

schöner leben ...

bis zuletzt

Jahrgang 2024





Gutes Tun. Leichter als man denkt.

Deutsches Stiftungswerk gGmbH

Stiftungsberatung & Management

Gutes Tun durch Engagement ist eine wichtige Grundsäule unserer Demokratie. Vielleicht bewegt auch Sie die Idee eine Stiftung zu gründen? Wir blicken auf eine mehr als 15jährige Stiftungsexpertise zurück. Mit kompetenter Unterstützung gelingt die Gründung leichter als man denkt.

Die Deutsches Stiftungswerk gGmbH unterstützt Stifterinnen und Stifter von der Idee zur Realisierung bis hin zur Nachlassverwaltung. Wir übernehmen auch Ihre Testamentsverwaltung. Die Vergütung hierfür kommt gemeinnützigen Aufgaben zu Gute.

Gemeinsam mit unseren Partnern fördern und entwickeln wir Projekte und Angebote, für Privatpersonen, Unternehmen, Non-Profits und andere beim Start oder der Umsetzung ihres Engagements.

Unser exzellentes Netzwerk bietet eine hohe Qualität und Antworten auch auf ungewöhnliche Fragen.

Wir sind Ihr Partner für ...

... Ihre Stiftungsidee:

Entwicklung und Präzisierung
Anerkennung der Gemeinnützigkeit

... Ihre Stiftungsverwaltung:

Organisation
Kontoführung
Spendenverwaltung
Projektentwicklung
Jahresabschluss
Rechenschaftsbericht

Unsere Besonderheit: Wir sind eine 100%ige Non-Profit-Organisation.

Alle Erträge des Deutschen Stiftungswerk gGmbH kommen gemeinnützigen Aufgaben der bundesweiten Hospizarbeit und Palliativversorgung zugute.

Wir (i)eben als Ihr Dienstleister schlanke und kreative Lösungen.

Geschäftsführer: Dr. Thomas Sitte
info@stiftungswerk.org
0661 4802 7595

Postanschrift:
Deutsches Stiftungswerk gGmbH
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zu Beginn des Jahres 2023 gaben wir den ersten Band „schöner leben ...“ heraus. Ein Versuch, der zunächst auf ein Jahr angelegt war. Und sich jetzt verstetigt.

Natürlich waren die Ausgaben nicht gleich perfekt. Das ist „schöner leben ...“ auch heute noch nicht. Aber die Hefte wurden schnell besser. Insbesondere, nachdem Hans Peter Janisch als versierter Zeitungsmacher das Layout passend mit dem Inhalt abstimmt und wir mit zunehmender Bekanntheit immer mehr exzellente „Zuarbeiter“ für die Inhalte fanden.

Die Artikel der einzelnen Bände haben nur teils einen aktuellen Bezug. Das meiste ist zeitlos wichtig. Deshalb geben wir jetzt den zweiten Jahresband zum Nachlesen, Stöbern, Weitergeben heraus. Er enthält wieder die vier Ausgaben aus 2024 teils leicht überarbeitet. Das Bessere ist bekanntlich der Feind des Guten. Hier und da fanden fleißige Leser noch Druckfehler, die Sie hier nun hoffentlich nicht mehr finden.

Dinge, deren Relevanz besonders im zeitlichen Bezug lag, haben wir so belassen wie sie waren. Denn auch diese „überholten“ sind meist für die Leser noch interessant. Dies waren die Themenschwerpunkte der vier Bände 2024:

Band 5 „Loslassen. Sterben zulassen. Wie geht das in der Praxis?“

Band 6 „Kleine Patienten. Kinderhospiz und Kinderpalliativ.“

Band 7 „Pflege im Alter – Daheim oder im Heim?“

Band 8 „Bestattungen – Ein aussterbendes Kulturgut“

Alle zusammen finden Sie jetzt in dieser Ausgabe.

Wenn der Sammelband Ihnen gefällt, können Sie auch den Jahresband 2023 noch bei der Deutschen PalliativStiftung nachbestellen. Und natürlich auch noch weitere Exemplare des Jahresbandes 2024.

Und natürlich gibt es schon einen Plan für 2025:

Band 9 Hospiz & Palliativ, wer macht was?

Band 10 Ernährung. Hohe Kunst oder nur Nährstoffaufnahme?

Band 11 Leiden lindern. Möglichkeiten und Grenzen.

Band 12 Tötungshilfe. Aktueller Stand, Rückblick und Ausblick.!

Und wie immer gilt: Wir lesen gerne Ihre Rückmeldungen und Kritiken und freuen uns ganz besonders übers Mitmachen, mit guten Ideen, Texten, Fotos, ...

Werden und bleiben Sie bitte palli-aktiv.

Herzliche Grüße, Ihr

Thomas Sitte



In jedem Heft „schöner leben ...“ gab und gibt es ein kleines Preisrätsel.

Für diesen Sammelband haben wir jetzt ein Rätsel aus den vieren gemacht. Einsendeschluss ist der 31.12.2025

Für jedes Rätsel gibt es ein Lösungswort

Heft 2024-1

Heft 2024-2

Heft 2024-3

Heft 2024-4

Wir suchen nun ein Wort mit vier Buchstaben

Ein Tipp: Mit zunehmendem Alter spielen das immer mehr.

Von Ausgabe 1-2024 den **ERSTEN** Buchstaben

Von Ausgabe 2-2024 den **ZWEITEN** Buchstaben

Von Ausgabe 3-2024 den **DRITTEN** Buchstaben

Von Ausgabe 4-2024 den **SECHSTEN** Buchstaben

Bitte mailen Sie das gesuchte Lösungswort an:
info@schoener-leben.info mit Angabe Ihrer Postanschrift

Gemeinsames, gutes Essen und Trinken, auch für und mit schwerkranken Menschen hat eine große, soziale Dimension. Deshalb verlosen wir unter den richtigen Einsendungen zehn Hospizkochbücher.

Dazu gibt es Hauptgewinn eine Spende von 1.000 €
an eine gemeinnützige hospizlich-palliative Einrichtung Ihrer Wahl.

Mitmachen lohnt sich also.

Nicht nur für Sie sondern auch besonders für unsere Nächsten.

Mitarbeiter der PalliativStiftung sind von der Teilnahme ausgeschlossen.



schöner leben ...

bis zuletzt 1/2024



THEMA
**Loslassen.
Sterben dürfen.**
Wie geht das
in der Praxis?

- 3 — Editorial
- 4 — **Kommentar**
Alexandra Scherg
- 5 — **Palliativgeschichte**
Peter, 48 Jahre
- 8 — **Schwere Entscheidung**
Ein dornenvoller Weg / Teil 2
- 12 — **Interkulturelles**
Sterben (zu)lassen im Islam
- 14 — **Bedenkenswerte Thesen**
Schloss Hofener Thesen
- 16 — **Glossar**
Wichtige Begriffe
- 20 — **Fotoreportage**
Das Sterben des Gernot Fahl
- 24 — **Der andere Blick**
Patientenverfügung Melching
- 29 — **Faktencheck**
Erlaubt und verboten
- 30 — Humor
- 31 — Helmfrieds Lyrikseite
- 32 — **Hospiz des Monats**
Ein Traum von Hospiz
- 35 — **Fokus Gesundheit**
Wird Alter zur Krankheit
- 36 — **Aus dem Sepulkralmuseum**
Was vom Ende bleibt
- 38 — Aus dem Bücherregal
- 39 — Gaumenschmaus
- 40 — **Interview**
Palliativmediziner David Fuchs
- 46 — **Ich wünsche mir ...**
Nikolaus und Anne Schneider
- 50 — **Ich wünsche mir ...**
Prof. Dr. jur. Ruth Rissing van Saan
- 52 — **Ich wünsche mir ...**
Matthias Thöns
- 54 — **Ich wünsche mir ...**
Alexander Kulla
- 56 — **Alternative Bestattung**
Grabgemeinschaft
- 58 — Rätsel
- 59 — Lesermeinung
- 60 — **In eigener Sache**
Medienpreis für „schöner leben“ ...
- 62 — Wichtige Informationen
- 63 — Impressum



Foto: Doc Sitte



Foto: Daniela Fuchs



Foto: Doc Sitte

Sterben dürfen oder Sterben müssen?

Seit gut 45 Jahre begleite ich Sterbende. Erst als Pfleger, dann als Arzt. Immer auch einmal „einfach so“, als Mensch. In dieser Zeit hat sich viel gewandelt. Früher ging es eher darum, Leben zu erhalten, was meist schwieriger war als heute. Heute hören wir immer mehr den Hilferuf, dass es so doch kein Leben mehr sei.

Da nehme ich in Deutschland ein deutliches „Luxusproblem“ wahr. Bei der Mehrheit der Weltbevölkerung geht es um den Zugang zu ausreichend sauberem Trinkwasser, ausreichend Nahrung, Bildung, medizinischer Grundversorgung, um überhaupt überleben zu können. Hierzulande kämpfen wir vielmehr mit Ressourcenverschwendung, Übergewicht und medizinischer Überversorgung.

Und medial omnipräsent ist immer wieder der Ruf nach der sogenannten „Sterbehilfe“, ohne überhaupt zu überlegen und geschweige denn zu wissen, was an Leidenslinderung möglich, was an Sterben-zulassen geboten wäre. Hier wollen wir mit der PalliativStiftung helfen. Wir stellen uns auch kontroversen Meinungen und schwierigen Diskussionen. Meine eigene ethische Grundhaltung ist die, dass das Leben an sich so schützenswert ist, dass es nicht aktiv verkürzt werden sollte. Dies kann man auch anders sehen. So ist auch die weit überwiegende Mehrheit in Deutschland, meist ohne angemessene Hintergrundinformation, nicht nur für die Beihilfe zur Selbsttötung, sondern für die Tötung auf und ohne Verlangen, wie es in den Niederlanden möglich ist.

Und meine Meinung ist die, dass dieses Leben aber auch nicht ungefragt und erwünscht erhalten und verlängert werden darf, wenn der Patient dies nicht wünscht. Das sieht die Mehrheit der Bevölkerung wohl genauso. Allerdings ist auch hier das Wissen um die Möglichkeiten nur wenig präsent.

In diesem Heft von „schöner leben ...“ wollen wir deshalb als Schwerpunkt die Fragen des Sterben-zulassens beleuchten. Angefangen mit dem letzten Weg von Natalie R., den ich selbst begleitet habe, über die letzte Reise von Gernot Fahl von Salzuflen zum Sterben in die Schweiz.

Bei Natalie R. sieht man, was bei Gernot Fahl notwendig und geboten gewesen wäre. Zu erwähnen ist, dass seit rund 150 Jahren die Beihilfe zur Selbsttötung in nahezu allen ihren Schattierungen in Deutschland legal ist und auch bei Herrn Fahl möglich gewesen wäre. Seine Reise in die Schweiz war für ihn belastend und überflüssig.

Diese Themen sind ernst und schwer. Deshalb werden sie wieder aufgelockert mit etwas anderen Beiträgen. Mit überraschenden Fotos und (teils schwarzem) Humor. Vermutlich werden wir damit bei manchen Lesern anecken. Wir freuen uns aber, dass diese Mischung bei den allermeisten Lesern gut ankommt.

Ein letzter Gedanke: Gleich wie wir uns um Regelungen zur Beihilfe für die Selbsttötung bemühen werden, es gibt immer einen Graubereich. Rechtssicherheit wird es nie geben.



Foto: Valentin Sitte

Der Raum zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Mein Verständnis der Palliativmedizin in Zeiten knapper Ressourcen

Eine Kernkompetenz der Palliativversorgung ist es, komplexe Lebenssituationen schwerkranker Menschen multiperspektivisch zu betrachten und wo möglich, dadurch die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Unit of Care zu verbessern.

Fragt man Patient:innen und deren Nahestehende, so schätzen sie an der Palliativversorgung besonders, dass man sich dort Zeit nimmt zuhören, die individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen und dass der hektische und beängstigende Medizinalltag vor der Tür bleibt. Für viele Mitarbeitende und Ehrenamtliche wird es ähnliche Gründe geben, sich in der Palliativversorgung zu engagieren.

Nun aber wird der Druck auf unsere Bubble immer größer und es gelingt uns nicht mehr, das Klopfen an der Tür mit klassischer Musik zu übertönen: vor der Tür stehen Ressourcenmangel und Pflegenotstand, eigentlich stehen sie schon in der Tür, diese Geister, die wir so gern ausgesperrt hätten.

Wenn wir sie nicht in die Flucht schlagen können, wie können wir uns mit Ihnen arrangieren?

Sollen wir uns abgrenzen, Elfenbeintürme auf der Insel der Glückseligkeit errichten und dankbar und demütig sein, dass es uns besser geht als den Pflegeheimen, Notaufnahmen und Hausarztpraxen?

Sollen wir uns solidarisieren mit der Gefahr, uns an den widrigen Bedingungen aufzureiben und uns damit letztendlich selbst abzuschaffen? Oder abgeschafft zu werden, weil eine andere Abteilung doch unverzichtbarer ist?

Gibt es einen akzeptablen Mittelweg? Und wenn ja: Sind wir bereit ihn zu gehen?

Sind wir bereit, Abstriche im Anspruch an unser Tun zu machen, um mehr Menschen den Zugang zu Palliativversorgung zu ermöglichen?

Sind wir bereit, ad hoc Verantwortung zu übernehmen für Menschen in Notlagen, um beispielsweise Pflegeheime und Rettungsdienste zu entlasten und Übertherapie am Lebensende zu vermeiden?

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Palliativversorgung in Anbetracht einer alternden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität und immer komplexeren Anforderungen an Therapieentscheidungen ein wichtiger Baustein der Medizin der Zukunft ist. Um den Herausforderungen gerecht werden zu können, braucht es einen Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen in die Breite (allgemeine Palliativversorgung) und in die Tiefe (spezialisierte Palliativversorgung).

Darüber hinaus braucht es aber auch eine kritische Selbstreflexion: Wie lässt sich eine gute Versorgung Schwerkranker trotz knapper Ressourcen umsetzen? Auf wieviel Komfort sind wir bereit zu verzichten, um möglichst vielen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu Palliativversorgung zu ermöglichen? Welche Strategien können wir entwickeln, um uns mit Kolleg:innen außerhalb der Palliativversorgung solidarisch zu zeigen, ohne unsere Vision zu verlieren?

Die Diskrepanz zwischen schwindenden Ressourcen und wachsendem Bedarf ist ein Dilemma. Es wohnt im Raum zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Ich schlage vor, diesen Raum zu gestalten!



Alexandra Scherg



Von Alexandra Scherg,
Beisitzerin im Vorstand
der Deutschen
Gesellschaft für
Palliativmedizin

alexandra.scherg@
palliativmedizin.de

Foto: Privat

Peter, 48 Jahre Bauchspeicheldrüsenkrebs



Durch Musik können Gefühle und Erinnerungen wach werden, die wir sonst vergessen und verdrängen. Oder wir sind so in der Musik, dass wir alles andere um uns herum vergessen.

Foto: Guido Krüger

In dieser kleinen, vierteiligen Serie erfährt der Leser anhand eines „echten“ Patienten, worauf es wirklich ankommt. „Echter“ Patient insofern, dass alles, was hier über Peter steht, wahr ist und genau so geschehen ist. Allerdings wurde der Rahmen so verfremdet und ohne die Situation zu überspitzen, teils aus verschiedenen Patienten zusammengesetzt, dass ein Wiedererkennen von Personen nicht mehr möglich ist.

Bauchspeicheldrüsenkrebs – ihn hat es plötzlich und hart getroffen, nie hätte er es sich träumen lassen, dass eine Krankheit ihm so unerwartet den Boden unter den Füßen wegziehen könnte.

Peter fühlt sich einfach gut. Es ist besser als je zuvor in seinen 48 Lebensjahren. Er ist nun zum zweiten Mal glücklich verheiratet. Er liebt Musik und spielt in einem Orchester. Seine Tochter Christina hat das Studium endlich abgeschlossen und eine gute Stelle als

Assistenzärztin im Nachbarkreis bekommen.

Er selbst wurde kürzlich zum Abteilungsleiter in einem großen Verlag befördert. Nun ist er zuständig für gut 50 Mitarbeiter und hat ein ordentliches Budget zu verantworten. Wenn bloß diese lästigen Rückenschmerzen nicht wären, die ihn seit ein paar Wochen Tag und Nacht begleiten. Er ist top trainiert, Triathlet! Ironman! Da hat man so was nicht, steckt es weg und macht

einfach weiter. „No Pain, no Gain!“, das war doch immer sein Motto hinter jedem Erfolg, „Ohne Schmerzen, kein Gewinn“.

Krebsvorsorge hat er nie machen lassen, er lebt ja gesund! Trotzdem hat es seine Frau Ines geschafft, dass er endlich zum Hausarzt geht. Der kennt ihn nur von den Impfungen alle paar Jahre. Peter war sonst nie krank. Und jetzt das. Eine Geschwulst an der Bauchspeicheldrüse ist die Verdachtsdiagnose, die ihn wie ein Hammer trifft. Dann folgen einige Untersuchungen bei Spezialisten und nach einer Woche ist es völlig sicher: Krebs. Krebs im weit, weit fortgeschrittenen Stadium. Vielleicht wäre es besser gewesen, er wäre gleich mit den Rückenschmerzen zum Arzt gegangen? Aber, hätte dieser dann überhaupt schon etwas gesehen? Oder wäre dann noch eine echte Chance zum Weiterleben gewesen? Jetzt gibt es Lebermetastasen, Metastasen im Bauchraum, in der Lunge. Weit gestreut hat er schon, der Scheiß-Krebs.

Peter hat die letzten Jahre alles im Griff gehabt. Jetzt hat er ihn im Griff, sein Krebs. Sein ganz persönlicher Krebs. Peter zieht es den Boden unter den Füßen weg, seine Frau Ines kann ihn kaum trösten, ihm kaum beistehen. Er will lieber allein sein, schluckt seine Wut und seinen Ärger mal hinunter und lässt auch manchmal an ihr seinen Überdruck ab, was ihm selbst gleich wieder leid tut! Zum Glück versucht Ines, ihn immer wieder vorsichtig zu unterstützen und bedrängt ihn nicht. Jetzt sollten noch ein paar anstrengendere Untersuchungen gemacht werden. Dann steht die Entscheidung an: Operation oder Chemotherapie, nein Operation UND Chemotherapie oder nur Chemotherapie, weil die Operation schon gar nicht mehr sinnvoll, technisch auch kaum mehr möglich wäre.

Palliative Chemo, hatten die Ärzte es genannt. Palliativ, so als ob er schon mehr tot als lebendig wäre. Von „vielleicht noch ein paar Monaten“ hat

dieser Arzt sogar geredet, als Peter nach der Zeit fragte, die ihm wahrscheinlich noch bliebe. So was will er nun wirklich nicht als Antwort hören. Aber Peter hat bislang doch nur Rückenschmerzen, sonst nichts. Der Appetit ist noch prima. So ein richtig guter Esser war er sowieso noch nie. Alkohol hat er nie gemocht, genauso wenig wie Zigaretten. Peter hat immer gesund gelebt, Ines hat immer Bio gekocht, viel vegetarisch und so. Und dann Krebs.

Da fragt sich Peter doch immer wieder, ob die Diagnose überhaupt stimmt. Die können sich doch auch mal irren, die Ärzte. Auch wenn sie „Dr. med.“ oder sogar „Prof. Dr.“ und noch viel mehr sind. Die müssen sich vielleicht doch irren. So fit und so gesund gelebt, da müssen die sich doch irren.

Immer wieder kreisen so die Gedanken, schwankt er von Verzweiflung über unbedingten Kampfeswillen hin zur Verleugnung der Diagnose. Nur wenn er in seiner Musik versinkt, kann er seine Krankheit vergessen. Aber an richtige Arbeit ist nicht zu denken, obwohl er so gerne an der Arbeit war. Selbst die Tochter Christina kann ihn kaum vom Grübeln und den ganzen düsteren Gedanken, die aufziehen, abbringen.

TIPP

Wenn wir eine solche Diagnose sehr empathisch und ganz vorsichtig erklärt oder auch grob um die Ohren gehauen bekommen, kann erst einmal jede Reaktion normal sein. Da darf man sich über nichts wundern.



Foto: Doc Sitte

Ab in die Schweiz! Oder sich hier gleich einen Strick besorgen! Das wäre doch so einfach. Schlinge zuziehen, vielleicht ein paar Sekunden aufbauen. Dann herrscht Ruhe, Frieden für Peter. Er hat doch auch noch eine Hausapotheke, vielleicht könnte er das ganze Zeug schlucken, das reicht dann bestimmt. Wenn er im Internet nach tödlichen Medikamenten googelt, wird er schnell fündig. Herzmedikamente, Fiebermittel, Schmerzmittel sowieso. Da gibt es jede Menge Sachen, die er schlucken könnte.

Schauen wir uns Peter einmal genauer an; er ist doch immer gesund, zufrieden, mitten im Leben gewesen. Warum hätte Peter sich da Sorgen machen oder für ein Problem vorsorgen sollen, das doch wahrscheinlich gar nicht eintritt? Aber, wenn wir Peter nach seinen Versicherungen fragen, wird er wohl aufzählen: Kranken-, Renten-, Pflege-, Arbeitslosen-, Lebens-, Reisegepäck-, private Haftpflicht-, Kfz-, Reiserücktritt-, Feuer-, Elektronik-, Glasbruchversicherung und vermutlich noch einige mehr. Er hat sie nicht abgeschlossen

und bezahlt die teils sehr hohen Prämien nicht dafür, weil der Fall jetzt wahrscheinlich eintritt, sondern weil er sich für den seltenen Schadensfall schützen will und er hofft, dass er die Versicherungen gar nicht braucht. So ist es mit der Palliativversorgung auch. Wir müssen sie kennen, ungefähr wissen, was möglich ist, um sie dann rechtzeitig (!) zu nutzen, wenn wir sie brauchen. „Vorsorgen ist besser als bohren“, war einmal ein Werbespruch in den 1960er Jahren des letzten Jahrhunderts für eine Zahnpasta. Mit dem Vorsorgen für das eigene Ende ist es wirklich so ähnlich, wie mit dem Zähneputzen: Man muss es lernen, man begreift zunächst nicht, wozu es taugen soll, liegt doch das, was wir damit erreichen wollen, in ferner Zukunft, man muss dazu angehalten werden, ohne Hilfe lässt man gerade zu Beginn schnell nach, später verinnerlicht man es und wir verlieren die Angst davor.

TIPP

Höher, schneller, weiter?

Besser: Nicht zu hoch. Nicht zu schnell. Nicht zu weit

Wer nur das Allerbeste sucht, erreicht meistens gar nichts.

Palliativversorgung ist Vorsorge! Und alles mit dem rechten Maß.

Natalie R.

* 29. September 1993

+ 9. Februar 2018

Ein dornenvoller Weg / 2. Teil

Dies ist ein Bericht über eine wahre Begebenheit, die genau so geschehen ist. Es kann sein, dass dies Emotionen und Gefühle auslöst, bei denen sich der Leser Hilfe suchen sollte.

Aus der richterlichen Stellungnahme zu Natalies mutmaßlichem Patientenwillen.

„Die Betroffene wurde am 18.06.2017 Opfer einer Straftat, in dessen Verlauf sie solange gewürgt wurde, dass es zu einer längerfristigen gravierenden Einschränkung der Sauerstoffzufuhr gekommen ist ... Eine wesentliche Besserung der kognitiven und neuropsychologischen Funktionen erscheint aus neurologisch-medizinischer Sicht ausgeschlossen.“

Natalie wurde von ihrem Exfreund auf einem Feldweg gewürgt, bis ein Landwirt mit dem Traktor zufällig vorbeikam und der Täter flüchtete.

Der Landwirt kam zu spät, denn durch den Sauerstoffmangel war ein schwerster Hirnschaden eingetreten. Natalie erlitt mit 23 Jahren also „nur“ einen sehr schweren Hirnschaden. Der ganze übrige junge Körper blieb intakt und kerngesund. Oder kam der Bauer zu früh? Denn Natalie starb nicht, sie überlebte und es begann gerade dadurch eine schlimme Leidensgeschichte.

„schöner leben ...“ hat mit Natalies Mutter gesprochen. Im ersten Teil ging es darum, wie kann man bei so einem jungen Menschen, der mitten aus dem Leben gerissen wird, überhaupt angemessen sicher feststellen, was der richtige und was der falsche Weg ist. Wie behandelt werden soll. Was Natalie gewollt hätte, wenn ... Das ist schwierig, das ist anstrengend, das ist belastend für alle Beteiligten. Aber es ist nötig und es war möglich.

20. Juli 2017. Es kommt zu einem ersten Gespräch mit dem Palliativteam und der Familie im Pflegeheim. Ins Pflegeheim kam Natalie, weil es höchst unwahrscheinlich war, dass man noch irgendeine Besserung ihres Zustandes erreichen konnte. Das erste Gespräch ist ein Abtasten und Kennenlernen. Natalie hat einen sehr schweren Hirnschaden. Über solche Menschen bekommen wir immer wieder zu hören „der kriegt nix mehr mit!“

Aber Natalie zeigt sofort und immer Panik bei Männerstimmen. Sie zeigt Panik, wenn man ihren Hals berührt, sie wäscht, oder den Atemschlauch (Trachealtubus) versorgt. Da kann niemand ernsthaft behaupten, sie bekommt nichts mit und sie könnte deshalb nicht leiden.

Mit Natalies Mutter führen wir dann im August 2023 ein Gespräch. Ihr Ehemann und ihre Tochter stehen ihr bei.

Die Mutter: „Natalie ist gegangen, als sie bereit war, zu gehen. Vorher war es ein mehrmonatiger Prozess, bis die klare Feststellung kam, dass Natalie sterben darf.“

Darüber haben wir im Heft 4/2023 berichtet, wie der Richter ganz klar festgestellt hat, was getan werden darf und was getan werden soll.

Die Mutter: „Es war in der Klinik trotzdem nicht so einfach durchzusetzen, trotz der vielen Gespräche. Immer stand das Strafverfahren im Raum. Erst war es Körperverletzung, dann vollendeter Totschlag.“

Zwischen den Jahren, am 28. Dezember 2017, erfolgte dann die Übernahme aus dem Pflegeheim auf die Palliativstation.

Die Mutter: „Erst am 9.2. ist Natalie endlich gestorben, ich war immer an ihrer Seite, Tag und Nacht. Nur zum Essen bin ich manchmal von meinem Mann abgeholt worden. Wenn Du jetzt weg gehst, dachte ich ... Immer wieder hieß es ja, sie wird die Nacht nicht überleben ... und dann haben sie mir ein Bett hingestellt und das Ganze ging über 24 Tage.“

Der Ehemann: „Immer war sie unruhig, wollte gleich wieder zurück, wenn wir eine Viertelstunde weg von der Station waren.“

Die Mutter: „Man kann ja auch nicht richtig schlafen. Immer wieder gibt es Medikamente, sie wird gedreht, die Matratze brummt. Da gibt es ständig Störungen.“

Der Ehemann: „Fast habe ich mir mehr Sorgen um meine Frau gemacht. Ob das gut für meine Frau und den Rest der Familie gewesen wäre, wenn das noch viele Monate so weitergegangen wäre.“

“
Natalie war bis zu diesem Tag eine lebenslustige junge Frau

Schwere Entscheidung

”

„Hallo Herr Dr. Sitte, Natalie geht es unverändert ... kämpft und ‚leidet‘ um zu sterben. Morphium steht mittlerweile auf 10,0.

”

Einmal war ein Arzt da und der fing an zu weinen, als er das Bild gesehen hat.

Aus der Krankenakte: **Donnerstag, 18.01.2018, 14:00:** Vater, Mutter, Bruder und ehrenamtliche Hospizlerin sind da. Schwerster Erststichungsanfall. Stridor (Massive Verengung der Luftröhre). Hierdurch relative Bradypnoe (langsame Atmung) und Zyanose (Sauerstoffmangel).

Ich gebe zweimal vier Hub nasales Fentanyl 100 je Mikrogramm.

Danach entspannt sich Frau R. wieder. Stridor und muskuläre Hypertonie (hohe Anspannung) sind weg, die Zyanose bessert sich zusehends. Eindeutiger Wunsch der Familie: Solche Situationen darf Natalie nicht erleben. Das schlimmstmögliche wäre eine Erststichung für Frau R.

Die Mutter: „Es war schrecklich, wie sie manchmal so da lag und versucht hat, schwer zu atmen. Das war nicht das, was wir wollten. Da gab es immer mal eine Situation, wo die Zunge nach hinten gefallen ist, dann kam der Nachtarzt und hat wieder einen Schlauch eingesteckt. Aber das wollte Natalie nicht, das wollten wir ja auch nicht. Da kommt jeder an seine Grenzen.“

Samstag, 20.01.2018 um 20:04 SMS vom Ehemann

„Können Sie einschätzen, wie lange Natalie noch so liegen muss ... zurzeit ist es wieder ganz schlimm, eben mit meiner Frau telefoniert ... kann meine Frau auch nicht davon abbringen bei ihr zu bleiben ... verstehe ja auch ... ich selbst schaffe es immer nur ein paar Stunden da zu sein.“

Am 24. Januar 2018 gab es endlich die eindeutige und völlig klare Entscheidung und Anweisung: Keine Fortführung der künstlichen Lebenserhaltung!

Die Mutter: „Wir hatten ein Foto am Bett, damit jeder sehen konnte, wie sie vorher ausgesehen hat und wie sie jetzt dalag. Einmal war ein Arzt da und der fing an zu weinen als er das Bild gesehen hat. Da habe ich gedacht, das sind nicht

nur die Götter in Weiß, sondern sie haben auch ihre Emotionen, das sind auch nur Menschen. Sogar die Kriminalpolizistin, die für das Gericht noch einen Film aufnehmen musste, hat dabei richtig geweint, als sie Natalie so filmen musste. Da hatte Natalie gerade einen richtig schweren Tag mit der Atmung, als ob sie zeigen wollte: ‚So geht es mir. Ich will nicht mehr!‘ Oft dachte ich, Natalie bekommt viel mehr mit, als alle glauben.

Deshalb war es mir wichtig, dazubleiben. Manche haben gesagt, da könne Natalie vielleicht nicht sterben. Aber ich habe nicht geklammert, immer wieder habe ich ihr gesagt, dass sie jetzt gehen darf, wenn sie Atemaussetzer gehabt hat. Aber immer wieder fing sie dann wieder an zu atmen.“

SMS vom Ehemann

ALLERDINGS muss jede Erhöhung mit einem Bitten und Betteln bei den Ärzten erkämpft werden. Das Herz ist stark! Keiner kann sagen, wie lange es noch geht. Meine Frau hat einen Wechselzustand zwischen Wut und Resignation. Sie ist seit dem 19.01.Tag und Nacht bei ihr. Sie bat mich Ihnen zu antworten, da sie selbst es zurzeit nicht kann. Wir wissen oder ahnen wohl, dass sie nicht „freiwillig“ Urlaub haben, aber das macht die Situation natürlich 10mal so schwer zu ertragen, da sie unsere Vertrauensperson sind.

Zudem fühlen wir uns wie Verbrecher ... dieses Gefühl wird einem in Deutschland vermittelt, wenn Ärzte und Familie einem Patienten helfen bzw. seinen Wunsch erfüllen wollen ...!

Wir haben dann eine Sedierung mit möglichst wenig Flüssigkeit gemacht.

Die Mutter: „Man hat gemerkt, die Medikamente halfen gut. Erst war sie viel zu unruhig Sie war dann entspannter, nur beim Absaugen hat sie immer auf den Schlauch gebissen. Aber dann wieder jemand, der behauptet, sie brauche mehr Flüssigkeit. Das ging hin und her. Deshalb hat sie dann noch so lange gelebt.“

Man hätte auch sagen können, wir saugen nicht mehr ab. Wir können sie nach Hause holen.

Schwere Entscheidung

Die Mutter: „Besser war es so im Krankenhaus. Auch mit dem hin und her. Emotional hätte ich das zuhause nicht geschafft. So konnte ich mal weggehen. Ich hatte zwischendurch etwas Abstand. Ehrenamtliche waren auch da, wenn wir für vier, fünf Stunden im Gericht waren. Ich hatte immer Angst, wenn ich weg bin, stirbt sie ...“

Die Mutter: „Ja, nachts, ich lag neben ihr. Dann wurde ich wach und sie war tot.“

Ich habe ihr gesagt, warum hast Du das jetzt gemacht? Ich wollte doch bei Dir sein. Ich wollte Deine Hand halten. Und dann ging das so schnell. Es war dann zu schnell. Und dann war sie tot. Ich war doch ganz auf sie fokussiert. Jetzt kannst Du sie nicht mehr waschen, nicht mehr pflegen. Jetzt sitzt Du da und denkst, was jetzt? Ich war immer bei ihr. Und plötzlich war sie weg. Wie geht es weiter, also das war schon ...“

Die Mutter: „Ja das ist ein Riesenunterschied. Trotzdem es ist emotional einfach sehr schwierig. Jetzt war es zu Ende. Ende. Nicht vor acht Monaten. Jetzt.“

Es ist großartig, dass Sie zu diesem schweren Gespräch bereit waren. Und man sieht, Ihr Mann und Ihre Tochter als Unterstützung helfen auch jetzt sehr gut. Und auch beim langen Sterben damals waren sie nicht allein.

Die Mutter: „Sie waren immer da, wenn ich Sie gebraucht habe.“

Wie wichtig das Umfeld ist, merkt man meist erst in der Not. Wir müssen uns soziale Beziehungen aufbauen und pflegen, ein Netzwerk, das uns aufhängt.

Die Mutter: „Wenn da nicht eine Familie ist, die hinter Dir steht, Dich unterstützt, dann geht das nicht. Eine richtige Unterstützung von außen hatten wir überhaupt erst vom Palliativteam bekommen. Wir wussten ja gar nicht, wie wir Natalies Willen durchsetzen könnten.“

Niemand geht von uns - er geht nur voraus überall sind Spuren Deines Lebens. Gedanken, Bilder, Augenblicke und Gefühle sie werden uns an Dich erinnern und uns glücklich und traurig zugleich machen.



**Natalie R...
(Nana)**

* 27.09.1993 † 09.02.2018

Wir werden Dich vermissen:

Mama Inge & Thomas und Papa Fritz Norman
Belinda & David mit Calvin & Joel
sowie Großeltern und Verwandten
Bad Hersfeld, im Februar 2018

Die Trauerfeier mit anschließender Urnenbeisetzung findet am Dienstag, dem 27. Februar 2018 um 11.00 von der Friedhofskapelle Hohe Luft aus statt.
Von Kranz- und Blumenspenden sowie von Beileidsbekundungen bitten wir höflichst Abstand zu nehmen.

Der Ehemann: „Bis zu Natalies Vorfall hatte niemand eine Vollmacht und Verfügung. Jetzt hat das jeder bei uns. Wir haben es weiter erzählt. Sogar der 18-jährige Neffe hat eine gemacht. Jeden kann es jederzeit treffen, nicht nur durch ein Gewaltverbrechen.“

Die Mutter: „Ich finde das wahnsinnig wichtig. So einen Stress, solche Belastung durchzumachen, wenn die Sorgen um das Kind schon so riesig sind. Dann kommt noch dazu, dass es nichts schriftlich zum Willen gibt.“

Es ist so wichtig, dieses eine Dokument!

Aktuell

Kurz vor Drucklegung erreichte die Redaktion noch diese schlimme Nachricht: Natalies Mutter erlitt am 4. Januar eine schwere Hirnblutung. Niemand weiß, wie es ausgeht. Aber die Familie ist sich sicher, dank Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht wird der Weg etwas weniger schwer werden.

”

Sie wünschen nicht Ihrer Tochter, dass sie tot ist. Sondern, dass sie sterben darf.

الله حاكم الحياة والموت

Gott als Herrscher über Leben und Tod

Sterben(zu)lassen im Islam

Im Juni 2023 hat der Bundestag zwei Gesetzentwürfe über eine Neuregelung der „Suizidhilfe“ mehrheitlich zurückgewiesen, einen Antrag zur „Suizidprävention stärken“ nahm das Parlament jedoch an. Das Thema „Sterbehilfe“ wird in Deutschland seit Jahren diskutiert und viele gesellschaftliche und religiöse Gruppen beteiligen sich an dem hochkomplexen Diskurs. Wie jedoch stehen Musliminnen und Muslime dazu?

Muslimische Perspektiven auf „Sterbehilfe“

Im Islam ist das Leben eines Menschen heilig und wird als Geschenk Gottes betrachtet. So betont der Koran, dass der Mensch durch Gott geschaffen wurde (Sure 95,4). Eine Selbsttötung oder Tötung anderer Menschen werden im Koran daher ausdrücklich verboten (Sure 2,195; Sure 4,29; Sure 5,32; Sure 6,151). Gott ist der Herrscher über Leben und Tod des Menschen und bestimmt den Zeitpunkt des Todes. Entsprechend ist die Gabe von Medikamenten und anderes im Islam

verboten, wenn sie das Leben verkürzen. Leid gilt als Wille Gottes und muss angenommen werden. Eine palliative Sedierung ist im Islam jedoch zulässig, wenn sie nicht beabsichtigt, ein vorzeitiges Sterben zu bewirken. Die auch in Deutschland nach § 216 StGB verbotene Tötung auf Verlangen (ein anderer verabreicht dem Patienten ein tödliches Mittel) und der Suizid sind also auch aus islamischer Perspektive verboten. Allerdings lehnt der Islam auch die in Deutschland erlaubte Beihilfe zur Selbsttötung ab. Aus islamischer Perspektive muss geprüft werden, ob bei dem in Deutschland erlaubten Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder der Inkaufnahme eines Versterbens als unerwünschte Nebenwirkung (wenn der Patient Behandlungen zur Leidenslinderung erhält, die tödliche Nebenwirkungen haben könnten), diese auch mit der versteckten Absicht einhergehen, einen schnelleren Tod zu erzielen.

In Deutschland leben inzwischen ca. 5,5 Millionen Musliminnen und Muslime. Sie stellen damit die drittgrößte Glaubensgemein-

schaft dar. Im Gegensatz z. B. zur römisch-katholischen Kirche gibt es keine alleinige offizielle Instanz, die eine Lehrmeinung zu einem Thema herausgibt, sondern es gibt auch innerhalb des Islams z. T. unterschiedliche Positionen. Wichtig ist hierbei auch zu beachten, dass Musliminnen und Muslime ihre Religion ebenso individuell auslegen, wie dies Christinnen und Christen auch tun – insbesondere in Deutschland oder anderen westlichen Ländern, in denen Menschen sich persönlich entscheiden können, wie sie ihre Religion leben wollen. Welche Wünsche Musliminnen und Muslime als Sterbende haben, ist daher ebenso individuell und sollte von dem jeweiligen Fachpersonal für Palliative Care, das die Person betreut, erfragt werden.

Zentrale Bedeutung der Sterbebegleitung

Eine große Rolle spielt im Islam die Sterbebegleitung im Sinne einer Sorge um den Sterbenden und Besuche von Verwandten und Freunden. Hierzu gibt es auch



Foto: Volker Nies

Beim kleinen Mustafa war es über lange Zeit eine Herausforderung, mit welchem medizinischen Aufwand man Leben erhalten und Sterben zulassen soll.

religiöse Rituale und das Umsorgen eines Sterbenden gilt als gutes Werk. Der hohe Stellenwert der Sterbebegleitung kann etwa auch ein Anknüpfungspunkt für einen interreligiösen Austausch in der Hospizarbeit sein. Durch die steigende Zahl von Musliminnen und Muslimen in Deutschland wird auch in Zukunft das Thema Islam im Rahmen der Sterbebegleitung immer relevanter werden, um eine angemessene psychosoziale und religiöse Versorgung dieser Menschen sicherzustellen.

Ein religions- und kultursensibler Umgang mit Musliminnen und Muslimen auch am Ende des Lebens ist zentral, um das Wohlbefinden des oder der Sterbenden und der Angehörigen auch am Lebensende sicherzustellen und sollte in die jeweiligen Konzepte der in der Palliative Care tätigen Einrichtungen einbezogen werden. Dabei sollten unabhängig von der Religionszugehörigkeit immer auch die Wünsche des oder der Sterbenden als Individuum im Blick sein.



Vielfalt im Leben und auch in Bezug auf Vorstellungen zum Sterben

Wichtige Kernpunkte für die Diskussion zur Selbsttötung!

2023 trafen sich Experten der verschiedensten Berufs- und Fachgruppen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zu einer Klausurtagung, um abzustimmen, welche Eckpunkte in der Diskussion um die Beihilfe zur Selbsttötung unbedingt beachtet werden sollten. Das Ergebnis ist sehr lesenswert:

Schloss Hofener Thesen zu Suizidprävention und Beihilfe zur Selbsttötung

Das Verhältnis einer Gesellschaft zum Suizid und der Umgang damit sind ein Maßstab für die Humanität des Umgangs miteinander, für die Achtung des menschlichen Lebens und die gelebte Solidarität ihrer Mitglieder. Das gilt für Menschen in Not, insbesondere für alte Menschen, Menschen mit schweren psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen und sozial benachteiligte und bedrohte Menschen. Die aktuelle öffentliche Diskussion erfordert, die innerpsychische und soziale Realität suizidalen Erlebens und Verhaltens sichtbar zu machen. Daher gilt es, Fehlinformationen und Mythen auszuräumen. Immer wieder stößt man dabei auf ein verkürztes Autonomieverständnis. Dieses blendet wichtige Aspekte der ethischen und humanistischen Tradition des Autonomiebegriffs aus und lässt die Forschungsergebnisse und Erfahrungswerte aus Anthropologie, Kulturanthropologie, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Suizidprävention und Palliativversorgung weitgehend außer Acht.

Ein Innehalten und Nachdenken ist notwendig

Die Unterzeichnenden fordern, die folgenden Thesen in konkretes gesamtgesellschaftliches und politisches Handeln umzusetzen:

- 1) Es ist nicht Aufgabe einer Gesellschaft, den (assistierten) Suizid zu fördern. Der Staat ist verpflichtet, das Wohl und den Schutz der Menschen zu gewährleisten.
- 2) Die Hilfe zum Leben muss Vorrang haben. Jeder Mensch in einer suizidalen Krise muss eine angemessene mitmenschliche und fachliche Unterstützung erhalten.
- 3) Die Suizidprävention muss ausgebaut, verstärkt und in die Gesellschaft integriert sein. Entsprechende finanzielle Mittel müssen bereitgestellt werden. Weiter bedarf es einer gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention und deren rascher Umsetzung. Suizidprävention richtet sich ebenso an Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

4) Assistierter Suizid ist keine ärztliche und keine pflegerische Aufgabe. Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens dürfen nicht dazu verpflichtet werden, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen. Die Gesundheitsberufe haben eine besondere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und dem einzelnen Individuum in Not. Jegliche Vereinnahmung der Gesundheitsfachberufe zur Mitwirkung an assistierten Suiziden ist abzulehnen.

5) Die Erkenntnisse zur Suizidprävention aus Forschung und Praxis, zu assistiertem Suizid und Autonomie, aus der Palliativversorgung und Hospizarbeit sollen in Rechtsprechung, Politik, Ethik und Medien berücksichtigt und allgemein bekannt gemacht werden. Die gesellschaftliche Aufklärung und Diskussion ist dringend notwendig.

6) Die Erkenntnisse aus der Suizidforschung müssen in alle Disziplinen, die mit Wünschen nach assistiertem Suizid konfrontiert werden, einfließen und obligatorische Ausbildungsinhalte werden.

7) Niedrigschwellige, d.h. rasch verfügbare und für Nutzerinnen und Nutzer kostenfreie institutionelle Angebote der Krisenintervention müssen flächendeckend ausgebaut und verfügbar gemacht werden.

8) Hospiz- und Palliativversorgung muss allen Menschen, die diese benötigen, ohne Einschränkung und Vorbedingung zur Verfügung stehen. Der Anspruch darauf ist gesetzlich zu verankern. Es besteht die Notwendigkeit einer umfassenden und stetigen Information und Aufklärung der Bevölkerung über palliative und hospizliche Angebote.

9) Forschung über den assistierten Suizid und dessen Folgen für Angehörige und weitere Betroffene ist notwendig. Die Motive von Betroffenen und Suizidassistenten sollen untersucht werden, ebenso wie die Auswirkungen auf die Gesellschaft. Voraussetzung dafür ist die zeitnahe, umfassende Erhebung und Dokumentation der assistierten Suizide.

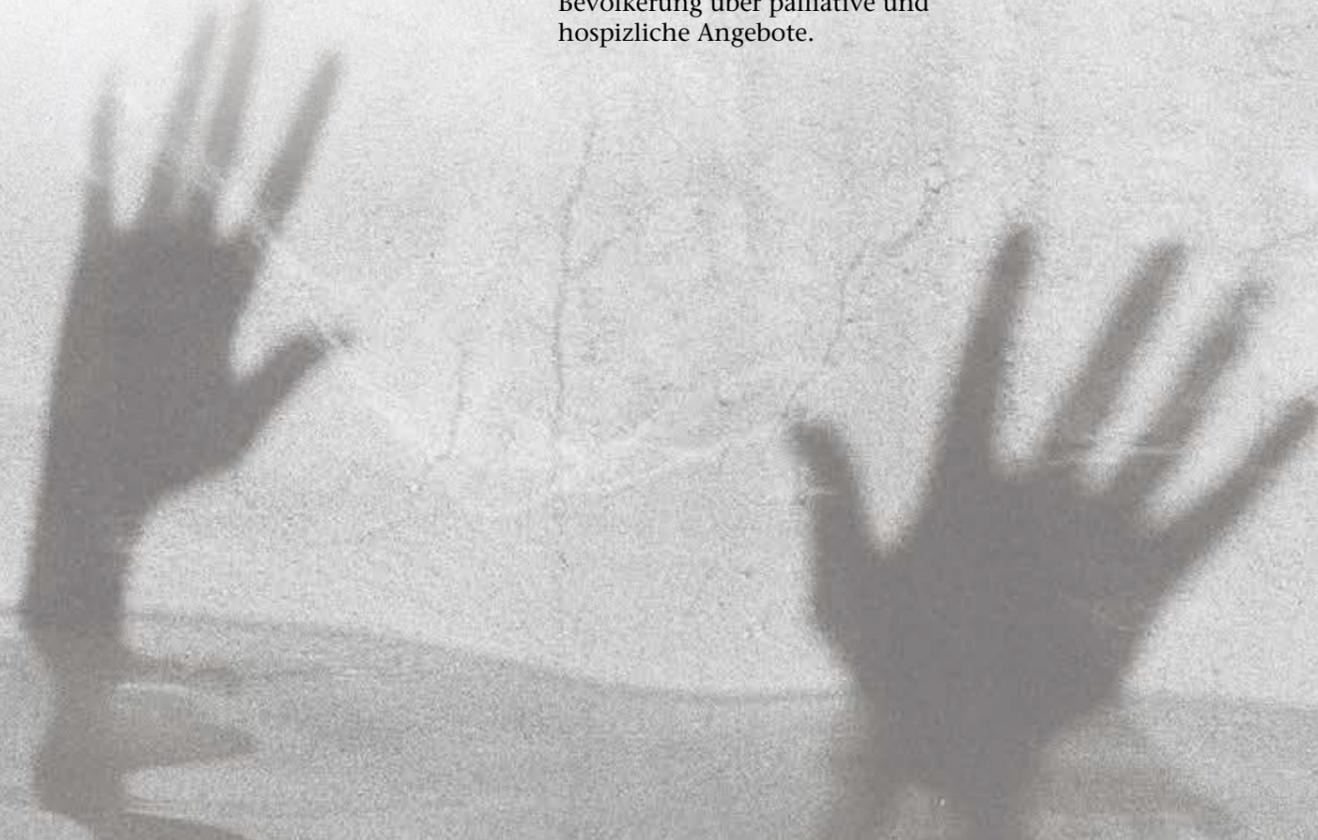
10) Die bestehenden Medienempfehlungen über die Berichterstattung zum Suizid und zur Darstellung des Suizids in Medienproduktionen inklusive der neuen Medien müssen umfassend verbreitet und berücksichtigt werden. Das betrifft sowohl die Nachrichten- und Hintergrundberichterstattung als auch Unterhaltungsmedien und die Werbung. Genauso gilt das für Produktionen und die Berichterstattung zum assistierten Suizid.

11) Niemand darf genötigt, dahingehend beeinflusst oder gedrängt werden, Angebote der Suizidassistenten zu nutzen, weil Unterstützung oder Hilfen nicht zur Verfügung stehen oder gar verweigert werden. Es besteht die Gefahr, dass der assistierte Suizid mit dem Ziel verbunden wird, Kosten im Gesundheitswesen oder der Altersvorsorge zu senken, Angebote im Bereich der Betreuung alter Menschen oder der Palliativmedizin in Quantität und Qualität nicht auszubauen oder generell Maßnahmen der sozialen Sicherheit und Daseinsfürsorge einzuschränken.

12) Finanzielle Mittel für eine adäquate personelle Betreuung und Pflege älterer und anderer betreuungsbedürftiger Menschen zu Hause und in Institutionen müssen ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Modelle sorgender Gemeinschaften müssen vermehrt gefördert werden, z. B. Mehrgenerationenhäuser, verbesserte Demenzbetreuung, Nachbarschaftshilfe.

Die Resolution kann mitgezeichnet werden über die Website:

www.d-a-ch-forum.org



Wichtige Begriffe zum Thema

Das Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid wurde 2014 von Experten der Deutschen PalliativStiftung im Rahmen der Bundestagsabstimmung zum Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung als Information für die Abgeordneten erstellt. Seither wird es laufend angepasst und aktualisiert.

„Sterbehilfe“

Eine begriffliche Differenzierung im Gesetz zwischen der vielfach so genannten → „passiven“ Sterbehilfe, die als erlaubt gilt, und der nicht erlaubten Form der so genannten → „aktiven“ Sterbehilfe gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010). Was mit dem Begriff gemeint ist, bleibt weithin unklar; jeder verwendet ihn anders.

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff aber nicht nur unklar, sondern auch ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb setzt die PalliativStiftung den Begriff immer in Anführungszeichen.

Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomisch normative Bedingtheiten. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Sterbebegleitung oder auch, wenn ein Patient eine eigentlich sinnvolle Behandlung ablehnt, erlischt diese Verpflichtung.

Therapiezieländerung

Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

Problem: Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider.

Aktive „Sterbehilfe“ = Tötung auf Verlangen

Meist benutzt für einen aktiven Eingriff in den Lebensprozess, um ein Leben zu beenden, also einen anderen Menschen umzubringen. Diese „Tötung auf Verlangen“ ist in Deutschland zwar noch strafbar (§ 216 StGB), aktuell wird diese Strafbarkeit durch Gerichtsurteile aber aufgeweicht.

Auch in der Schweiz ist die Tötung auf Verlangen verboten!

In den Benelux-Staaten, Portugal, Kanada, teils in Australien wird die Tötung meist als Euthanasie bezeichnet. Sie ist teils mit, teils auch ohne direkte Einwilligung des Patienten unter bestimmten Bedingungen straffrei oder erlaubt. Solche Tötungen werden in BeNeLux von Ärzten in der Regel mit Infusionen und Medikamenteninjektion in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche. In der kanadischen Hauptstadt Ottawa ist sogar bereits nahezu jeder zehnte Todesfall durch eine solche Tötung verursacht worden und die Zahlen nehmen stetig zu.

Problem: Kann ein Patient keinen Suizid (mehr) begehen, hätte er dann das Recht zur Tötung auf Verlangen?

Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterbenzulassen

Medizinisch begleitetes Sterbenlassen sind Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m. entsprechend dem Patientenwillen, wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf gelassen wird. Die so verstandene „passive“ Sterbehilfe in diesem Sinne ist rechtlich geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). In Deutschland ist passive Sterbehilfe erlaubt.

Problematisch ist der Begriff „passive Sterbehilfe“, gerade weil er auch Handlungen umfasst, die nach allgemeinem Verständnis von Nicht-Experten als „aktiv“ zu bezeichnen sind, etwa das Abschalten des Beatmungsgerätes. Mittlerweile ist eindeutig geklärt, dass z. B. Abschalten genauso als richtig zu werten ist wie das nicht Beginnen der künstlichen Beatmung (BGH 2010).

Indirekte „Sterbehilfe“

Medikamentengabe, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird.

Urteil des BGH im Jahr 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, schmerzlindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnte. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen aufgrund anderer Maßnahmen. Ähnlich wurde es bereits im Jahre 1957 durch Papst Pius XII. verlautbart.

Suizid = Selbsttötung

(fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit denen ein Mensch sich selbst das Leben nimmt. Inwieweit ein Bilanzsuizid, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

Problem: Ist ein Freitod wirklich immer so frei und selbstbestimmt?

Ist Selbstmord (Mord = Verwerlichkeitsurteil!) nicht ein sehr wertender Begriff und deswegen problematisch?

Suizidassistentz = Beihilfe zur/Förderung der Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, weil auch die Selbsttötung in Deutschland straffrei ist. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. Für Ärzte ist es standesrechtlich teilweise problematisch, dies wird in den meisten Landesärztekammern aber aktuell geändert, so dass die „Beihilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ ist. Dies ähnelt der Regelung für Abtreibungen, es bleibt Ärzten also freigestellt, es zu tun oder nicht.

Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen rückten das Problem der geschäftsmäßigen (auf Wiederholung angelegten) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit.

Hier gibt es konträre Standpunkte:

1. Ablehnung jeglicher geschäftsmäßigen Beihilfe, also z. B. durch Einzelpersonen oder gemeinnützige Vereine, um die Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen.

2. Anerkennung des bewusst gewollten Suizides unter verschiedenen Bedingungen (ohne jede Begründung, allgemeine Lebensbilanz, Angst vor Leiden, bestehendes Leiden, schwierig zu behandelndes Leiden ...). Wobei die Ansichten teils noch zu differenzieren sind: als Recht auf eine solche Dienstleistung, selbst bei psychischen Krankheiten, oder auch nur als Recht ausschließlich in extremen Leidenssituationen am Lebensende nach einer Gewissensentscheidung des (behandelnden) Arztes.

Problem 1: Extremschicksale mit Suizidassistentz als tatsächlich einzig denkbarer Lösung sind nicht völlig auszuschließen, aber bleiben mit exzellenter hospizlich-palliativer Versorgung auf extremste Einzelfälle beschränkt.

Problem 2: Suizidassistentz als entlohnte Dienstleistung: Würde hier eine (staatliche) Überwachung und Qualitätssicherung erforderlich werden?

NaP (Natrium-Pentobarbital)

Ein Schlaf- und Narkosemittel, das viele Jahre als Schlafmittel erhältlich war. Es wurde häufig für die Selbsttötung genommen, und heute ist eine Verschreibung nur noch in der Tiermedizin möglich. Dort wird es zum Töten mittels Spritze eingesetzt. Es wird immer wieder medienwirksam gefordert, es doch auch zur (Selbst)Tötung von Menschen zuzulassen. Allerdings hat es sich gezeigt, dass Sterbehilfe Deutschland, Exit, Dignitas und andere auch ohne NaP auskommen.

„(Beabsichtigt) Lebensverkürzende Maßnahmen“, auch „Aktive Lebensverkürzung“

Vorschlag als Sammelbegriff, um die Diskussion klarer zu gestalten.

Der Begriff wurde vorgeschlagen, um wertfrei über diese schwierigen Themen miteinander sprechen zu können. Er umfasst Selbsttötung (→ Suizid), Beihilfe zur Selbsttötung (→ Suizidassistentz), Tötung auf Verlangen (→ aktive „Sterbehilfe“) und Tötung ohne Verlangen.

Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form geäußert werden – z.B. als schriftlich erstellte → Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – und sie kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

Problem: Ohne schriftliche Verfügung ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach § 1827 BGB zulässig: Voraussetzungen: Vorauszusetzter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser seinen Willen aus Krankheitsgründen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z. B. zu indizierten Therapien, getroffen werden müssen.

Vertreterverfügung

Fehlt eine → Patientenverfügung kann der gesetzliche Vertreter eine Vertreterverfügung über den mutmaßlichen → Patientenwillen erstellen, die eine gleiche rechtliche Gültigkeit besitzt.

Mutmaßlicher Wille

Ist kein → Patientenwille herauszufinden, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§ 1827 (2) BGB).

Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den → Patientenwillen, Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis.

Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futillity („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen ist eine Körperverletzung § 223 StGB. Leider gilt: Wo kein Kläger, da kein Richter.

Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z. B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (→ Palliative Sedierung).

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich oftmals die Lebenszeit.

Problem 1: Unsicherheit verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der Medikamente.

Problem 2: Irreführend, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

Terminale Sedierung

Teils wird der Begriff „terminale“ genau gleich wie → „palliative“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine nicht akzeptable Form der Tötung. Dabei bestünde die Intention zu einem beschleunigten Herbeiführen des Todes. Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern so tief, dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt, bis sie ganz aufhört.

Problem: Missbrauchspotenzial. Für Nicht-Experten ist die terminale Sedierung schwer von der palliativen Sedierung zu unterscheiden.

Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweckt und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein (→ palliative Sedierung).

Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u. v. m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei sachgemäß durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle das Sterben nicht beschleunigt. Sie kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

Problem 1: vermeintliche Nähe zu Tötung, bzw. aktiver „Sterbehilfe“

Problem 2: Missbrauchspotenzial.

Während bei → aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch Minderung des Bewusstseins mit einer angemessenen, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen (Passive „Sterbehilfe“).

Fotoreportage

Das Sterben des Gernot Fahl

Fotograf: Peter Müller

Der 69-jährige Gernot Fahl ist schwer krebserkrankt und lebt im Altersheim. Auf seinen Wunsch dokumentierten die BILD-Reporter Anna Steinbach und Peter Müller im Herbst 2013 die letzten Lebenswochen auf seinem Weg zur Selbsttötung in die Schweiz.



Gernot Fahl auf der Fahrt zur Selbsttötung in der Schweiz.

Fotoreportage

Gernot Fahl wird von seinem Freund Andreas Giebeler in einem Altenheim in Bad Salzuflen für die lange Fahrt in die Schweiz in den Rollstuhl gehoben und zum Auto gebracht.



Gernot Fahl wartet in einem Hotelzimmer. Es ist nur noch ein kurzer Weg, um sich bei Dignitas das Leben zu nehmen.



Gernot Fahl bei seiner letzten Mahlzeit im Schweizer Hotel.

Gernot Fahl war zu schwach, um den tödlichen Becher bei Dignitas auszutrinken und liegt nun auf der Palliativstation des Spitals Wetzikon in der Schweiz.



Sein Freund Andreas Giebeler nimmt auf der Palliativstation des Spitals in Wetzikon/Schweiz Abschied von Gernot Fahl. Dort verstirbt er nach kurzer Zeit ohne Beihilfe zur Selbsttötung.

Patientenverfügung – Ein etwas anderer Blick

Der Spagat zwischen regeln und gestalten



Von Heiner Melching,
Geschäftsführer der
Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin

In einer zunehmend der Ökonomie unterworfenen Gesellschaft scheint alles regel- und organisierbar zu sein; wann und wie und welche Kinder auf diese Welt kommen, welche Event-Agentur die Kindergeburtstage plant, welche Sprachen und Fähigkeiten schon im Kindergarten und der Schule erlernt werden müssen, um den Märkten und der Wirtschaft der Zukunft gerecht werden zu können, welchen Wedding-Planer oder Paartherapeuten wir brauchen, wie Raucher:innen sich auf zugigen Bahnsteigen in kleinen gelben Rechtecken einzufinden haben und wie wir uns gegen alles Mögliche versichern können. Dabei schützt uns weder eine Unfallversicherung vor Unfällen noch eine Sturm- und Wasserschadenversicherung vor Umweltkatastrophen, und auch wenn man sich inzwischen gegen über 300 Krebsarten versichern kann, wird dadurch das Krebsrisiko nicht geringer. Wir können uns allenfalls materielle Entschädigungen ermöglichen, oder wenn man es etwas boshaft formulieren möchte, können wir ein materielles Interesse an Schadensereignissen generieren.

