder Meditationstexte abgedruckt. Das Angebot eines Gebetes könnte mit folgenden Worten eingeleitet werden: »Ich habe Ihnen eine Karte mitgebracht. Da stehen Gebete drauf. (Oder: Da steht ein Gebet drauf.) Wenn Sie mögen, können wir das Gebet miteinander sprechen. (Oder: »Wenn Sie mögen, spreche ich dieses Gebet jetzt für Sie.«)

Wie beten wir am Sterbebett?

Da gibt es keine fertigen Handlungsanweisungen. Jede Situation ist anders. So ist es ein Unterschied, ob die Besuchende mit dem Sterbenden allein im Zimmer ist oder ob noch weitere Personen (Angehörige, Freunde, kleine Kinder oder Jugendliche) dabei sind. Je verschieden sind auch die emotionalen Lagen der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Es braucht also verschiedene Haltungen, die unterschiedliche Gebete aus sich heraussetzen. Wichtig ist allerdings, dass die Besuchende selbst innerlich in die Haltung eines Gebetes kommt. Das bedeutet: Sie spricht mit Gott und nicht mit den Anwesenden. So wichtig es ist, die sterbende Person und ihre eventuell anwesenden Angehörigen im Blick zu haben – die Sprechrichtung geht himmelwärts. Als Betende verstecken wir in unsere Worte keine Botschaften oder gar Apelle. So gibt es zum Beispiel Gebete, in denen Gott gebeten wird, er möge doch dem Sterbenden helfen loszulassen. Aber woher wissen wir, dass das jetzt dran ist? (Es sei denn, der Sterbende selbst äußert den Wunsch loszulassen.) Und: Ein sterbender Mensch könnte es als Kritik auffassen, dass er noch zu sehr am Leben hängt, die Realität nicht akzeptiert und immer noch nicht bereit ist, zu sterben.

Freie Gebete

Ein freies Gebet zu sprechen, verführt dazu, sehr viel reden zu wollen. Aber gerade in der Zeit des Sterbens sollten die Worte dürr werden und die Pausen länger. Das Gebet wiederholt nicht das im vorherigen Seelsorgegespräch Gesagte. Sondern es nimmt die Stimmung auf, das Wesentliche, das, was die sterbende Person umtreibt, und stellt es vor Gott. So treten Besuchende und Sterbende einen Schritt aus der Situation heraus in einen Raum, in dem Gott wohnt. Angst, Schmerz, Zorn, Traurigkeit, Dankbarkeit oder Sehnsucht werden ihm gebracht. Einfach vor Gott hingestellt. In kurzen Sätzen. Ohne Schnörkel und ohne Verschachtelungen. Gott sagen, was ist. Und bitten für die Sterbende. Dabei sollte die Bitte so offen wie möglich formuliert werden. Wann im Gebet ein »Ich« und wann das »Wir« verwendet wird, muss gut bedacht sein. Für die Intensität des Betens ist es hilfreich, auf die Pausen zu achten. Die folgenden zwei Gebete sind so gesetzt, dass nach jeder Zeile eine kurze Pause gemacht wird. Sie kann so lange dauern, wie wir brauchen, um zu Ende auszuatmen und wieder neu einzuatmen. Die Art und Weise des Sprechens, also die nonverbale Kommunikation, ist wichtig. Dies gibt den Hörenden die Möglichkeit, das Gesagte auch zu spüren.

Fürbitte
Gott, du hast versprochen, bei uns zu sein.
Im Leben und im Sterben.
Darum bitte ich dich für N.N.
Stell dich an seine/ihre Seite.
Behutsam und sanft.
Nimm ihm/ihr die Angst.
Nimm ihm/ihr die Schmerzen.
Halte deine Hand über ihn/sie.
In dir ist er/sie geborgen.
Heute und in Ewigkeit. Amen.

Zurücksehen voller Trauer
Gott, hier sind wir.
Wir blicken zurück.
Die Augen sind trüb vor Tränen und Trauer.
Da ist viel Unerledigtes.
Da sind Enttäuschungen.
Und da ist Sehnsucht, die nicht erfüllt wurde.
Wir geben dies alles zurück in deine Hände.
Gib N. N. deinen Frieden.
Und gib ihm/ihr Trost
für den Weg, der vor ihm/ihr liegt,
den Weg zu dir. Amen.

Segnen am Sterbebett

Segen ist mehr als freundliche Zuwendung der Segnenden. Die kann sie auch durch einfühlsame Worte und Händedruck vermitteln. Mit dem Segen kommt Gott ins Spiel, jedenfalls deutlicher als im Gespräch vorher. Aber auf welche Art segnen wir? Diese Frage beschäftigt vor allem, wenn das Segnen durch Handauflegen unterstützt wird. Denn die körperliche Berührung kann unbeabsichtigt eine abwehrende Reaktion hervorrufen. Jede/jeder Sterbende bringt eine Geschichte mit. Leider gibt es eine hohe Zahl an Menschen, deren psychische und physische Integrität verletzt wurde durch Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung. Gerade am Lebensende tauchen so manche Geister der Kindheit wieder auf. Dies kann dazu führen, dass jemand auf eine Handauflegung mit Abwehr oder einer Erstarrung (Dissoziation) reagiert. Vor allem solche, die nicht gelernt haben, für ihre eigenen Grenzen gut zu sorgen, neigen dazu, nicht genau zu sagen, was sie wollen oder was sie nicht wollen. Hier gilt es, nicht nur auf die verbalen, sondern auch und vor allem auf die nonverbalen, die körperlichen Signale zu achten. Der Segen soll ja nicht als Übergriff erlebt werden, der irgendwie ertragen wird.

Wenn also ein Mensch nach behutsamem Fragen signalisiert, dass er gern durch Handauflegung gesegnet werden möchte, muss über die »Choreografie« nachgedacht werden. Ein Seelsorger, eine Seelsorgerin sollte sich auf keinen Fall vor eine sitzende Person stellen. Wenn möglich, sollten beide stehen. Wenn das nicht geht, sollten beide sitzen. Besondere Zurückhaltung ist nötig, wenn der zu segnende Mensch im Bett liegt. Die körperliche und seelische Schwäche macht wehrlos gegen das Ansinnen des/der Segnenden, die es doch eigentlich gut meint. Die segnende Person sollte ankündigen, was sie tut. Sie kann eine oder auch beide Hände auf den Kopf oder auf die Hände legen. Oder sie legt eine Hand auf eine Schulter. Es ist gut, wenn die Segenshandlung in eine liturgische Form mit einem vorausgehenden Gebet und dem Vaterunser eingebunden wird. So kann Gott ins Spiel kommen und unserer kleinen Kraft als Seelsor-

gende aufhelfen. Wo dies gelingt, ist die Segnung durch Handauflegung eine Quelle des Trostes.

Wenn Menschen die Berührung nicht wünschen, sollten sie nicht gedrängt oder überredet werden. Ein Segnen allein durch das Wort ist nicht weniger kräftig. Traumatisierte Menschen oder eben solche, die eine Distanz zu anderen brauchen, werden den Zuspruch von Gottes Segen spüren, wenn er in respektvoller Distanz oder »nur« mit einem Händedruck am Ende des Gesprächs bekräftigt wird. Aber selbst das Händereichen muss nicht sein. Gottes Segen wirkt.

Es gibt eine Fülle von Segensworten. Wer sich auf den Weg zum Sterben macht, möchte vielleicht nicht zu viele Worte. Da reicht manchmal ein einfaches »Gott segne und behüte dich.« Im Folgenden zwei einfache Segensworte aus der Tradition, das erste nach Psalm 121.

Gott behüte dich vor allem Übel.
Gott behüte deine Seele.
Gott behüte deinen Ausgang und Eingang
von nun an bis in Ewigkeit.
Amen.

Der Segen des gütigen Gottes
komme auf dich und bleibe bei dir
jetzt und allezeit.
Amen.

Begleitung von Sterbenden: Zwei Riten aus katholischer Sicht

Sandra Pantenburg

Der Tod ist das Letzte im irdischen Leben eines Menschen. Im Sterben geschieht unwiderrufliche Voll-Endung.[53] Es sind oftmals dichte, emotionale, ja, man kann sagen: heilige Momente, wenn es auf diesen Zeitpunkt des Los-Lassens und des Übergangs zugeht. Nicht selten fehlen Angehörigen und Freunden der/des Sterbenden in diesen Stunden geeignete Ausdrucksformen, um all dem Raum zu geben und der Person in angemessener Form beizustehen. Wie jedes Leben einzig und kostbar ist, so auch jedes Sterben. Die Begleitung dieser Situationen erfordert ein hohes Maß an Empathie, Kreativität und Gottvertrauen.

