

Mit Sterbenden leben – achtsam sein

Handreichung

2015

Mit Sterbenden leben – achtsam sein



4 Mit Sterbenden leben – achtsam sein

Barbara Heuerding,
Carmen Berger-Zell
Wolfgang Gern
Horst Rühl

Carmen Berger-Zell
Alexander Dietz
Alexander Dietz

Carmen Berger-Zell
Dagmar Jung

Carmen Berger-Zell
Doris Joachim-Storch
Carmen Berger-Zell

Raimar Kremer
Carmen Berger-Zell
Barbara Heuerding

Carmen Berger-Zell
Diakonie Deutschland
Paul Geiß
Alexander Dietz
Dagmar Jung
Dagmar Jung

6 AUFTAKT

- 6 Einleitung
- 8 Füreinander Sorge tragen
- 10 „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“
(Psalm 90,12)

12 BLICKRICHTUNGEN

Gedanken zum Menschsein

- 12 Identität
- 16 Menschenwürde im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Selbstbestimmung
- 20 Lebensqualität

Leben – Sterben – Tod

- 24 Wer einsam lebt, stirbt meist auch einsam
- 26 Zu Hause sterben dürfen – ein frommer Wunsch?
- 30 Religiöse Vorstellungen:
 - 30 ■ Tod und Leben in der Bibel
 - 33 ■ Kinder- und Erwachsenenglaube
 - 35 ■ Zwei Stimmen aus türkisch-islamischer Perspektive

Achtsam miteinander sein

- 43 Gespräch ohne Worte
- 44 Momentaufnahmen – ein Besuch im Hospiz
- 48 Jeder Mensch ist anders

Ethische Herausforderungen

- 50 Sterbehilfe – worüber reden wir eigentlich?
- 54 Grenzen des Helfens oder Hilfe an der Grenze?
- 59 Von Sterben, Hirntod und Tod
- 63 Schaffe Recht dem Armen (Sprüche 31,9)
- 67 Lieber tot als dement?
- 71 Das hohe Alter – „Unser Leben währt siebzig Jahre,
und wenn's hoch kommt, so sind's achtzig ...“ (Psalm 90,10)

Alexander Dietz
 Michaela Hach,
 Ingmar Hornke,
 Eckhard Starke
 Michaela Hach,
 Ingmar Hornke
 Barbara Heuerding

Tina Saas, Elisabeth Terno
 Franca d'Arrigo,
 Lutz Krüger
 Petra Schuseil,
 Annegret Zander
 Beate Jung-Henkel
 Beate Jung-Henkel
 Barbara Heuerding

Barbara Heuerding
 Tobias Müller-Monning
 Jörg Freymuth
 Johanna Beyer
 Stefan Gillich
 Olaf Höwer
 Doris Joachim-Storch
 Raimar Kremer
 Andreas Lipsch

Doris Joachim-Storch
 Doris Joachim-Storch
 Wolfgang Gern
 Doris Joachim-Storch
 Raimar Kremer
 Carmen Berger-Zell

Gesundheitspolitik und Vorsorge

- 74 Gesundheitssystem und die Frage nach Gerechtigkeit
- 78 Palliativversorgung

- 84 Was ist Advance Care Planning?
- 85 Patientenverfügung

88 KONKRET

- 88 KASA
- 92 Ambulante Hospizdienste

- 94 Totenhemd-Blog. Übers Sterben reden

- 95 Qualifizierung zur ehrenamtlichen Mitarbeit in der Sterbebegleitung
- 97 Sterbebegleitung im Krankenhaus. Eine Herausforderung an die Seelsorge
- 101 Eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen tut not
- 105 Hospize in diakonischer Trägerschaft
- 110 Wenn der Tod ins Gefängnis kommt
- 118 Mit HIV/AIDS leben und sterben
- 121 „... weil ich dich lieb habe ...“
- 123 Gestorben wird auch auf der Straße
- 132 Hospizlich-palliative Begleitung von Menschen in Wohnungslosigkeit
- 138 „Sozialbeerdigungen“ – Barmherzigkeit statt sozialer Kälte
- 140 Plötzlich Tod – Notfallseelsorge
- 143 Angekündigtes Sterben auf hoher See

145 RITUALE, WORTE UND GEBETE

- 145 Gott ist schon da – Vorbereitung auf den Besuch bei Sterbenden
- 146 Beten und Segnen am Sterbebett
- 155 Im Angesicht der Grenze Leben – Andacht zu Lukas 12,35
- 158 Die mit Tränen säen – Andacht zu Psalm 126
- 160 Tragbahnen-Träger – Andacht für Seelsorgende
- 162 Zwischen Schicksal und Hoffnung – Predigt anlässlich der Arnoldshainer Hospiztage 2015

167 LITERATUR, AUTOREN, IMPRESSUM



Liebe Leserinnen und Leser,

ein tiefes, seufzendes „Ach ...“ hört man oft, wenn es um das Thema Sterben und den achtsamen Umgang am Lebensende von kranken, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen geht. Woran liegt das, fragten wir uns. Denn alle Menschen stehen früher oder später in ihrem Leben vor der Herausforderung, Abschied von Angehörigen oder Freunden nehmen zu müssen. Haben wir verlernt, mit der Endlichkeit unseres Lebens umzugehen? „Ach wie flüchtig, ach wie nichtig ist der Menschen Leben“, heißt es in einem Kirchenlied. Während für frühere Generationen das Sterben noch Teil des alltäglichen, häuslichen Lebens war, sterben heute die meisten Menschen in stationären Einrichtungen. Das erschwert uns den Umgang mit sterbenden Menschen und mit dem Verlust und der Trauer. Die mit Sterben, Tod, Sorge und Lebensqualität am Lebensende einhergehenden Fragen werden dadurch an den Rand gedrängt.

Sollten wir nicht alle Anstrengungen unternehmen, Menschen am Lebensende eine behütete und zugewandte Betreuung und Versorgung zu geben? Der Einsamkeit oder dem Rückzug, die noch allzu oft am Lebensende vorkommen, sollten begegnet werden.

Daher ist es unsere diakonische Aufgabe, die vielen Gesichter, Orte und sterbenden Menschen in die Mitte der Gesellschaft zu holen. So zeigt diese Broschüre unterschiedliche Facetten des Lebens am Lebensende. Wir hoffen, damit einen Anstoß für eine achtsame, sorgende und würdevolle Begleitung aller pflegebedürftigen, kranken und sterbenden Menschen und ihrer Familien und Freunden in Deutschland zu geben. Gesellschaft und Politik sind gefordert, die nötigen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen.

Wir danken allen, die zum Entstehen der Handreichung beigetragen haben.

Ihre



Barbara Heuerding



Carmen Berger-Zell



[Barbara Heuerding](#)



[Dr. Carmen Berger-Zell](#)

Füreinander Sorge tragen



[Dr. Wolfgang Gern](#)

Unser Leben ist geschenktes Leben. Geschenkt von unserem Schöpfer, der sagt: Und siehe, es war sehr gut. Auch Gottes Güte ist jedem und jeder in gleicher Weise geschenkt. Sie gilt allen ohne Ausnahme. Sie schließt niemanden aus. Sie sprengt die von Menschen gemachten Milieugrenzen. Und Gottes Güte will, dass wir von Anfang bis Ende füreinander Sorge tragen, einander gut sind: von der Kinderbetreuung bis zur Sterbebegleitung. Für die Diakonie sage ich zugleich: Es ruht kein Segen auf dieser Welt, wenn wir in sozialpolitischen und ökonomischen Maßeinheiten Menschen nur dann begleiten, wenn es sich ökonomisch rechnet. Noch weniger segensreich ist, wenn wir im Blick auf das Ende des Lebens unsere eigenen Überzeugungen von Menschenwürde und Mitleidenschaft „ausfransen“ lassen.

Von Anfang bis Ende füreinander einstehen – und einander annehmen, wie Christus uns angenommen hat, sagt die Jahreslosung aus dem Römerbrief (15,7). Zu Gottes Lob, so heißt es am Schluss des Verses. Das bedeutet: Wir loben Gott und seine gute Schöpfung, wo wir Ja sagen zu der Solidargemeinschaft, in der wir leben, in der wir aufeinander acht haben und füreinander Sorge tragen. In guten und vor allem auch in schlechten Tagen – dann erst recht. Wo ist dein Bruder, deine Schwester? So fragt Gott den Kain. Der sieht das anders: Bin ich denn der Hüter meines Bruders? Wieso muss ich wissen, wo er ist? Der Philosoph Robert Spaemann wendet ein: „Aber Gott will, dass Kain das weiß. Aber nicht, um dem Bruder dabei behilflich zu sein, sich selbst zu töten“. Ich weiß, dass ich mich jetzt auf eine kontroverse Diskussion einlasse, die wir heute nicht ausreichend würdigen können. Aber ich gehe mit denen einig, die sagen: Wir wollen, dass Menschen an der Hand von Menschen sterben. Und wir wollen alles dafür tun, dass sie nicht durch die Hand von Menschen sterben. Das heißt: Wir wollen bei den Menschen sein in ihrem Leiden und in ihrem Schmerz. Auch dann wollen wir die Liebe zum Leben erfahrbar machen und Gemeinschaft miteinander halten. Last but not least – wir können das Wort Sterbekultur nicht denen überlassen, die Hilfe beim Töten im Sinn haben.

Das Bundesland Hessen gibt im Blick auf unser Thema ein durchaus hoffnungsvolles Bild ab. In 36 der 126 Krankenhäuser gibt es eine Palliativ-einrichtung. Es gibt 18 stationäre Hospize und 105 ambulante Hospiz-initiativen. Die Hospizarbeit wäre nicht möglich ohne ein großartiges Spendenaufkommen und ohne den wunderbaren Einsatz von Ehrenamt-lichen. Nahezu alle stationären Hospize haben einen christlich-ethischen Hintergrund. Und sie arbeiten mit multiprofessionellen Teams – von der Pflege bis zur Seelsorge. Dietrich Bonhoeffer, dessen 70. Todestag wir in wenigen Wochen begehen, hat die Verheißung unserer Aufgabe so beschrieben: „Gott kommt schwach in die Welt, um bei uns zu sein in unserer Schwachheit.“ Er folgert daraus: „Die Jüngergemeinde flüchtet das Leiden nicht, sondern geht mittenhinein“. Das heißt für uns: Wir dürfen und wollen das Sterben nicht abschieben, ausgrenzen und isolieren. Das Sterben gehört mitten ins Leben. Martin Luther hat den alt-kirchlichen Satz – „mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen“ – um-gedreht gesagt: „Mitten im Tod sind wir vom Leben umfungen“. Das beschreibt wunderbar, was zu tun ist. Nicht also dem Leben mehr Tage geben ist unsere Aufgabe. Den letzten Tagen nach Kräften Leben geben, Mitleidenschaft und Liebe – das ist unser Beruf.

Natürlich darf auch die Würde derer nicht verletzt werden, die sich in besonderen Notlagen befinden: wohnungslose Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen hinter Gefängnismauern. Auch und gerade hier muss sich die hospizlich-palliative Versorgung und Begleitung bewähren.

Schließen möchte ich mit einer humorvollen Begebenheit. Nach einem Gottesdienst wird der Pfarrer von einem Gottesdienstbesucher gefragt: Werde ich meine Lieben im Himmel wiedersehen? Da antwortet er: Ja, aber die Anderen auch. Die Anderen auch – auch die, die wir gerne übersehen. Sie sind Gottes Lieblinge, von Anfang bis Ende. Nicht weniger als wir selbst. ■

„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ (Psalm 90,12)



Horst Rühl

Das Psalmwort könnte als Drohung missverstanden werden und ist auch manchmal fehlinterpretiert als solche eingesetzt worden. Dabei ist das Ziel dieses Wortes: Auf dass wir klug werden! Es geht um Weisheit und Lebensklugheit. Diese wächst nach den Worten des Psalmbeters aus der Erkenntnis, dass alles Leben endlich ist und bleibt. In einer Situation, in der in unseren Köpfen das Grundrecht auf Selbstbestimmung schon so dominant geworden ist, dass es den ersten Artikel unserer Verfassung aushebeln könnte, führt uns dieses Wort vor Augen, dass Endlichkeit, Bedürftigkeit, Unvollkommenheit in keiner Weise der Würde widersprechen, sondern konstitutiv zu jedem Leben hinzugehören. Meine Würde endet nicht, wenn ich der Hilfe bedarf. Meine Würde kann sogar noch ausstrahlen, wenn ich im Arm anderer ein letztes Mal atme. Das haben schon alle die erspüren können, die einen Menschen in dieser letzten Lebensphase begleitet haben.

In den letzten 25 Jahren hat sich die Betreuungssituation sterbender Menschen in Deutschland erheblich verbessert. Trotz allen Engagements in der Palliativversorgung und der Hospiztätigkeit werden aber immer noch Menschen von entsprechenden ambulanten und stationären Versorgungsangeboten nicht oder nicht ausreichend erreicht. Manche von ihnen leiden unter Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, obwohl das vermeidbar bzw. linderbar wäre. Sie müssen die vertraute Umgebung verlassen, in einem Krankenhaus versorgt werden, obwohl sie lieber zu Hause bzw. im vertrauten Pflegeheim wären.

Insgesamt ist in den letzten einhundert Jahren die Lebenserwartung in Deutschland wie in ganz Europa konstant gestiegen. Durch diese nachhaltige Entwicklung konnte ein Menschenbild entstehen, das von einem langen und erfüllten Leben ohne erhebliche Einschränkungen ausgeht. Erfahrungen des Wohlstandes für breite Bevölkerungsschichten, soziale Absicherung und eine gute Versorgung im Alter konnten diesen Eindruck noch verstärken. Grenzen oder sogar erfahrene Ohnmacht werden als persönliches Schicksal wahrgenommen.

Hier zeigt sich eine allgemeine Verdrängung der Tatsache, dass menschliche Existenz immer auch von Bedürftigkeit und Abhängigkeit geprägt ist. Menschen sind von ihrer Geburt bis zu ihrem Tod abhängig von Lebenskontexten, die von anderen Menschen intensiv beeinflusst werden. Wenn unsere Gesellschaft das akzeptieren könnte, dann dürfte für alle der Tod einfach zum Leben gehören. Das Zulassen der eigenen Verletzlichkeit eröffnet den Blick für das verletzte Gegenüber. Die biblische Geschichte vom barmherzigen Samariter zeigt das auf besondere Weise auf. Es ist die Erkenntnis des Samariters, dass er selbst dort liegen könnte, die ihn jammert und die ihn im Tiefsten mitleiden lässt. Diese Identifikation mit dem Verletzten macht ihn handelnd. Die Ahnung und auch das Wissen um die eigene Verletzlichkeit ermöglichen erst die Barmherzigkeit, für die uns der Samariter Vorbild ist. Der Weg des Samariters ist zugleich beispielhaft für Gottes Solidarität, sein Mitleiden mit uns. Gott versetzt sich in unsere Lage. In Jesus wird er im wahrsten Sinne des Wortes ein Mensch wie wir, dem Leiden und dem Tod, eben der Verletzlichkeit ausgeliefert.

Hessenweit tragen Hunderte ehrenamtliche Hospizmitarbeitende und professionelle Kräfte in der Palliativversorgung dazu bei, diese Idee umzusetzen. Sie alle benötigen ein hohes Maß an Zuneigung, Erfahrung, Gottvertrauen, Kraft und Einsatzbereitschaft.

Es ist ein großes Anliegen der Diakonie Hessen, dieses Engagement zu stärken. Dazu soll auch innerhalb der Stiftung Diakonie Hessen ein vierter Stiftungsfonds zur hospizlich-palliativen Arbeit entstehen. Dieser soll nach bisheriger Planung im Jahr 2016 seine Arbeit aufnehmen und in ganz besonderer Weise den Aufbau und die Weiterentwicklung geeigneter Strukturen unterstützen. Voraussichtlich wird es auch im Rahmen dieses Stiftungsfonds eine Wanderausstellung geben, mit dem Titel „Kunst trotz(t) Sterben“.

Identität

Dr. 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.

*„... 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,
hungern nach Farben, nach Blumen, nach Vogelstimmen,
dürstend nach guten Worten, nach menschlicher Nähe ...“*

Wenn unsere Endlichkeit für uns fühlbar nahekommmt, 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 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.

Unser generelles Angewiesensein auf Andere und auf Gott macht uns zum Fragment. Wir brauchen Beziehungen und Bezüge, nur in und mit ihnen können wir unsere Ganzheit erlangen. Und dies ist es doch im Grunde, wonach wir uns letztendlich alle sehnen. Als Bonhoeffer allein in seiner Zelle eingesperrt, seines bisherigen Lebens beraubt sitzt, 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 widerfahrterer 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. ■

Quellen

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.

*Ich glaube, das größte Geschenk,
das ich von jemandem bekommen kann, ist,
dass er mich sieht,
mir zuhört,
mich versteht
und mich berührt.*

*Das größte Geschenk,
das ich einem anderen Menschen machen kann, ist,
ihn zu sehen,
ihm zuzuhören,
ihn zu verstehen
und ihn zu berühren.*

*Wenn das gelingt, habe ich das Gefühl,
dass wir uns wirklich begegnet sind.*

© Virginia Satir

in: Mein Weg zu dir. Kontakt finden und Vertrauen gewinnen.



Menschenwürde im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Selbstbestimmung



[Dr. 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 Gott-

ebenbildlichkeit (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. ■

Lebensqualität

Dr. Alexander Dietz

Das Interesse am Thema Lebensqualität ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, wie die Anzahl der Veröffentlichungen, die Neuerscheinung von Zeitschriften und die Gründung internationaler Forschungsgesellschaften speziell zu diesem Thema belegen. Einerseits ist „Lebensqualität“ mittlerweile zu einem Begriff der Umgangssprache geworden, andererseits zu einem Fachausdruck in der Forschung mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen. In der Philosophie kam das Thema Lebensqualität seit ihren Anfängen vor, und zwar in der Frage nach dem guten Leben und nach dem Lebensglück, von dem stets vorausgesetzt wurde, dass alle Menschen nach ihm streben.

Als eigener, systematisch verwendeter Begriff tauchte Lebensqualität erstmals jedoch nicht in der Philosophie, sondern in der Wohlfahrtsökonomik zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf. Für diesen Ansatz steht der Begriff des Lebensstandards. Als wichtigste Indikatoren für den Lebensstandard gelten normalerweise Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Pro-Kopf-Einkommen. Die Soziologie erkannte früh die Begrenztheit dieser Indikatoren und setzte sich in den USA in den dreißiger und vierziger Jahren mit dem Begriff Lebensqualität auseinander. In Deutschland wurde der Begriff der Lebensqualität zu Beginn der siebziger Jahre maßgeblich von Bundeskanzler Brandt etabliert als kritisches Korrektiv zum einseitig ökonomischen Begriff des Lebensstandards. Somit steht der Begriff Lebensqualität in der Ökonomik und im gesellschaftlichen Bewusstsein für einen Paradigmenwechsel vom rein quantitativen zum qualitativen Wachstum.

In den achtziger Jahren schließlich hielt der Begriff in großem Stil Einzug in die Medizin und angrenzende Wissenschaften. Schon in den Jahrzehnten zuvor war diese Entwicklung vorbereitet worden erstens durch den Wandel des Krankheitsspektrums, zweitens durch das sich wandelnde Verständnis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und drittens durch die Diskussion um sinnvolle Grenzen ärztlichen Handelns angesichts der

schnell wachsenden Möglichkeiten der modernen Apparatedizin, insbesondere im Blick auf Möglichkeiten intensivtherapeutischer Lebensverlängerung. Im 20. Jahrhundert hatte sich die Lebenserwartung im Vergleich zum 19. Jahrhundert fast verdoppelt, und die unmittelbar lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten konnten zu einem großen Teil eliminiert werden. Infolgedessen bestand nun ein hoher Prozentsatz der Krankheiten, mit denen Ärzte sich konfrontiert sahen, aus chronischen Krankheiten, bei denen das Therapieziel weder in Heilung noch Überleben, sondern nur in Stabilisierung bzw. Verbesserung der Lebensbefindlichkeit trotz der Krankheit liegen konnte. Insbesondere in der Onkologie entstand daher ein Interesse an Möglichkeiten zur Messung und Beeinflussung von Lebensqualität bzw. an Entscheidungshilfen zur Therapiewahl. Der Kern medizinischen Handelns ist hier nicht der Kampf gegen den Tod, sondern die Verbesserung der Lebensqualität in einer begrenzten Zeitspanne.

Die Lebensqualitätsforschung ist ein hoch komplexes Fachgebiet der Medizin. Dabei ist Lebensqualität ein übergeordnetes theoretisches Konstrukt, das die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension der objektiven Lebensbedingungen (insbesondere Gesundheitszustand und Funktionsfähigkeit bzw. Fähigkeit, mit dem Alltag zurechtzukommen) als auch der subjektiven Bewertungen dieser Bedingungen (auf kognitiver Ebene der Grad der Lebenszufriedenheit und auf emotionaler Ebene der Grad des Wohlbefindens) umfasst. Das Thema der Messung von Lebensqualität wird allerdings kontrovers diskutiert, und zwar im Blick auf den Messgegenstand, die grundsätzlichen Messverfahren und die konkreten Messinstrumente. Ethisch besonders umstritten ist das Kriterium der Lebensqualität als Faktor in Kosten-Nutzen-Rechnungen zur Priorisierung medizinischer Behandlungen. Hier werden – ebenso wie in der Sterbehilfediskussion – Lebensqualität und Lebenswert unzulässigerweise vermischt. Menschliches Leben definiert sich nach christlichem Verständnis nicht über eine bestimmte Qualität, sondern über die Gottes-

relation. Der Grund der Menschenwürde liegt in der bedingungslosen Bejahung des Menschen durch Gott.

Eine theologische Rede von Lebensqualität setzt eine Antwort auf die Frage nach der Bestimmung menschlichen Lebens voraus und muss den Begriff insofern in einen größeren Sinnzusammenhang stellen. Theologische Ansätze, die sich an der Bestimmung menschlichen Lebens orientieren, werden Lebensqualität entweder als bestimmungsgemäßes Leben oder als Möglichkeit zu einem bestimmungsgemäßen Leben, das heißt zu einem Leben in gelingenden Beziehungen zu Gott, sich selbst und seiner Umwelt, definieren. Lebensqualität wird also in eine enge Verbindung mit dem Heil gebracht und erhält von daher den Charakter der Unverfügbarkeit (was jedoch nicht heißt, dass man nichts dafür oder dagegen tun kann, sondern lediglich, dass man sie nicht mit Sicherheit herbeiführen kann) und der Nicht-Objektivierbarkeit (was jedoch qualitative Vergleiche von Situationen, Erfahrungen und Lebensumständen nicht ausschließt). Außerdem muss analog zu der Unterscheidung zwischen diesseitigem (fragmentarischem) und jenseitigem (vollkommenem) Heil auch zwischen immanenter und transzendenter Lebensqualität unterschieden werden. Von daher muss ein theologisches Verständnis von Lebensqualität Tod und Auferstehung integrieren. Der Verweis auf transzendente oder ewige Lebensqualität darf nicht zu einer Marginalisierung der immanenten Lebensqualität führen, aber er befreit von einem Steigerungszwang quantitativ messbarer Lebensqualität und Lebenszeit als vermeintlich höchstem Ziel. Die theologische Unterscheidung von immanenter und transzendenter Lebensqualität legt Wert auf Sterbequalität als wichtigen Teil der Lebensqualität.

Der umfassende theologische Lebensqualitäts-Begriff kann als Rahmen fungieren, in den sich die spezifischen Lebensqualitäts-Begriffe im Blick auf die verschiedenen Aspekte menschlichen Lebens einordnen lassen, beispielsweise der Lebensqualität-Begriff im Bereich der Medizin. Das medizinische Handeln sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten durch Heilung, Linderung und Verhütung von Krankheiten und Schmerzen einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen leben und ihre Bestimmung erreichen können. Unzulässig wäre jedoch die Schlussfolgerung, dass Krankheit mit der Bestimmung des Menschen unvereinbar sein müsse oder dass Gesundheit (bzw. medizinische Lebensqualität) mit Heil gleichzusetzen

sei. Krankheit und Leiden gehören zum begrenzten menschlichen Leben und daher prinzipiell auch zum gelingenden Leben. Insofern muss das Ziel eines krankheits- und leidfreien Lebens von theologischer Seite als ideologisch zurückgewiesen werden.

Wenn die Medizin verstärkt Gewicht auf Lebensqualität anstatt auf Lebensquantität legt, dann führt dies zur Forderung nach Schwerpunktsetzungen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Symptombehandlung (insbesondere Palliativmedizin). Auch die begrüßenswerte Forderung nach verstärkten Bemühungen um eine Humanisierung im Krankenhaus, also den Abbau der Unwirtlichkeit der Krankenhäuser für den Patienten, sowie um eine bessere Information und Einbeziehung des Patienten resultieren aus einer Konzentration auf das Lebensqualitätskriterium. Da Lebensqualität eng zusammenhängt mit der Fähigkeit, zu handeln, zu gestalten und mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen, muss die Medizin der Mobilisierung der Fähigkeit der Menschen zur Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen sowie deren Folgen einen höheren Stellenwert einräumen. Das wahrscheinlich wichtigste Verdienst der Lebensqualitätsforschung in der Medizin liegt allerdings darin, das Ziel einer intensivmedizinischen Lebensverlängerung um jeden Preis grundlegend in Frage gestellt zu haben. ■

Wer einsam lebt, stirbt meist auch einsam

Dr. Carmen Berger-Zell

Wie leben wir in unserer Gesellschaft? Zunächst fällt auf: Der überwiegende Anteil der Bevölkerung lebt entweder allein (41 Prozent) oder mit nur einer weiteren Person (35,4 Prozent) in einem Haushalt zusammen (Statistisches Bundesamt). Die meisten Menschen in unserem Land haben heute kein familiales soziales Umfeld mehr, so wie es früher mal der Fall war. Sie haben keine Familie, die sich um sie kümmern könnte, wenn sie erkranken oder sterben. Das bedeutet, wer heute nicht vereinsamen und in Zeiten von Krankheit und Sterben allein sein will, ist darauf angewiesen, sich auf die Suche nach sozialen Kontakten zu machen, ein Netzwerk aus Freunden und Bekannten aufzubauen und dieses kontinuierlich zu pflegen. Doch nicht jedem gelingt dies. Kontakte langfristig aufrechtzuerhalten bedeutet nicht selten ein hohes Maß an Engagement. Dem stehen oft beruflich bedingter Zeitmangel, gesundheitliche und andere Herausforderungen gegenüber. Und je älter Menschen werden, desto schwerer fällt es ihnen, ihre Kontakte zu pflegen.

Häufig sind unsere Beziehungen zu anderen Menschen eher punktuell, situations- und themenspezifisch und werden nach einer gewissen Zeit auch wieder beendet. Soziale Kontakte sind heute darum meist nur „situations- und personenabhängige Zweckbündnisse im individuellen Existenzkampf auf den verschiedenen gesellschaftlich vorgegebenen Kampfschauplätzen“ (Ulrich Beck, S. 159).

Der Mensch ist in unserer Gesellschaft das Zentrum seiner eigenen Lebensplanung und -führung. Er muss seine Sozialbeziehungen individuell aussuchen, herstellen und erhalten. Die Gründe dafür, dass wir unsere sozialen Netzwerke nicht mehr in die Wiege gelegt bekommen, sind vielfältig und können mit Begriffen überschrieben werden wie: (Post-) Moderne, reflexive Modernisierungsgesellschaft, Individualisierung, Mobilitäts- und Flexibilitätsnotwendigkeit, Pluralisierung aller Lebensbezüge. Auf der einen Seite war die persönliche Freiheit noch nie so groß wie heute, das eigene Leben so zu gestalten, wie es einem gefällt. Auf

der anderen Seite birgt diese Freiheit aber auch die Gefahr der Isolation und Vereinsamung. Vor allem dann, wenn Menschen erkranken und auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Wer einsam lebt, stirbt meist auch einsam.