In diesen Zeiten, in denen nahezu alles geregelt, organisiert, gemanagt und im Voraus geplant werden soll, liegt es nahe, auch das Lebensende durch Vorausverfügungen zu regeln. Die Fragen, die sich dabei stellen, sind vielfältig und ich möchte drei davon etwas genauer betrachten:

1. Was sind die Gründe für den Boom an Patientenverfügungen und Vorausplanungen wie BVP, GVP, ACP, usw.?

2. Wann führen Vorausverfügungen zum gewünschten Ergebnis und wann nicht?

3. Brauchen wir wieder mehr Mut und Letztverlässlichkeit, um uns anderen anvertrauen zu können?

1. Zu den Gründen

Die moderne Medizin hat sich bereits im letzten Jahrhundert zunehmend technisiert und spezialisiert, was auch dazu geführt hat, eine Entwicklung von einer fürsorgenden und umsorgenden Behandlung hin zu einer versorgenden und organ- und therapiefokussierten Dienstleistung zu befördern. Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung hierzu mit großem Erfolg einen Gegenentwurf etabliert hat, der den Menschen als Ganzes mit seinem sozialen Umfeld betrachtet, und auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung das Beziehungsgeschehen und die Wünsche von Patient:innen die entscheidende Rolle spielen, ist in vielen Bereichen der hochspezialisierten Medizin und besonders im Krankenhaus zu beobachten, dass sich Behandlungen häufig an dem orientieren was machbar ist und nicht unbedingt an dem was sinnvoll und von den Betroffenen gewünscht ist. Nach Schätzungen ist bei ca. 20 % aller Sterbefälle in Deutschland in den letzten vier Wochen eine intensivmedizinische Behandlung zum Einsatz gekommen.

Diese Entwicklung ist sicherlich mit verantwortlich dafür, dass viele Menschen die Sorge haben, am Ende ihres Lebens einer Medizin ausgeliefert zu sein, der sie sich nicht erwehren können und die nicht gewünscht wird. Auch wenn es aus rein rechtlicher Sicht keinen Grund für solche Sorgen und Ängste gibt, da jeder ärztliche und pflegerische Eingriff das Einverständnis der Betroffenen erfordert und andernfalls den Straftatbestand einer Körperverletzung erfüllen kann, erfahren wir immer wieder aus unserem Umfeld oder den Medien von Fällen, in denen Menschen ohne eine vernünftige Indikation oder ohne ausreichende Berücksichtigung ihres Willens reanimiert, operiert, beatmet, künstlich ernährt und maximal therapiert werden. Die meisten Patientenverfügungen (PV) sind darauf ausgelegt solche unerwünschten Maßnahmen zu verhindern, wenngleich aus rein juristischer Perspektive die Notwendigkeit einer PV größer ist, wenn dadurch das nötige Einverständnis zu ärztlichen Eingriffen ausgedrückt wird.

2. Was muss alles gelingen, damit meine Patientenverfügung den gewünschten Erfolg hat?

Zunächst muss ich es schaffen mir vorzustellen, was ich in einer bestimmten Situation möchte, die ich mir zunächst nur theoretisch vorstellen kann. Was werde ich wollen, wenn ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann? Z. B. nach einem Unfall, einem Schlaganfall oder im Verlauf einer schweren Erkrankung. Wie sich das dann für mich anfühlen wird, kann ich nur vermuten, weshalb es wichtig sein wird, meine formulierten Vorgaben in regelmäßigen Abständen neu zu hinterfragen und zu überprüfen und diese mit den mir nahestehenden Menschen zu besprechen. Um verstehen zu können, was einzelne Maßnahmen, die ich für mich in Anspruch nehmen möchte oder verhindern will, bedeuten, brauche ich auch die Beratung von medizinischen Fachleuten, wobei sich aus meiner Sicht Hausärztinnen und Hausärzte, die mich gut kennen, am besten eignen. Was bedeutet eine Che-

motherapie, eine Reanimation, eine Beatmung, eine PEG oder eine extrakorporale Membranoxygenierung und weitere Interventionen, die ich nur vom Hörensagen oder aus dem Fernsehen kenne?

Wenn es mir dann gelungen ist, meine Wünsche auf Papier oder in eine Datenbank zu bringen, ist es natürlich wichtig, dass diese auch schnell von den richtigen Leuten, wie Pflegepersonal, Rettungsdienst, Notärzt:innen und Krankenhauspersonal gefunden werden können. Nun kommt aber etwas sehr Entscheidendes: diejenigen, die meine Patientenverfügung dann zu lesen bekommen, sollen sie genauso verstehen, wie ich es gemeint habe. Und das, ohne mich näher zu kennen, weshalb immer häufiger empfohlen wird, neben konkreten Handlungsanweisungen auch etwas zur eigenen Persönlichkeit und den allgemeinen Wertvorstellungen aufzuschreiben. Dennoch ähneln Patientenverfügungen zunehmend Checklisten und werden als eine Art „Gebrauchsanleitung“ für das gute Sterben verstanden, was dazu führen kann, dass Ärztinnen und Ärzte mehr auf eine Verfügung und deren Rechtmäßigkeit schauen als auf den Patienten. Ein großes Problem sind auch die vermutlich unvermeidbaren Interpretationsspielräume einzelner Formulierungen. So werden vom Bundesministerium für Justiz z. B. folgende Formulierungen als Textbausteine empfohlen „wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...“ Hier werden einige ambitionierte Intensivmediziner:innen vermutlich eine ganz eigene Vorstellung davon haben, ob ein Sterbeprozess zunächst „abwendbar“ ist und der unmittelbare Sterbeprozess überhaupt schon begonnen hat. Des Weiteren wird als Textbaustein empfohlen: „wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“. Auch hier wird es diejenigen geben, die ein Endstadium eher nicht vermuten, solange der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar



Was werde ich wollen, wenn ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann?

3. Die Gestaltung des Lebensendes als „technische Disziplin“ oder als verantwortungsvolles Miteinander?

Klaus Dörner hat in seinem Buch „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“² Ärzt:innen empfohlen ein Schild in ihrem Wartezimmer aufzuhängen auf dem steht: „Wir erfüllen keine Wünsche – dafür übernehmen wir Verantwortung“

Wer bereit ist Verantwortung zu übernehmen, dem kann ich mich, wenn alles gut läuft auch – zumindest in einigen Situationen - anvertrauen. Wer „nur“ meine Wünsche umsetzen soll, dem muss ich genau sagen, was er zu tun hat. Und in gewisser Weise empfinde ich Patientenverfügungen auch als eine Art „Misstrauensvotum“ gegenüber dem Gesundheitssystem – und somit auch gegenüber denen, die dort unter schwierigen Bedingungen hart arbeiten. Neben der zunehmend verbreiteten Haltung, dass im besten Fall immer ein anderer verantwortlich und somit auch schuld ist, wenn etwas schief läuft, wächst in unserer Gesellschaft aber auch ein eigentümliches Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung. Wir wollen also auf der einen Seite möglichst wenig Verantwortung für uns und andere übernehmen und auf der anderen Seite in absoluter Selbstbestimmung leben – wie passt das zusammen?

In dem oben bereits erwähnten Buch hat Klaus Dörner auch geschrieben: „Wir haben zwei Prinzipien, die das gesellschaftliche Hilfesystem der Moderne im 19./20. Jahrhundert geprägt haben: Zum einen die Institutionalisierung des Helfens, zum anderen die Professionalisierung des Helfens“. Das kann dazu führen, dass Bereiche des Helfens aus dem Verantwortungs- und Kompetenzbereich der Gesellschaft und aus dem eigenen „entführt“ werden.

Das könnte bedeuten, dass uns in unserem Innersten gar nicht daran gelegen ist, Verantwortung abzugeben – wir wollen sie übernehmen – aber wir trauen es uns nicht mehr zu. Überall lauern Profis und Expert:innen, oder Anweisungen – in allen Lebensbereichen. Unsere Smartwatch informiert uns darüber, ob der Puls beim Laufen ok ist, und nicht unser eigenes Körpergefühl, dem wir dadurch immer weniger trauen. Wir schauen morgens nicht mehr in den Himmel, um zu sehen, wie das Wetter wird, sondern aufs Handy, und wir schauen mehr auf Laborwerte und Verfügungen als auf den uns anvertrauten Menschen. Und auch zu allen anderen Themen sind die sozialen Medien und die Talkshows voll von Experten. In vielen Bereichen scheint das Vertrauen und das Zutrauen in uns selbst attackiert zu werden. Wer sich selbst nicht mehr trauen kann, der traut auch keinem anderen. Vielleicht resultiert aus dem von Dörner beschriebenen Gefühl, dass Bereiche des Lebens und des Miteinanders aus dem eigenen Kompetenz- und Verantwortungsbe- reich „entführt“ werden, auch zu dem großen Drang nach Selbstbestimmung. Aber auch dort entlarvt sich der Mythos der absoluten Selbstbestimmung schnell. Wie selbstbestimmt bin ich, wenn ich bei strömendem Regen mit dem Hund rausgehe? Wenn der Wecker klingelt und ich zur Arbeit muss? Oder ich nachts das weinende Kind tröste? Wir leben seit je her als soziale Wesen in Beziehungen und Abhängigkeiten. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Geborgenheit, wobei das eine die Ablösung von dem anderen erfordert. Und ich wünschte mir, dass wir uns auch im Alter oder im Sterben mit einem guten und sicheren Gefühl wieder anderen anvertrauen können, wie sich das Baby seinen Eltern anvertraut. Hierzu braucht es aber natürlich auch diejenigen, die sich dieses Vertrauen erwerben und die bereit sind, die damit verbundene Verantwortung zu übernehmen. Vielleicht würden dann auch Patientenverfügungen nicht aussehen wie Checklisten, sondern wie ein „sich

zeigen“. Eine solche „Patientenverfügung“ hat meine Freundin vor einiger Zeit vorgefunden, als sie als Notärztin in ein Pflegeheim, wegen Luftnot einer Bewohnerin, gerufen wurde. Nachdem weder Hausarzt noch Angehörige zu erreichen waren, wurde ihr von einer Pflegerin ein handgeschriebener Zettel der luftnötigen und allem Anschein nach, sterbenden Dame gegeben. Darauf stand nur: „ich habe 87 Jahre lang ein gutes Leben gelebt. Ich würde gerne 120 werden, aber nicht um jeden Preis“. Die Notärztin hat die Dame daraufhin nicht mit Blaulicht oder unter Reanimation in die Klinik gebracht, sondern sie vor Ort mit allem nötigen versorgt und sie gut begleitet und ohne belastende Symptome sterben lassen. Das mag richtig oder falsch gewesen sein – aber auf jeden Fall war es mutig und die Notärztin hat die Verantwortung für die Dame und ihr Sterben getragen.

Ich habe mir daraufhin auch überlegt, wie ich mit meiner Patientenverfügung dazu beitragen kann, Ärzt:innen und Pflegenden etwas zuzutrauen und ihnen Verantwortung zu übertragen, die sie nur schwerlich wegdelegieren können. Wichtig ist, dass meine Patientenverfügung keine Blaupause und schon gar keine Empfehlung sein soll – es ist mein ganz persönliches Wagnis mich jemandem anzuvertrauen und ich weiß, dass das gut gehen kann oder auch nicht – sowie wie fast jede andere Patientenverfügung auch. Und so sieht sie aus:

„
Ich habe 87 Jahre lang ein gutes Leben gelebt. Ich würde gerne 120 werden, aber nicht um jeden Preis



Möchten Sie, dass wir weitermachen, oder sollen wir die Reanimation beenden?

ist. Auch bei der Textempfehlung: „In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.“ bleibt die Frage offen, was einzelne Mediziner:innen für möglich und sinnvoll erachten. Somit bleibt es in einigen Fällen eine Glückssache, ob eine Patientenverfügung auch im eigenen Sinne umgesetzt wird oder nicht. Hinzu kommt das Dilemma, dass Ärzt:innen sich in einer nicht absolut eindeutigen Akutsituation eher durch Unterlassen als durch Handeln angreifbar machen. Die Grundlage für medizinische Entscheidungen ist also nicht unbedingt die Überzeugung etwas Sinnvolles zu tun, sondern die Angst vor Konsequenzen im Falle der Therapiebegrenzung. Auf jeden Fall erscheint es mir aber so, dass solche „Checklisten-Verfügungen“ nicht an die Verantwortung von Ärzt:innen appellieren, sondern ihnen die Verantwortung geradezu abnehmen und sie eher zu Dienstleister:innen oder Wunscherfüller:innen werden lassen. Verantwortung wird delegiert an eine Verfügung oder an eine bevollmächtigte Person, was gut sein kann, aber auch eine Überforderung auslösen kann, wenn es auf die Spitze getrieben wird, wie in folgendem Fall, der mir aus einer sehr zuverlässigen Quelle berichtet wurde und hoffentlich eine absolute Ausnahme ist. Dabei war es so, dass ein junger Intensivmediziner die bevollmächtigte Ehefrau eines Patienten anrief und ihr am Telefon sinngemäß sagte: „Sie sind ja die Bevollmächtigte Ihres Mannes, der hier bei uns liegt und sich jetzt akut sehr verschlechtert hat. Wir mussten ihn reanimieren und sind jetzt schon seit über 15 Minuten damit beschäftigt. Möchten Sie, dass wir weitermachen, oder sollen wir die Reanimation beenden?“

Verfügung Heiner Melching

Heiner Melching (Jg. 1963) ist seit vielen Jahren der Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Dabei ist er kreativ, humorvoll und durchaus wortgewaltig. Eigentlich hat er Sozialpädagogik studiert (das hilft wohl auch gut im Umgang mit schwierigen Ärzten) und auch schon in einem Bestattungsinstitut gearbeitet. Er hat einen speziellen, sehr guten und sehr pragmatischen Blick auf das Thema Patientenverfügung. Seine eigene dürfen wir hier abdrucken:

Liebe Pflegekraft, liebe Ärztin, lieber Arzt,

hier liege ich nun vor Ihnen und kann meinen Willen und meine Wünsche für das, was Sie tun sollen, nicht mehr äußern. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Verfügung wusste ich nicht, wie mein Zustand jetzt ist – bin ich am Ende einer schweren Erkrankung, hat mich ein plötzliches Ereignis wie ein Schlaganfall oder ein Unfall hierhergeführt, liege ich auf dem Rücken oder auf dem Bauch? - keine Ahnung. Und selbst, wenn ich mir alle nur erdenklichen Szenarien im Vorfeld überlegt hätte, wüsste ich nicht, wie es mir jetzt geht – wie sich das anfühlt – und was Sie am besten damit machen sollten. Somit möchte ich das Wagnis eingehen mich Ihnen, Ihrem Wissen, Ihren Fertigkeiten und vor allem Ihrer Menschlichkeit anzuvertrauen. Schauen Sie mich an, überlegen Sie, was mir guttun könnte, hören Sie ebenso auf Ihren Verstand, wie auf Ihr Bauchgefühl und machen Sie das Beste draus.

Grundsätzlich gibt es zu mir zu sagen, dass ich ein ausgesprochen gutes und erfülltes Leben hatte, in dem ich nahezu nichts ausgelassen habe. Die Vorstellung zu sterben, beglückt mich zwar nicht sonderlich, aber wenn es dann so ist, ist das auch ok – und zudem irgendwann ohnehin unausweichlich. Eine besondere Sehnsucht nach dem Tod habe ich aber auch nicht, da ich davon ausgehe, auf jeden Fall lange genug tot zu sein, worunter ich mir nur ein völlig unaufregendes Nichts vorstelle. Somit kommt es für mich auf ein paar Tage oder Wochen mehr oder weniger nicht an – es gibt also keinen Grund zur Hektik oder zur Eile – wenn es aus Ihrer Sicht Sinn macht, können Sie also auch mal etwas Unkonventionelles mit mir ausprobieren, solange es mir aus Ihrer Sicht ein würdevolles Leben oder Sterben ermöglicht. Sprechen Sie mit meiner Lebensgefährtin und mit meinem Sohn, wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind – die beiden sind von mir bevollmächtigt meinen Willen wiederzugeben und die kennen mich am besten.

Ich danke Ihnen von Herzen für jede Sekunde, die Sie sich Zeit für mich nehmen, für jeden Gedanken, für jedes Mitgefühl und für alles, was Sie tun - und vor allem auch für alles, was Sie aus guten Gründen unterlassen.

Ich hoffe, ich mache Ihnen nicht allzu viel Stress – und wenn doch, hoffe ich, dass Sie dafür wenigstens gut bezahlt und gut behandelt werden.

Vielen Dank und herzliche Grüße
Heiner Melching

PS. Eins noch: Sollte jemand auf die aberwitzige Idee kommen, mir an meinem Sterbebett aus dem kleinen Prinzen vorzulesen oder meine Hand mit den Worten tätscheln „Sie können jetzt ruhig loslassen“ – schmeißen Sie diese Person bitte raus

Erlaubt oder verboten. Was gilt in Deutschland?

Erlaubt:

Sterben zulassen

Verweigern von Behandlung

Behandeln auch mit lebensgefährlichen Methoden, wenn der Patient dies will

Sedieren eines Patienten auf dessen Wunsch mit dem Ziel der Leidenslinderung (Sedierungstiefe muss überwacht werden)

Selbsttötung

Jede Unterstützung einer Selbsttötung (mit legal verfügbaren Mitteln, durch jeden Menschen, egal welcher Beruf)



Verboten:

Behandeln ohne Einwilligung

Behandeln gegen den Patientenwillen

Sedieren eines Patienten mit dem Ziel der Lebensverkürzung

Tötung auf Verlangen

Töten aus Mitleid



Faktencheck: Wo „Sterbehilfe“ eingeführt wird, würden Gewaltsuizide weniger.

Thomas Sitte

Dies hört und liest man immer wieder von Aktivisten der „Recht-auf-Sterben-Bewegung“. Außerdem sollen die Zahlen für Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung mit oder ohne Verlangen nicht zunehmen. Dann werden teils auch schöne Statistiken gezeigt mit einem Rückgang der Selbsttötungen. Aber, ...

Schaut man sich die Statistiken genauer an, so sieht man, dass sie so zurechtgeschnitten sind, dass es schön passt. Also schauen Sie bitte selbst nach, fragen Dr. Google, der kann in der Regel die notwendigen Zahlen schnell liefern. Ich hatte für meine Dissertation 2016 die Zahlen aus der Schweiz und BeNeLux genauer unter die Lupe genommen. Erstaunt war ich, dass z. B. die Zahlen in der Schweiz offiziell niedriger waren,

als die Summe der Toten, die von den einzelnen Freitodvereinen veröffentlicht wurden.

Die Selbsttötungen nehmen dabei nicht ab. Auch nicht die sogenannten „Gewaltsuizide“ (Erschießen, Erhängen, Sturz aus der Höhe, Straßen- und Schienenverkehr). Selbst eine brandaktuelle Schweizer Untersuchung kommt zu diesem Ergebnis (Güth U e. a.; Conventional and assisted suicide in Switzerland: Insights into a divergent development based on cancer-associated self-initiated death. Cancer Med.2023; doi 10.1002/cam4.6323).

In allen anderen Ländern sind die Zuwachsraten ähnlich dramatisch, besonders wenn auch die Tötung auf Verlangen eingeführt wird. Dies kann man bedenklich finden oder auch gut. Je nach eigener Haltung.

Besonders erschreckend ist die Entwicklung in der kanadischen Provinz Ottawa, also um die Hauptstadt herum. Dort wurde 2021 MAiD eingeführt (Medical Assistance in Dying).

Im fünften MAiD-Jahr waren in ganz Kanada bereits 3,3 % der Todesfälle MAiD geschuldet. In Ottawa sogar 9,8 % aller Todesfälle!

Wer kann da noch davon sprechen, es gäbe keine „schiefe Ebene“, wenn wir uns einmal auf dieses schlüpfrige Terrain begeben?



Wenn der Tod Dich anlacht

Die Ausstellung mit vielen anderen Karikaturen rund um ein ernstes Thema kann bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung bestellt werden.

www.hage.de

Sterbehilfe für Männer

Gestern Abend haben meine Frau und ich am Tisch sitzend über Einiges diskutiert.

Dann kamen wir auf Sterbehilfe zu sprechen. Zu dem sensiblen Thema, Wahl zwischen Leben und Tod, habe ich ihr gesagt: „Wenn es einmal so weit kommen sollte, lass mich nicht in einem solchen Zustand! Ich will nicht leben – nur von Maschinen abhängig und von Flüssigkeiten aus einer Flasche. Wenn ich in diesem Zustand bin, dann schalte bitte die Maschinen ab, die mich am Leben erhalten und schütte das Zeug weg!“

Da ist sie aufgestanden, hat den Fernseher und den Computer ausgemacht und mein Bier weggeschüttet.

Die blöde Kuh!

Beim Bestatter

Witwe: Würden Sie bitte meinen Mann mit dem Gesicht nach unten einsargen.

Bestatter: Warum denn das?

Witwe: Wenn er scheintot ist, gräbt er in die falsche Richtung!

Wörtlich genommen

+++ traf sich gut:
Selbstmörder war Scharfschütze
+++

Helmfrieds Lyrikseite



„Ach Lüttichau, des verstehst du nicht, gell, die dunkle Hand! Für dich ist die Liebe immer nur Süßholzraspeln!“

Damals bin ich knallrot geworden. Weil ich mich vor der ganzen Klasse geniert habe. Auch weil ich mich irgendwie falsch gesehen fühlte. Von unserem Deutschlehrer, dem ich auch dankbar bin. Denn dieses Ghassel von Muhammad Rumi hat mich dann durch alle Lebensphasen begleitet.

„Süßholzraspeln!“

Kann sich diese Form der Hingabe nicht auch auf mein Tun beziehen, das ich liebe? Auf die Liebe im Allgemeinen? Bin ich erst frei, wenn ich mich ihr öffne? Ohne Wenn und Aber? Selbstvergessen?

Die Angst – wovor?

Ach, immer wieder Fragen, an diese wundervollen Zeilen.

*Wohl endet Tod des Lebens Not,
Doch schauert Leben vor dem Tod.
Das Leben sieht die dunkle Hand,
Den hellen Kelch nicht, den sie bot.
So schauert vor der Lieb' ein Herz,
Als wie von Untergang bedroht.
Denn wo die Lieb' erwachet, stirbt
Das Ich, der dunkle Despot.
Du laß ihn sterben in der Nacht,
Und atme frei im Morgenrot.*

Dschalal ad-Din Muhammad Rumi

(1207 - 1273), zählt zu den bedeutendsten persischsprachigen Dichtern des Mittelalters und gilt als Mitbegründer der islamischen Mystik. Geboren in Balch im heutigen Afghanistan, lebte und wirkte er lange bis zu seinem Tod in Konya, der heutigen Türkei / Deutsch von Friedrich Rückert (1819)

Ein Traum von Hospiz

Der lange Weg zum Hospiz im Vogelsberg

Von Traudi Schlitt

Wer das Hospiz im Vogelsberg besuchen möchte oder gar darauf hofft, dort bald selbst sein zu können oder einen Angehörigen versorgt zu wissen, wird noch enttäuscht sein: Das Hospiz im Vogelsberg ist derzeit noch ein Traum. Allerdings ein Tagtraum, der mit jedem neuen Morgen mehr an Leben gewinnt. So hoffen zumindest die Aktiven, die sich mit aller Kraft in dieses Projekt stürzen.

Der Traum von einem stationären Hospiz im Vogelsberg ist nicht neu. Vor vielen Jahren schon hatte der Alsfelder Hospizverein unter seinem damaligen Vorsitzenden Dr. Johannes Pfann den Entschluss getroffen, Spenden für ein stationäres Hospiz zu sammeln. Nach vielen Jahren ohne wirkliche Perspektive gaben die Ehrenamtlichen ihren ambitionierten Plan auf – nicht zuletzt, weil der Rückhalt auch in der Politik fehlte. Der Vogelsberg blieb ein weißer Fleck in der Hospizlandschaft der weiteren Region. Den Menschen wurde und wird damit viel zugemutet: Todkranke Menschen, die ihre letzten Tage gerne in einem Hospiz verbringen möchten, müssen Häuser in Fulda, Marburg oder Gießen aufsuchen, und die haben meist eine lange Warteliste. Für Freunde und Familien wären sie weit entfernt, zumal bei den oberhessischen Verkehrsverhältnissen. Wer Kontakte halten möchte, ist gezwungen, zuhause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus zu sterben. Für die



Angehörigen kann das trotz des inzwischen auch im Vogelsberg gut ausgebauten Palliativnetzes aus Hospizvereinen und spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung eine zusätzliche große Belastung sein. Die Zeit ist längst reif für eine Hospizeinrichtung in einem der größten hessischen Flächenkreise.



Der Vogelsberg blieb ein weißer Fleck in der Hospizlandschaft der weiteren Region.

Diesem Gedanken haben sich inzwischen viele Akteure angeschlossen: Der Vogelsbergkreis trägt ihm mit einem eigenen Aufgabenfeld der Fachstelle Gesundheitliche Versorgung Rechnung. Unter der Schirmherrschaft von Landrat Manfred Görig wurde schon vor einiger Zeit eine Projektgruppe gegründet, zu deren Aufgabe auch die Begleitung der Gründung eines stationären Hospizes zählt. Ihr gehören mit Dr. Sigrid Stahl und der Palliativkoordinatorin Susanne Botthof-Schlitt

zwei kompetente Mitarbeiterinnen an. Die Notwendigkeit ist also erkannt. Auch die Hospizvereine der Region arbeiten gemeinsam an diesem Plan, der mit dem Engagement der Stiftung Lichtermeer – der im Jahr 2021 gegründeten Vogelsberger Palliativ- und Hospizstiftung - großen Auftrieb gewonnen hat. Gründerin und Stiftungsratsvorsitzende Tanja Bohn lässt nichts unversucht – sei es bei der Suche nach einem geeigneten Träger, einem passenden Grundstück und den im Vogelsberg fast immer anstehenden Gesprächen mit dem Denkmalschutz. Bei all dem kommen der Unternehmerin ihre Erfahrungen und Kontakte aus anderen Projekten zugute.

Dennoch: Auch wenn es jetzt einen Investor und einen Träger gibt, und auch wenn es so aussieht, als sei endlich ein passendes Gebäude in Alsfeld gefunden worden, ist das Projekt „Hospiz im Vogelsberg“ noch nicht in trockenen Tüchern. Zu oft schon schien alles perfekt, wie Tanja Bohn berichtet. Insbesondere die Suche nach einem Standort gestaltete sich schwierig. „Mit unserem derzeitigen Objekt starten wir nun den sechsten Versuch in Sachen Standort“, sagt sie mit einem lachenden und einem weinenden Auge: Einerseits könnte es jetzt wirklich gelingen, andererseits nimmt jeder Fehlversuch viel Energie mit sich – zumal die Gründe für das Scheitern vielschichtig sind. Dass der Standort in Alsfeld oder Lauterbach sein



Foto: Traudi Schlitt

Akteure beim Welthospiztag für ein Hospiz im Vogelsbergkreis:

Die Hauptakteure im Palliativwesen im Vogelsbergkreis (v.l.n.r.): Dr. Sigrid Stahl (Gesundheitsamt), Barbara Becker (Lichtermeer) Tanja Bohn (Lichtermeer), Susanne Liebl (Hospizverein Alsfeld), Heide Fink (Hospizverein Lauterbach), Dr. Thomas Sitte (Deutsche PalliativStiftung), Dr. Ines Josek (PalliativTeam Vogelsberg)

sollte, stand früh fest: „Erfahrungen aus anderen Hospizen zeigen, dass die Menschen nicht abgeschottet irgendwo warten wollen, bis ihr Tod kommt, sondern sie wollen am Leben teilhaben, sehen, was um sie herum passiert, ihre noch vorhandenen Möglichkeiten nutzen und dennoch einen grünen, natürlichen Rückzugsort haben“, so die Vorgaben, die Tanja Bohn und ihre Mitstreiter erfüllen wollten. Ihrem Planungsteam zur Seite steht auch der renommierte Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte, der stets gerne beratend tätig ist und sich ebenfalls sehr für die Errichtung eines stationären Hospizes im Vogelsberg einsetzt.

In der Kreisstadt des Vogelsberges, in Lauterbach, verliefen erste Sondierungen erfolglos, wohingegen schon der zweite Anlauf, ein großes, innerstädtisches Grundstück in Alsfeld, in direkter Nähe zu dem Naherholungsraum „In den Erlen“, sofort zu passen schien. Bis zu dem Zeitpunkt, als die Besitzerin realisierte, was für eine Art Einrichtung dort entstehen sollte. „Sie hatte eher an ein Pflegeheim gedacht und wollte keine sterbenden Menschen auf dem Grundstück haben, stellte sich vor, wie sich Krankenwagen und Pietät

die Klinke in die Hand gäben und wehrte ab“, berichtet Tanja Bohn ein wenig fassungslos, denn der Bedarf nach einem Hospiz kann ja alle ereilen. Zwei weitere mögliche Standorte am Innenstadtrand scheiterten an den Bebauungsplänen, die zuvor hätten geändert werden müssen – ein erheblicher Zeitaufwand mit ebenso erheblichen Auflagen. Beides wollte das Planungsteam nicht in Kauf nehmen, da dies die Realisierung des Hospizprojektes in weite Ferne gerückt hätte.

Ein weiteres Grundstück, das wieder mehr in der Stadt gelegen war und nah am Naherholungsgebiet, wurde nach einigen Verhand-



Foto: Traudi Schlitt

Unermüdlich setzt sich Tanja Bohn für das Projekt „Stationäres Hospiz“ in Alsfeld ein.

lungen und Gesprächen von den Inhabern wieder zurückgezogen. Nun gibt es neue Hoffnung – direkt in der Alsfelder Innenstadt. „Hier könnte es klappen“ zeigt sich Tanja Bohn zuversichtlich. Es gibt schon erste Pläne, die mit dem Denkmalschutz abgestimmt werden müssen. Die Grundstückseigentümer zeigen sich kooperativ. „Das Gelingen dieses Projektes hängt jetzt in erster Linie an den Vorgaben des Denkmalschutzes und wie diese baulich sinnvoll umgesetzt werden können“, sagt die unermüdliche Planerin, die sich glücklich schätzt, sowohl mit dem Träger als auch den Architekten zielorientierte und geduldige Mitstreiter gefunden zu haben. „Und wenn dann noch der Investor beim Notar unterschrieben hat, kann es losgehen.“ Gute Nerven, ein langer Atem und jede Menge Durchhaltevermögen sind also nach wie vor gefragt.

Vielen Menschen würde ein Stein vom Herzen fallen, wenn es im Vogelsberg endlich einen schönen Ort für todkranke und sterbende Menschen gäbe – nicht nur den

Betroffenen und ihren Angehörigen selbst, auch denjenigen, die sich jetzt mit aller Kraft dafür einsetzen. Doch mit der Grundsteinlegung beginnt neue Arbeit: die Zulassung bei den Krankenkassen, die Personalsuche, die Einwerbung von Spendenmitteln. „Der Gesetzgeber sieht vor, dass fünf Prozent der Kosten eines Hospizes aus Spenden finanziert werden müssen“, so Tanja Bohn, die jedoch sicher ist, dass es sowohl Spender als auch Ehrenamtliche gibt, die das Hospiz unterstützen würden.

Thomas Sitte hat schon früh als Notarzt und Anästhesist im Vogelsberg die hiesige Palliativ- und Hospizsituation kennengelernt und gerade in der Anfangszeit unter deren Unterversorgung gelitten. „Wir mussten damals viel von Fulda aus mitbetreuen und sind heute froh, dass das Palliativnetz Waldhessen mit seinen multiprofessionellen Teams aus Haupt- und Ehrenamtlichen hier so gute Arbeit macht. Ein stationäres Hospiz würde uns alle in eine neue, enorm wichtige Phase befördern.“ Daher unterstützt auch er das Vogelsberger Anliegen nach Kräften.

Bleibt die Frage, wann das Hospiz im Vogelsberg zur Verfügung steht. Tanja Bohn ist da ganz klar: „Wenn es nach mir ginge, könnten wir in zwei Jahren aufmachen.“

Man wird sehen. schöner leben ... bis zuletzt wird sicher an dem Thema dranbleiben und über kleine und große Schritte berichten.

Anmerkung des Herausgebers.

Hospize und insbesondere Kinderhospize gibt es schon etliche in Deutschland. Viele sind auch im Bau oder werden geplant. Leider gibt es da oftmals keine wirkliche Bedarfsplanung und auch keine Abstimmung in der Region und im Umfeld. Das Hospiz in Alsfeld soll aber eine echte Lücke füllen, denn aus dem Vogelsbergkreis zum nächsten bestehenden Hospiz sind die Weg wirklich weit. Deswegen unterstützen wir diese Pläne ausdrücklich und werden jetzt in jedem Heft berichten, wie es weitergeht. Wir hoffen, diese „Fortsetzungsgeschichte“ findet ein glückliches Ende.

Wird Alter zu einer Krankheit?

Provokante Frage, ernster Hintergrund



Prof. Daniel Jaspersens
Kolumne zu Gesundheitsfragen

Foto: Doc Sitte

Die provokante Frage hat einen ernst gemeinten Hintergrund, nämlich konkret die neue 11. Version der ICD. Darunter versteht man die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die in Deutschland die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung darstellt.

Als Besonderheit der 11. Ausgabe der Weltgesundheitsorganisation soll nun erstmals das Lebensalter als Teil der Diagnose erfasst werden. Seit dem 1. Januar 2022 können die Mitgliedstaaten ihre Sterblichkeitsdaten auch mit dieser neuen Verschlüsselung melden, wobei das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte noch an der deutschen Version arbeitet.

Leben beinhaltet Altern und die Wissenschaft, die sich damit befasst, ist die Gerontologie. Griechisch bedeutet das für mich als 70-jährigen wenig erbaulich „die Lehre vom Greis“, verweisen möchte ich dabei aber auf den motivierenden Song von Udo Lindenberg: „Der Greis ist heiß“. Aber zurück zum Thema. Gerontologie stellt die Wissenschaft vom Altern dar und berücksichtigt Aspekte des gesamten Lebens, wie kulturelle, soziale, historische und persönliche.



Foto: Josef Hinterlechner

Einem aktuellen Artikel des Psychoanalytikers Martin Teising in Psychologie Heute ist zu entnehmen, dass wir uns auch im hohen Lebensalter ständig weiterentwickeln und uns neue Kompetenzen zur Kompensation auftretender Defizite aneignen können. Dabei werden die körperlich bedingten Einschränkungen der letzten Lebensphase, nämlich dem dritten Lebensalter nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, nicht verleugnet. Aber im Durchschnitt liegen noch etwa 20 Lebensjahre bei relativ guter Gesundheit vor den Betroffenen. Das vierte Lebensalter beginnt dann ab 85 und ist geprägt von zunehmenden körperlichen und geistigen Einschränkungen.

Was die Diagnosenzuordnung betrifft, sollen das frühe geriatrische Alter von 65-84 Jahre und das Alter ab 85 Jahre erfasst werden. Daraus kann bei kritischer Hinterfragung geschlossen werden, dass das Alter selbst eine Krankheit sei und die Folgen bekämpft werden müssen.

Aubrey de Grey ist biomedizinischer Gerontologe und setzt sich für die Bekämpfung des Alterungsprozesses, den er als Krankheit und medizinisches Problem betrachtet. Er fordert zur Vermeidung von Gesundheitsproblemen im Alter den Einsatz der regenerativen Medizin mit Stammzellen, um geistige und körperliche Funktionen wie in der Jugend unbegrenzt aufrechtzuerhalten.

Dazu sagt die Schweizer Soziologin und Altersforscherin Sabina Misoch, dass Alter weder als Krankheit behandelt noch als solche betrachtet werden soll, sondern als Teil des natürlichen Verlaufes des menschlichen Lebens, das gerade durch dessen Endlichkeit seine eigentliche Qualität erhält. In diesem Sinne sollten wir uns der Endlichkeit und der Kostbarkeit des Lebens bewusst sein und versuchen jeden Tag so positiv wie möglich zu gestalten.

Was vom Ende bleibt

Fotografien von Tina Ruisinger ab 2. Dezember 2023 im Kasseler Museum für Sepulkralkultur



Damit die Besucher*innen der Ausstellung „Was vom Ende bleibt“ sich selbst ein Bild eines Vorgangs machen können, der jährlich rund 750.000 Leichen in Deutschland betrifft, hat sich Tina Ruisinger entschieden, bei der Rahmung kein Glas vor die Fotografien setzen zu lassen. In einfachen Holzrahmen zeigen sich die Fotos in einer unmittelbaren Eindrücklichkeit.

Fotografien von Implantaten

Neben den 50 Aschen hat Tina Ruisinger auch Implantate fotografiert. Vor schwarzem Hintergrund schweben die von Asche befreiten Objekte wie unbekannte Gegenstände aus fremden Kulturen. Manches gibt sich in seiner ursprünglichen Funktion zu erkennen, und anderes wirkt tatsächlich so, als seien es Funde aus archäologischen Grabungen oder gar extraterrestrischen Zivilisationen.

Von Dr. Dirk Pörschmann

Die Fotografien von Tina Ruisinger zeigen uns, was vom menschlichen Körper nach einer Kremation übrigbleibt. Es sind sensible Aufnahmen von 50 menschlichen Aschen sowie großformatige Porträts von Objekten, die zu Lebzeiten meist einen medizinischen Nutzen für die Verstorbenen hatten.

Die 1969 in Stuttgart geborene Fotografin Tina Ruisinger arbeitet seit den frühen 1990er-Jahren in den Bereichen Reportage, Porträt und Tanzfotografie. Auch interdisziplinäre Kunstprojekte gehören zu ihrem Schaffen. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens hat hierbei einen hohen Stellenwert. Im Rahmen eines außergewöhnlichen Projekts hat sie die menschlichen Überreste nach einer Feuerbestattung ‚porträtiert‘.

Der Zyklus „50 Aschen“, den das Museum für Sepulkralkultur für seine Sammlung ankaufen konnte, besteht aus Fotografien, die menschliche Asche sowie darin beinhaltete Implantate wie Herz-

schrittmacher oder künstliche Gelenke zeigen. Auch mit in die Kremation gegebene Beigaben wie Brille, Taschenmesser oder Golfschläger haben das Interesse von Tina Ruisinger geweckt. In einem ersten Schritt hat sie die kompletten Überreste, die rein technisch im unteren Bereich des Kremationsofen auf einem Rost aufgefangen werden, fotografiert. Die Vielfalt der Ansichten des doch vermeintlich immer gleichen Materials aus Knochenresten und Asche überrascht: In Form und Farbe scheint eine vermeintliche Individualität des Leichenbrands aufzuscheinen. Sind dies Projektionen des Betrachters, der weiß, dass es die Aschen von 50 Menschen sind, die in ihren Särgen verbrannt wurden? Oder zeigt sich hier nicht tatsächlich die Einmaligkeit eines jeden Individuums in seinen Überresten?

In den letzten zwanzig Jahren hat sich die Feuerbestattung (aktuell Anteil von rund 75%) zur wichtigsten Bestattungsform in Deutschland, aber auch der Schweiz, wo Tina Ruisinger lebt und arbeitet, entwickelt. Neben der Erdbestattung ist sie die für unseren Kulturkreis wichtigste Bestattungsart. Ruisingers Fotografien bringen uns dem Phänomen Kremation näher, indem sie das zeigen, was für gewöhnlich nicht sichtbar ist. Nach der Kremation werden die medizintechnischen Implantate aussortiert und die Knochenreste zerkleinert, um diese in eine Aschekapsel füllen zu können. Rund drei bis dreieinhalb Liter Volumen besitzt der Leichenbrand, der in anderen europäischen Ländern zahlreiche Formen der Beisetzung oder Weiterverarbeitung zulässt, so etwa das Verstreuen in der Natur oder die Produktion von Erinnerungsdiamanten.

„Was vom Ende bleibt“ ist eine sinnlich-ästhetische Reise in die Welt der Feuerbestattung. Sie ist zugleich Dokumentation und Wunderkammer. Sie ist eine phänomenologische Bestandsaufnahme einer alltäglichen Praxis, ohne technische Vorgänge abzubilden. Tina Ruisinger hat mit ihren Fotoapparaten und Objektiven genau hingeschaut, um zu objektivieren, was für die durch den Tod eines Angehörigen betroffenen Men-

schen höchst subjektives Leiden und individuelle Trauer bedeutet.

Tina Ruisinger, 1969 in Stuttgart geboren, hat an der Hamburger Fotoschule, am International Center of Photography in New York und an der Zürcher Hochschule der Künste studiert. Seit 1992 arbeitet sie als freischaffende Fotografin in den Bereichen Reportage, Porträt und Tanz, sowie an interdisziplinären künstlerischen Projekten unter Verwendung von Fotografie, Video, Sound und Text. Schwerpunkt ihrer Arbeit war immer der Mensch in seiner Lebenskraft, Unbeständigkeit und Sterblichkeit. So erzählt etwa das

Buch „Traces - eine Spurensuche“ (2017) von den Dingen, die zurückbleiben, wenn ein Mensch stirbt. Ruisinger hat zahlreiche Preise und Stipendien gewonnen und ihre Arbeit international sowohl in Einzel- als auch in Gruppenausstellungen gezeigt. Seit 2018 arbeitet sie vermehrt künstlerisch und fotherapeutisch mit Menschen im letzten Lebensabschnitt und bildet sich fortlaufend in Fototherapie, Palliative Care und Sterbebegleitung weiter.

2. Dezember 2023 – 3. März 2024
| Museum für Sepulkralkultur,
Weinbergstraße 25-27, Kassel

Hintergrundinformationen: Kremation

Kremation nennt man die Art der Bestattung eines verstorbenen Menschen, bei der der Körper möglichst vollständig verbrannt wird. Danach kann die Asche zum Beispiel in eine Urne gefüllt werden. 2022 lag der Anteil der Feuerbestattungen laut Statistischem Bundesamt bei 78 Prozent. Die Auswertung beruht auf 397.440 gemeldeten Bestattungen. In den vergangenen zehn Jahren ist damit der Anteil der Urnenbestattungen um zehn Prozent gestiegen.

Jede Kremation ist anders, denn jeder Mensch bringt andere körperliche Voraussetzungen mit. Und auch das Material des Sarges spielt eine Rolle: sehr trockenes Holz kann etwa in einem Feuerball aufgehen. Die einzelnen Aschen, die übrigbleiben, unterscheiden sich. Manche beinhalten viele oder wenige komplette Knochenteile, mit oder ohne Implantate, mit anderer organischer Zusammensetzung und Färbung und auch anderer Masse.



Radieschen von unten

Das bunte Buch über den Tod für neugierige Kinder

”

Ein tröstliches, augenöffnendes Buch, das uns den Tod freundlich anschauen lässt



Radieschen von unten

Klett Kinderbuch
Umfang 160 Seiten,
gebunden
Format 23 x 22,5 cm
Preis EUR 22,00
ISBN
978-3-95470-285-5
Ab 8 Jahre

Von Katharina von der Gathen
und der Illustratorin Anke Kuhl

Ist Sterben schlimm? Kann es schön sein? Warum muss man überhaupt sterben? Was passiert dann? Wäre es nicht viel toller, unsterblich zu sein? Und wie ist es eigentlich, wenn man täglich beruflich mit dem Tod zu tun hat? Das Sachbuch für Kinder „Radieschen von unten“ (Klett Verlag) öffnet behutsam die Tür zu einem geheimen Zimmer. Die Welt dahinter ist mal traurig, sogar auch manchmal lustig, und immer besonders und aufregend.

Die Sexualpädagogin und Autorin Katharina von der Gathen widmet sich damit einem Thema, das alle Menschen betrifft, über das aber längst nicht alles ausgesprochen ist. In einer Mischung aus Sachlichkeit und Herzlichkeit, tiefem Ernst und entlastenden Witzen geht es etwa um spannende Rituale, kuriose Todesfälle, die Erlebnisse eines Friedhofsgärtners und die Trauer

der Tiere. Liebevoll illustriert hat das Buch für Kinder ab acht Jahren die mit dem Deutschen Jugendliteraturpreis ausgezeichnete Illustratorin Anke Kuhl. Ein tröstliches, augenöffnendes Buch, das uns – egal welchen Alters – den Tod freundlich anschauen lässt.

„Kinder haben Fragen zu den Themen Tod, Sterben und Bestatten, die oft von den Eltern nicht beantwortet werden können. Ich erlebe es immer wieder, dass Kinder fasziniert zuhören: Sie wollen manche Dinge einfach wissen“, sagt Museumspädagoge Gerold Eppler. Zwar werde das Thema Tod im Grundschulunterricht immer häufiger aufgegriffen, in den Fächern Religion oder Sachkunde zum Beispiel. „Doch auch Lehrer*innen können manche Fragen selbst nicht beantworten. Da ist es ganz wunderbar, dass ein Buch all diese Facetten rund um den Tod mit Witz und Verstand aufgreift.“ Der humorvolle Zugang senke die Schwelle zur Auseinandersetzung mit schweren Themen.



Klassiker Kartoffelpuffer

1 Die Kartoffeln (1,2 Kilogramm) waschen, schälen und in eine Schüssel mit Wasser legen - die Kartoffeln sollen bedeckt sein. Die Zwiebeln (2) schälen und sehr klein schneiden.

2 Nun die Kartoffeln fein reiben und mit allen anderen Zutaten außer dem Öl vermengen und würzen. Circa 5 Minuten stehen lassen, damit der Grieß quellen kann.

3 Eine Pfanne erhitzen, Öl hineingeben und heiß werden lassen.

Puffermasse mit einem großen Löffel in der gewünschten Menge als Häufchen in die Pfanne setzen. Dann etwas flach drücken.

4 Von beiden Seiten braten, bis die Puffer durch und knusprig sind. Anschließend auf Küchenpapier abtropfen lassen und warm servieren.

Tipp

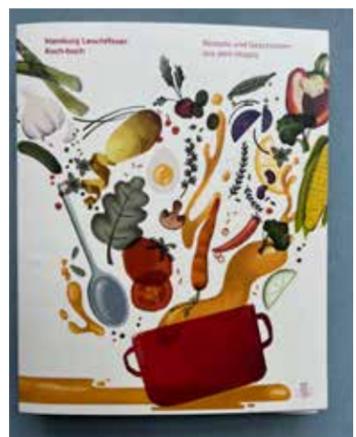
Die Kartoffelpuffer in reichlich Öl in der Pfanne backen, aber nicht frittieren. Wer möchte, kann auch Kräuter (zum Beispiel Petersilie, Schnittlauch oder Thymian) zu der Kartoffelmasse geben. Gepresster Knoblauch passt ebenfalls. Dazu passt wahlweise Apfelmus, Räucherlachs mit Schnittlauch, Saure Sahne, Rübensirup oder Senf.

Das Rezept von Hospizkoch Ruprecht Schmidt, ist dem neuen „Hamburg Leuchtfeuer Kochbuch – Rezepte und Geschichten aus dem Hospiz“ entnommen. Darin finden Sie neben diesem noch viele andere wunderbare Kochideen in einfacher Sprache und gut lesbarer Schrift.

Es ist erschienen im Deutschen PalliativVerlag 2023 und erhältlich für 25 EUR bei der PalliativStiftung.

Zutaten

- 1,2 Kilogramm Kartoffeln (festkochend)
- 2 Zwiebeln (mittelgroß)
- 3 Eier
- 50 Gramm Grieß
- 2 gehäufte Esslöffel Quark
- Salz und Pfeffer
- Sonnenblumenöl



Vor dem Tod habe ich keine Angst

Ein Interview von Mike Powelz mit dem Autor und Palliativmediziner David Fuchs



Geboren 1981 in Linz, Medizinstudium in Wien. Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin in Linz, wo er als Palliativmediziner arbeitet. Absolvent der Leondinger Akademie für Literatur, Mitglied der Grazer Autorinnen Autorenversammlung. Vater von zwei Kindern.

Anfang November hat die österreichische Tageszeitung „Der Standard“ ein bemerkenswertes Interview mit Ihnen veröffentlicht – Titel: „Vor dem Tod habe ich keine Angst“. Was macht Sie da so sicher?

Ganz einfach: Ich fürchte mich nicht vor dem Tod-Sein, weil ich dann ja nicht mehr existiere. Sorgen bereiten mir eher die Monate, Wochen und Tage sowie die unmittelbare Phase davor ...

**Tatsächlich nur Sorgen?
Oder vielleicht doch Angst?**

Vor der letzten Phase habe ich eine abstrakte Angst, weil es manche Erkrankungen und bestimmte Symptome gibt, die ich mir nicht wünschen würde. Aber natürlich kann man weder planen, garantieren noch kontrollieren, was einen am Lebensende erwartet.

**Geht es Ihren Patienten genauso?
Fürchten sich die eher vorm Sterben
oder vorm Tod?**

Viele Menschen fürchten sich vor bestimmten Symptomen – beispielsweise Ersticken, wobei das ausgesprochen selten vorkommt. Manchmal kann ich diese Angst eingrenzen, indem ich die Menschen mit Fakten konfrontiere, aber immer gelingt mir das nicht.

Als Palliativmediziner können Sie handeln und be-handeln. Gibt Ihnen das die notwendige Sicherheit dafür, Ihre Patienten so stärken zu können, dass sie keine Angst mehr haben müssen?

Ja, besonders, wenn es um Angst vor konkreten Symptomen geht, sind Infos hilfreich – während sie bei der Angst vor der Endlichkeit, dem Sterben und dem Abschied wahrscheinlich nutzlos bis schädlich sind. Wenn es hingegen um Schmerzen und unsere Möglichkeiten zu deren Linderung geht, beruhigt es viele Patienten, dass wir das sehr gut können. Wie bereits gesagt: Ersticken kommt ausgesprochen selten vor, und Atemnot, die es häufiger gibt, ist zum Glück exzellent behandelbar. Insofern sind konkrete Infos gegen die – wahrscheinlich durch Gerüchte entstandenen – Horrorvorstellungen mancher Patienten tatsächlich hilfreich. Und natürlich stärkt es das Vertrauen in uns, wenn beispielsweise eine Patientin, die sich vor einem Erstickungstod fürchtet, bei akuter Atemnot merkt, dass ihr ein verordnetes Opioid innerhalb von zehn Minuten Linderung verschafft. Doch unterm Strich kann man nicht jede Art von Angst besiegen.



Foto: Privat

Mike Powelz,

51, ist ein deutscher Journalist und Schriftsteller. Er arbeitet für mehrere Magazine und hat Persönlichkeiten wie Altbundeskanzler Helmut Schmidt u.v.a. interviewt. Sein bekanntester Roman ist der Hospizkrimi „Die Flockenleserin“.

”

*Unterm Strich
kann man nicht
jede Art von
Angst besiegen*



Foto: Daniela Fuchs



Immer und jederzeit empathisch zu bleiben ist auch nach Jahren unerlässlich

Sie sind ausgebildeter Onkologe, arbeiten jetzt als Palliativmediziner. Wie würden Sie den gefühlten Unterschied beschreiben?

In der Palliativmedizin ist es sehr sinnstiftend und befriedigend, dass ein medizinisches Problem, seine Behandlung und die Wirkung sehr eng beieinander sein können. Zwar gilt das nicht immer, aber doch sehr häufig, während man es in der Onkologie nicht direkt während einer Bestrahlung oder Chemotherapie spürt, sondern höchstens Wochen oder Monate danach, wenn man erfährt, dass man einem Patienten das Leben retten konnte. Unmittelbarkeit findet man eher in der Palliativmedizin.

Das wichtigste Instrument eines Chirurgen ist sein Skalpell. Und Ihres?

Gespräche und Kommunikation, während das Verschreiben von Medikamenten – ähnlich wie in der Onkologie – der intellektuell wesentlich weniger herausfordernde Teil ist. Allerdings besteht im Bereich der Palliativmedizin nochmal wesentlich mehr Redebedarf als in der Onkologie.

Wie fühlen Sie sich während solcher Gespräche? Haben Sie beispielsweise Mitleid?

Mitgefühl trifft es besser. Immer und jederzeit empathisch zu bleiben ist auch nach Jahren unerlässlich, aber zugleich ist es auch wichtig, wahrzunehmen, dass die Emotion meines Gegenübers nicht meine eigene Emotion ist – sondern ein Gefühlzustand, auf den ich im Gespräch reagiere. Das ist nicht immer einfach, aber letztlich ist es wichtig, im Extremfall als einziger im Raum handlungsfähig zu bleiben, um mit etwas Abstand eine Situation einschätzen und erklären zu können. Wenn ich einem Patienten mit einem Gespräch helfen soll – was ja als Arzt und Behandler – meine Rolle ist, darf ich mich nicht gefühlsmäßig darin verstricken. Denn ich bin nicht sein/ihr Partner, Freund oder Angehöriger. Aber klar, manchmal ist das ein Balanceakt.

Gibt's ein Ritual, das Sie praktizieren, wenn Sie in ein Gespräch hinein- und wieder hinausgehen? Ein hilfreiches Tool, um den „virtuellen Arztkittel“ an- und wieder auszuziehen?

Ich mache das an meiner Kleidung fest – konkret an dem weißen Arztkittel, den ich im Krankenhaus trage. Wenn ich ihn abends an den Haken hänge und meine Privatkleidung wieder anziehe, sinniere ich vielleicht noch kurz, aber nicht mehr über einen bestimmten Punkt über meine Arbeit nach. Diesbezüglich geht's mir so ähnlich wie einer Ex-Kollegin aus dem Bereich Onkologie, die während ihrer abendlichen Autofahrt nach Hause bis zu einer bestimmten Autobahnabfahrt noch über die Arbeit nachdachte, aber anschließend ausschließlich wieder eine Privatperson war.

Eines Ihrer Lieblingsbücher ist „House of God“. Warum?

Weil es eines jener Bücher ist, die man in unserem Beruf unbedingt gelesen haben sollte. Ich selbst habe „House of God“ und den Nachfolger „Mount Misery“ zum ersten Mal während des Studiums gelesen – und fand es damals irrsinnig lustig. Bei einer erneuten Lektüre vor ein paar Jahren hingegen erschien es mir bedrückend und traurig. Kurios, aber wahr: Je älter ich werde, desto heftiger finde ich dieses Buch.

Das Buch stellt 13 – teils etwas zynische – Regeln bzw. Thesen auf. Ihre Meinung über die 13. Regel: „Die beste ärztliche Betreuung besteht darin, so viel nichts wie möglich zu tun.“?

Darin steckt, obwohl das Buch in den 70er Jahren veröffentlicht wurde, zumindest immer noch ein Körnchen Wahrheit. Generell besteht die größte Herausforderung in der Medizin wohl darin, sich als Arzt zu überlegen, etwas Bestimmtes nicht zu tun. Und klar, in der Palliativmedizin nimmt das, was man nach reiflichem Überlegen und aufgrund von viel Berufserfahrung letztlich nicht tut, natürlich noch mehr Raum ein – beispielsweise, wenn es um Untersuchungen geht.



Foto: Daniela Fuchs

Was bedeutet der Begriff „Palliativmedizin“ aus Ihrer Sicht?

Als Klischee impliziert er oft, dass man nichts mehr für einen Patienten tun kann und nun die Palliativmedizin komme. Dieses Vorurteil habe ich schon lange nicht mehr gehört. Richtig ist, dass viele Dinge nicht mehr getan werden – wie der Einsatz bestimmter Therapien, etwa mit Antibiotika, oder die Erstellung von Blutbildern. Außerdem wird weniger standardisiert gedacht und gehandelt. Manchmal kommt man sich dabei „leicht subversiv“ vor. Ja, die Regeln des standardisierten Krankenhausverhaltens hier und da zu unterlaufen macht tatsächlich ein wenig Spaß – nach dem Motto: „Warum soll etwas nicht gehen?“

Bleiben Ihre Patienten – auf Ihrer Palliativstation im Krankenhaus – in der Regel bis zum Tod bei Ihnen?

Die Mehrheit unserer Patienten – das sind circa 60 Prozent – sterben bei uns auf der Station. Die Aufenthaltsdauer ist aber im Vergleich zu einem stationären Hospiz kürzer, viele gehen beispielsweise wieder nach Hause oder in ein stationäres Hospiz. Dennoch begleite ich nicht wenige meiner Palliativpatienten über Wochen, Monate und ja, manchmal sogar Jahre. Und es ist erfreulich, dass es in unserem Krankenhaus eine sogenannte Früh-Integration gibt – d. h., viele unserer Patienten kennen wir seit ihrer Diagnose.

Fragen zum Arzt als Autor

Ob Sterben, Demenz oder das Aushalten komplizierter Situationen – über all diese Stoffe schreiben Sie. Warum sind Sie neben Ihrem Beruf als Palliativmediziner auch Schriftsteller?

Schreiben ist für mich eine andere Art „in der Welt zu sein“. Denn beim Schreiben bin ich nicht ständig von anderen Leuten umgeben, sondern im positiven Sinn allein mit meinen Figuren und dem Rechner. Es ist eine auf gute Weise einsame Arbeit.

Verarbeiten Sie beim Schreiben Ihren Alltag als Arzt?

Beim literarischen Schreiben nicht. Beim Schreiben eines Romans, Gedichts oder einer Erzählung kommen zwar durchaus Themen meines Berufs vor, aber keine konkreten Situationen, Namen oder Ereignisse. Mein persönlicher Alltag ist auch nicht so interessant, dass man ihn gerne 1:1 lesen würde.

Was möchten Sie mit Ihren Texten erreichen – Preise abräumen, die Welt verbessern, unterhalten?

Weder noch. Ich möchte mich Themen annähern, die mich interessieren bzw. betreffen und sie auf meine Weise durchexerzieren. Es macht mir einfach großen Spaß, Figuren zu kreieren, Handlungen zu bauen und zu schauen, wo einen das hinträgt. Wenn das am Ende jemand lesen möchte? Wunderbar. Wenn ich dafür einen Preis bekomme – noch besser. Und wenn jemand dadurch zum Denken kommt – auch wunderschön. Wie die meisten Menschen freue ich mich natürlich auch über Lob und Anerkennung, aber das ist nicht das primäre Ziel.

Welches Ihrer Gedichte kommt Ihnen spontan in den Sinn, wenn Sie eine Empfehlung zum Abdruck in „schöner leben“ vorschlagen könnten?

Es gibt in meinem Lyrikband am Ende eine Reihe von Sonetten, die die konkretesten Beschreibungen einzelner echter Patienten sind. Diese Sonette sind mir lieb und teuer.

Ihr Tipp für alle, die schreiben möchten – aber sich bislang nicht getraut haben?

Einer meiner wichtigsten Erkenntnisgewinne ist zugleich ein Aphorismus von Ernest Hemingway, der leider absolut stimmt: „The first draft of anything is shit“ – „der erste Entwurf von allem ist Mist“. Das Wichtigste ist für mich das Überarbeiten des Textes. Draufloszuschreiben befreit enorm, besonders wenn man daran denkt, dass man ihn niemand vorlegen muss. Aber wenn er fertig ist, hat man zumindest das Rohmaterial, das man anschließend einmal, zweimal oder eventuell sogar siebenmal oder noch öfter überarbeiten muss. Ansonsten lässt sich Schreiben natürlich auch handwerklich erlernen, etwa in Schreibwerkstätten zum Üben. Das Kritisiertwerden und Überarbeiten habe ich in solchen Werkstätten gelernt – genau wie die Grundkenntnisse des Textaufbaus, verschiedener Reimformen und Rhythmen.

Fragen zum Wunsch nach Sterben

Apropos Hemingway: Der weltberühmte Autor hat sich suizidiert. Wie erleben Sie die Fragen von Patienten zur Lebensverkürzung?

In Österreich wurde 2022 die Assistenz beim Suizid per „Sterbeverfügungsgesetz“ straffrei gestellt. Zuvor und danach hat das Thema – selbstredend – stark an Fahrt aufgenommen. Aber in meinem beruflichen Alltag kommen selten Patienten mit der Bitte auf mich zu, einen Suizid anzustreben – während das Thema in der Öffentlichkeit, bei Fortbildungen und Diskussionen, viel mehr Gewicht hat. Gefühlt geht es, sobald von Palliative Care die Rede ist, zu 80 Prozent um assistierten Suizid – ein enormer Kontrast zur Wirklichkeit.