53 Romano Guardini, *Die Letzten Dinge,* Kevelaer 2016, 12 f.

Sakrament der Krankensalbung

Die Begleitung Sterbender war den Menschen von jeher wichtig, und es haben sich zahlreiche kostbare Traditionen herausgebildet. Eine davon und die aus katholischer Perspektive lange Zeit vorherrschende Tradition ist das Sakrament der Krankensalbung. Sie ist eines der sieben Sakramente, deren ordentliche Spendung einer ordinierten Person (hier dem Priester) vorbehalten ist. Er handelt im Auftrag und Namen der Kirche in einem weltkirchlich universellen Ritus. Die Feier der Krankensalbung hat ihren Platz nicht ausschließlich unmittelbar vor dem Verscheiden, sondern kann in jeder Situation menschlicher Gebrechlichkeit gefeiert werden. Durch liturgische Texte und Gesten wird das Sakrament zum Zeichen einer heilsamen und wirksam sich durchsetzenden Gnade Gottes für die Menschen und die Welt.[54]

Sterbesegen

In den letzten Jahren bricht sich die Wiederentdeckung einer weiteren Form Bahn: der des Sterbesegens. Vor nunmehr 20 Jahren gab die Diözese Rottenburg-Stuttgart die erste Broschüre zum Thema Sterbesegen heraus. Das Bistum Limburg wird in Kürze ebenfalls eine Veröffentlichung anbieten. Was ist der Kern eines solchen Sterbesegens? Zunächst einmal kann ihn jeder gläubige Mensch spenden. Die Quelle allen christlichen Handelns ist dabei die Taufe, deren Grundausrichtung der Blick auf das rettende und heilende Handeln Gottes an uns Menschen ist:

Der Übergang aus der Finsternis zum Licht, aus der Verzagtheit zur Hoffnung, aus dem Tod zum Leben. Die großen biblischen Texte vor allem der Osternacht berichten von diesen Erfahrungen. Dieser letzte große Übergang, den die Taufe im sakramental-symbolischen Vollzug gefeiert hat, wird nun konkret für die/den Sterbende/n; jetzt vollzieht sie/er »leibhaftig« mit Christus den Übergang vom Tod ins Leben. Wenn Menschen diesen Weg begleiten, tun auch sie es aus der Kraft und Ermächtigung der Taufe. Sie werden zum »Segen«, durch welchen Gott in Christus selber handeln will. Denn seine Gnade ist nicht an die sieben Hauptzeichen des Glaubens gebunden, alles kann zum Medium der göttlichen Liebe in den einfachsten Gesten des Lebens werden.[55]

Sterben ist weder planbar noch in Kategorien zu fassen, sondern ein einmaliges und höchstpersönliches Ereignis. Die Formen des Sterbesegens versuchen dies zu berücksichtigen, aber stets im Wissen darum, dass alle Worte und Gesten letztlich nur Stückwerk sind und sich das göttliche Geheimnis im eigenen Innern oftmals wortlos erahnen lässt.

Segen schafft keine neue Wirklichkeit, er ist letztlich immer Fortsetzung und Bekräftigung dessen, was Gott uns in Christus zugesagt hat:

»Ich vergesse dich nicht. Sieh her: Ich habe dich eingezeichnet in meine Hände. Ich bin der HERR, dein Retter, dein Erlöser.«

(Jesaja 49,15b.16.26 Einheitsübersetzung)

54 Karl Rahner, *Grundkurs des Glaubens,* Freiburg i. Br. [6]1976, 398.

55 Leonardo Boff, *Kleine Sakramentenlehre,* Ostfildern [18]2010, 16.19.

Aussegnung – Überlegungen und liturgische Bausteine

Doris Joachim

Theologische Erwägungen

Die Aussegnung kurz nach Eintritt des Todes ist ein erster Schritt des rituellen Abschieds, insbesondere wenn der Tod unerwartet kommt. Oft jedoch hat der Abschied schon vorher begonnen, gemeinsam mit der/dem Sterbenden. Auch hier kann es rituelle Abschiedshandlungen gegeben haben: Gebete, letzte Worte und Gesten, Segen. Dennoch markiert der Tod eine Grenze, bei deren Überschreitung rituelle Handlungen und Worte hilfreich sein können, für die Trauernden, vielleicht auch für die Toten (vgl. dazu Gutmann 2002). Es ist ein Handeln am toten Menschen und zugleich Trost und Unterstützung der Trauernden.

Praktische Erwägungen

Wenn ein Mensch gestorben ist, wird manchmal eine Aussegnung am Totenbett gewünscht. Zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Dazu muss ein äußerer Rahmen geschaffen werden: Wie sieht die Verstorbene aus? Sind die Hände aufeinandergelegt? Ist es gut, den Verstorbenen zu kämmen oder das Gesicht zu reinigen? Ist er gut zugedeckt? Müssen noch medizinische Geräte weggeräumt werden? Wie sieht das Zimmer aus? Liegen noch weitere unnötige Dinge auf einem Nachtschrank oder sogar auf dem Bett? Gibt es Blumen oder eine Kerze? Gibt es ein Symbol, das der Verstorbenen in die Hände gelegt werden soll? Sitzen oder stehen die Angehörigen? Und wo? All dies soll in Ruhe bedacht und geregelt werden. Äußerlichkeiten können helfen, das Innere zur Ruhe zu bringen. Vor dem eigentlichen liturgischen Akt der Aussegnung wird sicher noch ein wenig gesprochen. Da folgt die Segnende den Bedürfnissen der Angehörigen/Freund*innen. In Anwesenheit des Toten zu reden macht das Gespräch besonders. Meist reden wir unwillkürlich leise. Es wird viel geschwiegen. Für alles ist genug Zeit. Letzte Berührungen kann es geben. Manchmal ist da eine Scheu, dies zu tun. Der Seelsorgende kann dazu ermuntern, ohne zu drängen. Niemand soll hier etwas tun, was er oder sie nicht will.

Für die Aussegnung stellt sich die Seelsorgende neben das Bett. Die Angehörigen können sich auf die andere Seite stellen oder am Fußende gruppieren. Es gibt verschiedene liturgische Formen, je nach Tradition oder auch Situation. Ich nenne hier nur einige Elemente.

Wenn eine Aussegnung nicht unmittelbar nach Eintritt des Todes zu Hause, im Krankenhaus oder Pflegeheim möglich ist, kann sie auch später im Abschiedsraum eines Bestattungsinstitutes oder im Aufbahrungsraum des Friedhofs stattfinden.

Liturgische Erwägungen

Die Liturgie berührt den Toten, segnet ihn und spricht ihn an, wissend (bzw. vermutend), dass dieser Leib sie nicht mehr hören kann. Wir können geteilter Meinung darüber sein, wo die gerade verstorbenen Menschen nun sind. Manche Theologinnen und Theologen sprechen davon, dass sie so kurz nach ihrem Sterben auf eine geheimnisvolle Art und Weise noch anwesend sind (z. B. Hans Martin Gutmann 2002 und Ina König 2009). Für die Angehörigen jedoch ist die Zuwendung zu den Toten eine tröstende Geste. Für meine Haltung als Segnende ist es wichtig, mir vorzustellen, die Toten könnten hören und sehen, was wir hier sagen und tun. Letztlich wissen wir nicht, was sich zwischen Erde und Ewigkeit abspielt.

Ein weiteres Element der Aussegnung ist die Wendung der Segnenden zu den Angehörigen und der Segen der Hinterbliebenen. Im Folgenden einige Vorschläge zur Konkretion. Sie sind sehr einfach gehalten. Weitere Anregungen finden sie u. a. in den folgenden Publikationen:

- *Neues Evangelisches Pastorale. Texte, Gebete und kleine liturgische Formen für die Seelsorge,* hrsg. Von der Liturgischen Konferenz, Gütersloh 2005.
- Ida Lamp/Karolin Küpper-Popp, *Abschied nehmen am Totenbett. Rituale und Hilfen für die Praxis,* Gütersloh 2006.
- *Zeit mit den Toten. Eine Orientierungshilfe der Liturgischen Konferenz,* hrsg. von Ulrike Wagner-Rau, Gütersloh 2015.
- Doris Joachim, *Übergänge II. Bestattung und Totengedenken. Materialbücher des Zentrums Verkündigung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau Buch 133,* Frankfurt am Main 2020.

Liturgische Bausteine

Der Friede Gottes sei mit euch/uns allen.
N.N. ist jetzt tot. Wir müssen Abschied nehmen.
Das ist schwer. Darum suchen wir Zuflucht bei Gott.

Psalm 23 oder ein anderer Psalm

N.N., ich segne dich mit dem Zeichen des Kreuzes.
(Mit dem Daumen auf der Stirn ein Kreuz zeichnen.)

