

# magazin



## Was am Ende gut tut

Dafür lohnt es sich zu kämpfen:  
dass jeder in Würde sterben kann

■ Lebendig  
Im Hospiz > S. 8

■ Kontrovers  
Assistierter Suizid > S. 14

■ Optimistisch  
Bedford-Strohm > S. 24

„Mein Beruf ist, die Würde  
des Menschen zu pflegen.“

Eine unserer rund  
450.000 Mitarbeitenden:  
Katharina Kötzner,  
Beschäftigungsleitung  
im Pflegezentrum  
Maininsel/Schweinfurt

Erfahren Sie mehr über  
die Mitarbeitenden  
der Diakonie und ihre  
vielfältigen Leistungen  
auf [www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)



## EDITORIAL



**Seite 08** Nähe spüren, lachen, reden – ein Hospiz ist voller Leben

## Auftakt

- 04 **EinBlick**
- 06 **Panorama**

## Spektrum

- 08 **Hospiz** Manchmal blühen Schwerkranke im Hospiz noch einmal auf
- 12 **Kommentar** von Diakonie-Präsident Ulrich Lilie zur Debatte um Sterbebegleitung
- 14 **Rechtslage** Verschärftes Strafrecht bei assistiertem Suizid?
- 17 **Literatur** und Links
- 18 **Palliativ versorgt** in Deutschland. Ein Überblick

## Perspektiven

- 20 **Sterben im Heim** Auf dem Weg zu einer guten Abschiedskultur
- 22 **Mitarbeitende** brauchen mehr Zeit für Menschlichkeit
- 24 **Interview** mit Bischof Heinrich Bedford-Strohm über das Tötungstabu und was daraus folgt
- 26 **Theologischer Anstoß**  
In unserer Verantwortung

## Liebe Leserinnen und Leser,

„Ich wünsche mir, dass auch niedergelassene Ärzte ein Augenmerk auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin hätten“, sagt der 74-jährige krebserkrankte Friedrich R. „Das hätte mir während meiner Chemotherapie viele unnötige Schmerzen erspart.“

„Ohne Überstunden würde es für mich und die Bewohner nicht gehen. Die Menschlichkeit kommt mir zu kurz“, sagt die junge motivierte Altenpflegerin Lena.

In den letzten zehn Jahren hat sich in der palliativen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen viel getan. Auch die Diakonie arbeitet daran: mit vielen Hospizen, mit der Verbesserung der palliativen Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen und evangelischen Krankenhäusern und mit der Beteiligung an der ambulanten Versorgung und der SAPV – der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Aber es gibt eben auch noch Mängel. Die Politik ist mit klaren finanziellen Zusagen gefordert. Denn: Ob sich viele oder wenige Menschen einen begleiteten Suizid wünschen, liegt letztlich auch daran, ob sie darauf vertrauen können, am Lebensende gut versorgt zu sein.

Wir beleuchten in diesem Heft das politisch sehr aktuelle Thema von verschiedenen Seiten – und freuen uns, wenn Sie uns auch Ihre Gedanken dazu wissen lassen!

Ihr

*Andreas Lagus*



Annja H., 47, ist im Herbst 2014 mit einer schweren Krebserkrankung ins Hospiz Maria Frieden in Oberharmersbach im Schwarzwald gekommen. „Sicher habe ich Angst“, sagt sie, „aber es ist ein gutes Gefühl, dass es für meine Familie und mich einen Ort gibt, an dem wir geborgen sind.“ Ihr ist es wichtig, allen Tschüss sagen zu können – und dass ihr Mann und ihr Sohn in der Trauer nicht allein sein werden.

**Friedrich R., 74, hat als Ingenieur in der Medizintechnik gearbeitet. Ein im Jahr 2000 entdeckter Darmkrebs galt nach fünf Jahren als geheilt. 2008 wurde ein Karzinom in der Lunge gefunden. „Wenn auch die Chemotherapie palliativmedizinisch begleitet gewesen wäre, hätte mir das viele Probleme erspart“, sagt er heute. Auch Friedrich lebt derzeit im Hospiz Maria Frieden in Oberharmersbach. Er schöpft Energie beim Tai-Chi, dem chinesischen Schattenboxen.**



## PANORAMA

## Experten rügen mangelhafte Palliativversorgung

Wissenschaftler aus Medizin und Pflege sehen in der deutschen Palliativmedizin dringenden Handlungsbedarf. Es gebe in der Versorgung noch zu viele Lücken. Zudem sei die Finanzierung je nach Bundesland unterschiedlich. Eine Arbeitsgruppe der Nationalen Akademie

der Wissenschaften Leopoldina hat gemeinsam mit der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften Anfang Februar 2015 eine Stellungnahme zur Palliativversorgung vorgelegt. Sie fordert darin eine flächendeckende Palliativversorgung und eine in ganz Deutschland verpflichtende lückenlose Finanzierung der palliativen Versorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Umgebung. Forschungsbedarf sehen die Experten vor allem bei der Frage, wie eine gute Palliativmedizin am besten organisiert

Eine Andachtskerze ist noch kein sicheres Zeichen, dass man sich hier gut um Sterbende kümmert

und koordiniert werde könne. An dieser hätten neben den Ärzten auch Pflegekräfte, Ehrenamtler und Angehörige teil. Es müsse deshalb verstärkt interdisziplinär gedacht und die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen verbessert werden, sagte Nils Schneider, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und Mitglied der Arbeitsgruppe.



# Diakonie

## Wussten Sie's schon?

# 47

stationäre Hospize gehören zur Diakonie. Dort gibt es

# 404

Plätze

und 

# 635

 Beschäftigte

Darüber hinaus hat die Diakonie:

146 ambulante Hospizdienste und -gruppen mit 189 Beschäftigten sowie drei Angebote der Palliativversorgung in Krankenhäusern mit insgesamt 30 Plätzen und 11 Mitarbeitenden.

Quelle: Einrichtungsstatistik zum 01.01.2012, in: Diakonie Texte (Statistische Informationen 05/2013). [www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

## Cartoon



## Neue Bücher

# Blick auf das Wesentliche

Sich auf sich selbst besinnen und auf das, was wirklich wichtig ist. Alles daran setzen, Kindheitsträume zu verwirklichen. Den „Alltag“ nicht schon für das Leben halten und sich von ihm nicht vom Leben abhalten lassen. Den Blick weiten und sich von unnötigem Ballast befreien ... Dies sind Einsichten, die todkranke Menschen gewannen, als klar war, dass ihr Leben sich dem Ende zuneigte. Dagmar Larini hat diese Erkenntnisse gesammelt und erzählt in dem Buch „Die zehn Botschaften der Sterbenden“ die persönlichen Geschichten dazu. Schnell wird klar: Es geht um Dinge, von denen auch Gesunde ahnen, dass sie wichtig sind – die sich in ihrer Dringlichkeit aber vermutlich erst dem Kranken offenbaren. Von diesem Buch kann jeder lernen: zu leben.



Dagmar Larini:

### **Die zehn Botschaften der Sterbenden**

Was wir von Randy Pausch, Sam Berns, Steve Jobs und anderen lernen können  
MVG Verlag 2015. 14,99 €

Durch die geplante neue Gesetzgebung steht das Thema Sterbehilfe wieder oben auf der politischen Agenda. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio bietet in seinem gut lesbaren Buch „selbst bestimmt sterben“ Orientierung in diesem komplexen Thema. Er erklärt wichtige Begriffe und Diskussionsstränge. Was genau ist begleiteter Suizid, was Tötung auf Verlangen, was passive Sterbehilfe? Was ist strafbar? Was leistet die Palliativmedizin, und welche Möglichkeiten gibt es, palliative Begleitung in Anspruch zu nehmen? Borasio räumt mit verbreiteten Missverständnissen auf und hilft den Lesern, der Debatte zu folgen und eigene Positionen zu finden.



Gian Domenico Borasio:

### **Selbstbestimmt sterben**

Was es uns bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können  
C. H. Beck Verlag 2014. 17,95 €

# Wichtig für Alle.



## **Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter**

Broschüre, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz.

Geheftet € 4,90 | ISBN 978-3-406-66321-5

## **Pflegebedürftig – Was tun?**

Broschüre, herausgegeben vom Paritätischen Gesamtverband.

Geheftet € 4,90 | ISBN 978-3-406-65082-6

## **Palliativpflege durch Angehörige**

Broschüre, herausgegeben von der Deutschen Palliativstiftung.

Geheftet € 4,90 | ISBN 978-3-406-66150-1

Erhältlich im Buchhandel oder bei: [beck-shop.de](http://beck-shop.de) | Verlag C.H.BECK oHG · 80791 München | [bestellung@beck.de](mailto:bestellung@beck.de) | Preise inkl. MwSt. | 163106

HOSPIZ

# „Ich habe so eine Freude!“

Menschen, die für ihre letzten Wochen in ein Hospiz gehen, blühen oft noch einmal richtig auf. Fühlen sich befreit, probieren Neues aus. Und können so Abschied nehmen

Von Andreas Unger

Der Sturm tost in den Schweizer Bergen. Heideckers Bilder verraten, wie viel Kraft und Leben sie noch in sich hat.

Walden - 2011  
Walden - 2011

Jahrelang hat Hildegard Heidecker nicht mehr gemalt. „Mangelnde Kraft zur Gestaltung des eigenen Lebens. Depressive Zustände. Vertrödeln“, sagt sie. „Jetzt hab ich plötzlich wieder damit angefangen, als ich hier im Flur des Hospizes so schöne Aquarelle gesehen habe.“ Sie wundert sich selbst darüber. Sie sitzt in einem großen, bequemen Stuhl und zeigt die Bilder vor sich auf dem Tisch, die sie in den letzten Wochen gemalt hat: Rosen in sattem Rot, ein Dorf unter grauschwarzem Sturmhimmel, ein Strauß gelber Tulpen. Viele kräftige Farben. „Ich hab angefangen mit einem ganz kleinen Block. Inzwischen traue ich mich an die größeren Sachen ran.“ Eine Kunsttherapeutin hat eins ihrer Aquarelle in ein Passepartout und einen Rahmen gelegt und im Zimmer aufgehängt, es zeigt einen Baumstamm, von Efeu überwuchert. „Ziemlich frei gemalt, weil ich gerade ungeduldig war. Das ist manchmal ganz gut beim Malen.“

Hildegard Heidecker wird bald sterben. Sie weiß nicht wann, aber sie weiß, dass die Zeit bis dahin zum Leben gehört und dass diese Zeit kostbar ist. „Seit ich hier bin, hab ich so eine Freude auf die Zukunft. Ich freue mich auf das Jahr 2015! Was ich da alles machen kann! Es ist verrückt: Man ist im Hospiz gelandet in der Freude. Ich werd jetzt einfach jeden Tag nutzen.“

Inge Schwager erlebt das öfter: dass Menschen, die hier im Stationären Hospiz der Diakonie Erlangen einziehen, noch einmal aufblühen. Schwager, eine gelernte Krankenschwester, leitet das Haus, wo bis zu zwölf Menschen den letzten Teil ihres Lebens verbringen. Jeder hat ein Zimmer für sich, etwa 20 Quadratmeter groß. Wer will, kann eigene Bilder aufhängen, Möbel umräumen oder die eigenen mitbringen. Hildegard Heidecker hat sich mit Hilfe ihrer Schwester einen Plan für ihr Zimmer gezeichnet.



Hildegard Heidecker hat im Hospiz das Aquarellmalen für sich entdeckt.