Und wie nehmen Sie die öffentliche Diskussion – beispielsweise im Netz – wahr?

In der Öffentlichkeit stehen sich zwei verschiedene Fraktionen scheinbar spinnefeind gegenüber. Was mich persönlich betrifft, bin ich gegen assistier-



Foto: Daniela Fuchs

ten Suizid, halte es aber trotzdem für wichtig, den Dialog aufrechtzuerhalten und führe persönlich Diskussionen mit Kollegen, die assistierten Suizid befürworten. Anfragen für die ärztliche Bestätigung zum assistierten Suizid landen bei mir relativ selten, das Thema selbst aber ist häufiger präsent – jedoch mehr in dem Sinne, dass es letztlich ein Vehikel ist, um über das Thema Sterben zu sprechen. Unterm Strich lässt sich sagen, dass es in Österreich seit der Einführung des Gesetzes eine große Unsicherheit darüber gibt, wie man damit umgehen soll.

Unter welchen Umständen würden Sie Ihr Leben beenden?

Ich könnte es nur schwer aushalten, wenn ich wüsste, wann ich exakt sterbe. Dieses Wissen würde ich als sehr unangenehm empfinden. Ich kann mir aber andererseits vorstellen, dass der Gedanke, sich beim Suizid assistieren zu lassen, für manche Patienten entlastend sein kann. Persönlich würde ich mich gerne darauf verlassen, dass meine Kollegen geeignete Maßnahmen ergreifen, um meine Symptome zu lindern – inklusive einer möglichen, wenngleich sta-

tistisch eher unwahrscheinlichen, palliativen Sedierung ...

... von der es immer wieder heißt, dass sie missbraucht würde, um unter der Hand zu töten, während sie aus ärztlicher Sicht ein Mittel ist, um unstillbares Leid zu lindern.

Ich verstehe darunter die kontinuierliche Verabreichung eines Medikamentes zur Sedierung, die bis zum Tod fortgeführt wird, ohne ihn herbeizuführen. Insofern ist sie völlig anders zu bewerten als eine Tötung durch Verlangen „durch die Blume“. In Österreich gibt es sehr gute Leitlinien, wie damit zu verfahren ist, welche Medikamente eingesetzt werden und wie das begründet und dokumentiert wird. Und, natürlich, ob die Symptomlinderung auch eingetreten ist. Notwendig ist die palliative Sedierung – in der eng definierten Form – in meiner Welt übrigens selten, während die Gabe von Sedativa über Nacht oder ein paar Stunden sehr viel häufiger vorkommt.

Wie, wo und wann möchten Sie eines Tages selbst sterben? Was wären gute Sterbeumstände?

Das überlege ich mir erst, wenn es so weit ist, dass sich eine lebensbegrenzende Erkrankung abzeichnet – sei es morgen oder in 40 Jahren. Prinzipiell möchte ich weder starke Schmerzen noch Atemnot erleiden – und wünsche mir Personal, das sich meinen Wünschen annähert und mir klar sagt, was möglich bzw. sinnvoll ist und mich obendrein gut und respektvoll behandelt. Außerdem möchte ich gerne Menschen bei mir haben können, deren Nähe ich mir zu dem Zeitpunkt wünsche. Aber prinzipiell ist es – in jüngeren Jahren – natürlich schwer, sich Gedanken darüber zu machen.

Schlussfrage: Ihre „letzten Worte“ an den Leser dieses Interviews?

Zum Glück gewinnt Palliative Care immer mehr an Stellenwert und die finanziellen Mittel werden in den nächsten Jahren erheblich ausgebaut. Und ich möchte jungen Kolleginnen und Kollegen sagen, dass es sich wirklich lohnt, Palliativmediziner zu werden. Mein Tipp an alle Studierenden: Schaut euch dieses Fach bitte an – es könnte ein guter Beruf für Euch werden.



Die Zukunft der Diskussion um den Assistierte Suizid

In den folgenden vier Artikeln stellen Experten ihre sehr persönlichen Ansichten zum Umgang mit der letzten Lebensphase vor. Experten mit teils sehr verschiedener Einstellung schreiben, was sie sich wünschen für die Diskussion und die Umsetzung um die Beihilfe zur Selbsttötung.

Der persönliche Standpunkt: Nikolaus und Anne Schneider

Dieses Gespräch erschien 2023 nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil erstmals im Portal www.evangelische-zeitung.de. Nikolaus Schneider war der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche Deutschland und trat von diesem Amt zurück, als seine Frau Anne, eine Religionslehrerin, schwer an Krebs erkrankte. Zudem verloren sie ein Kind nach einem langen Kampf gegen dessen Krebs. Beide haben gerade aus diesen persönlichen Erfahrungen heraus einen sehr differenzierten Blick auf die Sterbebegleitung. Das Interview hat nichts an Aktualität verloren und wird leicht aktualisiert hier abgedruckt:

Der Bundestag konnte sich bislang auf keinen Entwurf zur Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung einigen. So bleibt es bei der seit über 100 Jahren bestehenden Situation, dass in Deutschland Beihilfe zur Selbsttötung nur einer Regel unterworfen ist. Es dürfen keine verbotenen Mittel eingesetzt werden. Hat Sie das enttäuscht?

Nikolaus: Für mich ist dieses Ergebnis besser als eine Beschlussfassung ohne eine ausreichende Beschäftigung mit den Entwürfen und ohne eine erneute tiefgreifende Debatte des gesamten Themenkomplexes. Angesichts der multiplen Krisen, mit denen sich Regierung und Parlament

beschäftigen mussten, mag das für die letzten Monate nachvollziehbar sein. Ein neues Gesetz zur Sterbehilfe bleibt für mich aber ein Desiderat. Denn sterbewillige Menschen benötigen Klarheit über ihre Handlungsmöglichkeiten. Ebenso wie Ärztinnen und Ärzte Rechtssicherheit sowohl für ihre Ablehnung wie für ihre Bereitschaft, zum Sterben zu helfen. Und nicht zuletzt sollte der Hinweis des Bundesverfassungsgerichtes zur Prävention von Suiziden in einem neuen Sterbehilfegesetz konkretisiert werden.

Anne: Mich hat schon sehr enttäuscht, dass in den vergangenen dreieinhalb Jahren (seit Februar 2020) so wenig Zeit und Energie für eine Reform der Sterbehilfe aufgewendet wurde. Das gilt für die vergangene Regierung ebenso wie für die aktuelle. In der jetzigen Situation ohne Gültigkeit des Paragraphen 217 – also mit dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben und mit der Freiheit, dabei ärztliche Assistenz in Anspruch zu nehmen – erscheint manchen Regierenden und Regierten die Mühe um ein neues Sterbehilfegesetz wohl nicht mehr notwendig. Ich wünsche mir aber – wie Nikolaus – eine gesetzliche Regelung, die Sterbewilligen und Assistierenden trotz der nicht vermeidbaren ethisch-rechtlichen Grauzonen legale Handlungsoptionen eröffnet. Durchaus auch mit Hilfe von transparent organisierten und nicht auf Geschäftemacherei abzielenden Sterbehilfevereinen wie etwa in der Schweiz.

Als Sie, Frau Schneider, vor zehn Jahren schwer erkrankten, haben Sie öffentlich gesagt, Sie würden gegebenenfalls in der Schweiz Freitodbegleitung durch eine Organisation in Anspruch nehmen. Sie, Herr Schneider, waren damals oberster Repräsentant der evangelischen Kirche und lehnten wie diese die Beihilfe zur Selbsttötung ab. Sie hätten Ihre Frau freilich dennoch begleitet. Haben Sie sich mittlerweile in Ihren Positionen angenähert?

Anne: Kontroverse Diskussionen über theologische Fragen bereichern Nikolaus und meine Beziehung seit Beginn unseres Theologiestudiums. Unterschiedliche Positionen – wie jetzt in der Frage nach einer theologisch verantwortbaren Sterbehilfe – sind für uns auch der Einsicht geschuldet: Absolute Wahrheiten über den Willen Gottes überschreiten jedes menschliche Maß – auch das von Kirchenleitungen. Diese Einsicht entbindet Christinnen und Christen allerdings nicht davon, in Verantwortung vor Gott und Mitmenschen um konkrete ethische Entscheidungen zu ringen und sie dann in politische Diskurse und in Gesetzgebungsverfahren mit einzubringen.



Foto: Bluthard

Nikolaus: Über sinnvolle Gesetzgebungen zur Sterbehilfe diskutieren Anne und ich konkret, seit 2001 in den Niederlanden ein liberales Sterbehilfe-Gesetz verabschiedet wurde. Dabei wurde uns neu klar: Wir unterscheiden uns im Blick auf den Verantwortungsraum, den Gott dem Menschen zugedacht hat. Für mich ist die theologische Norm wichtig, dass der Mensch sein Leben grundsätzlich nicht selbst beenden soll. Selbsttötung und auch die Beihilfe dazu sollen als ‚unmögliche Möglichkeit‘ (Karl Barth) einer Extremsituation vorbehalten sein. Anne widerspricht der theologischen Norm, dass der Todeszeitpunkt eines Menschen grundsätzlich in Gottes Machtbereich verbleiben soll. Das gegenseitige Verstehen unserer Positionen ist in den vergangenen Jahren genauer und stärker geworden, es bleiben aber Unterschiede bei grundsätzlichen Fragen der Herangehensweise und Bewertung der Gesamthematik. Ich habe gelernt, dass im Ringen um ein Verbot von Sterbehilfe-Vereinen

und von ‚geschäftsmäßiger‘, also auf Wiederholung angelegter, ärztlicher Suizidassistenz unsere kirchlichen Positionen zu einseitig die Lebensschutzaufgabe des Staates betont hatten. Dadurch blieben die Freiheitsrechte des Einzelnen als Ausdruck der Würde jeder Person und die Aufgabe des Staates, Menschen bei der Realisierung ihrer Freiheitsrechte zu unterstützen, unterbestimmt. Um hier zu einer beide Aspekte angemessen berücksichtigenden Position zu kommen, mühe ich mich – auch und gerade in den theologisch-ethischen Diskursen mit Anne.

Anne: Mein Gottes- und mein Menschenbild und das von Nikolaus unterscheiden sich noch immer in theologischen Aspekten und in politischen Konsequenzen. Ich plädiere weiter für kirchliche Akzeptanz von legalen Möglich-

keiten eines ärztlich assistierten Suizids. Denn: Menschen pfuschen Gott nicht grundsätzlich in sein Handwerk, wenn sie selbstverantwortlich ihr Sterben beschleunigen. Nikolaus sähe es als Akt der Liebe, wenn er mich unter Umständen bei einem Suizid begleitete. Diese Liebeserklärung ist mir wichtiger als alles Recht-Haben-Wollen in unserem theologisch-ethischen Diskurs.

Ich wünsche mir ...

Argumente für das Recht auf den eigenen Tod scheinen in unserer westlichen Welt weniger umstritten zu sein als die Argumente gegen eine aktive Sterbehilfe. Wir bitten um Ihre Meinung zu ...

... auf alte, kranke, einsame Menschen könnte ein sozialpsychologischer Druck entstehen, „niemandem mehr zur Last zu fallen“

Nikolaus: Das ist schon jetzt eine real bestehende Lebenshaltung älterer Menschen. Ein solcher sozialpsychologischer Druck könnte bei einer liberalen gesetzlichen Regelung zum ärztlich assistierten Suizid verstärkt werden. Eine solche Regelung müsste deshalb flankiert werden von Maßnahmen, die Menschen in der Pflege von Alten, Kranken und Einsamen entlasten.

Anne: Auf alte, kranke und einsame Menschen sozialpolitischen Druck auszuüben, damit sie Suizid begehen, bewerte ich durchaus als ‚Sünde‘, also als Verstoß gegen den Willen Gottes. Aber ich glaube nicht, dass wir um Gottes Willen alle alten Menschen unter allen Umständen von der Sinnhaftigkeit ihres irdischen Lebens überzeugen müssen. Ich kann mir für mich durchaus vorstellen, dass mein Lebenswille erlischt, wenn ich alt, krank und einsam bin. Auch ohne ‚sozialpolitischen Druck‘ könnte in mir dann die bilanzierende Überzeugung reifen: Ich hatte ein reiches erfülltes Leben. Ich gebe mein irdisches Leben jetzt dankbar zurück in Gottes Hand.

... die politischen Verhältnisse könnten sich so ändern, dass sich die sog. „Vernichtung unwerten Lebens“, wie in der NS-Zeit in Deutschland, wiederholt, und dies dann legal ist ...

Nikolaus und Anne: Auch wenn in Deutschland faschistische Haltungen lauter werden, und auch wenn ein rechtsradikales Lager stärker wird, das an nationalsozialistische Zeiten anknüpfen möchte: Zurzeit befürchten wir nicht, dass „Vernichtung unwerten Lebens“ zu einem staatlichen Programm in unserem Land werden könnte.

... den Sterbewunsch eines Menschen zu ermitteln und ihm dann nachzugeben, ist für Ärztinnen und Ärzte eine höchst anspruchsvolle Aufgabe: Handelt es sich z. B. um eine psychische Erkrankung eines Suizidwilligen, um Lebensmüdigkeit eines Menschen, der alles verloren hat, oder die Selbsteinschätzung, das eigene Leben sei nicht mehr lebenswert? Ist diese Aufgabe für Helfer, Medizinerinnen, Sozialarbeiter zumutbar?

Ich wünsche mir ...

Nikolaus und Anne: Wir halten es für unverzichtbar, pathologisch bedingte Sterbewünsche zu erkennen und deren Umsetzung zu verhindern. Auch wenn das eine anspruchsvolle und sicher nicht immer eindeutig zu lösende Aufgabe ist. Sich ihr zu stellen, ist unvermeidlich, gerade wenn durch ein liberales Sterbehilfegesetz legale Möglichkeiten für Suizid-Assistenz eröffnet werden. Deshalb wird bei allen Gesetzesentwürfen sehr genau zu bedenken sein, wie Untersuchungen oder Beratungen konkret ausgestaltet, ausgestaltet und aussehen müssen, damit sie für Beratende und Beratung Suchende zumutbar sind.

Was würden Sie der Ethikkommission und den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern raten?

Nikolaus: Ich rate zu einer Atem- und Denkpause. Ein neuer Anlauf für ein reformiertes Sterbehilfegesetz sollte aber noch von dieser Regierung unternommen werden. Ich würde mir dann einen Gesetz-Entwurf wünschen, der sich wesentlich auch auf die Präventionsaufgaben konzentriert. Prävention umfasst für mich die weitere Verbesse-

rung der Hospiz- und Palliativarbeit in unserem Land und den Aufbau einer Hilfe- und Beratungsstruktur für Menschen, die sich töten wollen. Schließlich muss sichergestellt sein, dass ärztlich assistierter Suizid keine medizinische Pflichtaufgabe wird. Er sollte aber auf der Grundlage des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes ermöglicht werden, wenn Ärztinnen und Ärzte ihn ethisch verantworten können.

Anne: Ich stimme Nikolaus in seinem Ratschlag zu und will nur einen Aspekt hinzufügen: Nach meiner Überzeugung brauchen Ethikkommissionen und verantwortliche Politikerinnen und Politiker in ihrem Entscheiden den Mut zur ‚Ambiguität‘, also zu Uneindeutigkeit, Vielfalt, Vagheit und Widersprüchlichkeit. Mit dem Mut zur Ambiguität können individuelle Freiheitsrechte respektiert werden, auch wenn sie eigenen religiösen Überzeugungen widersprechen. Und auch, wenn alle Freiheitsrechte das Risiko in sich bergen, missbraucht zu werden.

”

Auf alte, kranke und einsame Menschen sozialpolitischen Druck auszuüben, damit sie Suizid begehen, bewerte ich durchaus als „Sünde“

”

Ich würde mir dann einen Gesetz-Entwurf wünschen, der sich wesentlich auch auf die Präventionsaufgaben konzentriert



Sterben-Dürfen und Sterben-Lassen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Von Prof. Dr. iur. Ruth Rissing-van Saan, Vorsitzende Richterin des 2. Strafsenats der Bundesgerichtshofes a. D., sie hat bereits 2010 ein wegweisendes Urteil zum Sterben-Dürfen gesprochen.

Die Frage nach der Zulässigkeit von „Sterbehilfe“ in Form einer Beihilfe zum Suizid oder anderer Unterstützungshandlungen bzw. die Frage, was einen verantwortungsvollen Umgang mit Sterbewünschen schwerkranker Menschen ausmacht, ist seit vielen Jahren Gegenstand sehr kontroverser Diskussionen. Die medizinischen Aspekte sind nicht mein Thema, wohl aber die Antwort auf die Frage, was unsere durch Rechtsprechung geprägte Rechtsordnung, auch ohne ein spezielles, auf diese Problematiken zugeschnittenes Gesetz, schon heute erlaubt oder verbietet, zumal es der Gesetzgeber bisher nicht geschafft hat, ein in den demokratischen Entscheidungsgremien mehrheitsfähiges Gesetz auf den Weg zu bringen.

Was verbirgt sich in diesen Zusammenhängen hinter den Begriffen des Sterben-Dürfens und Sterben-Lassens? Gemeint ist keine gegenüber dem leidenden Patienten gleichgültige, sondern ihm zugewandte, ihn schützende Haltung. Seit vielen Jahren ist es medizinischer und rechtlicher Konsens, dass lebensverlängernde Maßnahmen, wie etwa eine künstliche Ernährung oder Beatmung, nur zulässig sind, wenn sie dem Patientenwillen entsprechen und auch medizinisch indiziert sind. Ist das

nicht oder nicht mehr der Fall, so ist diese Art der Behandlung zu beenden oder zu unterlassen, wobei eine das Sterben-Lassen palliativ begleitende Betreuung nicht ausgeschlossen ist. Entscheidend ist der Patientenwille. Das ist ständige höchstrichterliche Rechtsprechung (z. B. BGHZ 154,205; BGHZ 153,195; BGHSt. 40,257; BGHSt. 55,191). Selbst eine aus medizinischer Sicht hilfreiche bzw. indizierte Maßnahme, die ohne die Zustimmung bzw. gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird, ist unzulässig und rechtswidrig. Unser Recht kennt keine Pflicht zum Leben! Deshalb sind Sterbewünsche schwerkranker Menschen, die keine (weiteren) medizinischen Behandlungen – wie z. B. eine Chemotherapie oder gar eine Operation – ertragen wollen, ernst zu nehmen und zu respektieren, d. h. die Behandlung ist zu unterlassen bzw. zu beenden, auch wenn der Patient in der Folge versterben wird.

Diese Form der „Sterbehilfe“, die früher als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet und heute unter dem Oberbegriff des „Behandlungsabbruchs“ allgemein als zulässig anerkannt ist, darf nicht mit einem Suizid verwechselt werden! Denn ein Suizid setzt voraus, dass der Sterbewillige, der seinen Suizidwunsch freiverantwortlich gefasst haben muss, auch selbst Hand an sich legt und den letzten entscheidenden, zum Tod führenden Akt selbst ausführt. Das sieht das Aufsehen erregende Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020, BVerfGE 153, 182 ff. ebenso (BVerfG – 2 BvR 2347... u. a. Rdn.208 f.). Mit diesem Urteil ist das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben als verfassungsrechtlich geschütztes

Recht anerkannt worden. Dieses Recht schließt auch das Recht ein, sich selbst das Leben zu nehmen, hierfür die Hilfe Dritter zu suchen, und soweit sie angeboten wird, auch in Anspruch zu nehmen. Dabei kommt es weder auf den Gesundheitszustand des Sterbewilligen noch auf die Form der Hilfeleistung (individuell oder organisiert) an. Allerdings gibt es keinen generellen Anspruch auf Suizidbeihilfe, weder gegenüber einer/m Ärztin/Arzt oder anderen Privatpersonen, noch gegenüber dem Staat. Ebenso wenig darf es eine Pflicht zur Suizidförderung geben (BVerfG, Ur. v 26.2.2020 Rdn. 289,342).

Das als Selbsttötungsmittel besonders effektiv geltende und deshalb begehrte Betäubungsmittel Natrium Pentobarbital unterliegt außerdem dem vom Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben unabhängigen und für den Umgang mit Betäubungsmitteln generell zu beachtenden Einschränkungen des Betäubungsmittelrechts, wie z. B. dem Erlaubnisvorbehalt des § 3 BtMG. Die Versagung der Erlaubnis für den Erwerb dieses Mittels zum Zweck der Selbsttötung ist nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichtes mit dem grundgesetzlich geschützten Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben vereinbar (BVerwG, Urteil v.7.11.2023 -3 C8.22)., da – so das Bundesverwaltungsgericht – nach jener Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes jetzt andere zuzumutbare Möglichkeiten bestehen, das eigene Leben selbst zu beenden.

Dieser kurze Überblick über die aktuelle Rechtslage zur „Sterbehilfe“ zeigt, dass auch ohne ausdifferenzierte gesetzliche Vorschriften schon die durch die Rechtsprechung festgelegten Grundsätze hinreichend klare Regelungen bieten, um im Einzelfall eine angemessene Entscheidung treffen zu können. Im Zweifelsfall wird ohnehin das eigene Gewissen mitentscheidend sein.



Allerdings gibt es keinen generellen Anspruch auf Suizidbeihilfe



Unser Recht kennt keine Pflicht zum Leben!

... Sterben zulassen!

Ich wünsche mir eher keine neuen Gesetze – kann nur schief gehen ...

Matthias Thöns ist Anästhesist und ein Vorkämpfer der ambulanten Palliativversorgung in seiner Region. Ebenso streitbar trat er gegen den § 217 StGB „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ auf.

Während lange Zeit intensiv um das Sterbenzulassen gestritten wurde, wird heute akzeptiert, dass jeder Mensch auf Behandlungen verzichten darf. Dies nennt man Therapiezielwechsel, die Lebenserhaltung wird ersetzt durch den maximalen Fokus auf Leidenslinderung, ein Mensch stirbt an seinem Grundleiden. Doch es gibt viele Menschen, die gar nicht von lebenserhaltenden Maßnahmen abhängig sind und aus verschiedenen Gründen sterben wollen. Dies reicht in der Palliativmedizin von unzureichend behandelbaren Beschwerden bis hin zu dem empfundenen Würdeverlust. So sagen unsere Patienten etwa „Wenn ich es nicht mehr bis zum Töpfchen schaffe, dann ist Schluss, in Windeln dahinsiechen ist nicht meins“. Bei schwerwiegenden Leiden am Lebensende besteht durch den Narkoseschlaf bis zum Tod (palliative Sedierung) eine fachgerechte Linderung. Außerhalb der Sterbephase wird sich dazu kaum jemand bereitfinden. Hier bleiben als legale Möglichkeit des früheren Sterbens das Sterbefasten, welches eigentlich nur in Todesnähe leidlos verläuft und die Hilfe bei der Selbsttötung. Voraussetzung für alle diese Entscheidungen ist die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zum früheren Tod.

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten. Das ist gut so, sehen wir doch schlimme Dammbrüche in den Beneluxstaaten (z. B.

Tötung ohne Verlangen, was international eigentlich eine schwere Straftat und ethisch inakzeptabel ist). Ich bin davon überzeugt: beharren wir auf zu restriktiven Regeln für die Suizidhilfe, gibt das Wasser auf die Mühlen der Befürworter der Tötung auf Verlangen: Das konnte man in Kanada, in Portugal und voraussichtlich bald in Frankreich beobachten. Jede Familie hat mir bislang bestätigt: Es war leidlos, es war Erlösung.

In unserem Team stehen alle legalen Möglichkeiten den Patienten offen, hier besteht umfangreiche Erfahrung auch mit der Hilfe bei der Selbsttötung. Bei dieser startet der Patient eine überdosierte Narkoseinfusion selbst, er schläft sehr friedlich wie bei einer modernen Narkoseeinleitung ein, sein Atem und Herzschlag versiegen binnen weniger Minuten, er wacht vor Petrus auf.

Die meisten Menschen haben in palliativer Situation gar nicht so sehr Angst vor dem Tod, viel mehr treibt sie die Angst vor leidvollem Sterben, vor Erstickung, Schmerzen, Angstzuständen oder Verwirrung um: Menschen wünschen sich bezüglich ihres eigenen Todes vor allem Leidfreiheit. Viele unserer Patienten sagen, „mit diesem Gefühl, mit dieser Sicherheit und Zusage kann ich jetzt viel besser leben.“ Je nach Umfrage sind ein oder zwei Drittel froh über die Option der Suizidhilfe, Betroffene wünschen liberale Lösungen.

Auch wenn von Seiten der Palliativmedizin – auch von mir – immer wieder betont wird, Palliativmedizin könne Leiden gut lindern, so steht dies in keinem Verhältnis zu dem 0-Leiden beim Einschlafen durch ein Narkosemittel. In normaler Palliativversorgung – außerhalb des Todeseintritts im tiefen Schlaf (ca. 1/3 der Patienten) - gibt es immer diverse Leidenszustände, auf die



Bei jeder Selbsttötung muss die Kriminalpolizei ermitteln, das gilt natürlich auch bei jeder Beihilfe zur Selbsttötung.
Foto Matthias Thöns



Foto: Marion Nelle

kann man therapeutisch oft reagieren und sie lindern. Aber erstens treten eben die Leidenszustände auf und zweitens kann man sie zumeist nicht so gut lindern wie beim Einschlafen im Rahmen einer Hilfe bei der Selbsttötung.

Obwohl nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe 2020 viele glauben, nun sei alles erlaubt, ist dies ein Fehlglaube. Bei einer Suizidhilfe muss die Polizei gerufen werden, die ermittelt sehr streng, ob wirklich ein freiverantwortlicher Entschluss vorlag. Gibt es dort Zweifel, ist der Arzt Beschuldiger eines Tötungsdelikts, die Ermittlungen dauern über Jahre. Dieser Ermittlungsdruck wie auch das Blockadeverhalten vieler ärztlicher Verbände sorgen dafür, dass praktisch kein Arzt zu dieser Hilfe bereit ist. Nichtprofis, Juristen und Sterbehilfeorganisationen haben das Feld übernommen. Während dies bei einzelnen Sterbehilfeorganisationen sehr professionell läuft, gibt es hier doch auch Nichtprofis die Hilfe für viel Geld pfeilbieten. Dabei werden oft unzuverlässige Medikamentenkombi-

nationen oder sogar erdrosseln oder erfrieren sowie diverse Tipps gegeben, wie man eine polizeiliche Ermittlung vermeidet.

Hier wünsche ich mir mehr Akzeptanz der aktuellen Rechtslage auch von Seiten der verfassten Ärzteschaft und eine bessere Schulung der Ermittlungsbehörden. Fehlen belastbare Hinweise für fehlende Freiverantwortlichkeit und ist belegt, dass es sich um eine Selbsttötung handelt, muss das Verfahren rasch eingestellt werden. Dort, wo keine Straftat passiert ist, gibt es keinen Tatort und keinen Täter. Patienten mit vorzeitigem Sterbewunsch gehören durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte fachgerecht begleitet – auch und insbesondere bei der Hilfe zur Selbsttötung. Daher wünsche ich, dass es Normalität wird, den assistierten Suizid bei Menschen, die dies freiverantwortlich in palliativer Situation wollen, eine solche Unterstützung durch das betreuende Palliativteam. Wenn das Team dies ethisch selbst nicht mittragen kann, gereicht eine liebevolle Vermittlung.



Dort, wo keine Straftat passiert ist, gibt es keinen Tatort und keinen Täter.

... eine differenzierte Diskussion

zu dem Thema begleiteter Suizid im Hospiz- und Palliativbereich

Mein Name ist Alexander Kulla – ich bin Fachkrankenpfleger für Onkologie und leite das Hospiz am Ohmplatz der Diakonie Erlangen Pflege gGmbH. Seit 11 Jahren bin ich im Hospiz tätig. Bevor ich zu meinen Wünschen in Bezug auf die Begleitung der Selbsttötung komme, sei zu erwähnen, dass ich mich ausschließlich auf schwer erkrankte Menschen beziehe. Auch völlig gesunde Menschen dürfen Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen. Diese Menschen werden im Bereich von Hospiz- und Palliativversorgung keine Unterstützung beim Suizid erhalten, da ihnen die Indikationen zu einem Zugang zu diesem Bereich gänzlich fehlen.

Ich wünsche mir, dass wir in der Debatte um die assistierte Selbsttötung weg kommen von Pauschalargumenten. „Die Begleitung eines Suizides ist keine Aufgabe der Ärzte“, „Der Hospizgedanke verbietet es uns, diesen Weg eines Menschen zu begleiten.“, „Die Palliativmediziner sind die falschen Ansprechpartner für Suizidbegleitung.“, „Wir dürfen keinesfalls zum assistierten Suizid beraten.“, „Wenn wir einen assistierten Suizid im Hospiz zulassen, riskieren wir, dass alle Hospize in Verruf geraten.“, ...

Die Diakonie in Deutschland und in den Landesverbänden hat sich sehr zeitnah mit der Thematik beschäftigt und in meinen Augen einen guten Weg gefunden, mit dem Thema umzugehen. Die Broschüre „Ich bin ein Gast auf Erden“ gibt umfassend die Auseinandersetzung mit dem Thema wieder.

Die Diakonie steht gesamtgesellschaftlich und in ihren Handlungsfeldern für den Schutz des Lebens, für gute Lebensbedingungen und den Ausbau der Suizidprävention ein und es besteht weitgehende Einigkeit dahingehend, dass der assistierte Suizid nur die sorgsam gestaltete Ausnahme sein kann. Der assistierte Suizid kann und darf – über den besonderen Ausnahmefall hinaus – nicht zur Regel werden (Diakonie Deutschland, 2022)

Ich wünsche mir, dass andere Träger sich ebenso differenziert mit dem Wunsch nach Suizidassistenz beschäftigen. Ich wünsche mir, dass wir offen dafür sind, dass es von den Mitarbeitenden vor Ort und von den individuellen Strukturen der jeweiligen Einrichtung abhängt, ob Menschen beim assistierten Suizid begleitet werden können. Ich wünsche mir, dass auf allen Mitarbeiter-ebenen erarbeitet wird, ob man dem Wunsch des Einzelnen nach diesem speziellen Weg in der Einrichtung nachkommt oder nicht. Ich wünsche mir, dass Hospizvereine, SAPV-Teams, stationäre Hospize und Palliativstationen sich gegenseitig mit ihrer eigenen Sicht der Dinge respektieren. Das jeweilige Team vor Ort sollte zu einer Haltung kommen und für sich rote Linien finden. Dabei sollten alle im Team eingebunden werden. Es sollten Schutzkonzepte entwickelt werden, um Mitarbeitende zu unterstützen, ihre persönlichen Grenzen zu erkennen und zu wahren, wenn es um das Thema und den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid geht. Ich wünsche mir, dass sich die Einrichtungen rechtzei-

tig damit beschäftigen, auch die Angehörigen zu schützen und einzubinden. Dass andere Bewohner geschützt und begleitet werden, ihre Lebenssituation und -aufgaben zu bewältigen und nicht aus Alternativlosigkeit oder Druck den Weg des assistierten Suizids wählen. Hierzu braucht es Unterstützung, denn sich offen und vorurteilsfrei auf diese Thematik einzulassen, bringt Herausforderungen mit sich. Die Broschüre „Bin ich so frei?“ - Arbeitshilfe zum Thema: Assistierter Suizid für Einrichtungen der Diakonie, die der evangelische Fachverband End-of-Life-Care der Diakonie Bayern entwickelt hat, ist hierbei sehr hilfreich.

Ich wünsche mir, dass die Menschen in den Einrichtungen sich trauen, ihren Wunsch nach assistierter Selbsttötung offen anzusprechen.

Ich wünsche mir, dass Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege nicht rechtswidrig das Hausrecht vorgehalten bekommen, um ihnen die Begleitung bei der Selbsttötung zu untersagen. Das führt zu noch mehr Hilflosigkeit und Isolation und womöglich dazu, dass die Begleitung beim Suizid dann heimlich stattfindet. Schließlich sind die Bewohner nicht verpflichtet zu sagen, wen sie in ihren Räumlichkeiten empfangen. Stattdessen wünsche ich mir individuelle Lösungen. Für mich als Einrichtungsleitung eines stationären Hospizes wäre

es furchtbar, wenn ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde, indem Mitarbeitende eines Sterbehilfvereines aus dem Zimmer kommen und mir mitteilen, dass sie einen Suizid erfolgreich begleitet haben. Ich wünsche mir stattdessen, dass Bewohner unseres Hospizes, offen über ihren Wunsch nach Suizidbegleitung mit mir sprechen. Dann eröffnen sie mir und meinem Team auch die Möglichkeit, ihnen gute Alternativen anzubieten und ihnen zu zeigen, zu was die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung in der Lage ist zu leisten. Ich wünsche mir aber auch, dass z. B. die palliative Sedierung nicht als Allheilmittel verkauft wird. Denn hier sind Indikationen ebenso zu beachten wie die Tatsache, dass es für manche Menschen keine Option ist, tagelang bewusstlos ausgeliefert zu sein. Man denke an Menschen, die in ihrer Vergangenheit traumatische Erfahrungen diesbezüglich hatten. Ich wünsche mir, dass eine andere „Alternative“, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), realistisch beschrieben wird und dass auch gesehen wird, dass dieser Weg wie ein Suizid das eigene, vorzeitige Ende bewusst herbeiführt, wenn man eigentlich noch in der Lage ist, Essen und Trinken aufzunehmen.

Wenn das Team von Beginn an offen eingebunden wird in den Prozess, dann können unsere Mitarbeitenden unter Umständen auch freiwillig dabei sein, wenn die Ärzte eines Sterbehilfvereines zum Erst- oder Aufklärungsgespräch kommen. Sie können, wenn sie das von sich aus wollen, dem Sterbewilligen eine Stütze sein und einen Blick darauf haben, dass nicht unseriöse Anbieter ins Boot geholt werden. In diesem



Rahmen wünsche ich mir, dass die Sterbehilfvereine, die ihren Auftrag empathisch und ergebnisoffen wahrnehmen, von den Menschen in der Hospiz- und Palliativversorgung respektiert werden. Im Gegenzug wünsche ich mir, dass schwarze Schafe, die nur auf finanzielle Gewinne abzielen und Menschen nicht würdevoll beim Suizid begleiten, keine Chance erhalten, auf dem Markt Fuß zu fassen.

Ich wünsche mir, dass wir uns unserer persönlichen Haltung bewusst sind.

Die Grundhaltung der Mitarbeitenden in einem Hospiz gegenüber den Hospizbewohnern ist in der Regel von folgenden Dingen geprägt: Offenheit, Respekt, Wertschätzung, Kommunikation auf Augenhöhe, Toleranz, Respekt vor der Selbstbestimmung und

der Lebensgeschichte/Biografie. Ich wünsche mir, dass die Haltung sich nicht ändert, wenn die Bewohner den Wunsch auf Hilfe beim Suizid äußern. Ich wünsche mir auch, dass wir uns die Frage stellen, ob es wirklich unserer Haltung entspricht, einen Menschen mit Hospizindikation, der die assistierte Selbsttötung durchführen möchte, in ein Hotel oder nach Hause zu entlassen, damit dort der Akt vollendet wird. Ob wir uns dann wirklich besser fühlen?

Abschließend sei zu sagen, dass ich mir trotz aller Offenheit für das Thema wünsche, dass die begleitete Selbsttötung immer eine Ausnahme bleibt und nie in das Regelangebot einer Einrichtung übergeht. Ich wünsche mir, dass allein die Möglichkeit auf einen assistierten Suizid als letzter Schritt ausreicht, um trotz allem erst einmal den palliativ begleiteten Weg zu gehen. Ich wünsche mir, dass allein das Angebot der Respektierung eines assistierten Suizids eine Vertrauensbasis schafft, auf der dann Gespräche ermöglicht werden, in deren Rahmen andere Lösungen gesucht und möglichst gefunden werden. Ich wünsche mir, dass das natürliche Sterben möglichst seinen Weg findet und dem Tod durch begleitete Selbsttötung zuvorkommt. Sollte doch diese Option unausweichlich sein, wünsche ich mir, dass wir nicht dafür verurteilt werden, diesen Weg in unserer Einrichtung ermöglicht zu haben. Ich wünsche mir aber auch, dass von unseren Bewohnern immer respektiert wird, dass wir nicht diejenigen sein werden, die das tödliche Medikament organisieren und bereitstellen.

Ein Friedhof, für die Lebenden gemacht

Experimentierfeld zur Friedhofsentwicklung

Mit dem Campus Vivorum zeigt die Initiative Raum für Trauer, wie Gräber den Hinterbliebenen dienen können, wenn sie richtig konzipiert sind.

Auf dem Campus Vivorum erleben Sie erstmals die bauliche Umsetzung jahrelanger Forschungsergebnisse zur psychologischen Wirkung des Grabes als Trauerort. Der Campus Vivorum bietet Gemeinschaftsflächen für Begegnung, Austausch und gemeinsames Erinnern. „Friedhöfe mit entsprechenden Angeboten sind besonders wichtig für Kommunen und ihre Bürger“, so Günter Czasny, Sprecher der Initiative „Raum für Trauer“. Ideeller Träger der Initiative ist die Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V., ihr Geschäftsführer Dr. Dirk Pörschmann ergänzt: „In Lebenskrisen geben Rituale Sicherheit. Nur wenn wir verstanden werden und unserer Sehnsucht Ausdruck geben dürfen, finden wir Trost.“

MdL Nicole Razavi, Ministerin für Landesentwicklung und Wohnen in Baden-Württemberg sowie Vorsitzende der deutschen Bauministerkonferenz betonte im Rahmen der Eröffnung die Bedeutung der Friedhöfe für die Kommunen und des Grabes als Trauerort: „Die Initiative ‚Raum für Trauer‘ hat erkannt, wie wichtig individuelle Trauerarbeit für Hinterbliebene ist. Diese Individualität müssen wir weiter fördern, indem wir den Wandel der Trauer- und Friedhofskultur vorantreiben. Der Campus Vivorum leistet dabei einen enorm wichtigen Beitrag. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung des Friedhofs weg von einer reinen Ruhestätte hin zu einem lebendigen Ort der Erinnerung. Einen Ort, an den wir gerne gehen.“

Vielen Menschen hilft es nach Erkenntnissen der Initiative „Raum für Trauer“ vor allem, ihrem Schmerz nahe beim Verstorbenen, nämlich direkt

am Grab, Ausdruck zu verleihen. Das ist jedoch bei den meisten aktuellen, pflegefreien Beisetzungsformen nicht vorgesehen – Konflikte entstehen, welche die Trauerarbeit behindern. Die Ergebnisse aus der jahrelangen interdisziplinären Forschung zum Thema zeigt die Initiative „Raum für Trauer“ nun im weltweit ersten Experimentierfeld „Campus VIVORUM“ in Süßen, Baden-Württemberg. Die ca. 6.000 m² große Anlage soll Planern, Verwaltern und Betreibern Anregungen dazu geben, wie auch pflegefreie Beisetzungsorte künftig (neu)gestaltet werden sollten, damit sie Trauernden besser helfen, ihre Trauer zu verarbeiten.

Eine entsprechende Gemeinschaftsgrabfläche wird 2024 in Fulda von der Deutschen PalliativStiftung eingerichtet werden.

Trend- und Zukunftsforscher Matthias Horx, der seit Jahren mitwirkt und dessen Zukunftsinstitut eine Studie beigesteuert hat, betont: „Hier werden Trauerkultur und Friedhofsentwicklung in die Zukunft gedacht – für jede Gemeinde, für jede Stadt ein enorm wichtiges Thema.“

Auf dem kommunalen Süßener Friedhof „Stiegelwiesen“ wurden bereits vor Jahren zwei Grabanlagen nach diesen Erkenntnissen gestaltet. Die am Lebenden orientierte Gestaltung von Gemeinschaftsanlagen bewährt sich hier bereits in der Praxis – Bürgermeister Marc Kersting freut sich: „Dass es vielen Angehörigen hilft, persönliche Grüße und Gegenstände direkt auf dem Grab abzulegen, haben wir bei der Konzeption der pflegefreien Grabanlagen auf unseren Friedhof Stiegelwiesen berücksichtigt – mit großem Erfolg, denn wir konnten diese Anlagen bereits erweitern. Wir sind sicher, den Menschen damit zu helfen.“



Grabgemeinschaft.

Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden.

Palliativ! Das kann schon früh im Leben oder Krankheitsverlauf beginnen. Da werden palliativ Versorgende immer wieder auch angesprochen, dass nach dem Tod sich niemand mehr um ein Grab kümmern kann. Entweder weil keiner mehr da ist, oder weil die Verwandten viel zu weit weg wohnen. Die Palliativ-Stiftung denkt deshalb auch über das Leben hinaus. Anders als im Friedwald oder bei einer Seebestattung sind sowohl individuelle Trauerhandlungen und auch Gedenken am Bestattungsort möglich.

In Fulda gibt es – auch für Menschen aus anderen Regionen oder sogar Staaten – die Möglichkeit, sich durch die PalliativStiftung in deren Grabanlage beerdigen zu lassen. Niemand muss sich später darum sorgen. Die PalliativStiftung übernimmt die Grabpflege für die nächsten 30 Jahre.

Die PalliativStiftung bietet damit eine preiswerte Option für immer mehr Menschen, die nicht sicher sind, wer sich würdig um sie kümmert, wenn sie schon (lange) gestorben sind. Da die erste, kleine Anlage fast komplett ist, richtet die PalliativStiftung gerade eine zweite wesentlich größere Grabanlage ein, die ab 2024 belegt werden kann.

Nähere Informationen erhalten Sie im Büro der PalliativStiftung und hier ist der Link zu einem kleinen Video der ersten Grabanlage: <https://youtu.be/i3KGZeJolww>



Foto: Doc Sitte



raum-fuer-trauer.de
trauer-now.de

Einige Rückmeldungen zum Heft 4-2023, die uns per Mail erreichten, möchten wir gerne hier abdrucken. Und gerne können auch Sie uns und allen Lesern schreiben, was Sie denken!



„Das aktuelle Heft ist der Kracher.“
Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz,
Direktor des Sozialgerichtes Fulda

„Zufällig sah ich bei meinem Arzt Ihre Zeitschrift und habe mir gleich die eMail-Anschrift notiert. Ich bin begeistert!! Gerne würde ich für meinen Mann und mich die Vorsorgen-Mappe bestellen.“

„Das neue Heft ist fantastisch geworden. Gerade die Artikel zu Vorsorge und Verfügung sind richtig gut.“

Johanna Kapp, Rechtsanwältin,
Fulda

„Erst gestern bin ich aus dem Urlaub gekommen, und konnte so noch keine Artikel lesen – aber der erste Eindruck beim Durchblättern und grobem Überlesen hat mich sehr angesprochen.“

Liane Voigt-Nitschke, Berlin

Dr. Martin Büdinger,
Palliativmediziner, Wetzlar

Zur Diskussion!

Diese Leserfrage möchte ich gerne zur Diskussion stellen. Zuschriften per Mail an die Redaktion!

„Sterben? Damit habe ich nichts zu tun!“

Eine ärztliche Funktionärin auf das Angebot, das Magazin anzusehen

Ein 86-jähriger Patient baut nach einer Hüftoperation drastisch ab und wird schwächer. Er liegt schon den fünften Tag bei uns auf der Intensivstation im Krankenhaus der Maximalversorgung. Er ist unruhig und wir können nicht mit ihm reden, eine verständliche Kommunikation ist nicht mehr möglich.

In meinem Beisein tat sie dies dann auch tatsächlich. Ich machte das sofort wieder rückgängig mit der Begründung, dass kein Abbruch der aktuellen Therapie besprochen, sondern nur deren weitere Ausweitung abgelehnt wurde. Darüber hinaus versuchte ich ihr klarzumachen, dass die Absetzung des Sauerstoffs vom Arzt angeordnet werden muss.

„Beim Heft ‚Mein Wille geschehe‘ habe ich zuerst geschluckt, aber dann neugierig angefangen, im Heft zu blättern und zu lesen. Ich finde, dieses Heft ist sehr vielseitig, wird manchem die Augen öffnen und zu intensivem Nachdenken Anlass geben. Das ist sicher auch eines der Ziele, die die Deutsche PalliativStiftung verfolgt. Insgesamt: Kompliment, weiter so.“

Im Arzt-Angehörigen-Gespräch wird von den Angehörigen keine weitere Ausweitung der Therapie gewünscht. Deshalb hat man beschlossen, dem Patienten eine Morphin-Infusion zur Dämpfung seiner Erregung anzuhängen.

Auf weitere Diskussionen ließ sie sich nicht ein und beharrte darauf, dass sie meistens so vorgehe.

Dr. rer. pol. Heinrich Dickmann,
Freiburg

Neben dem Morphin lief neben einer künstlich-venösen Ernährung auch Sauerstoff durch eine Maske, beides zur Lebenserhaltung.

Vielleicht verstehen Sie nun meinen inneren Konflikt und die Befürchtung, dass besagte Kollegin vielleicht bei anderen Patienten immer wieder so handelt. Gegen das Totschlag-Argument, dass sie Palliative-Care-Fachkraft ist, komme ich ohne Ihre Hilfe nicht an.

Nun kam es zu der Situation, das eine Kollegin mit Palliativ-Weiterbildung zu mir sagte, dass ich den Sauerstoff abdrehen und die Sauerstoffmessung abstellen solle, damit sein Sauerstoffmangel nicht offensichtlich nachzuweisen wäre. So könne er schneller versterben.

„So sinnvoll die Zeitschrift ist, stört mich nachhaltig das Foto der Titelseite. Im Zusammenhang mit dem Text hat das Ganze für mich einen blasphemischen Touch. Das ist deshalb schade, weil der Inhalt des Hefts für viele sicher hilfreich ist, aber die Titelseite wahrscheinlich nicht nur bei mir einen unangenehmen Eindruck hinterlässt.“

Prof. Dr. iur. Ruth Rissing-van Saan,
Bochum, ehem. Vorsitzende Richter in 2. Strafsenat am Bundesgerichtshof

Daher meine dringende Bitte, wie bewerten Sie die Situation und das Handeln der Kollegin?

Weltmeer	Begriff beim Schießsport	engl.-amerik. Dichter († 1965)	volkstümlich: Gefängnis	Erbanlage	Hehlerware	griech. Küstenlandschaft	alte Form von hier (so ... und da)	Hautauschlag
				Singvogel				
bestimmter ital. Artikel		2	weibl. Kose-name			Rabe Odins	Kfz-Zeichen Zanzibar	11
beste Schulnote (BRD)				Fluss aus dem Harz	fließiges Insekt, Ameise		7	zweit-höchster dt. Berg
Glücksspiel					ungenau		Unter-beklei-dungs-stück	Kfz-Z. Westliche Altmark
			betrübt	Kiefernholzstreifen (Licht)	6			4
Form von sein	5	Gegenstand, Werkzeug	3				10	Vorn. d. Actors Schweiger
Kfz-Zeichen Hildburghausen				Fluss z. Main				1
				Jubelwelle im Stadion (la ...)	Kolloid-substanz		dt. Neurologe († 1921)	8
								ärmlich
Vielfraß		Kirchen-sonntag						
dt. Entertainer (Alfred ...)						Initialen des Komponisten Stolz		nimmer
Empfang einer Ware						Bewohner e. Stadt am Rhein		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Das Lösungswort:
Wohl jeder wäre es gerne, ein ...



Wenn Sie gewinnen wollen, so schicken Sie uns das Lösungswort aus dem Rätsel per eMail an

Mail@schoener-leben.info

Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

Drei Sets Mutmachkarten

palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten

und **Drei CD-Sets der Deutschen PalliativStiftung.**

palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt und mit Namen und Ort in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

Der Einsendeschluss ist der 29. Februar 2024 (richtig: es gibt endlich wieder ein Schaltjahr)

Die glücklichen Gewinner aus der Ausgabe 4-2023 sind:

Claus Bug, Petersberg

Anke Jany, Fritzlar

Kerstin Neumann, Dresden

Anneliese Pfanschilling, Bürstadt



Wichtiger Medienpreis für „schöner leben ...“

Printprodukte seien im Niedergang. Das liest man immer wieder. Palliativ versorgen bedeutet auch, immer wieder gegen den Strom zu schwimmen. Hier und da anzuecken.

Ende 2022 entschied der Vorstand der PalliativStiftung den, lange gehegten Plan einer etwas speziellen Zeitschrift in die Tat umzusetzen, es zu wagen, eine neue Zeitschrift auszuprobieren.

Jeder fängt klein an. Es gab zwei Probehefte. Dann legen ein preisgekrönter Zeitungsmacher und ein Palliativmediziner in gemeinsamer Handschrift den Stil der Zeitschrift fest. Und schon kommen wir auf 20.000 Exemplare und werden durch die Bank gelobt. Da liegt es doch nahe, bei einem Wettbewerb mitzumachen!

Die beiden Zeitungsmacher Dr. Thomas Sitte und Dipl. Designer Hans Peter Janisch stehen zu Fragen Rede und Antwort:

Wie kommen Sie zu dieser Kooperation?

TS: Rein zufällig. Wie so oft im Leben. Ich bin ja Netzwerker und habe keine Hemmungen, um Rat und Hilfe zu bitten, wenn andere etwas viel besser können. So habe ich unser Fördermitglied Hans Peter Janisch einfach mal gefragt, was er vom Magazin hält.

HPJ: Ich erachte Palliativ-Versorgung als ausgesprochen wichtig und war gerne bereit, mich über meine Fördermitgliedschaft zu engagieren.

Was gefällt Ihnen an dieser Zusammenarbeit und wo hakt es?

TS: Die Ehrlichkeit und Effizienz. Etwas schön zu reden, bringt nichts, das ist in meiner Arbeit als Arzt in absolut lebensentscheidenden Situation so. Und es ist nicht anders in der Aufklärungsarbeit. Da brauchen wir fundierte, ehrliche Rückmeldungen, was funktionieren könnte, wie etwas ankommen könnte. Sonst kann ich mich als Experte schnell verrennen und aufs falsche Pferd setzen. Da scheinen HPJ und ich von Beginn an eine gute Mischung zu sein.

HPJ: Wir sehen alles aus unterschiedlicher Perspektive. Der Designer und der Mediziner sind eigentlich nicht vermischbar. Dass dies aber doch gut funktioniert, zeigt das vorliegende Produkt.

Was war Ihnen wichtig dabei?

TS: Das wir beide unsere Expertise einbringen. Und dadurch andere Experten dazu bringen, beim Heft mitzumachen. Ein wirklich gutes Produkt auf den Markt zu bringen, das die Menschen zugleich berührt und informiert ist nicht einfach. Zumindest kenne ich nichts Vergleichbares zu dem Themenkreis rund um den letzten Lebensabschnitt und darüber hinaus. Mir ist es wichtig, nachahmenswert zu sein und auch nachgeahmt zu werden. Dann zahlen sich unsere ehrenamtlichen Mühen vielfach aus.

HPJ: Nicht nur die Inhalte müssen stimmen, es muss auch zum Lesen verführen. Es soll appetitlich verpackt sein und trotz schwerer Inhalte Freude machen, „schöner leben ...“ zu lesen und betrachten.

Was wollen Sie mit „schöner leben ...“ erreichen?

TS: Vielleicht erst einmal: Wen? Einfach jeden! Und zum „was“ ist das Hauptziel, dass jeder informiert sein sollte über die hospizlich-palliativen Möglichkeiten. Nicht jeder ein Detail. Aber doch so ungefähr. Das wäre klasse. Denn nur gut informiert habe ich eine gewisse Entscheidungsfreiheit für meine Selbstbestimmung. Da hapert es bei den allerallermeisten Deutschen leider noch immer ganz gewaltig.

Was bedeuten die drei Punkte im Titel?

TS: Ich wollte das Heft gerne analog zu „Mein schöner Garten“ oder „schöner wohnen“ eigentlich gerne „Schöner sterben!“ Da hatte ich aber null Chancen mich durchzusetzen. Drum kommen nach dem „schöner leben“ noch die drei Punkte. Man kann sie ergänzen mit dem „... bis zuletzt“ oder auch ganz anders.

Es gab bislang vier Hefte „schöner leben ...“. Gleich Ihr erstes gemeinsames Heft wurde ausgezeichnet. Was bedeutet das für Sie?

TS: Da war ein unglaublicher Ansporn. Die Umsetzung des Magazins ist uns nicht in den Schoß gefallen. Weder inhaltlich noch finanziell, noch bei der Unterstützung. Da gab es erheblichen Gegenwind. Die Auszeichnungen zeigen uns, dass der Kurs im Gegenwind so falsch nicht sein kann!

HPJ: Es ist stets eine Bestätigung, wenn internationale Fachleute sagen: „Das Ding ist gut geworden“.



Foto: Helmut Samann

Man hat zwar ein gutes Gefühl, wenn die Zusammenarbeit so funktioniert, wie bei uns, aber der Input der Leser und Fachleute ist ungeheuer wichtig.

Glauben Sie, Sie können diese Qualität durchhalten?

TS: Das wird auf die Jahre gesehen sicher richtig schwer. Aaaaber, erstens, wenn nach der nächsten Ausgabe Schluss wäre, hätten wir schon richtig viel mit dem Magazin erreicht. Es sieht aber sehr danach aus, als ob es munter weiter geht. Wir haben einen wachsenden Stab an inhaltlichen Unterstützern und auch ein paar finanzielle Förderer. Zum Geld kann ich nur sagen, da ist jede Menge Luft nach oben. Das Magazin ist jetzt so gut, dass es eigentlich bundesweit in jedes Wartezimmer und jede Apotheke gehört. Den Inhalt liefern wir ehrenamtlich und ausgesprochen kostengünstig. Druck und Verteilung kosten aber richtig Geld. Die Auflage von 20 Tausend auf 20 Millionen hochzukalieren ist, mit Verlaub gesagt, logistisch überhaupt kein Problem.

HPJ: Na klar, das Magazin wird weiter von der ersten bis zur letzten Seite professionell erscheinen.

Wie kann man Sie unterstützen?

Mit den drei großen, englischen Ts: Time, Talent, Treasure. Wir brauchen inhaltliche Zuarbeit, bei der Distribution Unterstützung und noch viel mehr Geld für viel größere Auflagen. Klasse wäre es, wenn jemand Anzeigenkunden für uns werben würde. Das würde eine mittelfristige Stabilität der Auflage fördern.

Welche thematischen Schwerpunkte werden folgen?

TS: Nach „Werbung für Sterben“, „Mein Wille geschehe“ und „Loslassen. Sterben dürfen“ kommt als nächstes ein Schwerpunkt mit Kinderpalliativ- und Kinderhospizversorgung, dann wohl die Möglichkeiten der Leidenslinderung. Bestattungskultur ist sehr wichtig. Und: Ein Heft über die heilsame Bedeutung des Humors ist ebenfalls in Planung. Die nächsten zwei, drei Jahre müssen wir keine Bedenken haben, dass uns die Themen ausgehen.



ICMA-Award

Der ICMA Award ist einer der großen Wettbewerbe in der Welt der Publikationen. In diesem Jahr gab es 423 Einreichungen aus 24 Ländern. Ein internationaler Wettbewerb braucht natürlich eine internationale Jury. Die zehn Mitglieder kamen aus sieben Ländern: Dänemark, Niederlande, Österreich, Schweiz, Luxemburg, Brasilien und Deutschland.

„schöner leben ...“ wurde für sein Konzept mit der Bronzemedaille ausgezeichnet und erhielt für seinen ausgezeichneten Einsatz der Fotografie einen „Award of Excellence“.

Wichtige Informationen

Beim Deutschen PalliativVerlag der Deutschen PalliativStiftung sind zahlreiche Bücher, Flyer, Ratgeber u.v.m. teils kostenfrei, teils preisgünstig erhältlich.



Die PFLGETIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

Download und gedruckt in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

48 Seiten, 20 EUR,
kostenfrei in Hessen



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR

Wichtige Informationen



Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung

20 EUR, kostenfrei in Hessen



Die VORSORGEN! Mappe Version 2024

Alle Unterlagen rund um Vollmacht und Verfügung

40 Seiten, kostenfrei

Vorsorgeunterlagen online erstellen

Die Deutsche PalliativStiftung ist dabei, alle ihre Unterlagen aus Die VORSORGEN!-Mappe so zu digitalisieren, dass sie online sauber und übersichtlich ausgefüllt, gespeichert und ausgedruckt werden können. Zu allen Punkten gibt es Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen.

Weil die Vertreterverfügung besonders wichtig ist, haben wir dieses Formular zuerst digitalisiert, ausprobiert und zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht werden Anfang 2024 ebenfalls nutzbar sein. Die PalliativStiftung will damit ganz besonders erreichen, dass deren Verbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich zunimmt. Auf der Website [VorsorgenMappe.de](https://www.vorsorgenmappe.de) (Achtung: mit dem „n“ in der Mitte) findet man nach dem Einloggen viele Erklärungen und wird professionell durchs Menü geführt, so dass man in der Regel (fast) alles ohne weitere Hilfe ausfüllen kann. Einfach ausprobieren!

Über Rückmeldungen der Nutzer freuen wir uns, weil wir auch dieses Werkzeug wie alle Materialien stetig aktualisieren und verbessern werden.

Impressum

Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon 0661 48049 797
www.palliativstiftung.com

Email-Kontakt zum Herausgeber

mail@schoener-leben.info
info@doc-sitte.de

Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch
pressesdesign.de

Druck

Rindt-Druck, Fulda
Auflage 25.000 Exemplare

Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024

Verlag der Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen Form sind in der Regel selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag erhältlich

IN DER NÄCHSTEN AUSGABE 2/24

schöner leben ... bis zuletzt



*Das war
wieder ein
richtiges Leben,
ich konnte
wieder aktiv
sein.*

Rechtzeitig palliativ denken!

Nicole Schmitt arbeitet in einem Pflegeheim. Sie ist seit drei Jahren an Krebs erkrankt, hat jetzt Metastasen bekommen und geht offen damit um. Sie hat durch die Therapien leider höllische Schmerzen. Ihre Kollegin und Freundin Anja Pappert arbeitet mit ihr zusammen und nebenher bei der Palliativ-Stiftung.