Gott behüte dich,
er behüte deinen Ausgang und Eingang
von nun an bis in Ewigkeit. Amen.

Gebet

Lasst uns beten.
Gott, hier sind wir jetzt.
Traurig, erschrocken *(Gefühle benennen, die gerade besonders spürbar sind, evtl. auch Zorn).*
Dir vertrauen wir N.N. an.
Sei bei ihm/ihr. Nimm ihn/sie zu dir.
Sei auch jetzt bei uns.
Denn wir fühlen uns traurig und verlassen.
Sei besonders bei *(hier z. B. Ehepartner/-in oder Kinder, vor allem jüngere Kinder nennen).*
Stärke sie für die nächsten Schritte.
Behüte und bewahre sie.
Amen.

Vater Unser

Segen der Hinterbliebenen

Gott segne euch und behüte euch.
Gott lasse das Angesicht leuchten über euch
und sei euch gnädig.
Gott erhebe das Angesicht auf euch
und gebe euch Frieden. Amen.

oder Segensbitte:

Gott segne uns und behüte uns. Gott lasse das Angesicht leuchten über uns und sei uns gnädig. Gott erhebe das Angesicht auf uns und gebe uns Frieden. Amen.

Weitere Segen für die Toten

aus: Schriftworte und Liturgische Texte für den Bestattungsgottesdienst, EKHN 1992:

Es segne dich Gott, der Vater,
der uns geschaffen hat
nach seinem Bild.

Es segne dich Gott, der Sohn,
der uns erlöst hat
von aller Schuld.

Es segne dich der Heilige Geist,
der uns zu neuem Leben führt.

Der dreieinige Gott,
der deinen Eingang gesegnet hat,
segne deinen Ausgang in Ewigkeit.

Aussegnung eines orthodoxen Christen

Raimar Kremer

Im orthodoxen Glauben spielt das Kreuzzeichen eine zentrale Rolle. Damit ehrt man die Dreifaltigkeit, segnet aber auch sich selbst oder andere. Die Gelegenheiten sind unzählig, aber in der orthodoxen Liturgie nicht genau geregelt. Sie werden von den Gläubigen nach eigenem Ermessen gehandhabt. Beim Bekreuzigen sind Daumen, Zeige- und Mittelfinger zusammengelegt und ausgestreckt; Ringfinger und kleiner Finger berühren die Handfläche. Die drei ausgestreckten Finger symbolisieren die Dreifaltigkeit, die zwei gekrümmten Finger die zwei Naturen Christi sowie sein erstes Kommen und seine erwartete Wiederkunft. Das Kreuzzeichen wird von der Stirn über die Brust zu den Schultern gemacht, wobei im Gegensatz zur in der katholischen Kirche üblichen Form zunächst die rechte und dann die linke Schulter berührt wird. Mit dieser Haltung der Finger wird der Verstorbene berührt. Dabei wird gesagt:

N. N., du hast zeit deines Lebens Jesus Christus gehört.
An der Stirn: Du hast Jesus Christus gehört
mit deinem ganzen Denken und Sinnen.
An der Brust: Du hast Jesus Christus gehört
mit deinem ganzen Herzen,
mit deinem Fühlen und Lieben.
An der rechten und dann an der linken Schulter:
Du hast Jesus Christus gehört
mit deinem ganzen Wollen und Handeln.

Segen

Ins Paradies mögen die Engel dich geleiten,
bei deiner Ankunft die Märtyrer dich empfangen
und dich führen in die heilige Stadt Jerusalem.
Der Chor der Engel möge dich empfangen,
und mit Lazarus, dem einst Armen,
mögest du ewige Ruhe haben. Amen.
(Aus dem 7./8. Jahrhundert)

Gebet

Mit den Seelen der vollendeten Gerechten
lass ruhen, Erlöser,
die Seele deines Dieners/deiner Dienerin.
Bewahre sie zum seligen Leben bei dir.
In deiner Ruhestätte, Herr,
wo alle deine Heiligen sich finden,
lass auch die Seele deines Dieners/
deiner Dienerin ruhen.
Ehre dem Vater und dem Sohne
und dem Heiligen Geiste!
Du bist unser Gott, der in die Hölle hinabgestiegen ist
und die Fesseln der Gebundenen löste,
bringe du selbst zur Ruhe die Seele deines Dieners/
deiner Dienerin
jetzt und immerdar und von Ewigkeit zu Ewigkeit.
Amen.

Totengedenken in Pflegeeinrichtungen in Zeiten der Covid-19-Pandemie

Doris Joachim

Hinführung

In einer Pflegeeinrichtung leben in der Regel hochaltrige Menschen mit Unterstützungsbedarf für die Dinge des täglichen Lebens. Hier soll ihnen ermöglicht werden, weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Die Mitarbeitenden leben eine Zeit lang mit den Bewohner*innen. Manche Freundschaften unter den Bewohner*innen entstehen. Und es bilden sich Bindungen zwischen den Pflegenden und den Bewohner*innen, mal mehr, mal weniger. Manchmal sind es tiefe, freundliche Beziehungen. Insbesondere in dieser Zeit der Covid-19-Pandemie, da nur wenige kurze Besuche erlaubt sind, werden die Pflegenden zur Ersatzfamilie für Bewohner*innen. Das ist eine besondere Herausforderung an die eigene Zeit und äußere wie innere Kraft.

Die Pflegenden leben immer mit der Tatsache, dass die Bewohner*innen in naher Zukunft sterben werden. Das macht die Balance zwischen Nähe und professioneller Distanz herausfordernd. In Zeiten einer Pandemie ist die Wahrscheinlichkeit, von vielen Bewohner*innen in kurzer Zeit Abschied nehmen zu müssen, erhöht. Wenn das Virus einmal in ein Pflegeheim gekommen ist, ist die Not groß. Mitarbeitende einer betroffenen Einrichtung sprachen davon, dass sie dies als überwältigend empfunden haben, wie ein Tsunami. Dazu kommen die quälenden Fragen: Wer hat das Virus eingeschleppt? Waren wir Pflegenden es vielleicht? Was haben wir falsch gemacht? Gefühle von Ohnmacht und Schuld stellen sich bei einigen ein. Aber auch Sorge um die eigene Gesundheit und die Gesundheit der eigenen Familien. Manche Einrichtungen werden durch Angehörige oder durch die Öffentlichkeit mit Vorwürfen konfrontiert. Es ist gut, wenn in einer Liturgie neben der Trauer auch die Themen Schuld, Verantwortung, Sorge, Angst aufgenommen werden.

Viele Pflegende und andere Mitarbeitende arbeiten am Rand der Erschöpfung. Auch sie brauchen Trost und Halt. Darum diese Vorschläge für kleine liturgische Gedenkfeiern, die zum Beispiel im Rahmen einer Dienstbesprechung regelmäßig gefeiert werden könnten. Die Liturgien sind durchaus auch außerhalb der Pandemie verwendbar. Über einen zeitlichen Rhythmus (wöchentlich? monatlich?) sowie über den Ort sollte gut nachgedacht werden. Die Liturgien sind so konzipiert, dass sie ohne theologisch geschulte Personen gefeiert werden können. Eine liturgische Form kann sich stets wiederholen. So ist es hilfreich, wenn einmal eine Vorlage gedruckt vorliegt, das immer wieder verwendet wer-

den kann. Dabei können selbstverständlich je nach Situation auch neue Vorlagen zusammengestellt werden. Denn es ist ein Unterschied, ob in einem Pflegeheim gerade das Virus unterwegs ist oder ob alle in Angst sind vor einem neuen Ausbruch oder …

In Zeiten dieser Pandemie sterben auch Mitarbeitende einer Pflegeeinrichtung und/oder ihre Angehörigen durch und mit dem Coronavirus. Es kann darüber nachgedacht werden, für sie ein eigenes Totengedenken zu feiern. Es kann aber auch stimmig sein, ein gemeinsames Totengedenken für Mitarbeitende (und ihre Angehörigen) und für die Bewohner*innen zu begehen. Im Folgenden werden nun einige Formen vorgeschlagen, die für jede Einrichtung oder Situation angepasst und verändert werden können. Es könnten auch geeignete Psalmen eingefügt werden, z. B. Psalm 23; 121 oder Auszüge aus Psalm 139 u. v. m. Die Vorschläge könnten in abgewandelten Formen auch für ein regelmäßiges Totengedenken in Krankenhäusern und Hospizen verwendet werden.