Ganz wichtig für eine gute Hospizarbeit ist es, die Angehörigen mit einzubeziehen, sagt Schwager. In vielen Fällen hätten diese eine lange Zeit des Pflegens und auch der Überforderung hinter sich. Sie seien froh, sich nicht mehr 24 Stunden lang kümmern zu müssen, endlich Verantwortung abgeben zu dürfen. Dadurch entstünden auch wieder Ressourcen für wichtige Gespräche, für Zweisamkeit, fürs Abschiednehmen. „Hier haben Bewohner und ihre Angehörigen die Sicherheit, dass sofort jemand kommt, wenn der Bewohner klingelt.“

#### Dem Raucher sagt niemand mehr, wie ungesund Tabak ist

Das Hospiz, das ist Schwager wichtig, stehe jedem Sterbenden offen. Auch für Arme: „Das hier ist kein Sterben für Reiche.“ Die Pflegesätze werden jedes Jahr

neu mit den Krankenversicherungen und dem Bezirk verhandelt. Ein Zehntel des Tagessatzes muss von der Einrichtung übernommen werden, dies macht der Hospizverein.

Schwager spricht von „Bewohnern“ und „Gästen“, nicht von „Patienten“ oder „Klienten“. Denn hier im Hospiz werden keine Therapien durchgeführt, sondern Schmerzen gelindert. Dem Raucher sagt niemand mehr, wie ungesund Tabak ist, und wer nichts mehr essen oder trinken will, wird dazu auch nicht angehalten. „Ich bin auf dem Dorf aufgewachsen“, sagt Schwager. „Es war ganz normal, wenn alte Leute irgendwann aufgehört haben zu essen und zu trinken. Auch bei uns bestimmt der Bewohner, wie es abläuft. Wir unterstützen ihn nur, geben Sicherheit und Geborgenheit. Das Wort ‚palliativ‘ kommt vom lateinischen Wort ‚pallium‘ und heißt ‚der Mantel‘.“

„Ich will den Menschen helfen, einen Moment lang ganz im Moment zu sein.“

Heute hat Hildegard Heidecker Besuch von André Hartinger bekommen. Hartinger, ein 42-jähriger mit kurz geschnittenen silbergrauen Haaren und Bart, hat eine Gitarre mitgebracht und Klangschalen, eine Sansula und ein Körpermonochord. Er nennt sich „Klangarbeiter“. Heute bietet er Hildegard Heidecker Klangschalen an – drei messingfarbene runde Schalen, die er ihr nacheinander in die linke Hand gibt. In die rechte nimmt sie einen Schlegel aus Holz und Filz, schlägt die Schalen an, horcht ihnen nach, schließt die Augen. „Ich höre den Ton. Und ich spüre ihn, bis hoch zur Schulter“, sagt Heidecker nach einer langen, stillen Weile verwundert. Sie schlägt noch zwei weitere Klangschalen an, überlegt, welcher Ton ihr am

besten gefallen hat. Es passiert nichts Spektakuläres. „Ich will den Menschen helfen, einen Moment lang ganz im Moment zu sein“, erklärt Hartinger später. „Ich erlebe hier häufig Menschen, die bei sich selbst sind, klar mit ihrer Situation, und die dann auch genießen können, weil die Zeit so kostbar ist.“

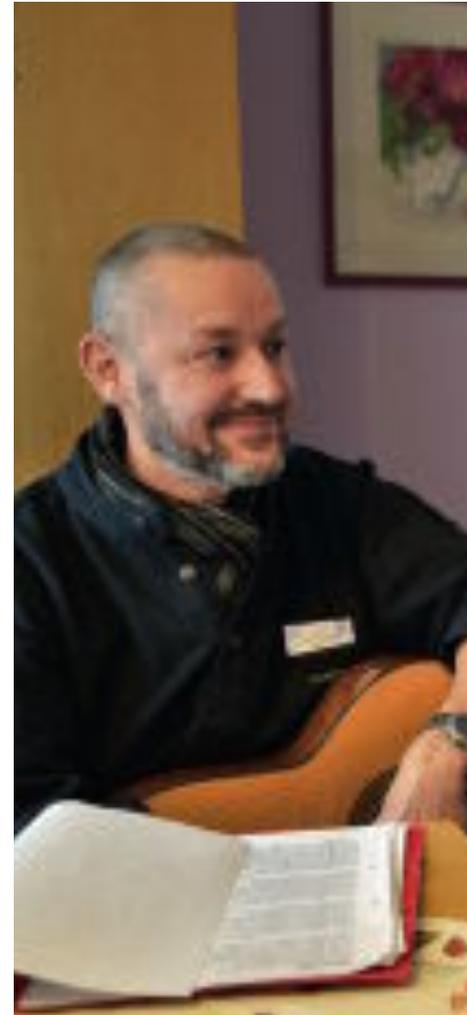
André Hartinger verabschiedet sich nach einer Weile von Hildegard Heidecker und klopft an die Tür von Georg Weiss. Er ist 88 Jahre alt und sitzt gerade am Tisch und löst Kreuzworträtsel. Hartinger begrüßt ihn, setzt sich dazu mit seiner Gitarre und ein paar Liedblättern und fragt ihn, ob er Lust habe zu singen. Weiss schiebt sein Kreuzworträtsel zur Seite und lässt sich überraschen.

Sie singen „Mein kleiner grüner Kakтус“, „Wenn alle Brunnlein fließen“, „Die Blümelein, sie schlafen“, „Kindlein mein, schlaf nur ein“. „Das kennen Sie?“, fragt Hartinger verwundert. „Na, mit sechs Kindern, da lernt man schon das ein oder andere Schlaflied. Das hab ich über 50 Jahre lang nicht mehr gesungen“, sagt Weiss, und ihm tritt eine Träne ins Auge. Er will trotzdem weitersingen: „In einem kühlen Grunde“, das alte Gedicht von Joseph von Eichendorff. Sie singen. Hartinger zögert, als es an die letzte Strophe geht.

„Es gibt noch eine“, sagt Weiss. „Wollen wir noch?“, fragt Hartinger. „Ja freilich“, antwortet Weiss. Sie singen: „Hör' ich das Mühlrad gehen, / Ich weiß nicht, was ich will / Ich möcht' am liebsten sterben, / Da wär's auf einmal still!“

„Wie wir's angefangen haben, hat's mich ein bisschen gepackt“, sagt Weiss. „Mich auch“, sagt Hartinger. „Aber wir haben's durchgehalten.“

„Das ist doch schön, wenn man solche alten Lieder singt und sich auch hinein fühlen kann“, sagt Weiss. „Es bewegt das Gemüt, es bewegt den ganzen Menschen.“



Singen die alten Lieder:  
Musiktherapeut André Hartinger  
(l.) und Hospizbewohner  
Georg Weiss.



Den Helferinnen und Helfern geht es nicht darum, nur eine professionelle Dienstleistung abzuliefern. „Wir versuchen, den Bewohnern möglichst viel Lebensqualität zu geben“, sagt Schwager. „Wir haben festgestellt: Wenn die Symptome eingestellt sind, die Bewohner also keine Schmerzen mehr haben und die Übelkeit weitestgehend verschwunden ist, dann haben die Leute noch Lebensqualität und können auch in ihrer Krankheit das Leben noch genießen.“

Durchschnittlich 22 Tage leben die Bewohner noch im Erlanger Hospiz. Wenn jemand stirbt, wird im Gang eine Kerze angezündet, die so lange brennt,

bis der Verstorbene abgeholt wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleben das zwar regelmäßig – aber Routine sei das nie, sagt Schwager. „Einmal starben in vier Wochen 20 Bewohner. An einem Tag brannten vier Kerzen, das geht nicht spurlos an einem vorbei. Man braucht einen Ausgleich, Freizeit, Freunde, Sport. Und Supervision, einmal im Monat, bei Krisenfällen auch kurzfristig.“ Wenn es ums eigene Sterben geht, sind alle Menschen Anfänger. Aber es gibt hier im Hospiz Menschen, die sich auskennen in der Sterbebegleitung, und zwar nicht nur hauptamtliche Krankenschwestern und -pfleger, son-

dern auch viele ehrenamtliche freiwillige Helferinnen und Helfer.

Eine von ihnen ist Katharina Reinhardt, eine Lehrerin, die ungefähr einmal pro Woche für einen halben Tag he-reinkommt, als „Mädchen für alles“, wie sie sagt. Dazu gehören nicht nur das Einräumen der Wäsche, das Ausräumen des Geschirrspülers und das Kaffeekochen, sondern auch das Zöpfeflechten, Händchenhalten, Zuhören.

„Es kommt sehr viel zurück von den Menschen.“

„Mir ging's immer gut, ich hatte keine großen Schicksalsschläge im Leben, und ich finde, jetzt ist es Zeit geworden, etwas davon zurückzugeben“, sagt sie. Alle Freiwilligen bekommen eine etwa 120 Stunden dauernde Ausbildung, in denen Lehrer ihnen das pflegerische Einmal-eins nahebringen, aber auch rechtliche Grundlagen der Hospizarbeit und wie man auf sensible Art Gespräche führt.

Nach getaner Arbeit geht Katharina Reinhardt wieder nach Hause. Und wundert sich, wie wenig sie die Mitarbeit im Hospiz belastet. „Ich gehe eigentlich immer freudig von hier weg. Denn es kommt auch sehr viel zurück von den Menschen.“

Manche der Bewohner kostet es Überwindung, hierher zu ziehen. Es setzt das klare Bewusstsein dafür voraus, dass das eigene Leben bald zu Ende gehen wird. Der Trost, den das Hospiz verheißt: Bis das Leben zu Ende ist, ist es noch nicht zu Ende. Das gilt draußen vor dem Haus, wo Vögel in den Bäumen zwitschern und Kinder während der Pause in der Schule nebenan lachen. Und drinnen, wo es meistens stiller zugeht, aber immer auch lebendig. ■

Eine Audio-Slideshow unter:  
[www.diakonie.de/sterbebegleitung](http://www.diakonie.de/sterbebegleitung)

## KOMMENTAR

## Scheinwerfer aufs Lebensende



Ulrich Lillie  
ist Präsident  
der Diakonie  
Deutschland,  
Berlin

In der Versorgung kranker und sterbender Menschen sind viele Verbesserungen möglich. Darüber darf die Vereinsamung alter Menschen – lange vor ihrem Tod – nicht aus dem Blick geraten

Direkte Erfahrungen mit dem Sterben anderer sind heute nicht mehr selbstverständlich. Es gibt Menschen, die vierzig oder fünfzig Jahre alt werden, ohne den Tod eines nahen Angehörigen miterlebt zu haben. Viele erleben einen solchen auch nur aus der Ferne, weil sie weit weg vom Elternhaus wohnen, mitten im Leben und Beruf stehen. Das Sterben ist in unserer Gesellschaft fast unsichtbar geworden. Doch das gilt nicht überall: In der Diakonie ist es für viele Mitarbeitende sehr präsent. Das Sterben ist nah in den Pflegeeinrichtungen und Hospizen, in Krankenhäusern, in Privatwohnungen, in die sie als Pflegenden und Freiwillige kommen. Und dort sind auch all die Wünsche und

und sterbenden Menschen sind, mit einem an sie herangetragenem Todeswunsch umgehen? In der letzten Legislaturperiode war ein Gesetzentwurf im Umlauf, der es „Nahestehenden“ unter Umständen ermöglicht hätte, bei einer Selbsttötung zu assistieren. Hier möchte ich sehr deutlich sagen: Pflegekräfte wie auch andere, die beruflich oder ehrenamtlich Menschen in Todesnähe begleiten, dürfen unter keinen Umständen dafür in Anspruch genommen werden. Die Rechtslage ist hier hinreichend klar – sie sollte nicht verändert werden

Aus diakonischer Sicht kann es nicht nur um ein negatives Votum zum assistierten Suizid gehen. Es geht auch und vor allem darum, die verbreiteten Ängste vor einem schweren Sterben ernst zu nehmen und im Sinne besserer Sterbebegleitung tätig zu werden. Viele Abgeordnete haben dies erkannt und setzen sich für eine gute Sterbebegleitung und Palliativpflege ein.