„Da haben wir einen Vortrag gehört über die guten Möglichkeiten durch Palliativversorgung nicht nur Leiden am Lebensende zu lindern, sondern auch unter hoffentlich noch heilenden Therapien, dass man auch unter einer Chemotherapie gleich die palliative Versorgung mit reinbringt.“ Als Anja daraufhin Nicole ansprach hieß es erst einmal: „Das ist

nichts für mich! So weit bin ich noch nicht. Palliativ hat für mich immer so das Thema Tod ...“ Anja hat ihr das dann noch einmal sehr ans Herz gelegt, sich doch wenigstens einmal beim Palliativ-Netz Osthessen beraten zu lassen. Dann hat Nicole erst schwer geschluckt, mit ihrem Mann gesprochen und sich dann hin getraut. „Ich bin sehr dankbar dafür!“ Dann hat noch eine Schwester einen Hausbesuch gemacht und Nicole dachte „jetzt ist es so weit“. Sie steht aber noch ganz aktiv im Leben und weiß jetzt, „wenn es mir wirklich schlecht geht, habe ich rund um die Uhr Ansprechpartner für effektive Hilfe.“

Nach der ersten Morphiumgabe „wo dann jeder sagt, Du nimmst jetzt Morphium, dann bist Du high, da habe ich einfach keine Schmerzen mehr gehabt! Das

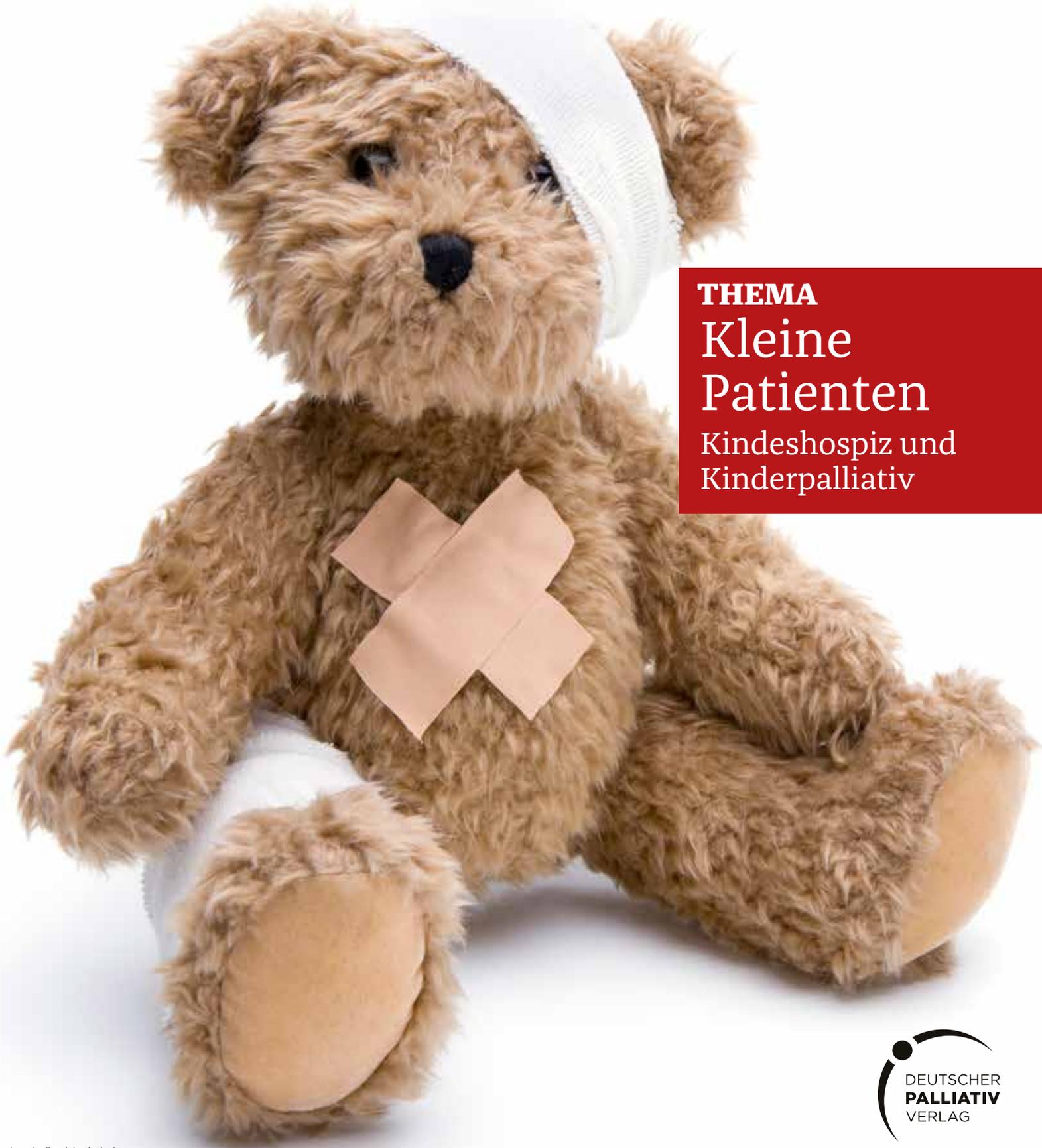
war wieder ein richtiges Leben, ich konnte wieder aktiv sein. Da bin ich Anja so dankbar dafür!“, mit diesen Worten fällt sie ihrer Freundin Anja um den Hals.

Nicht immer geht es sofort so viel besser. Aber die Chance sollte man nutzen.

Einen Teil des Gespräches haben wir bereits als Video aufgearbeitet. Sie können es über die Seite schoener-leben.info ansehen. Das Gespräch in ganzer Länge finden Sie in Heft 2-2024, das im April erscheinen wird.

schöner leben ...

bis zuletzt 2/2024



THEMA

Kleine Patienten

Kindeshospiz und
Kinderpalliativ



Gutes Tun. Leichter als man denkt.

Deutsches Stiftungswerk gGmbH

Stiftungsberatung & Management

Gutes Tun durch Engagement ist eine wichtige Grundsäule unserer Demokratie. Vielleicht bewegt auch Sie die Idee eine Stiftung zu gründen? Wir blicken auf eine mehr als 15jährige Stiftungsexpertise zurück. Mit kompetenter Unterstützung gelingt die Gründung leichter als man denkt.

Die Deutsches Stiftungswerk gGmbH unterstützt Stifterinnen und Stifter von der Idee zur Realisierung bis hin zur Nachlassverwaltung. Wir übernehmen auch Ihre Testamentsverwaltung. Die Vergütung hierfür kommt gemeinnützigen Aufgaben zu Gute.

Gemeinsam mit unseren Partnern fördern und entwickeln wir Projekte und Angebote, für Privatpersonen, Unternehmen, Non-Profits und andere beim Start oder der Umsetzung ihres Engagements.

Unser exzellentes Netzwerk bietet eine hohe Qualität und Antworten auch auf ungewöhnliche Fragen.

Wir sind Ihr Partner für ...

... Ihre Stiftungs-idee:

Entwicklung und Präzisierung
Anerkennung der Gemeinnützigkeit

... Ihre Stiftungs-verwaltung:

Organisation
Kontoführung
Spendenverwaltung
Projektabschluss
Jahresabschluss
Rechenschaftsbericht

Unsere Besonderheit:

Wir sind eine 100%ige Non-Profit-Organisation.

Alle Erträge des Deutschen Stiftungswerk gGmbH kommen gemeinnützigen Aufgaben der bundesweiten Hospizarbeit und Palliativversorgung zugute.

Wir l(i)eben als Ihr Dienstleister schlanke und kreative Lösungen.

Geschäftsführer: Dr. Thomas Sitte
info@stiftungswerk.org
0661 4802 7595

Postanschrift:
Deutsches Stiftungswerk gGmbH
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Inhalt



- 5 — **Editorial**
- 6 — **Kommentar**
Marcel Globisch
- 8 — **Palliativgeschichte**
Peter, 48 Jahre
- 12 — **Interkulturelles**
Paradiesvorstellungen im Islam
- 14 — **Faktencheck**
Darf man kranke Kinder töten?
- 16 — **Humor**
- 17 — **Lyrik**
- 18 — **Das Interview**
Susanne Kellermann über Fritz Wepper
- 24 — **Kinderhospizverein**
Merkmale guter Begleitung
- 28 — **Kinderhospizverein**
Über Trauer vor dem Tod
- 30 — **Hospiz des Monats**
Bärenherz, Wiesbaden
- 34 — **Netzwerkarbeit in Südhessen**
Kinderhospiz- und Palliativversorgung
- 36 — **Kinderpalliativstation**
Ein Rückblick
- 40 — **Interview**
Marcel Globisch, Franziska Kopitzsch,
Prof. Dr. med. Boris Zernikow
- 44 — **Kinderhospize in Deutschland**
- 46 — **Museum für Sepulkralkultur**
Der letzte Stein aus Lego?
- 50 — **Sternenkind**
Bildreportage
- 56 — **Aus dem Bücherregal**
- 58 — **Rätselseite**
- 59 — **Gaumenschmaus**
- 60 — **Fokus Gesundheit**
Lust oder Frust?
- 62 — **Grabgemeinschaft**
- 63 — **Lesermeinung**
- 65 — **Wichtige Informationen**
- 66 — **Impressum**

Sammelband „schöner leben ... 2023“

Unser Magazin schöner leben haben wir mit vier Hef-ten in 2023 begonnen, die dann auch schnell vergriffen waren! Über die vier Ausgaben haben wir den Inhalt und das Design stetig weiterentwickelt.

Wegen der anhalten- den Nachfrage haben wir aus den vier Hef-ten des Jahres 2023 einen Sammelband gemacht. Beiträge wurden aktualisiert, und das Layout komplett an den aktuellen Stil angepasst. So er- halten Sie jetzt 146 Seiten zeitlose und doch brandaktuelle Informationen rund um Hospizarbeit und Palliativversorgung für nur 20 € im Deut- schen Palliativverlag.



Editorial

Sterbende Kinder. Kinder sterben? Das darf nicht sein!?

Das darf nicht sein: Ein ganz norma- ler Reflex, den wohl jeder moderne Mensch so empfindet. Vor ein-, zwei- hundert Jahren, als die Kindersterblich- keit noch schrecklich hoch war, hat sich dies vielleicht anders angefühlt. Vielleicht. Aber heute? Wenn ein Kind stirbt, ist es furchtbar für die Eltern, zu- gleich auch die schlimmste Niederlage für jeden Arzt.

Mich selbst hat im Jahr 2013 ein zu- fälliges Gespräch am Kongressabend beim Bier zur Arbeit im Kinderhospiz Sternenbrücke gebracht. Einem der ältesten Kinderhospize in Deutsch- land. Wunderschön gelegen am Rande Hamburgs in einem Park. Ich habe dort erst einmal für einen Monat sozusa- gen „undercover“ ein Pflegepraktikum gemacht, um von der Pique auf zu lernen, was dort wie gemacht wird. Als ich nach der ersten Woche zurück nach Fulda kam, habe ich meine kleine Enkeltochter Carla in den Arm genom- men, innig gedrückt wie noch nie und das sehr besondere Gefühl, die sehr besondere Freude empfunden, dass sie noch (!) gesund ist.

Wer weiß schon, was morgen sein wird?

In der Sternenbrücke habe ich zwei- einhalb Jahre sehr tiefgehende Er- fahrungen machen dürfen, die mein Leben prägten. Danach war ich noch rund fünf Jahre als Arzt beim Kinder- palliativteam Kleine Riesen in Kassel, die eine sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder in Nordhessen an- bieten. Ein ebenso wunderbar engagiertes und hochquali- fiziertes Team wie in der Sternenbrücke.

In beiden Teams habe ich gelernt, noch intensiver als in der Versorgung sterbens- kranker Erwachsener geht es bei Kindern in allererster Linie erst einmal um

Leben, Lebensfreude, Lebensqualität und es wird viel gelacht. Die Begleitung der kleinen und größer werdenden Pa- tienten geht meist über viele Jahre und durch viele Höhen und Tiefen.

Die stationären Kinderhospize sind kei- ne Orte zum Sterben, natürlich auch, aber das geschieht dort eher selten. Palliative Kinder sterben sehr viel mehr zuhause und leider noch viel zu oft im Krankenhaus. Kinderhospize sind ein Ort zum Durchatmen für die Familie, zum Leben. Zur Entlastungspflege. Und Kinderhospize gibt es bereits reichlich, eher überreichlich in Deutschland. Ein riesengroßes Problem ist der Mangel an qualifizierten Mitarbeitern.

Mit diesem Heft möchten wir Ihnen neben etlichen anderen, vielleicht ungewohnten Eindrücken auch einen Einblick in die sonst eher verborgene Arbeit mit schwerkranken und sterben- den Kindern geben. Im Krankenhaus, im Kinderhospiz und auch zuhause.

Florian S.



Foto: Kleine Riesen Nordhessen

Die Kraft der Gemeinschaft

Gemeinschaft als zentraler Aspekt der Kinder- und Jugendhospizarbeit



Marcel Globisch, 45, ist Soziologe und Vorstand des Deutschen Kinderhospizvereines.

marcel.globisch@deutscher-kinderhospizverein.de

Foto: Privat

Familien, in denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzender Erkrankung leben, sehen sich tagtäglich erheblichen Herausforderungen bzw. Belastungen gegenüber. Nicht selten fühlen sie sich allein, im Stich gelassen, weil sie um vieles, was für gesunde Kinder selbstverständlich ist, kämpfen müssen. Eltern kämpfen darum, dass ihre Kinder zur Schule gehen können, sind dabei auf ausreichend und gut qualifizierte Assistenzkräfte, aber auch auf den guten Willen der Entscheidungsträger im Bildungssystem angewiesen. Die Teilnahme an Klassenfahrten ist nicht selbstverständlich, weil Lehrer*innen sich fürchten, das erkrankte Kind könnte während der gemeinsamen Reise sterben, was den anderen Mitschüler*innen nicht zuzumuten sei. Damit wir uns nicht falsch verstehen, es gibt viele engagierte Lehrkräfte, die sich für die jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung einsetzen und ihren Beitrag dazu leisten, dass die Kinder Teil einer Schulgemeinschaft sein können, jedoch sind es bei weitem nicht alle.

Sich zugehörig fühlen, unter „Seinesgleichen“ zu sein, das Gefühl von Gemeinschaft erleben zu können. Diese Erfahrungen versucht die Kinder- und Jugendhospizarbeit, den jungen Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen mit zahlreichen Angeboten zu ermöglichen. Häufig geht dieser Aspekt der Gemeinschaft in der Wahrnehmung der Kinder- und Jugendhospizarbeit verloren. Zunächst werden Begriffe wie Entlastung, insbesondere der Eltern, die pflegerisch-medizinische Versorgung in stationären Kinderhospizen, die Begleitung durch Ehrenamtliche der ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten im häuslichen Umfeld der Familien oder die Trauer-

begleitung genannt. Unbenommen zentrale und nicht wegzudenkende Angebote der Kinder- und Jugendhospizarbeit. Für die meisten dieser Angebote sind zwingend haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende notwendig. Sie versorgen, begleiten und beraten. Was sie ohne andere Betroffene aber nur sehr bedingt bzw. nicht bieten können: Gemeinschaft.

„[...] was ich vor allem mitnehme, ist ein Gefühl von Gemeinschaft. Ich bin nicht alleine mit dem, was mein Leben ausmacht [...] Dieses Gefühl von Gemeinschaft ist neu für mich. Ich habe das Gefühl ‚meine Leute‘ gefunden zu haben. Zum ersten Mal habe ich ein ‚wir-Gefühl‘, welches keine Worte braucht, keine Erklärungen. Ich bin. Du bist. Wir sind. Ganz so, wie wir geboren wurden. Keine Bewertung, nur Verständnis, Respekt und ‚Augenhöhe‘ aber es ist egal, ob wir uns in die Augen schauen können. Wir sind auf einer Ebene. Auf ‚Lebenshöhe‘.“

Diesen Post veröffentlichte Gloria Garrels, eine junge Frau mit lebensverkürzender Erkrankung, nachdem sie an einer Selbsthilfeklausur des Deutschen Kinderhospizvereines für junge Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung teilgenommen hatte. Ihre starken Worte stehen für sich und sind für mich Motivation, gemeinsam mit meinen Kolleg*innen noch mehr dieser Angebote zu ermöglichen und Glorias Worte mit vielen Menschen zu teilen.

Gemeinschaft bedeutet auch, dass wir Teil eines Netzwerkes in der Beratung, Begleitung und Versorgung der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung und ihren Familien sind. Wir sind ein wichtiger Unterstützer. Gleich-

zeitig dürfen wir uns nicht überhöhen und denken, dass die Kinder- und Jugendhospizarbeit die Antwort auf alle Herausforderungen der Familien und Lücken im System parat hat geschweige denn leisten kann. Auch dies geht nur in Gemeinschaft mit Politik, Kostenträgern, Schulen, Versorgern und nicht zuletzt der Gesellschaft. Die begleiteten jungen Menschen und ihre Familien sind Teil dieser Gemeinschaft. Gemeinsam mit ihnen sollten wir uns für bestmögliche Lebensbedingungen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einsetzen.

Gloria Garrels

Gloria mit Ed Sheeran

Als Gloria im Kinderhospiz Sternenbrücke 21-jährig ihre Patientenverfügung verfasste, schrieb sie darin: „Philosophisch betrachtet, haben wir keinen Beweis für den Fortbestand dieses Bewusstseins nach dem Tode. Das heißt, dieses Bewusstsein mit allen Einschränkungen, die ich habe oder noch haben werde, erlebe ich nur einmal.“

Deshalb möchte ich dieses Leben so lange wie möglich erleben und die mir möglichen Erfahrungen machen.“

Praxistaugliche Vorsorgeunterlagen, stets auf dem neuesten Stand, erhalten Sie bei der Deutschen PalliativStiftung

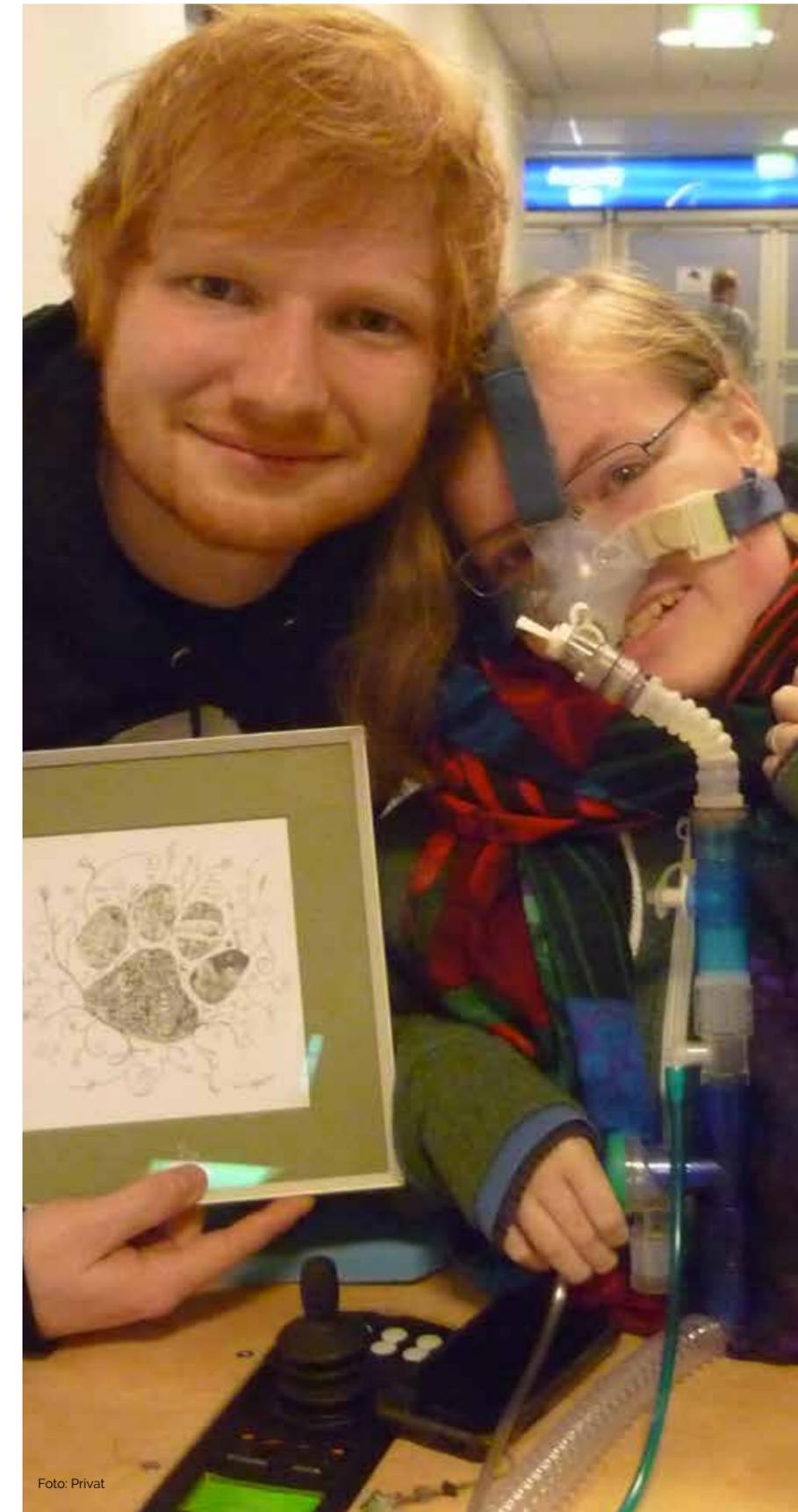


Foto: Privat

Peter, 48 Jahre



Irgendwann sage ich als der Palliativmediziner der Ehefrau, ich werde jetzt mit Peter ehrlich reden.

In dieser kleinen, vierteiligen Serie erfährt der Leser anhand eines „echten“ Patienten, worauf es wirklich ankommt. „Echter“ Patient insofern, dass alles, was hier über Peter steht, wahr ist und genau so geschehen ist. Allerdings wurde der Rahmen so verfremdet und ohne die Situation zu überspitzen, teils aus verschiedenen Patienten zusammengesetzt, dass ein Wiedererkennen von Personen nicht mehr möglich ist. Natürlich gehören die Fotos auch nicht zum „Peter“ aber doch zu echten Patienten.

Peter ist der typische Best-Ager, der mitten im Leben erfolgreich, zufrieden, fit ist, aber ...

Bauchspeicheldrüsenkrebs – ihn hat es plötzlich und hart getroffen, nie hätte er es sich träumen lassen, dass eine Krankheit ihm so unerwartet den Boden unter den Füßen wegziehen könnte.

Peter fühlt sich einfach gut. Es ist besser als je zuvor in seinen 48 Lebensjahren. Er ist nun zum zweiten Mal glücklich verheiratet. Er liebt Musik und spielt in einem Orchester. Seine Tochter Christina hat das Studium endlich abgeschlossen und eine gute Stelle als Assistenzärztin im Nachbarkreis bekommen.

Erst war er völlig verzweifelt, wollte nichts mehr, nicht mehr leben. Dann hat er sich Hals über Kopf entschlossen, wirklich alles zu versuchen, um wieder gesund zu werden. Jeden Strohalm würde er ergreifen, ach was, jeden noch so winzigen, verdorrten Grashalm würde er suchen, auch wenn es nur den Hauch einer Chance gäbe, er will sie nutzen. Doch kaum beginnt er mit der Chemotherapie,

wird er quittegelb. So eine Hautfarbe hat er noch nie gesehen. Jetzt gibt es als weitere, neue Diagnose: „Akuter Gallengangverschluss“. Die Gallenflüssigkeit staut sich zurück, weil der Krebs den Abfluss abdrückt und vergiftet so seinen Körper. Die Ärzte sagen ja ganz klar, eine Operation bei dieser fortgeschrittenen Krebserkrankung würde nichts nutzen. Jetzt wollen sie aber doch ran. Vielleicht müssen sie nur eine Magenspiegelung machen, vielleicht aber auch den Bauch aufmachen und richtig operieren ...

Peter ist sonst ein starker Mann. Ein Macher. Autonom. Selbstbestimmt. Früher. Jetzt, zwei Monate nach der Diagnose, gezeichnet von der Krankheit, versucht seine Familie ihn zu beschützen, vor Leid, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung – Dinge, mit denen er immer wieder zu kämpfen hat. Und sie wollen ihn nicht gerne spüren lassen, dass der Tod nahe ist.

Die Mitarbeiter des Palliative Care Teams sagen immer wieder, man müsse ehrlich darüber reden. Die Familie will, kann es nicht. Peters Schmerzen sind teils sehr schwer zu behandeln.

Er braucht zeitweise immer mehr Schmerz- und Beruhigungsmittel, ja sogar Narkosemittel bekommt er gespritzt. Aber meist ohne rechten Erfolg. Sobald er wacher wird, hält er die Schmerzen kaum noch aus.

Irgendwann sage ich als der Palliativmediziner der Ehefrau, ich werde jetzt mit Peter ehrlich reden. Sie will es partout nicht.



Foto: Edelgard Ceppa-Sitte

Aber es geht zuerst einmal um den Patienten. Deshalb frage ich ihn, ob wir uns einmal im Vertrauen unterhalten wollen, ich setze mich einfach zu ihm, warte ab, was er sagt, was er fragt, und spreche lange und ehrlich mit ihm, dass Peter jetzt bald sterben wird. Die Familie ist erst unglaublich wütend auf mich, denn bald darauf stirbt Peter und sie geben mir als dem Arzt die Schuld, dass es so schnell ging.

Viel später treffen wir uns völlig unverhofft im Urlaub, auf der Skipiste beim Jagertee wieder. Zufälle gibt es! Da erzählt mir die Ehefrau, dass sie jetzt sehen würde, wie viel weniger Schmerzen Peter nach dem Gespräch bis zu seinem Tod gehabt hat und dass es war, als ob eine schwere Last von Peter abgefallen war, nachdem er wahrhaftig Auskunft über seine Krankheit bekommen hat und ehrliche Antworten auf alle Fragen erhielt, die er stellte.

TIPP

Die Wahrheit tut manchmal weh. Aber es ist oft viel schwerer, die Wahrheit lange zu verdrängen. Denn die Wahrheit selbst drängt irgendwann ja doch hervor. Deshalb raten erfahrene Palliativteams dazu, in der angemessenen Dosis stets die Dinge wahrhaftig zu beantworten, nach denen der Patient fragt. Und wenn keine Fragen gestellt werden, den Raum und die Möglichkeit zu bieten, dass sie gestellt werden können

Schauen wir noch einmal einige Wochen zurück.

Selbst Peter hat kürzlich noch vom Apotheker, bei dem er ein starkes, morphiumähnliches Schmerzmittel gegen seine heftigsten, anfallsweisen Schmerzen (sog. Durchbruchschmerzen) geholt hatte, gesagt bekommen, „Passen Sie auf, dass Sie nicht süchtig werden!“.

Dabei wäre diese Sucht Peter sogar völlig egal gewesen!

Er ist so froh, dass er durch das kurzwirksame, starke Medikament seine Schmerzen weitgehend im Griff hat. Ohne das Spray hatte ihn die Ohnmacht der Verzweiflung im Griff, der Schmerz war so unvorstellbar schlimm, er dachte, es zerreißt ihm den Leib. Aber süchtig werden, so ein Quatsch, denkt Peter.

Er nimmt das Medikament sowieso nur, wenn es nötig ist und hält sich genau an die Anweisung seines Hausarztes, der sich zum Glück gut in Palliativmedizin weitergebildet hat und sogar eng mit dem Hospizdienst im Ort zusammenarbeitet.

Es ist gut verständlich, dass Peter wirklich alles versuchen will, seine tödliche Krankheit in den Griff zu bekommen. Wer würde nicht den Strohalm suchen, der vor dem sicheren Ertrinken retten könnte?

Auch seine Frau sagt: „Es muss doch irgendetwas geben“.

Beide fragen alle möglichen Bekannten, suchen in Büchern, Zeitungen, fragen besonders auch „Dr. Google“. Gerade im Internet findet man ja sehr viel, oft gut verständliche und detaillierte Informationen. Selbst der Hausarzt hatte gesagt, er schaut ab und zu in Wikipedia, wenn er eine Krankheit gar nicht kennt.

So finden Sie in ihrer Verzweiflung den renommierten Prof. Dr. h.c. mult. Z., der sehr viel Erfahrung mit der Bauchspeicheldrüse hat. Er ist Internist, operiert also nicht selbst, aber er hat

ein tolles Team in einer Privatklinik am Starnberger See, die sich auf eine Mischung von Schulmedizin und Naturheilkunde spezialisiert haben.

Peter ist Kassenpatient, aber er bekommt als Selbstzahler schnell einen Termin am übernächsten Tag. Prof. Z. empfängt ihn und seine Frau; er nimmt sich sehr viel Zeit für das Ehepaar. Er wirkt seriös, unglaublich erfahren und kann besonders gut und aufmerksam zuhören. Er erkennt die Not des Ehepaars und kann ihnen Hoffnung machen. Natürlich.

Mit den herkömmlichen Methoden habe man bei dieser so weit fortgeschrittenen Krankheit keine Hoffnung und keine Aussicht auf Heilung. Aber er habe ganz moderne Geräte aus den USA kürzlich persönlich für die Privatklinik gekauft und wende dazu naturheilkundliche Medikamente an, die in China nach den Jahrtausende alten Prinzipien der traditionellen, chinesischen Medizin hergestellt werden. Damit habe er schon die erstaunlichsten Erfolge erzielt.

Nun, die Geräte seien neu und teurer gewesen, die Medikamente sehr aufwändig aus seltenen Pflanzen hergestellt und auch entsprechend hochpreisig. Da könne schon etwas zusammenkommen. Letztlich sagt er dann klipp und klar: „Nur ich kann Sie gesundmachen. Haben Sie Ersparnisse?“ Und dann, als er hört, was auf dem Konto ist, schlägt er vor, man könne doch auch eine Hypothek auf das Haus aufnehmen.

Er käme Peter schon so gut es geht preislich entgegen.

TIPP

Natürlich versucht man irgendwo irgendeine Hilfe zu bekommen, wenn man gesagt bekommt „da kann man nichts mehr tun!“. Trotzdem, bitte bleiben Sie kritisch. Oft verlieren Sie nur (viel) Geld an absurde Behandlungsmethoden. Aber ich habe es auch immer wieder und viel zu oft erlebt, dass man dadurch auch noch Lebenszeit einbüßt.



NACHTRAG

zu „Natalie, ein dornenvoller Weg“

In den letzten beiden Heften hatten wir einen bewegenden Bericht über das Sterben einer jungen Frau, die einer Gewalttat zum Opfer gefallen war. Wir durften die Familie dazu interviewen. Die sehr leidvollen Erfahrungen daraus hatten geholfen, dass danach der Großvater palliativ gut begleitet nach einem Schlaganfall sterben konnte.

Dann erreichte uns im Januar die Nachricht, dass Natalies Mutter eine sehr schwere Hirnblutung erlitten hat. Und Sie konnten lesen, dass wir zum Verlauf berichten werden. In diesem Heft ist jetzt nicht viel Raum dafür. Aber wir müssen Ihnen sagen, dass die Mutter leider verstorben ist. Nach Auf und Ab unter exzellenter Behandlung der Intensivstation der Universitätsklinik konnte sie in eine Reha-Einrichtung verlegt werden. Voller Hoffnung. Dort trat eine erneute Blutung ein.

Unsere Gedanken sind bei der Familie. Wieviel Leid kann eine Familie tragen? Manche trifft es einfach hart.

TIPP

Starke Medikamente rechtzeitig in der richtigen Dosis zu geben, ist der Schlüssel zur angemessenen Therapie. Dann kommt ein Sterbewunsch oft gar nicht erst oder auch viel später auf. Fragen Sie dazu Behandler, die ihr Handwerk auch wirklich verstehen!

Ein Garten mit Flüssen und frischen Früchten

Paradiesvorstellungen im Islam

Dr. Isabel Lang, Theologin und Islamwissenschaftlerin

Das Paradies im Koran

Das Paradies, in das Musliminnen und Muslime hoffen, nach dem Tode einzugehen, ähnelt in vielen Aspekten dem Paradies, aus dem auch Adam und Eva in der biblischen Erzählung nach dem Sündenfall vertrieben wurden. Es ist ein grüner Garten mit Flüssen, Schatten und frischen Früchten. Eine ganz andere Welt also als die Hitze und Trockenheit auf der arabischen Halbinsel und in vielen islamisch geprägten Ländern. Wer würde angesichts der sengenden Sonne im Sommer, des Staubes und der Wasserknappheit nicht von einem Ort träumen, der so ganz anders ist? Bereits der Koran erwähnt, dass

denen, die gläubig sind und die rechtschaffene Werke tun, Gärten zuteilwerden, die von Bächen durchheilt sind und wo sie Früchte finden werden. Dort würden sie ewig bleiben. (Sure 2:25) Neben Bächen aus Wasser, das nicht faulig wird, finden sich Bäche aus Milch, berauschendem Getränk und Honig. (Sure 47:15) Die Bäche aus Milch, berauschendem Getränk und Honig zeigen auch Ähnlichkeiten zu bereits aus der Antike und u. a. aus europäischen Märchen bekannten Vorstellungen eines Schlaraffenlandes.

Ein Land also, in dem alles im Überfluss vorhanden ist und dass sich damit fundamental vom entbehrungsreichen Leben der Menschen im Diesseits unterscheidet. So wie auch den Israeliten in der Bibel

ein Land versprochen wird, in dem Milch und Honig fließen (vgl. 5. Mose 6,3). Erwähnt werden im Koran auch Bewohner des Paradieses, welche auf Arabisch als „Huris“ bezeichnet werden (Suren 44:45, 52:20, 56:22 und 55:72). Die Interpretation dieser ist unterschiedlich. Während die einen sie als Paradiesjungfrauen ansehen, betrachtete der berühmte Korankommentator at-Tabari sie basierend auf einem Zitat Muhammads als verstorbene muslimische Frauen, die im Paradies für immer ihre Jugend und Schönheit wiedererhalten.

Die auf den Aussagen zu den „Huris“ basierende volkstümliche Auffassung von 72 Jungfrauen ist eine Erzählung aus nachkoranischer Zeit, die von Personen, die solche Ansichten vertreten, ausgeschmückt wird. Sie stellt jedoch nur eine von vielen Interpretationen innerhalb der sehr diversen und lebendigen Auslegungstraditionen des Korans dar.

Gärten als Metaphern für das himmlische Paradies

Das arabische Wort für Paradies lautet „Dschanna“. Bevor die Menschen ins Paradies eingehen, können sie jedoch einen Vorgeschmack auf dieses im „Dschunaina“ finden, also im „kleinen Paradies“. Das arabische Wort „Dschunaina“ bezeichnet einen Garten im Diesseits.

Und wer schon einmal die Alhambra im ehemals maurischen Granada besucht hat mit ihren ausufernden und kunstvoll angelegten Gartenanlagen und den mit wunderschönen geometrischen Figuren verzierten Brunnen und Wasserbecken, der kann hier einen Blick auf das Paradies erhaschen, das sich der Architekt beim Bau vorgestellt hat. Der Besucher kann es erahnen, wenn er im Schatten der Bäume der Hitze des Tages entflieht. Gartenanlagen mit sattem Grün, bunter Blumenvielfalt, Brunnen und Wasserbassins nehmen einen wichtigen Raum ein in der islamischen Welt. In der Spätantike und im Mittelalter war der Orient für seine Gartenbaukunst berühmt und auch heute noch können Besucher die Gärten z. B. in Shiraz und Isfahan bewundern.

Die orientalischen Gartenanlagen stellen dabei einen Gegenpol zu Trockenheit und Wassermangel der überwiegend durch Wüsten und Steppen geprägten Länder des Orients dar. Dabei dienten sie nicht nur als Orte der Kontemplation, sondern auch als Rückzugsorte der Herrschenden. Doch wer islamische Gärten als kunstvoll gestaltete Vorbilder des künftigen Lebens nach dem Tode besuchen möchte, muss nicht erst weit reisen.

Auch ein Besuch im orientalischen Garten in Berlin-Marzahn lohnt sich und lässt den Besucher einen Blick auf den Himmel auf Erden erhaschen.

Adresse des orientalischen Gartens:

Eisenacher Str. 99,
12685 Berlin

Tel: +49 (0)30
700906699

Verbindung:
S 7 Marzahn;
U5 Hellersdorf,
Bus 195
Erholungspark
Marzahn

Öffnungszeiten:
tgl. 9-16 Uhr
(November-Februar);

tgl. 9-18
(März+Oktober);

tgl. 9-20 Uhr
(April-September)

gaerten-der-welt.de

Darf man kranke Kinder töten?

Interview von Heike Vowinkel, Textchefin t-online



Warum müssen wir denn weiter ernähren, warum weiter beatmen?

Herr Sitte, was ist falsch daran, sterbenskranken, schwer leidenden Kindern einen schnelleren Tod zu ermöglichen, wenn sie und ihre Eltern das wünschen?

Thomas Sitte: Alles daran ist falsch. Es ist ein absolut falscher Weg. Die Anzahl der Kinder, für die diese Regelung infrage kommt, ist sehr gering – sie liegt im niedrigen einstelligen Bereich im Jahr. Für diese Kinder braucht man kein Gesetz, für sie gibt es andere Wege.

Welche?

Ich bin selbst in meiner Zeit in Kinderhospizen von etlichen Eltern gebeten worden, dem Leiden ihres Kindes aktiv ein Ende zu bereiten. Denen habe ich dann gesagt: Warum müssen wir denn weiter ernähren, warum weiter beatmen? Das einzustellen, also Leben und Leiden nicht unnötig verlängern, ist doch auch ein Weg. Das hatten die gar nicht auf dem Schirm.

Aber hatten diese Eltern dann nicht die berechtigte Sorge, dass etwa die Ernährung einzustellen ein zu langes, qualvolles Sterben sein könnte?

Nein, die Sorge haben eigentlich nur sterbenskranke Erwachsene. Wann immer ich Eltern diesen Weg vorschlug, sind sie darauf eingegangen. Es ist auch keine berechtigte Sorge, weil es kein qualvolles Sterben ist. Diesen Kindern werden die Schmerzen mit entsprechenden Medikamenten genommen.

Wie stirbt man, wenn Ernährung und Flüssigkeitszufuhr eingestellt werden?

Nicht essen und nicht trinken, ist am Lebensende der natürliche Weg. Der Körper weiß das. Er produziert dann eigenes „Cannabis“, „Opium“ und andere Hormone, die Leiden lindern. Wenn man sich gesund zu Tode hungern will, sieht das anders aus.

Das niederländische Innenministerium sagt zwar auch, die neue Regelung beträfe lediglich fünf bis zehn Kinder pro Jahr. Aber es seien nun mal so schwer erkrankte, dass bei ihnen die Möglichkeiten der Palliativmedizin nicht ausreichen, um ihr Leid zu lindern. Gibt es also doch Grenzen in der Palliativmedizin?

Die Fälle müssen Sie mir zeigen, bei denen die Möglichkeiten der Palliativmedizin nicht ausreichen, um Leid zu lindern. Ich kenne keinen einzigen, und ich habe mehr als zehntausend Menschen – auch viele Kinder – beim Sterben begleitet. So absurd das klingen mag, die Niederländer schließen nur eine Gesetzeslücke. Aus ihrer Sicht ist das folgerichtig. Die aktive Tötungshilfe gilt dort seit 2002, sie nun auf Kinder unter zwölf Jahren auszuweiten, ist der letzte Schritt zu ihrer Normalisierung. Deswegen war es falsch, schon den ersten Schritt zu gehen und eine aktive Tötungshilfe zu erlauben.

Sie bezeichnen die aktive Sterbehilfe als Tötungshilfe?

Ja, weil es das für mich ist: Jemandem aktiv das Leben zu nehmen, ist töten. Was ich als Palliativmediziner dagegen tue ist, den Menschen mit Hilfe von Therapien Lebensqualität geben – selbst im Sterben. Was viele zudem nicht wissen: Unsere Arbeit ist nachweislich lebensverlängernd, bei Krebspatienten etwa. Würden wir direkt bei der Diagnose schon hinzugezogen, könnten viele Schwererkrankte länger und besser leben. Stattdessen kommt Palliativversorgung meist erst ganz am Ende zum Einsatz, wenn wir nur noch das Sterben erleichtern können.



Foto: Kleine Riesen Nordhessen

Warum ist das so?

Weil in Deutschland zu wenig drüber aufgeklärt wird. Weder die Politik noch die Medien tun genug, um über die Möglichkeiten der Palliativversorgung ausreichend zu informieren. Selbst unter Ärzten ist das Wissen darüber nicht genug verbreitet.

In Deutschland hat das Bundesverfassungsgericht 2020 das bis dahin geltende Verbot für geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung gekippt und das Recht auf einen selbstbestimmten Tod auch mit Hilfe Dritter bestätigt. Seitdem wird um ein Gesetz gerungen, das dem Urteil gerecht wird. Was würden Sie sich wünschen?

Weil ich keine Chance sehe, dass die geschäftsmäßige Suizidassistenten wieder verboten wird, wäre es am besten, es kommt gar kein Gesetz mehr.

Warum?

Weil das nicht notwendig ist. Das Bundesverfassungsgericht hat den Bundestag ja nicht zum Erlass eines solchen Gesetzes verpflichtet. Auch wenn das widersprüchlich klingen mag: Der Verzicht auf eine gesetzliche Suizidregelung schützt Leben.

Stimmt, das klingt widersprüchlich, das müssen Sie erläutern.

Wenn wir eine Regelung schaffen, schaffen wir auch Normalität. Denn von jeder Regelung geht eine legitimierende Wirkung aus. Die Niederlande sind das beste Beispiel. Wer den Suizid reguliert, fördert ihn.

Aber bedeutet keine Regelung nicht auch, dass sich Ärzte dann in einem Graubereich befinden, wenn sie etwa sterbenskranke Menschen beraten, wie sie sich das Leben schmerzfrei nehmen können?

Nein. Das können sie jetzt ohne Probleme mit dem Verfassungsurteil tun. Ich selbst berate auch sterbenskranke Menschen, die mich danach fragen, was für sie eine mögliche Methode ist.

Sie beraten selbst auch?

Ja. Wenn ich danach gefragt werde. Aber bislang hat keiner meiner Patienten danach davon Gebrauch gemacht. Es reicht ihnen zu wissen, dass es eine einfache verfügbare Methode gibt. Und sie erleben zudem, dass die Palliativmedizin ihnen die Schmerzen schon vorher nimmt.



Im Original zuerst erschienen am 01.02.2024 unter https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/id_100332380/niederlande-sterbehilfe-fuer-kinder-arzt-aus-deutschland-entsetzt.html

**PERSCHEID's
ABGRÜNDE**



Fuldaer Humor nach Günther Elm * 1939 + 2022

Gustav liegt im Sterben. Seine Frau sitzt schluchzend an seinem Bett. „Gustav, ich wernn dir ball noachkomme!“ Gustav nimmt seine letzte Kraft zusammen und sagt „Ess eilt net!“

Für weniger Sprachgewandte ins Hochdeutsche übersetzt:

Gustav liegt im Sterben. Seine Frau sitzt schluchzend an seinem Bett. „Gustav, ich werde dir bald nachkommen!“ Gustav nimmt seine letzte Kraft zusammen und sagt „Es eilt nicht!“

Wenn Sie auch solch nette, kleine Geschichten in Ihrer Mundart haben, können Sie uns diese gerne zur Veröffentlichung einsenden.



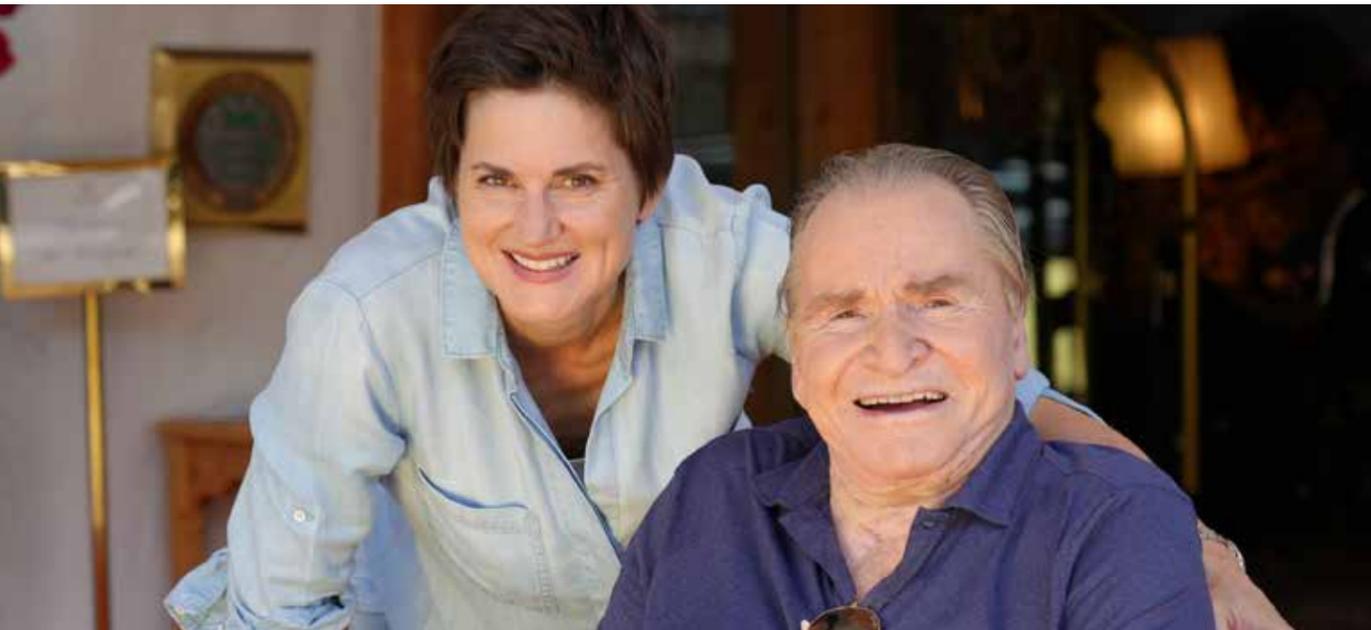
„Mich lässt der Gedanke an den Tod in völliger Ruhe. Ist es doch so wie mit der Sonne:

Wir sehen sie am Horizont untergehen, aber wissen, dass sie „drüben“ weiter scheint.“

Johann Wolfgang von Goethe

Palliativstation nicht mit „Todesstation“ gleichzusetzen

Ein Interview von Mike Powelz mit Susanne Kellermann, der Ehefrau von Fritz Wepper, über seinen letzten Weg



Frau Kellermann, Sie haben 2011 einen Kurzfilm mit dem Titel „Die Zeit dazwischen“ produziert, der das Prädikat „besonders wertvoll“ erhielt. Ihr Ehemann Fritz Wepper hatte es damals eingefädelt, dass die Deutsche PalliativStiftung das Projekt finanziell förderte. Was war der Auslöser dafür, ein solches Projekt anzugehen?

Damals hatte eine gute Freundin gerade ihren „Arzt im Praktikum“ auf einer Palliativstation gemacht - und mir viel davon erzählt. Mich hatte das alles sehr beeindruckt und zu dem Dokumentarfilm „Happy Day – Die Happy“ inspiriert. Dabei war es mein Anliegen, das Leben und Arbeiten auf einer Palliativstation zu beobachten. Ein Teil des Films waren fiktive Szenen – und weil mein Dokumentarfilm leider keine Filmförderung erhielt, habe ich die fiktiven Szenen zu einem Kurzfilm verbunden.

Haben Sie damals schon darüber nachgedacht, wie eine Palliativversorgung Ihnen selbst eines Tages helfen könnte?

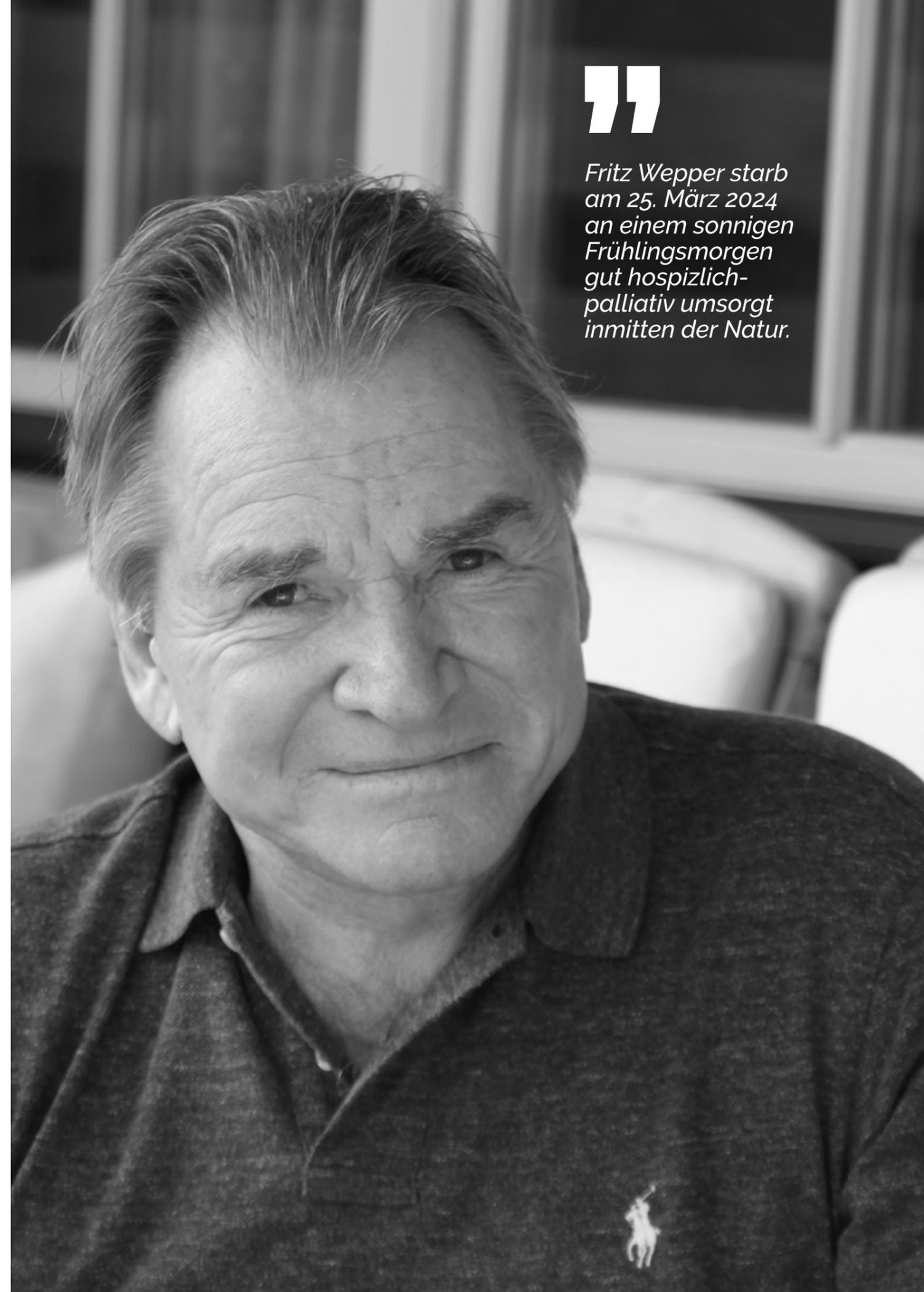
Ja, alles, was ich durch die Beschäftigung für den Film über die Palliativversorgung erfahren habe, hat mich mein ganzes Leben lang beruhigt und mir auch ein Stück weit die Angst vor dem Sterben genommen. Kurz nach Beendigung der Arbeit an dem Film – und kurz nach der Geburt meiner Tochter – bin ich dann übrigens kurioserweise selbst in eine lebensbedrohliche Situation geraten.

Was war damals geschehen?

Nach einem Blinddarmdurchbruch dauerte es ein paar Tage, bis ich über den Berg war. Damals lag ich selbst auf einer Palliativstation, weil es mir so schlecht ging – was ich aber nicht ahnte. Als ich schließlich merkte, dass meine Bett Nachbarin todkrank war, fragte

”

Fritz Wepper starb am 25. März 2024 an einem sonnigen Frühlingsmorgen gut hospizlich-palliativ umsorgt inmitten der Natur.



”

Es war nicht einfach, weil viele Ärzte leider nicht richtig verstehen, was Palliativversorgung kann.

ich eine Schwester, ob sie mich bitte in ein anderes Zimmer verlegen könne, weil mich das so belaste. Die Antwort der Schwester lautete zu meiner Überraschung, dass es niemandem auf der Station besser ginge als mir. Zuerst dachte ich damals: „Und wieso bin ich dann auf dieser Station“? Anschließend begriff ich. Als ich schließlich entlassen wurde, sagten mir die Schwestern, dass sie sich immer freuen, wenn jemand wie ich jetzt lebend eine solche Station verlässt.

Momentan profitiert Ihr Mann, der Schauspieler Fritz Wepper, von den Möglichkeiten der Palliativversorgung. Bitte eine kurze Bestandsaufnahme: Was haben Sie vor seiner Erkrankung über Palliativversorgung gewusst – und welches Wissen ist nun nochmal neu hinzugekommen?

Vor der Erkrankung meines Mannes wusste ich bereits, dass eine Palliativstation nicht mit einer „Todesstation“ gleichzusetzen ist – und hatte bereits mit Dr. Sitte darum gekämpft, dass Fritz auf eine Palliativstation statt in ein Pflegeheim verlegt wird.

Warum?

Weil ich die Hoffnung hatte, dass mein Mann dort noch einmal einen Aufschwung erlebt – und das hat sich tatsächlich innerhalb von zwölf Stunden bewahrheitet.

Und weshalb wohl?

Weil der Personalschlüssel auf einer Palliativstation einfach besser ist! Durch die intensivere Aufmerksamkeit des Pflegepersonals und eine gute Umstellung der Medikation ging es ihm ganz schnell unglaublich viel besser. Mehr Zeit für die Fürsorge von Menschen am Lebensende ist essentiell wichtig – denn weil auf einer Palliativstation nun mal mehr Menschen arbeiten als auf einer normalen Station kommt das den Patienten extrem zugute. Außerdem sind die besonderen Pflegekräfte natürlich auch speziell geschult und haben eine dem Patienten deutlich zugewandtere Haltung. Sie arbeiten nicht umsonst aus Überzeugung auf dieser Station.

War es einfach, Ihren Mann auf eine Palliativstation verlegen zu lassen?

Leider nicht. Die Klinik wollte meinen Mann in seinem doch sehr schlechten Zustand in ein Pflegeheim verlegen. Ich fand das nicht angemessen, schließlich wäre die mögliche Versorgung in einem Heim gar nicht ausreichend gewesen. Aber obwohl ich die Ärzte auf der Normalstation mehrfach gefragt hatte, ob es nicht doch eine Möglichkeit gäbe, meinen Mann in eine Palliativstation zu verlegen, erhielt ich jedes Mal eine Absage. Als ich Dr. Sitte von unserer Situation erzählte, bestätigte er, dass die Verlegung auf eine Palliativstation auf jeden Fall die beste Option für Fritz wäre. Anschließend hat er alle Hebel in Bewegung gesetzt, um die Verlegung zu ermöglichen – und das gegen ziemlich viel Widerstand.

Warum wohl gab es diesen?

Es war nicht einfach, weil viele Ärzte leider nicht richtig verstehen, was Palliativversorgung kann.

Doch wie hat Ihr Mann auf das Angebot der Palliativversorgung reagiert? Und hatte er beispielsweise Angst oder Furcht, dass es dort rasch zu Ende geht?

Natürlich hatte Fritz schon Angst – auch vor dem Hintergrund, dass wir einmal eine Kollegin auf einer Palliativstation besucht hatten, die dort bereits eine Woche später verstarb. Aber Fritz' Angst beruhte auch darauf, dass er noch nicht das komplette, nötige Wissen um die Möglichkeiten der Palliativversorgung hatte. So wusste er beispielsweise noch nicht, dass es bei einer Palliativstation vor allem um die Linderung schmerzhafter Symptome sowie um die Lebensqualität geht – und dass es dort sogar möglich ist, Patienten wieder aufzubauen. Denn durch das Lindern von Schmerzen lebt man ja besser und somit oft auch einiges länger. So wie wir es bei Fritz jetzt sehen!



Welche Möglichkeiten der Palliativmedizin haben Fritz Wepper konkret geholfen? Was wurde beispielsweise gelindert und wie lange hat es gedauert?

Ein konkretes Beispiel für palliativmedizinische, hilfreiche Versorgung war etwa, dass er auf der Palliativstation nicht nur Sauerstoff über einen Schlauch in der Nase bekam. Dadurch wurde medikamentös viel besser erreicht, dass er keine Atemnot mehr hatte – denn der allein über die Nasenschleimhäute zugeführte Sauerstoff hatte ein Austrocknen seiner Nase bewirkt und sogar zu Blutungen geführt. Auf der Palliativstation halfen spezielle Medikamente Fritz viel besser – und der Allgemeinzustand meines Mannes besserte sich rasch.

Gibt's ein weiteres Beispiel?

Ja, hinsichtlich der Hilfe beim Essen und Trinken. Auf der Normalstation war es oft so, dass Fritz keine Hilfe beim Essen bekam. Mir fiel auf, dass er immer dünner und schwächer wurde. Eines Tages habe ich dann mitbekommen, dass das Tablett mit seinem Essen zwar im Zimmer, aber außerhalb seiner Reichweite stand – und dass es wieder unangetastet abgeräumt wurde. Dazu der Spruch: „Ach, haben Sie wieder nichts gegessen?“ Natürlich sollte so etwas nicht passieren, aber auf einer Normalstation fehlt's nun mal an Personal. Auf der Palliativstation konnte ich mich hingegen immer zu 100 Prozent darauf verlassen, dass meinem Mann auch beim Essen geholfen wird.



Ich wünsche mir, dass es noch mehr Aufklärung über dieses wichtige Thema gibt

Würde Fritz, der ja schon vor seiner Erkrankung relativ gut über die Möglichkeiten der Palliativmedizin informiert war, jetzt wohl noch mehr dafür plädieren, das Wissen um die tollen Möglichkeiten der Palliativmedizin in die Welt hinauszutragen? Damit noch mehr Menschen davon profitieren?

Auf jeden Fall. Sowohl Fritz als auch ich würden gerne in die Welt tragen, dass in die Palliativmedizin, die Ausbildung und den Ausbau der Versorgung, dringend viel mehr investiert werden muss – damit einfach jeder weiß, was an Linderung und Lebensqualität noch möglich ist.

Was raten Sie Angehörigen, die einen lieben Menschen schon lange während seiner Krankheit begleiten – und am Ende für sie oder ihn eine Entscheidung bezüglich ihrer/seiner Versorgung am Lebensende treffen müssen?

Sich, wenn möglich, für eine Palliativstation oder ein Hospiz zu entscheiden. Denn es gab einfach Situationen, in denen man meinen Mann von der Normalstation auf die Intensivstation verlegt hatte – mit allen Maßnahmen, die dort zur Verfügung stehen, von künstlicher Beatmung bis zum Anlegen von Zugängen. Übertrieben gesagt, hätte man seinen Körper dort sogar gewaltsam am Leben erhalten. Aber diese ganzen Einwirkungen von außen waren auch sehr schmerzvoll. Auf der Palliativstation konnten seine gesundheitlichen Probleme viel sanfter mit anderen Mitteln gelöst werden.

Zum Glück ist Ihr Mann jetzt in einem Hospiz in Ihrer Nähe. Wie fühlt sich das an?

Es ist wahnsinnig wichtig für uns, dass Fritz in unserer Nähe ist und ich wünsche allen Menschen, dass auch sie von einer besseren, flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung profitieren können. Außerdem wünsche ich mir, dass es noch mehr Aufklärung über dieses wichtige Thema gibt. Denn jeder sollte einfach wissen, was auf Palliativstationen und in Hospizen alles konkret möglich ist.

Wie es zu diesem Gespräch kam:

Der Vorstandsvorsitzende der PalliativStiftung Thomas Sitte und der Schauspieler Fritz Wepper begegneten sich erstmals vor gut 20 Jahren bei einer Leichenschau. Auf Sittes Klingeln öffnete Wepper die Türe mit den Worten „Sie kommen zu spät.“ Eine Situation wie im TV-Krimi.

Aber eigentlich war es genau der richtige Zeitpunkt, denn Weppers gute Freundin, die gerade verstorben war, starb palliativ umsorgt ohne Leiden an einem strahlend-blauen Sommernachmittag im Garten in ihrem Liegestuhl. Genauso, wie sie es sich gewünscht hatte. Der Palliativmediziner hatte sie am Nachmittag des Vortages in den Garten getragen und ihr noch eine Zigarette angeraucht, wie sie es wünschte.

Das schadet in einer solchen Situation niemandem mehr.

Später begegneten sich Fritz Wepper und Thomas Sitte einige Male zu palliativen Fragen. So war eigentlich ein Interview mit Fritz Wepper geplant, das krankheitsbedingt dann nicht mehr möglich war. Und die Fragen kamen ganz anders als geplant: Wie kann Wepper selbst gut palliativ begleitet würdig leben, solange es geht.

Kurz nach seiner Aufnahme ins Hospiz führten wir dann das Gespräch mit seiner Ehefrau Susanne Kellermann. Fritz Wepper starb am 25. März 2024 an einem sonnigen Frühlingmorgen gut hospizlich-palliativ umsorgt inmitten der Natur. Seine Frau erzählte uns danach sehr traurig und ein wenig glücklich, dass Fritz drei Tage vor seinem Tod nach einem gemeinsam verbrachten Nachmittag zu ihr und Tochter Filippa sagte: „Das war einer der schönsten Tage in meinem Leben.“



Mit elf Jahren beim Casting für seine erste Theaterrolle: Am Brunnenhoftheater in der Münchner Residenz in „Peter Pan“.