Totengedenken mit Kerzenritual

Diese Gedenkfeier ist nur dort denkbar, wo das Entzünden von Kerzen erlaubt ist. Ein Tisch steht bereit, auf dem die Kerzen stehen werden. Er ist schön gestaltet, zum Beispiel mit einer Decke, Tüchern und Blumen. Für jede verstorbene Person ist eine Kerze vorgesehen. Über die Größe und Form der Kerzen sollte gut nachgedacht werden. Sie sollten würdig aussehen. Gleichzeitig sollen sie auch nicht zu lange brennen. Hier könnte an Teelichter ohne Aluminium gedacht werden, die in kleine Gläser gestellt werden. Auch sind die schmalen Vigilkerzen möglich. Diese müssten in ein Behältnis mit Sand oder in einen geeigneten Ständer gestellt werden. Wenn das Totengedenken in einer Kapelle stattfindet, so findet sich dort vielleicht ohnehin eine Kerzenecke mit der Möglichkeit des Entzündens von Kerzen für die Toten.

Eröffnung

Eine*r	Wir sind hier und gedenken der Toten.
Alle	Wir sind hier und suchen Halt und Trost.
Eine*r	Wir sind hier im Namen Gottes, Anfang und Ende allen Lebens.
Alle	Amen.

Kerzenritual

I	Ich zünde ein Licht an für N.N. Geborgen in Gott.
II	Ich zünde ein Licht an für N.N. Geborgen in Gott.

Für jede in der zurückliegenden Zeit verstorbene Person wird eine Kerze angezündet. Dabei sind folgende Varianten möglich:

- Für jede verstorbene Person wird derselbe Satz gesagt (s.o.)

- Für jede verstorbene Person wird ein anderer Satz gesagt. Dabei sollten einige Vorschläge in der Vorlage stehen. Das gibt Handlungssicherheit.
  - Getragen im Tod.
  - Getröstet in der Ewigkeit.
  - Lebendig bei Gott.
  - Behütet für immer.
  - Sie/Er ruht in Frieden.

  Oder etwas anderes.

- Nach dem Entzünden der Kerze und der Nennung des Namens können kleine Erinnerungen genannt werden. Bei den Erinnerungen können sich alle im Team mit kurzen Sätzen beteiligen. Oder es nennt nur die Person eine Erinnerung, die die Kerze entzündet hat. Zum Beispiel:
  - Ich habe es gemocht, wie er gelächelt hat.
  - In den letzten Tagen war sie voller Unruhe. Da habe ich mich zu ihr gesetzt …
  - Wir haben um sein Leben gekämpft. Und es ging so schnell. Scheiß-Corona.
  - Sie wollte nicht mehr leben. Sie war so einsam. Das macht mich traurig.
  - Ich überlege manchmal: Hab ich alles richtig gemacht?
  - Morgens hatte er nur etwas Husten. Und abends war er tot. Das macht mir zu schaffen.

  Und Ähnliches.

Gebet

Eine*r Jetzt sind wir hier, Gott,
und denken an die Toten.
Wie sie waren.
Wie sie gestorben sind.
Jeder Tod berührt unsere Seelen.
Und wir sind traurig.

Stille

Wir bitten dich, Gott:

Alle Komm zu uns und tröste uns.

Eine*r Unsere Herzen sind schwer.
Davon erzählen wir dir.
Und wie hilflos wir uns manchmal fühlen.
Oder auch zornig.
Oder verzweifelt.
Der Tod kommt – und wir können nichts machen.

Kurze Stille

Wir bitten dich, Gott:

Alle Komm zu uns und stärke uns.

Eine*r Da sind Fragen in uns.
Manche quälen.
Haben wir alles richtig gemacht?
Sind wir irgendwo schuldig geworden?
(Haben wir das Virus ins Haus gebracht?)
Wie wird das alles weitergehen?
(je nach Situation weitere Fragen)

Kurze Stille

Wir bitten dich, Gott:

Alle Komm zu uns und heile uns.

Eine*r Dir, Gott, erzählen wir von unserer Sorge.
Um unsere Familien.
Um unsere Freundinnen und Freunde.
Um den Frieden in unserer Gesellschaft.
Um uns selbst.

Kurze Stille

Wir bitten dich, Gott:

Alle Komm zu uns und behüte uns.

Eine*r Komm zu uns, Gott.
Schütte deinen Segen über uns aus.
Der uns umhüllt und begleitet.
Bei unserer Arbeit.
Zu Hause und immer.

Alle Amen.

Alle Vaterunser

Segensbitte (Nach Psalm 121)

Eine*r Gott behüte uns vor allem Übel.
Gott behüte unsere Seele.
Gott behüte unseren Ausgang und Eingang.
Von nun an bis in Ewigkeit.

Alle Amen.

Totengedenken mit Kerzenritual – orientiert an der Dreiheit Gottes

Das Kerzenritual wird mit einem trinitarischen Votum verbunden. Es lehnt sich an Formulierungen der Iona-Kommunität an.[56] Es werden für die drei Wesenheiten Gottes drei große Kerzen verwendet. Für die Verstorbenen werden kleinere Kerzen verwendet. Die drei großen Kerzen werden in einem Dreieck so platziert, dass in dem Raum zwischen ihnen genügend Platz für die kleinen Kerzen der Verstorbenen bleibt. Auch muss der Abstand so bedacht werden, dass man sich an den bereits entzündeten Kerzen nicht verbrennt. Jede Kerze wird mit einem eigenen Streichholz entzündet.
Die Texte sind für mindestens zwei Sprecher*innen vorgesehen. Es könnten aber auch mehr beteiligt werden.

Eröffnung mit Kerzenritual

I Ich zünde ein Licht an im Namen des Schöpfers,
Quelle allen Lebens.

Kurze Stille

II Ich zünde ein Licht an im Namen Jesu Christi,
der durch Schmerz und Tod gegangen ist.

Kurze Stille

I Ich zünde ein Licht an
im Namen Heiliger Geistkraft,
die Trost in die Dunkelheit bringt.

56 *Hier und überall. Liturgien und Lieder der Iona-Kommunität,* hrsg. von der Beratungsstelle für Gestaltung von Gottesdiensten und der Missionsakademie an der Universität Hamburg, Frankfurt, 2. Auflage 2004, S. 87.

Kurze Stille

II Drei Lichter für die Dreiheit der Liebe:
Gott über uns, Gott neben uns, Gott für uns.
Im Leben, im Sterben, in Ewigkeit.

Kurze Stille

Totengedenken mit Kerzenritual

I Ich zünde ein Licht an für N.N.
Geborgen in Gott.

II Ich zünde ein Licht an für N.N.
Geborgen in Gott.

Totengedenken mit anderen symbolischen Gegenständen

Für den Fall, dass das Entzünden von Kerzen aus Brandschutzgründen verboten ist, können andere Symbole verwendet werden. Gemeinsam ist den folgenden Vorschlägen, dass für jede verstorbene Person ein Gegenstand von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter gewählt wird. Der Name wird genannt (»Ich denke an …«). Wie oben beim Kerzenritual (Seite 170) sind dann verschiedene Varianten möglich (statt »Geborgen in Gott« ein anderer Folgesatz oder kleine Erinnerungen usw. werden ausgesprochen).

- Blumen: Es steht eine mit Wasser gefüllte Vase auf einem Tisch/auf dem Altar. Für jede verstorbene Person liegt eine Blume bereit. Es können verschiedene Blumensorten sein. Eine Person nimmt eine Blume und stellt sie in die Vase und spricht z. B.: Ich denke an N.N. …

- Halbedelsteine: Sie sind in verschiedenen Farben und Formen erhältlich. Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter wählt einen passenden Stein aus, nennt den Namen und legt den Stein z. B. auf ein Samttuch. Die Steine können für die nächste Gedenkfeier wieder verwendet werden. Sie sollten nach der Gedenkfeier gewaschen werden.

- Andere Ziersteine wie Kieselsteine (Flusskies, Gartenkies, Marmorkies usw.). Diese Steine könnten mit den Namen der Verstorbenen beschriftet und nach der Gedenkfeier an einem besonderen Ort aufbewahrt werden. Es wäre auch denkbar, eine solche Gedenkfeier im Freien an einem Baum zu begehen und die Steine dort abzulegen. Dabei sollte gut überlegt werden, wie lange die Steine dann dort liegen.

- Alltagsgegenstände: Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter wählt einen für die verstorbene Person passenden oder typischen Gegenstand aus. Dies könnte ein Smiley (»Er war immer so lustig«), etwas Süßes (»Das mochte sie so gern«), ein Gegenstand aus der Natur wie z. B. Kastanie oder Feder (»Er war immer so gern in der Natur«) ein Post-it (»Am Schluss hat sie sich nichts mehr so recht merken können«). Diese Form entfaltet ihre Wirkung durch das Erzählen von Erinnerungen.

- Weitere Gegenstände wie Handschmeichler, Herzen, Engel usw.