Einige Abgeordnete der CDU-/CSU-Fraktion sowie der SPD-Fraktion haben am 10. November 2014 gemeinsame Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung vorgelegt. Darin wird als wesentlicher Handlungsbedarf benannt:

- der notwendige Ausbau der Regelversorgung,
- die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung,
- die Stärkung der Hospizversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
- die Notwendigkeit, die Sterbebegleitung und palliative Pflege in den stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken.

## Man muss die verbreiteten Ängste der Menschen vor einem schweren Sterben ernst nehmen

Ängste gegenwärtig, die wir aus der aktuellen Diskussion kennen: Der Wunsch, endlich zu sterben. Seinen Kindern nicht mehr zur Last zu fallen. Die Verzweiflung über die eigene Hilflosigkeit. Einsamkeit oder die Angst davor. Die Angst vor dem Schmerz. Auch die Verdunkelung des Lebens, die vielen Schattierungen der Depression spielen eine Rolle. Da ist der Sprung aus dem Fenster eines Altenheimes oder die Selbsttötung, nachdem die Krankheit eigentlich wieder abgeklungen war. Auf der anderen Seite erleben die Mitarbeitenden in der Diakonie auch oft einen friedlichen Tod, den Abschied nach langem Leiden.

In der Debatte um den assistierten Suizid liegt mir eine Frage besonders am Herzen, die sich aus der diakonischen Praxis ergibt: Wie sollen Pflegekräfte, die ja vielfach ganz nah bei schwer kranken

Diese Vorschläge für die stationären Hospize und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung trägt die Diakonie Deutschland mit, insbesondere wo sie darauf zielen, bestehende Lücken in der Versorgung zu schließen. Dabei ist natürlich zu beachten, dass die Spezialeinrichtungen und -dienste nur einen kleinen Teil der Bevölkerung versorgen. Wie viele Hospize und Hospizgruppen sind erforderlich, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten? Wie viele Dienste für spezialisierte ambulante Palliativversorgung werden benötigt?

Bisher gibt es nur Schätzwerte, wann das Netz der stationären Hospize, Palliativstationen und Dienste für spezialisierte ambulante Palliativversorgung dicht genug gewebt ist, dass die Bürgerinnen und Bürger sich sicher sein können, am Lebensende ausreichend versorgt zu werden. Umso wichtiger ist es, dass die Eckpunkte nicht bei den Spezialeinrichtungen stehen bleiben, sondern den wichtigen Schritt von Spezialversorgung in die sogenannte Regelversorgung vollziehen. Der Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung ist aus unserer Sicht am besten geeignet, die Ängste breiter Bevölkerungskreise vor einem schweren Sterben zu lindern.

Wir möchten, dass Menschen in ihren letzten Lebenswochen mehr professionelle Pflegezeit in Anspruch nehmen können. Dabei geht es oft um einfache Grundpflege, hauswirtschaftliche Leistungen und um die bestmögliche Schmerzlinderung in Absprache mit dem Arzt. Dieses Mehr an Pflege muss auch Menschen zugute kommen, die im Pflegeheim leben. Heime werden heute oft nur für wenige Wochen und Monate in Anspruch genommen, dann aber sehr intensiv. Menschen entscheiden sich immer später für den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung und sind dann oft schon in einem fragilen Zustand.

Die Aufgaben eines Pflegeheimes ähneln denen eines Hospizes, sie haben aber nicht den Personalschlüssel und die Struktur eines solchen. Viele haben sich bereits in Modellprojekten für die Palliativpflege und Sterbebegleitung qualifiziert. Aber sie können nicht im erforderlichen Umfang qualifiziertes Personal einsetzen. Es geht – wie auch in der ambulanten Pflege – um mehr Pflegezeit.

Die wesentlichen Aussagen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in den Heimen finden wir in den Eckpunkten der Koalitionspartner. Allerdings fehlen dort die entsprechenden Schlussfolgerungen. Die vorgeschlagenen Modellversuche, für die bundesweit 300.000 Euro bereitgestellt werden sollen,

sind nicht auf der Höhe der Zeit. Derartige Modellversuche haben längst stattgefunden – und sie waren sehr viel aufwändiger und teurer. So hat zum Beispiel die evangelische Landeskirche Hannovers 500.000 Euro bereitgestellt, um die diakonischen Pflegeeinrichtungen in Hannover palliativ zu qualifizieren. Auch die geplanten Zusatzvorschriften im Sozialgesetzbuch XI über die Qualifizierung, Vernetzung, Kooperation mit Arztpraxen, die offenbar ohne zusätzliche Mittel erfüllt werden sollen, sind

## „Ich will (so) nicht mehr leben!“ – Was kann das Quartier leisten?

zwar gut gemeint, gehen aber an den Engpässen der Praxis vorbei.

Es mangelt in der allgemeinen palliativen Versorgung nicht an Handlungskonzepten und auch nicht generell an der Kooperationsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und ehrenamtlichen Begleiter, sondern an der für diese Aufgaben verfügbaren Zeit. Diese Zeit müssen wir – die Gesellschaft, die Solidargemeinschaft der Versicherten – zur Verfügung stellen. Und an dieser Stelle ist der Gesetzgeber gefragt. Es war klug, die Debatte um die Sterbehilfe in eine Debatte über die palliative Versorgung am Lebensende zu überführen. Aber in dieser neuen Debatte geht es nun darum, eine ausreichend dichte Versorgungsstruktur zu schaffen, die jede Bürgerin und jeden Bürger am Ende des Lebens erreicht.

Viele unserer alten Menschen sterben viel zu früh einen sozialen Tod. Auch die Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert zukünftig einen Mix von guten Orten für unterschiedlich stark betroffene Menschen und ihre Angehörigen, mitten im Quartier, im Dorf und genauso auch in guten stationären Einrichtungen. Hier liegt viel im Argen, und hier liegen die eigentlichen Herausforderungen und Gefährdungen der Humanität in unserer immer älter werdenden Gesellschaft.

Es wird allerhöchste Zeit, dass sich in der aktuellen Debatte um den assistierten Suizid die Scheinwerfer der medialen und öffentlichen Debatte endlich auf unsere Alten und ihr Schicksal richten! Sie werden jeden Tag mehr. Und bis wir selbst dazugehören, ist es nur eine Frage der Zeit. ■

Votum von Ulrich Lilie, gehalten auf dem Parlamentarischen Abend zum assistierten Suizid am 26.11.2014

RECHTS-  
LAGE

# Das Strafrecht verschärfen?

Der Bundestag wird voraussichtlich im Herbst dieses Jahres entscheiden, was strafbar sein soll bei der Sterbebegleitung. Um was wird da diskutiert? Eine Klärung

Von Matthias Kamann



Die aktuelle Sterbehilfediskussion ist in Deutschland keine Liberalisierungsdebatte. Im Bundestag, der in diesem Jahr ohne Fraktionszwang entscheiden soll, gibt es niemanden, der etwas erlauben wollte, das bislang verboten wäre. Diskutiert wird vielmehr, ob und wie bestehende Freiräume eingegrenzt oder geschlossen werden sollen.

Derzeit erlaubt das deutsche Recht vergleichsweise viel. Weil der Suizid keine Straftat ist, bleiben auch jene straffrei, die dabei durch Beschaffung tödlicher Mittel helfen. Dies gilt unabhängig davon, ob Suizidhilfe einmalig geleistet wird oder aber regelmäßig, wie es etwa bei dem Berliner Arzt Uwe-Christian Arnold mit mehr als 200 Suizidhilfen und bei dem Verein Sterbehilfe Deutschland (StHD) um Roger Kusch der Fall ist. Insofern ähnelt das deutsche Recht faktisch dem der Schweiz, wo es Sterbehilfevereine schon lange gibt.

Entscheidend ist nur, dass es sich um freiverantwortliche Selbsttötungen handelt: Die Suizidenten müssen aus eigenem Entschluss handeln und dürfen nicht von den Helfern genötigt oder verleitet werden. Sonst wäre es Totschlag. Außerdem müssen die Suizidenten die Tatherrschaft behalten und die tödlichen Mittel selbst einnehmen. Andernfalls würde es sich um Tötung auf Verlangen handeln. Die ist in Belgien und den Niederlanden unter bestimmten Bedingungen zulässig, aber in Deutschland (und der Schweiz) eine Straftat, was im politischen Raum auch niemand ändern will.

Das ärztliche Standesrecht ist uneinheitlich. Von den 17 deutschen Landesärztekammern verbieten zehn ihren Mitgliedern ausdrücklich die Suizidhilfe. Hingegen haben die sieben anderen regionalen Kammern dazu entweder keine Vorschriften oder legen nur fest,

dass Ärzte keine Suizidbeihilfe leisten „sollen“. Daraus kann bei Ärzten Unsicherheit entstehen, ob ihnen standesrechtliche Konsequenzen drohen, wenn sie Medikamente für eine freiverantwortliche Selbsttötung bereitstellen.

### Fünf verschiedene Pläne liegen dem Parlament vor

Im Bundestag haben bisher fünf Abgeordnetengruppen Pläne zur Änderung der Rechtslage vorgestellt. Drei davon plädieren für ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidhilfe. Sie wollen, dass dies sowohl auf regelmäßig handelnde „Einzeltäter“ als auch auf Vereine anwendbar ist.

Zu diesen Verbotsbefürwortern, die derzeit eine klare Mehrheit haben, gehört erstens eine Gruppe um Michael Brand (CDU), die vorsieht, dass neben der organisierten – „gewerbsmäßigen“ – Suizidhilfe auch die Werbung für Sterbehilfe verboten wird.

Ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidhilfe fordert auch eine zweite Gruppe um die Grünen Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe. Diese wollen im Strafrecht allerdings festlegen, dass Sterbehelfer mit einer besonderen persönlichen Bindung an den Suizidenten straffrei bleiben.

Eine dritte Gruppe um Eva Högl und Kerstin Griese, beide SPD, verbindet die Forderung nach einem Verbot der organisierten Suizidhilfe mit dem Wunsch an die Ärzteschaft, das Recht der Landesärztekammern so zu vereinheitlichen, dass Ärzte bei einzelnen Gewissensentscheidungen nicht mit standesrechtlichen Konsequenzen rechnen müssten.

Neben diesen drei Gruppen der Verbotsbefürworter gibt es eine vierte Gruppe um Peter Hintze (CDU) sowie Carola Reimann und Karl Lauterbach von der

SPD, die ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidhilfe mittragen würde. Sie will aber im Zivilrecht Bedingungen formulieren, unter denen Ärzten die Hilfe bei der Selbsttötung erlaubt sein soll. Laut ihrem Positionspapier soll „eine solche Regelung volljährigen und einsichtsfähigen Menschen ermöglichen, die freiwillige Hilfe eines Arztes bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung in Anspruch zu nehmen, wenn feststeht, dass eine unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tode führt, der Patient objektiv schwer leidet, eine umfassende Beratung des Patienten bezüg-

### Derzeit erlaubt das deutsche Recht vergleichsweise viel

lich anderer, insbesondere palliativer Behandlungsmöglichkeiten stattgefunden hat und die ärztliche Diagnose von einem anderen Arzt bestätigt wurde“. Dieses Konzept ähnelt Gesetzen in einigen US-Bundesstaaten wie etwa Oregon, wo ein Suizidhilfeverbot mit Regeln für die ärztliche Assistenz bei Selbsttötungen von aussichtslos Schwerstkranken einhergeht.