Rechtehinweis:

Eine weitere Verwendung der Inhalte dieses Interviews oder der zugehörigen Fotos aus deren Privatarchiv sind nur mit vorheriger Absprache mit dem Ehepaar Fritz Wepper und Susanne Kellermann und nach ausdrücklicher Freigabe zur Verwendung durch diese erlaubt. Copyright Fritz Wepper/Susanne Kellermann



Foto: Privat

Mike Powelz,

51, ist ein deutscher Journalist und Schriftsteller. Er arbeitet für mehrere Magazine und hat Persönlichkeiten wie Alt Bundeskanzler Helmut Schmidt u.v.a. interviewt. Sein bekanntester Roman ist der Hospizkrimi „Die Flockenleserin“.



„Dem unbeschreiblichen Schmerz über den Verlust eines Kindes stehen wir alle mit leeren Händen gegenüber. Doch wenn Hände sich öffnen, kann ein anderer die seinen hineinlegen – und es entsteht Nah-sein und Da-sein.“

Die Familien brauchen Menschen mit diesem Verständnis von Begleitung. Eine solche Haltung des Respekts und der aufmerksamen, zuhörenden Präsenz vermittelt kein Lehrbuch, kein auswendig zu lernender Text [...]

Seien sie ehrlich, offen und menschlich, denn nichts anderes zählt im Angesicht des Todes.“ (Getz 2015: 252)

Marion Getz, Mutter von Joshua, der an einer lebensverkürzenden Erkrankung gestorben ist.



Foto: Deutscher Kinderhospizverein

Merkmale guter Begleitung

Orientierungen für „Profis“ und „Laien“

Von Marcel Globisch

Die Begleitung junger Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung und ihrer Familien stellt eine wesentliche Kernaufgabe der Kinder- und Jugendhospizarbeit dar. Begleitung als Aufgabe sowie zentrale Begrifflichkeit hat darüber hinaus eine lange Tradition in der gesamten Hospizarbeit. Begleitung ist unabdingbar verknüpft mit der Haltung, mit der sich einander in der Hospizarbeit begegnet wird und die sich insbesondere im Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung der zu Begleitenden ausdrückt.

An der Seite von Familien zu sein, in der ein Mensch stirbt oder gestorben ist, stellt jedoch keine Herausforderung dar, die ausschließlich den sogenannten haupt- und ehrenamtlichen „Profis“ der (Kinder- und Jugend)-Hos-

pizarbeit überlassen ist, sondern auch „Laien“. Ein Laie ist laut Duden eine Person, „die auf einem bestimmten Gebiet keine Fachkenntnisse hat“ (Duden 2024). Fast jeder Mensch wird in seinem Leben die Erfahrung machen, mit dem Sterben oder Tod eines vertrauten Menschen konfrontiert zu sein. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, was „Laien“, die diesen Artikel lesen, von „Profis“ der Kinder- und Jugendhospizarbeit mitnehmen können, um mit den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer umgehen zu können.

Ich glaube, dass die Welt der Kinder- und Jugendhospizarbeit, die von Außenstehenden gerne mit den Worten „Das [in der Kinder- und Jugendhospizarbeit arbeiten] könnte ich!“ bedacht wird, vieles gemein hat mit den Anforderungen des alltäglichen Le-

bens und insbesondere, wenn wir von den Themen Krankheit, Sterben, Tod und berührt sind. Diesem Gedanken folgend, lade ich Sie als Lesende ein, die Ausführungen zu den 7 Merkmalen guter Begleitung aus zwei Blickwinkeln zu betrachten:

1. Was bedeuten sie für eine gelingende Begleitung im hospiz-palliativen Kontext?

2. Welche Bezüge kann ich möglicherweise zu eigenen Erfahrungen oder anstehenden Herausforderungen in meinem Leben herstellen?

Als kleinen Impuls stehen zum Ende eines jeden Merkmals in kursiver Schrift kleine Impulse als Einladung zur Einlassung.

Eins vorneweg: Ich persönlich finde die Bezeichnung Profis im Zusammenhang mit den existentiellen Themen unangebracht, weil man gute Begleitung nicht „erlernen“ kann, sondern diese vor allem auf Haltungen, Werten fußt, die wir grundsätzlich alle mitbringen. Ich habe die Gegenüberstellung der beiden Begriffe hier zum Zweck der Überspitzung gewählt, um möglichst viele zum Lesen dieses Artikels zu animieren.

Verschiedene Definitionen und Aspekte von Haltung sowie Begleitung werden im „Handbuch der Kinder- und Jugendhospizarbeit“ (Wagner, Globisch, Hillmann 2022: 215ff.) näher beleuchtet. Auf Basis dieser Ausführungen wurden die folgenden „Merkmale guter Begleitung“ erarbeitet, die hier in gekürzter Form wiedergegeben sind.

1. Partnerschaftlichkeit auf Augenhöhe

Eine Begleitung beruht immer auf beiderseitiger Freiwilligkeit und ist gekennzeichnet durch eine partnerschaftliche Begegnung auf Augenhöhe, unabhängig davon, ob es sich um die Begleitung eines jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung, eines Geschwisters und/oder der Eltern handelt. Eine partnerschaftliche Beziehung, ein Miteinander auf Augenhöhe ist somit auch unabhängig vom Alter der zu Begleitenden.

Wie schnell kann es passieren, dass wir mit gut gemeinten, fürsorglichen Absichten, über Mitmenschen, die alt, krank oder „behindert“ sind, hinwegreden oder unsere Augenhöhe verlieren?

Merkmale guter Begleitung

- 1.** Partnerschaftlichkeit auf Augenhöhe
- 2.** Anerkennung der Betroffenenkompetenz
- 3.** Bedürfnisorientierung und fragende Haltung
- 4.** Ressourcenorientierung
- 5.** Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten
- 6.** Eigene Grenzen wahrnehmen
- 7.** Balance von Nähe und Distanz

Kinderhospizverein

2. Anerkennung der Betroffenenkompetenz

Die Anerkennung der Kompetenzen der Betroffenen für ihre Belange, ihr Leben, umschließt sowohl die jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung, ihre Eltern als auch ihre Geschwister. Alle drei Gruppen zu benennen ist notwendig, weil diese Zuschreibung vorwiegend den Eltern (vgl. u. a. Jennessen, Bungenstock, Schwarzenberg 2011: 254f.) zuteilwird. Junge Menschen – insbesondere bei starken Beeinträchtigungen durch ihre Erkrankung – erleben dies nicht durchgehend. Rothmayr (2001: 108f.) mahnt daher an: „Jeder Mensch hat Kompetenzen, welche ihm zugestanden werden müssen. In jedem Menschen steckt das Grundbedürfnis zu kommunizieren. Es gibt hierzu keine Mindestvoraussetzung.“

Wer hat nicht den Satz schon einmal gehört: Ach, die oder der versteht das eh nicht mehr ...?

3. Bedürfnisorientierung und fragende Haltung

An die Anerkennung der Betroffenenkompetenz schließt sich unmittelbar die Bedürfnisorientierung und das Bewahren einer fragenden Haltung der Begleitenden an. Heller und Heller umschreiben die erforderliche Neugier und Unvoreingenommenheit, die mit einer Bedürfnisorientierung einhergehen, prägnant als Ausdruck „fragender Haltung“ (Heller, Heller 2014: 113). Im System Familie sind die teilweise sehr unterschiedlichen Bedürfnisse einzelner Familienmitglieder in den Blick zu nehmen (vgl. Haagen, Möller 2013: 79f.). In der Kinder- und Jugendhospizarbeit ist von besonderer Bedeutung, immer wieder nach Möglichkeiten zu suchen, die Bedürfnisse der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung und ihrer Geschwister unabhängig bzw. in Ergänzung zu den Eltern zu erheben und direkt

im Kontakt sowie im Austausch mit ihnen zu sein. Auch und insbesondere dann, wenn in der Begleitung junger Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung vertraute Kommunikationswege zum Teil nicht zugänglich sind.

Nehmen wir uns genügend Zeit, zu erfragen, hinzuhören, zu erspüren, was z. B. Trauernde möchten? Haben wir immer alle gleichermaßen im Blick?

4. Ressourcenorientierung

Ein weiteres Merkmal einer guten Begleitung ist die Ressourcenorientierung, die ein Menschenbild impliziert, dass die zu Begleitenden in ihrer Individualität und Kompetenz anerkennt und nicht auf eine Erkrankung, Behinderung und /oder Belastungen reduziert. Ressourcen können hierbei „als ein Bündel von Möglichkeiten und Hilfsquellen gesehen werden, die einem Individuum zur Bewältigung von Situationen im Leben und im Alltag zur Verfügung stehen und genutzt werden können“ (Leuchte 2013: 313). Eine ressourcenorientierte Perspektive und Haltung schließt das Wahrnehmen und Begleiten von Leid, Verlust und starken Belastungsfaktoren keineswegs aus, sondern versucht immer wieder, den Blick auf das zu richten, was da ist, was möglich ist, und sieht die*den zu Begleitende*n als kompetenten und handlungsfähigen Menschen.

Können wir inmitten von Krankheit, Leid, Überforderung noch die Möglichkeiten und Ressourcen wahrnehmen, die vorhanden sind?

5. Unterstützung von Selbsthilfeeaktivitäten

Kinderhospizverein

Eine gute Begleitung zeichnet sich auch dadurch aus, dass Selbsthilfeeaktivitäten der zu Begleitenden unterstützt werden. Dafür ist ein Wissen zur Bedeutung der Selbsthilfe und ihrer Wirkmächtigkeit für die Betroffenen (Selbstermächtigung, Selbstbefähigung, Selbstwirksamkeit) bedeutsam. Aufgabe für Begleitende ist es, über Selbsthilfeeaktivitäten zu informieren, Kontakte zu anderen Betroffenen zu ermöglichen, Räume der Begegnung zu schaffen, Unterstützung anzubieten, um die Teilnahme an Veranstaltungen, Seminaren oder anderen Angeboten zu ermöglichen.

Neigen wir bisweilen dazu, anderen etwas (zu) schnell abzunehmen, weil wir im Stress sind o. ä., anstatt sie zu unterstützen, es selbst zu tun und Selbstwirksamkeit zu erfahren?

6. Eigene Grenzen wahrnehmen

Fröhlich (2018: 85) beschreibt die Wahrnehmung von Grenzen anhand der Gedanken von Karl Jaspers wie folgt: „Grenzerfahrungen sind nach Karl Jaspers jene Erfahrungen im Leben eines Menschen, in denen er nicht mehr auf Vorerfahrungen, auf Routinen, auf Gewohntes zurückgreifen kann. Es sind Erfahrungen, die ihm deutlich werden lassen, dass er an die Ränder seines bisherigen Lebens kommt.“ Begleitende erleben, dass sie an Grenzen kommen. Hier gilt es, die eigenen Grenzen sowie Grenzen der Situation wahrzunehmen, anzuerkennen und auszuhalten: „Die wichtigste Schlüsselkompetenz ist wohl, die eigene Hilflosigkeit aushalten [...]. Es gilt auch, eigene Grenzen zu erkennen“ (Heer 2012: 63). Die Wahrnehmung und Anerkennung eigener Grenzen sowie ein adäquater Umgang

damit ist keinesfalls kritisch oder negativ zu bewerten, sondern zeichnet eine gute und reflektierte Begleitung aus.

Gehen wir nicht häufig über unsere Grenzen hinweg und versuchen sie zu ignorieren?

7. Balance von Nähe und Distanz

Das Zulassen von Nähe und das Einlassen auf das Gegenüber sind für eine wahrhaftige Begleitung unerlässlich [...] Begleitungsbeziehungen in der Kinder- und Jugendhospizarbeit bedürfen immer einer kontinuierlichen Herstellung und Überprüfung des gerade angemessenen Verhältnisses von Nähe und Distanz. Unerlässlich ist der abwägende, reflektierte Umgang mit Nähe, wie z. B. die Unterscheidung zwischen Mitfühlen und Mitleiden als ein Merkmal oder das Wahren von Distanz im Sinne einer Rollenklarheit und Auftragsbezogenheit als Begleitende im Unterschied zu einer auf Gegenseitigkeit beruhenden Freundschaftsbeziehung (DKHV 2019: 9).

Fazit

*In der Begleitung von jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung, ihren Geschwistern und/oder Eltern können immer wieder herausfordernde Situationen für alle Beteiligten entstehen. Die hier aufgeführten Merkmale einer guten Begleitung können als Reflexionsgrundlage verstanden und genutzt werden; für jede*n Einzelne*n, aber auch im Gespräch miteinander sowie im Rahmen von angeleiteten Gruppensitzungen.*

Und möglicherweise auch über die Kinder- und Jugendhospizarbeit hinaus.

Quellenangaben

Literatur beim Verfasser und Verlag erhältlich.

”

„Ich bin immer für dich da.“ Können und wollen wir das Versprechen immer einhalten oder die Einlösung des Gegenübers erwarten?

Über Trauer vor dem Tod

Ein Plädoyer von Regina Wagner

In der Begleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensverkürzender Erkrankung und ihrer Familien zeigt sich, dass Trauerprozesse schon vor dem Tod der jungen Menschen einsetzen. Zugleich ist sowohl gesamtgesellschaftlich aber auch in Fachkontexten mit „Trauer“ in der Regel die Trauer nach dem Tod eines geliebten Menschen gemeint. Wird in Fachkreisen gelegentlich von Trauerprozessen vor dem Tod gesprochen, wird die Trauer hier häufig als vorausseilende, vorausgehende oder vorweggenommene Trauer klassifiziert. Diese vorgenommenen Zuschreibungen des Trauerprozesses, der bereits vor dem Tod beginnt, werden der Trauer vor dem Tod jedoch nicht gerecht.

Aufgrund der häufig langen Begleitungen, von der Diagnose bis über den Tod hinaus, ist die Einbindung der von Familien erlebten Verluste und Abschiede sowie die damit verbundenen Trauer vor dem Tod für den Kontext der Kinder- und Jugendhospizarbeit von erheblicher Bedeutung.

Die folgende Ausführung sind in Teilen dem Beitrag „Trauer in der Kinder- und Jugendhospizarbeit. Von der Diagnose bis über den Tod hinaus“ (Wagner R.; Droste, E.; Hillmann, T. (2022)) entnommen und darf als Plädoyer verstanden werden, die Trauer vor dem Tod in den Blick zu nehmen sowie diese Trauerprozesse als solche zu erkennen, zu benennen und dementsprechend zu begleiten.

Trauer im Leben mit dem Kind

Wenn Familien von der Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung ihres Kindes erfahren, setzt häufig eine Realisierung der Konsequenzen ein, die von Gefühlen und Reaktionen der Trauer begleitet wird. Dies muss zeitlich nicht zwangsläufig mit der Diagnose zusammenfallen; auch im Vorfeld ebendieser, im Prozess der Abklärung von Symptomen und/oder Auffälligkeiten oder erst im allmählichen Auseinandersetzen und Begreifen einer Diagnose, setzen Trauerprozesse ein. Dabei kann es zu Ungleichzeitigkeiten kommen. Zudem muss die Realisierung von Konsequenzen auch nicht sofort und umfänglich die gesamte Bedeutung der Erkrankung erfassen.

Tiefe Trauer als Reaktion auf den Tod eines geliebten Menschen ist allgemein anerkannt. Die Unumkehrbarkeit und Endgültigkeit des Todes markieren eine Grenze, ein davor und danach.

Gleichwohl treten viele der Trauerfacetten wie sie aus der Zeit nach dem Tod beschrieben werden, bereits ab der Diagnose auf. Die Familienmitglieder setzen sich, anders als beim plötzlichen Versterben, lange vor Eintritt des Todes mit dessen Unvermeidbarkeit bewusst oder unbewusst, aktiv oder passiv, offensiv oder vorsichtig, auseinander, indem sie viele Lebensaspekte automatisch mit dem Tod des Kindes zusammendenken. Der Abschied von geistigen und körperlichen Fähigkeiten, die Übernahme pflegerischer und organisatorischer Aufgaben im Verlauf der Erkrankung mit ihren oft lebensbedrohlichen Krisen, die Abstimmung von Vor-

gehensweisen im Spannungsfeld von Tun und Unterlassen in palliativen Situationen, die Planung der Beerdigung – all dies bedeutet eine auf das Ende hin gedachte Konfrontation mit dem Trauerschmerz, der existenzielle und tiefgehende Dimensionen haben kann: als Gefühl größten Alleinseins, bodenloser Verzweiflung, extremer Erschöpfung und Kraftlosigkeit, erschütterter Lebensfundamente und -gewissheiten.

Wird der Blick geweitet und die Wahrnehmung für Trauerprozesse zu Lebzeiten der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sensibilisiert, scheint es folgerichtig, den Begriff der Trauer auch in der Zeit vor dem Tod zu etablieren. Durch die Erweiterung des Trauerbegriffs kann der Blick auch auf die unmittelbaren Trauer- und Verlusterfahrungen vor dem Tod des Kindes gerichtet werden, der bevorstehende Tod muss nicht immer der einzige Bezugspunkt der Trauer sein.

Die vorherige Auseinandersetzung mit dem Tod des Kindes kann nicht den akuten Trauerschmerz nach dem Tod vorwegnehmen oder ihn gar präventiv abmildern. Jedoch berichten Eltern, die sich zu Lebzeiten des Kindes z. B. bereits mit organisatorischen Aufgaben, wie der Planung der Beerdigung beschäftigt haben, dass ihnen das als Familie Sicherheit und nach dem Tod des Kindes mehr Zeit und Raum für das emotionale Abschiednehmen gegeben habe.

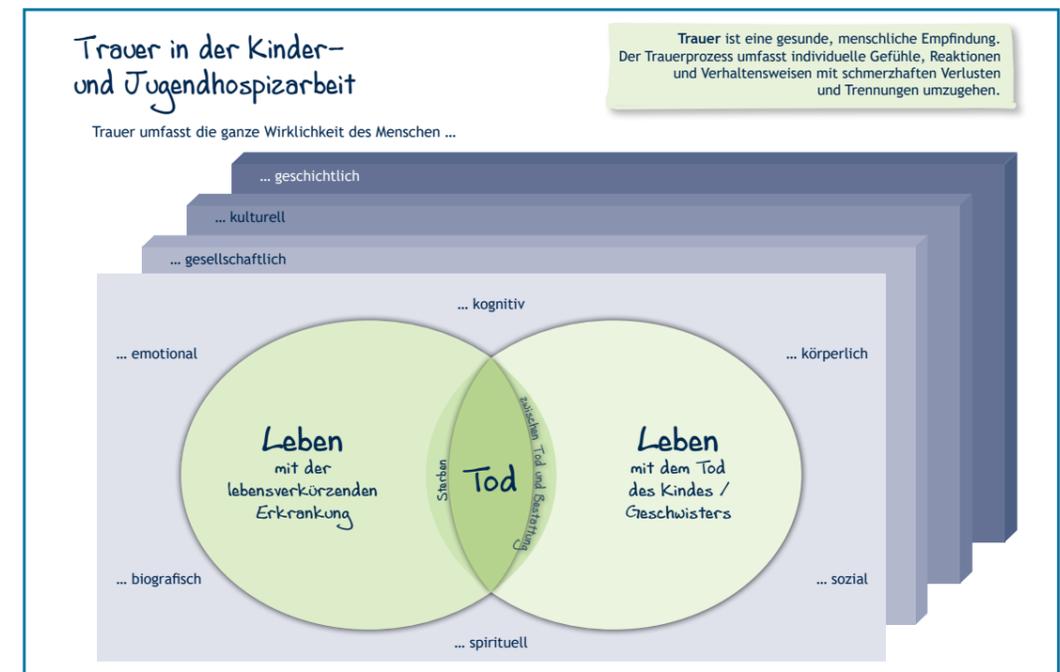


Schaubild zur Trauer in der Kinder- und Jugendhospizarbeit

Die Ausweitung des Begriffes „Trauer“ um den Zeitraum von der Diagnose bis zum Tod, als Begleiterin im Leben mit der Erkrankung ermöglicht es, die Trauer über den gesamten Zeitraum, von der Diagnose der lebensverkürzenden Erkrankung bis über den Tod des Kindes hinaus, in den Blick zu nehmen und die Familie in ihrem gesamten Trauererleben aufmerksam und adäquat zu begleiten.

Die zusammenfassende und überblicksartige Darstellung des Schaubilds soll dazu beitragen, dass Trauer – als Begleiterin im Leben der Familien – sichtbar und damit neu und anders wahrnehmbar wird.

Das Schaubild1 bündelt die Erfahrungen und Erkenntnisse der Kinder- und Jugendhospizarbeit. Es integriert die früh einsetzende Trauer in den Gesamtzusammenhang des Lebens der Familien und

verdeutlicht: Trauer ist für die gesamte Familie eine Begleiterin auf dem Lebensweg. Sie ist latent vorhanden und findet explizit ihren Ausdruck auf der Ebene von Verhalten, Gefühlen und Reaktionsweisen. Das Schaubild mit Fokus auf der Trauer umfasst, anders formuliert, das ganze Kontinuum - von der Diagnose bis über den Tod hinaus – und integriert so den Zeitaspekt, die Wechselwirkung und Durchdringung von Ausblick und Rückblick, Davor und Danach – ebenso wie den (familien-)biografischen Aspekt.

Die individuell geprägten Ausdrucksformen von Trauer sind von gesellschaftlichen, kulturellen und geschichtlichen Normen und Werten geprägt und in diesem übergeordneten Bezugsrahmen zu respektieren und zu interpretieren.

Das Schaubild soll einladen, über Trauer ins Gespräch zu kommen. Es kann Begleitenden in der Kinder- und Jugendhospizarbeit und darüber hinaus als Orientierung dienen; sowohl Menschen, die sich in diesem Bereich neu auf den Weg machen und einen

ersten Einblick/ Überblick verschaffen wollen, als auch erfahrenen Ehren- wie Hauptamtlichen, die an die lange Zeitspanne sowie Komplexität von Trauerprozessen erinnert werden und das Schaubild zudem als Reflexionsgrundlage nutzen können, damit Familien ab der Diagnose bzw. von Beginn der Begleitung an, in ihrer Trauer aufmerksam und einfühlsam begleiten werden.

Literatur beim Verlag



„Die Trauer ist ein Teil von mir. Sie darf einen guten Platz in meinem Leben haben.“

(Vater eines verstorbenen Kindes)



Fotos: Bärenherz

Bärenherz

Kinderhospiz Wiesbaden

Ein Kinderhospiz? Bei diesem Gedanken schrecken viele Eltern schwerstkranker Kinder verständlicherweise erst einmal zurück. Doch ein Kinderhospiz ist – anders als ein Hospiz für Erwachsene – nicht primär ein Rückzugsort für die letzte Lebensphase. Zuerst wird im Bärenherz gelebt, jeden Tag so gut und so intensiv wie möglich. Dabei unterstützen wir die schwerstkranken Kinder, ihre Eltern, Geschwister und Angehörigen individuell und ganzheitlich von der Diagnose der Krankheit bis über den Tod des Kindes hinaus.

Das Kinderhospiz Bärenherz in Wiesbaden Erbenheim war bei seiner Gründung vor mehr als zwanzig Jahren das zweite stationäre Kinderhospiz in Deutschland.

In der Zwischenzeit hat Bärenherz sein Angebot in Kooperation mit ansässigen Therapeutinnen, Ärzten und Kliniken verstetigt, erweitert und angepasst. Richtungswisend dabei waren und sind die individuellen Bedarfe der erkrankten Kinder und ihrer Familien. Bärenherz unterhält mit Unterstützung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste in Wiesbaden und Limburg und begleitet früh verwaiste Eltern sowie Schwangere, die eine Diagnose über eine lebensverkürzende Erkrankung oder schwere Behinderung ihres ungeborenen Kindes erhalten haben. Nicht zuletzt gibt es bei Bärenherz ein umfassendes Bildungsangebot für Schulen, Horte und Kitas zu den Themen Sterben, Tod und Trauer.

Ein Team aus 160 haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen sorgt sowohl für Stabilität als auch für Flexibilität, denn beides ist notwendig, um auf die vielschichtigen, unterschiedlichen und auch im Krankheitsverlauf immer wieder neu entstehenden Bedarfe und Bedürfnisse betroffener Kinder und Familien reagieren zu können.

Individuelle Entlastung, ganzheitliche Begleitung

Der häufigste Grund für einen Aufenthalt im Bärenherz ist Unterstützung für Familien, so dass sie wieder gestärkt in ihren anstrengenden Alltag zurückkehren können. Was für eine Familie stärkend sei, definiere sie selbst, betont Hospizleiter Michael Knoll. Es kann sein, dass die Eltern Pfl-

ge abgeben möchten, um einfach mal ein paar Nächte durchschlafen zu können, oder sie möchten mit den gesunden Geschwistern Zeit verbringen, oder sie brauchen Ruhe, um mit ihren Gefühlen und Ängsten zurecht zu kommen. Vertrauen aufzubauen ist das A und O, und das braucht Zeit, denn jedes Kind, jede Erkrankung und jede Familie ist einzigartig. „Beim ersten Aufenthalt eines Kindes bleiben die Eltern immer als Begleitpersonen da und helfen uns, ihr Kind kennenzulernen, seine Signale zu verstehen und mit ihm in Dialog zu treten. Da die meisten unserer Gäste schwere neurologische Beeinträchtigungen haben, sich kaum artikulieren können und aufwendige Pflege rund um die Uhr benötigen, ist dieses ‚Anlernen‘ sehr wichtig. Wir betrachten die Eltern als Experten für ihr Kind“, berichtet Pflegedienstleitung Pia Oudille, die seit mehr als zwölf Jahren für Bärenherz tätig ist.

Mit Eröffnung seines Erweiterungsbaus im Frühjahr 2024 stellt Bärenherz für seine jungen Gäste perspektivisch 14 Kinder- und Jugendzimmer zur Verfügung. Eltern haben die Möglichkeit in eines der sieben Elternappartements einzuziehen und finden so Raum, ihre Bedürfnisse nach sowohl Rückzug als auch Nähe auszutarieren. Welchen Teil der Pflege Eltern im Bärenherz selbst übernehmen möchten, wird bei jedem Aufenthalt mit dem Pflegepersonal neu abgestimmt.

Nicht wenige Bärenherzfamilien kommen und gehen über viele Jahre, sodass sich ein vertrauensvoller Kontakt entwickeln kann. Dieser ist die Grundlage dafür, auch in der letzten Lebensphase des Kindes ein gutes Umfeld zur



Fotos: Bärenherz

Verfügung stellen zu können, in dem sich alle bestmöglich gehalten und aufgehoben fühlen. Immer geht es um einen atmen-den Kontakt: Sensibel und hellhörig reagieren die Pflegenden auf die Bedürfnisse der Familien und unterstützen sie zugleich darin, ihren eigenen Weg zu finden und selbstständig zu gehen.

Neben den Entlastungsaufenthalten gibt es die Möglichkeit für Überbrückungsaufenthalte, etwa wenn nach einer schweren Diagnose bei Geburt der Schritt in die Versorgung zu Hause geübt sein will. Und umgekehrt ist Bärenherz eine Anlaufstelle bei Krisen, wenn die ambulante Versorgung zu Hause nicht mehr hinreichend ist – etwa weil die Erkrankung fortschreitet oder ein Elternteil plötzlich ausfällt.

Interdisziplinäre Teams

Durch die Zusammenarbeit von Pflegenden, pädagogischen Fachkräften, Hauswirtschaft und Ehrenamtlichen können wir dafür sorgen, dass jedes Kind nach seinen individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen eine besondere Zeit bei uns verbringen kann und die Familie sich gleichzeitig erholt. Einzel- und Gruppenangebote des pädagogischen Teams bieten vielfältige Möglichkeiten wie Musizieren, kreatives Gestalten, Kochen oder Backen sowie tiergestützte Therapien und verbessern Wahrnehmung und Körperempfinden. Auch Angebote wie Snoezelen, eine Massage oder ein Wohlfühlbad sind hilfreich und beliebt.



Fotos: Bärenherz



Unser oberstes Ziel ist es, dass sich die Kinder und Familien während ihres Aufenthaltes wohl, entlastet und geborgen fühlen, denn Bärenherz möchte Herberge und Hafen sein und seinen Gästen ein rundum zufriedenstellendes Zuhause auf Zeit bieten. Dazu bedarf es zum einen einer freundlichen und gemütlichen Atmosphäre, einer Hausorganisation und gleichzeitig der Erfüllung aller Hygienestandards.

Der Pflegeschlüssel von eins zu zwei und die Ausbildung der Pflegenden in Palliative Care ermöglichen eine individuelle Pflege, ganz ohne Hektik und an den Bedürfnissen des Kindes orientiert und, wenn gewünscht, auch eine Beratung der Eltern mit besonderen Pflegetipps. Für die ärztliche Unterstützung des Pflegepersonals und medizinische Beratung der Eltern steht unsere Hospizärztin mit Zusatzausbildung Palliativmedizin mit einer halben Stelle zur Verfügung, und für Krisenzeiten, die eine Rufbereitschaft rund um die Uhr erfordern, besteht ein enger Kontakt zu den Kinderpalliativteams Südhessen und Mainz.

Die Bärenherz Stiftung

Die Aufenthalte und alle Angebote sind für die gesamte Familie kostenfrei. Die Finanzierung für die Hospizpflege der Kinder läuft anteilig über die Krankenkasse und die Pflegeversicherung. Die

Bärenherz Stiftung übernimmt die Kosten für alle darüber hinausgehenden Angebote, das heißt, etwa die Hälfte der Gesamtkosten. Die Stiftung besteht seit 2003 und ging hervor aus der 1999 vom Vorstand des gemeinnützigen Vereins IFB Interessengemeinschaft für Behinderte e.V. – heute Inklusion durch Förderung und Betreuung e.V. – initiierten Spendeninitiative Bärenherz. Wie Herz und Lunge gehören Kinderhospiz Bärenherz und Bärenherz Stiftung zusammen und versorgen, was sie bewegt: schwerstkranke Kinder und ihre Familien. Die Förderung kommt zwei Standorten mit ihren Einrichtungen zugute: den Kinderhospizen Bärenherz in Wiesbaden Erbenheim und Markkleeberg/Leipzig.

Weitere Information:
www.kinderhospiz-wiesbaden.de

18. Geburtstag im Bärenherz

Emilies Geburtstag feiert Familie Steufkens gerne im Kinderhospiz Bärenherz. Seit ihrem zweiten Lebensjahr ist Emilie teils mehrfach im Jahr zu Gast, meist zusammen mit ihrer Mutter, die nicht nur an den Geburtstagen gerne und gut das halbe Haus bekocht. Im Jahr 2023 war es ein besonderer Geburtstag: Emilie wurde 18 Jahre alt!

Der Anfang war schwer. Lange hatten die Eheleute Steufkens auf ein Pflegekind gewartet. Emelie kam mit etwa einem halben Jahr zu ihnen, damals prognostizierten die Ärzte eine Lebenserwartung von zwei Jahren für das schwerst mehrfachbehinderte Kind. Als man sie während eines Klinikaufenthalts in Emelies erstem Lebensjahr auf Bärenherz aufmerksam machte, wollte Manuela Steufkens von einem Hospiz nichts wissen. Pflege von außen in Anspruch zu nehmen, kam für sie nicht in Frage.

Bei ihrem ersten Aufenthalt im Bärenherz, so erzählt sie, habe sie sich in der Nacht ins Kinderzimmer geschlichen, um an Emelies Bett zu wachen. Vertrauen musste sie erst lernen. Im Bärenherz habe man dafür Verständnis gehabt. Schritt für Schritt konnten die Steufkens ihren Weg finden. Dazu gehörte auch, mitzuerleben, wie es bei anderen ist, die in einer ähnlichen Situation sind wie sie selbst. Heute sei Bärenherz wie eine Familie für sie, hier finden sie sowohl emotionalen Beistand als auch konkrete Hilfe, und sie können sich vernetzen über den Bärenstammtisch, beim Mütterwochenende und mit den Therapeut:innen. Nicht nur in Notfällen weiß sie, an wen sie sich wenden kann. Und Emelie kann



auch dann, wenn es ihr schlecht geht, im Bärenherz gut loslassen, weil es eine langjährige tragende Verbindung gibt.

Emilies 18. Geburtstag feierten die Steufkens mit dem Bärenherz-Team und allen Freund:innen und Bekannten, die Emelie während der vergangenen 18 Jahre begleitet haben. Ein gebrochener Arm hinderte Manuela Steufkens daran, das Buffet für 40 Personen komplett selbst zu bestücken, aber zum Glück gab es genügend Hilfe aus dem Umkreis. Die Pädagoginnen von Bärenherz hatten im Vorfeld zusammen mit den Kindern Deko gebastelt, die Hauswirtschaft steuerte Kuchen bei. Alle zusammen haben sie Emelies Lebensweg Revue passieren lassen und Emelie war mittendrin auf ihrer Liegeinsel. Schön war es, dass ein solches Beisammensein nun nach der Pandemie wieder möglich war.

Doch es gab auch Wermutstropfen. Und davon einige. Denn mit dem 18. Geburtstag endete die Vormundschaft der Steufkens für ihre Tochter und das Betreuungsgericht hatte dem frühzeitig gestellten Antrag der Eltern nicht rechtzeitig stattgegeben. „Wenn

Emelie kurz nach ihrem Geburtstag in eine kritische Situation geraten wäre, hätte ich nichts entscheiden können“, sagt Frau Steufkens. Mit Mühe und großer Unterstützung von Bärenherz gelang es der Familie ein paar Tage später wenigstens eine vorläufige Betreuungsvollmacht für Emelie zu erhalten, wie es danach weitergeht, bleibt unklar. Mit dem 18. Geburtstag entständen, so Manuela Steufkens, Lücken in der Versorgung, weil es keine klaren Übergangsregelungen gebe, etwa auch im Bereich der medizinischen Versorgung, da nun der Kinderarzt nicht mehr zuständig sei. Viele Eltern blieben damit allein.

Umso glücklicher sei sie, dass es Bärenherz gebe und sie hier immer gut aufgefangen und beraten werde. Umso wichtiger aber auch, dass Gesellschaft und Politik auf die Problematik aufmerksam werden und die Bedarfe der Kinder und die Versorgungsleistungen der Eltern in ein stimmiges Gesamtkonzept integrieren.

Gelungene Netzwerkarbeit

Kinderhospiz- und Palliativversorgung Südhessen

Familien mit einem schwerstkranken Kind sehen sich oft vielen verschiedenen medizinischen und sozialen Einrichtungen gegenüber, die untereinander wenig koordiniert sind:

Ärzte, Spezialambulanzen, Kinderkliniken, Therapeuten, Krankenkasse, Pflegekasse, Behörden – um nur einige zu nennen. Gerade das Thema Palliativversorgung ist dabei häufig aufgrund mangelnder Information und mangelnder Kapazitäten nicht abgebildet.

Die in Südhessen (ungefähr das Gebiet des Regierungsbezirks Darmstadt) aktiven Träger der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche haben sich deshalb zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsmaßnahmen die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in der Fachöffentlichkeit bekannt zu machen und durch strukturierte Kooperation der Beteiligten den Familien den Zugang zu erleichtern und die Wege zu ebnet.

Dem Netzwerk gehören die ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste in Südhessen, das Kinderpalliativteam Südhessen und das Kinderhospiz Bärenherz an.

Ein gemeinsamer Flyer informiert über die Möglichkeiten der Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche.

Es gibt regelmäßige Treffen auf verschiedenen Ebenen, um

- *Erfahrungen auszutauschen,*
- *konkrete Versorgungssituationen abzusprechen,*
- *Ideen für Veranstaltungen und Fortbildungen zu entwickeln,*
- *fachpolitische Themen zu erörtern und Ideen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den hessischen Hospiz- und Palliativverband einzubringen.*

Die Versorgungsregionen der einzelnen ambulanten Dienste sind abgesprochen, so dass keine Konkurrenz aufkommt und für das Kinderpalliativteam und das stationäre Hospiz klar ist, welcher Dienst für eine Familie „zuständig“ ist.

Alle beteiligten Einrichtungen kennen die Arbeitsweise der anderen und sind über die jeweiligen Ressourcen und Kapazitäten informiert, so dass das Hinzuziehen einer anderen Versorgungsebene oder eine eventuell erforderliche Überleitung unkompliziert erfolgen kann und für die betroffene Familie keine zusätzliche Belastung darstellt.



Fotos: Bärenherz

Seit zehn Jahren gibt es als gemeinsames Projekt im Spätherbst das „Forum für pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung in Südhessen“, eine etablierte Veranstaltung für die pädiatrische Fachöffentlichkeit, die Vorträge zu aktuellen Fachthemen, die Vorstellung der einzelnen Einrichtungen sowie die Möglichkeit zum fachlichen Austausch bietet.

Ebenso werden gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen für Fachpersonal und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen gestaltet.

„Die Netzwerkarbeit hat die Versorgung der betroffenen Familien in unserer Region spürbar verbessert, und sie macht uns Beteiligten außerdem noch Spaß“, sagt Daniela Eisenbart, Leitung der Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste.

NETZWERK
Kinderhospiz- und
Palliativversorgung
Südhessen

Individuelle bedarfsorientierte Begleitung

Gemeinsam sind wir für Sie da!

Die erste Kinderpalliativstation Deutschlands

Ein Rückblick der Oberärztin Dr. Carola Hasan



Eine Ära geht im November 2022 zu Ende, als Oberärztin Dr. Carola Hasan sich am Kinderpalliativzentrum an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik – Universität Witten/Herdecke in Datteln in den verdienten Ruhestand verabschiedet. Die Kinderärztin blickt auf weit mehr als 16 Jahre prägende Jahre zurück:

Es gab eine Zeit, da setzte ein besonderes Nachdenken in der Kinderheilkunde, speziell in der Kinderonkologie, ein. Die Therapieerfolge waren beachtlich, drei von vier an Krebs erkrankte Kinder konnten geheilt werden, d. h. vor ihnen lag ein Leben ohne Risiko einer erneuten Krebserkrankung. Die Kinderonkologen erkannten aber auch, dass den Kindern, die nicht geheilt werden konnten, die Fortführung einer Chemotherapie oder weitere Operatio-

nen mehr Leid zufügte als Linderung. Mitte der 90er Jahre begannen an einigen Kinderonkologischen Abteilungen Schwestern, junge Ärzt:innen und psychosoziale Mitarbeitende, diese Kinder ambulant zu versorgen – in ihrer Freizeit. Das war der Beginn der Palliativversorgung in der Kinderheilkunde. Lange Zeit blieb sie unterschätzt. Die Versorgung zu Hause konnte erst nach der regulären Arbeit in der Klinik erfolgen, wurde nicht entgolten und fand keine angemessene Anerkennung.

In dieser Zeit arbeitete ich an der Abteilung für pädiatrische Hämatologie/Onkologie der Uniklinik Bonn. Wir erkannten den Bedarf einer Palliativversorgung, nahmen die Arbeit auf und dokumentierten die Arbeitszeit, die Symptomlast der Kinder und die Not der Eltern. Mit diesen Bedarfsdokumentationen wandten wir uns wiederholt an die gesetzlichen Krankenkassen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Düsseldorf, um eine gesicherte Finanzierung zu erwirken. Seit den Anfängen einer ambulanten Palliativversorgung für Kinder dauerte es jedoch noch gut 10 Jahre, bis im April 2007 für alle gesetzlich Krankenversicherte, auch Kinder, der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV, im Sozialgesetzbuch festgelegt wurde.



Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen war es für mich eine willkommene Anfrage von Boris Zernikow, ob ich mir vorstellen könne, von Bonn an die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln zu wechseln, um dort ein Palliativzentrum für Kinder und Jugendliche mit aufzubauen. Und ja, ich konnte, kam im Sommer 2006 nach Datteln. Gemeinsam mit Mitarbeitenden verschiedener Fachabteilungen und Eltern, deren Kinder unheilbar erkrankt waren, planten wir das Kinderpalliativzentrum. Wir besuchten Kinderhospize und Erwachsenenpalliativstationen in Deutschland, um von deren Erfahrungen zu lernen.

Die Zeit der Planung des Kinderpalliativzentrums – eine komplexe und intensive Aufgabe. Ziel war es, dass die Kinder und ihre Eltern sich bei uns willkommen heißen fühlen. Um ein „Willkommen“ sagen und umsetzen zu können, sind bestmögliche baulich-ge-

stalterische Gegebenheiten, organisatorische Abläufe, personelle Ausstattung und fachliche Kompetenz eine Voraussetzung. All das galt es zu bedenken und umzusetzen, während wir gleichzeitig „Neuland“ betreten, denn das Kinderpalliativzentrum in Datteln war das erste in Deutschland, ja sogar das erste in Europa.

Nach 4 Jahren ist es so weit: Im April 2010 wird das Kinderpalliativzentrum eröffnet. Es beginnt die Zeit der Palliativversorgung in einem eigens dafür errichteten Gebäude mit einem Team aus Pflegenden, psychosozialen und ärztlichen Mitarbeitenden, deren Wunsch es ist, in der pädiatrischen Palliativversorgung tätig zu sein. Auf einem Flur arbeiten die Kolleginnen der Palliativstation mit denen des SAPV-Teams Hand in Hand zusammen.



Je sicherer sich Eltern fühlen, desto wohlbehaltener können ihre Kinder durch die „verbleibende Lebenszeit“ laufen.

Ein heller Flur verbindet das Palliativzentrum mit dem Haupthaus der Vestischen Kinder- und Jugendklinik. Aber nicht für alle Mitarbeitenden drüben ist der Gang in das Kinderpalliativzentrum unbelastet gewesen. Heute ist der Weg zwischen den beiden Gebäuden viel belaufen. Das Kinderpalliativzentrum ist eine unverzichtbare und fest integrierte Abteilung der Klinik.

Die zurückliegenden Jahre sind Lehrjahre für uns alle – und ein Zuwachs an Erkenntnissen wird die Arbeit im Kinderpalliativzentrum anhaltend begleiten. Wir haben miteinander und voneinander gelernt. Unsere weisesten Lehrmeister waren und werden jedoch immer die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern sein, die wir begleiten.

Palliativversorgung bedeutet Zeit.

Zeit, um die wir die Kinder und ihre Eltern bitten und die wir ihnen anbieten. Um die leidvollen Symptome eines Kindes zu lindern, bedarf es der komplexen Analyse möglicher Ursachen. Es gibt keinen geradlinigen einfachen Kausalzusammenhang. Es gilt, immer wieder einen Schritt zurückzutreten, sich mit dem Kind, seinen Eltern und allen Versorgern die Zeit zu nehmen, um Hypothesen zu überprüfen. Und ebenso vielschichtig sind mögliche Therapieangebote. Palliativversorgung bedeutet nicht die Abwesenheit von Medizin, sondern eine bestmögliche medizinisch-pflegerische und psychosoziale Versorgung verbunden mit einem hohen personellen Aufgebot. Cicely Saunders hat den Begriff des „Total Pain“ als Konzept geprägt, das neben der physischen auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension des Schmerzes oder anderer leidvoller Symptome beachtet. Wir haben gelernt, dass wir nur hilfreich sein können, wenn wir die Kinder und ihre Eltern bitten, sich mit uns gemeinsam Zeit zu nehmen, um alle vier Dimensionen zu berücksichtigen.

Palliativversorgung macht Angebote.

Symptomlinderung ermöglicht Pläne für den nächsten Tag, Wünsche werden erfüllbar – Kinder leben mit ihrer unbändigen Kraft und Zuversicht bis zum Tod. Immer wieder hat mich dieser Mut zutiefst berührt. Es verlangt auch, dass wir ihnen beistehen, Ressourcen aufzeigen und Möglichkeiten anbieten, ihnen aber vertrauen müssen, dass sie ihren Weg selbst wählen.

Palliativversorgung stärkt das Familiensystem.

Je sicherer sich Eltern fühlen, desto wohlbehaltener können ihre Kinder durch die „verbleibende Lebenszeit“ laufen. Eltern können Sicherheit erlangen, indem sie die pathophysiologischen Zusammenhänge verstehen, auf mögliche Komplikationen vorbereitet sind und wissen, dass und was sie in diesen Situationen tun können. Konkrete Notfallpläne, Einüben der Maßnahmen und das SAPV-Team, rund um die Uhr erreichbar, unterstützen sie darin. Der Aufenthalt im Kinderpalliativzentrum bietet den Eltern eine Entlastung an, einen Rückzug, Zeit, um sich existentiellen Fragen zu stellen. Das Palliativzentrum ist nicht das bessere „Zu Hause“, das Palliativteam versorgt die Kinder nicht besser als ihre Eltern. Aber das Kinderpalliativzentrum ist ein Ort, der die Symptomlast von Kindern und ihren Eltern lindert, ihnen Sicherheit bietet, um sie zu ermutigen – zu leben.

In den 16 Jahren verstand ich irgendwann, dass meine Zeit in der pädiatrischen Palliativversorgung die Synthese aller bisherigen Erfahrungen in der Kinderheilkunde ist.

Ich danke dem Leben für die Zeit am Kinderpalliativzentrum.

Carola Hasan, im Februar 2023



In den 16 Jahre verstand ich irgendwann, dass meine Zeit in der pädiatrischen Palliativversorgung die Synthese aller bisherigen Erfahrungen in der Kinderheilkunde ist.





**Marcel
Globisch**

45, ist Soziologe und
Vorstand des Deutschen
Kinderhospizvereines.

Was ist Ihre persönliche Sicht auf die Kinderhospizarbeit und Palliativversorgung?

schöner leben ... hat drei Experten befragt

Was macht Dir bei Deiner Arbeit am meisten Freude?

Globisch: Am meisten Freude bereitet mir gemeinsam mit Familien und Kolleg*innen intensiv an inhaltlichen Themen zu arbeiten. Die unterschiedlichen Perspektiven zusammenzubringen, zu diskutieren und am Ende ein gemeinsames Ergebnis – das macht mir großen Spaß. Ebenso macht es mich stolz, wenn es uns gelingt, Themen, die unmittelbar von den jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung sowie ihren Familien an uns herangebracht werden, einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und Verbesserungen für die Familien herbeizuführen.

Kopitzsch: Am meisten Freude bereitet es mir, wenn ich die Gesellschaft in Bezug auf die Kinderhospizarbeit jeden Tag ein Stück weit verändern kann, indem wir uns für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen sowie für deren Familien einsetzen.

Für mich persönlich ist es eine sehr wertvolle Arbeit. Es macht mir viel Spaß, auch an den nicht so erfolgreichen Tagen, abends in den Spiegel zu schauen und zu denken: Ich tue etwas Gutes, auch wenn es manchmal länger dauert. Für mich spielt es eine sehr große Rolle, mit wem ich arbeite. Wir haben ein sehr gutes Hand-in-Hand-Arbeiten, weil jede und jeder Mitarbeitende weiß, wofür sie oder er es macht. Das macht Spaß. Es ist ein schöner Teamspirit. Ich gehe sehr gern zur Arbeit.

Zernikow: Ich frage mich gerade, was ist meine Arbeit eigentlich? Meine Arbeit besteht mindestens aus einem Dreiklang: Patient:innenversorgung, Lehre und Forschung. Hinzu kommen Nebentöne und weitere Akkorde wie Öffentlichkeitsarbeit, Personalführung, Fundraising und Verwaltung. Ich fühle mich oft wie ein Jongleur, der dutzende Bälle im Spiel halten muss und neben mir steht ein lachender Harlekin, der mir immer neue Bälle zuwirft. Mein Herz erfüllt es mit Freude, wenn ich im Alltag innehalten, ein Gespräch mit einer Familie, einer Mitarbeitenden, einer Studentin oder den Forscher:innen führen kann, bis zum Schluss der Konversation in Ruhe und mit Geduld, ganz im Hier-und-Jetzt. Besondere Freude macht es mir zudem, jeden Samstag auf dem Wochenmarkt frische Blumen einzukaufen und diese dann am Montagmorgen ins Palliativzentrum zu tragen.

Wo fehlt es, bzw. was fehlt Dir?

Globisch: Der Tag hat nur 24 Stunden, also fehlt es – aber wem geht dies nicht so – an Zeit, um die vielen wichtigen Themen in der Geschwindigkeit und Tiefe zu bearbeiten, wie ich es mir wünschen würde.

In meiner Funktion bin ich mit vielen strukturellen Prozessen beschäftigt, sodass die Gespräche mit Familien sowie Mitarbeitenden, die intensive inhaltliche Arbeit, einen kleineren Raum einnehmen, als ich es mir wünsche. Da sind aber Luxusprobleme, wenn ich die vielfältigen Herausforderungen der Familien sehe, die sie tagtäglich bewäl-



**Franziska
Kopitzsch**

42, ist Soziologin und
Geschäftsführerin des
Bundesverbandes
Kinderhospiz.



**Prof. Dr. med.
Boris Zernikow**

59, ist Kinderarzt und
Chefarzt des
Kinderschmerz- und
-palliativzentrums
Datteln.

tigen müssen. Es fehlen offensichtlich Pflegefachkräfte, was zu erheblichen Versorgungsproblemen in allen Settings führt und letztendlich Familien an ihre Grenzen bringt bzw. überfordert. Häufig werden die besonderen Belange der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung immer noch nicht gesehen, wie z. B. im Gesetz und in der Umsetzung der Außerklinischen Intensivpflege.

Kopitzsch: Mir fehlt für die Kinderhospizarbeit eine tatsächlich unbürokratische Hilfe für betroffene Familien. Die Versorgungssettings für Kinder und Jugendliche mit einer lebensverkürzenden Erkrankung werden von drei verschiedenen Gesetzbüchern (Sozialgesetzbuch 5, 8 und 11) vorgegeben und finanziert. Das bringt sehr viele Unsicherheiten bei den Betroffenen selbst mit: Was steht mir zu und was nicht?

Ein weiterer Punkt, gerade für junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden Erkrankung, ist die fehlende Möglichkeit einer Assistenz, um so viel wie möglich am Leben teilzuhaben und am Arbeitsleben teilzunehmen. Der Weg zu einer Assistenz ist sehr schwierig. Es wäre sehr wichtig, auch diesen Prozess zu entbürokratisieren.

Zernikow: Mir persönlich fehlen oft die Gelassenheit und das Gottvertrauen; ich wünsche mir mein leistungsorientiertes Wesen gepaart mit der kontemplativen Ruhe eines Sandsteinkunstwerkes von Ullrich Rückriem – das wäre toll! Für unsere Patient:innenfamilien wünsche ich mir mehr Menschen mit offenem Herzen bei Behörden und Krankenkassen, in der Schule und im Supermarkt, in der Nachbarschaft und in den Kliniken.

Was möchtest Du gerne noch für Eure Arbeit erreichen?

Globisch: Unsere wesentlichen politischen Forderungen, die wir zu Beginn der Legislaturperiode des aktuellen Bundestages den Abgeordneten übergeben haben, sind immer noch aktuell und nachlesbar, von daher möchte ich an dieser Stelle den Blick auf die jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung richten.

Die Ausrichtung und der Fokus der Kinder- und Jugendhospizarbeit lag lange Zeit vor allem auf den Eltern. Sie haben 1990 den Deutschen Kinderhospizverein und somit die Kinder- und Jugendhospizarbeit in Deutschland begründet und wir haben uns zunächst auf die Beteiligung von Eltern konzentriert, wenn es z. B. um die Erarbeitung von neuen Angeboten oder inhaltlichen Positionen ging. Der Einbezug von Geschwistern folgte später und erst zu guter Letzt haben wir, z. B. mit der Etablierung eines Ansprechpartners für junge Menschen im DKHV e. V., mehr Möglichkeiten der Partizipation von erkrankten jungen Menschen geschaffen. Dies hat unseren Horizont erweitert und neue Aspekte hervorgebracht, wie z. B. das Thema Ableismus (Anmerkung: Abwertung einer Person, der, aufgrund einer Behinderung, die Fähigkeit, bestimmte Dinge zu tun, abgesprochen wird), was direkt von den betroffenen jungen Menschen kommt und in einer Fachbrochure vorliegt. Unabhängig von diesen Erfolgen, bin ich der Überzeugung, dass wir hier noch mehr tun können und müssen.

Kopitzsch: Der Bundesverband Kinderhospiz ist bemüht, für all seine Mitglieder bundesweite Angebote zur Ergänzung zu schaffen. Das ist uns zum einen mit der Grünen Bande gelungen, einer Selbsthilfegruppe betroffener Jugendlicher (www.gruene-bande.de).

Unser Ziel ist es, dass wir die Grüne Bande aktiver in die Öffentlichkeit bringen und sie uns in unserer politischen Arbeit unterstützen und daran teilhaben, sofern sie das möchten.



*Es fehlen
offensichtlich
Pflegefach-
kräfte*

Marcel Globisch



Es ist wichtig eine bundesweite Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben

Franziska Kopitzsch

Zum anderen ist es uns ein großes Bedürfnis, in Bezug auf die Hilfe-Plattform Frag OSKAR (www.frag-oskar.de), die Reichweite des Kinderhospiz-Sorgentelefonstrategisch zu erhöhen. Das werden wir demnächst anstreben, weil wir noch viel stärker betroffene Jugendliche und betroffene Eltern erreichen möchten.

Mein drittes Anliegen betrifft die kostenfreie sozialrechtliche Beratung (www.kinderhospiz-beratung.de) für betroffene Familien. Sie bedarf der Stabilisierung. Wir benötigen dafür eine gesicherte Finanzierung. Das ist ein weiteres Ziel in diesem Jahr.

Zernikow: Dass es nicht schlechter wird.

Wir sollten alle daran arbeiten, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen sich nicht verschlechtert, weil sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen negativ verändern oder wir, dadurch, dass wir zu viel wollen, die Situation für die Familien verschlimmern. Die Situation für die Familien mit schwerkranken Kindern würde sich verschlechtern, wenn die neuen Nazis mitreden dürften. Sie betrachten gesundheitlich eingeschränktes Leben nicht mehr als lebenswert und auch ein möglicher Migrationshintergrund würde unter ihrer Ägide zu einer schlechteren Versorgung führen.

Das ist eine absolute Horrorvorstellung und ich möchte mithelfen, dass NIE WIEDER JETZT IST. Wir selbst müssen uns davon unabhängig fragen lassen, ob die massive Ausweitung der stationären Kinderhospizplätze in Deutschland, wie sie allerorten geplant ist, nicht zu einer schlechteren Versorgung der Familien führt, weil die Fachkräfte dann in den Kinderkliniken und ambulanten Pflegedienste fehlen.

Für uns in Datteln wünsche ich mir, dass wir die zahnmedizinische Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher in Vollnarkose weiter ausbauen können, damit möglichst viele Familien davon profitieren.

Was sollten wir da alle gemeinsam dafür tun?

Globisch: Wir müssen die Gesellschaft weiter für die Belange und Lebenssituationen der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung sensibilisieren, z. B., indem wir auf Diskriminierungen, die mutmaßlich häufig unbeabsichtigt erfolgen, aufmerksam machen, sodass Menschen ihr Verhalten überdenken und bestenfalls anpassen können. Dies umfasst aber auch politische Dimensionen, indem wir uns für eine inklusive Gesellschaft sowie den Abbau von Barrieren einsetzen und entsprechende Pläne der Politik unterstützen.

Kopitzsch: Uns, vom Bundesverband Kinderhospiz, ist es neben der politischen Arbeit sehr wichtig, eine bundesweite Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, um für die Kinderhospizarbeit zu sensibilisieren. Das begegnet uns immer wieder im Alltag. Es fällt Menschen sehr schwer, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Und das ist ganz natürlich. Wenn man nicht betroffen ist, dann setzt man sich nicht automatisch mit dem Verlust eines Kindes auseinander. Das können wir auch nicht verlangen. Aber wir müssen daran arbeiten, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung sowie deren Familien nicht ins soziale Abseits rutschen. Ein Beispiel: Menschen wechseln die Straßenseite, weil sie unsicher sind, was sie der betroffenen Mama oder dem Papa sagen können. Hier möchten wir Hilfe aufzeigen und verdeutlichen, wie einfach es ist, mit betroffenen Familien in den Kontakt zu gehen.

Zernikow: Es herrscht nicht nur Fachkräftemangel, sondern generell ein Mangel an Ressourcen, da sollte man diese wenigen Ressourcen bündeln. Beispielsweise sollten die Patient:innenorganisationen und Fachgesellschaften, Stiftungen und Verbände im Bereich der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung kooperativer zusammen arbeiten und versuchen, Ressourcen einzusparen und gleichzeitig Ihre Wirksamkeit zu erhöhen.

Bitte noch ein freies Statement zum Schluss

Globisch: Gerade bei seiner letzten Aussage schließe ich mich Boris voll an. In Zeiten von knappen personellen und finanziellen Ressourcen ist es unsere Verantwortung stetig zu überprüfen, wie wir diese noch effektiver und effizienter einsetzen sowie sektorübergreifend zusammenarbeiten können. Vor diesem Hintergrund stehen wir auch neuen Initiativen für weitere stationäre Kinder- und Jugendhospize, die sich zusätzlich zu bestehenden und bereits konkret in Planung befindenden Häusern gründen, kritisch gegenüber. Momentan können eine Vielzahl der stationären Kinder- und Jugendhospize ihre Betten aufgrund fehlenden Personals nicht voll auslasten, ähnliches erleben wir im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege oder auch in den Kliniken, in denen es an Personal fehlt. Grundsätzlich haben wir in Deutschland ausreichend Kinderhospize, die ein sehr wichtiges Angebot für die Familien sind. Der Fokus liegt darauf, dass wir die bestehenden Häuser voll auslasten können sowie auf dem hohen Qualitätsniveau aufrechterhalten und nicht darin, zusätzliche Häuser als die Lösung für die komplexen Herausforderungen zu propagieren.

Kopitzsch: Wir haben in Deutschland keine Datengrundlage, keinen Kenntnisstand, wie viele Kinder und Jugendliche mit einer lebensverkürzenden Erkrankung es hier tatsächlich gibt – welche Bedarfe und Bedürfnisse sie haben. Wir können nur erahnen und mit gefühltem Wissen arbeiten. Das kommt nicht den betroffenen Kindern und Jugendlichen zugute und muss sich ändern.

Meine Vision für die Kinderhospizarbeit betrifft in erster Linie die Versorgung. Es muss einen Ausbau von ambulanten palliativen Strukturen geben. Nehmen wir beispielsweise die speziellen ambulanten Palliativdienste für Kinder und Jugendliche: Das Land Brandenburg besitzt für diese Betroffenen keine SAPV-Teams. Wir sind in vielen Regionen noch unterversorgt.

Des Weiteren müssen wir die aktuell bestehenden Strukturen stabilisieren, mit Blick auf den personellen Notstand in den Kinderkliniken und Kinderhospizen. Das bedeutet, wir gehen den Umständen auf den Grund und erheben bedarfsgerechte Analysen. Mit diesen Bedarfsanalysen können wir zielgerichteter Kinderhospizarbeit anbieten.