Abschied in Frieden – Totengedenken in kurzer Form

Diese kleine Form ist komplett als Gebet verfasst. Sie kann noch durch ein Vaterunser und eine Segensbitte ergänzt werden.

In deinen Händen, Gott,
in deinen Händen sind wir alle:
die Lebenden, die Sterbenden, die Toten.
Das wollen wir spüren.
Das soll uns trösten.
Jetzt, wo wir um die Menschen aus unserem Haus trauern.
Wir nennen dir ihre Namen.
N.N.
Kurze Stille
N.N.
Kurze Stille
N.N. …

Was schön war im Leben der Toten – du weißt es.
Was schmerzhaft war, was nicht gelungen ist –
auch das kennst du.
Was wir an ihnen Gutes getan haben –
davon weißt du.
Wo wir etwas versäumt haben –
auch das kennst du.
Wir nehmen jetzt Abschied in Frieden.
In deine Hände legen wir das Schöne und das Bruchstückhafte.
Den Dank und unser Bitten um Vergebung.
Sieh die Toten mit Liebe an.
Und auch uns.
Amen.

Weitere Texte

Alternative Eröffnung

Eine*r Was auch geschieht –
im Leben und im Sterben –
in Sorge und in Trauer –
wir sind in Gottes Händen.
Immer.
So sind wir jetzt hier.
Miteinander vor Gott.
Wir denken an die, die in der letzten Woche/ im letzten Monat verstorben sind.

Es folgt das Totengedenken wie oben.

Meditatives Gebet zu Psalm 23,4

Für zwei Lesende. Oder die kurzen Einwürfe werden von einer Gruppe chorisch gesprochen. Dieses Gebet ist gedacht für die Situationen, in denen die Bedrohung durch das Virus sehr nahe kommt.

Und ob ich schon wanderte im finstern Tal,
fürchte ich kein Unglück;
denn du bist bei mir.

Ein finsteres Tal.
Eine Schlucht ist's.
Ein tiefer Spalt.
Da ist es dunkel.

Da ist es kalt.
Kein Ende zu sehen.
Kein Ausweg. Nichts.

Bist du bei uns, Gott?
Gehst du mit?

Wir gehen – auf Distanz.
Eineinhalb Meter.
Oder auch zwei.
(Mit Maske und Handschuhen.)
Wir gehen und tasten.
Schritt für Schritt.
Die Einsamkeit drückt.
Die Sorge auch.

Bist du bei uns, Gott?
Gehst du mit?

Gefahr ist da.
Wir spüren sie.
Und gehen doch weiter.
Langsam nur.
Manche sterben.
Es könnten viele werden.

Wenn wir zu schnell gehen.

Bist du bei uns, Gott?
Gehst du mit?

Wir gehen hindurch.
Hoffnung geht mit.
Neben uns und hinter uns.
Mut soll bleiben.
Freude auch.
Mitten drin – in diesem Tal.
Gemeinsam gehen wir – nicht allein.

Denn du bist bei uns.
Du gehst mit.
Danke dafür.

Vorschlag für einen Segen im Freien

Gott segne uns mit der Weite des Himmels
und umhülle uns mit der Wärme der Sonne.
Gott ermutige uns mit der Kraft der Erde
und schenke uns die Ruhe des Herzens
im Klang der Bäume.
Gott beflügle uns mit dem Geist der Hoffnung
und stärke uns auf unserem Weg in dieser Zeit.

In Anlehnung an eine *Segensbitte von Sr. Anja Veronika Waltemate* (Communität Casteller Ring, Schwanberg) in: Doris Joachim, *Übergänge II. Bestattung und Totengedenken, Materialbuch 133* des Zentrums Verkündigung, Frankfurt am Main 2020, S. 63.

Abschieds- und Erinnerungsfeier für Menschen im Wohnheim einer Behinderteneinrichtung

Bettina Marloth

Ruhige Musik zum Ankommen.

Begrüßung (vor allem der nahen Angehörigen, falls sie gekommen sind)

Einleitende Worte zum Anlass des Zusammenkommens
Eckdaten: Seit wann hat N.N. bei uns gelebt?
Wo hat N.N. gearbeitet?

Votum
(Große) Kerze anzünden:
»Gottes Licht scheint in unsere Finsternis hinein.«

*Pfarrer*in:*
Wir wollen mit den Worten des 43. Psalms zu Gott beten:
Ich such' dich jetzt, mein Gott,
ich brauche deine Nähe.
Sei du mein Halt!
Warum muss ich traurig gehen,
warum hast du mich in Kummer gestoßen?
Sende mir Licht in die Dunkelheit
und ein Wort, an das ich mich halten kann.
Sende dein Licht und deine Wahrheit,
dass sie mich leiten
und mich näher bringen,
dorthin, wo das Leben ist,
zu dir Gott, meine Freude,
du Trost meiner Seele,
du Quelle des Dankes.
Meine Seele ist traurig,
aber ich warte auf dich, Gott,
auf deine Hilfe und Nähe. Amen.

Lied: (z. B. Stern, auf den ich schaue EG 407)

Wenn möglich: Menschen erzählen von N.N.
*(sollte vorher besprochen sein; können auch Mitarbeiter*innen machen)*
*Wie war N.N. als Mitbewohner*in?*
*Wie war N.N. als Freund*in?*

*Pfarrer*in:*
Kurzer biblischer Impuls (z. B. Offb 21,4:
Gott wird die Tränen abwischen)

*Vier gelbe Kerzen stehen auf dem Altar, sie stehen für Trauer, Mut, Erinnerung, Liebe. Mitarbeiter*innen aus dem Wohnheim und/oder Bewohner*innen zünden sie, ggf. mit Assistenz, eine nach der anderen an, nachdem der/die Pfarrer*in ein paar Worte gesagt hat:*

Wenn wir die vier Kerzen N.N. zu Ehren anzünden, zünden wir eine für unsere Trauer an, eine für unseren Mut, eine für unsere Erinnerungen und eine für unsere Liebe.

Wir zünden die erste Kerze an.
Diese Kerze zeigt unsere Trauer.
Der Schmerz, dich verloren zu haben, ist groß.

Wir zünden die zweite Kerze an. Diese Kerze zeigt unseren Mut, unserem Kummer zu begegnen – einander zu trösten – unser Leben zu ändern.

Wir zünden die dritte Kerze an. Dieses Licht ist die Erinnerung an an dich (an deine Freundlichkeit, deine Geduld mit allen Menschen, deine Hilfsbereitschaft, deine Klugheit, dein Gottvertrauen, an die vielen guten Stunden, die du uns gabst – was jeweils passt).
Mitarbeiter fragen!

Wir zünden die vierte Kerze an. Dieses Licht ist das Licht der Liebe. In unserem Herzen ist ein Platz besonders für dich. Wir denken daran, wie du unser Leben reicher gemacht hast.

Lied: *(z. B.: So nimm denn meine Hände EG 376/ Er hält die ganze Welt in seiner Hand)*

Fürbitten, *gesprochen von dem/der Pfarrer*in und Mitarbeiter*innen:*

Gott, du bist bei uns in guten Tagen und
in schweren Tagen.
Danke, dass du uns nie fallenlässt.
Auch wenn etwas Schlimmes passiert.

Wir bitten dich heute für N.N.
Etwas über die Umstände des Todes sagen:
Krankheit, Alter?
Wir sind erschrocken und traurig.
Bitte nimm N.N. auf in deinen Himmel.
Lass ihn/sie bei dir fröhlich sein.
Wir glauben fest daran, dass er/sie es bei dir gut haben darf.
Du bist ein Gott, der hilft.

Wir bitten dich für alle, die um N.N. trauern.
Für … (hier konkrete Namen nennen, wenn möglich)
und für alle, die sonst zur Familie gehören.
Für N.N.s Freunde.
Tröste sie, guter Gott.
Du bist ein Gott, der hilft.

Wir bitten dich für alle, die mit N.N.
zusammen gearbeitet haben.
Für alle, denen er/sie ein guter Kollege/Kollegin war.
Für alle, die jetzt traurig sind.
Wie sind erschrocken über N.N.s Tod.
Tröste uns alle, guter Gott.
Du bist ein Gott, der hilft.

Wir bitten dich für alle Menschen,
die es schwer haben.
Manche haben Schmerzen.
Manche werden schlecht behandelt.
Manche können nicht mehr fröhlich sein.
Lass sie alle spüren, dass du sie liebhast.
Du wirst alle Tränen von den Augen abwischen.
Das glauben wir ganz fest.
Und dann wird alles gut sein.
Darauf können wir uns jetzt schon freuen.

Gemeinsam beten wir, wie es unser Herr
Jesus Christus gelehrt hat:

Vater unser ...