Ausdrücklich gegen ein strafrechtliches Verbot spricht sich lediglich eine fünfte Gruppe um Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke) aus. Sie beschränkt sich auf die Forderung, organisierten Suizidhelfern im Zivil- oder Verwaltungsrecht Regularien aufzuerlegen, etwa eine genaue Dokumentation jedes Falls sowie eine Begutachtung potenzieller Suizidenten durch mindestens zwei Ärzte.

Zwischen diesen fünf Vorschlägen abzuwägen ist nicht leicht, weil die organisierte beziehungsweise die staatlich geregelte ärztliche Suizidhilfe recht neue

Phänomene sind und es deshalb nur wenige gesicherte Daten gibt. Empirisch bisher nicht stützen lässt sich die Vermutung, dass Patienten das Vertrauen zu ihren Ärzten verlören, wenn Letztere auch beim Suizid helfen würden. Aus Belgien und den Niederlanden gibt es keine Meldungen, die darauf hinweisen würden, und in Deutschland bekundeten in einer Forsa-Umfrage von 2003 84 Prozent der Befragten, dass sich durch ärztliche Suizidhilfbereitschaft nichts an ihrem Vertrauen in die Mediziner ändern würde. 2013 ergab eine Studie bei Schwerstkranken an der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität, dass diese Beziehung umgekehrt durch Tabuisierungen beeinträchtigt wird, wenn die Menschen das Gefühl haben, Ärzten sei alles bei der Sterbehilfe verboten.

In krassem Widerspruch zur Empirie steht die oft von Sterbehilfebefürwortern vorgetragene Behauptung, dass es sich bei der Selbsttötung um einen Akt reiner Selbstbestimmung handele, der nur den Suizidenten selbst etwas angehe. Dies lässt außer Acht, dass jeder Suizid enge Angehörige tief verunsichert. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass von jeder Selbsttötung durchschnittlich fünf andere Personen existenziell betroffen sind.

Sehr schwierig wird es bei der Frage, ob eine Duldung organisierter Suizidassistenz oder das Erlassen staatlicher Regeln für ärztliche Suizidhilfe Kranke oder Alte unter Druck setzt, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Einerseits gibt es in keinem Staat mit entsprechender Rechtslage belastbare Hinweise, dass sich Menschen unter Sterbedruck gesetzt sähen. Hinzu kommt, dass sich in Sterbehilfevereinen immer wieder

Mitglieder finden, die unbedingt vermeiden wollen, dass ihre Familien von ihrer Mitgliedschaft erfahren. Wenn diese Menschen überhaupt Druck spüren, dann den, am Leben zu bleiben. Diesem Druck versuchen sie sich durch Schweigsamkeit gegenüber ihren Fami-



lien zu entziehen. Und wenn in deutschen Kliniken und Heimen diskutiert wird, ob und wie lange lebenserhaltende Maßnahmen angezeigt sind, bitten viele Patienten von sich aus die eher widerstrebenden Ärzte oder Angehörigen, sterben zu dürfen.

Andererseits ist denkbar, dass es in der alternden Gesellschaft zu einem Umschlagsphänomen kommt: Bisher wird Sterbehilfe von den überdurchschnittlich gebildeten Mitgliedern deutscher und Schweizer Vereine trotzig verlangt, so wie in Belgien und den Niederlanden Betroffene die Ausweitung etwa auch auf Minderjährige erstreiten. Vorstellbar jedoch ist, dass solche Sterbehilfe, wenn sie von den Bessergestellten durchgesetzt wurde, später als selbstverständliches Anrecht und dann als Normalfall angesehen wird, sodass begründungspflichtig würde, wer sie nicht in Anspruch nähme.

Zu beachten ist allerdings, dass es im US-amerikanischen Oregon bei der dortigen Verbindung aus Sterbehilfeverbot und ärztlichen Ausnahmeregelungen bislang keinen Hinweis auf eine inflationäre Ausweitung gibt. Vielmehr sind dort die

Zahlen weitgehend konstant geblieben und zwischenzeitlich sogar gesunken. Dies könnte damit zu tun haben, dass in dem US-Bundesstaat nur die Hilfe bei der Selbsttötung erlaubt ist, nicht die Tötung auf Verlangen. Es scheint Letztere zu sein, die immer weitere Gruppen an-

Möglicherweise fällt es Menschen schwerer, sich selbst zu töten, als sich töten zu lassen

lockt. So sind in den Niederlanden zwar die Zahlen der Tötungen auf Verlangen erkennbar gestiegen, nicht aber die dort durchweg niedrigen bei der Suizidhilfe. Möglicherweise fällt es Menschen schwerer, sich selbst zu töten, als sich töten zu lassen. Das ist nicht leicht zu verstehen, könnte aber für die Diskussion von Belang sein.

### Was ist mit den gesunden Alten, die nicht mehr leben wollen?

Für die Diskussion unverzichtbar ist es, endlich eine besondere Gruppe in der Klientel von Sterbehilfevereinen in den Blick zu nehmen. StHD leistet Suizidhilfe nicht nur bei Todkranken und – was hochproblematisch ist – bei psychisch Kranken mit schweren Depressionen, sondern auch bei „gesunden Hochbetagten“, die wegen mittelschwerer Alterskrankheiten und aus Furcht vor dem Heim lieber sterben, als noch jahrelang zu leben. Diese Menschen, hoch in den Achtzigern, brauchen keine Palliativmedizin und sind nicht psychisch krank. Sie sagen bei klarem Verstand, dass sie nach einem langen Leben nicht ihrem

Siechtum beiwohnen wollen. Ihre Zahl dürfte wegen des demografischen Wandels zunehmen. Der Anteil von Hochbetagten unter allen Suizidenten steigt stetig.

Bei journalistischer Einzelfallbeurteilung wurde erkennbar, dass sich bei solchen Menschen eine durchaus realistische Betrachtung des ihnen Bevorstehenden verbindet mit einer durchaus realitätsfernen Ablehnung aller Alltagshilfen – wie Unterstützung beim Duschen oder Begleitung beim Einkaufen –, die ihnen ein Weiterleben in den eigenen vier Wänden ermöglichen könnten. Hier zeigt sich ein hoher Selbstbestimmungsanspruch, aber auch ein fast naives Vertrauen in die Sterbehelfer. Einerseits schimpfen diese Menschen über angeblich ahnungslose Mediziner, die ihnen nicht helfen könnten, andererseits respektieren sie die Sterbehelfer, die weder regelmäßig eine zweite ärztliche Meinung einholen noch sich einer permanenten Supervision unterziehen.

Solche Mentalitäten alter Menschen und die daraus folgende Kommunikation zwischen ihnen und ihren Sterbehelfern zu betrachten, ist nicht nur erforderlich, um entscheiden zu können, was da aus welchen Gründen verboten werden müsste. In den Blick zu nehmen ist auch, auf wie viel Ablehnung Pflege- und Betreuungsangebote bei alten und weitgehend gesunden Sterbewilligen stoßen. Man sollte ihre Sterbewünsche, ihre Angst vor dem Heim und ihre Meinung, lange genug gelebt zu haben, sehr ernst nehmen. Und sich fragen, wie viel Raum dafür bleibt, wenn die Sterbehilfe-debatte vor allem als Verbotsdebatte geführt wird. ■

# Literatur und Links

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

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

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg.): **Der Tod gehört zum Leben.** Handreichung. Diakonie Text 04.2011

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband (Hrsg.): **Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.** Positionspapier. Diakonie Text 08.2014

Eibach, Ulrich: **Aktive Sterbehilfe – Recht auf Selbsttötung?** Eine Stellungnahme aus christlicher Sicht und aus Sicht der Krankenhausseelsorge. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 52, 2006, S. 249-267

Frieß, Michael: **Sterbehilfe.** Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Stuttgart 2010

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

Großmann, Niklas: **Begrenzte Existenz.** Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland. Frankfurt/Main 2008

Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine u. a.: **Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.** Ludwigsburg 2012

Helmchen, Hanfried; Kanowski, Siegfried; Lauter, Hans: **Ethik in der Altersmedizin.** Grundriss Gerontologie, Bd. 22. Stuttgart 2006

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

Klie, Thomas; Student, Johann-Christoph: **Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe.** Freiburg 2007

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

Küng, Hans: **Glücklich sterben?** Mit dem Gespräch mit Anne Will. München 2014

Loenen, Gerbert van: **Das ist doch kein Leben mehr!** Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt. Frankfurt/Main 2014 (Erstausgabe Amsterdam 2009)

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

Nationaler Ethikrat (Hrsg.): **Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.** Stellungnahme. Berlin 2006

Radbruch, Lukas; Zech, Detlev: **Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin.** In: Gordijn, Bert (Hrsg.): Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. Stuttgart 1998

Schölper, Elke (Hrsg.): **Sterbende begleiten lernen.** Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Gütersloh 2010 (EA 2004)

Stolberg, Michael: **Die Geschichte der Palliativmedizin.** Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Frankfurt/Main 2011

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (Hrsg.): **Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care.** München 2007

Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore: **Palliative Care.** Wahrnehmen – verstehen – schützen. Stuttgart 2011

Tolmein, Oliver: **Keiner stirbt für sich allein.** Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung. München 2006

Werner, Renate: **Zuhause sterben.** Was Sie wissen müssen. Wie Sie sich vorbereiten können. Wo Sie Unterstützung bekommen. München 2014.

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

[www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

[www.dhvp.de](http://www.dhvp.de)

[www.bundesverband-kinderhospiz.de](http://www.bundesverband-kinderhospiz.de)

[www.bundes-aerztekammer.de](http://www.bundes-aerztekammer.de)

Unter „Medizin und Ethik“ den Begriff „Sterbebegleitung“ eingeben

[www.betanet.de](http://www.betanet.de)

Suchmaschine für Krankheiten und Soziales. Bei Suche „Sterbebegleitung“ eingeben.

[www.pflege-und-diakonie.de/videos](http://www.pflege-und-diakonie.de/videos)

Video: Als Gast im Hospiz

PALLIATIV  
VERSORGT

## Zu oft noch Glückssache

Wie Schwerstkranke und Sterbende in Deutschland palliativ-medizinisch und hospizlich versorgt werden (sollten). Ein Überblick Von Barbara-Maria Vahl

In Deutschland sterben pro Jahr circa 800.000 Menschen. Geschätzte zehn Prozent von ihnen, also 80.000, benötigen eigentlich eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Tatsächlich aber sind es nur gut 30.000, die am Ende ihres Lebens auf diese sehr professionelle und die Angehörigen entlastende Weise versorgt werden – zu Hause, im Hospiz oder im Pflegeheim.

Nur 15 Prozent der rund 1.670 deutschen Allgemeinkrankenhäuser verfügen über Palliativstationen. In wie vielen der übrigen Krankenhäuser ein multiprofessioneller Palliativdienst eingerichtet ist, wie er für jedes Krankenhaus mit mehr als 250 Betten vorgehalten werden sollte – das betraf etwa 700 Krankenhäuser –, ist nicht bekannt. Auch im sta-

ativmedizin an der Uniklinik Bonn und einer der Pioniere der Palliativversorgung in Deutschland.

Nach Schätzungen sterben um die 50 Prozent der Menschen im Krankenhaus, etwa 30 bis 40 Prozent in einer stationären Pflegeeinrichtung und nur circa 10 bis 20 Prozent zu Hause. Diese Fakten stehen in umgekehrt proportionalem Verhältnis zu den Wünschen der Bevölkerung. Nach Umfragen möchten bis zu 80 Prozent der Befragten zu Hause sterben.