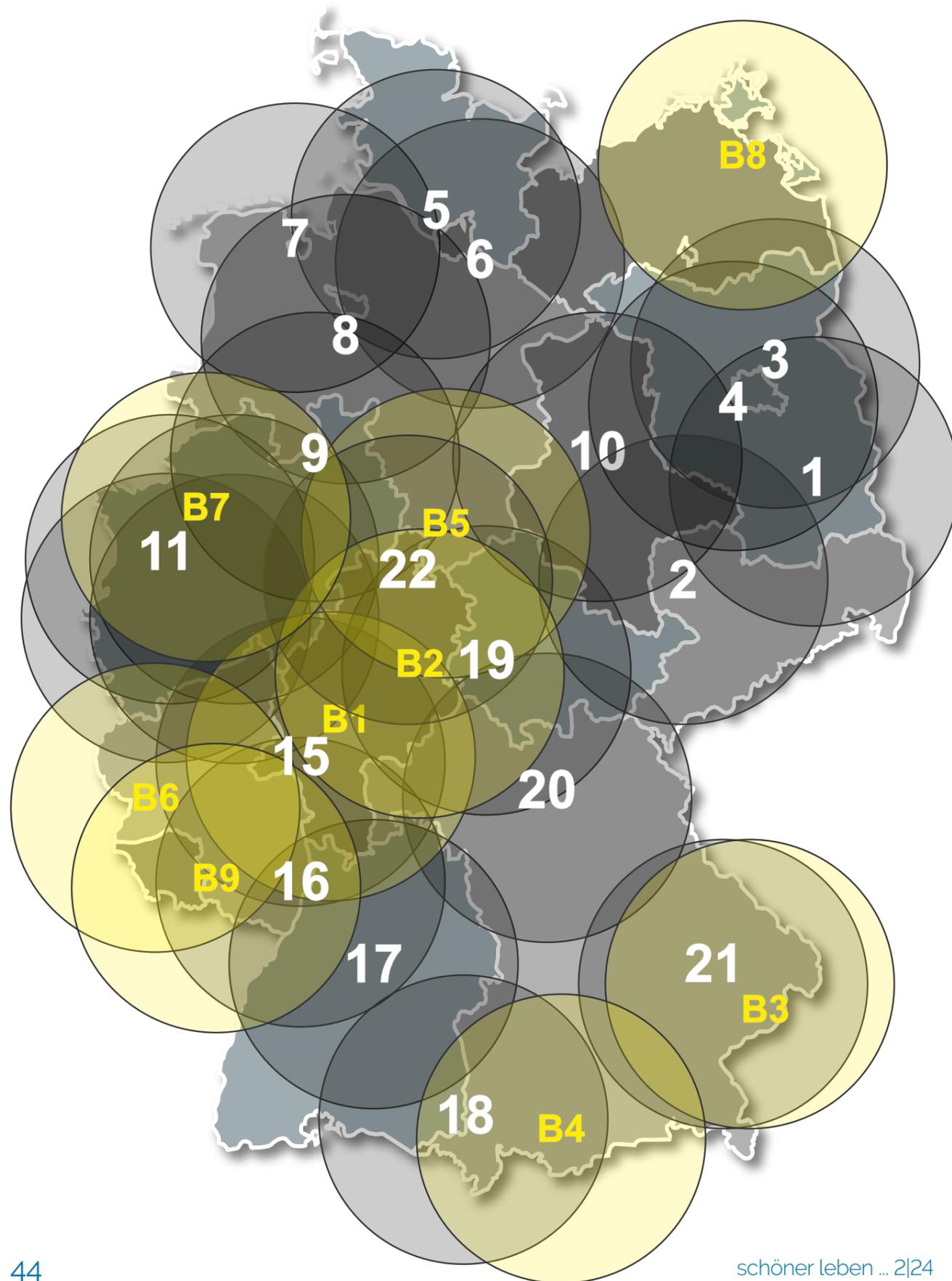
Für die Zukunft wünsche ich mir, dass wir das gemeinsam machen.

Zernikow: Wir haben sehr viel erreicht in der Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen. Jetzt noch immer neue Versorgungsstrukturen zu etablieren, erscheint hier nicht sinnvoll. Stattdessen sollten wir daran arbeiten, dass alle betroffenen Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem sozioökonomischen Status und dem Bildungsniveau ihrer Eltern die Leistungen in Anspruch nehmen können, die ihnen gesetzlich zustehen. Dafür lohnt es sich zu kämpfen! In Grenzgebieten der pädiatrischen Versorgung, bei der Betreuung junger Erwachsener und bei geeigneten Wohnformen für diese nach Autonomie strebenden jungen Menschen ist noch viel zu tun. Oft fallen junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden Erkrankung in ein Versorgungsloch, wenn die pädiatrische Versorgung endet und ihr natürliches Bedürfnis nach Autonomie zunimmt. Erstrebenswert wäre auch, alle Diskussionen liefern sachorientierter ab und nicht von Narzissmus, Macht oder anderen negativen Motivationen getrieben. Mehr Frauen in Führungspositionen ist nach wie vor eine super Idee.



Mehr Frauen in Führungspositionen ist nach wie vor eine super Idee.

Prof. Dr. med.
Boris Zernikow



Stationäre Kinderhospize in Deutschland

- 1** Johanniter-Kinderhaus „Pustebblume“03096 Burg (Spreewald)
- 2** Kinderhospiz Bärenherz Leipzig04416 Markkleeberg
- 3** Kinderhospiz Berliner Herz10243 Berlin
- 4** Sonnenhof – Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ..13156 Berlin
- 5** Theodorus Kinder Tageshospiz.....22523 Hamburg
- 6** Kinder-Hospiz Sternenbrücke22559 Hamburg
- 7** Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Engelreich26389 Wilhelmshaven
- 8** Kinderhospiz Löwenherz gGmbH28857 Syke
- 9** Kinderhospiz Bethel33617 Bielefeld
- 10** Kinderhospiz Magdeburg, Pfeiffersche Stiftungen.....39114 Magdeburg
- 11** Kinderhospiz Regenbogenland e.V.....40625 Düsseldorf
- 12** Bergisches Kinder- und Jugendhospiz Burgholz42349 Wuppertal
- 13** DRK Schwesternschaft Stups Kinder- und Jugendhospiz47807 Krefeld
- 14** Kinder- und Jugendhospiz Balthasar57462 Olpe
- 15** Kinderhospiz Bärenherz Wiesbaden65205 Wiesbaden
- 16** Kinderhospiz Sterntaler67373 Dudenhofen
- 17** Stationäres Kinder- und Jugendhospiz70184 Stuttgart
- 18** Kinderhospiz im Allgäu e. V.87730 Bad Grönenbach
- 19** Kinderhospiz Mitteldeutschland e.V.....99897 Tambach-Dietharz
- 20** Kinderhospiz Sternenzelt96049 Bamberg
- 21** Haus Anna, Stiftung AKM.....94428 Eichendorf
- 22** Heilhaus (Hospiz f. Kinder und Erwachsene)34127 Kassel

Stationäre Kinderhospize in Planung oder im Bau

- B1** Frankfurt/Main, Hessen
- B2** Michelsrombach, Hessen
- B3** Eichendorf, Bayern
- B4** Polling, Bayern
- B4** Göttingen, Niedersachsen
- B6** Trier, Rheinland-Pfalz
- B7** Castrop-Rauxel, Nordrhein-Westfalen
- B8** Greifswald, Mecklenburg-Vorpommern
- B9** Homburg, Saarland

Erklärung: Um den Standort der Kinderhospize wurde ein Radius von etwa 120 km geschlagen, der tatsächliche Einzugsbereich aller Einrichtungen ist noch wesentlich größer. Man kann aber die sehr gute Abdeckung der ganzen Fläche Deutschlands auch so schon sehr gut erkennen.

Stationäre Kinderhospize sind wichtig! Allerdings kann die zunehmende, gutgemeinte Überversorgung schnell zu einem ungunstigen Wettbewerb führen. Damit Sie eine Übersicht über die deutsche Kinderhospizlandschaft bekommen, haben wir diese Karte erstellt mit den bestehenden Kinderhospizen.

Der Teil der in Planung und im Bau befindlichen Häuser ist leider nicht vollständig, weil es noch etliche weitere gut gemeinte Initiativen gibt.

Blick in die Sammlung

Täglich bekommen Besucher*innen des Museums für Sepulkralkultur über die Dauerausstellung einen Einblick in die Bestattungs- und Trauerkultur. Vermittelt werden die Themen über Exponate. Rund 25.000 Sammlungsstücke umfasst die Sammlung des Museums für Sepulkralkultur, darunter auch eine umfassende grafische Sammlung.

Prunkvolle Särge und rachsüchtige Zombie-Frauen

Auch im Tod noch prunkvoll – Der niedersächsisch-hessischen Adelsfamilie von Stockhausen verdanken wir mit ihren Särgen eines der Herzstücke unseres Museums. Denn die aufwendig bemalten und gravierten Särge waren nie dafür gedacht, unter die Erde zu wandern. Bis 1977 waren sie teilweise über 300 Jahre lang in der evangelischen Kirche in Trendelburg untergebracht und sind somit gut erhalten.

Mit den Särgen verblieben auch Gegenstände die auf schaurige Todesvorstellungen schließen lassen. Die Verstorbenen der Stockhausen-Familie wurden mit Leinenbändern festgeschnürt – Männer im Zick-Zack und Frauen überkreuzt. Denn gerade von letzteren fürchtete man die Rückkehr aus dem Totenreich. Schließlich hatten sie, so glaubte man, allen Grund zur Unruhe: die immerwährende Sehnsucht nach potentiell hinterbliebenen Kindern, aber auch Rachsucht nach einem von Männern dominierten Leben.

Das Gespenst und sein Gewand

Gespenster tragen weiße Tücher, ist ja klar. Aber warum eigentlich? Die Vorstellung des spukenden Bettlakens geht auf eine verbreitete Bestattungstradition zurück. In vielen Kulturen werden Leichname schon seit Jahrhunderten in weiße Leinen- oder Baumwolltücher gehüllt, bevor sie beerdigt oder verbrannt werden. Im Islam und Judentum wird das Leichentuch auch heute noch verwendet, die meisten Verstorbenen in Deutschland werden jedoch in eigener, festlicher Kleidung oder Totenhemden bestattet. Der Glaube, dass in ein Leichentuch gehüllte, ruhelose Verstorbene aus ihrem Grab auferstehen und Unheil stiften, trug wohl wesentlich zu unserer heutigen Gespenster-Vorstellung bei.

INFO

Der Eingang eines neuen Objekts in die Sammlung wird zunächst in einem Zugangsbuch dokumentiert, bevor es an die eigentliche Objektinventarisierung geht. Der erste Eintrag erfolgte im Jahr 1979. In jenem Jahr gründete die seit 1951 bestehende Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V. das Zentralinstitut für Sepulkralkultur, um der Praxis in der Auseinandersetzung mit der deutschen Friedhofs- und Bestattungskultur eine Forschungsinstanz zur Seite zu stellen. Zugleich geriet die Vision von einem Museum zu dieser Thematik zu einem immer festeren Vorhaben, weshalb seinerzeit auch schon die Sammlungstätigkeit einsetzte.

Die Särge der niedersächsisch-hessischen Adelsfamilie von Stockhausen. Foto: Marlene Horn

Leichentücher werden auch heute noch verwendet. Foto: Marlene Horn

Der letzte Stein ist ein Legostein

Grabgestaltung zum Anfassen

Erdbeer-Skulptur, Rosenquarz oder Stein am Fluss – so unterschiedlich können letzte Ruhestätten aussehen. Zumindest im Museum für Sepulkralkultur in Kassel. Denn hier sind Besuchende derzeit eingeladen, der Kreativität freien Lauf zu lassen, während sie ihre eigene Grabstätte gestalten.

Von Marlene Horn

Als Material dienen Stift und Papier, aber auch Lego-Steine. Während sich auf der einen Seite der Mittelebene des Gebäudes also Zeichnung an Zeichnung reiht, türmen sich auf der anderen Seite bunte Bauten.

Das Angebot #meingrab möchte auf spielerische Weise eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit schaffen. Das ist für viele Menschen schwierig. Und doch kann die freie Gestaltung des eigenen Grabs tröstlich sein, denn sie lässt auch im Tod Schaffenskraft und Individualität zu.

„Es ist das Ziel unseres Hauses, dass sich unsere Besucher*innen mit allen Facetten der Endlichkeit insbesondere der Trauer- und Bestattungskultur auseinander-

setzen“, sagt Museumsdirektor Dr. Dirk Pörschmann. „Setze ich mich an einen Tisch, um aus Legosteinen mein eigenes Grab zu gestalten, bin ich ganz nah dran an diesen Themen. Denn, sich mit der Frage zu beschäftigen, wie ich einmal bestattet werden möchte, sensibilisiert zugleich dafür, dass ich irgendwann einmal sterben werde. Dass das Leben endlich ist. Ob das Bauen mit Legosteinen oder das Zeichnen mit Buntstiften auf Papier - beide Aktionen bieten einen spielerischen, niedrigschwelligeren Zugang. Sie sind damit eine gute Ergänzung unserer Art und Weise der Vermittlung, die wir im Museum pflegen.“

Darüber hinaus bietet die Aktion die Möglichkeit, online über die eigenen Wünsche an eine Grabstätte in Austausch zu gehen. Über den titelgebenden Hashtag #meingrab

können die vielseitigen Entwürfe auf Instagram oder Facebook geteilt werden, auch das Museum für Sepulkralkultur kann direkt verlinkt werden. Somit lasse sich auch der Dialog mit Menschen pflegen, die das Museum in Kassel nicht regelmäßig besuchen können, aber interessiert an dessen Inhalten sind, so Pörschmann.

Angenommen wird die Kreativstation sehr gut – quer durch alle Altersklassen. Während manche Entwürfe grobe Skizzen und erste Überlegungen zeigen, sind andere bis ins Detail ausgearbeitet, inklusive Schriftzug auf dem Grabzeichen, trauernder Haustiere, die daneben sitzen oder Blumengestecken auf der Legowiese. So oder so zeigen sie eine vorsichtige oder intensive Annäherung an die Zeit nach dem eigenen Leben. Und sie verraten viel darüber, auf welche Art und Weise Menschen präsent bleiben möchten.



Foto: Marlene Horn

Verbindung zu Toten wird gehalten

Am Kasseler Hauptfriedhof steht das bundesweit zweite Windtelefon

In der Ausstellung „Trost. Auf den Spuren eines menschlichen Bedürfnisses“ im Kasseler Museum für Sepulkralkultur wurde es vorgestellt: Das aus einer Telefonzelle bestehende Windtelefon des japanischen Künstlers Itaru Sasaki, das er 2010 in seinen Garten stellte, um über den Wind mit seinem verstorbenen Cousin zu sprechen. Auch auf dem Kasseler Hauptfriedhof steht jetzt ein Windtelefon – es ist das zweite bundesweit. Wer einen geliebten Menschen verloren hat, kann dort ab sofort die Verbindung zu ihm suchen.

Das Windtelefon ist eine Kooperation des Museums für Sepulkralkultur mit der Kulturzentrum Schlachthof gGmbH und der Friedhofsverwaltung Kassel. Eckehart Göritz, Chef der Kasseler Friedhofsverwaltung: „Man ist sprachlos, atemlos, ohnmächtig, wenn man einen geliebten Menschen verliert. Man durchlebt verschiedene Phasen der Trauer. Wer steht einem zur Seite, wenn jemand gegangen ist, mit dem man innig verbunden war?“ Neben der Kommunikation mit Angehörigen kann es helfen, sich im Geiste auch mit dem Verstorbenen zu verbinden. „Das Windtelefon ist hierfür ein Hilfskonstrukt“, so Göritz. Man könne jederzeit mit seinen Angehörigen Kontakt aufnehmen und durch die Interaktion mit dem Geist des Verstorbenen Trost erfahren. „Wir haben weder einen Aussichtsturm noch einen See auf dem Kasseler Hauptfriedhof – aber ein Windtelefon. Und darüber bin ich begeistert.“ Schließlich verdeutliche die Idee hinter dem Windtelefon einmal mehr, wie wichtig die Verortung von Trauer sei.

„Mit unseren Ausstellungen geben wir auch Anregungen, wie mit Verlust Erfahrungen umgegangen werden kann. So hatte auch Sasis Windtelefon in unserer letzten Sonderausstellung

„Trost – Auf den Spuren eines menschlichen Bedürfnisses“ einen Platz gefunden“, sagt Gerold Eppler, stellv. Direktor des Museums für Sepulkralkultur und Museumspädagoge des Hauses. „Darauf ist unsere Arbeit gerichtet: Wir wollen den Menschen etwas anbieten.“ Anders als Ausstellungen, die wieder verschwinden, habe das Windtelefon Bestand. Dauerhaft auf den Hauptfriedhof installiert, gebe es einen Anstoß, darüber nachzudenken, was der Friedhof bedeute. Und die Sichtbarkeit sei etwas, das auch dem Tod als Thema guttut: Dem Trend, den Tod zu verstecken, und statt einen Toten aufzubahren, alles von einem Bestatter „schnell erledigen“ zu lassen, wie Eckehart Göritz es nennt, würde das Windtelefon etwas entgegenzusetzen. „Seelische Prozesse halten an.“ Das Windtelefon bietet die Möglichkeit, auch weit über den Tod hinaus mit seinen geliebten Menschen in Kontakt zu bleiben.

Autorin: Anna Lischper, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V. und des Museums für Sepulkralkultur



Würden Sie ein totes Kind fotografieren?

Wenn werdende Eltern während der Schwangerschaft gesagt bekommen, dass ihr Kind nicht mehr lebt oder bald nach der Geburt versterben wird, dann steht deren Welt erst einmal ganz still. All' die Hoffnung, die man während der Schwangerschaft hatte, weicht einer tiefen Verzweiflung. Wenn Kinder sterben, bedeutet das für Eltern eine absolute Ausnahme-situation.

In dieser Situation ist jede Erinnerung für betroffene Eltern wichtig, da eigene Erinnerungen nur zu schnell verblassen. So können Fotos eine sehr, sehr wertvolle Unterstützung in der notwendigen Trauerbewältigung sein. Auch wenn Schmerz und Trauer ein Leben lang nie ganz vergehen werden.

In der "DEIN STERNENKIND STIFTUNG" sind Fotografen aktiv, denen diese Tragik bewusst ist.

DSK bietet Unterstützung an, damit anschließende Trauerarbeit einen ganz wichtigen Stützpfiler bekommt – Erinnerungen.

Durch die kurze Zeit, die Eltern mit ihrem verstorbenen Kind bleibt, gibt es kaum Möglichkeiten, dauerhafte Erinnerungen zu schaffen. Erinnerungen, die Eltern helfen, zu begreifen, dass ihr geliebtes Kind ganz real bei Ihnen war. Bilder sind dafür eine ganz wunderbare Möglichkeit. Insbesondere, wenn diese würdevoll gestaltet sind.

Darüber hinaus wissen die DSK-Fotografen, dass sie in einer sehr sensiblen und intimen Situation auf die Eltern treffen. Sie agieren im Hintergrund, ohne störend zu wirken. Sie verzichten grundsätzlich auf den Aufbau eines großen Fotosets. Die Fotografen sehen sich für die kurze Zeit als Wegbegleiter betroffener Eltern.

Das Angebot von DSK an die Eltern ist in jeder Hinsicht ohne Verpflichtung. Es ist absolut kostenfrei.

DSK hat inzwischen ein sehr großes Netzwerk mit hunderten von Fotografen in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich, auch in der deutschsprachigen Schweiz und in Südtirol. Dieses Netzwerk wächst ständig. Fast immer ist es DSK möglich, durch einen Fotografen den Einsatz sicherzustellen.





„Wir fotografieren nicht den Tod. Wir fotografieren sehnsüchtig erwartetes Leben.“

Birgit Walther-Lüers,
Fotografin



Dein Sternenkind. Das ist ein bunter Haufen nicht so ganz „normaler“ Menschen, die rein ehrenamtlich und sehr, sehr zuverlässig sehr ungewöhnliche Dinge tun.

○ *Tote Kinder fotografieren.*

○ *Für das erste und das letzte Bild.*

○ *Für die Eltern ...*

Der Film des leider im letzten Jahr viel zu früh verstorbenen kongenialen Gründers Kai Gebel zeigt exzellent, was wir sind und was wir nicht sind! Und Bilder unserer grandiosen Fotografen in einer bisher nicht gezeigten Vielfalt. Sollten Sie Freunde haben, denen Sie den Film zeigen wollen, dann sehr gerne den Link weitergeben:

<https://vimeo.com/user9322273/review/354666940/0403f8670e>



Ehrenamtliche von Dein-Sternenkind bilden ab, was auf den ersten Blick undenkbar scheint.

Sie machen schöne, oftmals wunderschöne Bilder von toten Kindern. Erinnerungsfotos. Für Eltern, wenn ein winziges Herz zu schlagen aufgehört hat oder der Tod des Neugeborenen unausweichlich ist. Ein unglaubliches Geschenk für Eltern, die das wichtigste im Leben verloren haben, bevor sie es ganz erleben durften.

www.dein-sternenkind.eu

Dein Sternenkind ist eine Treuhandstiftung unter dem Dach der Deutschen PalliativStiftung. Die PalliativStiftung arbeitet hochtransparent. Sie hat sich verpflichtet, die Regeln von Transparency International einzuhalten. Das gewährleistet den sorgsamsten Umgang mit finanziellen Zuwendungen.

„Jedes Leben besteht aus einer Kette von Reisen. Die Länge der Kette können wir allerdings nicht selbst bestimmen. Manche Kette hält wenige Wochen, eine andere ganze Monate und die nächste vielleicht viele Jahrzehnte. Dennoch kann auch eine kurze Kette viele Reisen bündeln. Wir möchten, dass Ihr Kind nicht nur im Gedächtnis bleibt, sondern auch in greifbaren Objekten auftaucht.“

Kai Gebel, Fotograf und Initiator



Dein Sternenkind



„Es gibt nichts, das mich emotional und fachlich so fordert, wie ein Fotoauftrag für „Dein Sternenkind.“

Und, es gibt nichts, was zugleich befriedigender, schöner wäre.“

Thomas Sitte,
Fotograf

Nüchterne Fakten

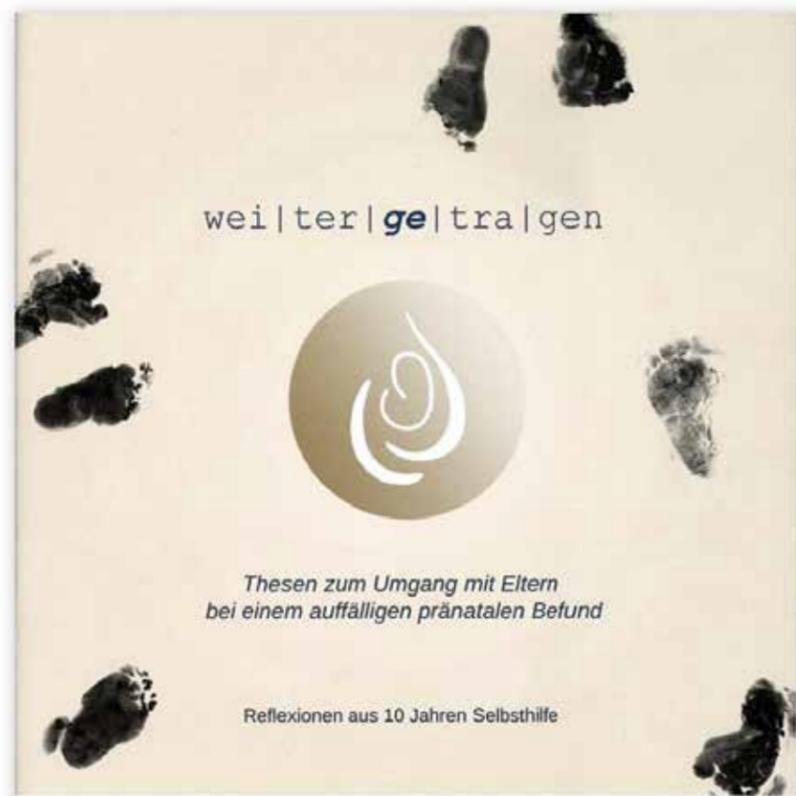
- 1 Supervisor steht den Fotografen bei, wenn es zu schwer war.
- 4 Fotografen bilden den Stiftungsrat.
- 15 Mentoren führen neue Fotografen behutsam in die Arbeit ein.
- 19 Koordinatoren wickeln rund 6.000 (An)Fragen ab, mit viel Gefühl.
- 20 Bildbearbeiter helfen nach schwierigen Situationen.

761 Fotografen schenken so ihre Zeit bislang über 22.000 Eltern. Aktuell sind das 13 Einsätze pro Tag, rund 5.000 im Jahr.

Manchmal verschwinden die Bilder lange in der Schublade. Gott sei Dank sind sie da, wenn sie gebraucht werden. Denn irgendwann möchten alle Eltern diese Bilder sehen und bewahren.

Alle Fotos:
Dein Sternenkind

Wir suchen noch weitere, engagierte Fotografen, besonders in Hamburg und Schleswig-Holstein.



Wei | ter | ge | tra | gen
7,50 EUR
44 Seiten
Deutscher
PalliativVerlag 2023
ISBN
978-3-944530-65-9

**wei|ter|tra|gen
kann bedeuten...**

... die Schwangerschaft mit infauster Prognose fortzusetzen, um Erinnerungen zu sammeln, einen stimmigen Abschied vorzubereiten und das verstorbene Kind in die Familiengeschichte zu integrieren.

... aus Liebe loszulassen und ein Kind während und nach der Geburt palliativ zu begleiten.

... sich mit pränatalen Therapien und nachgeburtlichen Behandlungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen.

... ja zu sagen zum Alltag mit einem kranken Kind mit begrenzter Lebenserwartung.

Ein kleines, wertvolles Buch für beruflich mit dem Thema befasste Menschen ist im Deutschen PalliativVerlag erschienen:

wei|ter|ge|tra|gen

Wird im Rahmen der Pränataldiagnostik ein auffälliger Befund erhoben, sind es gerade die ersten Gespräche, die Eltern tief prägen und beeinflussen. Sie bestimmen die Richtung für den Weg mit dem ungeborenen Kind. Ob Eltern einen für sich guten und langfristig tragbaren Weg in dieser Ausnahmesituation finden, liegt zu großen Teilen in den Händen derer, die Befunde übermitteln und über Diagnosen, Prognosen und Möglichkeiten aufklären und beraten.

Die Aktiven von Weitertragen e. V. freuen sich, mit „wei-ter-ge-tra-gen“ Reflexion und Erfahrungen aus über zehn Jahren Selbsthilfe zur Verfügung stellen zu können. „wei-ter-ge-tra-gen“ richtet sich insbesondere an Ärzte im Bereich

Pränataldiagnostik und Gynäkologie, Hebammen, Beratungsstellen und andere fachlich oder ehrenamtlich Involvierte. Gemeinsam mit der Deutschen PalliativStiftung als Herausgeber möchte Weitertragen e. V. positive Impulse für die Beratungs- und Betreuungssituation betroffener Eltern setzen.

„wei-ter-ge-tra-gen“ macht deutlich, was Eltern bei Übermittlung pränatal auffälliger Befunde und im weiteren Verlauf der Schwangerschaft als wertvoll, hilfreich und guttugend empfunden haben. Die eingefangenen Elternstimmen zeigen aber auch, wie schnell einzelne Aussagen und Handlungen bedrängend, entwürdigend und traumatisierend sein können.

**Schwere Entscheidungen
leicht treffen**

Schwangerschaftsabbruch oder Schwangerschaft austragen? Kompromisslos entscheiden! Am Beispiel von Spina bifida.

Von Marion Glück

Schwere Entscheidungen leicht treffen – Austragen oder Abbruch? Kompromisslos entscheiden! Am Beispiel von „Spina bifida“ ist ein einfühlsamer Ratgeber entstanden. Die Autorin war und ist es als Marineoffizierin gewohnt, schwierige Entscheidungen zu treffen.

Durch ihre eigene, bewegende Erfahrung als betroffene Mutter mit Kinderwunsch beschreibt sie einen klaren und strukturierten Entscheidungsprozess für Eltern, die mit der schwierigen Frage konfrontiert sind. Das Buch bietet eine praktische Anleitung, um den Prozess der Entscheidungsfindung zu durchlaufen, insbesondere im Falle einer Diagnose bei der Pränatalen Diagnostik. Es beschönigt nicht und gibt keine „richtige“ Lösung vor.

Marion Glück nimmt die Lesenden dabei mit auf eine sehr emotionale Reise, während sie Einblicke in ihre persönliche Situation und ihre eigenen Gedanken- und Gefühlswelt gewährt. Mit einem sachlichen und reduzierten Schreibstil, der auf die begrenzte Zeit der Lesenden abgestimmt ist, bietet das Buch einen wertvollen Leitfaden für Eltern, Ärzte und Familienmitglieder, die in dieser herausfordernden Situation Rat suchen.

Dieser Ratgeber verbindet persönliche Erfahrungen mit professionellem Wissen und liefert einen umfassenden Leitfaden für eine kompromisslose Entscheidungsfindung.



Schwere Entscheidungen
18,88 EUR
222 Seiten
Glücksuniversum GmbH 2023
ISBN. 978-3-949536-41-0

Käsekuchen

Mittagessen verpasst? Am Nachmittag die süße Alternative.

Zubereitung

1 Ofen auf 175 °C Ober- und Unterhitze (oder 165 °C Umluft) vorheizen.

Den Boden einer Springform mit Packpapier auslegen, den Rand leicht einfetten und mit Biskuitbröseln bestreuen.

2 Eier (6) trennen und das Eiweiß mit Salz (1 Prise) steif schlagen und kaltstellen.

3 Butter (250 Gramm) und Zucker (250 Gramm) verrühren. Die Eigelbe nacheinander zugeben und alles cremig rühren.

Tipp

Wenn die Ei-Butter-Zuckermischung beim Rühren gerinnt (grieselig aussieht), einen Topf mit etwas Wasser zum Kochen bringen. Die Schüssel ohne Kontakt zum Wasser draufsetzen. Mit dem Handmixer die Masse auf dem Wasserbad verrühren.

Die Masse wird flüssiger und bindet sich dann zu einer homogenen Mischung. Die Schüssel wieder vom Wasserbad nehmen. Weiterrühren, bis die Masse abgekühlt ist.

Anschließend weiter nach dem Rezept verfahren. Dieser Vorgang ist aber nur möglich, solange nur Butter, Zucker und die Eier verrührt wurden.

4 Den Quark (500 Gramm) und den Frischkäse (300 Gramm) einrühren.

Anschließend Zitronenbackaroma (1 Fläschchen), abgeriebene Schale von einer unbehandelten Zitrone, Backpulver (1 gestrichener Teelöffel) und den Vanille-Pudding (2 Tüten) unterrühren.

5 Ein Drittel der Eiweißmasse unterrühren, den Rest unterheben. Masse in die Form füllen und etwas glattstreichen.

Die Form einmal von unten leicht aufstoßen, damit keine Luftblasen im Teig bleiben.

6 Im Backofen bei 175 °C etwa 45 Minuten backen.

Eventuell zwischendurch mit Alufolie abdecken, falls der Kuchen zu dunkel wird.

7 Mit einer langen Gabel oder einem Holzspieß in die Mitte des Kuchens stechen. Bleibt beim Herausziehen nichts hängen, ist der Kuchen fertig.

8 Aus dem Ofen nehmen, behutsam am Rand lösen und abkühlen lassen.

Tipp

Nicht in den Kühlschrank stellen, da der Kuchen sonst trocken wird.

Zutaten

- Fett und feine Biskuitbrösel für die Form
- 6 Eier
- 1 Prise Salz
- 250 Gramm weiche Butter
- 250 Gramm Zucker
- 500 Gramm Quark
- 300 Gramm Frischkäse
- 1 Fläschchen Zitronenbackaroma
- Abgeriebene Schale von 1 frischen unbehandelten Zitrone
- 1 gestrichener Teelöffel Backpulver
- 2 Tüten Vanillepudding
- Backpapier

Das Rezept von Hospizkoch Ruprecht Schmidt, ist dem neuen "Hamburg Leuchtfeuer Kochbuch – Rezepte und Geschichten aus dem Hospiz" entnommen. Darin finden Sie neben diesem noch viele andere wunderbare Kochideen in einfacher Sprache und gut lesbarer Schrift.

Es ist erschienen im Deutschen PalliativVerlag 2023 und erhältlich für 25 EUR bei der PalliativStiftung.



Foto: Noah Bizer und Joshua Kehr

Routine	Zuflucht	Wolf des Wotan	vorher, früher			Amts-tracht	Schlan-gen		Stier-kämpfer	südd. Weinmaß		Kosaken-führer	Faden-stärke-maß
							7					Volk (Minder-heit in China)	
									beinlose Larve				8
industri-elle Reihen-fertigung			Meeres-säuge-tier			kleine Ostsee-insel			Glaube im Islam				6
Radio-wellen-bereich				Wette beim Fußball-sport			5		Wehen schreiber	Fluss zur Oder			Anion im Mineral-wasser
					deut-scher Physiker (†)			US-News-Sender				betrügen	
franz.: Edgar		Fluss z. Leine										Internet-adresse: Marshall Inseln	
4. Fall von wir				Gefrorenes		Brillen-futteral		folg-lich (lat.)				Hunnen-könig	
Hunde-leben, Elend							dt. Vorsilbe		Nähr-mittel				
Original	Kfz-Z. Rosen-heim	Chrysan-theme											3
									Elfriede (Kose-form)				
flüssi-ges Heiz-material				sowje-tischer Kosmo-naut			sr-18	2		Abkür-zung: Indiana			1

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Lösungstipp: Das wollen wir am Lebensende verhindern!



Wenn Sie gewinnen wollen, so schicken Sie uns das Lösungswort aus dem Rätsel per eMail an

Mail@schoener-leben.info

Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

Drei Sets Mutmachkarten

palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten

und **Drei CD-Sets der Deutschen PalliativStiftung.**

palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt und mit Namen und Ort in der nächsten Ausgabe veröffentlicht. Der Einsendeschluss ist der **30.06.2024** um 24:00

Die glücklichen Gewinner aus der Ausgabe 1-2024:

- Ursula Kuhn, Weimar
- Petra Cuprill, Hardeggen
- Sigrid Rützel, Neuhof
- Peter Pospiech, Fulda
- Sabine Mildnerberger, Wiesbaden
- Anita Bug, Petersberg



Lust oder Frust?

Wie steht es um die Aktivität in Seniorenbetten?

Regelmäßig werden Umfragen zur sexuellen Aktivität der bundesdeutschen Erwachsenen veröffentlicht. Ältere Menschen werden dabei aber stiefmütterlich behandelt, und es geht in erster Linie um die jüngere und mittelalte Bevölkerung.

Von Prof. Dr. Daniel Jaspersen



Niederschlag findet das Thema gerne bei der Bewerbung von Potenzmitteln oder fragwürdigen Witzeleien wie „der Kühlschranks ist die Erotik des Alters“. Dass die Sexualität im Alter abnimmt, ist naturgegeben und hinlänglich bekannt, geredet wird aber kaum darüber. Um aus dem Nähkästchen zu plaudern, beim geselligen Beisammensein mit gleichaltrigen oder älteren Senioren geht es um Politik, Kultur, Urlaub und Krankheit, aber nicht um das intime Zusammensein. Ob aus persönlicher Betroffenheit oder warum auch immer, die Thematik wird offensichtlich ausgeklammert.

Aus einer Publikation des österreichischen Gesundheitsportals geht hervor, dass Sexualität auch im

Alter eine Quelle für Lebensqualität und positives Selbstwertgefühl ist. Daher sollte über die sexuelle Gesundheit alter Menschen offener gesprochen und das Thema nicht tabuisiert werden.

„Manche Menschen beginnen ihre sexuellen Bedürfnisse erst in reiferen Jahren auszuleben“, meint die Buchautorin Elfriede Vavrik, die nach eigenen Angaben mit 79 Jahren ihren ersten Orgasmus erlebte. „Sexualität ist ein Grundbedürfnis und eine Möglichkeit, Liebe, Zärtlichkeit und menschliche Nähe auszudrücken“, erklären die Psychologinnen Regina Rajacky und Ingrid Seczer.

Vorurteile behindern aber häufig den offenen Umgang mit Sexualität im Alter. Für Lust und Liebe gibt es keine Altersgrenze, doch das zuzugeben, fällt Menschen jenseits der 70 oft nicht leicht. Bei den Senioren wirken teils unzureichende Aufklärung, bestimmte

Erwartungen von Geschlechtsrollen sowie moralische und religiöse Einschränkungen der Jugendjahre bis heute nach. So galt Sex in den 1950er-Jahren, je nach Region weit bis in die 1970er-Jahre, als sündig und schmutzig. Aufklärung und Verhütungsmittel fehlten. Das änderte sich dann mit der „Flower Power“-Bewegung, der Pille und der sexuellen Revolution langsam.

Häufig wird älteren Menschen sexuelle Aktivität einfach abgesprochen. Der Mythos, dass Sexualität im Alter kein Thema sei, stimmt aber nicht. Alte Menschen haben keine Lust auf Sex – ein längst überholtes Vorurteil: Studien haben ergeben, dass nicht wenige Senioren sexuell sogar aktiver sind als die junge Generation. 31 bis 45 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer zwischen 70 und 79 Jahren geben an, sexuell aktiv zu sein. In der Altersgruppe 80 plus verringern sich die Zahlen

auf 10 beziehungsweise 22 Prozent, berichten die Expertinnen Rajacky und Seczer.

Gesichert ist, dass die sexuelle Erregbarkeit bei den meisten Frauen auch nach den Wechseljahren bis ins hohe Alter erhalten bleibt. Bei älteren Männern läuft die Erregung mit zunehmendem Alter in der Regel langsamer ab und der Geschlechtsverkehr findet im Alter weniger oft statt. Kuschneln und Streicheln sowie das Austauschen erotischer Berührungen stehen im Vordergrund und können viel Lust, Freude und Genuss bereiten.

Die Verlegerin und Publizistin Claudia Gehrke ist eine Pionierin des tabufreien Sprechens über Sex in Deutschland – gerade, wenn es um ältere Menschen als sexuelle Wesen geht. In „Lange Lieben“ protokolliert sie die Wandlungen der körperlichen Liebe in langen Beziehungen und den Reiz einer Haut, die sich nach viel geleb-

tem Leben anfühlt. Und es ist ihr wichtig klarzustellen, dass nicht die glatte, straffe Haut das Wichtigste an der Erotik sei.

Die wissenschaftliche Forschung hat den Sex im Alter bislang wenig bearbeitet. Hier betritt Karolina Kolodziejczak wissenschaftliches Neuland. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Berliner Humboldt-Universität.

Im Rahmen der breit angelegten „Berliner Altersstudie II“ wurden 1500 Menschen zwischen 60 und 80 zu ihrem Beziehungs- und Sexualleben befragt. Zum Vergleich standen Daten einer Kontrollgruppe aus jüngeren Erwachsenen zwischen 20 und Mitte 30 zur Verfügung.

„Wir konnten belegen, dass 30 Prozent der älteren Erwachsenen häufiger sexuell aktiv waren als der Durchschnitt der Jüngeren“, erklärt die Psychologin. „27 Prozent der Älteren haben von mehr sexuellen Gedanken berichtet als der Durchschnitt der Jüngeren.“

Zwar heißt es, dass junge Menschen sexuell deutlich aktiver seien. Doch ein Drittel der Älteren wird noch immer einmal in der Woche intim, während der Sex-Durchschnitt der Jungen nach dieser Untersuchung nur einmal pro Monat beträgt.

Mit der Studie konnte belegt werden, so Karolina Kolodziejczak, „dass eine feste Partnerschaft für die weibliche Sexualität im Alter mehr ausmacht als für die männliche Sexualität. Im Durchschnitt sind alleinlebende Frauen viel seltener sexuell aktiv als Frauen, die einen Partner haben. Und dieser Unterschied ist bei Männern wesentlich kleiner.“ So haben ältere Single-Männer noch öfter Sex, während ältere Single-Frauen eher ganz auf Sex verzichten. Und weil Männer im Durchschnitt eher sterben als Frauen, hören Frauen auch früher auf mit einem aktiven Sexleben. Interessanterweise nicht nur körperlich, sondern auch im Kopf – sie denken nicht mehr daran.

Fazit: Sex gehört zu einem guten Leben in jedem Alter dazu, und die Lust stirbt erst mit dem letzten

INFO

Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Rheuma treten im Alter häufiger auf und können das sexuelle Interesse negativ beeinflussen. Die eingesetzten Medikamente wirken oft selbst lustmindernd oder vermindern die Erektionsfähigkeit. Prostataerkrankungen bei Männern können die sexuelle Aktivität erheblich beeinträchtigen. Seelische Störungen, partnerschaftliche Probleme oder Ängste wirken sich – genau wie bei jüngeren Menschen – stark auf das Liebesleben aus, können aber in jedem Lebensalter behandelt werden. In Umfragen berichten ältere Menschen auch darüber, dass sie sich von ihren Ärztinnen und Ärzten über diese Themen zu wenig und zu unqualifiziert informiert fühlen.





Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden.

Nähere Informationen erhalten Sie im Büro der PalliativStiftung und hier ist der Link zu einem kleinen Video der ersten Grabanlage: <https://youtu.be/i3KGZeJolww>



Palliativ! Das kann schon früh im Leben oder Krankheitsverlauf beginnen. Da werden palliativ Versorgende immer wieder auch angesprochen, dass nach dem Tod sich niemand mehr um ein Grab kümmern kann. Entweder weil keiner mehr da ist, oder weil die Verwandten viel zu weit weg wohnen. Die PalliativStiftung denkt deshalb auch über das Leben hinaus. Anders als im Friedwald oder bei einer Seebestattung sind sowohl individuelle Trauerhandlungen und auch Gedenken am Bestattungsort möglich.

In Fulda gibt es – auch für Menschen aus anderen Regionen oder sogar Staaten – die Möglichkeit, sich durch die PalliativStiftung in deren Grabanlage beerdigen zu lassen. Niemand muss sich später darum sorgen. Die PalliativStiftung übernimmt die Grabpflege für die nächsten 30 Jahre.

Die PalliativStiftung bietet damit eine preiswerte Option für immer mehr Menschen, die nicht sicher sind, wer sich würdig um sie kümmert, wenn sie schon (lange) gestorben sind. Da die erste, kleine Anlage fast komplett ist, richtet die PalliativStiftung gerade eine zweite wesentlich größere Grabanlage ein, die ab 2024 belegt werden soll.

Dieses und andere ähnlich verschroben-hintersinnige Fotos hat uns der österreichische Fotograf Johann Hinterleitner eingesandt. Nicht ganz ernst zu nehmend. Aber zum Nachdenken anregend

Einige Rückmeldungen die uns per Mail erreichten, möchten wir gerne hier abdrucken. Und gerne können auch Sie uns und allen Lesern schreiben, was Sie denken!



Herzlichen Glückwunsch zu Ihren inhaltlich wie gestalterisch gelungenem Magazin!

Haldun Tuncay, Fulda
Geschäftsführer Verlag Parzeller GmbH & Co. KG

Das Heft gefällt mir sehr!

Prof. Helge Braun MdB, Berlin

Heute ist „Schöner leben...“ 1/2024 bei mir angekommen. Das Heft ist wirklich gelungen!

Prof. Ruth Rissing-van Saan,
Bochum

Danke für die Zusendung des wunderbaren Heftes. Ich habe es gepostet und mache Werbung dafür, auf dass es möglichst viele Menschen erreicht und unser gemeinsames Anliegen weiter in die Welt getragen wird.

Mike Powelz, Hamburg

Leserbrief zur Patientenverfügung

Sie schreiben in der aktuellen Ausgabe, der Mensch möchte heute alles selbst bestimmen, auch die Art seines Sterbens.

Stimmt das denn so und kann er das überhaupt?

Für mich ist der Sinn einer Verfügung, dass ich klar mache, haltet mich in der letzten Phase meines Lebens oder Sterbens nicht aus Profitgründen am Leben.

Wie man dann letztlich stirbt, weiß dann aber keiner. Du kannst nur hoffen, dass in dem Moment verständnisvolle Ärzte da sind und Angehörige, die deinen letzten Willen für dich in dem Moment vertreten.

Martin Hören

„Ich bin bereits - wenn auch noch ganz frisch - Mitglied im Förderverein der Deutschen Palliativ-Stiftung.

Ausschlaggebend war die Zusendung des Magazin „Schöner leben... bis zuletzt.“ Ich habe mir die Mutmach-Karten bei Ihnen bestellt, daher wohl die Adresse. Zuerst dachte ich „Schon wieder unerwünschte Werbung...!“ Neugierig wie ich bin, habe ich aber den Umschlag aufgemacht und war ganz begeistert von dem Heft und Ihrem Engagement. Der dornige Weg hat mich an einen eigenen dornigen Weg erinnert.

Zudem schlägt mein Herz seit langem für die palliative Versorgung von Menschen aller Altersgruppen. Ich habe mich fachlich und persönlich qualifiziert und agiere an der „Basis“ in der Ausbildung von Pflegefachkräften. Ich sehe Entwicklungen von Haltungen bei jungen Menschen, welches mein Herz erfreut und mir Zuversicht für die zukünftige Versorgung gibt.

Tanja Mews, Basdahl

„Ich möchte mich bei Ihnen für die guten Wünsche zu meinem Geburtstag und für die Zusendung von „schöner leben ...“, Ausgabe 1/2024 bedanken. Die Zeitschrift ist Ihnen erneut gut gelungen, besonders gefällt mir auch das Titelbild in Verbindung zum Titelthema. Ich habe noch eine Spende an Sie auf den Weg gebracht.“

Iris Osterloh, Düsseldorf

„Meine Kollegin und ich würden „Schöner leben“ gerne als Abo beziehen, wäre dies möglich? Wären auch noch alte Ausgaben verfügbar? Wir haben die Ausgabe 1/2024 erhalten, da wir Vorsorge-mappen bestellt hatten. Das Heft hat einen hohen, praxisnahen Informationsgehalt, wir möchten es für die Arbeit mit den Ehrenamtlichen und in den Beratungsgesprächen nutzen.“

Gabriele Heid, Ambulanter Hospizdienst Bremervörde-Zeven

Schönen guten Tag aus der Steiermark! Als Hospizbegleiter, unterstütze ich schon länger die Deutsche PalliativStiftung. Ihr habt so eine tolle Zeitschrift. Besonders Ausgabe 1/24 fasziniert mich! Deshalb meine Frage, ob Sie mir noch 6 Exemplare zusenden könnten? Ich will sie in unseren Hospizgruppen mehr verbreiten! Spendenzahlschein bitte beilegen.

Vielen Dank
Peter Auer, A-8762 Oberzeiring

Zur Diskussion!

Diese Leseranfrage hatten wir zur Diskussion gestellt:

Ein 86-jähriger Patient baut nach einer Hüftoperation drastisch ab und wird schwächer. Er liegt schon den fünften Tag bei uns auf der Intensivstation im Krankenhaus der Maximalversorgung. Er ist unruhig und wir können nicht mit ihm reden, eine verständliche Kommunikation ist nicht mehr möglich.

Im Arzt-Angehörigen-Gespräch wird von den Angehörigen keine weitere Ausweitung der Therapie gewünscht. Deshalb hat man beschlossen dem Patienten eine Morphin-Infusion zur Dämpfung seiner Erregung anzuhängen.

Neben dem Morphin lief neben einer künstlich-venösen Ernährung auch Sauerstoff durch eine Maske, beides zur Lebenserhaltung.

Nun kam es zu der Situation das eine Kollegin mit Palliativ-Weiterbildung zu mir sagte, dass ich den Sauerstoff abdrehen und die Sauerstoffmessung abstellen sollte, damit sein Sauerstoffmangel nicht offensichtlich nachzuweisen wäre. So könne er schneller versterben.

In meinem Beisein tat sie dies dann auch tatsächlich. Ich machte das sofort wieder rückgängig mit der Begründung, dass kein Abbruch der aktuellen Therapie besprochen wurde, sondern nur deren weitere Ausweitung abgelehnt

wurde. Darüber hinaus versuchte ich ihr klarzumachen, dass die Absetzung des Sauerstoffs vom Arzt angeordnet werden muss.

Auf weitere Diskussionen ließ sie sich nicht ein und beharrte darauf, dass sie meistens so vorgehe.

Vielleicht verstehen Sie nun meinen inneren Konflikt und die Befürchtung, dass besagte Kollegin vielleicht bei anderen Patienten immer wieder so handelt. Gegen das Totschlag-Argument, dass sie Palliative-Care-Fachkraft ist, komme ich ohne Ihre Hilfe nicht an.

Daher meine dringende Bitte, wie bewerten Sie die Situation und das Handeln der Kollegin? (Name und Kontaktdaten der Redaktion bekannt)

Die Redaktion erhielt dazu eine sehr gute Antwort aus der Leserschaft, die wir vollinhaltlich mittragen:

Von Dr. med. Ute Altanis-Protzer, M. A., Medizinethikerin

www.grenzgebiete.net

Damit ich sie etwas besser einschätzen kann, im Vorfeld:

Aus der kurzen Darstellung schließe ich:

1) Die „Kollegin“ ist eine Pflegefachkraft mit zusätzlicher Palliative Care Weiterbildung?

2) Es hat ein Gespräch von Arzt mit Angehörigen („Team“) stattgefunden, in dem ein Therapieziel XY festgelegt wurde? und

bei diesem Ziel handelte es sich NICHT um Therapieabbruch?

Wenn das alles so ist, müsste eine examinierte und weitergebildete Fachkraft wissen, dass es NICHT ihre Aufgabe ist, eine Team-Entscheidung im Alleingang zu ändern. Sie könnte höchstens eine von ihr vertretene andersartige Ansicht beim Team zur Diskussion stellen. Was zählt, ist nicht ihr Wille, sondern der des Patienten, und wenn er den nicht direkt mitteilen kann, dann sein mutmaßlicher Wille, zu dessen Ermittlung ja korrekt die Angehörigen zugezogen wurden.

Sollte sie darüber hinaus bei Ihnen gesagt haben, ihr Ziel sei, dass der Sauerstoffmangel nicht offensichtlich nachzuweisen wäre(!!) und dass der Patient dann „schneller versterben“ könne, dann zeigt das nicht nur eine ungeheure Selbstüberschätzung, sondern das ist meines Erachtens schon als kriminell einzuordnen und ich würde an dieser Stelle ein diesbezügliches Gespräch mit der Klinikleitung für korrekt halten.

Beim Deutschen PalliativVerlag der Deutschen PalliativStiftung sind zahlreiche Bücher, Flyer, Ratgeber u.v.m. teils kostenfrei, teils preisgünstig erhältlich.



Die PFLGETIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

**Download und gedruckt in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei**



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

48 Seiten, 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR

Wichtige Informationen



Die VORSORGEN! Mappe Version 2024

Alle Unterlagen rund um Vollmacht und Verfügung

40 Seiten, kostenfrei

Vorsorgeunterlagen online erstellen

Die Deutsche PalliativStiftung ist dabei, alle ihre Unterlagen aus Die VORSORGEN!-Mappe so zu digitalisieren, dass sie online sauber und übersichtlich ausgefüllt, gespeichert und ausgedruckt werden können. Zu allen Punkten gibt es Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen.

Weil die Vertreterverfügung besonders wichtig ist, haben wir dieses Formular zuerst digitalisiert, ausprobiert und zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht werden Anfang 2024 ebenfalls nutzbar sein. Die PalliativStiftung will damit ganz besonders erreichen, dass deren Verbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich zunimmt. Auf der Website [VorsorgenMappe.de](https://www.vorsorgenmappe.de) (Achtung: mit dem „n“ in der Mitte) findet man nach dem Einloggen viele Erklärungen und wird professionell durchs Menü geführt, so dass man in der Regel (fast) alles ohne weitere Hilfe ausfüllen kann. Einfach ausprobieren!

Über Rückmeldungen der Nutzer freuen wir uns, weil wir auch dieses Werkzeug wie alle Materialien stetig aktualisieren und verbessern werden.



Impressum

Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon 0661 48049 797
www.palliativstiftung.com

Email-Kontakt zum Herausgeber

mail@schoener-leben.info
info@doc-sitte.de

Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch
pressedesign.de

Druck

Rindt-Druck, Fulda
Auflage 25.000 Exemplare

Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024
Verlag der
Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen Form sind in der Regel selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag erhältlich

© Deutscher Palliativverlag, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

STIFTEN & HELFEN



Wir sind Zwerge auf den Schultern von Riesen

Die Leistungen früherer Generationen sind herausragend. Indem wir dem vorgefundenen Wissensschatz einen Beitrag hinzufügen, kommt Fortschritt zustande. Um aber von den Pionierleistungen der Vergangenheit profitieren zu können, braucht es oft eine Stiftung, die Selbsthilfe, Engagement oder die soziale Entwicklung nachhaltig fördert. Wir bieten Ihnen hierfür eine Ver-

mögensverwaltung für Stiftungen sowie als Mehrwert auch eine passgenaue Beratung samt einem großen Netzwerk an Spezialisten. Als genossenschaftliches Haus sind wir dabei ganz klar an gemeinsam geteilten Werten ausgerichtet. Auf diese Art können die Zwerge einmal die Riesen überragen. So geht Stiftung heute!



Seien Sie mit dabei!

Sie als Leserin und Leser können gerne am Magazin mitwirken, sich einbringen mit Fragen, Ideen, Texten, Bildern, Buchbesprechungen, relevanten Terminvorschlägen.

Das nächste Heft hat den Schwerpunkt „Pflege im Alter“.

Wenn Sie aussagekräftige Fotos dazu haben, können Sie uns gerne diese zusenden. Für jedes abgedruckte Bild überweisen wir 100 € an eine hospizlich-palliative Einrichtung Ihrer Wahl. Und für das schönste Bild gibt es 1.000 €.

Wir freuen uns über alle Zuschriften unter

mail@schoener-leben.info

Wenn Ihnen unser neues Magazin gefällt, wenn Ihnen das Thema wichtig ist, dann möchten wir Sie bitten, die Aufklärungsarbeit mit einer Spende zu unterstützen. Wirklich jeder Betrag ist wichtig und uns dazu willkommen.

Deutsche PalliativStiftung

www.palliativstiftung.com

Spendenkonto

VR Bank Fulda

IBAN: DE65 5306 0180 0200 0610 00

VK 5,00 € (D)



schöner leben ... bis zuletzt 3/2024

THEMA

Pflege im Alter

Daheim im Heim?





Gutes Tun. Leichter als man denkt.

Deutsches Stiftungswerk gGmbH

Stiftungsberatung & Management

Gutes Tun durch Engagement ist eine wichtige Grundsäule unserer Demokratie. Vielleicht bewegt auch Sie die Idee eine Stiftung zu gründen? Wir blicken auf eine mehr als 15jährige Stiftungsexpertise zurück. Mit kompetenter Unterstützung gelingt die Gründung leichter als man denkt.

Die Deutsches Stiftungswerk gGmbH unterstützt Stifterinnen und Stifter von der Idee zur Realisierung bis hin zur Nachlassverwaltung. Wir übernehmen auch Ihre Testamentsverwaltung. Die Vergütung hierfür kommt gemeinnützigen Aufgaben zu Gute.

Gemeinsam mit unseren Partnern fördern und entwickeln wir Projekte und Angebote, für Privatpersonen, Unternehmen, Non-Profits und andere beim Start oder der Umsetzung ihres Engagements.

Unser exzellentes Netzwerk bietet eine hohe Qualität und Antworten auch auf ungewöhnliche Fragen.

Wir sind Ihr Partner für ...

... Ihre Stiftungs-idee:

Entwicklung und Präzisierung
Anerkennung der Gemeinnützigkeit

... Ihre Stiftungs-verwaltung:

Organisation
Kontoführung
Spendenverwaltung
Projektanbahnung
Jahresabschluss
Rechenschaftsbericht

Unsere Besonderheit: Wir sind eine 100%ige Non-Profit-Organisation.

Alle Erträge des Deutschen Stiftungswerk gGmbH kommen gemeinnützigen Aufgaben der bundesweiten Hospizarbeit und Palliativversorgung zugute.

Wir l(i)eben als Ihr Dienstleister schlanke und kreative Lösungen.

Geschäftsführer: Dr. Thomas Sitte
info@stiftungswerk.org
0661 4802 7595

Postanschrift:
Deutsches Stiftungswerk gGmbH
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Inhalt



Foto: HayrettinyÖZCAN / Imago



Bild von Lisa Redfern auf Pixabay



Bild von Willfried Wende auf Pixabay

- 5 — **Editorial**
- 6 — **Kommentar**
Ilse Thon
- 8 — **Palliativgeschichte**
Peter, 48 Jahre
- 12 — **Lebensformen**
Alternativen
- 16 — **Humor**
- 17 — **Helmfrieds Lyrikseite**
- 18 — **Das Interview**
Dr. med. Marianne Koch
- 24 — **Hospiz des Monats**
St. Hedwig Altenheim
- 28 — **Pflegeheim**
Nicht immer der letzte Weg
- 32 — **Gesprächshilfe**
Leitfaden für Angehörige
- 34 — **Lebensgeschichten**
Lebensfäden verbinden
- 38 — **PiPiP 2020**
Pilotprojekt zur Palliativversorgung
- 42 — **Museum für Sepulkralkultur**
Die neue Sonderausstellung
- 46 — **Ausstellung**
Koffer für die letzte Reise
- 48 — **Demenz**
Beschäftigung daheim und im Heim
- 50 — **Sexualassistenz**
Ein Thema in der Altenpflege?
- 52 — **Gemeindepflege**
Im Alter selbstbestimmt
- 54 — **Engagieren Sie sich!**
Demokratie ist nicht selbstverständlich
- 56 — **Ernährung**
Die Kunst der Ernährung
- 58 — **Gaumenschmaus**
- 59 — **Aus dem Bücherregal**
- 60 — **Rätselseite**
- 61 — **Tagen bei der PalliativStiftung**
- 62 — **Fokus Gesundheit**
Wird Alter zur Krankheit?
- 64 — **Grabgemeinschaft**
- 66 — **Für Kinder**
Die kleine Maus will zum Mond
- 68 — **Lesermeinung**
- 69 — **Wichtige Informationen**
- 70 — **Impressum**



Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin
1994 – 2024

Informationen & Anmeldung
www.dgp2024.de

25. – 28.9.
2024
AACHEN

15. DGP KONGRESS
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Wert(schätzung). Selbst(für)sorge.
Gemeinsam.



Freuen Sie sich auf vielfältige Vorträge, interessante Diskurse
und interaktive Workshops – sichern Sie sich Ihren Platz und
sein Sie in Aachen dabei!

Herausforderung Todeswünsche Outcome-Messung

Wertschätzung: Basis oder Bonus? Pädiatrische Palliativversorgung

Notfall- & Intensivversorgung

Hands on Symptomkontrolle und mehr:

Onkologie, Neurologie, Kardiologie, Psychologie

*Digitalisierung und Technik LSBTIQ*inklusive Palliative Care*

Resilienz Sexualität am Lebensende Caring Communities

Advance Care Planning Leadership und Teamentwicklung

Spannungsfeld Selbst(für)sorge vs. Autonomie

Feiern Sie mit uns 30 Jahre DGP!

Freitag, 27.09.2024, ab 19:30 Uhr im Tivoli Aachen
Die Plätze sind begrenzt.

Tickets bei der Kongressregistrierung erhältlich.

Bleiben Sie auf dem Laufenden:

Folgen Sie uns auf [LinkedIn](#)

#palliativkongress24

IMMER UP TO DATE:
WWW.DGP2024.DE



Editorial

Pflege – Daheim und im Heim

Im letzten Heft fanden Sie vielfältige Informationen mit dem Schwerpunkt zur Versorgung von schwerkranken Kindern. Heute geht es um die Pflege. Natürlich werden auch Kinder zuhause gepflegt. Aber die Anzahl der pflegebedürftigen Erwachsenen ist rund 100mal größer! Gut fünf Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig. 80 % dieser Menschen leben zuhause, davon werden rund dreiviertel ohne Pflegedienst ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt.

Im Deutschen PalliativVerlag haben wir einige sehr praxisnahe Bücher dazu. Allen voran „Die Pflgetipps – Palliative Care“ von denen die PalliativStiftung dank großzügiger Spenden schon rund eine Million Exemplare in Deutschland kostenlos verteilen konnte. Auch mit dieser Ausgabe des palli-aktiven Magazins möchten wir eine breite Leserschaft unterhalten, anregen, aufklären, vielleicht auch ein wenig aufregen, indem wir die Finger in Wunden legen; aufzeigen, wo es noch dringenden Änderungsbedarf gibt.

Ich selbst habe vor 45 Jahren mit der Altenpflege begonnen und freue mich, dass sich inzwischen sehr vieles geändert, verbessert hat.

Aber nicht alles ist besser geworden. Auch in der Altenpflege, einem hochanspruchsvollen Beruf voller Verantwortung und emotionaler Nähe, gab und gibt es bedenkliche Entwicklungen. Von alten Menschen, von deren jahrzehntelanger Lebenserfahrung können wir lernen, wenn wir wollen.