Der demografische Wandel bringt es mit sich, dass immer mehr Menschen alt und hochaltrig werden, darum ist es eine unserer drängenden gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, individuelle Lebensräume zu schaffen, die sich an den Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft orientieren und den Menschen ermöglichen, in Gemeinschaft mit anderen zu leben und auch sterben zu können.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus dem Umstand, dass im Vergleich zu früheren Generationen Sterben und Tod in unserer Gesellschaft sehr viel seltener geworden sind: Die Lebenserwartung der Menschen ist heute deutlich gestiegen, sehr viel weniger Kinder werden geboren, und die Kindersterblichkeit ist zurückgegangen. Sterben und Tod sind darum für viele Menschen keine Ereignisse des alltäglichen Lebens mehr. Umso dramatischer empfinden Sterbende, Angehörige und Zugehörige es, wenn sie mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert werden. Oftmals sind sie verunsichert und haben Angst, weil ihnen ein verlässliches familiales Sozialsystem fehlt, das sie in dieser schwierigen Zeit trägt und das Erfahrungen mit dem Sterben hat. Verunsicherung und Ängste im Umgang mit Sterbenden tragen dazu bei, Kontakte mit ihnen eher zu meiden als sie zu suchen. Diese Bedingungen tragen mit dazu bei, dass dem physischen Tod der soziale nicht selten vorangeht. ■

Quellen

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Haushalts-vorausberechnung/Tabelle/VorausberechnungHaushalte.html>.

Ulrich Beck, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main 1986.

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 ältere Bäume pflanzen lassen, sind zunehmend mehr Menschen im Rentenalter 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 aus Einkaufsmöglichkeiten, Nahverkehr und Gesundheitsangeboten schrumpft.

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

Jedoch möchten die allermeisten alten Menschen dort bleiben, wo sie sich beheimatet fühlen – wo 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 können. 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 als 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 seine letzten Tage gerne in einer stationären Einrichtung verbringen möchte. Die Realität sieht allerdings anders aus, auch wenn es dazu keine bundesweit gültige Statistik gibt. Eine Untersuchung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2004 geht davon aus, dass nur ca. 10 Prozent der Verstorbenen zu Hause sterben konnten und mehr als 44 Prozent im Krankenhaus sowie 41 Prozent in einer Pflegeeinrichtung verstorben sind.

Die Verlagerung des Sterbens an „Sonderorte“ wird durch die Entwicklung stationärer Hospize nicht abgemildert. Diese repräsentieren als alternative Sonderorte nur eine Gegenreaktion auf die Bedingungen des Sterbens in stationären Einrichtungen, auch wenn viele Krankenhäuser mittlerweile gesonderte Palliativstationen eingerichtet haben und die Kompetenz des Pflegepersonals im Hinblick auf die Sterbebegleitung gestiegen ist.

In der modernen, mit hochprofessionellen Dienstleistungen bis in die Sterbebegleitung hinein arbeitsteilig ausgestalteten Gesellschaft mag es unrealistisch und romantisierend wirken, die Rückkehr des Sterbens an die Orte des lebendigen Alltags zu propagieren. So hat es 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, ob als Quartier, Stadtviertel, Dorfgemeinschaft o. Ä. ausgeprägt, umfasst eine zahlenmäßig übersichtliche Bevölkerung 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 konzeptuellen Fragen in Bezug auf 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 ursprüngliche Idee der Hospizbewegung kennzeichnet der ambulante Gedanke: Hilfe und Begleitung sollten dort erfolgen, wo die Sterbenden leben, sodass sie ihre gewohnte Umgebung in der letzten Lebensphase nicht aufgeben müssen. Auf dieser Basis sind insbesondere in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zahllose Hospizinitiativen von freiwillig Engagierten entstanden. 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 des Alltags, sondern auch das Lebensende der Bewohner mit zu bedenken.

Dort gepflegt zu werden und auch sterben zu können, wo man zu Hause ist, setzt nicht unmittelbar die langjährige eigene Wohnung voraus. 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 und ergänzen die ambulante Pflege. Sie tragen zur Entlastung der Familien oder Personen bei, die sonst nicht nur die Versorgung Sterbender alleine bewältigen müssen, sondern auch ihre damit verbundenen Gefühle, und die sich damit überfordert fühlen. Im Gegensatz zu anderen zivilgesellschaftlichen Aufgaben, die in Stadtteilen und Dörfern unter Quartiersgesichtspunkten erst definiert und neu entwickelt werden müssen, stehen die Hospizinitiativen häufig schon bereit. ■

Quelle

Dörner, Klaus (2007) „Leben und sterben, wo ich hingehöre“, Paranus-Verlag, Neumünster



Religiöse Vorstellungen: Tod und Leben in der Bibel

Dr. 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 sich 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, 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.“ (Eberhard Jüngel, S. 139.) ■

Quelle

Eberhard Jüngel, Tod, Berlin 1971.

Ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben,
weder Engel noch Mächte noch Gewalten,
weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges,
weder Hohes noch Tiefes noch irgendein anderes Geschöpf
uns trennen kann von der Liebe Gottes.

(Röm 8,38-39)

Religiöse Vorstellungen: Kinder- und Erwachsenenglaube

„WIE IST DAS,
WENN MAN
TOT IST?“

Das sechsjährige Mädchen stellt diese Frage gerade, als die Mutter sie zu Bett bringen will. Ausgerechnet jetzt. „Wenn man tot ist, kommt man in den Himmel zu Gott“, sagt die Mutter. Sie hatten das Thema schon, vor allem in der Zeit, nachdem



[Doris Joachim-Storch](#)

der Urgroßvater gestorben war. Und eigentlich hätte sich die Tochter die Antwort selbst geben können. Aber so ist das wohl: Ein Kind muss sich vergewissern, noch einmal nachfragen. Das gibt Sicherheit. Die Mutter hofft, mit dieser Antwort erst einmal davongekommen zu sein.

„Und wie ist das im Himmel?“, fragt das Kind weiter. „Im Himmel ist es schön“, sagt die Mutter ohne zu zögern und mit Überzeugung. „Gibt es auch Kinder im Himmel?“ Oje, jetzt aber aufgepasst! „Im Himmel gibt es auch Kinder. Aber denen geht es da sehr gut. Denn sie sind bei Gott.“ „Und was macht man die ganze Zeit im Himmel?“, fragt die Tochter weiter. „Och ... nun ja ... sich freuen und Spaß haben“, sagt die Mutter. So konkret hatte sie sich das noch nie ausgemalt. „Spielt der Gott mit den Kindern?“ Die Mutter denkt nach. Warum eigentlich nicht? „Ja, ich glaube, Gott spielt im Himmel mit den Kindern und auch mit den Erwachsenen.“ Eine Weile bleibt sie bei dieser Vorstellung hängen. Und sie merkt, wie die naiven Kinderfragen ihr Gott plötzlich nahe bringen.

„Und was gibt es im Himmel zu essen?“ Wo hat dieses Kind nur die Hartnäckigkeit her? „Alles, was man gerne isst.“ „Wirklich alles? Auch Pizza und Pommes?“ „Natürlich!“, sagt die Mutter. Plötzlich fängt das Mädchen an zu weinen. „Auch wenn es im Himmel so schön ist“, sagt sie. „Ich will doch lieber noch nicht sterben.“ Die Mutter tröstet ihr Kind und wiegt es in den Armen. „Natürlich musst du jetzt noch nicht sterben.“ Und sie überlegt, wie sie ihr das erklären soll. Sie glaubt an ein Leben nach dem Tod. Aber das Sterben bleibt doch ein Schrecken. Sie will leben, froh sein und lachen, so wie ihr Kind.

„Es ist nicht nur im Himmel schön“, sagt sie. „Es ist auch hier auf der Erde schön. Und Gott will, dass wir es uns so richtig gutgehen lassen, solange wir leben.“ Die Tochter beruhigt sich schnell. Jetzt wird noch „Weißt du, wie viel Sternlein stehen“ gesungen und dann geschlafen. Die Welt ist wieder in Ordnung. Der liebe Gott ist lieb und ganz nah, das Leben nach dem Tod ist zwar schön, aber – so Gott will – weit weg. Und die Mutter sitzt nachdenklich da. Pizza und Pommes im Himmel, und Gott spielt mit den Kindern. Wie einfach sich der Himmel da anschaut! Und wie beruhigend! ■

Gebet (Carmen Berger-Zell)

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.

Religiöse Vorstellungen: Zwei Stimmen aus türkisch-islamischer Perspektive

Ali Ekber Erden und Recep Kaplan haben beide türkische Wurzeln. Sie gehören unterschiedlichen islamischen Glaubensrichtungen an, der eine ist Alevit, der andere Sunnit. Beide leben in der Wetterau in Hessen und gehören derselben Generation an. Der eine ist Geistlicher in der Alevitischen Gemeinde, der andere Mitglied in einer DITIB-Gemeinde, der Türkisch-Islamischen Union Friedberg e. V.

[Dr. Carmen Berger-Zell](#)

Alevitischer Islam

Ali Ekber Erden ist 1. Vorsitzender des Hessischen Landesverbandes der Alevitischen Gemeinde e. V. und Dede (Geistlicher) im Alevitischen Kulturzentrum in Friedberg.



[Ali Ekber Erden](#)

? *Herr Erden, was ist für Aleviten wichtig, wenn sie wissen, dass sie eine unheilbare Krankheit haben und bald sterben müssen?*

Für die Angehörigen und den Sterbenden ist es wichtig, dass ich komme. Sie rufen mich an und sagen zum Beispiel Dede, mein Vater ist so schwer krank, er liegt im Bett und wird bald sterben, kannst du kommen und für ihn beten?

? *Rufen alle Aleviten Sie, wenn ein Angehöriger im Sterben liegt?*

Nicht alle rufen mich an, wir haben in Hessen viele Dede. Etwa die Hälfte ruft mich, die anderen rufen einen anderen, weil sie ihn vielleicht besser kennen. Oder sie rufen mich an, und ich organisiere, dass ein anderer Dede dort hingehet. Wir haben in Hessen zweiundzwanzig Gemeinden. In unserem Landesvorstand sind zum Beispiel sieben Dede. Und dann haben wir auch die Anas (Geistliche), sie sind genauso wichtig und werden von den Angehörigen gerufen.

? *Das heißt, alle Aleviten rufen am Lebensende einen Dede oder eine Ana?*

Ja, alle.

? *Wie beten sie?*

Wir beten nicht auf Arabisch, sondern auf Türkisch. Die Familie versammelt sich mit mir zusammen am Krankenbett, und ich bete für den Sterbenden, dass Allah sich seiner annimmt. Bei uns beten im Übrigen immer alle zusammen, Frauen und Männer, wir machen da keine Unterschiede, alle sind gleich. Wenn wir beten, zünden wir immer drei Kerzen an, eine für Allah, eine für den Propheten Muhammet und eine für seinen Schwiegersohn Ali.

? *Mal angenommen, jemand ist unheilbar krank: Reden sie mit der betroffenen Person über das Sterben?*

Ja, klar. Wir sagen: Der liebe Gott hat uns das Leben gegeben, und er nimmt unser Leben zurück. Wenn diese Zeit kommt, dann kann keiner etwas dagegen machen. Ich gehe zu den Familien, und wenn sie Fragen haben, dann versuche ich, sie zu beantworten. Wenn jemand zum Beispiel schwer krank im Bett liegt, dann gehe ich zu ihm, halte die Hand, rede mit ihm und bete.

? *Wenn ein Mensch verstorben ist, was geschieht dann? Gibt es bestimmte Rituale?*

Wir haben in Deutschland ein eigenes Beerdigungsinstitut. Es wurde von unserem Dachverband in Köln gegründet. Ich rufe sie an, und sie kommen dann sofort. In Frankfurt haben wir zum Beispiel ein Leichenhaus, dort fahren wir zusammen mit dem Verstorbenen hin. Er wird dann von extra dafür ausgebildeten Menschen aus unserer Gemeinde gewaschen. Ist der Verstorbene ein Mann, machen das Männer, und bei einer Frau machen das Frauen.

? *Dürfen auch die Angehörigen ihren Verstorbenen waschen?*

Ja, das dürfen sie. Wir fragen sie, ob sie das wollen. Wenn sie die Kraft haben und das aushalten können, dann machen sie das. In unseren Büchern steht zum Beispiel: Der Vater kann den Sohn waschen und der Sohn kann den Vater waschen.

? *Was geschieht dann nach der Waschung?*

Wir beten für den Verstorbenen, dass Allah ihn aufnimmt, und wir beten für die Familie. Wir versuchen alles, um der Familie in ihrer Trauer beizustehen. Was wir tun können, das machen wir. Wenn jemand gestorben ist, dann kommen die Nachbarn, Bekannte, Familie, Freunde, und alle beten zusammen. Nicht selten kommen dann vierhundert Menschen zusammen. Vor Kurzem ist ein Achtzehnjähriger gestorben, da waren es um die achthundert Menschen, die kamen.

? *Was beten Sie?*

Wir beten unter anderem, der liebe Gott soll uns nicht auseinanderbringen, sondern uns wieder zusammenführen.

? *Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?*

Ich werde das oft gefragt. Ich denke schon, dass es ein Leben nach dem Tod gibt. Aber ich glaube, es kommt auf jeden Einzelnen an, auf sein Herz, das ist sein Gotthaus. Der liebe Gott ist in unserem Herzen. Wenn der Mensch liebevoll und freundlich zu anderen ist und ihnen hilft, da, wo es nötig ist, dann denke ich schon, dass unser Geist irgendwann zurückkommt.

? *Sie hoffen also darauf, dass die Lebenden und die Verstorbenen irgendwann wieder zusammenfinden?*

Ja, ich denke schon.

Kontakt

**Alevitische
Gemeinde
Deutschland e. V.**
Stolberger Straße 317
50933 Köln
Tel. 0221 949856-0
info@alevi.com
www.alevi.com

**Alevitische
Gemeinde
Friedberg e. V.**
Pfingstweide 2
61169 Friedberg
Tel. 06031 6706926
info@friedberg-alevi.
com
aliekber.erden@gmx.de

? *Mal angenommen, die Familie kann keinen Dede oder keine Ana erreichen, könnte dann auch eine Pfarrerin für den Verstorbenen und die Familie beten?*

Ja, könnte sie. Jeder könnte diese Aufgabe übernehmen.

? *Wann beerdigen Sie die Verstorbenen?*

Das kommt darauf an, ob der Tote in Deutschland oder in der Türkei beerdigt wird. Hier beerdigen wir innerhalb von vierundzwanzig Stunden, und wenn jemand in der Türkei beerdigt wird, kann das auch nach zwei oder drei Tagen erst sein.

? *Ist es Ihnen wichtig, wie jemand beerdigt wird?*

Nein, das ist uns nicht wichtig. Das entscheidet die Familie, es spielt keine Rolle. In der Türkei werden die Verstorbenen nur in ein Leichentuch, wir sagen in sein Totenhemd, gewickelt, hier beerdigen wir sie mit einem Sarg.

? *Können Sie beschreiben, wie eine Beerdigung bei Ihnen aussieht?*

Der Dede geht vorne. Danach kommt der Verstorbene. Bei uns ist nicht festgelegt, wer ihn trägt, jeder kann das machen. Wir tragen ihn dann zum Grab, beten, und nach der Beerdigung gehen wir dann alle in unser Gemeindehaus und essen zusammen. Nach vierzig Tagen gehen wir noch einmal zum Grab, beten dort. Und die Gemeinde organisiert wieder ein Essen.

? *Wenn ich Sie richtig verstehe, dann sind das Beten und das Essen für Sie wichtige Elemente in der Sterbe- und Trauerbegleitung?*

Ja, das ist so. Wir unterstützen aber auch die Familien in anderen Dingen. Wenn sie uns brauchen, sind wir für sie da. ■

Alevitischer Glaube

„Das wichtigste Buch, das es zu lesen gilt, ist der Mensch“

Aleviten glauben, Gott ist allgegenwärtig, gut und barmherzig. Mensch und Natur, alles ist von Gott geschaffen und existiert ursprünglich in einer Einheit. Diese Einheit ist Gott. Sedat Korkmaz, ehemaliger Vorsitzender des Alevitischen Kulturzentrums in Mannheim, schreibt: „Diese Einheit können wir überall erfahren. Wir können sie in uns erfahren, und wir können sie in der Natur erfahren. Wenn wir in der Natur sind, dann ist die Einheit da – Mensch, Natur, Himmel, Wald – das sind Erscheinungen oder Abbilder der Einheit Gottes ... Wir glauben, dass Menschen in ihrem Leben eigentlich nach dieser Einheit suchen. Ja, die Suche nach dieser Einheit ist wie die Einheit selbst immer da. Wenn wir als Gläubige zusammenkommen, dann suchen wir vor allem diese Einheit. Und wir tun das, indem wir zusammen beten. Durch das Gebet erfahren wir die allem zugrunde liegende Einheit. Wenn das geschieht, wenn du diese Einheit erfährst, das ist ein gewaltiges Erlebnis.“ (EZW-Texte Nr. 211 2010, 2. Aufl. 2013, S. 79 f.)

„Ein Alevit

- trägt die Heiligkeit von Gott (Hak Allah), Muhammet und Ali (Schwiegersohn von Muhammet) in seinem Herzen,
- ist Alis Gerechtigkeit absolut treu (er verstößt niemals gegen Alis Gerechtigkeitssinn),
- beherbergt in seinem Herzen die Menschenliebe,
- achtet und toleriert jede Religion, Konfession, Glaubensrichtung,
- macht keine diskriminierenden Unterschiede aufgrund von Sprache, Religion, ethnischer Zugehörigkeit oder Hautfarbe,
- beherrscht sein Ego,
- ist aufrichtig, freundlich, barmherzig, gerecht, liebevoll,
- legt großen Wert auf Wissen (und beschäftigt sich besonders mit geistlicher Wissenschaft),
- strebt die eigene geistige Entwicklung an,
- wendet sich angstfrei und mit Liebe zu Gott hin,
- sieht Gott und Menschen als eine Einheit (im Einssein) an.“
(Programm der Alevitischen Gemeinde Deutschland e.V., Mai 1998, S. 20.
zitiert aus: EZW-Texte Nr. 211 2010, 2. Aufl. 2013, S. 34.)



Recep Kaplan

Sunnitischer Islam

Recep Kaplan ist Vorsitzender des Ausländerbeirats Friedberg, ehrenamtlicher Ausländerbeauftragter des Wetteraukreises und Mitglied im Integrationsbeirat.

? *Herr Kaplan, was ist Ihre Erfahrung: Wie geht jemand, der aus der türkisch-islamischen Kultur kommt, damit um, wenn aus seiner Familie jemand unheilbar krank ist und bald sterben muss?*

Wenn jemand schwer krank ist, versucht die Familie, so gut es geht, demjenigen, der erkrankt ist, zu verschweigen, dass er sterben muss. Man redet mit ihm nicht über den Tod, weil man ihm nicht die Hoffnung nehmen möchte. Das hat nichts mit dem Islam zu tun. Ich denke, das ist kulturell bedingt. Ob es gut oder schlecht ist, darüber kann man diskutieren. Viele sagen, dass es gut ist, weil man sonst die Hoffnung verliert. Ich persönlich sage, eigentlich müsste er es wissen, aber das ist in der Türkei so üblich. Ich kenne Menschen, die wissen gar nichts von der Krankheit und erfahren es bis zum Schluss nicht. Sie können es vielleicht ahnen, denn wenn jemand krank ist, holt die Familie den Imam, der Suren aus dem Koran liest und mit dem Sterbenden über Allah redet. In den Suren, die gelesen werden, geht es meistens darum, dass man Gott darum bittet, wieder gesund zu werden. Das machen sehr viele Familien – wenn sie selber nicht viel machen können, dann holen sie sich Unterstützung vom Imam.

? *Man spricht also nicht über den Tod?*

In der Situation nicht, nein. Sonst schon. Wir glauben daran, dass wir von Gott kommen und zu ihm zurückkehren werden. Wir glauben auch, dass die Krankheit von Gott kommt, und wenn er es will, werden wir geheilt, und wenn er es nicht will, werden wir nicht geheilt, und wir gehen zu unseren Lieben und zu Gott.

? *Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Menschen daheim sterben können?*

Uns geht es wie den Deutschen. Die meisten wollen daheim sterben. Mein Schwiegervater zum Beispiel war im Krankenhaus. Er war dort zwar nicht allein, weil es bei uns normal ist, dass immer jemand von

der Familie bei dem Kranken ist. Das ist der in Türkei im Übrigen auch so, dass im Krankenhaus in den Zimmern auch Betten für die Angehörigen stehen, das ist normal, aber mein Schwiegervater wollte unbedingt nach Hause. Das ist bei allen Älteren so, bei den Jüngern weiß ich es nicht, da kann es anders sein.

? *Was hilft Angehörigen, wenn sie Abschied nehmen müssen?*

Es ist so, gläubige Menschen verkraften das viel besser. Ich habe es selber erlebt. Meine Mutter ist mit 49 Jahren an Magenkrebs gestorben. Als sie erkrankte, war ich der erste, der es vom Arzt erfahren hat. Dann habe ich mit meinem Vater gesprochen. Es war eine schwere Entscheidung, ob sie operiert werden sollte oder nicht. Ich war erst 24 Jahre alt. Allein konnte ich das nicht, darum habe ich mit meinem Vater gesprochen.

Weil wir gläubige Menschen sind und sagen, Gott hat das Leben gegeben und nimmt es auch wieder, ich glaube, dadurch verarbeitet man das besser.

Leute, die nicht strenggläubig sind, die verarbeiten das schlechter. Die fragen vielleicht auch, warum passiert das uns. Zwanzig bis dreißig Prozent von uns Moslems sind z.B. gar nicht gläubig, sie sind nicht Mitglied in unserer Gemeinschaft. Ihnen ist der Glaube nicht wichtig, auch nicht, wie sie mal beerdigt werden.

? *Welche Bedeutung hat das Leben für Sie?*

Gott gibt das Leben und nimmt es auch wieder. Wir sind hier nur eine kurze Zeit. Das richtige Leben ist eigentlich erst nach dem Sterben. Wir glauben auch, dass die Welt irgendwann untergehen wird, das steht auch im Koran. Wir wissen nicht, wann, aber wenn es so weit ist, wird Gott uns richten für unsere Taten, und danach beginnt das richtige Leben.

? *Was glauben Sie, wie wird dieses Leben nach dem Tod aussehen?*

Alle sehen sich wieder, und niemand wird mehr altern. Wir glauben nicht an Reinkarnation. Jeder Mensch ist einmalig und lebt hier auf Erden nur einmal. Nach seinem Tod liegt der Mensch im Grab, bis Gott die Welt richtet. Die Guten kommen in den Himmel und die



Kontakt

**DITIB – Türkisch-
Islamische Union
zu Friedberg e. V.**

Vorsitzender
Süleyman Yaya

Königsberger Str. 16
61169 Friedberg
Tel.: 06031 91857
Recepkaplan1907@
aol.com

Schlechten in die Hölle. Aber wir glauben auch, dass, wenn der Mensch seine bösen Taten büßt, er doch noch in den Himmel kommt.

? *Was macht die Familie, wenn einer aus der Familie verstorben ist?*

Zuerst holt sie den Imam, und die Familie betet mit ihm zusammen am Sterbebett. Dann wird der Tote gewaschen und in ein Leinentuch gewickelt, und man versucht, ihn gleich am nächsten Tag zu begraben. Man sagt bei uns: Man kommt von Erde und geht zu Erde, darum wäre für uns eine Feuerbestattung undenkbar. ■

Sterbe- und Totenrituale im Islam

Bei den größten Glaubensrichtungen im Islam, den Sunniten und den Schiiten, möchten Sterbende nach Osten, in Richtung Mekka, blicken. Bei der Begleitung der Sterbenden ist das Beten und Lesen im Koran wichtig. Für Muslime ist es zudem wichtig, nicht durstig zu sterben.

Wenn ein Muslim verstorben ist, sollte er im Idealfall nur von Muslimen berührt werden. Aufgabe der Angehörigen ist es, dem Toten den Mund und die Augen zu schließen. Das Kinn wird hochgebunden und der Verstorbene gewaschen. Die Arme werden seitlich am Körper ausgestreckt und die Füße mit einem Faden an den Großzehen zusammengebunden. Der Kopf wird so gedreht, dass der Verstorbene Richtung Mekka blickt. Der Leichnam wird in ein Leinentuch gewickelt. Nach der Versorgung des Leichnams liest die Familie Texte aus dem Koran und betet. Muslime werden so schnell wie möglich erdbestattet. ■

Gespräch ohne Worte

Begegnung am Sterbebett

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 oben drauf. 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 gerichteten 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.



Dr. Raimar Kremer

Momentaufnahmen – ein Besuch im Hospiz

Dr. Carmen Berger-Zell

Mittwochmorgen, für meine Arbeit an diesem Buch brauche ich lebensnahe Fotos, Fotos, die die Wirklichkeit zeigen. Fotos vom Leben in einem Hospiz. Mit Gaby, einer professionellen Fotografin, fahre ich zu einem Hospiz in der Nähe.

Wir fragen uns, was uns erwarten wird. Mir kommen Menschen in den Sinn, denen ich bei meinen Besuchen in Hospizen begegnet bin. Nicht immer war ihnen die Schwere ihrer Erkrankung auf Anhieb anzusehen. Sie sahen krank aus, ja, aber nicht sterbenskrank. Wir haben miteinander gegessen, geredet, gesungen und gebetet.

Ich versuche, Gaby meine Eindrücke zu schildern: „Die Menschen, die ich in einem Hospiz getroffen habe, sahen nicht alle auf den ersten Blick sterbend aus. Krank vielleicht, auch geschwächt, aber nicht so nah am Tod, wie man das vermuten könnte. Viele denken ja, dass man in einem Hospiz gleich dem Sterben und dem Tod begegnet. So habe ich es nicht erlebt. Im Gegenteil. Mir scheint es ein Ort zu sein, an dem man das Leben genießt, solange es die unheilbare Krankheit zulässt. Also doch eher ein Ort, wo Leben eigentlich noch auf eine ganz besondere Art genossen wird. Die Menschen dort erhalten Medikamente und eine umfassende Versorgung, damit sie so wenig wie möglich Schmerzen haben. Sie bekommen Sauerstoff, wenn Atmung und Lunge betroffen sind und sie deshalb schlecht Luft bekommen. Daheim ist eine solche umfassende Behandlung und Betreuung aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich. Deshalb entscheiden sie sich, in ein Hospiz zu gehen, um so gut und begleitet zu leben, bis das Ende kommt, wenn möglich mit den Menschen, die zu ihnen gehören, oder auch mit denen, die sich liebevoll und warmherzig um sie kümmern.“

Beim Hospiz angekommen, sehe ich auf dem Weg zum Eingang zwei Männer vor der Tür im Rollstuhl sitzen und rauchen. Wir grüßen, gehen an ihnen vorbei in das Haus. Eine junge Frau sitzt am Empfang. Auf ihrem Schild ist zu lesen: „Ehrenamtliche“. Frau M., die Leiterin, erwartet uns



schon. Sie hat Herrn C. gefragt, ob eine Fotografin Bilder von ihm und Matthias, einem ehrenamtlichen Begleiter, machen darf. Die beiden Männer waren einverstanden. Frau M. geht mit uns eine Etage höher in das Esszimmer. Herr C. sitzt am Tisch. Kaffeeduft liegt in der Luft. Obstkuchen mit Sahne steht auf dem Tisch. Wir stellen uns vor. Gaby fragt Herrn C. noch einmal selbst, ob er einverstanden ist, dass sie ihn fotografiert, wie er hier lebt, was er erlebt und was er mit dem Begleiter alles gemeinsam macht.

Nicken und ein Lächeln. Matthias, der ehrenamtliche Begleiter, kommt, setzt sich an den Tisch. Herr C. isst seinen Kuchen, trinkt Kaffee und fragt: „Hast du das Fußballspiel gestern gesehen?“ Er erzählt von „Kloppo“, dem Trainer von Borussia Dortmund. Das ist ein super Trainer, der hat nicht nur abgedroschene Sprüche drauf. Dem kann man noch zuhören. Wenn der erzählt, welche Taktik er verfolgt, das macht doch noch Spaß. Ja, und das Champions-League-Spiel Turin gegen Real Madrid von gestern, das war klasse – Turin hat zu Recht gewonnen. Aber sag mal,

Matthias, kannst du dir vorstellen, warum der Jogi Löw immer wieder den Poldi einsetzen muss – unbegreiflich, da gibt es doch bessere Spieler! So geht das Gespräch munter hin und her.