Lied: (z. B.: Komm, Herr, segne uns EG 170)

Segen

**Einladung, bei dem Foto von N.N.
ein Herz auszufüllen.**

Das Herz ist auf einem großen leeren Blatt mit Edding vorgezeichnet, es wird mit roten Blütenblättern von Rosen, roten Steinen oder Ähnlichem (aus dem Bastel-Laden) wie ein Mosaik ausgefüllt. Daran können sich alle Menschen beteiligen; auch die, die nicht sprechen können. Ggf. etwas helfen.

*Dabei spielt leise, ruhige Musik.
Alle gehen nach und nach raus.*

Materialliste:
- Elektronisches Gerät mit ruhiger Musik
- größere Kerze für das Votum
- 4 gelbe Kerzen
- Bild von N.N. (Aufstellrahmen)
- Gitarre
- Liedblätter oder Gesangbücher
- vorgezeichnetes Herz
- rote Steine oder abgezupfte Blütenblätter

Eventuell:
- Tischtuch für den Altar
- Blumenstrauß
- Holzkreuz

ABSCHIEDS-
ERFAHRUNGEN

Abschied von meiner Mutter

Bettina Marloth

Als meine Mutter starb, war ich 30 Jahre alt. Ihr Kampf gegen Krebs begann allerdings 17 Jahre vorher. Wie ich heute weiß, war sie Trägerin eines defekten Gens, einer sogenannten BRCA2-Mutation. Sie erkrankte zwei Mal an Brustkrebs, musste zwei Amputationen ertragen, außerdem viele Chemotherapien und Bestrahlungen über sich ergehen lassen.

Dann hatte sie einige Jahre lang Ruhe.

Sie genoss das Leben, so gut sie konnte, denn sie wusste jetzt, wie schnell einem der Boden unter den Füßen weggezogen werden konnte, sie hatte es ja erlebt.

Als ich gegen Ende meines Studiums einmal einen Besuch zu Hause machte, erschrak ich, denn sie hatte schwere Wortfindungsstörungen, von denen mein Vater bei Telefonaten nie etwas erzählt hatte. Wir suchten umgehend eine Neurologin auf, und kurze Zeit später stand fest, dass sie Hirnmetastasen hatte. Bei der Mitteilung dieser Diagnose war ich dabei. Die Ärztin war sehr sachlich, aber trotzdem zugewandt. Ich wusste zu dieser Zeit noch nicht, dass die ruhige Gesprächssituation in diesem abgeschirmten Zimmer eine Ausnahme sein würde. Denn in der Folgezeit sollten wir die Erfahrung machen, dass es fast unmöglich war, mit den behandelnden Ärzten im Krankenhaus zu reden – erstens ihrer überhaupt habhaft zu werden und zweitens Erklärungen zu bekommen, die man verstehen konnte.

Wieder begann für meine Mutter eine mehrjährige Leidenszeit. Insgesamt vier Mal wurde sie operiert. Das war Ende der 80er Jahre, die Hospiz- und Palliativbewegung hatte in Deutschland noch nicht Fuß gefasst. Nach dem Patientenwillen wurde nicht wirklich gefragt. Therapien wurden vorgestellt als unumstößliche Notwendigkeiten, für die es im Grunde nur eine schriftliche Einverständniserklärung von ihr einzuholen galt.

Schon vor der dritten Operation zögerte sie, denn die zweite OP war noch nicht sehr lange her und hatte ihr nicht so viel Zeit erkauft wie erhofft.

Die vierte OP wollte sie definitiv nicht mehr, aber sie hatte nicht die Kraft, sich gegen den Rat der Ärzte zu stemmen; sie war schon immer eine Person gewesen, die sich eher still unterordnet als laut nach Alternativen fragt. Und wir vier Geschwister waren, zusammen mit unserem Vater, überfordert. Auch wir fügten uns, anstatt Mutter zu unterstützen. Das bedrückt mich noch heute.

Wie gesagt war ich ungefähr 13 Jahre alt, als Mutters Kampf gegen Krebs begann. Meine beiden jüngeren

Schwestern und ich hatten ein enges Verhältnis zu ihr. Wir wussten nicht genau, was los war, aber wir kapierten, dass es sehr ernst sein musste. Wir hatten Angst um sie, ohne dass wir eine Möglichkeit gefunden hätten, mit ihr selbst oder untereinander darüber zu sprechen und unsere Fragen loszuwerden, geschweige denn Trost zu finden.

Unser älterer Bruder, mitten in der Pubertät, suchte Abstand und hielt sich aus vielem heraus. Das war uns Mädchen nicht möglich, vor allem mir als ältester Tochter nicht, denn die Verantwortung für den Haushalt und meine jüngeren Geschwister hatte nun ich.

Unser Vater verbot uns, in der Schule von der Erkrankung der Mutter zu erzählen. Das Wort »Krebs« war sowieso ein Tabu. Er befürchtete wahrscheinlich eine Einmischung in unser Familienleben und war fest entschlossen, dass wir ohne Hilfe von außen diese Krisenzeit bewältigen würden. Er war ein Choleriker, der sehr laut werden konnte. Wir gehorchten. Wir Geschwister wuchsen eng zusammen und unterstützten Mutter, wo wir konnten.

Uns gegenüber setzte sie stets ein Lächeln auf, aber wenn sie sich unbeobachtet glaubte, dann sah man ihr an, wie erschöpft sie war.

Ich liebte sie und war fest entschlossen, alles zu tun, um sie während ihrer Krankenhausaufenthalte und anschließenden Kur-Aufenthalte zu ersetzen, sodass sie sich um uns keine Sorgen machen musste.

Ich verzichtete auf schulische Veranstaltungen wie Ski-Freizeiten und einen Kochkurs (obwohl ich den dringend gebraucht hätte), um für meine Geschwister da zu sein.

Dabei ging es mir immer schlechter, denn ich hatte kaum Menschen, mit denen ich reden konnte. Mit 16 Jahren wagte ich es endlich, mich über das Verbot meines Vaters hinwegzusetzen, und erzählte einer Lehrerin von der Situation zu Hause. Dadurch wurde alles leichter für mich; die Lehrer*innen unterstützten mich, die Klassenkameradinnen (ich war in einer reinen Mädchenklasse) wurden sehr viel freundlicher. Auch bei meinem Gemeindepfarrer konnte ich mir Rückhalt holen.

Bei den beiden Brust-Amputationen meiner Mutter war ich noch recht jung gewesen, und mir war ihre Bedeutung nicht klar. Als jedoch die neurochirurgischen Operationen anstanden, wusste ich, dass sie bei jedem dieser Eingriffe sterben konnte. Oder dass sie neurologische Schäden davontragen konnte, die sie für immer verändern würden.

Ich bin vom Typ her eine, die gerne weiß, woran sie ist, und die sich vor allem gerne vorbereitet. Daher war jede Operation für mich ein Abschiednehmen von meiner Mutter. Ich hielt die Luft an und bereitete mich auf das Schlimmste vor. Ich trauerte um sie. Und dann lebte sie weiter. Sie hatte einen unglaublichen Kampfgeist, eine große Tapferkeit, mit der sie alle neuen Hürden, alle Behandlungen und die Nebenwirkungen der vielen Medikamente in Angriff nahm und überwand.

Ich stellte bei mir fest, dass ich im Laufe der Jahre immer größere Schwierigkeiten hatte, mich emotional mit derselben Kraft, wie ich sie noch am Anfang gehabt hatte, auf sie und ihren Kampf einzulassen. Man kann nicht wieder und wieder und wieder innerlich von jemandem Abschied nehmen, diesen Menschen bereits betrauern und dann wieder weitermachen, als wäre nichts passiert. Zum Glück sagte mir mein Verstand, dass diese vorweggenommene Trau-

er und auch die darauf folgende psychische Betäubung in meiner so unnormalen Situation normal waren und ich deshalb kein schlechtes Gewissen haben musste.

Nach der vierten Gehirn-OP hatte meine Mutter eine Aphasie, brauchte Hilfe bei der Körperpflege und konnte meiner Meinung nach nicht zu Vater in die Wohnung zurückkehren. Er war zwar nicht mehr berufstätig, aber ich traute ihm eine liebevolle Pflege nicht zu. Ich war damals frisch verheiratet, und mein Mann und ich nahmen sie bei uns zu Hause auf.

Wir waren beide als Berufsanfänger auf unseren ersten Stellen tätig. Ein halbes Jahr lang schaffte ich die Doppelbelastung, dann konnte ich nicht mehr, ich war völlig erschöpft.

Leider war der Hospizverein in unserer Stadt gerade erst gegründet, es gab noch keine festen Strukturen, keinen rechtlichen Anspruch auf Palliative Care zu Hause, kein ambulantes Team, das sich mit Schmerzmedikation auskannte.