Deswegen möchten wir für Sie hier unter verschiedenen Aspekten drei sehr unterschiedliche, wirklich lebenserfahrene Menschen zu Wort kommen lassen, deren insgesamt 280 prall gelebte Lebensjahre reichlich Gewicht in die Waagschale werfen. Von allen dreien hören wir als eine wichtige Erkenntnis, dass es lebenswichtig für uns alle von der Wiege bis zur Bahre ist, körperlich aktiv zu bleiben, den Geist zu trainieren und sich sozial zu engagieren.

Wenn wir diese drei Regeln beherzigen, wird es uns ein hoffentlich langes Leben lang besser gehen.



Fotograf: Klaus Becker
Patient: Heinrich „Heini“ Bickert

Ilse Thon (101!):

Ehrenamt ab 88, ins Pflegeheim mit 96



Foto: Thomas Sitte

Ilse Thon hörte mit 88 Jahren bei einer Veranstaltung der PalliativStiftung von den wunderbaren Möglichkeiten der Sterbebegleitung. Davon motiviert wollte sie etwas dafür tun, dass viel mehr Menschen auch Bescheid wissen. Deshalb kam sie im Sommer 2011 erstmals ins Büro der PalliativStiftung; es war ihr beim ersten Gespräch schon klar „Hierher will ich wieder kommen und mitanpacken, das Thema zu verbreiten.“ Fortan kam sie immer montags mit einem fröhlich-lauten „Guten Morgen“ ins Büro, um zu helfen. Auch die Woche über hielt sie die Füße nicht still und verteilte das vorbereitete Infomaterial über die Stand.

Bis fast 95 ging es so weiter, dann kamen ein paar Gebrechen hinzu. Schließlich wurde es daheim immer beschwerlicher.

„Ich bin ja schon ganz schön alt. Als ich mit drei Jahren in Kassel gewohnt habe, gab es dort die elektrischen Eisenbahnen auf der Straße. Dann bin ich mit vier Jahren in die Kleinstadt Fulda gezogen und da musste man ein Pferdefuhrwerk bestellen, wenn man mit Koffern zum Bahnhof wollte. Aber mit vier habe ich dann in Fulda meine große Liebe kennengelernt. Kurt war drei Jahre älter als ich und wir blieben unzertrennlich, bis er vor 54 Jahren starb. Eigentlich hieß er mit richtigem Namen Konrad, das habe ich aber erst auf dem Standesamt erfahren.

Dann habe ich lange Jahre allein gelebt. Als ich meiner Tochter 2020 gesagt habe, zuhause geht es nicht mehr, ich will ins Altenheim gegenüber, da war sie richtig erschrocken. Für mich war das ein klarer Weg, wo sollte ich denn sonst hin? Bei ihr auf dem Hof wollte ich nicht wohnen. Ich hätte das auch niemals meiner Tochter zumuten wollen, dass später andere sagen, warum hast Du die Mutter ins Pflegeheim geschickt.

Aber: Hier im Heim ist es ja so lebendig! Ich genieße es! Die Aussicht auf die kleinen Berge mit den Kirchen drauf. Es ist wunderschön. Ich bin zufrieden.“

Auf die Frage, was anderen den Übergang ins Pflegeheim erleichtern würde, kommt es wie aus der Pistole geschossen: „Genießen, dass sie nicht mehr Einkaufen und Kochen müssen, dass sie umsorgt werden von freundlichen Gesichtern. Wenn sie den Mitarbeitern und Mitbewohnern freundlich begegnen, kommt es auch freundlich zurück.

Wenn das gelingt, dann ist das toll.

Ich bin auch heute noch hier aktiv. Kartoffelschälen vorm Essen mache ich gern. Da kann ich im Rollstuhl sitzen. Vor ein paar Jahren als ich noch fitter war, habe ich hier Spielenachmittage organisiert. Da war immer was los!“

Susanne Fladung, Einrichtungsleitung im AWO-Haus Bonhöffer ergänzt: „Frau Thon ist ein wunderbarer Mensch, mit sich, mit allen zufrieden! Sie ist auch kritisch. Aber immer wertschätzend, auf Augenhöhe und sehr liebevoll. Dazu packt sie an, wie es für sie geht. Beim 100. Geburtstag hat sie sich so gefreut, dass Oberbürgermeister Dr. Wingefeld persönlich zum Gratulieren kam. Sie meinte dazu, das kann jetzt gerne noch zehn Jahre so weitergehen.“



Hier ist ein Link zu einem Bericht über Ilses Ehrenamt
<https://www.palliativstiftung.com/de/palliativstiftung/ehrenamtliche-taetigkeit>



Hier ist ein Link zu einem kurzen Gedicht, das Ilse Thon zu ihrem 99. Geburtstag schrieb.
<https://www.youtube.com/shorts/vjehlGO7NWc>



Und der Link zu einem kleinen Video übers Kartoffelschälen
<https://youtu.be/LSg3V1hdtRA>

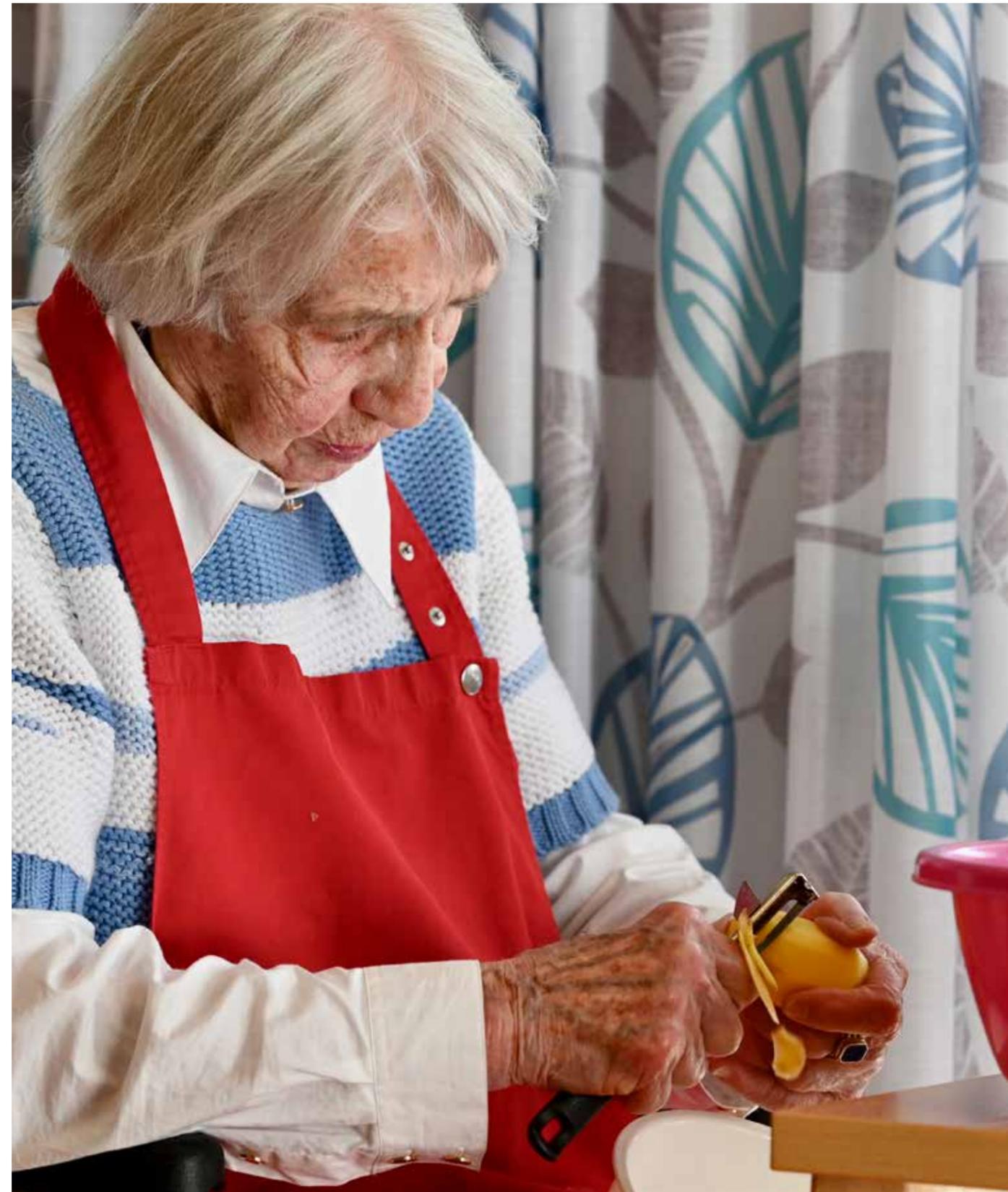


Foto: Thomas Sitte

Peter, 48 Jahre



Es ist kein Misstrauen, einen zweiten Arzt zu fragen. Im Gegenteil.

Teil 3

In dieser kleinen, vierteiligen Serie erfährt der Leser anhand eines „echten“ Patienten, worauf es wirklich ankommt. „Echter“ Patient insofern, dass alles, was hier über Peter steht, wahr ist und genau so geschehen ist. Allerdings wurde der Rahmen so verfremdet und ohne die Situation zu überspitzen, teils aus verschiedenen Patienten zusammengesetzt, dass ein Wiedererkennen von Personen nicht mehr möglich ist. Auch die Fotos sind zwar „aus dem richtigen Leben“. Sie stellen Peter aber nicht wirklich dar.

Peter ist der typische Best-Ager, der mitten im Leben erfolgreich, zufrieden, fit ist, aber dann kommt wie der Blitz aus heiterem Himmel eine Diagnose:

Bauchspeicheldrüsenkrebs ist eine schlimme Diagnose. Aber es gibt bei verschiedenen Arten in verschiedenen Stadien zum Glück manchmal auch noch mehr oder weniger belastende Behandlungen, die einen großen Gewinn an Lebenszeit bringen können. Der Arzt im Krankenhaus sagt Peter, er soll am besten gleich dableiben. Dann könnte man morgen schon mit der Behandlung beginnen.

Peter und seiner Frau geht das viel zu schnell.

Sie fühlen sich überrumpelt und der Hausarzt macht einen Termin mit mir als Palliativmediziner. Ich lasse mir in einem langen Gespräch alles erzählen, wie die Beschwerden sind, wie es anfing, was die anderen Kollegen sagten. Noch geht es Peter ganz gut und deshalb rate ich schließlich, sich bald eine zweite Meinung eines Experten zu holen. Bei einem Experten, der dann selbst nicht behandeln wird. Dort soll

Peter mit allen Befunden hingehen und einige Fragen stellen, an die bislang in der Klinik noch keiner gedacht hat:

„Wie lange kann ich mit dem Therapiebeginn warten, um den Verlauf besser beurteilen zu können?“

Gehe ich mit diesem Abwarten ein Risiko ein?

Welche vielleicht auch andere Behandlungsmöglichkeiten hätte ich jetzt oder auch etwas später?

Welche mögliche Besserung von Beschwerden gibt es durch die Behandlung?

Welche Verlängerung der Lebenszeit kann ich durch die Behandlung erreichen?

Und mit welcher Wahrscheinlichkeit?

Welche Nebenwirkungen werden wahrscheinlich durch die Behandlung eintreten?

Wie hoch ist das Risiko von schweren Nebenwirkungen?“

Die Fragen schreiben sie sich auf einen Zettel, damit sie nichts vergessen. Mit den Antworten auf diese Fragen können Peter und seine Frau dann Entscheidungen treffen, die sie später nicht so leicht wieder in Frage stellen und grübeln, ob sie nun den richtigen Weg eingeschlagen haben.

TIPP

Machen Sie sich vor dem Arztgespräch Gedanken, was Sie wissen und konkret fragen wollen. Und schreiben Sie sich das auf einen Notizblock, den Sie mitnehmen. Und machen Sie sich bitte auch Notizen beim Gespräch.



Foto: Deutsche PalliativStiftung, 2012

Es ist kein Misstrauen, einen zweiten Arzt zu fragen. Im Gegenteil. Das Vertrauen in die Entscheidungen wird dadurch sogar gestärkt.

Dann ist die sogenannte Compliance des Patienten zur Therapie viel besser, was bedeutet, dass der Patient auch das umsetzt, was mit dem Arzt besprochen worden ist.

Andersherum wird „Futility“ vermieden. Futility ist eine echte Seuche in der modernen Medizin und meint die Über- oder Fehlversorgung mit unangemessenen Behandlungen. Diese nutzen wenig und schaden viel.

Als Peter seine Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs erhielt, war er ja zum Arzt gegangen, weil er ungewohnte Rückenschmerzen hatte. Natürlich erklärt er dann auch mir als Palliativmediziner, mit dem er bald danach einen Termin hat, wie sehr er sich fürchtet, dass

diese Schmerzen immer stärker werden würden. Er hat von anderen Patienten mit ähnlicher Diagnose gehört. Sie hatten so unerträgliche Schmerzen auszuhalten. Sie hätten unter den dauernden Schmerzen leiden müssen und auch darunter, dass sie zwischendurch zusätzlich plötzliche Schmerzen hatten, die wie ein Vernichtungsgefühl über sie hereinbrachen.

Ich erkläre Peter dazu: „Es ist ein auf den ersten Blick etwas dummer Spruch, wenn jemand sagt, „Wenn ich morgens aufwache und keine Schmerzen habe, bin ich tot“. Aber da ist doch sehr viel dran. Die meisten Menschen zwick und kneift jeden Tag irgendwo irgendwas. Viele Menschen haben auch immer wieder einmal stärkere Schmerzen, ohne dass sie dagegen etwas unternehmen. Ich zum Beispiel bin auch Narkosearzt. Da habe ich immer die Möglichkeit, wirklich alle Schmerzen komplett auszuschalten. Sie müssen auf keinen Fall mehr aushalten als Sie können und wollen.“



Wenn ich morgens aufwache und keine Schmerzen habe, bin ich tot

TIPP:

Schmerzen kann man mal mehr und mal weniger gut ertragen. Als Palliativpatient sollte man immer ein Bedarfsmedikament in ausreichender Dosierung schnell verfügbar haben, um einen Schmerz, den man nicht mehr ertragen kann oder will auch schnell und effektiv dämpfen zu können.

Das ist für Peter schon einmal sehr beruhigend. Allerdings geschähe das dann oft unter der Bedingung, dass der Patient dann sehr tief schläft, bzw. eine Vollnarkose hat, erkläre ich weiter. Aber Peter will auch möglichst klar im Kopf sein und bleiben. Da kann ich aus meiner jahrzehntelangen Erfahrung heraus weiter beruhigen: „Es gibt die Möglichkeit, die Schmerzen, so ähnlich wie mit einem Lichtschalter nicht nur ein- und auszuknipsen, sondern auch zu dimmen. Das bedeutet, dass der Arzt dem Patienten die Möglichkeit gibt, mit sehr starken, kurzwirksamen Medikamenten auch selbst zu bestimmen wie viel Schmerzen er aushalten will und wie wach er dabei noch sein möchte.“

Peter hat durch den Bauchspeicheldrüsenkrebs schlimme Verdauungsstörungen bekommen. Einerseits muss er Insulin spritzen, andererseits hat er viel zu wenig Verdauungssekret, sodass er keinen Appetit hat und vieles der Nahrung einfach kaum verdaut wieder in der Toilette landet. Deshalb hat ihm sein Hausarzt schon frühzeitig vorgeschlagen, sich doch einen sogenannten Port für die Ernährung legen zu lassen. Dazu wird in örtlicher Betäubung ein Venenkatheter unter dem Schlüsselbein in eine große Brustvene geschoben. An das andere Ende kommt eine Art kleiner Trichter mit einem Teflonstopfen. Das Ganze wird unter der Haut festgenäht und die Haut wieder verschlossen. Von außen sieht man nur noch eine kleine Narbe und vielleicht einen „Knubbel“. Dort hinein kann immer wieder mit einer Nadel gestochen werden, ohne lange nach Venen suchen zu müssen, mit der Gefahr, dass sich diese kleinen, häufig punktierten Venen irgendwann entzünden oder platzen.

Das ist für einige Zeit eine sehr große Erleichterung und Peter nimmt auch wieder an Gewicht zu und hat wieder mehr Kraft für den Alltag, der ihm noch verbleibt.

TIPP

Haben Sie keine Angst vor künstlicher Ernährung! Zum richtigen Zeitpunkt mit der richtigen Indikation beim richtigen Patienten kann dadurch die Lebenszeit verlängert und die Lebensqualität ganz deutlich gesteigert werden.

Durch die zusätzliche Ernährung kann Peter seine Kraft besser erhalten und es kann durch eine intensive hospizliche und palliative Begleitung noch einmal über viele Monate eine Zeit mit hoher Lebensqualität ermöglicht werden. Nachdem es ihm einige Zeit im Krankenhaus so richtig schlecht ging, wird er wieder beweglicher, kann teils selbst Auto fahren und nimmt mit viel Freude am alltäglichen Leben teil. Aber der Krebs verschlechtert sich natürlich, breitet sich weiter aus. Peter ernährt sich mithilfe seiner Familie und auch des Pflegediensts deshalb immer mehr über seinen Port direkt in die Vene.

Doch irgendwann, da ist er schon eine Zeitlang bettlägerig, verliert er ganz den Lebenswillen, er kann einfach nicht mehr. Er hat Schmerzen, immer wieder Übelkeit und Erbrechen, Erstickungsanfälle, deren Ursache schwer zu behandeln ist, und verliert völlig den Lebensmut. „Gut, dass ich frühzeitig mit meiner Frau gesprochen habe, was ich will, wenn ... Und ihr dann eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ausgestellt habe!“, denkt er sich. Und hofft, dass sie auch umgesetzt wird.



Foto: Irmgard Schäfer

Alternativen

Wohn- und Lebensformen in einer Gesellschaft des langen Lebens

Von Dr. Stefan Arend

Die Veröffentlichungen zur Thematik Wohn- und Lebensformen im Alter sind (fast) nicht mehr zu überschauen. Handelte es sich früher bei dieser Fragestellung eher um ein Nischenthema, so präsentiert sich heute ein sehr differenziertes Bild mit recht heterogenen Ausprägungen. Das wundert nicht weiter: Denn so wenig es den alten Menschen gibt, so wenig gibt es auch die Lösung für ein Wohnen und Leben im Alter. Und zudem handelt es sich bei der Gruppe der älteren und alten Menschen nicht um eine Minderheit in unserer Gesellschaft, sondern mittlerweile um die, die langsam aber sicher die Majorität gewinnt.

Kein Wunder, dass es heute eine fast nicht mehr zu übersehende Vielfalt an Wohnformen und Lebensentwürfen für die ältere Generation gibt: Senioren-WG, Mehrgenerationenwohnen, Betreutes Wohnen, Wohnen mit Service, Wohnstift, Seniorenresidenz, Pflegeheim, Hausgemeinschaften, Wohngruppen, Seniorenwohnbau-genossenschaften, Quartierskonzepte, seniorenrechtliches Wohnen, Pflege-Bauernhof, Senioren-Landhaus-Kommunen und eben auch das „ganz normale“ Wohnen zu Hause. Vielfalt wirklich allenthalben.

Verblüffend ist, dass trotz dieser Entwicklung, die öffentliche Diskussion allerdings noch immer von alten Mythen beeinflusst wird, die sich mit scheinbar unbeugsamer Kraft von Generation zu Generation vererben. Einer dieser Mythen ist die romantisierende Geschichte von der Großfamilie, die früher angeblich schlechthin die Lebensform unseres Kulturkreises gewesen sein soll und auch die Alters-

vorsorge gesichert hat. Doch, so bringt es Peter Borscheid in seinem Buch über die Geschichte des Alters auf den Punkt: Die „von der sozialkonservativen Familienforschung des 19. Jahrhunderts immer wieder verherrlichte bäuerliche Dreigenerationenfamilie“ hat allein schon mit Blick auf die geringe Lebenserwartung nicht existiert. Die bäuerliche Dreigenerationenfamilie fehlte überall dort, wo die Tragfähigkeit der Höfe mehr als eine Kernfamilie, bestehend aus dem Elternpaar und den noch nicht verheirateten Kindern, nicht zu verkraften vermochte“. Wir halten fest: Alter(n) war auch damals ein hartes Brot, für beide Seiten, für die Jungen wie für die Alten.

Kehren wir zur Gegenwart zurück: Nach den neusten Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes sollen schon im Jahre 2030 bei uns rund 20 Prozent im Alter zwischen 65 und 79 Jahren sein, 8 Prozent 80 Jahre und älter, im Jahre 2060 werden 20 Prozent zwischen 65 und 79 Jahre alt sein, 13 Prozent 80 Jahre und älter. Zum Vergleich: Im Jahre 1950 erreichte nur rund 1 Prozent der deutschen Gesellschaft ein Alter von über 80.

Die Lebenserwartung Neugeborener wird bis zum Jahr 2060 – so die Prognosen des Statistischen Bundesamtes – im Vergleich zu heute für Jungen (77,7 Jahre) um etwa 8 Jahre auf dann 85,0 Jahre und für Mädchen (82,8 Jahre) um etwa 7 Jahre auf 89,2 Jahre zunehmen.

Diese Entwicklungen werden neben vielen anderen Herausforderungen auch zur Folge haben, dass die alten biografischen Meilensteine, die früher den Lebenslauf in Kindheit / Jugend, Erwachsensein und Alter gliederten, nicht mehr taugen. Daher wird das Alter heute gerne in mehrere Sequen-



Foto: Stefan Arend

zen gegliedert und von einem vierten oder sogar von einem fünften Lebensabschnitt gesprochen. Immer häufiger findet sich ebenso die recht griffige Bezeichnung der „Gesellschaft des langen Lebens“, wenn alle Entwicklungen des demografischen Wandels sprachlich einprägsam zusammengefasst werden.

Oftmals wird Wohnen im Alter mit Sonderwohnformen, wie dem (Pflege) Heim, mit Betreutem Wohnen oder einer Seniorenresidenz assoziiert, so als würden viele Millionen Menschen jenseits der 60 in Institutionen leben. Die häufigste Wohnform im Alter ist jedoch die „ganz normale“ Wohnung.



Dr. Stefan Arend M.A.
Maria-Eich-Straße 97 c
D-82166 Gräfelfing

stefan.arend@
institut-
sozialmanagement.de

Foto: Privat

”

Die größte Herausforderung der Zukunft bleibt die Frage nach der „Ressource Mensch“, wer also in Zukunft Pflege und Begleitung sicherstellen soll.

Selbst zwei Drittel der 90-Jährigen nutzen keine besonderen Wohnformen für das Alter, sondern wohnen im „normalen“ Wohnungsbestand. Die meisten älteren Menschen leben auch dann noch in einer „normalen“ Wohnung, wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind.

Weil aber ältere Menschen häufig sehr lange in ihren Wohnungen leben, bewohnen sie vielfach ältere Gebäude. Mehr als die Hälfte der Seniorenhaushalte in Deutschland lebt in Gebäuden der Baujahre 1949 bis 1980. Viele dieser Gebäude sind aufgrund ihrer Bauweise nicht barrierefrei oder barrierearm: 83 Prozent weisen sogar erhebliche Barrieren auf, jede zehnte von Seniorinnen und Senioren genutzte Wohnung ist für Anpassungsmaßnahmen nicht geeignet.

Alle ernsthaften Befragungen und Untersuchungen zeigen, dass es der deutlich formulierte Wunsch der Menschen ist, im Alter auch dann im angestammten Umfeld, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, wenn Unterstützung oder Pflege vonnöten sein sollten. In einem solchen Fall wünscht man sich ambulante Hilfe, die von außen nach Hause kommt. Das können mobile Krankenpflegedienste sein, Hilfe durch Familienangehörige oder Nachbarn, aber durchaus auch mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen. Von den derzeit rund 5 Millionen Pflegebedürftigen werden über 80 % zuhause gepflegt, mit (ein Drittel) und ohne (zwei Drittel) Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Nicht einmal 20 % der Pflegebedürftigen wird in Heimen gepflegt.

Der Markt und die Angebote vollstationärer Einrichtungen (Pflegeheime) sind recht heterogen. Zunächst gibt es Regionen mit einer hohen Heimquote (fast 50 % der Pflegebedürftigen leben in Heimen) und Kreise mit einer sehr niedrigen Quote (nicht einmal 20 % werden in Heimen gepflegt); und es gibt große Einrichtungen (120 Plätze und mehr) mit weitgehend standardisierten und wirtschaftlich optimierten

Formen, aber auch kleinteilige Häuser, die danach streben, gewohnte, alltagsnormale Lebenswelten durch Wohngruppen und Hausgemeinschaften durch eine ambitionierte Konzeption abzubilden. Da dürfen die Zu- und Angehörigen gerne auch selbst mit Hand anlegen. Gerade diese so genannten alternativen, neuen Wohnformen, zu denen auch betreute Wohngemeinschaften zählen, stehen aktuell sehr hoch in der Gunst der öffentlichen Wahrnehmung. Diese Formen einer Versorgung, wenn Begleitung und Hilfen notwendig werden, können auch durch Eigeninitiative von Betroffenen und ihren Angehörigen entstehen.

Die größte Herausforderung der Zukunft bleibt die Frage nach der „Ressource Mensch“, wer also in Zukunft Pflege und Begleitung sicherstellen soll. Der Mangel an Mitarbeitenden und die Singularisierung der Gesellschaft werden die herkömmlichen Unterstützungsformen in Frage stellen. Die Zahlen sind alarmierend. Das gilt besonders für die ambulante Versorgung.

Vor allem der heute noch größte „Pflegedienst der Gesellschaft“, die Familie, wird radikal schrumpfen. Denn die Familienstrukturen ändern, fragmentieren sich. Die familiären Netzwerke der nachfolgenden Altersgenerationen werden entweder aufgrund immer mehr kinderloser Paare nicht mehr vorhanden sein oder sind vor Ort (immer mehr multilokale Familien) nicht mehr greifbar. Die Kommunen werden so wieder verstärkt in die Rolle eines Moderators und Gestalters der örtlichen Altenhilfestrukturen zurückkehren. Die Entwicklung einer zukunftsfähigen und am jeweiligen Bedarf orientierten Wohn-Infrastruktur und Pflege- bzw. Assistenzlandschaft stellt eine zentrale Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge dar.

Es ist unzweifelhaft, dass sich Wohn- und Lebensformen im Alter im Zuge des demografischen Wandels mit all seinen Auswirkungen weiter ausdifferenzieren und sich in ihrer Komplexität weiterentwickeln (müssen). Dabei

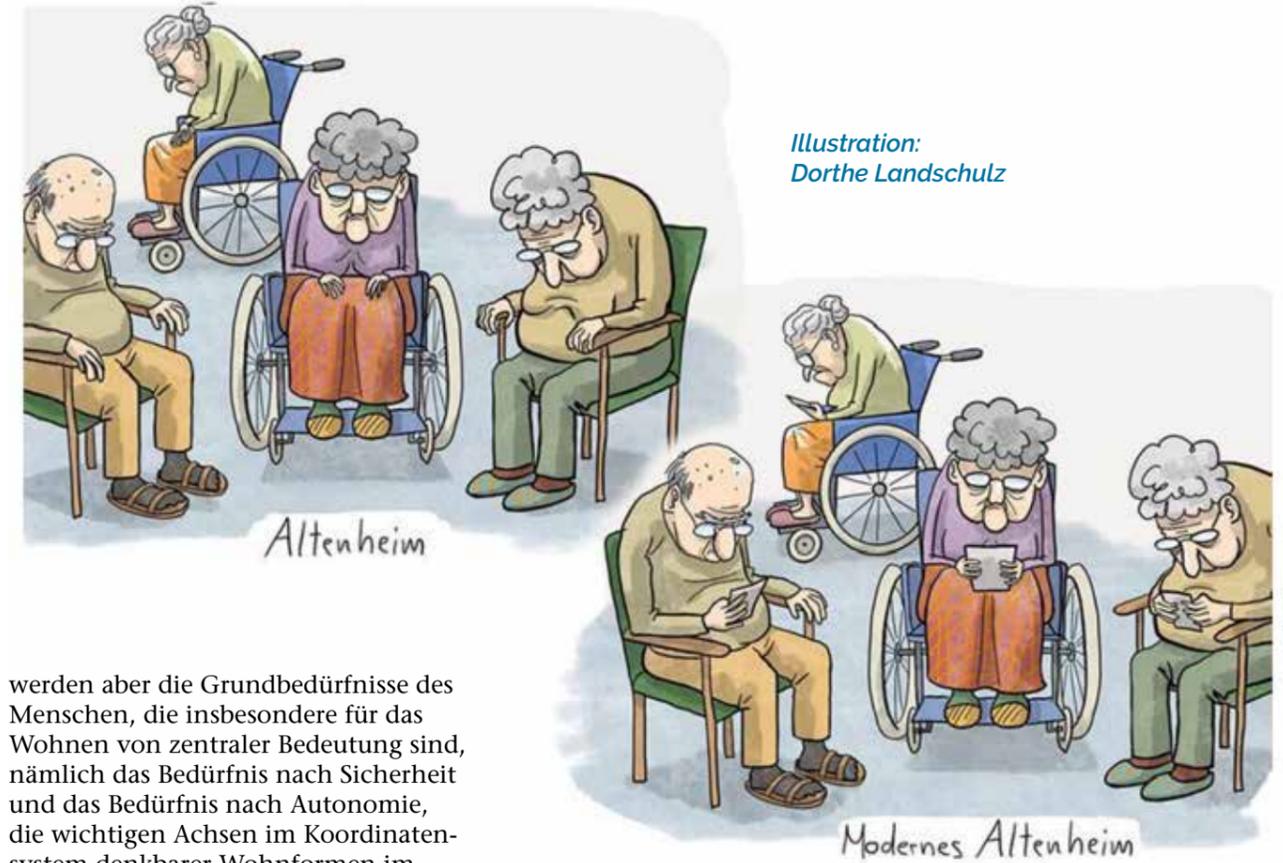


Illustration: Dorte Landschulz

werden aber die Grundbedürfnisse des Menschen, die insbesondere für das Wohnen von zentraler Bedeutung sind, nämlich das Bedürfnis nach Sicherheit und das Bedürfnis nach Autonomie, die wichtigen Achsen im Koordinatensystem denkbarer Wohnformen im Alter bleiben.

Institutionelles Wohnen ohne eine Garantie der Autonomie eines jeden einzelnen, der sie nutzt, wird keine Zukunft haben, da dies gesellschaftlich keine Akzeptanz mehr findet.

Dem gegenüber wird aber auch die Entwicklung einer weitgehenden individualisierten, ambulanten Pflege schnell an die Grenzen des Möglichen und Machbaren stoßen. Der Zugang zu den dafür notwendigen Ressourcen – durch knapper werdende professionelle Pflegekräfte (auch aus dem Ausland) und schwindende familiäre Unterstützungsmöglichkeiten – wird immer schwieriger. Sicherheit und gleichzeitig Autonomie versprechen eher gemeinschaftliche Wohnformen, sorgende Gemeinschaften, die nicht nur (Wohn)Raum teilen, sondern auch personelle Ressourcen. Cohousing, Shared Living / Housing oder aber auch Wohnen für Hilfe sind bereits gängige Schlagwörter solcher Konzepte.

Man sieht bei dieser Vielfalt und den Herausforderungen, dass man sich rechtzeitig über die eigenen Bedürfnisse für die Lebensgestaltung im Alter klar werden muss und seine gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Ressourcen einer ehrlichen wie selbstkritischen Prüfung unterziehen sollte: Auf was, vor allem aber auf wen kann und will ich im Alter zählen?

Die positive Nachricht: Man kann gestalten, man muss es allerdings auch wollen, und am besten morgen damit starten.

Morgen!



Rhöner Humor nach Ludwig Vogel

Se kreijchd en Brell

„Host du dich von dinner Freundin getrännt, well se en Brell Kreijchd?“
 „Nä, se hodd sich gedrennt, be se de Brell hadd.“
 „Hast Du Dich von Deiner Freundin getrennt, weil sie eine Brille bekam?“
 „Nein, sie hat sich getrennt, als sie die Brille hatte.“

Haben Sie auch schöne Witze in Mundart? Gerne drucken wir sie ab.



Fast die ganzen Wintermonate war ich mit diesem Gedicht unterwegs. An circa 40 Abenden, auf den verschiedensten Bühnen. On Tour mit meinem Soloprogramm, von Wien bis Hannover, über Niederbayern, Franken, Baden-Württemberg und Hessen. Auch in Fulda war ich damit, letztes Jahr am Palliativtag auf der Landesgartenschau.

An jedem dieser Abende erzähle ich - grob gesagt - warum ich kein Rockstar wurde. Und in Ermangelung eines Rocksongs, den ich natürlich immer schon schreiben, beziehungsweise performen wollte, hab' ich dann einfach ein Gedicht aus meinem Gedichtband vertont, weil ich dachte: Ok, die „Lyrics“ sind schon da, da brauche ich ja nur noch die Akkorde und eine Melodie.

Und jedes Mal wenn ich mit dem Gedicht auf der Bühne gegen meine Hilflosigkeit und Angst ansinge, habe ich das Gefühl, dass ich angesichts der vielen Katastrophen um uns herum damit nicht allein bin. Und ich gemeinsam mit dem Publikum für einen Moment innehalten – und vielleicht sogar kurz darüber lachen kann.

ich fürchte nichts

manchmal
 kurz nach dem Aufwachen
 kriege ich es
 mit der Angst zu tun
 wie da die Lebenszeit so ungerührt
 an mir vorbei zieht
 ohne mich läuft da die Zeit
 und nun die Wettervorhersage
 für morgen Freitag den siebten April
 schon wieder Morgen
 schon wieder Abend
 schon wieder Freitag
 und was hab ich dazu getan
 ich fürchte nichts



„Mit Verstand altern“

Ein Interview von Mike Powelz mit Dr. med. Marianne Koch, über das Altwerden, Ängste und Glück



Die elfjährige Marianne bastelte sich Schwesternkleidung und pflegte ihren mumpskranken Bruder. „Wenn man mich damals fragte, was ich einmal werden wollte, antwortete ich immer: Rotkreuzschwester oder Schauspielerin.“

Foto: privat

„Mit Verstand altern“ lautet der Titel Ihres neuen Buches. Was sind die größten Herausforderungen dabei, mit Verstand zu altern?

Die Altersforschung lehrt uns, dass wir Altern nicht als etwas Negatives, nur Verlustreiches und als eine einzige Abwärtsspirale betrachten sollen, sondern als einen interessanten Abschnitt des Lebens, der viele neue Erkenntnisse, Begegnungen, Glücksmomente und womöglich Abenteuerliches für uns bereithält. Die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Altern sind allerdings körperliche Beweglichkeit – geistige Beweglichkeit – ein starkes soziales Netz – und: Mutig sein.

Sie schreiben, Altwerden sei keine Horrorgeschichte. Dem widerspricht der Spruch von Mae West – „Altwerden ist nichts für Feiglinge“. Wie lässt sich das in Einklang bringen?

Das Alter ist ein spannender Abschnitt unseres Lebens. Wie wir in jüngeren Jahren darüber denken, ob mit Ängsten oder gelassen, hängt zum einen von den Erlebnissen mit alten Menschen – Eltern, Freunden – ab. Zum anderen sicher auch von der allgemeinen gesellschaftlichen Meinung über das Alter. Und die ist bei uns – und fast überall in der westlichen Welt – immer noch eher negativ. Im Gegensatz zu fernöstlichen Ländern, in denen alten Menschen meistens mit Wertschätzung und Bewunderung begegnet wird.

Eine Ihrer Einsichten lautet, dass wir die „große Freiheit“, die uns beim Renteneintritt erwartet, positiv begrüßen sollten. Gleichzeitig sollten wir uns unsere Ängste klarmachen – um sie in den Griff zu bekommen. Warum ist beides gleichermaßen wichtig?

Weil unsere wunderbaren hundert Milliarden Gehirnzellen Anregungen brauchen, um ihre so wichtigen Verbindungen untereinander zu erhalten und dadurch fit zu bleiben. Zum anderen, weil ständige negative Gefühle und Gedanken eher zu geistiger Einschränkung bis hin zu Demenz führen können.

„Sobald man weißhaarig ist, tritt man in eine Armee von Unsichtbaren ein. Wir sind Tausende – aber wir werden überall übersehen.“ So lautete ein Satz aus dem mit dem „Adolf Grimme Preis“ ausgezeichneten „Tatort: Herzversagen“ über ältere Menschen in Deutschland ...

Es ist ja schon viel besser geworden. Wenn früher eine freche Jugend von „Gruftis“ und „Kompostis“ geredet hat, so wird heute die Leistung der älteren



Interview im Theater Foyer-Duisburg, 2011 / Foto: HayrettinyÖZCAN / Imago

Menschen durchaus gewürdigt. Und es erscheint nicht mehr so erstaunlich, dass in den USA beide Präsidenten-Anwärter über 75 Jahre alt sind.

Was kann man konkret tun, um sich im Alter wohlzufühlen?

Sechs Dinge: Erstens regelmäßige körperliche Aktivität ausüben – beispielsweise durch Sport, Fitness-Studio oder auch nur Spazierengehen. Dabei auch auf Muskeltraining achten. Zweitens: sich gut ernähren und möglichst keine Industrienahrung essen. Das bedeutet auch möglichst wenig Zucker sowie Alkohol konsumieren. Drittens: Viele Interessen im Sinne von „lebenslangem Lernen“ pflegen. Viertens: Alles tun, um nicht einsam zu werden, auch

nach unvermeidlichen Verlusten von Angehörigen und Freunden. Fünftens: nicht Rauchen – auch keine E-Zigaretten. Und sechstens regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen.

Thema Palliativmedizin: Wie viele Menschen am Lebensende haben Sie in Ihrer langjährigen Karriere als Ärztin bis zum Tod begleitet?

Ich war zehn Jahre lang Assistenzärztin einer internistischen Klinikabteilung und dort auch auf der Intensivstation tätig. Ich habe nicht gezählt, wie viele Patienten ich dort beim Sterben betreuen durfte. Und selbstverständlich ist das Sterben von Angehörigen noch ein ganz anderes tiefgreifendes Erlebnis.

„
Das Alter ist ein spannender Abschnitt unseres Lebens.“



Marianne Koch als Marisol
1964 mit Clint Eastwood in
„Für eine handvoll Dollar“

Foto: Wikipedia

Wo sehen Sie Chancen und Risiken der Palliativmedizin?

Ich sehe keine Risiken in der Palliativmedizin. Das Wort „palliativ“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „umhüllen“, „beschützen“. Das heißt, es geht bei diesem medizinischen Fachgebiet nicht nur um ein sanftes Sterben, sondern vor allem darum, das Leben in den verbleibenden Wochen oder Monaten noch lebenswert zu machen. Also einerseits die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und anderen Beschwerden. Zum anderen aber auch das Eingehen auf die Ängste, auf

die seelischen und sozialen Probleme der Patienten. In einem Palliativ-Team sind deshalb neben den Ärzten auch immer Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter abrufbar. Gerade wenn der zu Hause gepflegt wird, ist es gut, sehr rechtzeitig die Palliativleute zu konsultieren.

Angst vor dem Sterben – muss man die 2024 überhaupt noch in Deutschland haben?

Der Übergang vom Leben zum Tod ist ein existenzielles Geschehen. Dass man davor Ängste, aber auch Zuversicht oder Gelassenheit spürt, ist sicher bei jedem Menschen anders. Die Palliativmedizin kann dabei wenigstens die körperlichen Beschwerden auf ein Minimum reduzieren.

Sie sind seit 1997 Ehrenpräsidentin der Deutschen Schmerzliga. Ihre Bilanz: Sind chronische Schmerzen 2024 endlich eine behandelbare Krankheit – oder stößt man bei der Behandlung immer noch an Grenzen? Und falls ja: wo?

Ich habe in meiner aktiven Zeit die Genugtuung erlebt, dass Schmerztherapie ein Teil des allgemeinen Medizinstudiums geworden ist. Dass es immer noch Grenzen in der Behandlung gibt, liegt an der Komplexität des Leidens. Anfang der 2000er haben die Schmerztherapie und die Palliativversorgung einen guten Aufschwung genommen. Hospizarbeit und Palliativversorgung sind und werden weiter gut ausgebaut. Es gibt noch weiße Flecken, aber es gibt auch meist eine recht ordentliche Finanzierung. Nur in der (speziellen) Schmerztherapie ist es schwierig geworden. Es werden heute rund 3.400.000 Schmerzpatienten von gerade einmal 1.200 aktiven Schmerzmedizinerinnen versorgt. 10.000 wären nötig, sagt die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin.



Was sollten wir ändern, damit alle Schmerzpatienten angemessen versorgt werden können?

Ich denke, wir können das Problem nur lösen, wenn „spezielle Schmerztherapie“ wenigstens in einem gewissen Umfang Pflichtausbildungsfach der

Allgemeinmediziner und Internisten wird. Es gibt wenigstens inzwischen nicht nur an den Unikliniken, sondern in allen Städten – und nicht nur dort – Schmerzzentren, die auf dem neuesten Stand der Medizin behandeln. Die Deutsche Schmerzliga nennt Ihnen gerne die entsprechenden Adressen in Ihrer Nähe.

Stichwort Künstliche Intelligenz: Glauben Sie, dass uns Künstliche Intelligenz schon bald ein noch längeres, gesünderes Leben ermöglicht?

Künstliche Intelligenz wird sicher eine große Hilfe für die Ärzte werden. Das Einzige, was sie nicht leisten kann, ist die so wichtige intensive persönliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die ein Teil der Therapie und des Heilungserfolgs ist.

Oben:
Mit Robert Lembke und dem „Was bin ich“-Rate-
team
Foto: imago, Funke media

Links:
Marianne Koch als junge
Medizinstudentin Anfang
der ‚50er Jahre.
Foto: privat

”

Ich sehe
keine Risiken
in der Palliativ-
medizin.

”

Da gibt es bestimmt Themen, die neugierig machen. Und dann: Nur Mut!

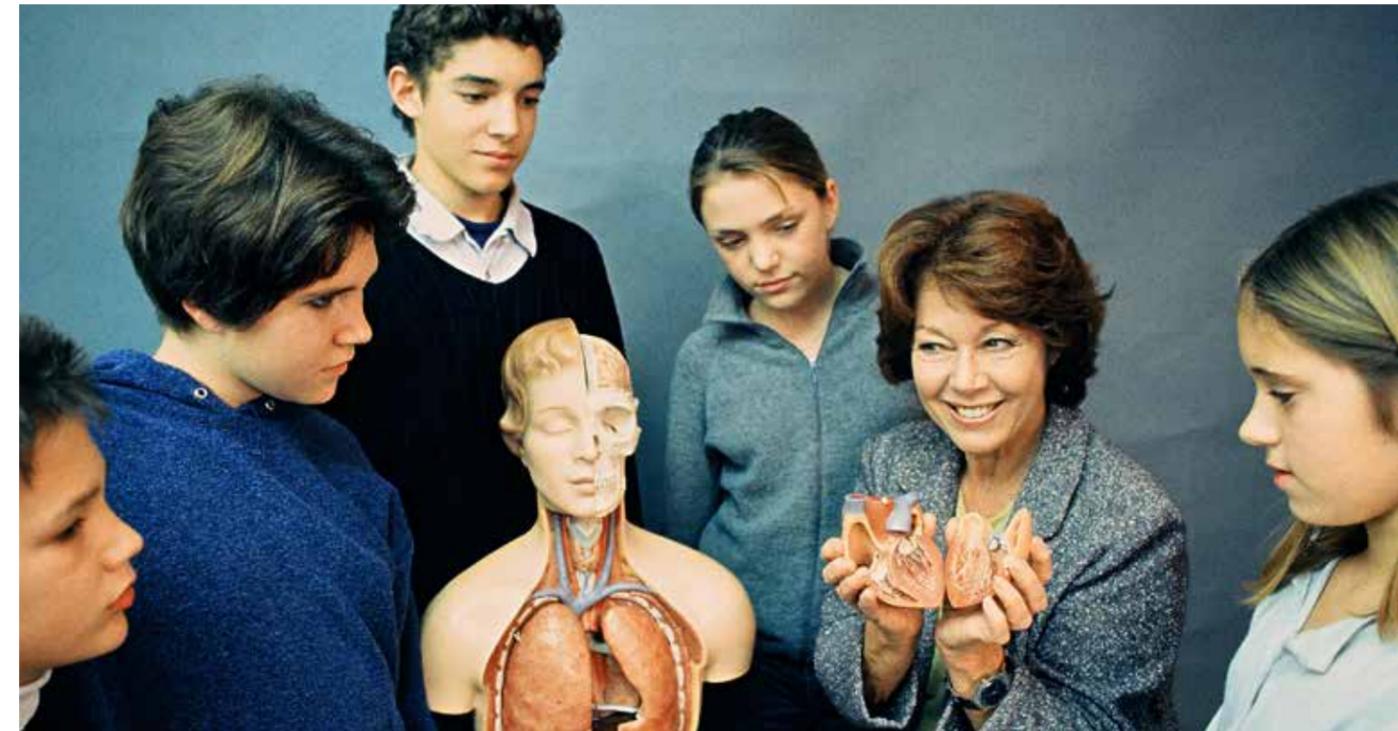


Marianne Kochs Autogrammkarte
Foto: Privat

Eine „goldene Regel“, die man aus Ihrem neuen Buch ableiten kann, lautet „positiv denken“. Aber mal ehrlich: Wie schafft man es, immer wieder das Schöne zu sehen – besonders wenn man schwere Zeiten durchlebt? Gibt es dafür einen „Trick“?

Nein, ich glaube, es gibt keinen „Trick“. Aber es gibt die Fakten, dass wir – im Gegensatz zu so vielen Menschen in der Welt – in einem relativ sicheren Land leben, genügend zu essen haben, eine hochwertige medizinische

Versorgung und ein doch ziemlich gut funktionierendes soziales Netz. Dass wir eine herrliche Natur genießen dürfen und, in den meisten Fällen, gute Freunde und eine liebe Familie haben. Menschen mit starken Behinderungen, womöglich mit Schmerzen, mit Ängsten, Depressionen oder Einsamkeitsgefühlen haben es selbstverständlich schwieriger, positiv zu denken. Aber ich kenne auch solche Leute und bewundere sie.



Szenenfoto für eine Gesundheitsserie. / Foto: Isolde Ohlbaum

Durch die Beschäftigung mit neuen Dingen verknüpfen sich unsere Synapsen immer wieder – das lehrt uns Ihr Buch. Aber wie schafft man es, sich überhaupt für etwas Neues zu begeistern? Können Sie uns ein „Lern-Ritual“ verraten?

Das kann ich natürlich nicht. Aber jeder Mensch hat, gerade wenn er an seine jüngeren Jahre denkt, bestimmte Interessen gehabt – Kunst, Sport, Reisen – um die er sich vielleicht in der Routine von Beruf und Familienleben nicht mehr so kümmern konnte. Die könnte man jetzt wiederbeleben. Außerdem rate ich, sich die vielen Kursangebote der Volkshochschulen anzusehen. Da gibt es bestimmt Themen, die neugierig machen. Und dann: Nur Mut!

Sie erwähnen die Wichtigkeit von Ruhe für einen guten Schlaf – doch viele Menschen leiden unter Schlafproblemen. Ihr Tipp: was sind die besten Mittel dagegen? Und wie finden wir besonders in anstrengenden Zeiten den so dringend benötigten, erholsamen Schlaf?

Bei ernststen Störungen sollte man sich in ein Schlaflabor überweisen lassen, wo nicht nur eine präzise Diagnose stattfindet, sondern auch Therapie-möglichkeiten empfohlen werden.

Was möchten Sie unseren Lesern gerne noch mit auf den Weg geben?!

Ich glaube, der wichtigste Rat für ein vergnügtes und erfülltes Älterwerden heißt: Mutig sein! Sich Dinge zuzutrauen, die man gerne tut, Neuanfänge zu wagen, Altwerden als Abenteuer zu empfinden.

Schlussfrage: Wenn Ihr Leben als Schauspielerin und Ärztin ein Film wäre, wie lautete wohl der treffendste Titel?

„Hurrah – endlich Ärztin!“

© Dr. Marianne Koch, 2024



Foto: Privat

Mike Powelz,

51, ist ein deutscher Journalist und Schriftsteller. Er arbeitet für mehrere Magazine und hat Persönlichkeiten wie Altbundeskanzler Helmut Schmidt u.v.a. interviewt. Sein bekanntester Roman ist der Hospizkrimi „Die Flockenleserin“.

St. Hedwig Altenheim in Fulda-Horas

**Schwester Brunhilde Wehner,
geb. 1938**

Mit Anfang 20 Eintritt ins
Mutterhaus der Vinzentinerinnen

1962 bis 1964 Pflegepraktikum bei
Schwester Johanella, Marburg

1964 bis 1967 Ausbil-
dung zur
Krankenschwester
am Städtischen
Krankenhaus
Fulda

Stationsschwes-
ter, Marienkran-
kenhaus, Kassel

Stationsleitung,
Hanau

Pflegedienstleitung, Hünfeld

Generaloberin des Ordens der
Vinzentinerinnen, Fulda

Oberin in einem Kurheim in
Bad Salzschlirf

Oberin im Hedwig Stift,
Fulda-Horas



*Als Hospiz des Monats möch-
ten wir heute anlässlich unseres
Schwerpunktthemas „Pflege im
Alter“ ein Pflegeheim vorstellen.
Oder noch besser: Wir möchten
eine Mitarbeiterin zu Wort kom-
men lassen, die zugleich auch
eine Bewohnerin im Pflegeheim ist:
Schwester Brunhilde Wehner.*

Ich bin glücklich, dass ich
noch jeden Morgen gut
aufstehen kann. Auch
wenn ich noch müde
bin. Und abends
auch wieder müde
ins Bett gehen kann.
Das ist ein großes
Geschenk vom lieben
Gott für mich. Ich
sehe jeden Tag, wie es
vielen Menschen geht,
die in meinem Alter sind. Im
Hedwig-Stift habe ich einen Voll-
zeitjob. Ich mache alles freiwillig,
habe manches übernommen, weil
ich nicht einfach nur Däumchen
drehen könnte. So bleibe ich in
Bewegung, halte mich geistig
aktiv und habe eine wunderbare
Gemeinschaft.

Ich bin vor 60 Jahren als Kranken-
schwester ausgebildet worden.
Davor habe ich ein Praktikum bei
Schwester Johanella in Marburg
gemacht. Da war die Pflege anders
als heute, es wurde mir sogar das
Spritzen beigebracht.

Nach dem Examen arbeitete ich
acht Jahre als Stationsschwester
im Kasseler Marienkrankenhaus
direkt am Kranken. Das war auch
anders als heute. Heute wird so-
viel dokumentiert. Damals waren
wir weniger im Büro. Alles war
auch eine große Herausforderung
für mich.

Dann wurde ich als Pflegedienst-
leitung weitergebildet, habe in
Hanau gearbeitet und war 20
Jahre Pflegedienstleitung im Hün-
felder Krankenhaus. Auch dort
gab es längst nicht nur Büroarbei-
ten. Ich hatte auch die direkte
Aufsicht über alle Krankenpfle-
genden. Ich bin niemand, der die
Stunden zählen muss. Ich war
einfach immer da. Ich hatte dabei
eine richtig gute Zeit und habe
immer noch gute Kontakte mit
Mitarbeitern nach 30 Jahren. Zwar
habe ich nicht mehr direkt ge-
pflegt, aber ich kannte jeden, der
schwerkrank im Sterben lag. Diese
Menschen habe ich regelmäßig
besucht und begleitet.

Das war zugleich ein großer Halt
für unsere Krankenschwestern,
dass noch jemand nach den Ster-
benden schaut und ihre Verant-
wortung teilt.

Dann bin ich noch für zwölf Jahre
zur Generaloberin gewählt und
anschließend versetzt worden.
Das ist halt das Los einer Ordens-
frau.

Schließlich war ich noch zehn
Jahre in einem Kurhaus in Bad
Salzschlirf als Oberin bis es ge-
schlossen wurde. Auch von dort
habe ich noch schöne Kontakte
mit den Gästen.

Zum Schluss habe ich hier im
Hedwigstift die Oberin abge-
löst. Damals waren wir noch 19
Schwestern, acht sind nur noch
übrig. Hier habe ich es mir zur
Aufgabe gemacht, hilfbedürfti-
ge Personen mit zu umsorgen.
Wenn Sie hier wohnen, dann ist
der Anspruch einfach da, mit den
Bewohnern im gutem Kontakt zu

schöner leben ... 3|24





sein; das ist ein großer Schatz für mich, den Menschen zu begegnen!

Mein Wahlspruch war immer „Dem Leben dienen. Dem Menschen dienen. Als Ordensfrau im Anderen Christus zu sehen.“

So habe ich einen „Vollzeitjob“. Die Arbeit ist keine Last für mich, ich bin froh und dankbar, dass ich diesen Dienst noch leisten kann. Für Menschen da sein, ist einfach schön.

Ich schaue gerne auf mein Leben zurück; mir hat persönlich nichts gefehlt. Ich war selbst auch einmal ziemlich krank. Das hat mir noch einmal einen anderen Blick auf die Pflege gebracht. Man hat dann mehr Verständnis für die Kranken. So bin ich immer gut mit kranken Menschen zurechtgekommen.

Es macht einen Unterschied, dass wir als Ordensschwestern immer da sind. DAS hilft sehr viel. Den Bewohnern und auch der Gesellschaft. So hat man einen so guten Überblick über das Haus, über die Menschen hier. Das kann man durch die kurzen Arbeitsabschnitte, die vielen Wechsel, nicht erreichen. Natürlich muss man die Kraft dazu haben. Wenn ich müde bin, lege ich mich auch mal mittags zwei Stunden hin.

Es macht besonders den Bewohnern sehr zu schaffen, dass immerzu jemand anders da ist. Es wächst ja gerade im Pflegeheim eine familiäre Bindung. Es ist heute so kunterbunt geworden. Unsere Mitarbeiter leisten Enormes. Da ist ein großer Unterschied in der Einstellung zwischen Kranken- und Altenpflegenden. Die Altenpflegekräfte legen mehr Wert auf die zwischenmenschlichen Beziehungen.

Mutter Gottes in der Kapelle des Hedwigstiftes.

Foto: Thomas Sitte



Der alte Mensch sucht ein zuhause!

Das ist im Krankenhaus mit der Pflege nicht so. Da will der Patient schnell gesund werden und wieder raus. Im Pflegeheim möchte er aber zuhause sein. Da müssen die Mitarbeiter ihm nahe sein, ihm aufmerksam begegnen. Die Aufmerksamkeit ist die große Sache im Pflegeheim. Hier wird nicht nur gepflegt, sondern mit dem Bewohner die tägliche Arbeit getan. Natürlich gibt es auch Probleme, besonders zu wenig Personal. Aber unser Haus ist nicht so groß mit 53 Bewohnern, da kennt und hilft man sich gegenseitig. Und unser Haus ist mittendrin im Kern vom alten Dorf. Da gibt es auch viele Angehörige, die jeden Tag zu Besuch kommen.

Wir Schwestern sind als Vinzentinerinnen nicht in Klausur, wir sind gerne mittendrin unter den Menschen. Hier ist eine herrliche Architektur, ein schöner Park. Leider ist das Haus für die Wirtschaftlichkeit zu klein geworden und wir müssen anbauen. Viel größer soll es aber nicht werden, damit das Menschliche an erster Stelle stehen bleiben kann. Wir wollen dem Leben begegnen!

Meine Antwort bei alten Menschen, die sagen: „Warum holt mich der liebe Gott nicht?“ ist dann „Jeder Tag, den wir erleben ist ein Geschenk vom Schöpfer. Und meine Überzeugung ist, er wird auch noch jeden Tag eine kleine Aufgabe für uns bereit halten.“

schöner leben ... 3|24



Sw. Brunhilde und Sw. Roberta Maria, 96, im sonnigen Garten des Hedwig-Stiftes.

Foto: Thomas Sitte

Als Vinzentinerinnen sind wir da, um anderen zu helfen. Das hilft dem Einzelnen wie auch der Gesellschaft. Wir müssen dabei nicht alles tun, um Leben zu erhalten. Man kann es auch verstehen, wenn jemand so elend dran ist, dass er Schluss machen will. Da ist es eine gute Erfahrung, wenn ein Bewohner gut palliativ versorgt wird. Wenn jemand schlecht Luft bekommt, wird es mit den richtigen Medikamenten leichter. Und ich sitze oft dabei und bete für sie und mit Sterbenden. Oft gibt es dabei seelische Nöte, die es dann schwer machen. Jeder stirbt seinen Tod. Es ist ein Geschenk, wenn ich beim Tod begleiten kann und sehe, wie leicht es sein kann.

Ich fürchte mich auch vorm Tod. Aber wenn ich dann wieder Sterbende sehe, denke ich oft, da braucht man doch gar keine Angst zu haben.

Wer Altenpflege als Beruf ergreift, weiß, dass es anspruchsvoll ist, dass wir uns ein Stück auf die Bewohner einlassen müssen und uns nicht auspowern dürfen. Nach gut sechzig Jahre Kranken- und Altenpflege ist es für mich wichtig, dass ich den jungen Mitarbeitern keine Vorschriften mache. Ich habe eine lange Erfahrung. Wir können da viel aus der Vergangenheit lernen. Trotzdem hüte ich mich, zu sagen, dass macht man besser so oder so. Wenn man möchte, kann man von uns Alten schon einiges lernen.

Ich bin für die Armen, die Alten und kranken Menschen da, das ist meine Berufung. Da gibt es natürlich vieles, das ich falsch gemacht habe. Mein Wunsch ist immer, dass ein Bewohner spürt, dass wir Mitarbeiter für sie da sein wollen, dass es uns nicht nur ums Geld geht. Und dass ausreichend viel Personal da ist.

Die Mitarbeiter dürfen nicht überfordert werden. Dann kann der Mensch hier sein zuhause neu finden. Für mich wünsche ich mir, dass ich die Arbeit noch etwas tun kann.

Auch wenn sich das über Nacht ändern kann.



Jeder Tag, den wir erleben ist ein Geschenk vom Schöpfer.

schöner leben ... 3|24

Der Weg in ein Pflegeheim ist nicht immer der „letzte Weg“.

Von Robert Schwab (Pflegedienstleiter und Sohn)

”

Irgendwann kam ich mit meiner Mutter ins Gespräch, dass es ihr zunehmend an Kraft fehlen würde

In der Küche sitzend und das Kreuzworträtsel der Zeitung vor sich, so kenne ich meine Mutter. Der Blick geht vom Küchentisch durch das Fenster direkt auf die Straße, wo sie alle Bewegungen in der näheren Umgebung registriert und so manches Mal kommentiert. Rechts im Augenwinkel hat sie den Blick aus dem zweiten Fenster. Der Blick geht hinaus in den Garten und zu den Katzen, die sich hin und wieder auch mal auf die Fensterbank des Fensters verirren. Durch dieses Fenster kann sie auch den Besuch erkennen, bevor er die Haustüre erreicht.

So ist meine Mutter in ihrem geregelten Leben stabil, und es gibt genaue Zeiten, die es einzuhalten gilt und das über viele Jahre hinweg. Im ersten Stock lebten noch meine Lebensgefährtin und ich. Über den Tag hinaus war meine Mutter meist allein, bis wir abends von der Arbeit kamen. Dann hatte meine Mutter immer sehr viel zu erzählen. Die wichtigsten Medien, die sie nutzte, waren das Telefon, das Radio und das Fernsehen.



Foto: Robert Schwab



Fotos: Thomas Sitte

Irgendwann kam ich mit meiner Mutter ins Gespräch, dass es ihr zunehmend an Kraft fehlen würde. Sie hatte Angst in den Garten zu gehen und über den Rasen zu laufen. Eine Gangunsicherheit machte sich schleichend bemerkbar.