Doch kann die Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren als sehr dynamisch bezeichnet werden, betont Radbruch, der zugleich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist. Das Angebot habe sich zum Teil sprunghaft nach oben entwickelt. Zur Verbesserung der Situation haben sicher die Initiativen und Verbände zur Interessenvertretung Schwerstkranker und Sterbender, die vor allem in den 90er Jahren gegründet wurden, beigetragen, und ebenso Gesetzesänderungen wie etwa der seit April 2007 bestehende Anspruch auf die SAPV. In absoluten Zahlen liest sich das heute so: Palliativ- und Hospizdienste haben sich in Deutschland seit 1996 mehr als verdreifacht. Es gibt rund 1.500 ambulante Einrichtungen. 1996 gab es 30 stationäre Hospize und 28 Palliativstationen. Heute sind es über 200 stationäre Hospize und über 300

Palliativstationen. Im Jahre 2013 liefen schon 241 SAPV-Verträge.

Deutschland hinkte der Entwicklung zunächst hinterher. In Großbritannien und in den USA gab es bereits in den 70er Jahren eine Trendwende im Umgang mit sterbenden Menschen. Cicely Saunders, Leitfigur der Hospizbewegung, gründete 1967 im Südosten Londons das erste moderne stationäre Hospiz weltweit, das St. Christopher's Hospice. Neben ihr zählt die aus der Schweiz kommende US-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross zu den Wegbereiterinnen der Hospiz- und Palliative-Care-Bewegung. Diese kann als Gegenbewegung zum allein auf das Körperliche konzentrierten Umgehen mit dem Sterben verstanden werden, vor allem aber als Reaktion auf eine als unmenschlich wahrgenommene Sterbekultur. Die Hospizbewegung wollte Menschen das Sterben zu Hause ermöglichen und dabei die Würde und die körperlichen und seelischen Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt gestellt wissen.

Die Hospizbewegung war und blieb – mit gegenwärtig 80.000 freiwillig Engagierten – vor allem eine Bürgerbewegung. Daraus erklärt sich das heute sehr uneinheitliche Bild. Die hospizlichen und palliativen Angebote etwa sind je nach regionaler Lage oder Bundesland ungleichmäßig verteilt. Die Organisationsstrukturen sind ohne ein übergrei-



Lukas Radbruch,  
Professor für  
Palliativmedizin,  
will mehr bundes-  
einheitliche  
Regelungen

tionären Palliativbereich ist von einer erheblichen Unterversorgung auszugehen. „Wir haben in Deutschland nach unserer Schätzung noch nicht mal die Hälfte der nötigen spezialisierten Teams und behandeln nicht mal die Hälfte der in Frage kommenden Patienten“, bilanziert Lukas Radbruch, Professor für Palli-



## Verschiedene Angebote

Die wichtigsten Organisationsformen von Hospizangeboten in Deutschland sind nach Christoph Student, Mitbegründer der Hospizbewegung:

- **Ambulante Hospizdienste** mit einem hohem Anteil freiwillig Engagierter
- **Ambulante Palliative-Care-Teams oder Spezialisierte Palliative-Care-Teams**, die die palliative Versorgung zu Hause und in Pflegeheimen sichern
- **Stationäre Hospize**, die meist bis zu zehn Menschen für die letzte Phase ihres Lebens aufnehmen
- **Palliativstationen** in Krankenhäusern

fendes System aufgebaut worden und es gibt eine Vielfalt der Rechtsträger. Die Kirchen haben sich in der Frühzeit der Hospizbewegung – 1970/80er Jahre – voller Skepsis zurückgehalten, aus Sorge, das Sterben werde in Sterbehäuser abgeschoben. Inzwischen sind sie über ihre Wohlfahrtsverbände sehr engagiert und prominent vertreten, Caritas und Diakonie tragen insgesamt circa 55 Prozent der stationären Hospize. Typisch in dieser „bunten Landschaft“ sind „Mischträgerschaften“, in denen katholische und evangelische Träger mit privaten Vereinen, Stiftungen und Ähnlichem zusammenarbeiten.

Die Versorgungsunterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern gleichen sich inzwischen recht gut an, beobachtet Lukas Radbruch. Schwieriger ist es mit dem Unterschied zwischen Stadt und Land. Während etwa 35 Prozent der ambulanten Hospizdienste für Erwachsene in mittelgroßen Städten anzutreffen sind, sind es im ländlichen Bereich nur 17 Prozent. Wie gut ein Schwerstkranker oder Sterbender in einer ländlichen Region versorgt wird, hängt vom Zufall ab, das heißt der lokalen Versorgungsstruktur.

Im niedersächsischen Landkreis Gifhorn zum Beispiel läuft es vorbildlich. Dort haben Ärzte 2007/2008 einen Palliativ-Verein ins Leben gerufen. Dieser versorgt heute mit zwölf niedergelassenen Hausärzten, die zugleich Palliativmediziner sind, und einem angegliederten Palliativ-Care-Team alle schwerstkranken Patienten, die zu Hause leben. „Im ambulanten Bereich sind wir überdurchschnittlich versorgt“, sagt die Palliativärztin Dr. Monika Kuba und betont: „Wir haben extrem gut ausgebildete Palliativ-Care-Kräfte – Krankenschwestern und Altenpfleger, die einen Großteil der Arbeit leisten und sehr gut mit den Ärzten vernetzt sind.“ Zusätzlich zum hausärztlichen Notdienst haben die Pfleger und und Ärzte einen 24-Stunden-Dienst. Wöchentlich wird gewechselt. Für die Patienten habe diese Versorgung

große Vorteile, sagt Kuba: „Wir erheben seit 2008 eine Statistik und können sehen, dass 70 Prozent der im Palliativnetz eingeschriebenen Patienten zu Hause versterben und 20 bis 30 Prozent in Einrichtungen, vor allem im Hospiz oder auf der Palliativstation. Nur noch selten – in knapp zehn Prozent der Fälle – sterben Patienten in Akutkrankenhäusern.“ Die Wunschvorstellung der bundesdeutschen Mehrheit ist hier also Realität.

Man befinde sich derzeit „an der Schwelle von der Pionierphase zur Regelversorgung“, beschreibt Radbruch die aktuelle Situation. Und da gelte es zum Beispiel „auf Vereinheitlichung hinzuwirken“: Mehr bundeseinheitliche Regelungen, weniger Unterschiede nach KV-Bezirk oder Bundesland, dabei sollten die gewachsenen Strukturen berücksichtigt werden. Auch müsse die palliative Versorgung in vielen Fällen erheblich früher hinzugezogen werden, denn das erhöhe die Lebensqualität der Patienten und verlängere nicht selten ihr Leben. Es gebe Standards, aber diese würden oftmals – aus Unkenntnis der Ärzte – auch in Kliniken nicht eingehalten. Für Hausärzte, die eine „Türöffnerfunktion“, haben, sei es ebenso wichtig, dass sie selbst gut über die Angebote informiert sind. Als weiteres Ziel nennt Radbruch, Palliativversorgung als Pflichtfach in die Pflegeausbildung aufzunehmen.

Die aktuellen Diskussionen um den assistierten Suizid geben der Debatte um Hospizversorgung und Palliative Care Rückenwind, stellt Radbruch fest. Auch er spricht sich ausdrücklich für etwas aus, das Eva Ceasar, Fachreferentin für Hospiz und Palliative Care bei der Diakonie Deutschland, so formuliert: „Es muss darum gehen, die hospizliche Haltung weiter zu fördern und zu stärken, so dass Krankheit, Sterben und Tod wieder mehr Teil des Lebens werden und in ihrer Selbstverständlichkeit auch zum Leben gehören. Alte, schwerstkranken und sterbende Menschen müssen getragen und aufgefangen werden. Da sind wir alle gefragt.“ ■

STERBEN IM  
HEIM

## Lernen, die Menschen gehen zu lassen

Altenheime, so heißt es oft, sind ein denkbar schlechter Ort zum Sterben. Doch immer mehr Einrichtungen bemühen sich um eine gute Begleitung am Lebensende

Von Beate Kroll



Raum zum Gedenken an verstorbene Bewohner in einem Seniorenheim

Im Büro von Anke Brauer sitzt ein rosa Hase. Mit seinen langen Schlappohren und dem flauschigen Fell sieht er aus wie ein normales Stofftier. Doch das ist er nicht. „Hasi“ hat vor ein paar Wochen eine Bewohnerin des Evangelischen Seniorenzentrums „Willi Kupas“ beim Sterben begleitet. „Sie hat ihn nach dem Snoezeln einfach nicht mehr hergegeben und starb mit ihm im Arm“, erzählt Anke Brauer, die das Seniorenzentrum leitet. Die gelernte Krankenschwester und ihr dreiköpfiges Führungsteam können viele solcher berührenden Geschich-

ten erzählen. In dem rot geklinkerten Haus in Wittenberge in der Prignitz wird jeder Sterbende individuell begleitet. Das heißt, dass die Menschen das bekommen, was sie brauchen und sich wünschen: einen freien Blick durchs Fenster, die Lieblingsmusik, jemanden, der ihre Hand hält, eine gute Palliativversorgung. Es ist auch schon Bier durch eine PEG-Magensonde geflossen.

Anke Brauer und ihr Team sind zu Recht stolz auf ihre Sterbebegleitung, die sie in jährlichen Fortbildungen stets aufs Neue im Bewusstsein ihrer 65 Pflegekräfte verankern. Viele andere Altenheime sind nicht so weit. André Krell, der eine Pflegeeinrichtung geleitet hat, bevor er vor 15 Jahren den Elisabeth Hospizdienst der Stephanus-Stiftung in Berlin aufbaute, erlebt das immer wieder. „Die Pflegekräfte bagatellisieren das Sterben oft. Wenn ein Bewohner den Wunsch äußert zu sterben, heißt es schnell: ‚Ach, reden Sie doch nicht vom Sterben, das Wetter ist so schön.‘“

Tatsächlich spüren Menschen meist sehr genau, wann ihr Leben zu Ende geht – selbst wenn sie dement sind. Viele verweigern dann das Aufstehen und das Essen. Wenn Pflegekräfte oder Angehörige sie trotzdem in den Garten schieben

oder ihnen einen Löffel mit Brei in den Mund drücken, verhindern sie ein würdevolles Sterben. Im schlimmsten Fall rufen sie noch den Notarzt, der verpflichtet ist, den Tod zu verhindern. Dann werden Sterbende ins Krankenhaus gebracht.

Um dieser „Gewalt“ ein Ende zu setzen, fordert André Krell flächendeckende Schulungen zur Sterbebegleitung. In solchen Kursen, die zwischen einer und vier Wochen dauern, lernen Heimleiter und Pflegekräfte die Signale von Sterbenden und körperliche Sterbesymptome kennen, und sie üben, wie sie Angehörige vom Füttern abhalten oder davon, den Notarzt zu rufen. Zudem erfahren sie, wer ihnen außerhalb der Einrichtung zur Seite steht. Dazu gehören die unentgeltlich arbeitenden ambulanten Hospizdienste sowie die Leistungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), auf die jeder Sterbende einen Rechtsanspruch hat. „Die Pflegekräfte müssen nicht unbedingt selbst am Bett sitzen“, sagt André Krell, „aber es braucht einen Plan und jemanden, der die Sterbebegleitung koordiniert.“

Anke Brauer und ihr Leitungsteam haben entsprechende Strukturen geschaffen. Bei Dienstübergaben und Teambesprechungen tauschen sich die Mitarbeitenden auch über etwaige Sterbesignale aus. Gibt es diese, folgt ein Beratungsgespräch mit den Angehörigen und dem Bewohner beziehungsweise der Bewohnerin, sofern diese dazu in der Lage sind. Dabei entsteht ein Plan für das weitere Vorgehen.