Es war abgemacht, dass meine Mutter das Weihnachtsfest bei meinem Vater in der Wohnung verbringen würde. Ich sagte ihnen beiden dann, dass Mutter danach nicht mehr zu mir zurückkehren könne.

Hätte ich gewusst, dass es sich nur noch um sechs Wochen handelte, hätte ich einen Weg gefunden, sie doch noch weiter zu pflegen. Und ich hätte mir die Hilfe meiner Geschwister geholt. Denn die hatte ich viel zu wenig einbezogen (obwohl sie ganz bestimmt nicht nein gesagt hätten, hätte ich sie gefragt) – es war, als hätte ich Scheuklappen auf den Augen; ich konnte nicht sehen, dass es rechts und links durchaus Unterstützungsmöglichkeiten gab.

Wir fanden ein Pflegeheim, in dem sie die letzten Wochen ihres Lebens verbrachte, bettlägerig, stumm, aber lächelnd. Sie war immer eine liebevolle Frau gewesen, und die Operationen hatten das zum Glück nicht geändert. Sie war versöhnt mit ihrem Los, so schien es, und freute sich unheimlich über jeden Besuch.

Ich nahm es überhaupt nicht wahr, als sie im Sterben lag. Der Anruf vom Pflegeheim, dass sie verstorben war, kam für mich völlig überraschend. Ich verfiel zuerst in einen Aktionismus, regelte alles Mögliche, brachte meinen Vater zu ihr hin, sodass er Abschied nehmen konnte. Es war das einzige Mal in meinem Leben, dass ich ihn weinen sah. Ich selbst war völlig gefasst. Mit meinem Mann und meinem Vater zusammen führte ich das Trauergespräch mit dem Pfarrer und kümmerte mich um vieles andere.

Erst als bei der Trauerfeier der Sarg herabgelassen wurde, da wurde mir die Endgültigkeit dieses Abschieds bewusst.

Ich verstand plötzlich, dass all das Trauern vorweg mich nicht darauf hatte vorbereiten können, wie es sein würde, wenn sie gestorben war.

Man kann es jahrelang wissen, dass der Augenblick kommen wird, und dennoch ist es, wenn es passiert, unfassbar.

Ich weinte sehr, fühlte mich untröstlich. In diesem Moment hatte ich niemand anderen im Blick, übernahm für niemanden die Verantwortung als nur für mich selbst. Und das war gut so.

Gespräch ohne Worte – Begegnung am Sterbebett

Raimar Kremer

Es geschah beim Besuch einer Frau, die im Sterben lag. Ihre Augen waren geschlossen. Ihre Hände kreisten unruhig über der Bettdecke. Warum ich es getan habe, weiß ich heute nicht mehr. Ich legte meine rechte Hand auf ihre Hand. Vielleicht wollte ich mich nur bemerkbar machen, vielleicht wollte ich sie auch trösten. Was dann folgte, hat mich überrascht. Sie zog ihre Hand unter der meinen heraus und legte sie auf meine. Durch diese unscheinbare Bewegung haben wir die Rollen vertauscht. Ich war nun derjenige, der die Last ihrer Hand zu tragen hatte. Intuitiv drehte ich meine Hand um und formte mit meiner nach oben geöffneten Handfläche eine Kuhle. Hier lag nun ihre rechte Hand, ruhig und leicht. Was diese Frau brauchte, war kein Trost, der von oben kommt. Die Last, die sie zu tragen hatte, war schwer genug. Sie wollte sich in dieser Stunde fallen lassen und dabei gehalten werden. Vielleicht sich sogar geborgen fühlen. Mehr nicht. Um dann in die Hände Gottes zu fallen.

Abschied am Lebensende. Für Angehörige und Begleitende. Diakonie Hessen 4. Aufl. 2021. (kann kostenlos bestellt werden: www.diakonie-gap.de)

Abschied in Würde. Eine Handreichung zur Sozialbestattung. Diakonie Hessen, Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck, Evangelische Kirche in Hessen und Nassau, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2019. (kann kostenlos bestellt werden: www.diakonie-gap.de)

Alpha (Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung), Sterben, Tod und Trauer. Wichtige Begriffe in einfacher Sprache, Münster 2018 (kann bestellt werden: www.alpha-nrw.de).

Joachim Bauer, *Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren,* 8. aktualisierte Auflage München 2008.

Joachim Bauer, *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone,* 24. aktualisierte Auflage München 2016.

Bewährungshilfe. Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik, 4/2019, Altern und Sterben im Gefängnis.

Georg Bollig u. a., *Letzte Hilfe. Schwerkranke und sterbende Menschen begleiten,* Schweizer Ausgabe, Zürich 2020.

Gian Domenico Borasio, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen,* 4. Aufl. München 2015.

Gian Domenico Borasio et al., *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids,* 2., erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Hat Mama Demenz? Ein Heft über älter werdende Menschen mit Demenz. In leichter Sprache.* Stand: 31. Dezember 2017. (www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/hat-mama-demenz-ein-heft-ueber-aelter-werdende-menschen-mit-demenz-in-leichter-sprache--726474)

Bundesministerium für Gesundheit, *Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz,* Stand: 31. Oktober 2019. (www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/ratgeber-demenz-726472)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, *Fortgeschrittene Demenz und Lebensende. Informationen zu Zielen und Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung,* 2. Auflage 2020.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Deutsche Alzheimer Gesellschaft, *Mit-Gefühlt, Curriculum zur Begleitung Demenzerkrankter in der letzten Lebensphase –* 3. erweitere Auflage 2012.

Gerlinde Dingerkus, Birgitt Schlottbohm, *Den letzten Weg gemeinsam gehen. Sterben, Tod und Trauer in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen,* 3. überarbeitete Aufl. Münster 2013 (kann bestellt werden: www.alpha-nrw.de)

Thea Dorn, *Trost. Briefe an Max,* München 2021.

Janet Dunphy, *Kommunikation mit Sterbenden. Praxishandbuch zur Palliative-Care Kommunikation,* Bern 2014.

Evangelische Kirche in Deutschland, *Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD,* Hannover 2020.

Epd Dokumentation; *Sterbehilfe (1). Die Diskussion über mögliche Suizidassistenz in kirchlich-diakonischen Einrichtungen,* 7/2021.

Evelyn Franke, *Anders leben – anders sterben. Gespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung über Sterben, Tod und Trauer,* 2. Auflage Berlin 2018.

Atul Gawande, *Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und angemessene medizinische Versorgung,* Frankfurt am Main 2015.

Heinke Geiter, *Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen – ein Modellprojekt,* Esslingen 2019.

Heinke Geiter, *Vorsorge treffen, damit das Leben gelingt – Menschen in ihrer letzten Lebenszeit gut versorgen und begleiten,*Esslingen 2018.

Sven Gottschling, Lars Amend, *Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können,* Frankfurt am Main 6. Aufl. 2017.

Sven Gottschling, Katja Welsch, *Übers Sterben reden, Wie Kommunikation in schwierigen Situationen gelingt,* Frankfurt am Main 2019.

Reimer Gronemeyer, *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können.* Frankfurt am Main 2015.

Reimer Gronemeyer, Andreas Heller, *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann,* München 2014.

Kathrin Heiß, et al., *Hospizbegleitung im Krankenhaus. Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG). Handreichung zur Implementierung von Ehrenamt im Krankenhaus – Ergebnisse eines multiprofessionellen Workshops,* Göttingen 2018 (kann bestellt werden: www.palliativmedizin.umg.eu/patienten-besucher/ehrenamtlicher-dienst/).

Andreas Heller, et al., *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.* Ludwigsburg 2013.

Andreas Heller, Patrick Schuchterm, *Sorgekunst. Mutbüchlein für das Lebensende,* Esslingen 2017.

Birgit Heller, Andreas Heller, *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse,* 2. Ergänzte und erweiterte Auflage, Bern 2018.

Barbara Heuerding, Carmen Berger-Zell (Hg.), *Niemand soll vergessen sein. Bestatten – Gedenken – Erinnern*, 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn 2018.

Martina Holder-Franz, *»… dass du bis zuletzt leben kannst.«. Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders,* Zürich 2012.

Doris Joachim (Hg.), *Übergänge II. Bestattung und Totengedenken. Materialbücher des Zentrums Verkündigung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau.* Buch 133, Frankfurt am Main 2020.

Eberhard Jüngel, *Tod,* Berlin 1971.

Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme,* Berlin 2006 (www.ethikrat.org).

Martin Prein, *Letzte Hilfe Kurs. Weil der Tod ein Thema ist,* Wien 2019.

Traugott Roser, *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen,* 2., erweiterte und aktualisierte Aufl., Stuttgart 2017.

Stefanie Schardien, *Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen,* Gütersloh 2007.