Jetzt geht es nach draußen, Herr C. hat Lust auf eine Zigarette. Danach schauen wir uns noch gemeinsam den Andachtsraum an. Herr C. schaut auf das Kreuz und sagt: „Damit habe ich es ja nicht so, ich will nicht über den Tod nachdenken.“ Das schiebt er dann doch lieber weg. Er erzählt, von seiner Hoffnung auf Genesung und vom Leben, er arbeitet mit behinderten Kindern und hat viel Freude in seinem Beruf. „Wenn ich zur Arbeit gehe, habe ich schon oft gesagt, ich mach jetzt Urlaub.“ Es ist ja gut und schön, wenn man behinderte Kinder zusammen mit nicht behinderten Kindern in einer Klasse unterrichtet, meint er, aber das braucht dann wirklich Profis, die die Kinder begleiten. „Jeden Menschen muss man doch so annehmen, wie er ist“, sagt er. „Wenn ein Kind eher in sich selbst eingeschlossen ist, sich autistisch verhält, dann darf ich nicht zu viel auf einmal von ihm wollen, und zynisch darf ich auch nicht sein. Das versteht das Kind doch nicht.“ So erzählt er voller Hoffnung. Von seiner Krankheit redet er nicht.

Ich schaue auf die Uhr, jetzt sind tatsächlich schon zwei Stunden vergangen. Wir verabschieden uns von den beiden Männern und gehen wieder. Gaby hat schöne Fotos gemacht, immer wieder vom Lachen, vom Reden, von berührenden Momenten und vom Leben in diesem Hospiz.

Wir sind tief bewegt, unerwartet berührt – aber wovon eigentlich? War es das Miterleben eines ganz normalen Gesprächs zwischen zwei Männern – der eine jung und lebensfroh, der andere mit diesem unglaublichen Leuchten in seinen Augen, wenn er über Fußball redet? Oder war es das Gefühl, dass die Zeit für uns – für einen kurzen Moment – keine Rolle spielte?

Wir waren an diesem Ort, an dem Menschen bis zu ihrem Tod begleitet werden, in diesem Hospiz, einfach nur da, ohne Eile, ohne ein Gefühl von „Ich muss noch mal schnell dies und das erledigen.“ Wir haben uns Zeit genommen, Matthias und Herr C. hatten die Zeit auch. Eine wundervolle Begegnung. Und ist das nicht das, was Leben ausmacht?

Manche Menschen, die unheilbar krank sind, wünschen sich, dass man ihnen ein Mittel gibt, damit sie sterben können, sie sagen: Das ist mein gutes Recht, ich will selbst bestimmen, wann ich nicht mehr leben kann und will. Ich will das in der Hand haben, ob ich leben oder sterben will.

Aber lebt nicht der Mensch in Beziehungen zu anderen Menschen, die mit ihm eine Familie bilden, befreundet sind oder sich selbstlos einfach aus Menschenliebe um andere kümmern? Sollte das Recht auf respektvolle Beziehungen bis zum Ende mehr wiegen als das Recht auf den selbstbestimmten Tod? Kein Mensch kann allein aus sich heraus leben. Wir leben in Beziehungen mit den uns sympathischen oder manchmal auch weniger sympathischen Mitmenschen. Wir sind von der ersten Minute unseres Lebens an ein Beziehungswesen. Menschen brauchen einander. Müssten deshalb nicht die zentralen Leitfragen lauten: „Was brauchst du, damit du gut leben kannst? Und was kann ich dafür tun?“

Was wir brauchen, ist ein warmherziger, liebevoller Umgang mit den uns anvertrauten unheilbar kranken Mitmenschen, denen Ärzte die Schmerzen nehmen und die wir in der Hospizarbeit begleiten. Die Sorge um und für andere geschieht da, wo Menschen achtsam miteinander sind und aufeinander achthaben. Das ist übrigens seit vielen Jahrhunderten das Anliegen von uns Christinnen und Christen. Das geben wir weiter, damit wir im Leben und im Sterben getrost und getröstet sein können.

Und dann können auch zwei Stunden mit Obstkuchen und Sahne und einem langen Gespräch zum guten Leben in so einer Situation genau das Richtige sein. ■



Jeder Mensch ist anders

Barbara Heuerding

Obgleich sich die Mehrzahl der Menschen in Deutschland ein Versterben in häuslicher Umgebung wünscht, sterben doch schätzungsweise 40 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen und 50 Prozent in Krankenhäusern. Jeder von uns weiß, welche Anstrengungen alleine mit einem Wohnungswechsel verbunden sind. Sich in einer neuen Umgebung sicher und geborgen zu fühlen, fällt vielen Menschen schwer. Kommen Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder der nahende Tod hinzu, wird die Lebenssituation noch fragiler, und es wird schwieriger, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Wer sich in einer solchen Situation vertrauensvoll in die Hände von Ärztinnen, Pflegekräften und freiwillig Engagierten begibt, muss darauf vertrauen können, als Mensch mit eigenen Werten und Lebenswirklichkeiten wahrgenommen und akzeptiert zu werden.

Das Leben in Deutschland ist bunt und vielfältig geworden, Individualität ist gewollt und wird gelebt. Verschiedene Ausprägungen der kulturellen Identität, zum Beispiel in Religion, Sitten, Sexualität und Familienvorstellungen, koexistieren und stehen im Widerspruch zueinander. Gegensätze auszuhalten und Menschen mit anderen Vorstellungen nicht auszugrenzen, stellt für viele eine Herausforderung dar. Noch herausfordernder ist es für Menschen, ihr „Anderssein“ zu zeigen und zu leben, wenn sie Sorge haben, dass sie deswegen diskriminiert werden. Zum Beispiel haben ältere schwule Männer, lesbische Frauen oder Transsexuelle, die deswegen möglicherweise noch strafrechtlich verfolgt wurden, Angst vor der Ablehnung in der Gesellschaft. Der §175 des Strafgesetzbuches, der Homosexualität unter Strafe stellte, wurde zwar 1969 reformiert, die Strafverfolgung aber erst 1994 eingestellt. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen und Dienste nur Angebote haben, die auf heterosexuelle Menschen ausgerichtet sind.

Menschen, die „anders“ sind als die Mehrheit der in Deutschland lebenden Personen, sei es wegen ihrer Hautfarbe, ihrer Sexualität oder ihres Glaubens, brauchen, gerade wenn sie pflegebedürftig oder krank sind oder sterben, eine Umgebung, in der sie sich öffnen können. Aufgabe der Diakonie ist es, hilfebedürftige Menschen in tätiger Nächstenliebe – also einer dem anderen zugewandten Liebe – anzunehmen, ihnen eine Stimme zu geben, sie in die Mitte der Gesellschaft zu holen. Es geht also nicht um die richtige oder die falsche Ideologie, Sexualität oder den richtigen oder falschen Glauben, sondern allein darum, den Bedürfnissen der kranken, pflegebedürftigen oder sterbenden Menschen mit Achtsamkeit zu begegnen, ihnen Raum zu geben und damit zu einem würdevollen und selbstbestimmten Leben am Lebensende beizutragen. ■



Sterbehilfe – worüber reden wir eigentlich?

Dr. Carmen Berger-Zell

Wie kommt das? Nahezu alle Filme, die sich vordergründig mit der Problematik der Sterbehilfe und des assistierten Suizids beschäftigen, sind Beziehungsfilme. „Der todkranke Patient bittet im Film – bezeichnenderweise – gerade nicht den Arzt, sondern seine Geliebte oder seinen Geliebten bzw. Lebenspartner um Sterbehilfe. Und wenn es der Arzt ist – und damit ethisch umso komplexer – dann ist der Arzt häufig zugleich der/die Geliebte bzw. Lebenspartner. Es ist auf jeden Fall immer die Person, die dem Patienten emotional nahe bzw. am nächsten steht (Kurt Schmidt, S. 17).“ Die Filme sind für uns besonders bewegend, weil Moral, Ethik und Gesetz an einen „Liebesbeweis“ gekoppelt werden: „Wenn du mich wirklich liebst, dann hilfst du mir zu sterben!“ Genauso könnte der Andere auch sagen: „Wenn du mich wirklich liebst, darfst du nicht von mir erwarten, dass ich dir helfe, dir das Leben zu nehmen.“

Was zurzeit aber im Bundestag diskutiert wird, ist etwas anderes: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und verschiedene Abgeordnete wollen, dass der Bundestag über das Verbot oder eine Regulierung der Beihilfe zum Suizid neu entscheidet. Es geht um die Frage, ob Sterbehilfeorganisationen in Deutschland verboten werden sollen, und darum, ob Ärzte in ganz bestimmten Ausnahmefällen bei unheilbar erkrankten Menschen, die keine lange Lebenserwartung mehr haben, auf deren eigenen Wunsch hin Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Zum Beispiel dann, wenn sie unerträgliche Schmerzen haben oder weil sie nach ärztlichem Ermessen in Kürze sterben werden. Auslöser für die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe war der Umstand, dass die Beihilfe zur Selbsttötung gegenwärtig in Deutschland nicht strafbar ist, weil auch der Suizid nicht strafbar ist. Daher können professionelle und gewinnorientierte Sterbehilfeorganisationen auch in Deutschland ihre Dienste anbieten, ohne dafür strafrechtlich belangt zu werden. Allerdings wird auch heute schon überprüft, ob der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung gegeben ist (§ 323c StGB). Die aktive Sterbehilfe ist strafbar (§ 216 StGB).

In den aktuellen Debatten zur „Sterbehilfe“ geht es um die Möglichkeiten medizinischen Handelns am Lebensende. Der Begriff der „Sterbehilfe“ wird sowohl für die Formen der Hilfe „zum Sterben“ als auch für die Formen der Hilfe „beim Sterben“ gebraucht. Weitverbreitet sind in der öffentlichen Diskussion Begrifflichkeiten wie „Palliativmedizin“, „passive Sterbehilfe“, „indirekte Sterbehilfe“, „assistierter Suizid“ und „aktive Sterbehilfe“. Diese Bezeichnungen sind für die Fachwelt, wie z.B. für den Deutschen Ethikrat, problematisch. Da diese Begriffe missverständlich und unpräzise sind, plädiert er dafür, zu unterscheiden in: „Therapien am Lebensende“, „Sterbenlassen“, „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Tötung auf Verlangen“.

Was ist mit diesen Begriffen gemeint?

Mit **Palliativmedizin** oder **Therapie am Lebensende** wird die medizinische Begleitung am Lebensende bezeichnet, die das vorrangige Ziel hat, Schmerzen und belastende Symptome einer unheilbaren Erkrankung zu lindern.

*Palliativmedizin
Therapie am
Lebensende*

Passive Sterbehilfe oder **Sterbenlassen** meint das Unterlassen bestimmter Therapien oder die Beendigung von technischer Unterstützung zur Verlängerung des Lebens. Diese Form der Sterbehilfe „ist rechtlich und ethisch grundsätzlich unproblematisch, weil durch die Beendigung der künstlichen Lebensverlängerung dem Sterben nun seinen Lauf gelassen wird“ (vgl. Bedford-Strohm). Problematisch ist, dass derjenige, der den Schalter an der Herz-Lungen-Maschine umlegt, sein Handeln als aktives Herbeiführen des Todes empfindet und sich dann auch verantwortlich fühlt für den Tod eines Menschen. Auch für die Angehörigen kann die Entscheidung zu diesem Schritt sehr schwer sein. Von **indirekter Sterbehilfe** spricht man, wenn schmerzlindernde Maßnahmen durch-

*passive Sterbehilfe
Sterbenlassen*

indirekte Sterbehilfe

*assistierte Suizid
Beihilfe zur
Selbsttötung*

geführt werden und die Dosierung so hoch ist, dass sie zum Tode führt. Der **assistierte Suizid** oder die **Beihilfe zur Selbsttötung** ist eine aktive Mithilfe an der Selbsttötung eines Menschen durch den Arzt oder durch andere Personen.

*aktive Sterbehilfe
Tötung auf Verlangen*

Aktive Sterbehilfe oder **Tötung auf Verlangen** liegt dann vor, wenn ein Mensch sterben will, sich selber aber nicht töten will oder kann und dazu die Hilfe eines Arztes oder einer anderen Person erbittet, die ihn dann tötet (vgl. Bedford-Strohm).

Aus evangelischer Sicht gibt es eine Pflicht, das menschliche Leben zu schützen. Was wir brauchen, ist eine einfühlsame und persönliche Wahrnehmung derjenigen, die leiden. Wir brauchen eine gute, fachliche und menschliche Begleitung zum Lebensende hin, die gilt es weiter auszubauen. Und wir brauchen einen neuen Umgang mit unserer Endlichkeit. Wir haben verlernt, mit der Sterblichkeit, auch mit unserer eigenen, leben zu lernen. Dieses Thema berührt jeden. Die einen versuchen, es zu meiden, andere beschäftigen sich sehr intensiv damit, um vorbereitet zu sein. Sterben gehört zum Leben dazu und die Sterbenden zu den Lebenden. Wir Menschen leben in Beziehungen, wir brauchen soziale Kontakte, gerade dann, wenn wir sterben.

Die Diskussion um das Thema Beihilfe zur Selbsttötung nimmt einen großen Raum in unserer Gesellschaft ein. Die Palliativmedizin geht davon aus, dass etwa 200 bis 300 der 800.000 Menschen, die jährlich in unserem Land sterben, von dieser Frage betroffen sind. Etwa 10.000 Menschen nehmen sich jedes Jahr das Leben. Müssten wir nicht auch darüber nachdenken, wie wir dazu stehen und wie wir dies verhindern können?

Als Notfallseelsorgerin wurde ich vor einiger Zeit innerhalb weniger Tage zu drei Einsätzen gerufen, wo sich jedes Mal ein älterer pflegebedürftiger Mann das Leben genommen hatte, indem er sich mit einer Pistole eine Kugel in den Kopf schoss. Zufall? Wahrscheinlich – zumindest hoffe ich es.

In diesen Momenten taten mir vor allem diejenigen leid, die die Toten fanden. Ohne irgendwie darauf vorbereitet zu sein, wurden sie mit einem Anblick konfrontiert, mit dem sie nicht gerechnet haben und fortan leben

müssen. Ich denke an das Leid der Angehörigen, die sich ohnmächtig fragen: „Was haben wir falsch gemacht? Warum hat er sich und uns das nur angetan?“ Menschen, die sich dann vielleicht auch vorwerfen, dass ihre Liebe nicht ausreichte.

Jeden Einzelnen gilt es mit seinem ganz persönlichen Leid zu sehen und ihm oder ihr die Frage zu stellen: „Was brauchst Du, um leben zu können?“ In den letzten fünfundzwanzig Jahren haben wir eine gute hospizliche und palliative Versorgungsstruktur in Deutschland aufgebaut. Diese gilt es weiter auszubauen und zu stärken, damit wirklich jeder in unserem Land die Unterstützung bekommt, die er sich wünscht. Für Wolfgang Huber, den ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, müssen die Antworten unserer Gesellschaft auf die Sorge um menschenwürdige Bedingungen beim Sterben lauten: „Umfassende und geistesgegenwärtige Pflege, die Seelsorge und den achtsamen Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Menschen einschließt, eine Erweiterung der Hospizarbeit, zureichende palliativmedizinische Ausbildung sowie Erreichbarkeit palliativer Hilfe für jeden, der sie braucht.“



Quellen

Heinrich Bedford-Strohm, *Leben dürfen – leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe*, München 2015.

Wolfgang Huber, *Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 3.11.2014, Nr. 255, S. 6.

Kurt Schmidt, *Aktive Sterbehilfe in Tateinheit mit Suizid bei zwei Minderjährigen*, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2012/13, S. 14–17.



Grenzen des Helfens oder Hilfe an der Grenze?

Diakonie Deutschland

Position der Diakonie Deutschland zur aktuellen Debatte um die Beihilfe zur Selbsttötung (sog. „assistierter Suizid“) 29. September 2014

„Warum gibt Gott das Licht dem Mühseligen und das Leben den betrübten Herzen – und die auf den Tod warten, und er kommt nicht, und nach ihm suchen mehr als nach Schätzen, die sich sehr freuen und fröhlich wären, wenn sie ein Grab bekämen ...?“ Hiobs Klage, in: Hiob 3,20–22

„In deine Hände befehle ich meinen Geist; du hast mich erlöst, Herr, du treuer Gott. Meine Zeit steht in deinen Händen.“ Vertrauensaussage Davids, in: Psalm 31,6.16a

Ausgangslage

Erschütternde Leidsituationen, wie eine tiefgreifende persönliche Krise oder eine schwere Krankheit, können von Betroffenen als eine Grenzerfahrung erlebt werden, in der nur ein Suizid als möglicher Ausweg erscheint. Ein geäußelter Wunsch nach Beihilfe zum Suizid wirft Fragen nach der Deutung auf und führt in erhebliche Gewissenskonflikte, entzieht sich jedoch jeglicher moralischen Be- und Verurteilung. Das Problem des sogenannten assistierten Suizids berührt Grundfragen des Verständnisses von Leben und Sterben des Menschen. In christlicher Sicht geht es neben der individualethischen und sozialetischen bzw. institutionsethischen Reflexion der Thematik insbesondere um einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit den (potenziell) Betroffenen und um menschliche Zuwendung, fachliche Unterstützung und das Angebot von seelischem Beistand.¹

Die Koalitionsfraktionen haben eine breit angelegte gesellschaftliche und politische Debatte über die Begleitung sterbender Menschen am Lebensende und insbesondere über die Frage angestoßen, ob eine Neuregelung zur Beihilfe zur Selbsttötung (sog. „assistierter Suizid“, § 217 StGB-E)

herbeigeführt werden soll. Nach geltendem Recht ist in Deutschland aktive Sterbehilfe, insbesondere die Tötung auf Verlangen, verboten. Nicht strafbar ist – bislang – die Beihilfe zum Suizid, auch in ihrer gewerblichen, gewinnorientierten sowie generell in organisierter Form.²

1. Suizidprävention

Vor allen Regelungsbedarfen ist der Suizidwunsch von (potenziell) Betroffenen als eigentliches Problem in den Blick zu nehmen, der durch Angst vor Schmerzen, vor Kontrollverlust und sozialem Bedeutungsverlust ausgelöst werden kann. Auch unbehandelte Depressionen im Alter sind vielfach Ursache für den Wunsch nach assistiertem oder – erheblich häufiger – dem ohne Beihilfe durchgeführten Suizid. Vorurteile und Vorverurteilungen in Bezug auf Suizidwünsche verhindern eine wirksame Prävention und schwächen die Sensibilität für mehr oder weniger deutliche, insbesondere aber für verdeckte Ankündigungen eines Suizids. Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine Stärkung der Suizid-Prävention ein. Dazu ist eine Enttabuisierung des Themas erforderlich. Insbesondere sollten Anstrengungen unternommen werden, um alte und pflegebedürftige Menschen vor einem Suizid zu schützen. Dies setzt zuallererst voraus, dass ihre existenziellen Ängste z. B. vor Einsamkeit, Armut, unerträglichen Schmerzen und vor Überbelastung Dritter wahrgenommen werden. Die daran anschließenden Maßnahmen der Suizidprävention erfordern die Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, Berufsgruppen und Fachrichtungen. Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

2. Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Diakonie Deutschland begrüßt die politische Zielsetzung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu stärken.³ Angesichts des

demografischen Wandels ist der massive Einsatz für den dringend notwendigen flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung ein Test für die Glaubwürdigkeit der Argumentation all derjenigen, die aus guten Gründen eine restriktive Haltung zu einem assistierten Suizid formulieren.

Dabei kommt es aus diakonischer Sicht darauf an, dass hospizliche und palliative Versorgung nicht nur in einer kleinen Zahl von spezialisierten Einrichtungen – Hospizen und Palliativstationen – gewährleistet wird, sondern überall, wo Menschen sterben. In den letzten Lebensstagen oder Lebenswochen brauchen Menschen oft ein besonderes Maß an palliativer Versorgung. In diesem Sinne empfiehlt die Diakonie,

- die flächendeckende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Große Versorgungslücken bestehen bei der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV) sowie in ländlichen Regionen. Hier ist über eine Anschubfinanzierung durch die Länder nachzudenken. An die Stelle kassenindividueller Selektivverträge müssen kassenübergreifende Vereinbarungen mit den Leistungserbringern treten. Zudem ist die teilweise zu bürokratische und restriktive Genehmigungspraxis der Kassen zu korrigieren.
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung auszubauen. Hier ist insbesondere eine Änderung der Richtlinien für Häusliche Krankenpflege notwendig mit dem Ziel, eine intensivere Begleitung und Pflege in den letzten Lebenswochen zu ermöglichen. Außerdem muss die palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen nach intensiven Qualifizierungsmaßnahmen vieler Einrichtungen nun auch finanziert werden.⁴

Stationäre Pflegeeinrichtungen werden heute häufig erst in den letzten Lebensmonaten in Anspruch genommen, so dass sie zunehmend hospizliche Funktionen übernehmen. Die Diakonie Deutschland hat hierzu einen detaillierten Vorschlag entwickelt.

Grundsätzlich gilt: Die Erkenntnisse der Hospizbewegung und der Palliativmedizin müssen breiter kommuniziert werden, damit sie auch in der Primärversorgung, z. B. von Hausärzten, angewendet werden. Diese Entwicklung kann dazu beitragen, die Furcht vor einem schweren, unbegleiteten Sterben zu vermindern.

3. Verbot der organisierten, nicht nur der gewinnorientierten/ gewerblichen Beihilfe zum Suizid

Die Diakonie Deutschland setzt sich für ein generelles Verbot organisierter, nicht nur gewinnorientierter/gewerblicher Sterbehilfe ein, weil durch jede Form organisierter Beihilfe zum Suizid, ob gewinnorientiert oder nicht, der Eindruck erweckt wird, Selbsttötung sei eine Gestalt des Lebensendes unter anderen. Zugespitzt: Wir befürchten, dass Suizid durch die organisierte Beihilfe zur gesellschaftlich akzeptierten, unhinterfragten, normalen Variante des Sterbens wird und die Beihilfe zum Suizid zur entsprechend normalen Hilfe(-leistung) für Sterbende. Das lehnen wir – gemeinsam mit der Evangelischen Kirche in Deutschland⁵ – ab. Angesichts der Tragweite der Problematik halten wir eine gesetzliche Regelung für angemessen.

4. Beibehaltung des Verbots einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid

In ethischen Fragen am Lebensende kann ein Grenzgefälle entstehen, das einen Menschen in existenzielle Dilemma-Situationen bringt. Trotz intensiver hospizlicher Begleitung, idealer palliativmedizinischer Betreuung und hervorragender seelsorglicher und psychologischer Unterstützung können Menschen jedoch für sich zu dem Ergebnis kommen, nicht mehr leben zu wollen. Mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid wird die Gewissensentscheidung eines Gegenübers angefragt und herausgefordert. Die Erfüllung dieses Wunsches kann aber nicht eingefordert werden. Nach unserer Auffassung kann sie auch nicht rechtlich allgemeinverbindlich geregelt werden.

Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz und ärztlichen Ethos heraus Hilfe beim Sterben⁶ an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben. Die Diakonie Deutschland unterscheidet bei der Wahrnehmung der Verantwortung zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Betreuung. Die auf Verlangen eines einwilligungsfähigen Patienten erfolgende Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen oder die Durchführung einer palliativen Sedierung gehören ausschließlich zu den ärztlichen Aufgaben und obliegen nicht den Pflegekräften. Aus diakonischer Sicht sollte dies auch so beibehalten werden. Die Diakonie Deutschland sieht den Anstellungsträger in besonderer Verantwortung. Er hat den Handlungs-

rahmen zu verdeutlichen und in diesem Rahmen den Pflegekräften Klarheit und Hilfestellung durch Informationen, Schulungen und Gespräche zu geben. Die Diakonie Deutschland lehnt es ab, die Beihilfe zum Suizid zur möglichen ärztlichen Aufgabe bzw. zur in Ausnahmefällen möglichen ärztlichen, das heißt professionell zu erbringenden Leistung zu erklären. Die Diakonie Deutschland unterstützt das in der (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer zum Ausdruck gebrachte Verbot einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid.⁷ Eine zusätzliche Novellierung des bestehenden Strafrechts sieht die Diakonie Deutschland nicht als erforderlich an.

5. In der Nächsten Nähe

Die Diakonie Deutschland befürwortet keine Regelungen, die ein Verständnis fördern würden oder könnten, wonach Beihilfe zum Suizid eine Option unter anderen sein könnte, einem Menschen zu helfen und beizustehen. Ebenso befürwortet die Diakonie Deutschland keine Regelungen, die dazu beitragen würden, Beihilfe zum Suizid zum Merkmal oder Element professionellen Handelns von Ärzten und Pflegenden werden zu lassen. ■

¹ Vgl. die gemeinsame Stellungnahme von Kirche und Diakonie vom 09. März 2012 unter http://www.ekd.de/download/Gemeinsame_Stellungnahme%281%29.pdf und weitere Texte unter: <http://www.ev-medizinethik.de/pages/themen/lebensende/themenfelder/sterbehilfe> (Abruf September 2014).

² Würdevolles Sterben – Umgang mit Sterbehilfe klären. Beschluss der Geschäftsführenden Vorstände der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und SPD vom 29.04.2014, Königswinter. Vgl. auch Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode: Deutschlands Zukunft gestalten, S. 84.

³ Stärkung von Hospiz und Palliativversorgung. Beschluss der Geschäftsführenden Vorstände CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag und SPD-Bundestagsfraktion vom 29.04.2014, Königswinter.

⁴ Vgl. Diakonie Texte 08.2014, Finanzierung palliativ-kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

⁵ Vgl. Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, EKD-Texte 97, 2008, 34.

⁶ Vgl. Nauck, Friedemann/Ostgathe, Christoph/Radbruch, Lukas, Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben, in: Deutsches Ärzteblatt 2014, 111 (3).

⁷ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011), § 16, Beistand für Sterbende.

Von Sterben, Hirntod und Tod

Sterben und Tod, das sind die natürlichen Vorgänge am Ende des Lebens. Bei allem medizinischen Fortschritt der letzten Jahrzehnte, der ja auch den Sterbeprozess und den Todeszeitpunkt eines Menschen betrifft, fragt man sich: Wann ist man tot, was ist noch Leben, und was nicht mehr?

Damit sind auch ethische Fragen verbunden, die sich jeder stellen muss, wenn er sich entscheiden soll, ob er zum Beispiel einen Organspendeausweis ausfüllt oder Organentnahme nach dem sogenannten Hirntod ablehnt.

Die Grenze zwischen Leben und Tod ist schwer zu bestimmen. Die medizinischen und wissenschaftlichen Definitionen vom Hirntod, der den endgültigen Tod des Menschen feststellen soll, bedeuten nicht den Tod des gesamten Organismus. Dies soll die Möglichkeit eröffnen, dem biologisch noch lebenden Toten Organe zu entnehmen für Menschen, die dringend auf sie angewiesen sind. Darf man dafür das biologische Leben künstlich verlängern, darf man die Grenze zwischen Tod und Leben so ziehen, dass den lebenden Toten Organe entnommen werden können?

Das ist eine sehr persönliche Entscheidung, über die sich jeder selbst klar werden sollte.

Ich möchte Probleme benennen und aus meinen Erfahrungen als Seelsorger berichten:

Der Hirntod eines Menschen wird durch zwei unabhängige Ärzte bestätigt. Aber der hirtote Mensch ist noch nicht endgültig tot. Er empfindet Schmerzen, bei der Organentnahme werden Fachärzte für Anästhesie bemüht, um Schmerzreaktionen auszuschalten. So erstrebenswert es ist, menschliches Leben durch die Übernahme von Spenderorganen hirtoter Menschen zu verlängern, so schwierig ist es, genau zu bestimmen, wann ein Mensch wirklich tot ist.