Je nach Bedarf werden dann die Netzwerkpartner aktiviert: Das Seniorenzentrum arbeitet mit einem ambulanten Hospizdienst, zwei Palliativmedizinerinnen und einem Onkologen zusammen, die wiederum engen Kontakt zu den entsprechenden Hausärzten halten. Dazu kommt ein Kooperationsvertrag mit einer Apotheke, die Medikamente besorgt und in Vorleistung geht. „Wenn alles Hand in Hand geht, muss man für eine

Sterbebegleitung nicht immer viel Geld in die Hand nehmen“, sagt Anke Brauer. Gleichwohl deckt auch in Wittenberge der Pflegesatz nicht immer alles ab.

Die Diakonie hat deshalb in ihrem Positionspapier zur palliativen Versorgung in Pflegeeinrichtungen eine „regelmäßige Finanzierung“ von Schulungs- und Dienstausfallzeiten gefordert, auch der organisatorische Mehraufwand soll abgegolten werden. Außerdem weisen die Autoren darauf hin, dass in manchen Regionen ambulante Hospizdienste und SAPV-Teams fehlen. „Wenn eine würdevolle Sterbekultur politisch gewollt ist, muss man auch die Kosten tragen“, sagt Manfred Carrier, Referent im Arbeitsfeld stationäre und teilstationäre Altenhilfe und Pflege, der das Positionspapier mit erarbeitet hat.

Auch die Heimleiterausbildung lässt bislang einiges zu wünschen übrig. Katrin

Müller, Leiterin des Seniorenzentrums „Am Bürgerpark“ im Berliner Bezirk Pankow, hat ihre Ausbildung vor anderthalb Jahren abgeschlossen, „Sterbebegleitung spielte keine Rolle“, sagt sie. Weil sie gelernte Altenpflegerin ist und ehrenamtlich im Hospiz gearbeitet hat, kümmert sie sich als Leiterin trotzdem darum. Einige Mitarbeiterinnen haben eine palliative Ausbildung absolviert. Der ambulante Hospizdienst und das SAPV-Team werden als Bereicherung und Entlastung und nicht mehr als Eindringlinge empfunden, und außerdem ist Müller mit dem Caterer im Gespräch, um Essenswünsche von Sterbenden leichter erfüllen zu können.

Und sie hat das Sterben sichtbar gemacht. Am Ende des Wintergartens, der zwei der drei Häuser miteinander verbindet, steht ein schmiedeeiserner Ständer mit einer Bibel und Kerzen, dahinter eine Holzkommode mit einem aufgeschla-

genen Erinnerungsbuch und einer Pieta. Wenn ein Bewohner stirbt, stellen die Pflegekräfte eine Kerze vor seine Zimmertür. Auch Aussegnungen und Andachten hat die Heimleiterin eingeführt. Seitdem sprechen Bewohner und Angehörige sie häufiger auf das Sterben an. Das Tabu bröckelt.

Um die Sterbebegleitung weiter zu verbessern, wünschen sich Katrin Müller und Anke Brauer aber auch verbindliche Patientenverfügungen. Nicht immer gibt es Angehörige, und nicht immer ist es mit Hilfe von Biografiearbeit möglich, herauszufinden, was dem Sterbenden guttut. Denn oft gehen die Menschen erst in eine Pflegeeinrichtung, wenn es gar nicht mehr anders geht.

Der Grund dafür liegt nicht zuletzt in der Angst, dort nicht in Würde sterben zu können. Eine Angst, die leider noch immer berechtigt ist. ■

Anzeige

# Aktuelle Fachliteratur bei Kohlhammer

Hanns-Stephan Haas/Dierk Starnitzke (Hrsg.)

Neu!

## Diversität und Identität

Konfessionsbindung und Überzeugungspluralismus in caritativen und diakonischen Unternehmen

2015. 263 Seiten. Kart. € 29,99 ISBN 978-3-17-029057-0

DIAKONIE, Band 14

Durch die fortschreitende Pluralisierung und Säkularisierung der Gesellschaft stellt sich für konfessionell gebundene Unternehmen die Frage, wie sie ihre christliche Identität bewahren und auf dieser Basis einen bereits begonnenen Wandlungsprozess im Bereich der Personalentwicklung aktiv weiter gestalten können. Die Gewinnung von Fachkräften ist insbesondere für Unternehmen aus Diakonie und Caritas eine zunehmende Herausforderung, da die Rekrutierung von qualifiziertem Personal mit der Kirchenmitgliedschaft an zusätzliche Bedingungen geknüpft ist. Die Thesen des Brüsseler Kreises stellen hier einen neuen Ansatz vor, der im vorliegenden Band entfaltet wird. Kernpunkt der Argumentation ist die Überzeugung, dass die konfessionelle Profilierung eine unternehmerische Aufgabe ist und keine individuelle Bedingung an die Mitarbeitenden.



Jens Kramer

Neu!

## Diakonie inszenieren

Performative Zugänge zum diakonischen Lernen

2015. 237 Seiten. Kart. € 29,99 ISBN 978-3-17-026283-6

DIAKONIE, Band 15

Diakonisches Lernen und Performative Religionsdidaktik weisen Strukturanalogien auf. Bislang wurde diakonisches Lernen meist auf Praxisprojekte/Praktika verengt. Die Performative Religionsdidaktik dagegen zielt auf eine inszenierungsspezifische Weitung des diakonischen Lernens. So wird in Aufnahme des Diskurses zur Performativen Didaktik insbesondere der Inszenierungsbegriff entfaltet, um deutlich zu machen, wie diakonisches Handeln in diakonischen Lernprozessen didaktisch inszeniert werden kann. Des Weiteren wird nach der Entstehung von Empathie durch die Ausbildung von Narrationen gefragt. Diakonisches Handeln ist Handeln in körperlichen Ausdrucksformen – diakonisches Lernen besteht darum in der didaktischen Inszenierung diakonischer Gesten.



Michael Frieß

Neu!

## Sterbehilfe

Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe

2010. 176 Seiten. Kart. € 22,90 ISBN 978-3-17-021508-5

Aktive Sterbehilfe als Ausdruck gläubigen Vertrauens? Die großen Kirchen in Deutschland sind sich in ihrer strikten Ablehnung einer Liberalisierung der Sterbehilfe einig. Umso augenfälliger ist es, dass diese Position von vielen Christen und von anderen Volkskirchen in Europa nicht geteilt wird. Diskutiert wird über das umstrittene Vorbild anderer europäischer Staaten und darüber, ob gesetzliche Neuregelungen auch in Deutschland notwendig sind. Frieß beschreibt die zentralen Positionen in den juristischen und theologischen Kontroversen. Er deckt Inkonsequenzen auf und hinterfragt kritisch die ablehnenden Stellungnahmen der Kirchen. Schließlich denkt er Argumentationslinien konsequent weiter, an deren Ende ein christlich begründetes „Ja“ zur Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe stehen kann.



Leseproben und weitere Informationen unter [www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)

MITARBEI-  
TENDE

## Eine wie Lena



Daniela Kiefer-Fischer ist Diakonieschwester im Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf, Hospizfachkraft Pflege und Trainerin für Palliative Care Kurse

Viele Pflegekräfte sind engagiert und wollen Sterbende gut begleiten – auch jenseits der Palliativstationen. Es darf nicht sein, dass sie mit diesem Anspruch gegen eine Wand laufen

Werden Menschen gefragt, wo sie ihr Leben abschließen möchten, antworten 80 Prozent: „Zu Hause.“ Welche Sehnsucht verbinden wir mit diesem Begriff? Wohl die, an einem Ort zu sterben, an dem ich verstanden werde, wo ich mich wohlfühlen kann und geborgen weiß. Wo ich so sein darf, wie ich gerade bin, mit allem, was mich als Mensch ausmacht. Und wo ich als dieser gesehen werde. Umgeben von Menschen, denen ich wertvoll bin.

Dennoch sterben die meisten von uns in Einrichtungen. Versorgt von Menschen, die dort in diesem Moment die Sorge tragen für diesen Lebensabschnitt „Sterben“.

Die Wurzeln der Hospizbewegung gehen auf den Anspruch zurück, freundschaftliche Sorge zu tragen für einen Menschen in Lebensnot und Sterbe-Zeit. Ihm Begleitung zu schenken und da zu sein, als der, der ich bin: Mitmensch – Mitarbeiter, egal welcher Profession.

Es stirbt nicht nur der Körper. Sterben betrifft den ganzen Menschen: den Leib, den Geist und die Seele. Das ganze Leben geht zu Ende und muss abgeschlossen

werden. Nur mit dieser Perspektive kann eine Betrachtung von „Sterbebegleitung“ gelingen.

Es gilt kritisch wahrzunehmen, ob sich dieser Prozess an Dokumentationsstandards halten kann, an Dienstpläne der sozialen Betreuung und Vorstellungen in guten Konzepten. Es braucht Raum für Vertrauen und Geborgenheit, Sicherheit und Empathie, Wertschätzung und Selbstreflexion. Es braucht Menschen mit Hand und Fuß, die präsent sind.

Nur: Es gibt heute Vorgaben, die manche dazu zwingen, die Akten besser zu pflegen als den Menschen. Solange wir an den ausgefüllten Formularen unsere Pflege- und Versorgungsqualität ermessen, wird sich leider nicht viel bewegen.

Ich treffe Lena wieder, eine junge Altenpflegerin und ehemalige Praktikantin im stationären Hospiz. Neugierig sitzt sie mir in den Reihen der Teilnehmerinnen einer 40-Stunden-Basis-schulung gegenüber, das Thema ist „Hospiz und Palliative Care in der Alten-

hilfe“. Sie erhofft sich viele Impulse für ihren Alltag in einer stationären Altenhilfeeinrichtung. Mehr noch: Sie braucht dringend welche. Denn zurzeit macht sie eine Überstunde nach der anderen. Damit sie ihr Tagespensum schafft, erzählt sie, komme sie regelmäßig eine Stunde früher zum Frühdienst. Gespräche und „Extras“ hänge sie hinten dran. „Wie lange ich das durchhalte, weiß ich nicht.“

„Ich weiß nicht, wie lange ich das so durchhalte“

Denn trotz aller Anstrengungen bleibt das Gefühl der Insuffizienz.“

Die Einrichtung würde von diesem besonderen Engagement leben, sagt Lena. Und sie selbst weiß nicht, wie sie es anders hinkriegen könnte: „Ohne diese Extrazeit würde es für die Bewohner und mich nicht gehen. Die Menschlichkeit kommt mir zu kurz, und ich möchte einfach für die Bewohner da sein.“

So wie Lena geht es vielen anderen Pflegekräften. Sie kommen hochmoti-

viert in die Schulungen zur Palliativpflege, saugen Wissen und Informationen auf, arbeiten an Fallbeispielen, üben die Selbstreflexion. Zurück im Alltag auf den Stationen und in Wohnbereichen setzen sie sich dann oft unter Druck, nun auch schnell das palliative Konzept umzusetzen und sich um die Entwicklung des Teams zum Thema zu kümmern.

Es frustriert sie, wenn sie merken, wie schwer das ohne zeitliche Freiräume ist. „Ich würde so gerne mehr für die Bewohner tun und mehr von dem Gelernten umsetzen. Aber das geht nicht auf Dauer.“ Ich spüre und höre die hohe Verbindlichkeit, Verantwortungs- und Leistungsbereitschaft in diesen Aussagen. Nicht wenige suchen nach neuen Perspektiven: „Die Bewohner wissen doch, dass wir eigentlich keine Zeit für sie haben. Am liebsten würde ich ins Hospiz gehen. Da stimmen das Team und der Personalschlüssel.“

Zukunftsberuf Pflege? Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Altenpflegeberuf tauchen in der Statistik des neuesten Depressionsatlas der Techniker Krankenkasse weit vorne auf. Qualifikation hilft hier nur begrenzt, aber ohne die Ressource Fachwissen brennt der Einzelne noch schneller aus. Und die Motivation steigt nach dem Besuch der Palliative Care Kurse erheblich.