Martina Schmidhuber, *Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz: Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege,* Münster 2020.

Thomas Sitte (Hg.), *Die Pflegetipps. Palliative Care,* 15. Auflage Fulda 2016.

Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger,* Stuttgart 2007.

Reiner Strunk, *Wer spricht von Trost. Entdeckungen in Literatur und Bibel,* Stuttgart 2020.

Anne Volmering-Dierkes, *Advance Care Planning in Deutschland. Eine kritische Diskursanalyse,* Frankfurt am Main 2020.

Bronnie Ware, *Fünf Dinge, die Sterbende am meisten bereuen: Einsichten, die Ihr Leben verändern werden,* München 13. Aufl. 2013.

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin in Deutschland

- www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de

Palliativversorgung

- Fachverband SAPV in Hessen
  www.sapv-hessen.de

- Deutsche Palliativstiftung
  www.palliativstiftung.de

Ambulante Hospizdienste

- Arbeitsgemeinschaft Hospizarbeit und Sterbebegleitung in der Diakonie Hessen
  www.diakonie-gap.de/themen/sterben-und-trauer/arbeitsgemeinschaft-fuer-hospizarbeit-und-sterbebegleitung

- Arbeitsgemeinschaft Hospiz in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN)
  www.ag-hospiz.de

- Hospiz- und Palliativarbeit im Bistum Limburg
  www.hospiz.bistumlimburg.de

- Hospiz- und PalliativVerband Hessen e. V. (HPVH)
  www.hospize-hessen.de

Koordinierungs- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen (KASA)

- www.kasa-hessen.de

Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht

- Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz bietet eine Broschüre mit hilfreichen Empfehlungen an.
  www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.html

- Broschüre der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland
  www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Christliche-Patientenvorsorge-15454.htm

Unterstützung für Trauernde und Trauerbegleitende

- www.trauernetz.de

Unterstützung für Trauernde nach Suizid

- AGUS e. V. – für Suizidtrauernde bundesweit
  www.agus-selbsthilfe.de

Unterstützung bei Demenz

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
  www.deutsche-alzheimer.de

Dr. Carmen Berger-Zell
ist Pfarrerin. Sie arbeitet als theologische Referentin im Bereich Gesundheit, Alter, Pflege der Diakonie Hessen.
carmen.berger-zell@diakonie-hessen.de.

Beate Braner-Möhl
ist Krankenschwester, Prädikantin in der EKHN, Beraterin gemäß §132g SGB V und Moderatorin ethischer Fallbesprechungen. Sie leitet seit 1.7.2015 die Stabsstelle Diakonie in der Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie.
Beate.Braner-Moehl@nrd.de

Cornelia Coenen-Marx
geb.1952, ist Pastorin, Autorin und Inhaberin der Agentur »Seele und Sorge« (Impulse, Workshops, Beratung). Bis 2015 war die Oberkirchenrätin a. D. Sozialreferentin der EKD, zuvor u. a. Theologischer Vorstand der Kaiserswerther Diakonie.
coenen-marx@seele-und-sorge.de
(Foto: Antje Büsing)

Prof. Dr. Alexander Dietz
ist Professor für Systematische Theologie und Diakoniewissenschaft an der Hochschule Hannover.
alexander.dietz@hs-hannover.de

Sabine Eisenhauer
arbeitet freiberuflich als Journalistin und PR-Fachfrau für soziale Organisationen und lebt in Wiehl (NRW).
sabine.eisenhauer@gmx.de

Heinke Geiter
ist Pfarrerin und Dekanin i. R., Hospiz- und Notfallseelsorgerin, Vorsitzende der Hospizbewegung im Idsteiner Land e. V., Vorsitzende der AG Hospiz in der EKHN.
h.geiter@geiter-online.de

Stefan Gillich
ist Abteilungsleiter für Existenzsicherung, Armutspolitik und Gemeinwesendiakonie bei der Diakonie Hessen sowie Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Wohnungsnotfallhilfe. Stellvertretender Vorsitzender des Evangelischen Bundesfachverbandes Existenzsicherung und Teilhabe (EBET) – Wohnungsnotfall- und Straffälligenhilfeleitet.
stefan.gillich@diakonie-hessen.de

Ulrike Goldmann
ist Krankenschwester und Referentin für stationäre Pflege und Qualitätsentwicklung bei der Diakonie Hessen.
ulrike.goldmann@diakonie-hessen.de

Michaela Hach
ist Geschäftsführerin des Fachverbands SAPV e. V. in Hessen.
michaela.hach@fachverband-sapv.de

Ivonne Heinrich
ist Pfarrerin in Hofheim-Diedenbergen und Flörsheim-Weilbach. Sie arbeitet darüber hinaus als Coach für liturgische Präsenz am Theologischen Seminar Herborn und hat eine Ausbildung in Notfallseelsorge und Spiel- und Theaterpädagogik (AGS).
ivonne.heinrich@ekhn.de

Barbara Heuerding
ist Rechtsanwältin und Geschäftsführerin des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e. V.
heuerding@beb-ev.de

Doris Joachim
ist Referentin für Gottesdienst im Zentrum Verkündigung der EKHN.
doris.joachim@zentrum-verkuendigung.de
(Foto ©Zentrum Verkündigung, Peter Bongard)

Dagmar Jung
leitet die Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege der Diakonie Hessen.
dagmar.jung@diakonie-hessen.de

Beate Jung-Henkel
MAS Palliative Care. Sie ist Pfarrerin i.R. und war über 2 Jahrzehnte als Hospizpfarrerin und Klinikseelsorgerin tätig.
pfarrerinjung-henkel@t-online.de

Dr. Dr. Raimar Kremer
ist Pfarrer und Referent für Seelsorge im Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN.
raimar.kremer@ekhn.de

Eckhard Lieberknecht
ist kommissarischer Abteilungsleiter Pressearbeit, Publikationen bei der Diakonie Hessen.
eckhard.lieberknecht@diakonie-hessen.de
(Foto ©Arno Kehrer)

Bettina Marloth
ist Pfarrerin für Alten-, Kranken- und Hospizseelsorge sowie Fachberaterin für die Inklusion von Menschen mit Handicap in der Propstei Nord-Nassau der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau.
bettina.marloth.dek.dill@ekhn-net.de

Dr. Tobias Müller-Monning
ist Theologe und Kriminologe und ehemaliger Gefängnisseelsorger der JVA Butzbach
mueller.monning@t-online.de

Sandra Pantenburg
ist Referentin für Liturgie und Glaubenskommunikation im Bistum Limburg.
s.pantenburg@bistumlimburg.de

Sylvia Richter
ist Pfarrerin und seit 2018 Hospizseelsorgerin am Elisabethen-Hospiz in Darmstadt. Körperorientierte Seelsorge und Spiritualität sowie ökumenische Zusammenarbeit liegen ihr besonders am Herzen.
sylvia.richter@ekhn.de

Tina Saas
ist Mitarbeiterin der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA).
tina.saas@hage.de

Dr. Sonja Sailer-Pfister
ist Referatsleitung 3./4. Lebensalter und Bischöfliche Beauftragte für Hospiz- und Palliativseelsorge.
S.Sailer-Pfister@bistumlimburg.de

Jürgen Schmitt
ist Referent im Projekt Seelsorge im Hospiz- und Palliativbereich im Bistum Limburg und stellvertretender Vorsitzender der Hospizbewegung im Idsteiner Land e. V.
j.schmitt@hospizbewegung-idstein.de

Elisabeth Terno
ist Mitarbeiterin der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA).
elisabeth.terno@hage.de

Redaktion
Dr. Carmen Berger-Zell

Herausgeber
Diakonie Hessen –
Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V.
Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege
Ederstraße 12
60486 Frankfurt am Main
gap@diakonie-hessen.de
www.diakonie-gap.de

Lektorat: Niko Raatschen, n.raatschen@web.de

Bilderstellung: Gaby Gerster / Feinkorn, contact@feinkorn.de

Grafikbüro: Grafikatelier A. Köhler, info@die-visiomaten.de

Bildnachweise: Adobe Stock: Khunatorn (32, 113), Liddy Hansdottir (46), Photographee.eu (64, 82, 110, 187), M.Dörr & M.Frommherz (88), Lukassek (91), Jacob Lund (97), saksit (103), Aleksander (133), lettas (145), jorisvo (163), Dan Race (186); Pixabay (42, 65, 107, 123, 170); unsplash: rebecca-peterson-hall; Christoph Müller (116)

1. Auflage 2021

Die Bibelstellen wurden entnommen aus: Lutherbibel, revidierter Text 2017,
©2016 Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart

Diakonie® ist eine eingetragene und geschützte Wortmarke

24.04.2015

Therapiebegleithund
Lilo