Paul Geiß

Als Seelsorger, auch als Notfallseelsorger, habe ich merkwürdige Erfahrungen gemacht. Eine Frau, die seit Tagen in Agonie um ihr Leben oder um ihren Tod kämpfte, war in den Augen ihrer Kinder schon tot. Ich betete laut an ihrem Sterbebett oder an ihrem Totenbett das Vater unser. Plötzlich murmelte sie mit geschlossenen Augen mit: „... und vergib uns unsere Schuld, wie wir vergeben unseren Schuldigern ...“ und weiter bis zum Schluss des Gebets. Dann schwieg sie wieder. Der Arzt konnte drei Stunden später tatsächlich ihren Tod feststellen.

Andere ältere Menschen, die noch im Konfirmandenunterricht Dutzende von Gesangbuchliedern auswendig lernen mussten, singen plötzlich mit am Totenbett: „Ordne unsern Gang, Jesu, lebenslang. Führst Du uns durch raue Wege, gib uns auch die nöt'ge Pflege. Tu uns nach dem Lauf Deine Türe auf.“

Sie dämmern dahin, sind nicht mehr ansprechbar, eigentlich für die Außenstehenden schon tot. Aber sie sind mit den auswendig gelernten Worten aus der frühen Kindheit und Jugend noch erreichbar.

Eine Ärztin sagte mir: „Seien Sie vorsichtig am Sterbebett mit Ihren Worten. Das Letzte, was unserer Erfahrung nach die Funktion einstellt, ist das Gehör. Die Sterbenden können noch alles verstehen, was Sie in ihrer Gegenwart sagen.“ Das habe ich mir zu Herzen genommen.

Aber es gibt andererseits durch die Fortschritte der Medizin heute auch viele Menschen, deren Leben mit einem Spenderorgan verlängert werden könnte. Leber, Niere, Herz, Lunge, Hornhaut, das sind Organe und Körperteile, die zu einem besseren Weiterleben beitragen könnten, wenn genügend Spenderorgane zur Verfügung stünden. Deren Entnahme setzt voraus, dass der Tod eines Menschen unwiderruflich festgestellt werden kann.

Etwas ganz anderes ist es, einem vertrauten Menschen oder Familienangehörigen ein eigenes Organ zu spenden, zum Beispiel die eigene Niere – weil man mit nur einer Niere weiterleben kann. Das tun viele Menschen für einen ihrer Lieben. Organspende sollte man dennoch nicht als von einem Christen geforderten Akt der Nächstenliebe beschreiben, das ist sie nicht! Denn opfern, sich selbst opfern, indem man festlegt,

seine Organe bei einem Hirntod zur Verfügung zu stellen, das kann nur ein freiwilliger Akt sein, der im Spannungsfeld zwischen der Liebe zu Gott und dem Nächsten ausgelotet werden muss.

Gott schenkt das Leben, und Gott nimmt das Leben, wir Menschen sind in seiner Hand. Ob und inwieweit man durch die Organspende dem endgültigen Tod vorgreifen möchte, kann man nach der eigenen Erfahrung und persönlichen Einstellung frei entscheiden.

Es ist klar, dass der Mensch, dessen Hirntod festgestellt wurde, biologisch noch nicht tot ist. Und zweifelsfrei wird der Sterbeprozess unterbrochen und der endgültige Tod herbeigeführt, damit bei einem anderen Menschen mit einem Spenderorgan neues und besseres Leben möglich ist.

In einem lesenswerten Buch von Susanne Krahe und Eberhard Fincke, es heißt: „Organspende – ein Akt der Nächstenliebe?“, wird aus persönlicher Betroffenheit und aus dem christlichen Glauben heraus für und gegen eine Organtransplantation argumentiert.

Die Frage, die die beiden Autoren ausführlich diskutieren, ist die, wie man menschlich und christlich mit der fortschreitenden Medizintechnik umgehen kann. Sie führt immer wieder in Grenzbereiche, führt in ein Dilemma, das eine freiwillige und freie persönliche Entscheidung für die eine oder andere Möglichkeit nötig macht.

Die Autoren haben ein tiefes Mitgefühl mit Menschen, die mit einer Organspende weiterleben könnten und auf eine Organspende warten. Nur: der Tod des Organspenders bedrückt dann auch den Organempfänger, wie beide – die eine seit 20 Jahren nierentransplantiert, der andere seit 15 Jahren an der Dialyse – immer wieder diskutieren.

Menschen wollen auf der einen Seite nicht, dass der eigene Sterbeprozess unterbrochen wird, andere wollen, dass, wenn ihr Leben, durch Hirnstromanalyse belegt, irreversibel dem biologischen Tod entgegengeht, ihre Organe anderen Menschen zur Verfügung gestellt werden können.

Für Christen sind beide Entscheidungen möglich und vor Gott verantwortbar.

Die Entscheidungsfrage führt dazu, dass wir uns bewusst mit Krankheit, Sterben und Tod auseinandersetzen, aber auch mit der Hoffnung auf die den Tod überwindende Liebe, die in Jesus Christus sichtbar wurde. So beschreiben es zum Beispiel im Neuen Testament die Verse im Römerbrief, Kapitel 8, Vers 38 und 39. Nichts, auch nicht der Tod, kann uns trennen von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserem Herrn.

Für Christen sind also ganz sicher beide Möglichkeiten zu verantworten. Nur sollten von der getroffenen Wahl auch die engsten Angehörigen wissen, damit sie im Sinne des hirngeschädigten und für tot erklärten Menschen entscheiden, wenn sie im Fall einer Katastrophe von den Ärzten gefragt werden.

Wenn wir lernen, unser Leben von unserer von Gott festgelegten Sterblichkeit her zu verstehen, können wir diese Grenze im Blick auf die endgültige Erlösung in und durch Jesus Christus akzeptieren. Und das ist dann eher die Frage einer christlichen Glaubensgewissheit.

Es ist in solchen Situationen ein großer Trost, zu wissen und zu glauben, dass wir uns Gott überlassen können, der uns im Leben, im Sterben, im Tod und darüber hinaus in Liebe entgegentritt.

Die freie Entscheidung, wie mit dem eigenen Körper am Ende des Lebens verfahren werden soll, kann nur ganz persönlich getroffen werden. Dazu kann uns der Glaube helfen. Für die Entscheidungsfindung kann es auch gut sein, darüber mit einem vertrauten Seelsorger oder einer vertrauten Seelsorgerin zu sprechen, um in dieser Frage persönlich die angemessene Entscheidung zu treffen. ■

Schaffe Recht dem Armen (Sprüche 31,9)

Vor zwanzig Jahren war Armut in Deutschland noch ein Tabuthema. Heute ist es schon beinahe ein Modethema. Das liegt nicht zuletzt an den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung, die seit 2001 alle vier Jahre erscheinen. Wenn es um Armut und Armutsbekämpfung geht, wird allerdings immer noch häufig als Erstes die grundsätzliche Anfrage gestellt: Gibt es überhaupt „richtige“ Armut in Deutschland? Natürlich ist gar nichts dagegen zu sagen, zuerst eine Begriffsklärung vorzunehmen, wenn man über ein Thema redet. Problematisch wird es dann, wenn jemand über die Begriffsdiskussion vom eigentlichen Thema ablenken will. Wenn man Armut wegdefinieren möchte, um sich der politischen Verantwortung zu entziehen. Wenn man definiert, dass es den Ausgegrenzten doch eigentlich ganz gut geht – um kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn man ihnen nicht hilft.

[Dr. Alexander Dietz](#)

Es gibt verschiedene Definitionen von Armut. Von absoluter Armut spricht man, wenn jemand seine elementaren Lebensbedürfnisse (Nahrung, Kleidung, Dach über dem Kopf) nicht befriedigen kann. Von relativer Armut spricht man, wenn jemand von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen, also von Ausgrenzung betroffen ist. Das so genannte Lebenslagenkonzept nennt als konkrete Kriterien für eine solche Ausgrenzung die Unterversorgung in verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel Wohnen, Bildung, Gesundheit, Arbeit und Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur. Nun ist eine solche bereichsspezifische Unterversorgung nur schwer statistisch zu messen. Darum kommt es den Statistikern entgegen, dass Studien gezeigt haben, dass ein Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe regelmäßig dann festzustellen ist, wenn jemand weniger als die Hälfte des gewichteten mittleren Einkommens (des sogenannten Medianeinkommens) in einer Gesellschaft zur Verfügung hat. Diese Definition entspricht dem Standard der internationalen Sozialforschung und ermöglicht eine relativ einfache Messung, internationale Vergleiche und die Wahrnehmung von Entwicklungen.

Die Zahlen lassen keinen Zweifel daran: In den letzten zwanzig Jahren ist die relative Armut, der Ausschluss von Teilhabe, die gesellschaftliche Ausgrenzung in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Fast jeder Sechste in Deutschland ist arm bzw. armutsgefährdet. Betroffen sind zum Beispiel Erwerbslose. „Hartz IV“ ist nicht armutsfest. Die Sicherung des Existenzminimums ermöglicht noch lange keine Teilhabe und schützt nicht vor Ausgrenzung. Da fehlt das Geld für die Busfahrkarte, um Verwandte zu besuchen. Betroffen sind natürlich auch deren Kinder. Da fehlt das Geld für das Geburtstagsgeschenk, ohne das man die Einladung des Klassenkameraden lieber absagt. Betroffen sind Flüchtlinge und viele Migranten. Da gibt es teilweise nicht einmal einen Krankenversicherungsschutz. Betroffen sind Menschen, die im Niedriglohnssektor arbeiten. Das ist mittlerweile jeder vierte Arbeitsplatz. Die Einkommen der unteren Hälfte der Bevölkerung sind in den letzten zehn Jahren gesunken. Darum führt auch die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit als einzige Strategie der Bundesregierung zur Armutsbekämpfung bisher zu keiner Senkung der Armut. Die Armut trotz Arbeit nimmt zu. Betroffen sind ältere Frauen. Nach dem Tod des Mannes reicht die Minirente nicht mehr für die Miete oder für die Instandhaltung des Häuschens oder auch nur für die Stromrechnung. Gerade auf dem Land sind hier Stigmatisierung und Scham hoch.

Arme in Deutschland leben im Durchschnitt zehn Jahre kürzer. Armut muss zwar nicht notwendigerweise mit schlechterer Gesundheit einhergehen, der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung stellt allerdings fest, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen bei von Armut betroffenen Menschen erheblich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Insbesondere bei Männern im mittleren Alter spielen die Qualifikation und die berufliche Situation eine entscheidende Rolle. So haben Männer ohne abgeschlossene Berufsausbildung ein fast sechsfach höheres Risiko eines vorzeitigen krankheitsbedingten Renteneintritts oder einer Erwerbsminderungsrente als Männer mit Hochschulstudium. Von Armut betroffene Menschen verzichten oft aus Furcht vor zusätzlichen Kosten auf Arztbesuche, sie schicken auch ihre Kinder statistisch seltener zum Arzt. Viele leben in Wohnraum, der krank macht, andere sitzen trotz Krankheit im Kalten, weil ihnen der Strom abgestellt wurde.

Gleichzeitig sind Vorurteile gegenüber Menschen, die „Hartz IV“ oder andere Sozialleistungen beziehen, sehr verbreitet, was vermutlich insbesondere mit der permanenten tendenziösen Darstellung nicht repräsentativer Betroffener im Fernsehen zu tun hat. Umfragen zeigen, dass die Mehrheit der Menschen in Deutschland glauben, dass „Hartz IV“-Bezieher faul, unqualifiziert und selbst an ihrer Situation schuld sind. Solche Vorurteile führen dazu, dass betroffene Menschen ausgegrenzt werden – zusätzlich zu den Problemen, die sie sowieso schon haben. Die Wahrheit ist: Von den 6,1 Millionen „Hartz IV“-Beziehern in Deutschland sind 1,6 Millionen Kinder, 1,3 Millionen arbeiten im Niedriglohnbereich und 1,6 Millionen sind in Ausbildung, pflegen Angehörige, sind im Vorruhestand oder Ähnliches.

Aber gegen die Vorurteile sind natürlich auch Mitarbeitende in der Pflege oder im Hospizdienst nicht gefeit. Vorurteile führen zu Unsicherheit bei den Ehrenamtlichen, die von Betroffenen wiederum hochsensibel wahrgenommen wird. Ängste aufgrund von Ablehnungserfahrungen sind einer der Gründe dafür, dass arme Menschen seltener den Hospizdienst in Anspruch nehmen. Ein anderer Grund sind (unbegründete) Ängste vor Kosten. Mitarbeitende in der Pflege oder im Hospizdienst benötigen in ihrer Ausbildung nicht nur eine Sensibilisierung für den Umgang mit eigenen Vorurteilen gegenüber von Armut betroffenen Menschen (z. B. Akzeptieren statt Bewerten), sondern auch für die Wahrnehmung der doppelten Belastung, unter der Betroffene leiden (z. B. kein Geld für Fahrtkosten zur Klinik oder für Kinderbetreuung).

In der Pflege spielt das Thema Armut eine große Rolle. Einerseits weil das Phänomen Armut im Alter zunimmt. Bis vor wenigen Jahren war Armut bei Älteren noch deutlich unterrepräsentiert, heute ist die Armutsquote bei Älteren bereits vergleichbar mit anderen Altersgruppen, und ein explosionsartiger Anstieg in den nächsten Jahren ist absehbar: Im Jahr 2025 wird in Ostdeutschland fast jede zweite ältere Frau von Armut betroffen sein. Andererseits spielt Armut eine Rolle, weil Pflegebedürftigkeit ein Armutsrisiko darstellt. Eine häusliche Pflege erweist sich vor allem im Falle einer schweren Pflegebedürftigkeit oftmals als nicht ausreichend, sodass eine Heimunterbringung erforderlich wird. Die Pflegekasse übernimmt jedoch nur einen Teil der Kosten dafür. So müssen Heimbewohner einen Großteil ihrer Einkünfte beziehungsweise ihr ge-

samtes Einkommen opfern. Aber immer weniger Menschen können die Kosten für die Heimunterbringung (oder auch für die ambulante Pflege) aus eigener Tasche bezahlen. Wenn auch kein unterhaltspflichtiger Angehöriger einspringen kann, erhalten sie vom Sozialamt Hilfe zur Pflege. Betroffen sind bereits etwa eine halbe Million Menschen in Deutschland, Tendenz stark steigend – in diakonischen Einrichtungen mittlerweile ist es etwa jede zweite Bewohnerin und jeder zweite Bewohner.

Die Verlagerung der Pflege durch Familienangehörige hin zu professionellen Diensten führt dazu, dass sich Ungleichheiten in finanziellen Ressourcen künftig noch stärker auf die Versorgungssituation und die Integration im Alter auswirken. Denn die chronische Unterfinanzierung der ambulanten wie der (teil-)stationären Pflege geht zu Lasten nicht nur des Personals, sondern auch von Art, Umfang und Qualität jeglicher Leistungserbringung in Pflege und Betreuung. Wohlhabende Menschen können das ausgleichen, arme Menschen nicht. Nur eine Aufstockung der Pflegeversicherungsbeiträge um etwa 2 Prozent könnte der chronischen Unterfinanzierung der ambulanten wie der (teil-)stationären Pflege ein Ende bereiten.

Bekannt sind außerdem die besonderen Probleme bei der Sterbebegleitung wohnungsloser Menschen sowie die häufig unwürdigen Rahmenbedingungen von Sozialbestattungen. Gleichwohl gilt: Beim Sterben selbst gibt es keine Unterschiede zwischen Arm und Reich. ■

Lieber tot als dement?

Viele Menschen haben Angst, 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. Zwar stirbt man an Demenz nicht, aber sie führt zu einer Verringerung der Lebenserwartung. Demenzielle Erkrankungen treten gehäuft im höheren Lebensalter auf, das heißt im 7. und 8. Lebensjahrzehnt, und es gibt zahlreiche Formen. Die häufigste und bekannteste ist die Alzheimererkrankung, benannt nach ihrem Entdecker Alois Alzheimer. 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.

[Dagmar Jung](#)

In der letzten Phase ihrer Demenzerkrankung sind die Menschen in allen Bereichen des Lebens auf Hilfe angewiesen und vollkommen von ihrer Umgebung abhängig. Mit schwerer Demenz geht der Verlust der Sprachfähigkeit einher. Die Betroffenen 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 schwierig einzuschätzen, wann die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz beginnt und was ihre individuelle Sterbephase ausmacht.

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 mangelnde Bereitschaft

der Ärzte, sich mit Tod und Sterben von Demenzpatienten auseinanderzusetzen. Erst als die Zahl der verordneten Magensonden so stark angestiegen war, dass der Verdacht aufkam, dass mit dieser Ernährungsform auch Personal eingespart werden sollte, 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, so z. B. zu weniger Luftnot, weniger Übelkeit, weniger Schmerzen, weniger Unruhe, weniger Fixierungen, führt.

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 zum Beispiel Unruhe und heftige Bewegungen oder Abwehr von Berührungen. Demenzkranke Menschen werden dann nicht selten mit Psychopharmaka behandelt, weil 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 auch bei Menschen mit Demenz zur Verfügung, die auch von pflegenden Angehörigen und Laien genutzt werden können.

Neben ihren körperlichen Grundbedürfnissen haben Menschen mit Demenz auch 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 weitge-

hend verloren, ihre Gefühle bleiben allerdings weiter vorhanden, genauso wie ihr Leibgedächtnis und ihre Intuition. Auf jeweils individuelle Weise können sie mit ihrer Umgebung in Kontakt sein. Ihre Reaktionen auf Kontaktversuche erfolgen häufig mit 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 waren, 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 Vater Unser auch biblische Psalmen, besonders der 23. Psalm. Sinnliche Erfahrungen durch Berührungen und Musik erreichen Menschen mit Demenz auf der Gefühlsebene und führen zu starken Reaktionen. Diese Fähigkeiten lassen sich für religiöse Rituale sehr gut nutzen.

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, 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 zu bestimmen ist. Menschen mit schwerer Demenz kommen dann aus ihrer häuslichen Umgebung wegen Nahrungsverweigerung oder scheinbar hartnäckigen Infekten ins Krankenhaus, doch eigentlich sind die Symptome Zeichen des Sterbeprozesses. Diese Menschen müssen durch die Umstände und den Umgebungswechsel großen Stress überstehen, was ihrem vorrangigen Bedürfnis nach Schutz, Sicherheit und Trost extrem widerspricht. Meist sterben sie dann im Krankenhaus. Damit sich dies in Zukunft ändert, brauchen wir noch bessere Lösungen, um die Pflegenden auch in der letzten Lebensphase bei der Versorgung ihrer demenzkranken Familienmitglieder zu unterstützen. Es geht darum, an ihrer Seite zu sein, damit Menschen mit Demenz in ihrer gewohnten Umgebung leben und sterben können. ■

Das hohe Alter – „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 beieinander 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, saubererer Arbeitsplätze und besserer Ernährung ist es gelungen, die Altersphase immer weiter zu verlängern. So sind mittlerweile die Hochaltrigen, das heißt Menschen, die über achtzig Jahre alt sind, die Bevölkerungsgruppe, die am stärksten anwächst. Sie liegt gegenwärtig bereits bei 5 Prozent der Bevölkerung und wird weiter steigen (zum Vergleich: 25 Prozent der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt). Eine weitere Gruppe sind die Menschen mit einem sehr hohen Alter, die über Hundertjährigen, deren Anzahl allein in den letzten 10 Jahren um 122 Prozent angestiegen ist.

[Dagmar Jung](#)

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, es summieren sich chronische Erkrankungen. Trotzdem ist das allgegenwärtige Altersbild falsch, das das hohe Alter mit Pflegebedürftigkeit gleichsetzt. Bei den über 90-Jährigen gelten heute 42 Prozent als nicht pflegebedürftig. Und in der jüngsten Hundertjährigen-Studie der Universität Heidelberg hatten immerhin noch 21 Prozent 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 Beschwerden dieses Alters: nachlassende Unterstützungsmöglichkeiten, weil z. B. Angehörige sterben, weit weg wohnen oder selbst hilfebedürftig sind, das Alleinleben, nicht angepasste Wohnverhältnisse, schlechte Mobilität und vieles mehr, was den Alltag belastet. Freiwillig umzuziehen, das wagen wenige. Selbst in eine Einrichtung des sogenannten Betreuten 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 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 dünne gerade 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.

Auch die Kirchengemeinden, mit denen gerade hochaltrige Menschen sich noch stark verbunden fühlen, sind mit der Lebenssituation ihrer vielen alten Mitglieder überfordert bzw. nicht darauf vorbereitet. Hinzu kommt, dass viele kirchlich engagierte Freiwillige 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 Hilfebedarf in und außerhalb der Altenbevölkerung.

Menschen im hohen Alter sind häufiger von Einsamkeit bedroht: In den Partnerschaften überleben die alten Frauen häufig ihre Ehemänner wegen ihrer längeren Lebenserwartung, und weil die Männer bei der Eheschließung meist etwas älter sind als ihre Partnerinnen. Die Frauen bleiben nach dem Tod des Ehemannes alleine zurück, ohne in ihren

bisherigen Lebensvorstellungen auf ein Single-Dasein im hohen Alter vorbereitet zu sein.

Noch deutlich einschneidender als für Frauen scheint der Verlust der Partnerin für hochaltrige Männer, 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 zu aufzunehmen und 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 von Menschen im hohen Alter akzeptiert und als Teil des Lebens verstanden. Gleichzeitig haben die meisten hochaltrigen Menschen noch Lebensziele und eine positive Zukunftsperspektive.

Menschen im hohen Alter fordern uns heraus. Sie haben uns sozial und gesellschaftlich etwas zu bieten. Was uns gegenwärtig noch fehlt, Konzepte für Begegnungsorte und den sozialen Austausch mit ihnen, aber auch Wohnideen, es fehlt an Teilhabemöglichkeiten, die ihr Sinnerleben fördern, 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. ■

Gesundheitssystem und die Frage nach Gerechtigkeit

Dr. Alexander Dietz

Gesundheits- und pflegepolitische Fragen sind gegenwärtig in Deutschland von breitem öffentlichem Interesse und werden regelmäßig in Talkrunden im Fernsehen diskutiert. Mitunter drängt sich dem Zuschauer der Eindruck auf, dass ihm immer wieder dasselbe vorgesetzt wird. Die Diskussion scheint sich seit Jahren im Kreis zu drehen.

Im Zeitraum der letzten dreißig Jahre verabschiedeten die Regierungen in Deutschland durchschnittlich alle zwei Jahre eine neue Gesundheitsreform. Diese Reformfreudigkeit mit einer gewissen Tendenz zum Aktionismus führte bisher nicht zu den erhofften dauerhaften Lösungen für das Problem eines steigenden Kostendrucks. Solche Lösungen wurden jedoch auch in keinem anderen Land gefunden und sind möglicherweise angesichts der Systemkomplexität sowie sich permanent verändernder Herausforderungen gar nicht realistisch. Die einander widersprechenden Interessen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen führen dazu, dass grundsätzlich jede Reform zunächst einmal öffentlich diskreditiert wird. Man kann der deutschen Gesundheitspolitik jedoch im Blick auf die vergangenen Reformen durchaus bescheinigen, dass sie meist an den richtigen Themen angesetzt hat (z. B. Stärkung der Palliativversorgung und Einführung der Pflegeversicherung). Lediglich ein entscheidendes Versäumnis muss man ihr vorwerfen, nämlich bisher einer notwendigen Finanzierungsreform ausgewichen zu sein, die konsequent alle Bevölkerungsgruppen und Einkommensarten für die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Kranken- sowie Pflegeversicherung in die Pflicht nimmt.

Die Effektivität und die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens sind besser als ihr Ruf, gleichwohl besteht in einzelnen Bereichen Rationalisierungspotenzial. Eine oft behauptete, angebliche Kostenexplosion hat bisher – wenn man nüchtern die Zahlen betrachtet – nicht stattgefunden, vielmehr ist der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt in den letzten dreißig Jahren nahezu

konstant geblieben. Beitragssatzsteigerungen haben ihre Ursache darin, dass die Einkommen der Menschen, welche die GKV durch ihre Beiträge finanzieren, einen immer geringer werdenden Anteil des Bruttoinlandsprodukts ausmachen. Selbst wenn es zutrifft, dass das Reden von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht angemessen ist und dass die Effekte des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts häufig überschätzt werden, so lässt sich auf der anderen Seite nicht leugnen, dass ein zunehmender Kostendruck im Gesundheitswesen vorliegt. Wesentliche Ursachen dafür liegen in einer Zunahme der Kosten für stationäre Behandlung und der Arzneimittelkosten sowie in bestimmten politischen Entscheidungen.

Das Schlechtreden des Sozialstaats und der Sozialversicherungen sowie das Märchen von der Kostenexplosion dienen dazu, Einschnitte in die Sozialpolitik bzw. die Herstellung unattraktiver gesetzlicher Sicherungssysteme und eine wirtschaftsliberale Politik der Senkung der Lohnnebenkosten sowie der Privatisierung der sozialen Sicherungssysteme zu legitimieren. Tatsächlich ist es unverantwortlich, die soziale Marktwirtschaft auszuhöhlen und funktionierende solidarische Strukturen zu zerstören, mit der Begründung, dass dies angesichts des demografischen Wandels vermeintlich alternativlos sei.

Der Bereich der Pflege ist in diesem Zusammenhang ein Sonderfall. Hier sind wirklich steigende Kosten zu erwarten. Darum beschäftigt sich die Diakonie Hessen intensiv mit dem Thema der Pflegefinanzierung und fordert bessere Rahmenbedingungen für Pflegekräfte, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Letztlich muss es um eine solidarisch finanzierte Pflegevollversicherung gehen, die eine angemessene tarifliche Entlohnung der Pflegekräfte ermöglicht. Zudem muss sich das Aufgabefeld in der Pflege erweitern. Die Pflege und Betreuung muss sich der sehr zeitintensiven Versorgung von schwerst an Demenz erkrankten Menschen, den Herausforderungen der palliativen Versorgung sowie den wachsen-

den behandlungspflegerischen Aufgaben stellen. Die pflegebedürftigen Menschen brauchen viel mehr Unterstützung, damit sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen fehlt den Pflegekräften jedoch die Zeit dafür.

Das Thema Gesundheitssystem und Gerechtigkeit beschäftigt seit Jahrzehnten international unzählige Mediziner, Ökonomen, Juristen und Ethiker, und zwar insbesondere unter dem Stichwort Ressourcenallokation. Allokation bedeutet Verteilung, und die Allokationsdiskussion beschäftigt sich mit den Fragen, wie viele Ressourcen ein Staat für das Gesundheitswesen bereitstellen sollte (obere Ebene der Makroallokation), wie diese Ressourcen auf Teilbereiche der medizinischen Versorgung verteilt werden sollten (untere Ebene der Makroallokation), und wie die Ressourcen in den Teilbereichen auf Patientengruppen (obere Ebene der Mikroallokation) und schließlich auf einzelne Patienten (untere Ebene der Mikroallokation) verteilt werden sollten. Derzeit wird die Allokationsdiskussion einseitig durch eine ökonomische Perspektive dominiert.

Insofern darf im Blick auf die Frage nach einem gerechten Gesundheitssystem auch das Problem der Ökonomisierung nicht ausgeblendet werden. Ökonomisierung sollte nicht als Kampfbegriff einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie verwendet bzw. missverstanden werden. Vielmehr bezeichnet sie lediglich bestimmte Fehlentwicklungen. Von Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen (der Arzt wird zum Unternehmer bzw. Manager, der Patient zum Kunden bzw. Mittel der Gewinnmaximierung, Gesundheit zum kommerziellen Gut), dass weiterhin Gesundheitsökonomen und -manager ihre ökonomischen Methoden nicht den spezifischen Bedürfnissen des Gesundheitswesens anpassen und ihre Tätigkeit nicht den Zielen des Gesundheitswesens unterordnen, sondern dem Gesundheitswesen und seinen Einrichtungen ökonomische Ziele vorgeben (Geld erwirtschaften, sparen), und wenn schließlich medizinische Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien

getroffen werden unter Inkaufnahme eines medizinischen Qualitätsverlusts (z. B. medizinisch nicht angezeigte Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus).