Als Referentin habe ich bei solchen Veranstaltungen auch die Möglichkeit, elementare Wertschätzung zu üben für das Engagement, das die Kolleginnen und Kollegen jeden Tag neu in die Welt der Verwirrten und Sterbenden bringen. Nur durch dieses Engagement funktioniert das System Pflege überhaupt noch in den Krankenhäusern, in ambulanten Diensten und in den Pflegeheimen.

Es ist wichtig, alle Mitarbeitenden anzuzuregen, sich dem Thema „Sterben“ zuzuwenden. Nicht jeder bringt die Bereitschaft von Haus aus mit, sich damit auseinanderzusetzen. Oft entsteht im Laufe der Berufstätigkeit eine Art Schutzhaltung, um im Alltagsbetrieb zu überleben und die vielen Eindrücke nicht ganz

so nah an sich heranzulassen. Vor diesem Hintergrund ist zu beachten: In der zunehmenden Professionalisierung von Palliative Care liegt durchaus die Gefahr des „Spezialistentums“ in der Sterbebegleitung. „Da kommen die Kollegen auf mich zu und sagen, ich soll das mal regeln, ich hätte ja den Kurs gemacht“, erzählen mir ehemalige Teilnehmerinnen wie Lena: „Ich müsste das jetzt mit den Angehörigen besprechen und in Ordnung bringen.“

Aber wo bleiben bei einer solchen Arbeitsteilung die „ungelernten Kräfte“ mit ihren Emotionen, und mit ihrer Bindung zu dem Patienten oder Bewohner? Gerade diese Mitarbeiter sind oft nahe am Menschen und erleben diese letzte Lebenszeit intensiv mit.

Wollen wir das Sterben auch im Krankenhaus nur noch auf „schöne“ Palliativstationen verlegen? Mit Farbkonzept und Klangschale, mit engagiertem Fachpersonal, Supervision und guter Personaldecke? Was ist mit den vielen Abschieden und Trauernden auf onkologischen, chirurgischen, pneumonologischen, inneren und Intensivstationen? Gilt dort Therapie und Kostenkalkulation bis zum letzten Atemzug?

Der Patient im Endstadium seiner Krankheit wird selten befragt, wo sein Platz für den „Heim-Gang“ sein soll. Diese so wichtige Zeit des Lebens und Sterbens wird nicht selten fremdbestimmt, weil wir ja als Profis meinen, es „besser“ zu wissen.

Die Mitarbeitenden aus allen Bereichen, besonders der Pflege, werden nicht selten mit existenziellen Fragen konfrontiert und um Antworten gebeten. Sei es mit oder ohne palliative Weiterbildung: Trauen wir uns zu, eine sorgende, freundschaftliche, also hospizliche Haltung diesen Suchenden gegenüber zu entwickeln, mit ihnen zu beraten, zuzuhören und Fragen zu stel-

len! Das braucht Raum und die Bereitschaft, Ich zu sein in diesem Moment: Sterben betrifft den ganzen Menschen und fordert mich als Mitarbeiterin auch als ganzen Menschen heraus: mit Leib, Seele und Geist.

Wünschen wir uns nicht auch ein Gegenüber, das mit uns das Schwachwerden, das Sterben aushalten kann? Treibt uns nicht Angst in die Diskussion um den assistierten Suizid? Angst, ausgeliefert, abhängig, nicht gesehen und vergessen in einem unpersönlichen Zimmer zu liegen, von Gott und der Welt vielleicht

Es braucht keine Spezialisten  
in der Sterbebegleitung,  
sondern „ganze Menschen“,  
die einfach da sind

schon abgeschrieben und als Last gesehen? Wollen wir nicht auch unser Leben gewürdigt sehen und wertgeschätzt wissen - mit dem, was es in kürzerer oder längerer Lebenszeit für uns war?

Ich wünsche mir auch für mich noch Menschen wie Lena, die, wenn es für mich soweit sein wird, da sein und bleiben werden und meine Sprache verstehen. Sorgen wir heute dafür, den Pflegeberuf attraktiv zu halten, mit Arbeitsbedingungen, die würdig bleiben für beide Seiten.

Menschen, die Sterbende begleiten, leisten auch eine spirituelle Arbeit. Um eine hospizliche Haltung zu entwickeln und die notwendige palliative Kompetenz zu erwerben, müssen die angemessenen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Teilen wir öffentlich mit, was es bedeutet, da zu sein, wo auch immer Menschen Durstgefühl, Angst und Unruhe, Schmerzen und Trauer im Sterben erleben. Bleiben wir dabei ganzer Mensch und vertrauen darauf, dass, wenn wir nur ein Glas anstoßen, auch viele andere zum Schwingen kommen. ■


 STERBE-  
HILFE

# „Es ist nie der richtige Weg, sich zu töten“

Der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Heinrich Bedford-Strohm, tritt für klare strafrechtliche Regelungen bei organisierter und kommerzieller Sterbehilfe ein Interview: Barbara-Maria Vahl

Herr Bedford-Strohm, Sie haben sich in Interviews mehrfach dafür eingesetzt, das Tötungstabu aufrechtzuerhalten – was alles ist damit gemeint?

Tötungstabu heißt, dass wir tief in uns verwurzelt wissen, dass es nicht richtig ist, andere Menschen zu töten. Für Christinnen und Christen spielt dabei natürlich das Gebot „Du sollst nicht töten“ eine ganz zentrale Rolle. So müssen wir in der aktuellen gesellschaftlichen Debatte deutlich sagen: Töten darf keine „normale Option“ sein. Auch die Selbsttötung darf nichts sein, was durch öffentlich verbreitete Serviceangebote oder ärztliche Regelleistungen unterstützt wird. Und genau das ist der Fall, wenn Sterbehilfe-Organisationen Beihilfe zum Suizid organisieren oder gar kommerziell anbieten.

Zugleich hat der Rat der EKD in seiner Orientierung von 2008 die Notwendigkeit einer ausgeprägten Kontextsensibilität hervorgehoben: Wenn ein Einzelner in leidvoller Situation zur Entscheidung gelangt, sein Leben beenden zu wollen, und ein Dritter ihm dabei hilft – womöglich gegen eigene Überzeugung –, so ist das zu respektieren. Wenn ein Mensch zu der Überzeugung gelangt, sein Leben beenden zu wollen, müssen wir alle Anstrengungen unternehmen, um ihm wieder Mut zum Leben zu machen. Menschen, die suizidal sind, brauchen entweder medizinische Hilfe,

oder sie brauchen eine Begleitung, die ihnen wieder Mut zum Leben gibt. Dass es Situationen geben kann, in denen Menschen andere, ihnen nahestehende Menschen begleiten, die sich das Leben nehmen wollen, und darüber in Gewissensnöte kommen, ist nie auszuschließen. Aber ich sage noch einmal in aller Deutlichkeit, dass das nie zu der Annahme führen darf, es sei der richtige Weg, sich zu töten oder die Mittel institutionell bereitzustellen beziehungsweise Beihilfe dazu zu leisten.

Seit November 2014 liegen Gruppenanträge der Bundestagsabgeordneten über eine Regulierung der Beihilfe zum Suizid vor. Würden Sie etwas am bestehenden Strafrecht ändern wollen?

Ich trete in der Tat ein für ein umfassendes Verbot der organisierten und der kommerziellen Sterbehilfe. Ich glaube, dass es falsch ist, wenn immer mehr öffentliche Angebote zur Unterstützung der Selbsttötung gemacht werden. Man muss auf diese Situation reagieren, und das tut der Gesetzgeber, indem er einen Gesetzesentwurf vorlegt, der die organisierte oder kommerzielle Unterstützung des Suizids verbietet. Dass Menschen eine Option angeboten wird, ihr Leben beenden zu lassen oder die eigene Lebensbeendigung organisiert zu bekommen, darf nicht sein. Was die ärztliche Assistenz zum Suizid im Ausnahme- und Ein-

zelfall angeht, bin ich der Meinung, dass die bisherige Rechtslage beizubehalten ist. Es gibt höchst individuelle Grenzsituationen, die rechtlich nicht bis ins Einzelne normiert werden können. Es gibt keinen Anlass, daran zu zweifeln, dass die Ärzte verantwortlich mit dem Thema umgehen. Ich wünsche mir, dass bundesweit einheitlich in den Ärztekammern eine klare Grundorientierung dahingehend gegeben wird, dass es nicht Aufgabe von Ärzten ist, Menschen dabei zu assistieren, ihr Leben zu beenden.

Die Erfahrungen auf Intensivstationen zeigen, dass in den letzten Lebenswochen Apparate und Technik zum Einsatz kommen wie sonst nie zuvor. Wie unethisch ist es, das Letzte aus einem sich dem Ende zuneigenden Leben herausholen zu wollen? Wie sehr kann das gegen die Menschenwürde gehen?

Es ist auf jeden Fall ethisch problematisch, wenn auch aus einer ökonomischen Logik heraus bestimmte Behandlungen weitergeführt werden, obwohl sie eigentlich keinen Sinn mehr machen. Rechtlich problematisch wäre es sogar, wenn sie gegen den Willen des Patienten passieren würden, denn das ist nicht erlaubt. Wir als Kirche haben immer die sogenannte Patientenverfügung unterstützt, weil sie die Gelegenheit gibt, sehr bewusst mit der Frage umzugehen, ob wir eigentlich am Lebensende unser



Heinrich Bedford-Strohm setzt sich seit langem intensiv mit dem Thema Sterbebegleitung auseinander.

Leben endlos hinauszögern wollen oder ob wir sagen: Wir können die Endlichkeit auch annehmen, und wir wollen ab einem bestimmten Punkt keine Behandlungen mehr. Patientenverfügungen sind das richtige Mittel, um das festzulegen. Sie sind auch rechtlich bindend.

Welche Bedeutung hat das Erleiden metaphysischer Schmerzen am Ende des Lebens für den Menschen, etwa das Bewusstsein von Schuld und dass Dinge offengeblieben sind?

Das ist in der Tat etwas, was Menschen quält, zum Beispiel das Gefühl der Unvollendetheit des Lebensbogens. Es kann schwer belasten, wenn Menschen das Gefühl haben, dass ein Vorhaben unausgeführt oder fragmentarisch geblieben ist. Wenn ihnen Schuldgefühle bleiben, die sie nicht losgeworden sind. Dann können qualvolle Gedanken und Gefühle entstehen. Ich habe in meiner Zeit als Gemeindepfarrer aber auch Fälle erlebt, in denen ich mit Sterbenden das Abendmahl gefeiert habe und dann spüren konnte, wie sich Frieden eingestellt hat. Und deswegen ist die Gewissheit, dass wir nicht aus der Geborgenheit Gottes herausfallen, sondern dass die Liebe Gottes stärker ist als die Grenze, die der Tod aufrichtet, für Menschen am Lebensende etwas Wunderbares. Die geistliche Begleitung Sterbender ist eine ureigene Aufgabe der Kirche.

Politik und Kirche sind sich einig, dass die palliative Versorgung in Deutschland erheblich ausgebaut werden muss. Wie optimistisch sind Sie hier?

Ich bin in diesem Falle wirklich optimistisch. Es ist tatsächlich so, dass es die Worte schon lange gibt, Taten jedoch nur langsam folgen. In der aktuellen Debatte spüren die politischen Parteien jedoch alle, dass es um die Glaubwürdigkeit geht. Diese wird verspielt, wenn man jetzt mit guten Gründen die Möglichkeit von organisiertem assistiertem Suizid verbieten und überflüssig machen will, dann aber die Voraussetzung dafür, nämlich die optimale Begleitung am Lebensende, nicht wirklich gewährleistet.