Der Gerechtigkeitsdiskurs im Blick auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ist notwendig und muss differenziert geführt werden. Die Debatte um die Gestaltung des Gesundheitswesens bzw. um die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen im weitesten Sinne ist letztlich eine Debatte über die ethischen Grundlagen des Staates. Es geht um die Frage, in was für einer Gesellschaft wir leben möchten. Die Politik hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für ein Leben in Frieden und Würde zu schaffen. Sowohl der gesellschaftliche Frieden als auch die Würde von Angehörigen ganzer Bevölkerungsgruppen werden durch die Zulassung von Armut und die Vorenthaltung von Lebenschancen wegen bzw. im Blick auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit gefährdet. Darum muss es den Sozialstaat geben, und darum ist die staatlich gewährleistete Gesundheitsversorgung und Pflege für jeden Menschen ein wesentlicher Bestandteil der Sozialpolitik. ■

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.“



Dr. Ingmar Hornke

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung, der Veränderungen von Umwelt, sozialen Faktoren sowie einer zunehmenden Spezialisierung und einem unerschütterlichen Glauben an die technischen und pharmakologischen Möglichkeiten als auch 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 in den meisten Fällen die ehrliche Zuwendung und die Zeit mit schwer kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen wichtiger ist, als die technischen Errungenschaften und die chemischen Möglichkeiten. Unsere Herausforderungen bestehen in der gesellschaftlichen Akzeptanz des Sterbens, seiner Institutionalisierung und in einer würdevollen Unterstützung von Schwerstkranken und Sterbenden insbesondere im häuslichen Bereich, in den Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus. Jeder Mensch wünscht sich Heilung bei schwerer Krankheit und ein langes, gesundes Leben mit hoher Selbstständigkeit. Wir alle müssen jedoch erkennen, dass unser Leben endlich ist. Die meisten Menschen verbinden mit dem Gedanken an Sterben und Tod Ängste vor leidvollen Symptomen, wie z. B. Schmerzen, 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.



Dr. Eckhard Starke

Palliativversorgung wendet sich an die Menschen, die unheilbar erkrankt sind oder in der Folge einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen medikamentös 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 Majo, 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 Majo, 2015). Palliativversorgung konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Beratung, Unterstützung, Begleitung und Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen ist es das gemeinsame Ziel, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen – 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 ein. Das bürgerschaftliche Engagement ist eine unersetzliche Stütze. Ehrenamtlich tätige Menschen engagieren sich in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen, sie sind für die schwer kranken und sterbenden Menschen 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 schwerstkranken 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 in der Regel 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, schwer kranken 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.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV):

Die AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die in erster Linie von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten erbracht werden kann. Dabei soll eine Versorgung schwer kranker sowie nicht heilbarer und sterbender Patienten mit einem fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Behandlung ermöglicht werden. Die AAPV kann pflegerische, ärztliche, 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 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 Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Bei komplexen Situationen und Problemen im Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung wird 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.

Palliativstation

Palliativstationen sind in und an Krankenhäusern verortet. Sie bilden ein weiteres Angebot neben ambulanter Begleitung und stationärer Hospizversorgung. 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 oder auch bei Krankheit gesund gepflegt wurde, um sich für den weiteren Weg vorzubereiten. 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. Wenn eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist oder vermieden werden soll, jedoch eine ambulante Versorgung zu

Hause, bei Angehörigen oder im Pflegeheim als 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

Pflegeheime 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 Pflegeheime können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bereits eine bedarfsgerechte Versorgung und Begleitung am Lebensende zukommen lassen. Derzeit wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine individuelle und umfassende Planung zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung, Pflege und Behandlung in der letzten Lebensphase organisieren oder anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot soll von den Krankenkassen finanziert werden. ■

Quelle

Giovanni Maio, Den kranken Menschen verstehen, Freiburg 2015

Was ist Advance Care Planning?

[Michaela Hach](#)

[Dr. Ingmar Hornke](#)

Über 80 Prozent der Menschen sterben an einer chronischen Erkrankung oder einem zuvor diagnostizierten gesundheitlichen Problem. Die meisten Menschen sterben in medizinischen und/oder pflegerischen Versorgungseinrichtungen. Dies erfordert zur Wahrung und Erhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung schwer kranker und sterbender Menschen Entscheidungen über Behandlungs- und Pflegemaßnahmen sowie auch über Therapieverzicht.

Bis zu 70 Prozent der Betroffenen können nicht mehr selbst über die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen entscheiden. Stellvertreter kennen Wünsche der Patienten häufig nicht, da nicht über Fragen der Behandlung am Lebensende gesprochen wurde. Im Zweifelsfall werden lebensverlängernde Maßnahmen fortgesetzt. Dadurch kann eine Situation der Fremdbestimmung entstehen.

Der Schlüssel für eine selbstbestimmte Gestaltung der letzten Lebensphase stellt die Vorausplanung (z. B. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung) dar. Auch das Vorhandensein einer Patientenverfügung, einer Vorsorge- oder Betreuungsverfügung sichert nicht automatisch die Umsetzung des Patientenwillens, da nicht alle Szenarien, die einem Menschen am Lebensende begegnen können, in aller Intensität bedacht werden können. Das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning, ACP) setzt auf einen dialogischen Prozess anstatt punktueller Festlegungen, damit auch sich ändernde Behandlungs- und Pflegepräferenzen des Patienten verwirklicht werden können. Die gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning) ist ein aufsuchendes Gesprächsangebot und Unterstützung (Begleitung) durch ausgebildete Berater. Diese bieten Gespräche über zukünftige Entscheidungen zu medizinischen Behandlungen an. Advance Care Planning ist ein mehrzeitiger Diskussionsprozess, der durch nichtärztliches und ärztliches Personal unterstützt wird. Angehörige werden, soweit es ihrem und dem Wunsch des Betroffenen entspricht, in den Prozess einbezogen. ■

Patientenverfügung

Im Jahr 2009 hat der Bundestag das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts mit Regelungen zur Patientenverfügung in den §§ 1901–1904 BGB erlassen.

[Barbara Heuerding](#)

Anbei finden Sie häufig gestellte Fragen und Antworten zur Patientenverfügung:

? *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 sollte man eine Patientenverfügung haben?*

Alle einwilligungsfähigen Personen ab 18 Jahren können eine Patientenverfügung verfassen und sollten sich mit diesem Thema beschäftigen.

? *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 Rechtsanwaltskanzleien und Notariate zu diesem Thema beraten lassen.

? *Muss ich die Patientenverfügung notariell beurkunden lassen?*

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

? *Wie oft sollte ich die Patientenverfügung aktualisieren?*

Zwar ist eine Aktualisierung nicht gesetzlich vorgeschrieben, aber da 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 hinterlegen. Sofern Sie zusätzlich eine Vorsorgevollmacht ausgestellt haben, empfiehlt es sich, die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung der bevollmächtigten Person auszuhändigen.

? *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 durchsetzen 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.

? *Wo kann ich weiterführende Informationen erhalten?*

Die Deutsche Bischofskonferenz und die Evangelische Kirche in Deutschland haben eine Broschüre sowie entsprechende Formulare zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung erarbeitet. Diese finden Sie unter:

<http://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf> ■

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



Tina Saas

Elisabeth Terno

Im Jahr 1997 wurde die Ansprechstelle KASA bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung 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 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration finanziert wird. Das bürgerschaftliche Engagement in der Hospiz- und Palliativbewegung wird insbesondere unterstützt.

Die Aufgaben der Koordinations- und Ansprechstelle

- KASA bietet umfangreiche Informationen an und unterstützt bei Öffentlichkeitsarbeit. Angefragt werden können Auskünfte über Fort- und Weiterbildungsangebote für die Hospizarbeit. Informationsmaterialien werden erstellt, zum Beispiel ein Adressverzeichnis der hospizlichen und palliativen Einrichtungen in Hessen.
- KASA berät umfassend zu Fragen der Gründung und Führung von Hospizinitiativen. Viele der in der Beratung häufig gestellten Fragen können in der 2014 überarbeiteten Praxishilfe „Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen“ nachgelesen werden. KASA kann darüber hinaus aus den Erfahrungen in der Hospiz- und Palliativarbeit berichten und hat Wissen über Beispiele guter Praxis.
- Als Ansprechstelle unterstützt KASA auch Bürgerinnen und Bürger, indem beispielsweise Adressen und Ansprechpartner vermittelt werden.

- KASA unterstützt Kooperationen und Netzwerke hospizlicher und palliativer Arbeit.
- KASA informiert Personen zu stationärer Hospizarbeit und vermittelt Kontakte.
- 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 von der Diakonie Hessen, dem Hospiz- und PalliativVerband Hessen und von KASA organisiert.
- Bei den von KASA organisierten Fachtagen werden sowohl aktuelle Fragestellungen als auch zukünftige Herausforderungen diskutiert, und Fachleute, Ehrenamtliche und Interessierte haben die Möglichkeit, sich zu vernetzen.
- 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.
- Zusammen mit dem Hospiz- und PalliativVerband Hessen werden Treffen für hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren aus ganz Hessen angeboten.
- Regelmäßig veranstaltet KASA regionale Arbeitskreise, wie zum Beispiel den Runden Tisch Hospizarbeit Nordhessen. Des Weiteren ist sie geschäftsführend für die Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung verantwortlich und organisiert die Fachtagungsreihe „Leben und Sterben“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.

- KASA arbeitet aktiv in verschiedenen Arbeitskreisen und Gremien mit. An diesen Stellen berichtet KASA über aktuelle Entwicklungen der Hospiz- und Palliativszene 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 an dieser Stelle ein Bindeglied zwischen Gremien auf Landesebene und den hessischen Strukturen der Hospiz- und Palliativarbeit.
- KASA kooperiert mit Hochschulen und damit mit der Wissenschaft. KASA ist in verschiedene Beiräte berufen worden.

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. ■

Kontakt

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-erziehung e. V.
Arbeitsbereich KASA
Wildunger Str. 6/6a
60487 Frankfurt
Tel. 069 7137678-0
Fax 069 7137678-11
kasa@hage.de
www.kasa-hessen.de



Durch die Praxishilfe „Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen – Gründung und Führung einer ambulanten Hospizinitiative“ erhalten Sie einen Überblick über die Grundsätze der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung. Zudem wird die derzeitige Hospiz- und Palliativlandschaft in Hessen dargestellt. Der Hauptteil der Handreichung widmet sich konkret der Hospizarbeit vor Ort, dem Auf- und Ausbau, der Führung einer ambulanten Hospizinitiative sowie den Pflichten als Verein und Arbeitgeber. Die Praxishilfe beinhaltet darüber hinaus viele Hinweise, Literaturempfehlungen und gibt einen Überblick über nützliche Adressen. Sie kann kostenfrei über die Deutsche PalliativStiftung (www.palliativstiftung.de) bezogen werden.



Verzeichnis der Hessischen Hospizinitiativen: Eine Zusammenstellung der Adressen der ambulanten Hospizinitiativen, der stationären Hospize und den SAPV-Teams.

„Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen“, hrsg. vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (November 2009)

(Download unter: <http://www.hage.de/aktivitaeten/kasa/veroeffentlichungen/empfehlungen-zur-verbesserung-der-sterbebegleitung-in-hessischen-altenpflegeheimen.html>)

Diakonie

Hessen

Ambulante Hospizdienste



[Dr. Franca d'Arrigo](#)



[Michael Krahl](#)

AG 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.

Die Arbeitsgemeinschaft ist offen für alle Hospizgruppen, die als kirchliche Gruppen oder selbstständige Träger Mitglied bei der Diakonie Hessen sind. ■

Kontakt

Diakonie Hessen Geschäftsstelle Kassel

Dr. Franca D'Arrigo
Kölnische Straße 136
34119 Kassel
franca.darrigo@
diakonie-hessen.de

Vorsitzender
Michael Krahl
Tel.: 06033 9170804
michael.krahl@
johanniter.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“.

Im Frühjahr 2015 gehören der AG Hospiz in der EKHN 30 regionale Hospizgruppen (und zwei weitere als Gäste) mit knapp 3000 Mitgliedern und ca. 750 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. Auf Antrag vergibt der Leitungsausschuss Mittel aus der gesamtkirchlichen Hospizkollekte der EKHN an die Mitglieder der AG Hospiz.



Lutz Krüger



Helgard Kündiger

Kontakt

Pfarrer Lutz Krüger,
Studienleiter im
Zentrum Seelsorge
und Beratung
lutz.krueger.zsb@
ekhn-net.de,
Tel. 06031 162950
www.ag-hospiz.de

Pfarrerin
Helgard Kündiger,
Vorsitzende des
Leitungsausschusses,
helgard.kuendiger@
evangelisch-hoch-
taunus.de,
Tel. 06172 308814



Annegret Zander

Petra Schuseil

Petra:

Ich möchte mir ein knielanges unifarbene weißes/helles Hemd/Nachthemd kaufen ... und Du bestickst es? :-) ... Und stell Dir vor, dieses Totenhemd/Leichenhemd hängt in unserem Schrank. Es erinnert uns, dass wir endlich sind :-).

Annegret:

Ich weiß auch schon, was ich dir da drauf sticke. Aber dazu müssen wir uns zuerst sehen und etwas wagen: ich zeichne seit diesem Jahr immer wieder Bilder, indem ich mit geschlossenen Augen mein Gesicht fühle und mit der anderen Hand zeichne, die sind inzwischen sehr poetisch. In dem Fall müsste ich dann dein Gesicht fühlen ...

Sticke meines zurzeit auf eine Leinwand. Das geht sehr langsam voran und wird sehr schön. Noch besser: die Rückseite mit den hängenden Fäden und Unsauberkeiten.

Totenhemd-Blog

Übers Sterben reden

Eine Beerdigung war schuld daran, dass wir uns kennengelernt haben. Wir kennen uns seit über 12 Jahren aus Frankfurt Bergen-Enkheim. Wir haben zusammen gearbeitet, geschrieben, Geheimnisse geteilt, gelacht und vor zwei Jahren einen gemeinsamen Freund betrauert, der 50-jährig gestorben ist. Vor allem Annegret hat ihn in seinen letzten Tagen begleitet.

Was uns verbindet:

- Unser Glaube ■ Unsere Spiritualität ■ Unsere Freundschaft
- Unsere Lust am Schreiben ■ Unsere Lust am Experimentieren

Besonders letztere hat uns just vor Jahresschluss am 30.12.2014 geritten. Aus beruflichen und privaten Gründen redeten wir immer wieder gerne über die Endlichkeit. Für uns gibt es hier nur noch wenige Tabus. Aber die meisten Leute, die wir kennen, sind beim Thema Endlichkeit, Sterben, Trauern eher reserviert und irritiert. Das finden wir schade und haben Lust, mit unseren Gedanken, Erfahrungen und Experimenten, andere zum Nachdenken und Sprechen über „die letzten Dinge“ zu verlocken.

So in dem Sinne „Ach ja, ich les' da jetzt diesen Blog, die sind echt schräg, aber ich hab mir gedacht ...“

In diesem Blog geht es um das eigene Totenhemd im Kleiderschrank, den Tod, das Sterben und alle damit verbundenen Themen – und das in einem außergewöhnlich lockeren Ton.

Und schließlich: Wir wollen hier unsere (Gedanken) Experimente teilen, einfach weil wir diese Lust dazu haben und es uns inspiriert und sehr lebendig fühlen lässt.

Der Blog: <https://totenhemd.wordpress.com/uber-totenhemd-blog/>

Qualifizierung zur ehrenamtlichen Mitarbeit in der Sterbebegleitung

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.



[Beate Jung-Henkel](#)

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. ■

Sterbebegleitung im Krankenhaus. Eine Herausforderung an die Seelsorge.

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.

[Beate Jung-Henkel](#)

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 wollen das genau so, 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 Bedürfnissen 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 Krankenhauseselsorge 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 verleihen 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.

pastoralpsychologisches und theologisches Fachwissen und hermeneutische Kompetenz

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.

Sprachfähigkeit

Es braucht **rituelle und gestalterische Fähigkeiten**, um Unausprechlichem Ausdruck zu verleihen. Handlungsfelder sind hier zum Beispiel Gebet, Sterbesegen, Aussegnung, Gottesdienste, Andachten.

rituelle und gestalterische Fähigkeiten

Es braucht **ethische Kompetenz**. Seelsorgende können von ihrer Ausbildung her einen spezifischen theologischen und seelsorgerlichen Beitrag in den ethischen Entscheidungsfindungen einbringen.

ethische Kompetenz

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.

interreligiöse und interkulturelle Kompetenz

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 Trostpotezial der biblisch-christlichen Tradition hinzuweisen.

kompetenz trösten

Die moderne Krankenhauseelsorge 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 Trauersituation. 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

Eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen tut not

Am Beispiel des Alten- und Pflegeheims Louise-Dittmar-Haus in Darmstadt wird deutlich, dass die Einrichtungen sich intensiv mit der Frage beschäftigen, wie sie ihre Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende gut begleiten können.

[Barbara Heuerding](#)

Die Mitarbeitenden orientieren sich hierbei an den Bedürfnissen und Wünschen des jeweiligen Bewohners. So wird über das Thema „Sterben und Tod“ im Rahmen der Biografiearbeit nach Möglichkeit frühzeitig und offen auch mit Angehörigen und Bezugspersonen gesprochen. Die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners werden dabei erfasst und dokumentiert. Weiterhin wird geprüft, ob und in welcher Form der Betroffene eine Patientenverfügung, Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht verfasst hat.



Auf dieser Grundlage wird die Art der Begleitung des Sterbenden entweder in Form einer Fallbesprechung oder innerhalb der Übergabe im Team festgelegt und alle am Prozess beteiligten Personen und/oder Berufsgruppen informiert. Auf Wunsch des Betroffenen kann ein Pfarrer/Seelsorger hinzugezogen werden, der die letzte Lebensphase begleitet. Weiterhin besteht die Möglichkeit, für die Begleitung der Sterbephase mit dem Palliativteam Darmstadt oder den Hospizgruppen in Darmstadt zusammenzuarbeiten.

Ziele der Begleitung sind:

- Besondere Beachtung der Würde und des Selbstbestimmungsrechtes von sterbenden Bewohnern
- Berücksichtigung der religiösen Traditionen des betroffenen Bewohners
- Sicherstellung der palliativen Pflege und Betreuung von sterbenden Bewohnern
- Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie
- Belassen des Bewohners in seiner gewohnten Umgebung
- Einbindung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen betroffenen Bewohnern
- Besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von trauernden Angehörigen, Bezugspersonen, anderen betroffenen Bewohnern und Mitarbeitern
- Ermöglichung des Abschiednehmens für trauernde Angehörige, Bezugspersonen, andere Bewohner und Mitarbeiter
- Gewährleistung eines würdevollen Umgangs mit dem Verstorbenen.

Neben Qualitätsstandards, nach denen alle Mitarbeitenden arbeiten, gibt es einzelne, die speziell in palliativer Pflege ausgebildet sind und regelmäßig an Fortbildungen zum Thema Abschiedskultur teilnehmen.



Wenn ein/e Bewohner/-in verstorben ist, wird im Raum der Stille in einem Buch eine Gedenkseite für ihn/sie angelegt. Zudem findet mittags beim Essen im Speisesaal eine Schweigeminute für ihn/sie statt. Niemand soll in diesem Haus sterben ohne Abschied und Gedenken.

Kapelle im Louise-Dittmar-Haus

Eine Abschiedskultur mit würdevoller Begleitung sterbender Menschen im Alten- und Pflegeheim ist nur möglich, wenn es Menschen gibt, die diese sicherstellen.

Kooperationen mit Seelsorgenden, Ärztinnen, Palliativteams, ehrenamtlichen Hospizmitarbeitenden und anderen ist sicherlich notwendig, allerdings brauchen die Einrichtungen auch selbst Mitarbeitende, die die Bewohner und Bewohnerinnen beraten, pflegerisch begleiten und die Koordination mit behandelnden Ärzten, gesetzlichen Betreuern und auch den Angehörigen übernehmen. Der Gesetzgeber muss die nötigen Rahmenbedingungen schaffen, damit die finanziellen Mittel hierfür zur Verfügung stehen.

In dem derzeit vorgelegten Kabinetentwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) wird deutlich, dass der Gesetzgeber Handlungsbedarf bei

der palliativen und hospizlichen Versorgung von Menschen sieht. So sollen die ambulanten Pflegedienste Leistungen der palliativen Versorgung erbringen können. Darüber hinaus soll der Eigenanteil der stationären Hospize verringert werden. Auch hat die Ärzteschaft einen Anspruch auf spezifische Qualifikation und Zeit für die Koordination und palliative Versorgung. Für alle beschriebenen Leistungen sieht der Gesetzgeber auch eine entsprechende Finanzierung vor.

Eine erhebliche Lücke gibt es aber bei Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben und sterben. Hier soll es nach Vorstellung des Gesetzgebers eine Fallbesprechung mit allen an der Versorgung beteiligten Personen geben, welche die Einrichtung koordiniert. Sofern sich der Gesundheitszustand verändert, soll die Fallbesprechung wiederholt und die Versorgung angepasst werden. Damit sind aber keine Qualifizierung, kein aufgestockter gesonderter Anteil beim Personal und insgesamt auch keine Finanzierungsregelung verbunden. So besteht die große Gefahr, dass das Personal bei sowieso schon knappen Ressourcen mehr Aufgaben dazubekommt, statt Zeit zu gewinnen, die für sterbende Menschen und deren Angehörige zur Verfügung steht.

Angesichts der besonderen Aufgaben aufgrund der tendenziell kürzeren Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen muss bei der Versorgung am Lebensende investiert werden. Hinzu kommt, dass die Fachkräfte in stationären Einrichtungen vor steigenden Herausforderungen stehen: Immer mehr Menschen leiden an demenzieller Erkrankung und können ihren Willen nur teilweise oder auch gar nicht mehr äußern. Gerade bei diesem Personenkreis erfordert es hohe kommunikative, pflegerische, soziale und psychologische Kompetenzen, um dem Anspruch einer möglichst selbstbestimmten und würdevollen Versorgung gerecht zu werden. Menschen, die ihre Schmerzen und ihr Leid nur eingeschränkt artikulieren können, brauchen besonders qualifizierte Unterstützung und Betreuungszeiten. Gleiches gilt für Menschen mit einer Vielzahl von körperlichen und geistigen Leiden.

Die Gesellschaft und die Politik müssen sich letztlich daran messen lassen, wie sie mit kranken, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen umgeht. Eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen tut not. ■

Hospize in diakonischer Trägerschaft

Hospize sind Lebensorte für Menschen, die von einer fortschreitend verlaufenden Erkrankung betroffen sind und die ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat. Eine Heilung ist ausgeschlossen, und eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig bzw. durch die Betroffenen 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

Vier Hospize gehören zur Diakonie Hessen. Auf den folgenden Seiten werden sie kurz vorgestellt.

[Barbara Heuerding](#)





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

TELEFON 069 299879-0
 TELEFAX 069 299879-60
 E-MAIL info@hospiz-frankfurt.de
 INTERNET 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



Agaplesion Haus Samaria Hospiz gGmbH

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

TELEFON 0641 96063930
 TELEFAX 0641 96063944
 E-MAIL info@haus-samaria-giessen.de
 INTERNET www.haus-samaria-giessen.de

Spendenkonto

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



AGAPLESION
 HAUS SAMARIA
 HOSPIZ



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

TELEFON 0561 3169-767
E-MAIL info@hospizkassel-gesundbrunnen.org
INTERNET 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



Agaplesion Elisabethen-Hospiz Darmstadt

Hospiz – was ist das?

Die meisten Menschen wünschen sich, in ihrer letzten Lebensphase nicht alleine zu sein. Sie möchten die letzten Tage zu Hause im Kreise ihrer vertrauten Menschen verbringen. Für viele gestaltet sich dies jedoch schwierig, weil sie schwerwiegende gesundheitliche Probleme haben. Eine Betreuung zu Hause ist nicht möglich. Angehörige und Freunde werden vor große medizinische und pflegerische Herausforderungen gestellt. Deshalb wurde am Agaplesion Elisabethenstift das Elisabethen-Hospiz gegründet. Gesellschafter des Hospizes sind das Agaplesion Elisabethenstift und der Evangelische Hospiz und Palliativ-Verein Darmstadt e. V. Schwerstkranke, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, sollen sich hier geborgen fühlen. Sie sollen würdevoll und möglichst schmerzfrei leben und sterben können.

Kontakt

Agaplesion Elisabethenstift
Elisabethen-Hospiz gGmbH
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

TELEFON 06151 403-7670
TELEFAX 06151 403-7679
E-MAIL hospiz@eke-da.de
INTERNET www.agaplesion-elisabethenstift.de

Spendenkonto

Elisabethen-Hospiz
IBAN DE51 5085 0150 0002 0284 68
BIC HELADEF1DAS
Sparkasse Darmstadt

Geben Sie unter „Verwendungszweck“ Ihren Namen und Ihre Anschrift an, und Sie erhalten eine Spendenquittung.



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT
ELISABETHEN-HOSPIZ



Wenn der Tod ins Gefängnis kommt

Älter werden und sterben in Haft

Der demografische Wandel macht auch vor dem Gefängnis nicht halt. Immer mehr ältere Menschen kommen in Haft, werden alt, zum Teil schwer krank und sterben hier unter Umständen auch. Und so kommt es, dass der langsame Tod durch Krankheit und Altern auch ins Gefängnis kommt. Für die Gemeinschaft der Gefangenen und für die Mitarbeitenden eine neue, eine ungewöhnliche und fremde Situation.



Dr. Tobias
Müller-Monning

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 mit seinem Geld auskommen, 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 hat schon einen Herzinfarkt hinter sich. „Werde ich das Gefängnis überleben?“, fragt er.

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

Herr H. hatte 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, die er selber „Todeszelle“ nennt, will er sterben, in seinem Gefängnis, bei 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. verbringt letztendlich seine letzten Stunden, in denen er schon nicht mehr bei Bewusstsein ist, in einem Hospiz.

Herr L. hat lange Jahre Drogen genommen. Nun hat er Krebs. Es geht ihm schlecht. Jeder im Haus kann das sehen. Er ist 58 Jahre alt. Es dauert lange, bis die Staatsanwaltschaft ein Einsehen hat und die Haft schließlich unterbricht. Herr L. hat einen Menschen getötet, da tut man sich schwer. Zwei Monate vor seinem Tod darf er schließlich in ein Hospiz. Dort angekommen, sagt er: „Schauen Sie mal, wie hell das Zimmer ist, und ich kann direkt ins 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. Jeder kann es sehen. 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 erstochen während einer Freistunde in einer JVA, 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 den Steuerzahler pro Jahr ca. 12,5 Milliarden Euro, davon entfallen ca. 2,3 Milliarden Euro auf den Strafvollzug, der Rest auf Staatsanwaltschaften und Gerichte.

Am 20. November 2014 saßen in Deutschland 61.872 Menschen in 188 Gefängnissen in Haft, bei einer Kapazität von 76.556 Haftplätzen. 13 Prozent der Inhaftierten sind 50 Jahre und älter, also ca. 8000 Menschen. Dass Menschen in Haft altern und sterben, wird erst in den letzten Jahren bewusst wahrgenommen, von daher gibt es keine aktuellen Statistiken. Auf Anfrage des Komitees für Grundrechte und Demokratie nennen die Justizministerien der Länder für die Jahre 1990 bis 2000 folgende Zahlen: 954 in Haft verstorbene Menschen in 11 Bundesländern, davon 521 durch Suizid, 361 krankheitsbedingt, 72 durch Unfälle und besondere Vorfälle. In den Jahren 2000 bis 2012 verstarben in hessischen Gefängnissen nach Angaben des hessischen Justizministeriums 188 Menschen: 80 durch Suizid, 87 starben eines natürlichen Todes und 21 durch besondere Vorfälle (vgl. Martin Faber). Diese Zahlen sind nur als unvollständige zu interpretieren. Viele sterbende Gefangene werden kurz vor ihrem Tod aus dem Gefängnis in ein Krankenhaus verlegt und gelten dann als entlassen.



Das Erleben der Haft, das Erleben des Gefängnisses ist für viele Gefangene gekennzeichnet durch Angst und den Verlust der Selbstständigkeit. Was ihnen am meisten zu schaffen macht, ist die „sensorische Deprivation“, das Wegnehmen von Sinneseindrücken: hören, sehen, riechen, schmecken, fühlen, sich bewegen können, all das ist in einem Gefängnis nur begrenzt möglich. Hinzu kommt die Abgeschlossenheit der eigenen Lebenssituation. Kommt dann noch das Wissen hinzu, die Freiheit nicht mehr oder nur für wenige Tage erleben zu können, wird die eigene Lebenssituation als aussichtslos erlebt. Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Wut, Zorn, Hadern und Trauer betreten die Zelle.

Wenn der Strafzweck, der in den Strafvollzugsgesetzen formuliert ist, nicht mehr zu erfüllen ist (Sicherheit 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 darf es 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.

Inhaftiert zu sein ist ein Ausnahmezustand. Die Gefangenen sind im Verhältnis zur Normalbevölkerung überdurchschnittlich krank. In hohem Maße sind sie auch suchterkrank oder haben psychische und psychiatrische Auffälligkeiten. Heino Stöver und Karl Heinz Keppeler 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 Strafvollzugsgesetz in die Sozialversicherungssysteme aufgenommen werden, sie sind es aber nicht. Das heißt: Keiner der Gefangenen ist krankenversichert. Die medizinische Versorgung wird vom Land übernommen, und damit entsteht eine ökonomische Logik, die sich am Preiswertesten und nicht am 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 den Maßstäben des Total Quality Managements 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, von Menschen, die vor dem Sterbeprozess keine Angst haben. Offenlassen 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 bezüglich der Kosten optimierten 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: Warum bekommt der 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 Mitgefangenen 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.



ACHTUNG
Lebensgefahr

Einstieg verboten!

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 Nichtwissen. Wir wissen, dass wir diese Welt und dieses Leben wieder verlassen werden, aber 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 Notwendigkeiten einer guten Begleitung des Alterns und Sterbens anpassen. ■



Mit HIV/AIDS leben und sterben

Gedanken zum sozialen Sterben



Jörg Freymuth

Sterben, das ist dieser eine Moment. Aber Sterben kann sich auch über einen langen Zeitraum ziehen. Wir haben Patienten, die sind so einsam, dass sie am liebsten sterben würden. Wir haben Patienten, die denken darüber nach, sich umzubringen. Und sie hoffen nicht, so mein Eindruck, auf eine große Befreiung oder ein Leben im Paradies, sondern nur darauf, dass es endlich ein Ende hat. Am besten wäre es wohl, nie geboren worden zu sein.

Manche Menschen in der Bibel, wie z. B. Hiob, meckern und jammern auch gern, wie schlecht die Welt doch sei und wie schlecht die Menschen und sie selber sind. Am liebsten wären sie tot oder noch besser: nie geboren. Sie verfluchen den Bauch ihrer Mutter, genervt von ihrem Schöpfer. Gottes gute Schöpfung ist eben ein Jammertal. Aber Meckern ist auch eine Form von Lebensbejahung.

Wenn man aufpasst, kann man vermeiden, dass man sich mit HIV/Aids ansteckt, und man kann heute lange mit der Krankheit leben, aber einige unser Patienten, die dieses Virus in sich tragen, sterben lange, langsam und einsam. Sie werden ausgegrenzt, und keiner, nicht einmal alle Ärzte, darf wissen, wie sie wirklich sind. Sie werden langsam schwächer bis dahin, dass ein Spaziergang schon zu einer großen Hürde werden kann. Oft gibt es keinen Kontakt zu Familie, Freunden und Nachbarn. Professionelle Pflegende, Sozialarbeiter und Postboten sind nicht selten die einzigen Bezugspersonen.

Oft sind die Erwartungen an ihr Verhalten so hoch, dass die Patienten sie unmöglich erfüllen können. Manchmal ist es auch ihre eigene Schuld. Klar, man weiß doch, dass Heroin nicht gesund ist; man weiß doch, dass man keine benutzten Nadeln nehmen soll. Man weiß doch, dass auch andere nicht perfekt und nicht nur für einen da sind. Man weiß doch auch, dass man seine Eltern nicht bestehlen soll. Aber das sagt sich so leicht.

Wie kann ich denn nun als Pfleger Patienten helfen? Das ist schwer, weil wir nicht nur an Zeit- und Personalmangel leiden, sondern auch in einem System pflegen, das im Grunde darauf hinausläuft, den Patienten in jeder Hinsicht ganz genau zu vermessen, um ihm dann marktgerechte Produkte zu verkaufen, denn eigentlich sind Patienten ja heute Kunden und wir Dienstleister. Es ist schwer, selbst wenn wir die Expertenstandards menschlich interpretieren und Patienten nicht nur als Vertragspartner sehen. Wir können freundlich und höflich und zuvorkommend und helfend und unterstützend sein, aber wir können weder Familie noch beste Freunde ersetzen.

Vielleicht reicht es schon, anderen zu vermitteln, dass sie schwach sein dürfen, nicht kämpfen müssen. Ich versuche immer, einfach so zu tun, als ob alles völlig normal wäre, was ich in den Krankenzimmern erlebe, an Kontrakturen, Inkontinenzen, Schmerzensschreien etc. Ist es ja auch.

Jeder lebt nur in seinem eigenen Kopf. Ich kann darin einen beinahe unendlichen Reichtum an anderen Menschen, Freunden, Feinden, Worten, Berührungen, Bildern, Gedanken und Träumen haben und sehe im Spiegel doch nur mich. In glücklichen Momenten kann diese Einsamkeit kurz überwunden werden, aber mehr auch nicht.

Es ist vielleicht eine gute Übung, sein Leben ab und an vom Tode aus zu betrachten. Aus dieser Perspektive sind wir alle Patienten. Und dann schaue ich mir, sozusagen zu Studienzwecken, unsere Patienten an und frage mich, was wirklich wichtig ist. Tausend Plätze auf dieser Welt gesehen zu haben? Geht es nicht letztlich darum, einzuatmen und auszuatmen und irgendwann damit aufzuhören? Alles Weitere wird sich finden.

Indem ich mich auf die Menschen einlasse, hoffe ich auch auf Veränderungen in meinem eigenen Leben, ich hoffe, einen anderen Blick auf das eigene und das Leben anderer zu finden, einen nachsichtigeren und fehlerfreundlicheren. Das Leben ist ein Jammertal. Es geht nicht darum, seine Ängste, Schwächen, Schmerzen, Fehler zu überwinden und immer alles richtig zu machen, sondern mit seinen Ängsten zu leben, sie zuzulassen – and I'm wasted and I can't find my way home, Christus lebt auch in verlorenen Kindern, ich muss also auch nicht ständig fröhlich, gut gelaunt, positiv gestimmt und optimistisch sein. Ich darf krank sein und schwach, unwissend und müde und ab und zu darf ich auch mal meckern. Es scheint mir ein gesellschaftliches Problem, dass dies heute nicht im Plan vorgesehen ist. Alle müssen funktionieren, die Patienten haben sich nach ihrem Pflegeplan zu verhalten, weil sonst die Krankenkassen nicht zahlen. Wir sind alle Patienten. ■

„... weil ich dich lieb habe ...“

In unserem Pflegealltag erleben wir immer wieder, dass die Patienten, die wir betreuen, unser regelmäßiges Kommen als selbstverständlich annehmen. Es kommt aber auch vor, dass es Patienten gar nicht recht zu sein scheint, wenn wir sie überhaupt aufsuchen (etwa, um bei ihnen die sogenannte „Behandlungspflege“ durchzuführen). Manchmal verhalten sich Patienten sehr ablehnend uns gegenüber. Da tut es gut, gemeinsam mit Kollegen zu beten, dass Gott uns immer wieder neu mit Liebe für unsere Patienten füllt. Gerade für die, die sich uns gegenüber so „lieblos“ verhalten. Es ist schön, zu erleben, dass er diese Gebete erhört und unsere Liebestanks neu füllt, damit wir jedem einzelnen Patienten mit Gottes Liebe begegnen können.



Johanna Beyer

Es tut zwischendurch aber auch gut, wenn Patienten uns Wertschätzung entgegenbringen.

Eine unserer Patientinnen, die durch verschiedene Faktoren in ihrer Mobilität mittlerweile stark eingeschränkt ist, wird in der Regel jeden Morgen mithilfe eines Lifters in den Pflegerollstuhl gesetzt, verbringt den Vormittag in diesem Stuhl und wird mittags wieder von uns ins Bett gebracht.

Um sie mit dem Lifter aus dem bzw. ins Bett zu bringen, wird ein stabiles Tuch unter der Patientin positioniert. Die am Tuch befestigten Ösen werden am Lifter eingehakt. Dann wird der fahrbare Lifter per Knopfdruck nach oben oder unten bewegt.

Vor einiger Zeit war ich an der Reihe, diese Patientin mittags wieder zurück ins Bett zu bringen. Als ich gerade dabei war, das Tuch am Lifter einzuhaken, nahm sie meine Hand und hielt sie fest – etwas, das sie bei uns oft macht. Ich sagte ihr, dass sie meine Hand loslassen müsse, da ich für die Bedienung des Lifters beide Hände bräuchte und ich sie sonst nicht zurück ins Bett bringen könne. Sie ließ meine Hand trotzdem nicht los, sondern schaute mich nur mit großen Augen an.

Ich fragte sie, ob sie meine Hand gar nicht mehr loslassen wolle. Daraufhin sagte sie „Nein!“ Ich fragte nach: „Warum denn nicht?“ „Weil ich Dich lieb habe.“ war ihre Antwort. Solche Momente tun in unserer Arbeit gut, es sind unter anderem diese Momente, die meinen „Liebestank“ ein wenig auffüllen, und ich bin sicher, dass meine Kollegen auch von vielen solcher Wertschätzungs-Momente berichten können. ■

* Behandlungspflege bezeichnet die Tätigkeiten, die wir aufgrund einer ärztlichen Anordnung ausführen. Beispielsweise Verbandswechsel, Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Insulininjektion.

Kontakt

Christlicher AIDS-Hilfsdienst e. V.
 Postfach 600125
 60331 Frankfurt am Main

TELEFON 069 490139
 TELEFAX 069 490159
 E-MAIL info@cahev.de
 INTERNET www.cahev.de

Spendenkonto

Christlicher Aids-Hilfsdienst e. V.

IBAN DE21 5206 0410 0004 1230 00
 BIC GENODEF1EK1
 Evangelische Bank

Gestorben wird auch auf der Straße: Wohnungslos, das ist, wie wenn man die Welt von unten sieht

Wohnungslos, das ist, wie wenn man die Welt von unten sieht.

Du hast keine Privatsphäre,

kein Zuhause, wohin du dich zurückziehen kannst.

Wo du sein kannst.

Dein ganzes Leben spielt sich in der Öffentlichkeit ab.

Du schläfst im Freien.

Wenn du, so wie ich, in keine Übernachtung gehst.

Du lebst im Freien. Immer auf der Hut,

lauernde Gefahren abzuwehren.

Was ist das für ein Leben?

Stefan Gillich

(Bericht eines Wohnungslosen, 55 Jahre, Platte)





Als wohnungslos werden Menschen bezeichnet, die nicht über mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen. Aktuelle Schätzungen zufolge waren 2012 ca. 284.000 Menschen in Deutschland ohne Wohnung – mit steigender Tendenz. Davon leben ca. 24.000 Menschen unmittelbar auf der Straße, schlafen in Tiefgaragen oder auf Abluftschächten (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2015a). In dieser Zahl sind circa 130.000 Menschen nicht enthalten, die zwar noch über Wohnraum verfügen, jedoch unmittelbar von Wohnungsverlust bedroht sind, zum Beispiel durch Kündigung des Vermieters/der Vermieterin, eine Räumungsklage oder eine Zwangsäumung.

Die Wohnung ist mehr als ein Dach über dem Kopf

Das Leben eines wohnungslosen Menschen vollzieht sich in der Öffentlichkeit. Dabei, das sollte man sich immer wieder vor Augen führen, ist seine Wohnung alles: Sie ist mehr als ein Dach über dem Kopf. Sie ist Lebensmittelpunkt und sichert ein Mindestmaß an Privatheit und Schutz. Sie ist Ort der individuellen Entfaltung und der Erziehung. Voraussetzung, um einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu bekommen. Was die Wohnung für die Entfaltung des menschlichen Daseins bedeutet, können viele Menschen erst ermessen, wenn sie wohnungslos geworden sind. Fehlt eine Wohnung auf Dauer, so fehlen die Voraussetzungen zu einer eigenständigen Lebensführung. Der Wohnungslose hält sich in der Öffentlichkeit auf und ist den Blicken einer strafenden Öffentlichkeit ständig ausgesetzt. Essen, schlafen, trinken, sich pflegen, kommunizieren und so weiter: alles ist öffentlich. Der Wohnungslose hat keine Rückzugsmöglichkeit, keine Privatsphäre und damit auch keine Möglichkeit der psychischen und physischen Entspannung und Erholung. Die Folgen dieses Zustandes verwandeln den Wohnungslosen 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 vielfältigster Vorurteile erwehren zu müssen: Man sei selbst daran schuld, wolle keine Hilfe, sei nicht wohnfähig. Einmal aus der Wohnungsversorgung ausgeschlossen, ist es für Wohnungslose extrem schwierig, ihre Lebenssituation zu normalisieren und in die Wohnungsversorgung zurückzukehren.

Lebenswelten der Armut

Wohnungslose Menschen sind in allen Lebensbereichen in hohem Maße unterversorgt und ausgegrenzt. Unter allen Bevölkerungsgruppen sind sie diejenigen, die von Verachtung, Isolation und sozialer Benachteiligung am stärksten betroffen sind. Der Begriff „Penner“, mit dem ein Wohnungsloser bezeichnet wird, hat als abwertendes Schimpfwort Eingang in den bundesdeutschen Sprachschatz gefunden. Gleichwohl sind Wohnungslose keine homogene Gruppe, sondern befinden sich in unterschiedlichen persönlichen, sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen

Lebenslagen. Niemand wird als Wohnungsloser geboren. Es gibt keine auf Wohnungslosigkeit festgelegte oder disponierte Persönlichkeit. Die seit den 1970er Jahren anhaltende Arbeitslosigkeit und die damit einhergehend zunächst steigende, sich dann auf hohem Niveau stabilisierende Zahl von Personen, die erstmals ihre Wohnung verloren und nicht wieder neu begründen konnten, verdeutlichen, dass die Erscheinungsform Wohnungslosigkeit nicht isoliert von anderen Problemstellungen und Entwicklungen wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, materielle Armut und Krankheit gesehen werden kann.

Die Wahrscheinlichkeit, wohnungslos zu werden, ist nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen groß. Die Gefahr trifft für Arbeitnehmer mit hohem Arbeitsplatzrisiko und niedrigem Einkommen in erhöhtem Maße zu und führt durch zusätzliche individuelle und soziale Merkmale wie Krankheit, Behinderung, Alter, Partnerverlust, Unfall, Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit und/oder konjunktur- oder saisonbedingte Arbeitslosigkeit zu nachhaltigen Existenzkrisen (vgl. Gillich/Nieslony, S. 89).

„Ich halte das nicht mehr aus. Ich bin verzweifelt.
 Das kann sich keiner vorstellen, was es heißt,
 draußen pennen zu müssen ...
 Weißt du, was das heißt, alleine leben zu müssen?
 Niemand ist da zum Liebhaben.
 Niemand ist da, dem ich etwas wert bin.
 Ich kann mich vollsaufen, kann die Stadt auf- und ablaufen.
 Das interessiert niemanden.
 Wenn ich sterbe, ist es auch scheißegal.
 Ich halt das nicht mehr aus.
 Ich finde einfach keine Wohnung.
 Aber am meisten stehe ich mir selbst im Wege.“

(Bericht eines Wohnungslosen, 52 Jahre, Platte)

Wohnungslose sind in allen Lebensbereichen massiv unterversorgt und ausgegrenzt. Sie entbehren die elementarsten Lebensgrundlagen Wohnung, Arbeit, soziale Beziehung. Sie können sich kaum Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Gesundheitswesen, soziale Sicherungssysteme, Bildung etc. verschaffen, und sie sind ausgeschlossen aus der politischen Meinungsbildung und Interessenvertretung.

Die gesetzlichen Grundlagen sehen umfassende materielle und persönliche Hilfen vor mit dem Ziel, die besondere soziale Lebenslage Wohnungsloser abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder wenigstens ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 67 ff. SGB XII). Trotz eindeutiger Rechtsgrundlagen klappt eine große Lücke zwischen gesetzlichen Pflichtleistungen und der Gewährungspraxis. Die Leidtragenden sind die Wohnungslosen. Reduzierte Hilfe zum Lebensunterhalt, unzureichende Unterkunft, befristete Aufenthaltsdauer sind Maßnahmen einer „vertreibenden Hilfe“, welche die Wohnungslosen immer wieder in die Perspektivlosigkeit entlässt.

Entgegen den Gesetzesbestimmungen wird Wohnungslosen in vielen Kommunen nicht die angefragte Hilfe gewährt. Hilfeverweigerung hat viele Formen. Wohnungslosen 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 Grund um Hilfe nachfragen. Sie werden in Asyle geschickt – obwohl die gesetzlichen Hilfen ihnen gerade heraushelfen wollen. Vorurteile gedeihen: Wohnungslosigkeit sei selbstverschuldet, Wohnungslose wollten keine Arbeit und keine Wohnung, Wohnungslose wollten keine Hilfe. Viele Kommunen nutzen solche pauschalen Bilder und begründen Hilfeverweigerung vor dem Hintergrund ihrer selbst gestellten Frage: Warum sollen gerade wir den Wohnungslosen helfen, wenn die anderen nichts tun?

Die unzureichende Hilfe zwingt Wohnungslose, neue Orte aufzusuchen in der Hoffnung, dort die benötigte Hilfe zu erhalten. Die erzwungene Lebensweise wird vom Hilfesystem als psychische Konstitution und Wohnunfähigkeit fehlgedeutet und damit wiederum ein begrenztes Hilfeangebot legitimiert. Für Wohnungslose schließt sich ein elender Kreislauf. Hilfebedürftigkeit, verweigerte Hilfeleistung und Reproduktion der Hilfe-

bedürftigkeit führen schließlich dazu, dass sie sich allmählich aufgeben und sich nach und nach in ihrer wohnungslosen Lebenslage einrichten. Das System schiebt das Elend auf Reisen und hat – im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung – am Ende scheinbar recht behalten.

Das Leben auf der Straße macht krank

Das Leben auf der Straße begünstigt das Entstehen von Krankheiten durch eingeschränkte Hygienemöglichkeiten, kaum Schutz vor Hitze, Nässe, Kälte, Zugluft, konkrete Gewalterfahrungen, Stress durch Angst vor gewalttätigen Übergriffen und die ständige Suche nach einer sicheren Schlafgelegenheit, permanenter Schlafmangel, Mangel- und Fehlernährung, Lebenskrisen, individuelles Risikoverhalten, durch gesundheits-schädliche Arbeitsplatzbedingungen, Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit, Mangel an menschlicher Zuwendung und Vereinsamung.

Der Gesundheitszustand wohnungsloser Männer und Frauen ist oftmals miserabel. Sie leiden zumeist an mehreren unbehandelten chronischen Erkrankungen. Dazu gehören Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, schlechter Zustand der Zähne, Hautkrankheiten, Erkrankungen des Skelettsystems, Verletzungen in Folge von Straßenverkehrs- oder Arbeitsunfällen, akute Infektionskrankheiten, psychiatrische Erkrankungen. Dazu gehört auch Alkoholkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen. Viele der Männer und Frauen leiden gleichzeitig unter mindestens drei verschiedenen Erkrankungen.

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 die Rezeptgebühren. 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 Behandlung und Ansprache des Personals und die Angst vor Entzugerscheinungen lassen sie davor zurückschrecken, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. So kommt es dazu, dass kranke wohnungslose Menschen sich selbst aus der Klinik entlassen, obwohl sie noch nicht genesen sind.

Polizist nennt Aussetzen Betrunkener übliche Praxis

„Im Prozess um den Kältetod eines betrunkenen Obdachlosen in Stralsund haben die beiden angeklagten Polizisten das Aussetzen hilfloser Personen als üblich bezeichnet. (Der Angeklagte) gab zu, den Obdachlosen im Dezember am Stadtrand ausgesetzt zu haben. Am nächsten Morgen war der 35-Jährige erfroren aufgefunden worden – mit etwa 3,5 Promille Alkohol im Blut ...“
(Frankfurter Rundschau vom 27.06.2003).

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 Leben auf der Straße besonders ruinös ist und diese dramatische Entwicklung verstärkt, liegt auf der Hand. Das durchschnittliche Sterbealter wohnungsloser Menschen liegt bei 46 Jahren. Eine große Zahl von Todesfällen könnte durch eine einfache medizinische Behandlung verhindert werden (beispielsweise die antibiotische Behandlung von Infektionen).

Die bisherigen Untersuchungen zur spezifischen Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen beziehen sich überwiegend auf Männer. Gesicherte Daten über Frauen liegen kaum vor. Es ist davon auszugehen, dass ihr Gesundheitszustand ähnlich schlecht ist. Erfahrungen zeigen, dass viele wohnungslose Frauen im Bestreben nach einem gesicherten Schlafplatz eine Beziehung zu einem Mann eingehen. Diese Konstellation führt häufig zu einem Abhängigkeitsverhältnis, das oft von sexueller Gewalt, Angst und damit verbundenem, hohem psychischem und physischem Stress geprägt ist.

Gestorben wird auch auf der Straße

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe dokumentiert Fälle, in denen in den Wintermonaten wohnungslose Menschen unter Kälteeinwirkung verstorben sind. Seit 1991 sind demnach mindestens 290 wohnungslose Menschen der anbrechenden Kälte zum Opfer gefallen. Sie sind erfroren im Freien, unter Brücken, auf Parkbänken, in Hauseingängen, in Abrisshäusern, in scheinbar sicheren Gartenlauben und sonstigen Unterständen (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2015b, S. 30).

In den Unterkünften sterben jedes Jahr eine Vielzahl wohnungsloser Männer und Frauen. Sterben und Tod ist in der Szene der wohnungslosen Männer und Frauen 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, die der verstorbene Mensch hinterlässt –, dies wird wohnungslosen Menschen nicht zuteil. Eher ist das Gegenteil der Fall: Sie sterben allein, vereinsamt und verelendet, ohne Trost und letztes Gespräch. Typisch ist das Fehlen sozialer und familiärer Beziehungen.

*„Ja, wir trinken dann meistens einen drauf und begießen seine Beer-
digung, und sagen ‚Schade um den oder den‘. „Nee, es gibt keine
Rituale. Aber wir machen uns ein Bier auf, und dann auf den da, wenn
wir ihn gemocht haben. Und dann wird ein paar Minuten drüber
geredet, aber dann ... Wie gesagt, nach zwei Tagen ist das dann nicht
vergessen, aber dann ist es vorbei.“*

*(Antworten von Betroffenen auf die Frage, wie sie damit umgehen, wenn jemand
verstirbt, in: Ratzlaff 2015, S. 19 ff.)*

Zurück bleiben ein paar Habseligkeiten: eine Reisetasche, ein Rucksack. Dies ist oft der einzige Besitz von wohnungslosen Menschen. Angehörige haben kein Geld, sind nicht auffindbar zu machen oder wollen nichts mehr mit dem Verstorbenen zu tun haben. Übrig bleibt am Ende eine Verbrennung mit anonymer Bestattung in einem Grabfeld ohne Namensschild.

Handlungsmöglichkeiten

Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe der Diakonie bieten regelmäßige ärztliche, pflegerische und sozialarbeiterische Hilfen im Rahmen von medizinischen Sprechstunden an. 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. 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. Zwingend ist deshalb der Abbau von Zugangsschwellen in Bezug auf das Gesundheitssystem. Durch pragmatische Ansätze soll eine Notversorgung gewährleistet werden: Überwindung der reinen „Komm-Struktur“ durch aufsuchende medizinische und pflegerische Hilfen; Schaffung leicht zugänglicher medizinischer Versorgungsangebote; Bereitstellung von Krankenwohnungen für bettlägerige Patienten, die keiner stationären Krankenhausbehandlung bedürfen; enge Zusammenarbeit zwischen den Systemen Wohnungslosenhilfe und hospizlich-palliative Versorgung.

Für Kirchengemeinden, kirchliche oder diakonische Einrichtungen endet der Einsatz für die Rechte und Würde der Menschen nicht mit deren Tod. Eine würdige Bestattung gehört ebenso dazu wie ein Namensschild auf dem Grab, Trauerfeiern und Gedenk-Gottesdienste sowie die Pflege von Armengräbern. ■

Quellen und Literaturhinweise

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2015a): http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html (27.04.2015).

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2015b): Im Winter 2014/2015 bisher mindestens sieben wohnungslose Menschen erfroren, in: wohnungslos, Heft 1/2015, 57. Jahrgang, S. 30–31.

Diakonisches Werk in Hessen und Nassau/Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (o.J.): Abschied in Würde. Eine Handreichung zur Sozialbestattung (s. auch unter www.ekhn.de/Bestattung).

Gillich, Stefan/Nieslony, Frank (2000): Armut und Wohnungslosigkeit. Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen, Fortis-Verlag.

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.

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

Hospizlich-palliative Begleitung von Menschen in Wohnungslosigkeit

am Beispiel der Gruppe Eduard im Bürgermeister Gräf Haus



Olaf Höwer

Das Bürgermeister Gräf Haus ist eine Pflegeeinrichtung des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe e. V. Bei uns leben 177 Menschen auf 7 Wohnetagen in 2 Bauteilen. Benannt wurde die Einrichtung nach dem bedeutenden Sozialpolitiker Eduard Gräf. Gräf war von 1920 bis 1931 Bürgermeister in Frankfurt und Dezernent des Jugend- und Wohlfahrtsamtes. Zu Gräfs Zeiten gab es in Frankfurt eine stehende Redensart: „Wer in Not ist, geht zu Gräf“. Und eben diesen Geist versuchen wir zu bewahren.

In der Gruppe Eduard nehmen wir seit 2013 Menschen unter 65 Jahren auf, bei denen neben einer Alkoholproblematik und/oder einer psychischen Erkrankung bzw. Anpassungsproblematiken eine Pflegebedürftigkeit in den Stufen 2 und 3, in besonderen Fällen auch der Stufe 1, besteht. Sie kommen zum Teil direkt aus der Wohnungslosigkeit und werden über spezielle Dienste zu uns vermittelt, einige kommen aus Übernachtungsstätten, der Psychiatrie oder wurden aus ihren Wohnungen zwangsgeräumt oder kommen aus anderen Pflegeeinrichtungen.

Unter denjenigen, die wir aufnehmen, sind Menschen, die maximal verwahrlost sind, lange Ärzte und vermutlich auch die persönliche Körperhygiene vermieden haben. In Schwarzweiß geschildert erhalten diese Menschen bei uns medizinische Behandlung, gute Pflege, ausgewogene Mahlzeiten, ein warmes Bett. Wir schaffen es oft, zunächst den Alkoholkonsum etwas zu reduzieren und ein Stück Sicherheit zu bieten. Und dann erkennen diese Menschen, dass sie mit 55 Jahren in einem Pflegeheim leben. Ein Auszug scheint kaum möglich, denn wohin unter diesen Umständen? Ein Bleiben ist oft ebenfalls keine Perspektive, auch wenn viele konkret nicht ausziehen möchten. Wir üben mit unseren Bewohnern, wieder Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, das heisst zunächst, alleine aufzustehen, Körperpflege zu betreiben, wir machen Einkaufstraining und vieles mehr. Um hier motiviert zu sein, brauchen die Bewohner eine Perspektive. Und müssen den Sinn des Lebens ein Stück erkennen.

Während viele Bewohner sich stabilisieren oder sogar wieder ausziehen, zeigt uns jeder Sterbende auch unsere Grenzen. Anders als im klassischen Pflegeheim, wo das Begleiten des Menschen in seiner letzten Lebensphase einer der wesentlichen, wenn nicht die wesentliche Aufgabe ist, war ein Sterben in der Gruppe Eduard konzeptionell nicht vorgesehen. Aber es ist natürlich vorgekommen.