Wie groß ist die Gefahr, dass die Diskussion um Sterbehilfe ein ganz anderes Problem verstellt: Dass in Deutschland circa alle zwei Stunden ein Mensch über 60 durch eigene Hand stirbt?

Vielleicht kann die Diskussion, die wir jetzt führen, dazu beitragen, auch diese Frage mit auf den Tisch zu bringen, die man wahrnehmen muss und die uns Sorge machen muss: dass Menschen, die nicht mehr produktiv sind, Menschen, die das Gefühl haben, sie seien bloß noch ein Kostenfaktor und fallen anderen zur Last, das Gefühl bekommen könnten, ihr Leben habe keinen Sinn mehr. Das ist Spiegel einer gesellschaftlichen Entwicklung, die auf Machbarkeit, auf Effektivität, Wohlstand und Ökonomie ausgerichtet ist. Wir müssen in Erinnerung rufen, dass jeder Mensch in jeder Lebenslage ein gutes Geschöpf Gottes mit Würde jenseits aller Produktivität und ökonomischen Überlegungen ist.

Würde mehr Aufklärung über medizinisch und rechtlich Mögliches, um in Würde zu sterben, helfen, alte Menschen gelassener zu machen?

Ganz bestimmt! Die Umfrageergebnisse, die man unter dem ja sehr diffusen Begriff der Sterbehilfe abfragt, sind zum Teil dadurch verursacht, dass die Men-

schen gar nicht wissen, welche Möglichkeiten und auch Entscheidungsräume es am Lebensende gibt. Aufklärung darüber, welche Möglichkeiten es gibt, am Ende des Lebens physisch wie psychisch, insbesondere auch seelsorgerlich, gut betreut zu werden und keine Schmerzen leiden zu müssen, würde sicher dazu beitragen, die Angst vor dem Sterben zu verringern.

Was alles muss sich an der aktuellen Pflegesituation in Alten- und Pflegeheimen ändern, damit sie nicht auf viele so abschreckend wirken?

Es ist sicher gut, wenn dem Pflegesystem mehr Geld zur Verfügung steht, denn die gute Betreuung der Menschen durch Pflegekräfte kostet natürlich Zeit und damit Geld. Der Pflegeversicherungsbeitrag muss so gestaltet sein, dass wirklich ausreichend Geld vorhanden ist. Das ist Voraussetzung dafür, dass Pflegekräfte sich den ihnen anvertrauten Menschen auch menschlich zuwenden können und Arbeitsbedingungen vorfinden, die diesen Beruf wieder attraktiv machen. Wir haben ja gegenwärtig das Problem, dass es sich viele Menschen gar nicht vorstellen können, diesen Beruf zu ergreifen. Schlechte Arbeitsbedingungen wirken sich langfristig katastrophal auf die Nachwuchsgewinnung und damit auf die Pflege aus. Zu den Verbesserungen, die im Pflegesystem notwendig sind, gehört auch, dass die Palliativmedizin stärker eingesetzt wird. Da hat sich schon ganz viel getan, aber von einer flächendeckenden Palliativversorgung sind wir noch weit entfernt. Ich rechne jedoch damit, dass wir als Folge der aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe endlich einen großen Schritt nach vorn machen. ■

Heinrich Bedford-Strohm:

**Leben dürfen – Leben müssen: Argumente gegen die Sterbehilfe.**

Kösel Verlag München, 2015

Audio-slide-show unter:

[www.diakonie.de/Sterbebegleitung](http://www.diakonie.de/Sterbebegleitung)

## THEOLOGIE

# In unserer Verantwortung

Die Debatte um den assistierten Suizid wirft existenzielle Fragen auf: Wie geht der Mensch mit der von Gott gegebenen Freiheit um?

Von Astrid Giebel

Nach christlicher Auffassung ist das menschliche Leben eine Gabe Gottes. Ihm kommt eine besondere Würde zu, die auch durch körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen nicht relativiert wird. Ein Mensch verdankt sich nicht sich selbst, sondern empfängt sein Leben von Gott, ist von ihm angesprochen und ihm mit seiner Existenz verantwortlich (Gen 3,9ff; 1. Kor 6,19).

Menschen leben in einer unaufheb-  
baren Spannung. Einerseits sind sie  
Geschöpfe Gottes und nicht Selbst-



Astrid Giebel  
ist Theologin im  
Vorstandsbüro  
der Diakonie  
Deutschland,  
Berlin

regenten: Wenn Gott Menschen „ihren Odem nimmt, so vergehen sie und werden wieder zu Staub“ (Psalm 104,29). Zugleich aber hat Gott den Menschen „mit Ehre gekrönt“ (Psalm 8,6) und ihn zur Freiheit berufen (Gal 5,1).

Die Frage des assistierten Suizids berührt Grundfragen des Verständnisses vom Leben und Sterben des Menschen. Der Wunsch eines Menschen, seinem leidvollen Leben ein Ende zu setzen, wirft ethische Konflikte auf zwei Ebenen auf: Zum einen sind da die Gewissenskonflikte der Angehörigen oder Ärzte, die mit der Bitte um Beihilfe konfrontiert sind. Zum anderen gibt es die inneren

Konflikte des Sterbewilligen selbst: Kann ich offen über meine Suizidpläne sprechen? Gar jemanden bitten, bei mir zu sein, wenn ich mein Leben beende? Oder bleibt mir nur der einsame Suizid, oft mit schrecklichen Mitteln?

Berührt wird auch die komplexe Frage nach dem Verhältnis zwischen Recht und Moral. Recht schafft Freiheit, indem es Grenzen setzt. Moral heißt, dass Einzelne für sich entscheiden, was für sie ein gutes Leben ist. In der Moral übersetzt sich Freiheit in Verantwortung. Die entsprechende Entscheidungsinstanz ist das Gewissen. Recht und Moral sind also nicht deckungsgleich. Sie stehen in einem dynamischen Verhältnis zu einander: Je mehr Handlungsspielraum das Recht eröffnet, desto größer der Bedarf an eigener moralischer Urteilsbildung und persönlicher Verantwortung. Je mehr das Recht den Handlungsspielraum begrenzt, desto weniger Raum bleibt der Gewissensfreiheit.

Auch in der Debatte um den assistierten Suizid geht es darum, wie viel Spielraum dem Gewissen der Gesellschaftsmitglieder eingeräumt und was für alle rechtsverbindlich geregelt werden soll. Aus evangelischer Sicht geht es nicht darum, sich im Konflikt zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung auf die eine oder andere Seite zu schlagen. Vielmehr müssen sowohl das Prinzip des Lebensschutzes als auch das Prinzip der Autonomie – gemeinsam mit einem dritten Prinzip, dem der Fürsorge – bei jeder

Entscheidung berücksichtigt werden. Es geht nicht einfach um den Schutz des biologischen Lebens, sondern um Lebensgeschichte. Autonomie meint nicht völlige Unabhängigkeit. Im Gegenteil: Wir bilden unseren autonomen Willen immer in einem Beziehungsgefüge. Sowohl persönliche Beziehungen als auch gesellschaftliche Bedingungen haben Einfluss auf unsere Entscheidungen.

Für die aktuelle Debatte heißt das: Sterbehilfe ist keine rein persönliche oder individuelle ethische, sondern eine gesellschaftliche und soziale ethische Frage. Gerade weil Selbstbestimmung am Ende des Lebens ernst genommen werden soll, muss der soziale Kontext so gestaltet sein, dass Menschen diese existenzielle Herausforderung gut bewältigen können. Gesellschaft und Staat stehen in der Verantwortung, durch gute flächendeckende Palliativversorgung und Suizidprävention Bedingungen zu schaffen, die Menschen wirkliche Optionen eröffnen und sie nicht in Sterbewünsche drängen. Assistierter Suizid darf nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden, etwa durch Suizidbeihilfe-Vereine. Es entspricht aber einem evangelischen Verständnis von Autonomie, dem Gewissen des Einzelnen in extremen Ausnahmefällen Spielraum einzuräumen. Autonomie heißt, mit der von Gott geschenkten Freiheit verantwortlich umzugehen, heißt, Verantwortung für sich selbst und für andere zu übernehmen. ■

„Mein Beruf ist, die Würde  
des Menschen zu pflegen.“

Eine unserer rund  
450.000 Mitarbeitenden:  
Sabrina Reuss,  
Pflegefachkraft im  
Pflegezentrum Main-  
insel/Schweinfurt

Erfahren Sie mehr über  
die Mitarbeitenden  
der Diakonie und ihre  
vielfältigen Leistungen  
auf [www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

## Impressum

**Herausgeber:** Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin, Telefon: (030) 65211-0  
**Redaktion:** Andreas Wagner (Chefredaktion), Barbara-Maria Vahl, Telefon: (030) 65211-1116, [redaktion@diakonie.de](mailto:redaktion@diakonie.de)  
**Verlag:** Hansisches Druck- und Verlagshaus GmbH, Emil-von-Behring-Straße 3, 60439 Frankfurt/Main, Geschäftsführer: Jörg Bollmann, kaufmännische Verlagsleitung: Bert Wegener, Layout: Hansisches Druck- und Verlagshaus GmbH  
**Anzeigen:** m-public Medien Services GmbH, Zimmerstraße 90, 10117 Berlin, Telefon (030) 32 53 21-433, Mediaberatung: Kristin Brill, E-Mail: [brill@m-public.de](mailto:brill@m-public.de). Zzt. gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3 vom 1.1. 2015.  
**Druck:** Strube Druck & Medien OHG, 34587 Felsberg  
Das Diakonie magazin speziell erscheint unregelmäßig.  
ISSN: 1864-1628

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und Internet nur mit Genehmigung des Herausgebers.

### Bezugs- und Lieferbedingungen:

Das Diakonie magazin speziell 2015 kann zum Preis von 0,50 Euro (incl. MwSt.) pro Exemplar zzgl. Versandkosten mit Artikelnummer 612 102 035 bestellt werden bei: Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V., Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen, Telefon: (0711) 2159-777, E-Mail: [Vertrieb@diakonie.de](mailto:Vertrieb@diakonie.de)



Mehr als 19.000 Mitarbeitende.  
Rund 750.000 Patienten jährlich.  
3.000 Wohn- und Pflegeplätze.  
Über 100 Einrichtungen deutschlandweit.  
Größter diakonischer Dienstgeber.



## Gesundheit und Pflege Mit Liebe zum Leben

Als christlicher Gesundheitskonzern behandelt und betreut AGAPLESION Menschen in allen Lebensphasen. Wir bieten fortschrittliche Medizin und exzellente Pflege auf der Basis christlicher Werte. Und genau das macht den Unterschied.

Mit innovativen Konzepten entwickeln wir das Gesundheitswesen der Zukunft. Auf unserem Querdenker Kongress untersuchen wir, was wir dabei von anderen Branchen lernen können.

[www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de)

Anmeldung und Infos:  
[querdenker@agaplesion.de](mailto:querdenker@agaplesion.de)  
T (069) 95 33 - 94 17  
Teilnahmegebühr: 500 € + MwSt.

 **AGAPLESION**  
**Querdenker**  
Kongress 2015

# VORHANG AUF!

Hier gibt's was zu entdecken!

- Sicherheit im OP
- Wohlfühlen wie im Grand Hotel?
- Wertschöpfungsketten beherrschen
- Big Data und Epidemiologie
- Roboter als Operateure
- Zukunft und Ethik



23. und 24. April 2015  
[www.agaplesion-querdenker.de](http://www.agaplesion-querdenker.de)