Natürlich haben wir im klassischen Pflegebereich ein gutes und gelebtes Konzept zur Sterbebegleitung, welches in Arbeitsgruppen mit den Mitarbeitern und dem Pfarrer entwickelt wurde und von allen getragen wird. Wir haben aber schnell gemerkt, dass vieles nicht so ohne Weiteres auf die sterbenden Menschen in unserer Gruppe übertragbar war und die Probleme ganz andere waren. Neu war für uns auch, dass der Tod im Haus auch auf Seiten der Bewohner ganz klar thematisiert wird, deutlich stärker, als dies im klassischen Pflegebereich der Fall ist. Dies hat bei uns zu einem offeneren Umgang mit dem Thema geführt, was natürlich auch für die Mitarbeiter eine besondere Qualität der Arbeit darstellt.

Ich stelle Ihnen zwei Bewohner vor, die verstorben sind und die trotz mancher Gemeinsamkeit doch jeweils für eine ganz besondere Betrachtung stehen:

Herr P., gestorben am 26. Januar 2015 mit 71 Jahren.

Herr P. war seit ca. 2 Jahren im Haus und allen gut bekannt. Auch er war alkoholabhängig, zudem Diabetiker, eine gefährliche Mischung. Er ist oft einfach so verschwunden und tauchte dann wenige Tage später irgendwo in Deutschland wieder auf. Die Mitarbeiter ließen Herrn P. zunächst immer wieder polizeilich suchen, natürlich ohne Erfolg. Später kamen wir zu der Erkenntnis: Sicher wird irgendwann etwas passieren, aber wir können ihn nicht aufhalten. Es gibt auch keine konkrete Gefahr, die wir vorher hätten erkennen und verhindern können. Im Januar war Herr P.

ungewöhnlich lange weg. Über die Polizei haben wir dann erfahren, dass Herr P. in Nordrhein-Westfalen verstorben sei. Für uns alle war dies eine schwierige Situation, da sich niemand von Herrn P. verabschieden konnte. Sein ferner Tod war ein Gesprächsthema unter den Bewohnern. Als ein Mitarbeiter nach dem Frei ins Zimmer des Mitbewohners von Herrn P. kam und fragte, was hier los sei, sagte dieser: „Die räumen mir mein halbes Zimmer aus.“ Es klang, als ob damit nicht nur die persönlichen Gegenstände des Herrn P. gemeint waren, sondern dass auch Herr P. einfach so „ausgeräumt“ wurde.

Herr B., gestorben am 31. Januar 2015 mit 52 Jahren.

Herr B. kam zum Sterben zu uns. Er war starker Alkoholiker mit beginnendem Korsakow-Syndrom. Dazu kamen neben weiteren Diagnosen Hepatitis sowie Leberkrebs, der schließlich zum Tode führte. Über die Biografie war wenig bekannt, außer dass auch Herr B. in der Vergangenheit Drogen konsumiert hatte und im Methadonprogramm war. Herr B. lebte bei uns im Doppelzimmer. Seinem Mitbewohner, der stark herausforderndes Verhalten zeigte und aus einem anderen Pflegeheim zu uns kam, gelang es, einen sehr guten Draht zu seinem Mitbewohner aufzubauen. Er hat ihn bei seinem Sterben intensiv begleitet. Das war für die Mitarbeiter eine ganz neue Erfahrung, im klassischen Pflegeheimbereich kommt dies selten vor. Auch haben sie eine ganz neue Seite an diesem Mitbewohner kennen gelernt. Die Mitarbeiter haben ihre Aufgabe in der Sterbebegleitung des Herrn B. darin gesehen, den Mitbewohner zu stärken und mit ihm über den Tod des Mitbewohners zu sprechen.

Vielen Bewohnern der Gruppe Eduard sind gesellschaftliche Rituale fremd geworden, sie legen keinen großen Wert darauf. Herr S. zum Beispiel legte nicht einmal Wert darauf, seinen Geburtstag zu feiern, auch alles Religiöse war ihm fremd. Andererseits erleben wir, dass gerade im klassischen Bereich die religiösen Rituale sowohl für Bewohner, als auch für Mitarbeiter ein großes Stück Sicherheit bieten.

Auch erleben wir deutlich, dass die Bewohner nicht sterben wollen. Im klassischen Bereich hören wir oft den Satz „Ach, wenn der Herr mich doch endlich zu sich nimmt“ oder „Ich will zu meinem (verstorbenen) Mann“. Dies drückt nicht unbedingt eine Todessehnsucht aus, die Hin-

tergründe sind vielfältig; aber es hilft natürlich den Mitarbeitern, den Tod und das Sterben besser anzunehmen. Dieselben Mitarbeiter werden nun damit konfrontiert, dass die Bewohner der Gruppe Eduard aus einem Leben gerissen werden, welches gefühlt noch nicht „fertig“ gelebt ist. Hinzu kommt, dass gerade die bei uns lebenden Menschen, die ehemals wohnungslos waren, zum Teil große Lebenskrisen bzw. -aufgaben zu bewältigen haben und viele Probleme noch ungelöst sind. Die Biografien sind schon für die sie begleitenden Mitarbeiter belastend, sei es der abgebrochene Kontakt zu Kindern, der Familie, Misshandlungen, geplatzte Träume und Lebensentwürfe, eine kriminelle Vergangenheit, jeweils oft in Verbindung mit Suchterfahrungen und den damit verbundenen Problemen.

Die Mitarbeiter sind teils im gleichen Alter wie die Bewohner und können sich trotz aller Unterschiede besser mit der Situation des Bewohners identifizieren. Insgesamt ist der professionelle Umgang mit Nähe und Distanz in vielen Fällen für die Mitarbeiter schwieriger geworden, als in der klassischen Altenpflege.

Anders als in der Wohnungslosigkeit ist in der Gruppe Eduard für alle Grundbedürfnisse von Sterbenden gesorgt: Die Bewohner brauchen sich nicht um einen trockenen Schlafsack zu kümmern, um Kaffee und um die warme Mahlzeit. Die ärztliche Versorgung ist weitgehend gesichert. Durch den täglichen, intensiven Kontakt zu den Pflegekräften wird ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, was auch zu einer erhöhten Akzeptanz der ärztlichen Behandlung führt. Wir treffen hier auch klare Absprachen, sowohl mit den Ärzten, als auch mit den Bewohnern und wir nehmen deren Ängste vor dem Gesundheitswesen ernst. Auch organisieren wir im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten Zigaretten und in Einzelfällen auch Alkohol. Die Zigaretten werden bei Bedarf, der Alkohol stets kontrolliert zu festen Zeiten ausgegeben. Dadurch ist der Rahmen, der sich den Bewohnern bietet, sehr sicher und gibt ihnen den notwendigen Freiraum zurück. Dies unterscheidet die Gruppe Eduard natürlich besonders von der offenen Wohnungslosenhilfe. Da unsere Bewohner eine hohe Pflegestufe benötigen, können wir mit unserem Konzept nur eine bestimmte Auswahl von Menschen erreichen. Wir dürfen davon ausgehen, dass einige unserer Bewohner ohne die Aufnahme in die Gruppe Eduard (oder eines der sehr wenigen ähnlichen Angebote) und das Engagement

der Mitarbeiter, individuelle und zum Teil ungewöhnliche Lösungen zu finden, heute gegebenenfalls nicht mehr unter uns wären.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es gut ist, das Sterben zu thematisieren. Das Sterben wird durch die Mitarbeiter wahrgenommen und untereinander besprochen. Wir organisieren Gesprächsangebote für die Bewohner, entweder über den Pfarrer oder bestimmte Mitarbeiter der Gruppe Eduard. Inhalte sind neben den Ängsten zum Tod, zum Sterben und den damit verbundenen medizinischen Fragestellungen auch die Möglichkeit zur biografischen Selbstreflexion.

Wichtig ist für die Mitarbeiter, professionell mit Nähe und Distanz umzugehen. Tatsächlich haben wir am Anfang eher zu viel Nähe zugelassen, die Bewohner oft auf deren Wunsch geduzt, mit Vornamen angesprochen. Nun versuchen wir, sehr darauf zu achten, dass stets die Form gewahrt wird und die professionelle Distanz eingehalten wird.

Zudem entwickeln wir gerade neue Rituale. Rituale helfen insbesondere den Mitarbeitern, die Sterbebegleitung wie auch den Abschied besser bewältigen zu können. Diese geben Sicherheit. Während die Abschiedsrituale sich noch gut erarbeiten lassen, wird dies bei der Sterbebegleitung deutlich schwerer.

Wir legen Wert auf ein würdevolles Begräbnis. Ganz in unserer Nähe befindet sich der Südfriedhof. Wir möchten, dass unsere Bewohner möglichst dort, in Begleitung von Mitarbeitern und Bewohnern, beerdigt werden. Gerade in der Gruppe Eduard sind oft keine Angehörigen vorhanden, die sich um eine Beerdigung kümmern. Unsere Aufgabe ist es daher, nicht die günstigste, anonyme Beerdigung in einer Nachbarstadt, sondern einen würdevollen Abschied zu organisieren. Dies unter der Besonderheit, dass die Beerdigung noch durch das Sozialamt erstattungsfähig sein muss. Wir möchten, dass die Bewohner wissen, was nach dem Tod geschieht. Welche Beerdigung sie erwartet.

Die Sterbebegleitung der Gruppe Eduard unterscheidet sich stark von der Sterbebegleitung in der Altenpflege, und viele etablierte Konzeptbausteine, Erfahrungen und Rituale lassen sich nicht direkt anwenden. Die Probleme der sterbenden Menschen sind vielfältiger und auch für die Mitarbeiter belastender, als die der hochaltrigen Menschen in unserem Haus.

Der Rahmen in der Altenpflege ist eng, und die zusätzlichen Fachkräfte sind eine wertvolle Bereicherung, lösen aber nicht alle Probleme. Sicher wäre noch vieles mehr möglich und wird in Zukunft noch möglich sein. Trotzdem glauben wir, dass die Arbeit, die im Bürgermeister Gräf Haus geleistet wird, die derzeit beste verfügbare Alternative für die Bewohner ist. Zugleich sehen wir aber unsere Grenzen und erleben ein gutes Stück Hilflosigkeit. Hier sind weitere Schulungen und eine intensive Konzeptentwicklung notwendig. ■



„Sozialbeerdigungen“ – Barmherzigkeit statt sozialer Kälte

Nackt steht der einfache Sarg in der Mitte der Trauerhalle. Kein Blumenbukett liegt oben drauf. Das wäre Luxus. Es ist eine Sozialamtsbeerdigung – so nennt man das, wenn einer stirbt und kein Geld hat und wenn auch niemand da ist, der für die Blumen zahlt. Bei der Beerdigung eine Stunde vorher standen um den Sarg herum noch sechs Buchsbäumchen da und viele Blumen. Jetzt haben die Mitarbeiter der privaten Gärtnerei alles in eine Ecke dicht zusammengeschoben. Man sieht noch die feuchten Schleifspuren auf dem Boden. Dort warten die Blumen auf die nächste, und zwar zahlende, Trauerfeier. Dann wird jemand von der Gärtnerei kommen und alles hübsch wieder aufstellen.

Zu dritt stehen wir an dem blumenlosen Sarg. Die Leiterin des Altenheims, eine ehemalige Nachbarin und ich. Als ob der Tod der einsamen Frau nicht schon traurig genug wäre – muss da auch noch der Raum besonders trostlos aussehen? Warum machen sich die Gärtner die Mühe, den Blumenschmuck für eine Sozialamtsbeerdigung extra wegzuräumen? Es geht wohl ums Prinzip. Wer nicht zahlt, darf die Blumen auch nicht anblicken.

Es ist kalt geworden draußen. November. Aber auch sonst. Wer arm ist, kriegt die Kälte zu spüren. Da ist wenig Großzügigkeit in unserem Land. Zu teuer, sagen viele. Der Staat soll sich kümmern. Ja, der Staat. Aber auch wir: Gärtnerinnen, Computerfachleute oder Büroangestellte. Für die soziale Kälte sind nicht nur „die da oben“ verantwortlich.

Barmherzig sollen wir sein, sagt Jesus. Und dann: Gebt, so wird euch gegeben. Und damit meint er: Es lohnt sich, großzügig zu sein. Wir kriegen was zurück. Wärme, Freundlichkeit, Solidarität. Wir kommen schon auf unsere Kosten, wenn wir uns Barmherzigkeit leisten. Dabei geht es oft nur um kleine Gesten, zum Beispiel um Blumen, die man für umsonst angucken kann.

Doris Joachim-Storch



Literaturhinweis

Abschied in Würde –
Eine Handreichung
zur Sozialbestattung.
Download unter:
[www.ekhn.de/glaube/
bestattung.html](http://www.ekhn.de/glaube/bestattung.html)

Plötzlich Tod – Notfallseelsorge

Dr. Raimar Kremer

Um die Konsequenzen beim plötzlichen Tod eines Menschen für die Angehörigen und Zugehörigen zu erklären, werden zwei Möglichkeiten an einem Beispiel dargestellt:

- I. Schon im Flur hört der Notfallseelsorger das laute Schluchzen der Frau und ihre gestammelten Worte: *„Das kann doch nicht sein. Er doch nicht ... Warum musste er sterben?“*.

Der Notfallseelsorger ist von der Notärztin in ein Mehrfamilienhaus gerufen worden. Die Frau sitzt im Wohnzimmer und hält krampfhaft ein Glas in der Hand. Sie stellt es hin, um es gleich wieder aufzunehmen. Und dann stellt sie es wieder hin. Sie wirkt nervös und fahrig, verkrampft und unkonzentriert. Ihre Hände zittern leicht. Ihr Blick geht immer in die Ferne. Ihre Augen sind vom vielen Weinen gerötet, ihre Wangen und ihr Gesicht auch. Auch ohne Arzt zu sein, weiß der Notfallseelsorger, dass die Frau noch immer unter Schock steht.

Die Notärztin informiert den Notfallseelsorger: Herr S. fühlte sich unwohl und legte sich ins Bett. Als seine Frau nach ihm sah, schlief er. Zwei Stunden später sah sie noch einmal nach ihrem Mann – da atmete er nicht mehr. Sie rief sofort über die Leitstelle medizinische Hilfe. Aber jede Hilfe kam zu spät. Die eingeleitete Reanimation wurde abgebrochen, sie blieb erfolglos. Plötzlicher Tod mit unklarer Todesursache, lautete die Diagnose der Notärztin.

Beide Stichwörter sagen dem Notfallseelsorger viel. Der plötzliche Tod hat bei Erwachsenen, aber auch bei Kinder und Jugendlichen, oft eine kardiale Ursache, das heißt, er ist mit einem Herzstillstand verbunden. 81 von 100.000 Menschen pro Jahr sterben an einem plötzlichen Herztod, 39 Prozent davon im erwerbsfähigen Alter. Aber die Ursache für einen plötzlichen Tod kann auch eine Lungenembolie, eine akute innere Blutung oder eine akute Vergiftung sein.



Weil die Notärztin nicht weiß, was die genaue Todesursache ist, kreuzt sie auf dem Totenschein „unklare Todesursache“ an. Der Notfallseelsorger seufzt innerlich. Ihm ist klar, dass jetzt die Kriminalpolizei ermitteln muss.



Mit diesen Informationen geht er zur Frau ins Wohnzimmer und stellt sich vor.

Kurze Zeit danach treffen zwei Kriminalbeamte ein und beginnen mit der Untersuchung. Anschließend stellen sie Frau S. Fragen über den Gesundheitszustand ihres Mannes und seine Lebensgewohnheiten. Um jegliches Fremdverschulden auszuschließen, lassen sie den Leichnam in die Gerichtsmedizin transportieren, damit er obduziert werden kann. Für Frau S. bricht eine Welt zusammen. Sie hätte gerne von ihrem Ehemann Abschied genommen, ihn gewaschen und eingekleidet. Das geht jetzt leider nicht mehr. Die Kriminalbeamten erlauben jedoch dem Notfallseelsorger, eine Aussegnung zu machen. Frau S. weint bitterlich. Diese ritualisierte Form tröstet sie ein wenig. Ihr Mann verlässt die gemeinsame Wohnung nicht ohne den Segen Gottes.

II. Schon im Flur hört der Notfallseelsorger das laute Schluchzen der Frau und ihre gestammelten Worte: *„Das kann doch nicht sein. Er doch nicht ... Warum musste er sterben?“*.

Der gleiche Einsatz, der gleiche Ort, die gleiche geschockte Frau, die fast gleiche Situation. Der einzige Unterschied: Die Diagnose der Ärztin lautet „plötzlicher Tod mit natürlicher Todesursache“.

Diese Diagnose hat andere Konsequenzen:

- Die Kriminalpolizei ermittelt nicht, das heißt, der Leichnam wird auch nicht in die Gerichtsmedizin abtransportiert.

- In Hessen können Verstorbene bis zu 36 Stunden zu Hause aufgebahrt werden. Bei einer Aufbahrung zu Hause können die Angehörigen und Freunde des Verstorbenen in vertrauter Umgebung Abschied nehmen. Jeder bekommt die Zeit, die er braucht, um den Tod zu akzeptieren. Es sollte ein separater Raum zur Verfügung stehen, der in diesen Tagen nicht gelüftet und nicht beheizt wird. Damit die Verwesung nicht zu schnell eintritt, sollte der Raum im Sommer gekühlt werden.

Frau S. entscheidet sich gegen eine Aufbahrung zu Hause. Der Notfallseelsorger verständigt einen Bestatter, der den Verstorbenen abholt und in die Leichenhalle des Friedhofs fährt. Frau S. möchte hier in Ruhe Abschied von ihrem Mann nehmen. Sie möchte Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn verständigen, die, wenn sie möchten, dazukommen können. Sie fragt den Notfallseelsorger, ob er bereit wäre, eine Aussegnung in der Friedhofshalle zu machen. Der Notfallseelsorger bejaht und verabredet sich mit Frau S. zu einer bestimmten Uhrzeit in der Leichenhalle. ■

Angekündigtes Sterben auf hoher See

Mit Sterbenden zu leben ist eine Herausforderung. Ein Skandal ist es, mit Sterben zu leben, das hätte vermieden werden können. Das tun wir in Europa seit mehreren Jahrzehnten. In den letzten 20 Jahren sind mehr als 30.000 Flüchtlinge im Mittelmeer ertrunken, erfroren, verhungert und verdurstet. Das war und ist die Folge einer umfassenden Abschottungspolitik der Europäischen Union. Mit dem Fall der innereuropäischen Grenzen wurden die Außengrenzen Europas aufgerüstet. Heute brauchen alle Schutzsuchenden, die nach Europa wollen, ein Visum. Das aber bekommen sie in der Regel nicht, und damit gibt es keinen legalen Weg für sie, in einem europäischen Land Asyl zu beantragen. Deswegen vertrauen sie sich Schleppern und Fluchthelfern an. Nur deswegen setzen sie sich in die Seelenverkäufer und stechen in See. Tausende kommen dabei um.



[Andreas Lipsch](#)

Als am 3. Oktober 2013 ein Fischerboot mit 510 Flüchtlingen an Bord wenige Seemeilen vor der italienischen Insel Lampedusa versank, war der Aufschrei groß. Die europäischen Staats- und Regierungschefs zeigten sich betroffen. Von „tiefer Trauer“ war die Rede. Der damalige Kommissionspräsident erklärte auf Lampedusa: „Europa kann nicht akzeptieren, dass viele tausend Menschen an seinen Grenzen umkommen.“ Trotzdem tun die politisch Verantwortlichen in Europa genau das. Sie akzeptieren das Sterben im Mittelmeer. Bis heute.

Nach dem Unglück von Lampedusa hatte die italienische Marine zunächst damit begonnen, in einer Rettungsaktion namens „Mare nostrum“ systematisch Menschen aus Seenot zu retten. 150.000 sollen es gewesen sein. Der Rest Europas wollte sich an dieser Rettungsaktion aber nicht beteiligen. Und der deutsche Innenminister kritisierte sie sogar: „Mare nostrum“ wirke als „Brücke“ zwischen Afrika und Europa. Genau das aber sei nicht gewollt. Ende 2014 wurde „Mare nostrum“ eingestellt. Damit wurde die Chronik der angekündigten Tode im Mittelmeer fortgesetzt: Von Januar bis April 2015 sind mehr als 2.000 Menschen gestorben,

im „Mare nostrum“, „unserem Meer“, das über Jahrhunderte eine Brücke zwischen unterschiedlichen Kulturen war und nun zu einem Graben und Massengrab geworden ist. Nirgendwo auf der Welt sterben so viele Flüchtlinge wie hier, direkt vor den Toren dieses immer noch reichsten Kontinents der Erde.

Allein am 18. April 2015 kamen mehr als 800 Menschen ums Leben, als ein Flüchtlingsboot zwischen Libyen und Lampedusa kenterte. Nach dieser bisher größten bekannten Katastrophe mit einem Flüchtlingsboot gab es wieder einen Aufschrei. Nun aber immerhin auch die Ankündigung, die seit Jahren von Kirchen, Verbänden und Initiativen geforderte Seenotrettung wieder auszubauen und in europäische Verantwortung zu überführen. Man wird sehen, wie ernsthaft das angegangen wird. Darüber hinaus bedarf es aber dringend eines weiteren Schrittes. Es müssen für Schutzsuchende legale und gefahrenfreie Wege nach Europa eröffnet werden. Dafür gibt es viele Möglichkeiten. Warum zum Beispiel erlaubt man nicht den in Deutschland lebenden Syrern, ihre Familienangehörigen unbürokratisch zu sich zu holen. Damit könnten umgehend 60.000 Menschen gerettet werden.

Es gibt Wege, den Albtraum und das Sterben zu beenden. Wenn es denn gewollt ist. Wenn wir es wirklich wollen und das unnötige Sterben auf dem Mittelmeer tatsächlich nicht mehr akzeptieren. Wenn wir nicht nur für die Sorge tragen, die zu uns gehören, sondern auch für die, die zu uns kommen und zu uns gehören wollen. Damit auch sie von ihrem Recht auf ein menschenwürdiges Leben vor dem Tod Gebrauch machen können. Damit diese Kinder, Frauen und Männer nicht mehr in Seelenverkäufer steigen und nicht mehr sterben müssen vor ihrer Zeit. ■



Gott ist schon da

Vorbereitung auf den Besuch bei Sterbenden

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:

[Doris Joachim-Storch](#)

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 allzuständig und verantwortlich zu fühlen. Manchmal meine ich, Gottes vermeintlich schlechtes Tun durch meinen Trost und Beistand ausgleichen zu müssen. Solche Allmachtphantasien 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

Beten am Ende eines Gesprächs

Doris Joachim-Storch

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 spreche. 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 Seel-sorgegespräch Gesagte. Sondern es nimmt die Stimmung auf, das Wesentliche, das 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 winzige 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 „Choreographie“ 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 Seelsorgende 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. ■

Aussegnung

Wenn ein Mensch gestorben ist, wird manchmal eine Aussegnung am Totenbett gewünscht. 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. 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 Segnende kann dazu ermuntern, ohne zu drängen. Niemand soll hier etwas tun, was er oder sie nicht will.

Für die Aussegnung stellt sich die Segnende neben das Bett. Die Angehörigen können sich auf die andere Seite stellen oder, je nach Anzahl, am Fußende gruppieren. Es gibt verschiedene liturgische Formen, je nach Tradition oder auch Situation. Ich nenne hier nur einige Elemente:

Der Liturg berührt die Tote und spricht sie an, wissend, dass dieser Leib ihn 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. Für die Angehörigen jedoch ist die Zuwendung zu den Toten eine tröstende Geste. 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 sich im Neuen Evangelischen Pastorale (vgl. Literaturverzeichnis). ■

Aussegnung – Liturgie

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. ■

Lateinischer Sterbesegen aus dem 8. Jahrhundert:

(unter Handauflegung)

Es segne dich Gott, der Vater,
 der dich nach seinem Bild geschaffen hat.
 Es segne dich Gott, der Sohn,
 der dich durch sein Leiden und Sterben erlöst hat.
 Es segne dich Gott, der Heilige Geist,
 der dich zum Leben gerufen und geheiligt hat.
 Gott der Vater und der Sohn und der Heilige Geist
 geleite dich durch das Dunkel des Todes.
 Er sei dir gnädig im Gericht
 und gebe dir Frieden und ewiges Leben. ■

In paradisum – Hymnus aus dem 7./8. Jahrhundert:

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. ■

Literaturhinweise

Gott ins Spiel bringen. Handbuch zum Neuen Evangelischen Pastorale, hrsg. im Auftrag der Liturgischen Konferenz von Klaus Eulenberger, Lutz Friedrich und Ulrike Wagner-Rau

Neues Evangelisches Pastorale. Texte, Gebete und kleine liturgische Formen für die Seelsorge, hrsg. von der Liturgischen Konferenz, Gütersloh 2005

„Tröstet, tröstet ...“ Seelsorge in der Verkündigung – Verkündigung in der Seelsorge. Materialbuch 113 des Zentrums Verkündigung der EKHN, hrsg. von Doris Joachim-Storch und Raimar Kremer, Frankfurt/M. 2010.

Zeit mit Toten. Eine Orientierungshilfe der Liturgischen Konferenz, hrsg. von Ulrike Wagner-Rau, Gütersloh 2015

Im Angesicht der Grenze leben

Andacht zu Lukas 12,35

[Dr. Wolfgang Gern](#)

Es gehört zu meinen ersten Erinnerungen: Großpapa starb, als ich noch nicht fünf Jahre alt war. Mir ist nicht bewusst, wann ich ihm vorher begegnet bin. Am Abend des Todestages fand sich die Großfamilie am Sterbebett ein, um Abschied zu nehmen. Auch wir Kinder – gewiss überfordert – wurden nacheinander von hinten in den geöffneten Türrahmen des kleinen Zimmers gedrängt. Vor mir stand der große Kerzenleuchter und dahinter das Bett mit dem toten Großpapa, den Kopf nach links gerichtet und mir zugewandt. Noch Jahre danach habe ich mich bemüht, beim Einschlafen auf der anderen Seite zu liegen und nicht auf der „Sterbeseite“ von Großpapa.

Eben nicht auf der „Sterbeseite“ liegen, im Angesicht der Grenze leben wollen – das ist unsere Lebensaufgabe. Mit Grenzen zu leben ist schöpfungsgemäß. Das verbindet uns mit allen Geschöpfen. Unser Leben ist begrenzt – trotz globaler Weite, trotz „grenzenloser“ Freiheit, trotz eingeredeter Allmachtsfantasien. Jung und leistungsstark wollen wir sein – und was ist, wenn unsere Grenzen uns einholen? Meist dann, wenn wir es am wenigsten erwarten?

„Lasst eure Lenden umgürtet sein und eure Lichter brennen“ heißt es im Lukasevangelium (Lukas 12,35). Diese Worte wollen uns ins helle und wache Leben führen. Wir sind nicht nur endlich und beschränkt. Unsere Zeit dient nicht dazu, dass wir ängstlich und gelähmt abwarten, ja, auf die Grenze starren wie das Kaninchen auf die Schlange. Sondern unsere Zeit ist Hoch-Zeit, höchste Zeit, Zeit des Entgegeniehens, Zeit, sich auf das Fest des Lebens vorzubereiten – auf Gottes Reich in seiner ganzen Pracht und Herrlichkeit. Deswegen braucht es ein erleuchtetes Haus und eine wache Gemeinschaft. Es verlangt auch brennenden Glauben, der das von Gott geschenkte Leben liebt. Kaum auszumalen, was das für unsere Kirche bedeutet!

„Heute ist der erste Tag vom Rest deines und meines Lebens“. Diese Lebensüberzeugung der amerikanischen Nonne Coretta, von Ernst Lange überliefert, atmet Aufbruch und Vorwärtsdrängen, Neuanfang und Hoffnung. Dass wir die Zeit auskosten als unschätzbare und einmaliges Geschenk. Und dass wir angesichts unserer Endlichkeit helle Zeichen setzen, buchstäblich evangelische Prioritäten: Nicht gleichgültig bleiben, wenn der globale „Moneytheismus“ Menschen Arbeit und Existenzgrundlage entzieht. Verbinden, wo Gegensätze lähmen. Dazwischengehen, wo Menschen einander Gewalt antun oder Hass predigen. Aufrichten, wo eine oder einer sich selbst nicht leiden kann. Die Hand halten und nicht weichen, wo die Sterbeseite in Sichtweite ist.

Der gute Gott hat uns gemeinsam eingeladen zum Fest des Lebens. Weil er das Leben will. Deswegen stellt sich schnell heraus, was noch zu tun ist – und was getrost warten kann. Jesus etwa hat ja auch nicht einen Souvenirladen für seine Fans eröffnet und sich selbstzufrieden niedergelassen, sondern hat sich auf den Weg gemacht – mit den Menschen und auch zu den Menschen, die an sich und andere nicht mehr geglaubt haben. Und mit ihm sind Menschen aufgestanden zu neuem Leben. Übrigens, bereits die Hirten bei seiner Geburt, die auf der „Sterbeseite“ lagen, selbst sie, die sich selbst verloren gaben, die hat ein Engel auf einen neuen Weg geschickt. Einen Lebensweg, auf dem sie sich weniger fürchten müssen. ■

Gebet

Guter Gott,
Du bist das Leben und nicht der Tod.
Du willst, dass wir mit Dir aufbrechen und aufstehen.
Du schenkst Hoffnung allen Menschen,
die an sich und an dieser Welt, ja, auch an Dir zweifeln.

So bleibe bei uns und halte Deine schützende Hand über uns.
Sei Du nahe allen, die durch Angst und Ohnmacht gelähmt sind.
Umfange mit Deiner Liebe, die auf der Sterbeseite liegen.
Und wir, die im Angesicht der Grenze leben,
lass uns Zeugen sein Deiner Barmherzigkeit und Deiner Mitleidenschaft.
Dass wir ohne Furcht umkehren und Dir mit Freude entgegenziehen.
Amen. ■

*Leben wir, so leben wir dem Herrn;
Sterben wir, so sterben wir dem Herrn.
Darum: wir leben oder sterben, so sind wir des Herrn.
Denn dazu ist Christus gestorben und
wieder lebendig geworden,
dass er über Tote und Lebende Herr sei.*

(Röm 14,7-9)

Die mit Tränen säen ...

Andacht zu Psalm 126

Doris Joachim-Storch

Das Problem der 80-Jährigen ist: Sie kann nicht weinen. Weinen um ihre Tochter. Die war vor zwei Jahren gestorben, an Krebs. „Das Leben geht weiter. Was nützen Tränen?“, sagt sie. „Das bringt mir die Tochter auch nicht zurück.“ Der Schmerz hat sie hart gemacht. Das sage ich ihr. Sie nickt verlegen. „Sie haben recht“, sage ich. „Tränen bringen Ihnen Ihre Tochter nicht zurück. Aber Tränen bringen Sie vielleicht zu sich selbst zurück.“ Und ich erzähle ihr von den Psalmbetern. Wie sie klagen und weinen und schreien. Man muss manchmal außer sich geraten, um wieder zu sich selbst und zur Ruhe zu finden. Die Frau nickt. „Aber ich kann das nicht“, sagt sie. „Sitzt alles fest wie ein Kloß.“ Ihr Gesicht wirkt wie versteinert. Nein, sie ist nicht bereit. Sie will sich zusammenreißen. Am besten gar nichts fühlen. Das hat sie früh gelernt. Schon lange, bevor ihre Tochter starb.

Ich weiß nicht viel aus ihrem Leben. Außer, dass sie ein Kriegskind ist. Bombennächte, Todesangst, Hunger. Jetzt ist sie 80 Jahre alt geworden und schaut traurig auf ihr Leben. Ich sitze in ihrem Wohnzimmer und fühle mich hilflos. „Es ist schön, dass sie gekommen sind“, sagt sie. Und sie erzählt, wer nachher zur ihrer Geburtstagsfeier kommen wird: ihr Sohn, ihre beiden Enkel, zwei Freundinnen. Doch, es gibt auch schöne Dinge in ihrem Leben. An ihnen hält sie sich fest. Aber immer irgendwie gebremst, mit diesem Kloß im Hals. Da stecken die Tränen fest und mit ihnen das Lachen und die Freude. Einige Monate später stirbt sie. Sie hat ihren Kloß im Hals mitgenommen in die Welt Gottes.

Wenn Gott die Gefangenen Zions erlösen wird, so werden wir sein wie die Träumenden. Dann wird unser Mund voll Lachens und unsre Zunge voll Rühmens sein. Die mit Tränen säen, werden mit Freuden ernten. (Psalm 126,1+5)



Das lese ich im 126. Psalm und denke an diese Frau. Ob sie jetzt weinen und lachen kann? Für Menschen wie sie gibt es dieses Futur in vielen Sätzen der Bibel. Die Erwartung an die Zukunft, die über dieses Leben hinausgeht. „Wenn Gott die Gefangenen Zions erlösen wird ... dann wird unser Mund voll Lachens sein.“ Für mich ist das keine billige Vertröstung auf ein Jenseits. Es ist Trost. Die festgehaltenen Tränen, die gebändigte Freude – alles Harte, das das Leben so schwer macht, das alles wird sich lösen in Gottes Ewigkeit.

Trotzdem frage ich mich: Warum nur erleben viele Menschen solche Erlösung nicht in diesem Leben? Oder doch wenigstens etwas davon. Gottes Erlösung ist ja nicht nur für die Ewigkeit gedacht. Sie will in diesem Leben spürbar werden. Manchmal gelingt das. Wenn wir außer uns geraten. Wenn wir dem Schmerz nicht ausweichen. Wenn sich die Tränen lösen und das Lachen herausbricht. Manche fürchten das, weil der Schmerz so groß ist. Gerade in den Tagen, wo wir an unsere Toten denken. Aber: „Die mit Tränen säen, werden mit Freuden ernten.“ In der kommenden Welt nach unserem Sterben und auch in dieser. ■

Tragbahren-Träger

Andacht für Seelsorgerinnen und Seelsorger

Dr. Raimar Kremer

„Weißt Du, was bei einem Fußballspiel auf keinen Fall fehlen darf?“ Das fragte mich der Freund, der neben mir saß. Das Stadion war wie immer voll. Auf dem gepflegten Rasen ließ die Sonne die Schatten der 22 Spieler tanzen, die sich warmliefen. Die Schiedsrichter prüften ein letztes Mal die Bälle, mit denen gleich gespielt werden sollte. Die Heimmannschaft war der klare Favorit, so dass einem fußballbegeisterten Nachmittag nichts mehr im Wege stand. Ball, Spieler, Schiedsrichter, Spielfeld – all das zählte ich auf. Aber das wollte der Freund nicht hören. „Es gibt drei Dinge“, sagte er, „ohne die ein Schiedsrichter ein Fußballspiel nicht anpfeifen darf: Arzt, Krankenwagen und Tragbahren-Träger.“

(...) und es wurde bekannt, dass Jesus im Hause war. Und es versammelten sich viele, sodass sie nicht Raum hatten, auch nicht draußen vor der Tür; und er sagte ihnen das Wort. Und es kamen einige zu ihm, die brachten einen Gelähmten, von viereen getragen. Und da sie ihn nicht zu ihm bringen konnten wegen der Menge, deckten sie das Dach auf, wo er war, machten ein Loch und ließen das Bett herunter, auf dem der Gelähmte lag. Als nun Jesus ihren Glauben sah, sprach er zu dem Gelähmten: Mein Sohn, deine Sünden sind dir vergeben. (...) Ich sage dir, steh auf, nimm dein Bett und geh heim! Und er stand auf, nahm sein Bett und ging alsbald hinaus vor aller Augen (...). (Markus 2,1–5.11+12a)

Tragbahren-Träger. Im Fußballstadion und im Neuen Testament. Beim Fußballspiel sind sie wichtig. Sie tragen den Verletzten zum Arzt im Krankenwagen. Sie sind so wichtig, dass ohne sie kein Fußballspiel beginnen darf. Aber warum kennen wir keinen berühmten Tragbahren-Träger? Warum haben sie keine Namen auf ihrem Hemd? Und: Warum spricht man nicht über sie? Ohne groß bemerkt zu werden, sind die Tragbahren-Träger da. Sie sind da, um aufs Spielfeld zu gehen und zu helfen.

Ohne die Tragbahren-Träger wäre der Gelähmte nicht zu Jesus gekommen, zum Arzt. Aber auch in der Bibel sind sie nicht berühmt geworden. Nicht einmal ihre Namen kennen wir. Doch sie waren zur richtigen Zeit an der richtigen Stelle und konnten helfen.

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind solche Tragbahren-Träger. In vielen Situationen. Bei Haus- und Krankenbesuchen, in der Schule, im ganz normalen Alltag, bei Notfallsituationen. Sie packen an, heben und tragen. Selten mit ihren Händen. Sie tun es mit Worten, mit ihrem Mitgefühl, mit Nähe und Zuneigung, mit ihrem Dabeisein, mit ihrem Glauben und ihrem Hoffen. Sie tun es für Menschen, die das nicht können. Die vom Leben oder von anderen Menschen verletzt worden sind. Die auf dem Spielfeld des Lebens liegen und auf sie warten. Auf sie, die nicht berühmt wie Fußballspieler sind. Sie warten auf Seelsorgerinnen und Seelsorger, die sie als Tragbahren-Träger zu Gott zu bringen. Zu dem, der als einziger sagen kann: „Steh auf, nimm dein Bett und geh heim“.

Zwischen Schicksal und Hoffnung

Predigt anlässlich der 25. Arnoldshainer Hospiztage 2015

Dr. Carmen Berger-Zell

Liebe Hospizgemeinschaft,

wir haben uns in den zurückliegenden Tagen auf die Suche begeben nach dem, was an der Grenze unseres Lebens schicksalhaft und hoffnungsgebend sein könnte.

Grenzen sind in unserer Vorstellung meist unbeliebte Orte, wir meiden sie eher, als dass wir sie gerne aufsuchen würden. Grenzen haftet etwas Ungewisses, Verunsicherndes und mitunter auch Gefährliches an. Dies gilt in besonderer Weise für unsere existenzielle Grenze, an der wir wie an keiner anderen die Verletzlichkeit und Begrenztheit unseres menschlichen Daseins spüren.

Wir, die wir hier sind, begleiten andere Menschen an dieser Grenze. Wir erleben mit, wie sie Abschied nehmen, wir fühlen mit ihnen, begegnen ihnen und lernen letztlich auch von ihnen, was es heißt, sterben zu müssen.



Manche dieser Menschen, die wir begleiten durften, haben aus den unterschiedlichsten Gründen bei uns einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Ich vermute, wir alle haben Erinnerungen und Bilder von Menschen im Kopf, denen wir am Ende ihres Lebens begegnet sind. Bilder, die wir einrahmen könnten.

Je nachdem, wie wir ihr Sterben erlebt haben, und je nachdem, wie die jeweiligen Rahmenbedingungen waren, können unsere Erinnerungen tröstlich oder auch schmerzlich sein, sie können uns hoffnungsvoll stimmen oder auch ängstigen.

Mir zum Beispiel ist besonders eindrücklich eine Frau in Erinnerung, die ich Mitte der 1980er Jahre, also vor dreißig Jahren, als Krankenpflegeschülerin auf einer onkologischen Station begleitet habe:

Die Frau war Mitte 50, sie lag schon seit mehreren Tagen im Sterben, und sie hatte grauenvolle Schmerzen. Kaum dass wir Pflegenden die Tür zu ihrem Zimmer öffneten, begann sie schon herzerreißend zu wimmern. Sie wusste, wir kamen nur, um ihren Körper zu waschen und ihn in eine neue Position zu legen. Jede unserer Berührungen, so behutsam sie auch waren, ließ sie vor Schmerzen entsetzlich aufschreien. Die pflegerische Versorgung ihres Körpers war für sie ein einziges Martyrium.

Mir tat die Frau leid. Und wenn es mir meine Zeit erlaubte, blieb ich nach „der Versorgung“ noch ein wenig länger bei ihr. Manchmal berührte ich sie sanft an ihrem Oberarm. Und immer wenn ich dies tat, entspannte sich nach und nach ihr schmerzgepeinigter Körper, und sie atmete ruhiger – für mich waren es kleine Momente des Friedens. Ich wollte ihr mit meinem „Da-sein“ das Gefühl geben, nicht allein zu sein, denn nie sah ich jemanden bei ihr, der sie besuchte, der an ihrem Bett saß.

Ja, und ich weiß es noch wie heute, ich hatte Spätdienst. Die Patientin bekam Besuch von einer Frau. Ich vermutete, es sei eine Verwandte. Wie schön, dachte ich mir, endlich ist sie nicht mehr allein, endlich ist jemand da, der ihr zumindest den Schmerz der Einsamkeit nimmt. Wenige Minuten später ging die Frau zu meiner Verwunderung schon wieder. Als ich das nächste Mal in das Zimmer kam, fiel mir auf, dass der Schmuck, den die Patientin am Körper getragen hatte – ihre Kette mit einem kleinen Kreuz daran, ihre Ohrstecker und ihr Ehering – weg war. Danach kam niemand mehr zu Besuch.

Irgendwann starb die Frau. Ihr Tod wurde vom Stationsarzt festgestellt, wir vom Pflegepersonal versorgten ihren toten Körper und brachten sie nach den vorgeschriebenen zwei Stunden ganz heimlich und leise von der Station in den Leichenkeller.



Die Rahmenbedingungen, wie Menschen in unseren Krankenhäusern sterben, haben sich sicherlich verändert – so, wie es einmal war, ist es Gott sei Dank nicht mehr. Dennoch sterben auch heute noch Menschen einsam und allein, weil da niemand ist, der zu ihnen gehört, der sie liebt und der bei ihnen ist, wenn ihr Leben zerbricht.

Sie sind für andere schon längst tot, bevor sie ihren letzten Atemzug getan haben. Und nach biblischer Vorstellung ist dies der eigentliche Tod: die Beziehungslosigkeit, die Einsamkeit – sie ist der Tod mitten im Leben.

Menschen suchen und brauchen zuallererst und bis zuletzt Beziehungen. Ohne Nähe, ohne Zuwendung, ohne Liebe kann niemand von uns leben. Menschen brauchen Menschen, die für sie da sind, die sie nicht allein lassen, die sie halten – gerade dann, wenn sie ihre Hoffnung verlieren, noch einmal gesund zu werden; wenn sie Angst haben, weil sie nicht wissen, was auf sie zukommt, gerade dann, wenn sie verzweifelt sind; wenn sie traurig sind, und letztendlich, wenn sie dieses Leben lassen müssen.



Und für diejenigen unter uns, die ihre Lebenskraft aus dem christlichen Glauben schöpfen, ist es neben der Liebe und Nähe zu anderen Menschen die Liebe und Nähe zu Gott. Christen leben aus der Beziehung zu anderen Menschen, und sie leben aus der Beziehung zu Gott. Gottesliebe und Nächstenliebe gehören zusammen. Dies kommt unter anderem auch im Doppelgebot der Liebe zum Ausdruck. Darin heißt es: Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieb haben von ganzem Herzen, von ganzer Seele und mit all deiner Kraft. Und du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.

Menschen suchen Halt, sie suchen nach dem, was ihnen Hoffnung geben kann. Aber wann wird uns wirklich Hilfe und Trost zuteil? Wenn wir Worte der Ermutigung und Hoffnung hören? Manchmal vielleicht. Aber worauf es wirklich ankommt, ist doch, dass uns jemand an den Grenzen unseres Lebens zur Seite steht, der uns das Gefühl gibt: Du bist wichtig! Du bist geliebt!

Die Beziehung zu anderen Menschen ist das eine, was uns trägt, und das andere ist unser Vertrauen, dass Gott uns auch in den tiefsten aller Tiefen nicht allein lässt.

Paulus schreibt im Römerbrief: „Wer will uns scheiden von der Liebe Christi? Trübsal oder Angst oder Verfolgung oder Hunger oder Blöße oder Gefahr oder Schwert?

Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unseren Herrn.“ – das ist unser christliches Schicksal!

Wer auf Gott vertraut, weigert sich zu resignieren und hinzunehmen, was an Leid und Schmerz in dieser Welt ist. Wer darauf vertraut, dass Gott Jesus Christus von den Toten auferweckt hat, für den ist das Kreuz nicht nur ein Symbol des Todes, sondern zuallererst ein Symbol der Hoffnung auf Leben. Ein Symbol der Hoffnung, dass Gott uns die Kraft gibt, die Herausforderungen unseres Lebens bewältigen zu können.

„Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?“, lautet die erste Frage im Heidelberger Katechismus. Und die Antwort darauf: „Dass ich mit Leib und Seele im Leben und im Sterben nicht mir, sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre.“

Die Erinnerung an die verbindende Kraft der göttlichen Liebe, so wie sie uns in der Bibel überliefert wurde und für die das Kreuz steht, kann uns Hoffnung schenken, auch zukünftig durch und mit Gott Schwieriges tragen und manchmal auch ertragen zu können.

Christus hat den Tod überwunden, und indem Gott ihn von den Toten auferweckt hat, werden auch wir leben. Amen. ■



*Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?
Dass ich mit Leib und Seele
im Leben und im Sterben nicht mir,
sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre.*

(Frage 1 im Heidelberger Katechismus)



Heinrich Bedford-Strohm, *Leben dürfen – leben müssen: Argumente gegen die Sterbehilfe*, München 2015.

Verena Begemann, *Hospiz – Lehr- und Lernort des Lebens*, Stuttgart 2006.

Verena Begemann u. a., *Sterben und Gelassenheit. Von der Kunst, den Tod ins Leben zu lassen*, Göttingen 2013.

Gian Domenico Borasio, *Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*, München 2014.

Ramona Bruhn, Benjamin Straßer (Hg.), *Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende*, Stuttgart 2014.

Bundesarbeitsgemeinschaft Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hg.), *Bäume wachsen in den Himmel. Sterben und Trauern. Ein Buch für Menschen mit geistiger Behinderung*, Marburg 2003.

Boudewijn Chabot, Christian Walther, *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken*, München 2010.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. u. a. (Hg.): *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*, Berlin 2010.

Martin Dutzmann, *Statement zum Thema Suizidbeihilfe*, in: epd Dokumentation Nr. 39 2014, S. 4–5.

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), *Leben hat seine Zeit – Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende*, Wien 2011.

Wolfgang George (Hg.), *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*, Gießen 2014.

Peter Godzik, *Hospizlich engagiert, Erfahrungen und Impulse aus drei Jahrzehnten*, Rosengarten bei Hamburg 2011.

Peter Godzik (Hg.), *Die Kunst der Sterbebegleitung, Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender*, Rosengarten bei Hamburg 2013.

Reimer Gronemeyer, *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*, Frankfurt a. M. 2007.

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

Andreas Heller u. a. (Hg.), *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, Ludwigsburg 2013.

Gisela Hinsberger, *Weil es dich gibt. Aufzeichnungen über das Leben mit meinem behinderten Kind*, 2014.

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

Irmgard Icking, *Interreligiöse Spiritualität im Hospiz. Raum und Resonanz geben, Palliative Care verstehen Band 2*, Esslingen 2015.

Walter Jens/Hans Küng, Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 3. Aufl. 2013.

Isabella Jordan, Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende, Frankfurt a. M. 2007.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.), Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. EKD Texte 97, Hannover 2008.

Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 2014.

Karolin Küpper-Popp, Ida Lamp (Hg.), Rituale und Symbole in der Hospizarbeit. Ein Praxisbuch, Gütersloh 2010.

Volker Läßle, Friedhelm Menzel, Sterbende und ihre Angehörigen begleiten. Ein Praxisbuch für Gemeinden, Frankfurt a. M. 2002.

Reiner Marquard, Menschenwürdig sterben. Vertrauensbasierte Palliativmedizin versus Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen, Leipzig 2014.

Kurt Marti, Heilige Vergänglichkeit. Spätsätze, Stuttgart 2011.

Monika Müller, Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg, 6. Aufl. Gütersloh 2004.

Nationaler Ethikrat (Hg.), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, Berlin 2006.

Dietrich Niethammer, Wenn ein Kind schwer krank ist: Über den Umgang mit der Wahrheit, Suhrkamp Verlag 2010.

Joachim Ochel, „Alles ist gut gegangen“? Theologische Anmerkungen zur Debatte um die Beihilfe zum Suizid, in: epd Dokumentation Nr. 39 2014, S. 6–13.

Peter Prange (Hg.), Platz da, ich lebe! Ein Haus zum Sterben voller Leben: Die Kinder und Jugendlichen des Hospiz Balthasar, Prando Verlag 2. Aufl. 2012.

Eric-Emmanuel Schmitt, Oskar und die Dame in Rosa, Zürich 12. Aufl. 2005.

Meike Schneider, Ich will mein Leben tanzen. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn 2011.

Elke Schölper (Hg.), Sterbende begleiten lernen, Gütersloh 4., aktualisierte Aufl. 2014.

Monika Specht-Tomann, Der letzte Wunsch: zu Hause sterben. Impulse für pflegende Angehörige, Stuttgart 2014.

Monika Specht-Tomann, Doris Tropper, Bis zuletzt an deiner Seite. Begleitung und Pflege schwerkranker und sterbender Menschen, München 2008.

Fulbert Steffensky, Mut zur Endlichkeit, Stuttgart 2007.

Erhard Weiher, Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2014.

Gabriele Wohmann, Eine gewisse Zuversicht, Gedanken zum Diesseits, Jenseits und dem lieben Gott, Stuttgart 2012.

Gabriele Wohmann, Sterben ist Mist, der Tod aber schön. Träume vom Himmel, Stuttgart 2010.

Veröffentlichungen Diakonie

Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Diakonie Texte, Handreichung 17/2006.

PDF: <http://www.diakonie.de/media/Texte-2006-17-Leben-bis-zuletzt.pdf>

Der Tod gehört zum Leben. Allgemeine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung von Menschen in diakonischen Einrichtungen und Diensten, Diakonie Texte 4/2011.

PDF: http://www.diakonie.de/media/Texte-04-2011_der-tod-gehört-zum-Leben.pdf

Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, Diakonie Texte, Positionspapier, 8/2014.

PDF: http://www.diakonie.de/media/Texte-08_2014_palliative_Versorgung.pdf

Diakonie Magazin 2015 Spezial zum Thema Sterbebegleitung

E paper: <http://www.diakonie.de/diakonie-magazin-2015-spezial-16154.html>

Stellungnahme der Diakonie Deutschland und Caritas zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

PDF: http://www.diakonie.de/media/DD_DCV_Stellungnahme_Hospiz_Palliativgesetz_150408.pdf

Frank Kittelberger, Umsorgt sein. End-Of-Life-Care in der Altenhilfe, Diakonie Bayern.

Danksagung

Die Handreichung wurde mit freundlicher finanzieller Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft für Hospizarbeit und Sterbebegleitung der Diakonie Hessen – Bereich Kurhessen-Waldeck erstellt.

Pfarrerin Dr. Carmen Berger-Zell, Diakonie Hessen, Theologische Referentin im Bereich Gesundheit, Alter und Pflege, carmen.berger-zell@diakonie-hessen.de

Johanna Beyer, Krankenschwester, Christlicher Aids-Hilfsdienst (CAH e. V.), beyer@cahev.de

Pfarrer Dr. Alexander Dietz, Diakonie-Hessen, Stabsstelle Diakonische Kultur und Referent für Armutspolitik, alexander.dietz@diakonie-hessen.de

Jörg Freymuth, Altenpfleger, Christlicher Aids-Hilfsdienst (CAH e. V.), freymuth@cahev.de

Pfarrer Paul Geiß, war 35 Jahre Gemeindepfarrer in Jugenheim (Rheinhausen), ist Organisationsberater und Supervisor, Rundfunkautor und Publizist, paul.geiss@gmx.de

Pfarrer Dr. Wolfgang Gern, Vorstandsvorsitzender der Diakonie Hessen, wolfgang.gern@diakonie-hessen.de

Stefan Gillich, Diakonie Hessen, Leiter Bereich Existenzsicherung und Armut, stefan.gillich@diakonie-hessen.de

Michaela Hach, Geschäftsführerin Fachverband SAPV Hessen e. V., Sprecherin Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Projektmanagerin, michaela.hach@fachverband-sapv.de

Rechtsanwältin Barbara Heuerding, Diakonie Hessen, Leiterin Bereich Gesundheit, Alter und Pflege, barbara.heuerding@diakonie-hessen.de

Olaf Höwer, Leitung Bürgermeister Gräf Haus, olaf.hoewer@frankfurter-verband.de

Dr. Ingmar Hornke, Arzt für Anästhesiologie – Palliativmedizin, Geschäftsführer, Leitender Arzt, PalliativTeam Frankfurt gemeinnützige GmbH, Vorsitzender Fachverband SAPV Hessen e. V.

Pfarrerin Doris Joachim-Storch, Zentrum Verkündigung der EKHN, Pfarrerin für Gottesdienst, doris.joachim-storch@zentrum-verkuendung.de

Dagmar Jung, Diakonie Hessen, Referentin für angewandte Gerontologie, dagmar.jung@diakonie-hessen.de

Pfarrerin Beate Jung-Henkel, MAS Palliative Care, Gestaltpädagogin, Pfarrstelle für Hospizarbeit und Klinikseelsorge, pfarrerinjung-henkel@t-online.de

Pfarrer Lutz Krüger, Studienleiter und Fachberater im Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN, Friedberg, lutz.krueger.zsb@ekhn-net.de

Pfarrer Dr. Raimar Kremer, Studienleiter und Fachberater im Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN, Friedberg, raimar.kremer.zsb@ekhn-net.de

Pfarrer Andreas Lipsch, Diakonie Hessen, Leiter Bereich Flucht, interkulturelle Arbeit, Migration, interkultureller Beauftragter der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, andreas.lipsch@diakonie-hessen.de

Pfarrer Dr. Tobias Müller-Monning, Vorsitzender der Landeskonferenz Gefängnisseelsorge in Hessen, mueller.monning@t-online.de

OLKR Pfarrer Horst Rühl, Vorstand Diakonie Hessen, horst.ruehl@diakonie-hessen.de

Tina Saas, Mitarbeiterin der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA), tina.saas@hage.de

Petra Schuseil, Coach für Selbstmanagement, totenhemd@gmail.de

Dr. Eckhard Starke, Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin Offenbach Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung KV Hessen

Elisabeth Terno, Mitarbeiterin der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA), elisabeth.terno@hage.de

Pfarrerin Annegret Zander, Theologische Fachreferentin Fachstelle zweite Lebenshälfte EKKW, annegret.zander@ekkw.de

- Herausgeber:** Diakonie Hessen – Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V.
Bereich Gesundheit, Alter und Pflege
Ederstraße 12
60486 Frankfurt am Main
- Redaktion (verantw.):** Barbara Heuerding, Dr. Carmen Berger-Zell
- Lektorat:** Niko Raatschen
E-Mail: n.raatschen@web.de
- Gestaltung Layout:** Piva & Piva – Studio für visuelles Design
Heidelberger Straße 93
64285 Darmstadt
Telefon: 06151 68508
E-Mail: piva.piva@t-online.de
- Bilderstellung:** Gaby Gerster
Feinkorn
Mühlgasse 24 (Hinterhaus)
60486 Frankfurt am Main
Telefon: 069 95297575
E-Mail: contact@feinkorn.de
- Druck:** Plag gGmbH
Sandweg 3
34613 Schwalmstadt
Telefon: 06691 1471 | Fax: 06691 22266
E-Mail: info@plagdruck.de
- Fachkräfte des grafischen Gewerbes leisten zusammen mit Schwerbehinderten qualifizierte Arbeit
- Bildnachweis:** © Dr. Carmen Berger-Zell (Seite 40, 41, 42, 138)
© Gerhard Bühler (Seite 113)
© Diakonie Hessen (Seite 16)
© Gaby Gerster (Seite 1, 3, 6, 7, 15, 29, 31, 45, 47, 70, 80, 101, 103, 105, 106, 107, 145, 159, 162, 164, 165, 166, 172)
© Heike Hausmann (Seite 110, 116)
© Christiane Hegemann (Seite 114)
© Hospiz Kassel (Seite 108)
© Stefan Gillich (Seite 123, 124)
© Arno F. Kehrer (Seite 8)
© Privat (Seite 7, 33, 35, 43, 59, 78, 88, 92, 93, 95, 111, 118, 121, 132, 141, 143)
© Barbara Schulz (Seite 109)
© UNHCR (Seite 144)
© Klaus Wagner (Seite 10)
© morganiamation – Fotolia.com (Seite 49)
- Diakonie® ist eine eingetragene und geschützte Wortmarke