Zum Glück konnte meine Mutter als Kompensation mit dem Rollator nach draußen und auf der Straße laufen. In der Wohnung verbesserten wir das Umfeld mit Haltegriffen und so manchem anderen praktischen Hilfsmittel. So konnte meine Mutter noch einige Zeit ihr Leben selbst bestimmen und sich weitestgehend selbst versorgen. Mit der Gangunsicherheit gesellte sich auch eine Angst hinzu. Sie wollte nicht allein im Haus bleiben, obwohl sie dies noch gut konnte. Sie war auch tagsüber allein.

Also besorgten wir Mutter einen Kurzzeitpflegeplatz in einer Senioreneinrichtung unserer Unternehmung, in der meine Schwester arbeitete, wenn wir in den Urlaub fuhren. Dies gefiel Mutter sehr gut. Sie konnte in Gesellschaft sein und sich auch frei bewegen.

Zuhause hatte sie aber längst nicht so viele soziale Kontakte wie in der Senio-

reinrichtung. Das machte auch etwas mit ihrer Psyche. Meine Mutter hatte von jungen Jahren an schon leicht depressive Züge, die man aber nicht so offensichtlich erkennen konnte.

Vielleicht war das auch der Auslöser für einen weiteren Abbau. Ihr Gang wurde immer schwerer und unsicherer. So ließ der erste Sturz mit dem Rollator nicht lange auf sich warten. Dank des Hausnotrufs wurden wir, meine Geschwister und ich, immer wieder alarmiert.

Insgesamt stürzte unsere Mutter zwölfmal in den unterschiedlichsten Situationen. Sie hatte das Glück, sich nie etwas zu brechen.

Wir versorgten ab diesem Zeitpunkt unsere Mutter mit Einkauf, Essen auf Rädern u. v. m.; ihre Körperpflege wollte meine Mutter noch lange allein durchführen. Aus meiner beruflichen Erfahrung weiß ich, wie wichtig es ist, jede Selbständigkeit zu erhalten und keine Resignation zu provozieren, wenn sie alles „abgenommen“ bekommt. Baden ließ sie sich dann einmal in der Woche von mir. Sie regelte z. B. die Häufigkeit des Essens auf Rädern und wenn es einmal zu spät kam, dann rief sie an, ob sie vergessen worden sei.





Den Toilettengang nachts konnten wir so organisieren, dass sie vom Krankenbett aus auf den nebenstehenden Toilettenstuhl ging und dort ihr „Geschäft“ erledigen konnte. Dies ging sehr gut. Allerdings häuften sich die Stürze, so dass wir gemeinsam mit dem Hausarzt die Einweisung in die Geriatrie zur Abklärung neurologischer Erkrankungen beschlossen. Dies war meiner Mutter auch sehr recht. Zuvor mussten wir einen negativen PCR-Test nachweisen, um aufgenommen zu werden. Sie hatte Corona. Unklar woher, da wir alle eine FFP-2-Maske trugen, wenn wir mit Mutter Kontakt hatten. Zum Glück hatte sie nur geringe Symptome.

In der Geriatrie erlangte meine Mutter eine mäßige, aber doch eigenständige Gangsicherheit am Rollator. Ein Parkinson konnte ausgeschlossen werden und das CT ergab angeblich auch keine Auffälligkeiten.

Für zuhause wurde sie gebeten, ihre Tätigkeiten nur noch mit dem Rollator zu erledigen. Es war bis auf den Toilettengang alles geregelt, Frühstück, Mittagessen und Abendbrot musste sie nicht machen. Noch am Entlassungstag stürzte sie auf den Hintern im Flur, so dass sie nicht mehr, wie so oft hochkam und Hilfe brauchte. Es war ihr Wille und ihr Drang nach Selbständigkeit, der letztlich ihr die Mobilität nahm. Von nun an transportierten wir Mutter über den Toilettenstuhl auf die Toilette und im Rollstuhl zu allen Gängen nach draußen.

Ich kann den Werdegang meiner Mutter nicht neutral betrachten. Ich bin ihr Sohn. Aber in allen Beurteilungen drängt sich immer die Sichtweise des Krankenpflegers auf. In erster Linie fielen mir neurologische Defizite auf. Da meine Mutter kognitiv in der Lage war, alles zu beantworten

und auch alle Telefonnummern im Kopf hatte, kam eine degenerative Veränderung in Form einer Demenz für mich nicht in Frage. Es musste eine neurologische Erkrankung sein.

Im Juli des Jahres 2023 ging meine Mutter in die Senioreneinrichtung, in der sie auch zur Kurzzeitpflege war. Es war ihr Wunsch, so dass sie selbst sagte: „Es geht nicht anders!“

Die Aufnahmepapiere wurden besorgt und der Einzug wurde begleitet. Im Arztbrief, den ich dann zu lesen bekam, standen drei Diagnosen, die mir zuvor nicht bekannt waren. Hier stand neben den bekannten Diagnosen etwas, was mir den Zustand meiner Mutter klarer machte. Da war die Rede von „fortgeschrittener kortikaler Atrophie“ und „ausgeprägter Leukenzephalopathie“ sowie „postischämischen Defekten auch links zerebellär und im

Hirnstamm“. Fachausdrücke, die mir vertraut sind. Immer wieder wurde meiner Mutter gesagt, dass die Ergebnisse von MRT und CT unauffällig seien oder altersentsprechend. Letzteres ist eigentlich eine Farce. Wir hätten uns mit diesen Diagnosen, wo auch immer sie herkamen, die Situationen leichter erklären können! Die Wahrheit hätte allen gut getan.

Nun, es ändert sich nichts an der Situation. Auf den Rollstuhl angewiesen, bewegte sich meine Mutter durch die Einrichtung. Sie traf Bekannte, pflegte neue Kontakte. Unsere Befürchtungen, dass es unserer Mutter nicht gefallen würde, war zum Glück unbegründet.

So hörte ich sie auch einmal sagen „ich habe gar keine Zeit; ständig ist etwas, wo ich teilnehme oder ich werde geholt“ u. v. m. Es liegt viel an der sozialen Betreuung, um die Menschen, die in einer solchen Einrichtung leben, zu unterhalten und zur aktiven Teilnahme zu bewegen. Ein weiterer Punkt, der nicht nur konfliktfrei ist, ist das Zusammenleben in einer solchen Hausgemeinschaft. In diesen zwischenmenschlichen Kontakten erlebte ich meine Mutter ganz anders als dies zuhause war. Sie passte sich an, gab aber auch einmal Ratschläge, hatte Verständnis für die anderen und zeigte hohes Mitgefühl mit schwerst betroffenen Mitbewohnern. Es war nicht so, dass sie sich durch die ständige Anwesenheit der schwerst betroffenen Mitbewohner demotivieren ließ. Nein, sie nahm Anteil an den Geschehnissen und ging gestärkt wieder in ihr Appartement, wo sie meist ihre gewohnten Sendungen sah.

Am erstaunlichsten empfand ich es, als sie uns ein Lied zeigte, das sie auf den Alltag im Heim umgetextet hatte. So reimte sie auf „Lustig ist das Zigeunerleben“ einen Text aus ihrem Umfeld und Tagesablauf. Sie nannte es

„Lustig ist es im Heim zu leben“

*Lustig ist es im Heim zu leben, faria faria hoh
 Jeder versucht es sein Bestes zu geben faria faria hoh
 Es sind halt nicht alle Menschen gleich, faria faria hoh
 Der eine ist hart, der andere weich
 Refrain: faria, faria, faria, faria, faria, faria, hoh
 (nur Text)
 Das Personal ist eh schon knapp
 es bemüht sich sehr und rackert sich ab,
 hin und her und immer im Trapp,
 wen wunderts, wenn auch mal mancher macht schlapp.
 Ab acht wird gefrühstückt, um zwölf wird gegessen,
 dazwischen das Trinken nicht vergessen
 Kaffee gibt es um drei, ein Stückchen Kuchen ist auch dabei,
 Und um sechs gibt es Abendbrot
 Langeweile kommt nicht auf in den langen Tageslauf,
 Muskelentspannung und Yoga im Sitzen,
 da kommt man auch nicht so sehr ins Schwitzen.
 Lieder singen, oh wie wird's klingen ohne Ziehharmonika
 oh je, der Serge ist nicht mehr da.
 Rollator Tanz ist eine Tradition, sie fordert viel Konzentration.
 Vor, zurück klingt's aus Dessauers Mund,
 mal ist sie mit, mal ohne Hund,
 Rechts und links im Wechselschritt,
 und manche Zuschauer machen da mit.*

Text von Maria Schwab, 90 Jahre

Zu dieser Zeit bereitet sich meine Mutter auf ihren neunzigsten Geburtstag vor. Da klingelt ihr Handy, das sie immer bei sich hat, schon mal öfter als sonst.

Ich kann resümierend auch bei knappem Personal nicht erkennen, dass es meiner Mutter in der Senioreneinrichtung nicht gefallen würde. Somit hat sich für meine Mutter der Weg in die stationäre Versorgung gelohnt.



Es ist für unsere Mutter der richtige Weg gewesen.

Leitfaden für pflegende Angehörige

Unwissenheit ängstigt. Wissen schützt und nützt. Das gilt ganz besonders, wenn man sich um einen dementen Angehörigen kümmert, vielleicht auch für diesen eine Vollmacht hat. Aus dem Projekt Dignity in Care gibt es eine ansehnliche Zahl an Fragen, die man an die Betreuer im Pflegeheim stellen könnte oder auch sollte. Gut ist es, wenn man sie wirklich auf einem Zettel hat, wenn man dorthin zum Gespräch geht. Eine Auswahl der wichtigsten Fragen haben wir Ihnen hier zusammengestellt.

Pflege im Sterbeprozess

a. Pflege und Wohlbefinden

Ändert sich die Pflege für meinen demenzkranken Angehörigen in seinen letzten Lebenstagen?

Können Sie mir schildern, durch welche Pflege Sie seine Leiden lindern können?

b. Schmerzen und Symptome

Wie können Sie Schmerzen, Atemnot und andere Beschwerden meines demenzkranken Angehörigen einschätzen und behandeln?

Mein Angehöriger kann nicht mehr schlucken: Wie bekommt er dann Medikamente?

Braucht mein Angehöriger noch alle Medikamente?

c. Essen und Trinken

Mein Angehöriger isst und trinkt nicht mehr viel: Was bedeutet das und ist das normal?

Beziehung zu den Pflegekräften

a. Kommunikation

Wie vermitteln meine Familie und ich dem Pflegepersonal unsere Bedürfnisse, Befürchtungen und Fragen?

Wie sind die Familienmitglieder für Pflegekräfte am besten erreichbar?

b. Hilfreiche Unterstützung

Was möchten Sie über meinen Angehörigen oder unsere Familie wissen, um uns bestmöglich begleiten zu können?

Ich würde gerne mit Ihnen über meine Hoffnungen und Wünsche hinsichtlich der Pflege meines Angehörigen am Ende seines Lebens sprechen.

c. Funktionen und Verantwortungsbereiche in der Einrichtung

Welche Rolle spielt der Hausarzt/-ärztin? Wie oft werde ich ihn/sie sehen können?

Haben Sie einen (Heim-) Arzt, der immer erreichbar ist?

Leben in einer Pflegeeinrichtung

Darf ich Süßigkeiten, Pflanzen oder Haustiere der Familie mitbringen?

Welche Vorkehrungen werden getroffen, um meinen Angehörigen zu (be)schützen?

Welche Beschäftigungen werden an Demenz erkrankten Menschen angeboten, wenn die Krankheit bereits fortgeschritten ist?

Meine Rolle als Entscheider

Was müssen Sie und ich über folgende Dokumente wissen und wie oft werden sie überarbeitet?

Pflegeanweisung durch die behandelnden Ärzte

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht oder Gesetzliche Betreuung

Unter welchen Umständen muss mein Angehöriger unbedingt ins Krankenhaus verlegt werden?

Die Zukunft planen:
Wissenswertes über
Demenz und die Pflege
am Lebensende



GESPRÄCHSHILFE
Leitfaden für Angehörige



Wissenswertes
über Demenz
am Ende
des Lebens

Lebensfäden verbinden

Das palliativmedizinische Arbeiten mit Lebensgeschichten

Von Dr. med. Monika Fuchs

Um Lebensgeschichten zu erfahren und einzuordnen, braucht es fachliche und menschliche Kompetenz. Menschen mit Demenz erzählen sie im Kontext ihrer Ich-Verortung im höchstgelegenen Hier und Jetzt. Die erzählte Zeit kann weit aus der Vergangenheit berichten und aktuelle Geschehnisse sowohl als Auslöser als auch als Kontextfaktor beinhalten. In den (oft biographischen) Geschichten werden Symptome, emotionale Belastungen und freudvolle Stimmungen meist abstrahiert und symbolisch dargestellt. Wenn ich meinen Patient*innen als wertfreie Zuhörer*in, als die behandelnde Ärztin begegne, habe ich nicht den Anspruch, dass am Ende unseres Kontaktes ein konkretes Ergebnis oder eine Auflösung der Situation steht. Wertfrei bedeutet, dass wir nicht darüber urteilen sollen, ob die erlebte Situation und die damit oftmals einhergehende emotionale und psychomotorische Unruhe gut oder schlecht ist. Um gemeinsame Therapie- und Lebensziele zu formulieren und die medizinische Betreuung an ihnen auszurichten, müssen wir ehrlich zuhören und für die meist stark betroffenen An- und Zugehörigen Übersetzungsarbeit leisten. Wenn in der Pflegeheimversorgung von Menschen mit Demenz ein palliativmedizinischer Bedarf erkannt wird, liegt der Fokus zunächst auf der Symptomkontrolle. Erkennen und Kontrolle belastender Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Angst oder Unruhe gelingt

letztlich aber mit derselben Entschlüsselung von Signalen als Kommunikationsversuch wie das Verstehen von basalen Bedürfnissen im pflegerischen Alltag. Die Sterbephase von Menschen mit einer dann meist schweren Demenz verläuft durchaus vergleichbar der bei hochaltrigen Menschen mit anderen Erkrankungen. Aber er ist auch das unwiderrufliche Ende eines einmaligen und einzigartigen Lebens. Das Einordnen der Lebensgeschichten, die Menschen mit Demenz uns anvertrauen, kann helfen, die letzte Lebensphase zu erkennen, fachlich und kompetent zu begleiten und die Nahestehenden auf ihren Verlust vorzubereiten. Meine Patientin Maria* (*Name geändert) und ihre Tochter waren mir weise Lehrerinnen auf dem Weg des Verstehens und Lernens.

Mein Name ist Maria, ich bin 93 Jahre alt und ich habe eine Geschichte. Ich möchte sie dir erzählen, sie entfällt sonst meinen Erinnerungen und ist unwiederbringlich verloren.

Meine Tochter und die Pflegerinnen sagen, ich würde alles immer durcheinanderbringen, aber das stimmt nicht. Ich sortiere es für mich, bringe es in die richtige Reihenfolge und erledige meine Aufträge gewissenhaft. So habe ich es schon immer gehalten. Neudings werde ich langsamer: im Gehen, Denken und Sprechen. Ich komme dann meinen Aufträgen nicht hinterher, mein Chef muss ständig darauf warten, dass ich fertig werde. Ich gebe zu, mir sind sogar schon ein paar Fehler beim Zusammen-

rechnen der verschiedenen Posten unterlaufen. Als ich sie zu verstecken versuchte, waren sie nicht mehr da. Tagelang habe ich nach diesen Fehlern gesucht und ich durfte doch niemandem sagen, was ich da suchte. Entschuldige, ich verzettelte mich, dass passiert dieser Tage öfters.

Eigentlich geht es um diesen miesen Samstag und meinen Zimmernachbarn. Er hat mal wieder diese Schnur zwischen unseren Türen aufgespannt. Bisher konnte

ich geschickt darübersteigen und mit einem siegessicheren Lächeln seine holprigen Versuche beobachten, da selbst rüberzukommen. Aber an diesem verflixten Sonntag wollte es mir einfach nicht gelingen. Jetzt erwarte bitte nicht eine detaillierte Beschreibung meines Zustandes am Boden oder ein glamouröses Aufstehen – ich weiß gar nichts mehr.

Irgendwann wecken mich Geräusche, irgendwer wagt es, mir meinen Arm abzudrücken und dann zuzustechen, einmal, zweimal, dreimal. Aus stummen Schreien werde laute, irgendjemand hält mich am anderen Arm und schimpft darüber, dass ich nicht stillhalte.

Ich will rufen und fragen, wer sie sind, doch meinem Mund entsteigt nur ein undeutliches Raunen. Wenn ich sie höre, muss ich sie doch auch sehen können, warum verdammt ist da nur ein heller Schein? Sie lassen ab von mir, sind sie noch da? Ich muss hier weg, aber ich muss erst noch warten und lauschen, ob sie wirklich weg sind.

Ich wusste, dass es Betten mit Gitter gibt, an meinem zu Hause könnte es auch angesetzt werden. Ein Auge lässt sich jetzt etwas öffnen, rechts oder links, ich weiß es nicht, spielt es eine Rolle?

Wenn ich etwas will, bin ich stark und gewissenhaft, ich überlasse nichts dem Zufall. Wenn mein alter Körper das auch berücksichtigen würde, könnte ich dir beschreiben, wie ich es aus diesem Gefängnis herausgeschafft habe. Aber es ist mir peinlich und darum musst du dich damit begnügen, das Maria bekommt, was sie will.

Zuhause benutze ich meinen Gehwagen, nicht weil ich ihn brauche, sondern weil er mir Hindernisse aus dem Weg schiebt. Ich rechne auch jetzt mit Hindernissen, doch alles, was ich finde, ist ein Stuhl. Er lässt sich nur schwer und reibend schieben, viel schlimmer ist, dass ich kaum sehe, wohin ich gehe. Aber die weiße Tür in diesem weißen Raum mit weißen Schränken und einen weißen Kittel an einem weißen Haken ist nicht verschlossen. Was dann folgt sind endlose Entscheidungen darüber, ob rechts oder links. Jemanden

zu fragen traue ich mich nicht, ich vertraue hier niemandem, alle haben mein Vertrauen missbraucht.

Es war dieser Sturz, der erste von vielen. Nicht genug, dass ich sie hier unterbringen musste, ich war auch immer zu spät, wenn sie wieder für einige Zeit in den Notaufnahmen der Stadt verschwand. Zum Anfang konnte sie noch so viel Kraft aufbringen, die Untersuchungszimmer zu verlassen und durch die Flure zu irren. Manchmal dauerte es Stunden, um sie zu finden und sie mit Medikamenten zu beruhigen. Immer wieder ruft dann ein Pfleger oder ein Arzt an, ich erkenne sie schon an der vorwurfsvollen Stimme, und erklärt mir, dass sie nur stürzen würde, weil sie nicht am aus dem Bett kommen gehindert werde. Nutzt es was, dass ich ihnen sage, dass sie mit aller Gewalt dagegen ankämpfen würde, dass sie immer frei sein wollte. Frei sein von den Unterdrückungen ihres Mannes und ihres Chefs. Nein, von Vater erzähle ich ihnen nicht.

Ich allein habe den Moment verpasst, mit ihr darüber zu sprechen, was sie will. Hatte ich Angst vor der Antwort?

Keiner hat mir gesagt, dass sie nicht mehr ins Krankenhaus muss.

Hatte ich Angst davor zu fragen?

Die Medikamente machen es unmöglich jetzt mit ihr darüber zu sprechen.

Wo ist Mutter?

Lebensgeschichten

In den wenigen Momenten, in denen ich meine Gedanken noch sortieren kann, also genau jetzt, frage ich mich wie es ist, wenn das alles aufhört. Habe ich den Moment verpasst, an dem ich erhobenen Hauptes hätte sterben können. Wie kann das jetzt noch gehen, wo ich mich nicht mal mehr an meiner Nase kratzen kann. Könntest du das kurz für mich tun? Nein, nicht abschweifen. Hilf mir einfach, lass es zu Ende gehen. Aber sag' meiner Tochter nichts davon, sie ist zu labil dafür. Ich habe keine Angst, die hatte ich bei Gott schon so oft, aber was, wenn er mich holt? Wie gut, dass er mich nicht erkennen wird, mein alter Glanz ist da drüben im Schrank versteckt, verrate es niemandem.

In den letzten Tagen hat sie nichts mehr gegessen, sie muss doch essen!

In den letzten Tagen hat sie kaum noch getrunken, sie muss doch trinken!

Heute weiß ich es besser, kann zurückblicken und bin nicht mehr so betroffen. Lange Gespräche in diesen Tagen haben mir geholfen zu verstehen, dass Abschied nehmen nicht weggehen, sondern bleiben dürfen bedeutet. Das Loslassen nicht wegwerfen ist, sondern sitzen bleiben und sich öffnen ist. Sie hat mich angesehen, da war sie, so wie sie früher war – ich habe diesen Blick erkannt. Er war immer wie ein Geheimnis zwischen uns, hat mir gesagt, es wird alles gut, wir stehen das gemeinsam durch – nur wir Zwei.

Jetzt bin ich allein und doch auch nicht, sie ist jetzt immer da und ich habe Zeit für sie.

Lebensgeschichten

Therapiezielentscheidungen erfordern Verantwortungsübernahme und die konsequente Orientierung an den individuellen Wünschen. Maria hat mir und ihrer Tochter all ihre Wünsche mitgeteilt, es lag an uns, sie zu verstehen und einzuordnen. Die Folgen ihrer unzähligen Fluchtversuche sind palliativmedizinisch gut behandelbar. Wenn es gelingt, darüber hinaus die Ausschöpfung von Palliative Care und damit aller beteiligter Berufsgruppen zu bündeln, gelingt im besten Fall ein besseres Leben bis zuletzt. Unabhängig von Zeit und Ort, in der ein alter Mensch mit Demenz versorgt wird, geht es um die guten, die schweren, die kranken und die letzten Tage eines ungemein wertvollen Menschen. Wir

haben als Team für und mit Maria entschieden und ihren Sterbewunsch nicht als Enttäuschung oder Niederlage empfunden. Das Erkennen ihrer existenziellen Not und der daraus resultierenden belastenden Symptomatik hat unser Tun geleitet. Als wir es verstanden haben, als wir Maria verstanden haben, wurden wir handlungsfähig. Und Maria? Sie musste nicht mehr fliehen und starb mit einem Lächeln auf den Lippen in den Armen ihrer Tochter.

Autorin:
Dr. med. Monika Fuchs

Palliativmedizinerin im SAPV-Team Ulm und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für geriatrische Forschung am Agaplesion Bethesda Klinikum Ulm

PiPiP 2020

Pilotprojekt 2018 bis 2020 zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen der Deutschen PalliativStiftung

”

„Die beste medizinische Versorgung ist so viel Nichts wie möglich zu tun!“

Samuel Shem,
House of God.

Das Projektziel ist ganz einfach: Die pragmatische, am Patientenwunsch und -wohl orientierte Versorgung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, deren Gesundheit sich in verschiedenen Lebensphasen verschlechtert.

Dies gilt auch, wenn für einen älter werdenden Menschen noch kein palliativer Bedarf erkannt wurde, denn gerade dann kann sogar mit einfachen Mitteln der Palliativversorgung entscheidend zum Guten gewirkt werden.

PiPiP trägt so einen wichtigen Baustein für die Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen bei. Zugleich entlastet und stärkt PiPiP alle Mitarbeiter. So ist PiPiP nicht nur für stationäre Einrichtungen hilfreich, sondern die Erkenntnisse gelten für den gesamten Bereich der Betreuung und Versorgung schwerkranker oder nur alternder Menschen, sei es zuhause, in Pflegeeinrichtungen oder in der Klinik.

Es ist wohl jedem Menschen klar, dass eine gute Hospizarbeit und Palliativversorgung Leiden und Belastungen vermindert. Weniger bekannt ist die Verbesserung durch Reduktion von unerwünschter Fehl- und Überversorgung. Dies hat nichts mit „sozialverträglichem Frühableben“ zu tun; sondern manchmal nimmt dadurch sogar die Lebenszeit an Tagen zu, das Leben wird reicher und länger!

Es kommt z. B. zu einer messbaren Verminderung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte. So konnten in einer Vorstudie bereits Klinikeinweisungen gegenüber den Vergleichsquartalen um über 60 % vermindert werden. In Worten: sechzig Prozent, es ist kein Schreibfehler!

Der wichtigste Baustein im Projekt ist, dass wirklich jeder Beteiligte für sich einen Mehrwert daraus ziehen kann.

Sei es das Wissen oder die Gewissheit ...

... der Bewohner, dass Ihre Behandlungswünsche umgesetzt werden, auch wenn sie sich dazu nicht mehr äußern können.

... von Angehörigen, dass Ihre Verwandten bis zum Lebensende in dieser Einrichtung gut um- und versorgt werden können.

... der Verwaltung, dass die Abläufe reibungsärmer gelingen

... der versorgenden Hausärzte, dass ihre Patienten mit größerer Kompetenz gepflegt und die Symptome angemessen gelindert werden.

Und sei es die deutlich größere Zufriedenheit der Pflegekräfte und aller anderen Mitarbeiter mit der eigenen Arbeit.

Die Rückmeldungen der Mitarbeiter aller Berufsgruppen waren hervorragend.

Verbessert wird die Pflegeheimversorgung durch vier wesentliche Punkte:

- 1.** Stärkung engagierter, kompetenter und anerkannter Kümmerer (Palliative Care Fachkräfte)
- 2.** Grundlegende Schulung aller Mitarbeiter
- 3.** Zeitnahe und fachkompetente Lösung auftretender Probleme
- 4.** Konkrete medizinische und juristische (!) Sicherheit für Mitarbeiter

Dadurch kommt es zu

- Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen
- Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Klinikeinweisungen
- Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase
- Steigerung der Kompetenz und Berufszufriedenheit der Pflegenden



Foto: Thomas Sitte

Eines der häufigsten und schwerwiegenden Probleme in Seniorenheimen sind menschlich fragliche und vom Bewohner nicht gewünschte Krankenaussagen. Gerade hier gibt es messbar dramatisch gute Verbesserungen.

Die Optimierung einer (palliativ) medizinischen Versorgung soll und kann hier Wunder wirken. Die Grundlage dieser Versorgung ist der Zuwachs relevanten Wissens, die immer auch zu einer Haltungsänderung beim einzelnen Mitarbeiter und der gesamten Einrichtung führt. So wird bei einer besseren Versorgung im Sinne des Bewohners der Durchführung von nutzlosen Maßnahmen entgegengewirkt: Die Belastung für die Bewohner wird gemindert und vorhandene Ressourcen werden wirkungsvoller eingesetzt.

Das PiPiP-Konzept für die Praxis

Die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten ist unerlässlich.

Es ist wichtig, das Wissen über die natürlichen Vorgänge der letzten Lebensphase besser zu verankern und in den praktischen Auswirkungen zu verdeutlichen. Unsicherheiten in juristischen wie auch ethischen Fragen prägen in der täglichen Praxis nach wie vor die Arbeit.

Zu den Ursachen von unvermeidbaren Einweisungen gehören die Folgen schwerer Stürze bei palliativen, wie nicht palliativen Bewohnern, Nierenversagen, Infektionen wie Lungenentzündungen, auch Schlaganfälle, wenn eine weitere Lebenserhaltung oder -verlängerung noch gewünscht wird. Das gilt nicht bei fehlendem Behandlungswillen der Bewohner!

Die Schulung des Personals besonders in der Schmerztherapie verbessert die Einschätzung von Krisensituationen bei allen Bewohnern deutlich. Hierdurch werden die weiteren notwendigen Schritte wesentlich beeinflusst. Informationsveranstaltungen zu Betreuungsvollmacht, Patientenverfügung und individuellen Empfehlungen für das Vorgehen in Notfallsituationen sind ebenfalls Teil der Aufklärungsarbeit zum hospizlich-palliativen Wissen.

In den Einrichtungen wurden vermittelt und zur Verfügung gestellt:

- Grundlagenwissen zu hospizlich-palliativem Denken und Handeln
 - „Risiko“ Bewohner werden identifiziert
 - Coaching im Umgang mit palliativen Fragestellungen
 - angemessenes, allgemeinverständliches Informationsmaterial
 - Sprechstunden für Angehörige, Bewohner, Interessierte
- Das Projekt erstreckte sich in jeder Einrichtung über drei Monate. Ein längerer Zeitraum erwies sich als günstiger, weil Wissen besser vertieft werden konnte.

Nur mit der Zeit kann Erlerntes angewendet, reflektiert, supervidiert und verstetigt werden.

Grundlegende und immer wiederkehrende Probleme:

- 1) Medikamentöse Verordnung in der Regel ohne ausreichende Abstimmung zwischen Verordnern
- 2) Insbesondere auch und gerade in nicht-palliativen Versorgungssituationen große Unsicherheiten bei gesundheitlicher Verschlechterung, wie Fieber oder Schwäche
- 3) Keine dokumentierte Therapiezieländerung bei nahendem Lebensende

4) Keine vorbeugenden Maßnahmen für veränderte Überwachung, Dokumentation, Medikation einer Versorgung am Lebensende.

5) Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht nicht ausreichend angesprochen, Gute, durchsetzungsstarke Muster oft nicht vorhanden.

6) Unstrukturierte Beratungsprozesse

7) Gesetzliche Betreuer oft schlecht über die Patienten informiert, insbesondere über ihren (mutmaßlichen) Behandlungswunsch.

8) Betreuer oft schlecht oder gar nicht erreichbar, keine Vertretungsregelung

9) Angehörige in ihrer Begleitung nicht ausreichend unterstützt

10) Hausärzte oft neu, nicht jene, die vor der Aufnahme ins Pflegeheim seit Jahren die Ärzte des Vertrauens waren.

11) Ärzte, die die Patienten bereits kennen, aus Sicht der Einrichtungen viel zu wenig erreichbar, insbesondere außerhalb der Sprechzeiten.

12) Wunsch nach zuständigem Heimarzt

13) Kein Angebot für die Reflexion und Supervision

Muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, hat der diensthabende Arzt zu oft keine Betäubungsmittelrezepte, und dazu auch keine ausreichende Erfahrung in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Symptomkontrolle und des Sterben Zulassens und ganz besonders keine ausreichende Befähigung aus palliativmedizinisch fachlicher Sicht in Symptomkontrolle und der Begleitung bis zum Lebensende.

Grundlegend gilt: Muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, wird der Patient zu oft ins Krankenhaus eingewiesen.

Impulsworkshops:

Zwischen neun und zwölf kurze Impulsworkshops von je etwa 30 min Dauer im Anschluss oder vor der mittäglichen Übergabe. Zu Beginn kann von den Mitarbeitern ein aktueller Fall vorgestellt werden.

Themen:

nach Absprache mit den jeweiligen Einrichtungen. Hierzu wurden standardisierte 1seitige Kurzinformationen geschaffen und ein Lehrkonzept für Multiplikatoren.

- Kollegiale Beratung – Fallbesprechung
- Rechtliche Aspekte rund um Krankheit und Tod
- Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung
- Technik & Geräte
- Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co.
- Versorgungsplanung & Palliativampel
- Gesprächskultur
- Symptome und Maßnahmen I
- Symptome und Maßnahmen II
- Selbstfürsorge

Die WHO empfiehlt für die Palliation unverzichtbare Medikamente mit einer größeren Anzahl von Medikamenten. Wir haben in enger Abstimmung mit den Pflegekräften hier diejenigen herausgesucht, deren schnelle Verfügbarkeit die Versorgung in Pflegeeinrichtungen deutlich erleichtert!

Sinnvoll, und prinzipiell auch möglich ist es, für die Patienten im Notfall die richtigen Medikamente auch in Einrichtungen verfügbar zu haben. Hier wäre aus unserer Sicht für Palliativsituationen der unbedingte Mindestbedarf sofort verfügbarer Medikamente.

Sinnvoll, rechtlich bereits seit 2012 möglich und fast nicht genutzt wäre es, einen Medikamentenvorrat von Betäubungsmitteln jeder Art in Pflegeeinrichtungen anzulegen.

Eine rechtskonforme und zugleich einfach praktikable Lösung des Problems erscheint derzeit zwar möglich, aber relativ umständlich. Hier sind nach genauer Analyse eine grundlegende strukturelle Anpassung gerade der rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen erforderlich.



Ein Wunschzettel

Ich wünsche mir ...

- ... mehr Zeit für Schulungen der Mitarbeiter, damit sie lernen, sensibler Bedürfnisse Sterbender zu verstehen.
- ... „alte Hasen“, die Azubis und Jungschwwestern ernst nehmen.
- ... genug Geld für sterbenswichtige Produkte.
- ... mehr Zusammenarbeit mit Hausärzten, ohne zu langes Warten
- ... einen Arzt, der immer erreichbar ist, sich engagiert, palliativ auskennt.
- ... endlich eine Notfallapotheke wie im Hospiz in jedem Heim!
- ... palliativ-kompetente Ärzte und lindernde Medikamente schnell genug ins Heim, damit niemand ins Krankenhaus muss, der nicht will.

Anja Walter, 53, Palliative Care Fachkraft im Mediana Pflegestift

HANDREICHUNG PiPiP 2020

Pilotprojekt 2018 bis 2020 zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen der Deutschen PalliativStiftung

von Thomas Plappert, Holle Redpath, Kristina Schmidt, Thomas Sitte



dazwischen.

Du, das Leben und die Endlichkeit
Die neue Sonderausstellung im Museum für Sepulkralkultur

Von Anna Lischper

„Was ist besser: Urne oder Sarg? Wie kam der Tod in die Welt? Gehört ein Totenschädel in die Museumsvitrine? Was brauchst Du in Deiner Trauer? Wie blickst Du auf das Leben? Wir sind zwar ein Museum, aber alles wissen wir auch nicht. Deshalb brauchen wir Dich“ – diese direkte Ansprache an die Besucher*innen des Museums für Sepulkralkultur ist neu. Mit dazwischen hat sich im Mai 2024 ein Raum zur Auseinandersetzung mit allen Fragen der Sepulkralkultur geöffnet. Das Ziel: die neue Dauerausstellung, die nach aktuellem Stand 2028 eröffnet werden soll, vorzubereiten.

„Im Jahr 2018 haben wir uns auf den Weg zu einer kompletten Neukonzeption unseres Museums gemacht, und in den kommenden beiden Jahren werden wir immer konkreter unsere neue Dauerausstellung planen. Die Ausstellung dazwischen ist ein wichtiger Meilenstein, weil wir mit diesem besonderen Format an unsere Besucher*innen herantreten“, sagt Dr. Dirk Pörschmann, Direktor des Museums für Sepulkralkultur und Geschäftsführer von dessen Trägerverein, der Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal. So werden die Antworten, die die Besucher*innen des Museums in der Sonderausstellung beantworten, in die Neukonzeption des Museums einfließen.

Pörschmann: „Wir erhoffen uns, dass die Besucher*innen die partizipativen Möglichkeiten vielfältig nutzen, damit wir erfahren können, wie sie sich die Inhalte eines Museums für Sepulkralkultur vorstellen. Die Beteiligung der Besucher*innen ist somit zentrales Anliegen einer Ausstellung, die sich an alle Generationen und Kulturen in unserer Gesellschaft richtet.“

Anders als bisherige Sonderausstellungen handelt es sich bei dazwischen nicht um eine monothematische Ausstellung, sondern um eine Ausstellung, die aus Themeninseln besteht. „Ich sehe zunächst einmal eine fast klassische Ausstellung mit einer Szenografie, die uns ein Szenografiebüro erstellt hat: mit Farbkonzept, Raumeinheiten, die Themen umfassen, mit denen sich die Besuchenden

befassen können. Die Vermittlung funktioniert über klassische Exponate, wie man sie bei uns gewohnt ist, in Kombination mit einer Mischung aus Kunst, Alltagskultur, Kulturhistorischem. An jeder Station, wir nennen sie auch Themeninseln, haben die Besucher*innen Möglichkeiten, mitzugestalten und mitzubestimmen“, fasst Tatjana Ahle-Rosental zusammen, Kuratorin von dazwischen.

Die Szenografie stammt von der Bach Dolder GmbH, einem Darmstädter Büro für Ausstellungs-gestaltung.

DA
ZWI
SCHEN



“

Die Beteiligung der Besucher*innen ist somit zentrales Anliegen der Ausstellung

An der Sarg-Bar: Kuratorin Tatjana Ahle-Rosental und Dr. Dirk Pörschmann, Direktor des Museums für Sepulkralkultur. Foto: Anna Lischper, Museum für Sepulkralkultur

Zu sehen sein wird die Sonderausstellung dazwischen bis zum Auszug aus dem Gebäude – voraussichtlich 2026. Bis dahin kommt es immer wieder zu Updates innerhalb der Ausstellung. Themeninseln werden ausgewechselt, neue Fragen gestellt.

An die Themen der Ausstellung anknüpfend, wird es zudem ein ausführliches Veranstaltungsprogramm geben. Es umfasst neben Vorträgen, Lesungen und Workshops insbesondere auch Gesprächsformate – eine weitere Gelegenheit, mit den Besucher*innen in Austausch zu gehen und mit ihnen Fragen der Sepulkralkultur zu besprechen.



Foto: Anna Lischper,
Museum für Sepulkralkultur

Klappe zu, Affe tot

Veranstaltungsreihe für Kinder im Museum für Sepulkralkultur

Von Anna Lischper

Die tote Maus im Garten, der vertrocknete Regenwurm, der Opa, der im Sterben liegt. Mit der Endlichkeit des Lebens werden wir fast täglich konfrontiert. Das geht auch an Kindern nicht vorbei. Mit KLAPPE ZU, AFFE TOT beginnt das Museum für Sepulkralkultur im Mai 2024 eine Veranstaltungsreihe für Kinder, die einen Raum für Fragen, Gedanken und Vorstellungen öffnet.

„Kinder haben Fragen zu den Themen Tod, Sterben und Bestatten, die oft von den Eltern nicht beantwortet werden können. Ich erlebe es immer wieder, dass Kinder fasziniert zuhören: Sie wollen manche Dinge einfach wissen“, sagt Gerold Eppler, der als Museumspädagoge regelmäßig in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen ist. Mit der neuen Sonderausstellung des Museums für Sepulkralkultur dazwischen. Du, das Leben und die Endlichkeit wird erstmals auch eine Kinderlounge in der Ausstellung eingerichtet. Ort ist die helle und luftige Mittel-

ebene zentral im Museum. Hier wird ein bunter und gemütlicher Rahmen geschaffen, um miteinander ins Gespräch kommen zu können.

Das Museum für Sepulkralkultur ist ein etablierter Ort für den Dialog über die Endlichkeit und ihre Facetten. „Wir beobachten dabei, dass junge Menschen oft sehr viel unbefangener mit den Themen Sterben und Tod umgehen als Erwachsene. Vorbehalte oder Ängste von Erwachsenen, die dazu führen, dass über den Tod nicht gesprochen wird, teilen wir nicht“, sagt Eppler. Mit Fingerspitzengefühl aus unserer gesammelten museumspädagogischen Erfahrung möchten wir nun regelmäßig genau hinschauen. Wir möchten Gelegenheiten bieten, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen – bevor Kinder von diesem existenziellen Thema überrascht werden.

„Gibt es im Himmel Eiscreme?“ lautete der Titel eines Vortrags von Mechthild Schroeter-Ru-

pieper, den die Gründerin der Familientrauerarbeit und Autorin vor einigen Jahren hielt. Sie weiß aus ihrer täglichen Arbeit: Kinder haben ihre ganz eigenen Gedanken und Fragen, wenn es um den Tod geht. Dass es auf ihre Fragen oftmals genauso wenig eine Antwort gibt, wie auf die Fragen von Erwachsenen, liegt in der Sache selbst begründet: Wer gestorben ist, kann nicht mehr berichten, wie es war und wer tot ist, der ist für Fragen unerreichbar. Den Schmerz, der mit dieser Tatsache einhergeht, kann man Trauernden nicht nehmen. Doch die Beschäftigung mit der eigenen Existenz oder mit dem Ende des Lebens, an dem jeder eines Tages ankommt, bringt etwas mehr Licht ins Dunkel. Und mehr noch: Über das Ende des Lebens nachdenken, bedeutet automatisch das Leben selbst besser wahrnehmen zu können. „Wer den Tod als Teil des Lebens betrachtet, der wird auch bewusster leben“, sagt Dirk Pörschmann, der das Museum für Sepulkralkultur leitet.

„besser endlich“

Die Vergänglichkeit beginnt am Anfang des Lebens und nicht an seinem Ende.

Eine Binsenweisheit? Weit gefehlt. Die Botschaft dieses Satzes erwischt uns möglicherweise auf dem falschen Fuß. Natürlich stellen wir uns ein langes und erfülltes Leben vor. Eines, das sich erst nach vielen Jahrzehnten einem menschenwürdigen Ende entgegen neigt. Doch die eigentliche Aussage dieses Satzes setzt aus meiner Sicht an einem anderen Punkt an. Ich möchte an dieser Stelle nicht im Sinne eines klassischen Memento Mori darauf hinweisen, dass der Tod uns jederzeit und überall ereilen kann, sondern vielmehr das Bewusstsein dafür schärfen, dass Momente und Lebensphasen einem Wandel unterliegen: Es gehört zu unserem Alltag, dass wir immer wieder mit vermeintlich kleinen, aber dennoch unumgänglichen und stets auch endgültigen Abschieden konfrontiert sind. Liebevoller Zweisamkeit, ein schönes Essen in Gesellschaft, ein Konzert oder ein Urlaub enden unweigerlich, auch wenn das Ereignis wiederholbar erscheint. Der Säugling wird zum Kleinkind und wird nachträglich vermisst. Der Kindergarten oder die Schule werden als Orte der Geborgenheit und des Miteinanders empfunden, die jedoch verlassen werden müssen. Wir lernen Berufe oder studieren, und danach beginnt der Ernst des Lebens. Doch auch Karrieren enden, denn der Wandel steckt in allem. Das Leben ist endlich, und trotz dieses Dramas ist es nur in seiner Endlichkeit lebenswert – in jedem Moment. Die US-amerikanische Lyrikerin Mary Oliver (1935–2019) findet in ihrem Gedicht „In den Wäldern von Blackwater“ passende Worte für das Dilemma, das im menschlichen Bewusstsein über die Endlichkeit steckt:



Foto: Museum für Sepulkralkultur

„Um in dieser Welt zu leben, musst du fähig sein, drei Dinge zu tun: lieben, was sterblich ist; es an deine Gebeine pressen in dem Wissen, dass dein Leben davon abhängt; und es loslassen, wenn die Zeit kommt, es loszulassen.“

Ihr

Dirk Pörschmann

Dr. Dirk Pörschmann ist seit 2018 Direktor des Museums und Zentralinstituts für Sepulkralkultur und Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal. Er studierte Kunstwissenschaften, Geschichte, Soziologie und Philosophie in Heidelberg und Bochum und promovierte an der Hochschule für Gestaltung in Karlsruhe zur Nachkriegskunst.



Foto: Puetz-Roth.de

„Koffer für die letzte Reise“

Schon mehr als 1,5 Millionen Besucher

Text von Hanna und David Roth

Im November 2012 durfte die Deutsche PalliativStiftung eine besondere Ausstellung in der Kaiser Wilhelm Gedächtniskirche in Berlin unterstützen:

Ein Koffer für die letzte Reise

Als der Bestatter Fritz Roth vor rund 20 Jahren die Kunstaktion Ein Koffer für die letzte Reise ins Leben rief, da konnte er nicht ahnen, was für ein wunderbares Geschenk er mit dieser Idee hinterlassen würde. Über 100 Menschen hatten damals einen Koffer gepackt und sich Gedanken gemacht, was in ihrem Leben eine so große Rolle gespielt hat, dass sie es gerne auf die letzte Reise mitnehmen würden.

Viele Koffer sind im Laufe der Jahre dazugekommen, an allen möglichen Orten in Deutschland und der Welt wurden die Koffer gezeigt.

Manfred Elzenheimer war einer der ersten, die einen Koffer für die letzte Reise für die Ausstellung übergaben.

Ein stattlicher Mann, Metzgermeister mit Leib und Seele, der das Wohl seiner Kunden im Blick hatte, aber auch, so merkwürdig es vielleicht klingen mag, das Wohl der Tiere, die er töten musste, um ihr Fleisch in Lebensmittel zu verwandeln. Das Wort Lebensmittel hatte für ihn einen besonderen Klang. Immer wieder trennte er die Begriffe, die in diesem Wort stecken und drehte sie um: Mittel zum Leben!

In einer Welt, in der die Anonymität der Schlachthöfe und die Industrialisierung der Fleischproduktion zunahm, blieb er standhaft und kämpfte für die Rückkehr zu den Wurzeln seines Handwerks. Der Metzgermeister beobachtete viele Jahre lang mit großem Unbehagen, wie sich seine Branche veränderte. Er forderte, dass Menschen, die Fleisch essen, wissen müssen, wo es herkommt, wie die Tiere aufgewachsen sind und wie sie in den letzten Stunden vor ihrem Tod behandelt wurden.

Wo andere nur redeten, handelte Manfred Elzenheimer. Er machte sich auf den Weg ins Burgund, um eine kleine Herde Charolais Rinder zu kaufen. Er siedelte die Tiere auf seinem Bauernhof im idyllischen Westerwald an. Dort durften die Kühe, Bullen und Kälber frei grasen, nie wurden sie angebunden, nie eingesperrt. Die Herde wuchs und irgendwann hatte er nicht nur 30, sondern 800 Tiere auf seinen Weiden.

Immer wenn Tiere geschlachtet werden mussten, tat er es persönlich. Er holte die Rinder von der Weide, führte sie ins Schlachthaus und tötete sie. Er wusste, dass jedes geschlachtete Rind ein Opfer war, das respektiert werden musste.

Manfred Elzenheimer liebte seinen Beruf, ja, aber er liebte auch die Tiere. Liebe war für ihn nicht nur ein Gefühl, sondern auch Tat. Für ihn hatte Tat mit Respekt und Dankbarkeit zu tun.

Als er damals seinen Koffer für die letzte Reise überreichte, war die Überraschung groß. In diesem Koffer waren keine materiellen Dinge, sondern vier Worte – Worte, die uns berührten und zum Nachdenken brachten. „Liebe“, „Danke“, „Entschuldigung“ und „Nein“. Vier Worte, die die Essenz seines Lebens einfingen.

„Liebe“, „Danke“ und „Entschuldigung“ sind Worte, bei denen man sofort ahnt, was damit gemeint sein könnte und warum er diese Worte in den Koffer tat. Das Wort „Nein“ überraschte uns. Doch Manfred erklärte, dass „Nein“ oft genauso wichtig ist wie „Ja“. „Nein“ schafft Klarheit, es setzt Grenzen, es öffnet Raum für Neues. „Nein“ ist keine Unhöflichkeit, sondern eine Notwendigkeit.

Manfred Elzenheimer starb, nicht zu Hause im Bett, nicht im Krankenhaus, nicht in seiner Wurstküche, wo er sterben wollte. Manfred Elzenheimer starb unterwegs auf einer Reise. Er saß im Zug, schloss die Augen und war tot.

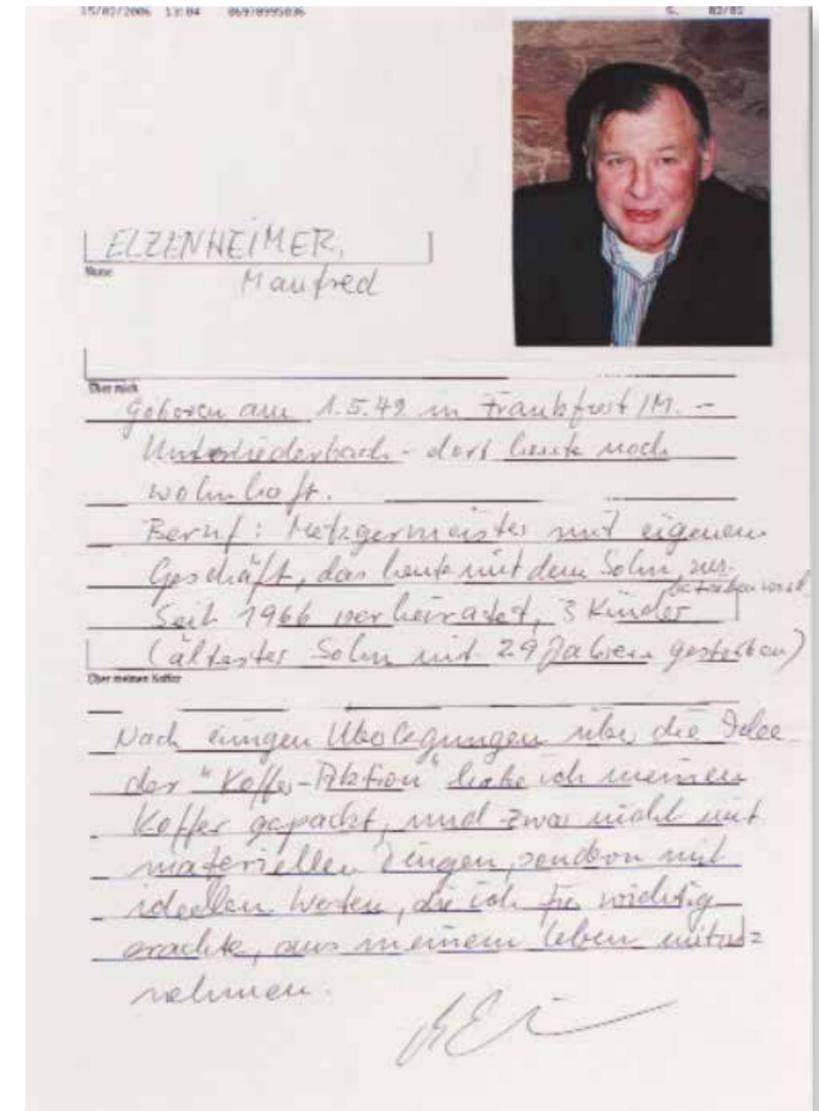


Foto: Puetz-Roth.de

Er hat in seinem Leben viel über die letzte Reise nachgedacht, weil der Tod ihm in seinem Alltag täglich begegnet ist. Dass er selbst unterwegs starb, klingt wie ein Märchen, ist aber auf wunderbare Art und Weise wahr und heute sagen wir „Nein“.

„Nein“ zum Vergessen. Wir sagen „Ja“ zur Erinnerung an einen außergewöhnlichen Mann, von dem wir viel über Liebe, Respekt und den Tod gelernt haben.

Quelle und weitere Infos www.puetz-roth.de
<https://www.puetz-roth.de/gut-zu-wissen/kunst-und-initiativen/ein-koffer-fuer-die-letzte-reise/>





Bild von Bruno auf Pixabay

Beschäftigungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Daheim und im Heim

Von Dipl. Psych. Monika Müller-Herrmann

Als mein Mann an Demenz erkrankte, wurde er von einem geistig aktiven Menschen plötzlich zu einem müden, antriebsarmen Sofabewohner. Er schlief viel, im Bett oder auf dem Sofa, sah stundenlang fern. Bis vor wenigen Monaten hatte er noch perfekt E-Gitarre gespielt, FAZ Online gelesen – jetzt kam er mit dem PC nicht mehr klar – oder politische Diskussionen rege verfolgt. Nun sah er nur noch den letzten Mist auf den Privatsendern; den ganzen Tag lang. Nach ein paar ersten Versuchen mit Mensch Ärger Dich nicht ging ich auf die Suche nach anderen Möglichkeiten.

Ich hatte das Gefühl, dass mein Mann völlig antriebslos geworden war, sich nichts mehr zutraute und viele frühere Alltagsfähigkeiten verloren hatte. Zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz gehört deshalb unbedingt auch die gezielte Beschäftigung mit Spielen oder anderen Tätigkeiten. Ich merkte, ich musste von mir aus aktiv Dinge vorschlagen, und so wurden unsere fast täglichen Spiele-Einheiten zu unserer persönlichen Quality Time, die nichts mit Pflegestress oder Medikamenten zu tun hatte.

Vorteile der Beschäftigung für Demenzerkrankte:

- Sie sorgt für gute Laune, für Abwechslung und Lebensfreude.
- Sie schützt vor Einsamkeit und Depression.
- Sie festigt noch vorhandene Fähigkeiten.
- Sie reaktiviert vertraute Handlungen
- Sie stärkt das Selbstvertrauen des Betroffenen.
- Sie gibt Struktur im Alltag.

Es war nicht mein Ziel, meinen Mann vor schwierige Herausforderungen zu stellen oder etwas zu trainieren. Demenz lässt sich nicht „wegtrainieren“. Natürlich hängt es vom Stadium der Demenz ab, welche Aufgaben und Spiele Sie der betroffenen Person zumuten können. Gedächtnisübungen können zum Beispiel bei einer leichten Demenz noch sinnvoll sein und Spaß bereiten. Aber ab einem gewissen Punkt führen sie nur noch zu Verunsicherung, Scham und Frustration.

Es ist wichtig, das Stadium der Demenz zu beachten, um keine Überforderung zu bewirken. Es ist wichtig, auf persönliche Vorlieben und Abneigungen einzu-

gehen: Die Beschäftigung sollte Spaß machen. Nicht jeder Mensch bastelt gern und nicht jede ältere Frau möchte sich mit Hausarbeit beschäftigen. Ich habe versucht, zu akzeptieren, wenn mein Mann gar nicht wollte, aber auch ein bisschen zu motivieren. Für mich war es eine Lernaufgabe, mich von strengen Spielregeln oder nur einer richtigen Lösung zu verabschieden. Gute Spiele und Beschäftigungen bei Demenz regen zum Reden und Erzählen an, lassen miteinander ins Gespräch kommen.

An Haushaltstätigkeiten kommt in Frage: Gemeinsam Kochen, Backen, Handwerk, Gartenarbeiten, Pflege von Haustieren.

An kreativen Tätigkeiten kommt in Frage: Basteln und Malen, Musik machen oder gemeinsam Musik hören, Singen, Tanzen und Bewegung. Dabei sind einfache Musikinstrumente wichtig. Mein Mann hat über 40 Jahre seines Lebens begeistert E-Gitarre gespielt, komponiert, hatte ein Tonstudio und eine Band. Wegen der dazu notwendigen EDV ging das jetzt nicht mehr. Aber eine Akustikgitarre konnte er immer noch spielen!



Foto: Christine Limmer, DPS

Als Medium der Erinnerungspflege bietet sich an gemeinsames Erzählen von Anekdoten von früher oder gemeinsames Anschauen von Fotoalben. Mein Mann hat immer nur am PC gelesen, es aber sehr geschätzt, wenn ich es ihm etwas vorgelesen habe. Das haben wir wegen seiner Sehbehinderung schon sehr lange praktiziert. Gemeinsame Spaziergänge und Ausflüge waren bei uns schon sehr schnell sehr eingeschränkt wegen der Sehbehinderung und Gangunsicherheit meines Mannes. Auch gemeinsame Museumsbesuche oder Zoobesuche fielen aus.

Zur Autorin

Dipl. Psych. Monika Müller-Herrmann, Trauerbegleiterin (BVT), Fachpsychologin Palliative Care, Altenpflegerin. Und jetzt eine betroffene Angehörige.

www.pflege.de/krankheiten/demenz/beschaeftigung-spiele

Unsere Favoriten waren:

Sets mit Teekesselchenkarten (Karten mit Begriffen, die zwei Bedeutungen haben) www.rivaverlag.de

„Wir erinnern uns“ das Quiz Gedächtnistraining für Senioren, ein kleines, entzückendes Heftchen aus dem Blaukirsch Verlag.

„Die große Quizbox für Senioren“ von Gisela Mötzing. Wir haben es anfangs 40 Minuten lang gespielt und dann sogar einmal zu dritt 2 h lang und Tränen dabei gelacht.

„Sprichwortkiste zur Biografiearbeit“ von Marion Jettenberger und Susanne Moser-Patuzzi. (beide: Verlag an der Ruhr)

Etwas teurer, aber auch sehr schön: „Erinner' Dich!“ aus dem ELSEVIER Verlag, eine Art Memory mit abgewandelten Regeln, in zwei Varianten mit Karten oder mit Spielbrett. Aus sehr ansprechendem und robustem Material.

Sexualassistentz

Ein Thema (auch) in der Altenpflege?

Vorweg. Als Pflegekraft oder auch als Arzt hat man immer wieder in der verschiedensten Art mit den auch sexuellen Bedürfnissen von Patienten oder Bewohnern in Pflegeeinrichtungen zu tun. Das gilt für alle Geschlechter auf beiden Seiten! Sei es durch eine Beziehung der Bewohner untereinander. Sei es durch verbale Komplimente, Anzüglichkeiten, auch (intimere) Berührungen gegenüber den Betreuenden. Das kann immer wieder ungewohnt, schwierig, auch etwas peinlich oder verschreckend sein. Das gilt besonders für junge Auszubildende, für die solche Übergriffe völlig überraschend sein können.

Stein Husebø, ein großer Lehrmeister in der Palliativversorgung, hat einmal von einer langjährigen Mitarbeiterin erzählt. Sie habe einen sterbenden Bewohner gefragt, ob er noch einen Wunsch habe. Der habe geantwortet: „Ja, ich möchte gerne noch einmal Deine Brüste streicheln.“ Sie habe lachend geantwortet: „Das darfst Du, aber nur die eine!“

Das ist sicherlich nicht für jeden Mitarbeiter als Antwort adäquat. Wie kann man professionell eine solche Situation souverän bewältigen?

Weil es in der Pflege- oder Heilpädagogikausbildung kaum thematisiert wird, braucht es sexualpädagogische Fortbildungen von qualitativ hohem Niveau.

Zudem ist es unerlässlich, dass Einrichtungen einen verbindlichen Leitfadens bezüglich des Umgangs mit Sexualität und Intimität formulieren.

Deshalb an dieser Stelle gleich eine grundlegende Aussage: Mitarbeiter, Betreuende sollten niemals (!) selbst „Hand anlegen“! Doch:

Essen, Trinken und Schlafen sind menschliche Grundbedürfnisse. Und berühren und berührt werden? Brauchen wir das nicht auch die Lust wie die Luft zum Leben? Denken wir an die Zeit nach der Geburt zurück, von Anfang an begreift ein Mensch seine Umwelt durch Berühren und Tasten, durchaus lustvoll durch das Saugen an der Mutterbrust.

Wir erfassen im wahrsten Sinne des Wortes die Welt durch Anfassen und Erfühlen; allein über unsere Körperhaare können rund 250 Millionen Rezeptoren aktiviert werden.

Bei einer wohlwollenden Berührung schüttet der Körper eine Kaskade an Hormonen aus; ein Beispiel ist das Hormon Oxytocin, es wirkt beruhigend, reguliert Stress und entspannt die Muskeln. Die Herzfrequenz sinkt, das allgemeine Wohlbefinden steigt.

Wir leben in einer körperängstlichen Kultur. Berührungen sind Tabu oder übersexualisiert.

Viele Menschen kompensieren ihr Berührungsdefizit über z. B. Geld, soziale Anerkennung oder Arbeit. Aber geht es uns damit wirklich gut? Und was ist, wenn eine solche Kompensation uns nicht (mehr) möglich ist? In der pflegerischen und jeder anderen Arbeit mit Menschen, die eine Unterstützung benötigen, begegnen wir zwangsläufig auch dem Thema Sinnlichkeit im weitesten Sinne: dem Bedürfnis nach aufmerksamer Berührung, Bedürfnis nach Zärtlichkeit, Bedürfnis als sinnliches/sexuelles Wesen wahrgenommen zu werden, bis hin zu klaren erotischen, sexuellen Wünschen und Bedürfnissen, die ja auch fast jeder Mensch ohne Behinderung oder Demenz hat.

Welche Möglichkeiten eine direkte so genannte sexuelle Erfahrung zu machen haben eine Frau oder ein Mann, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind etwas einzugehen, das wir eine Beziehung nennen?

Hilflosigkeit, Unwissen aber auch die regelrechte sture Weigerung diese Wünsche, Bedürfnisse und Sehnsüchte zu beachten, kann zu großer Einsamkeit, emotionalem und körperlichem Verhungern, Zwangshandlungen, Verspannung, (Selbst)-Verletzungen, Unzufriedenheit, „übergriffigem“ Verhalten und vielem mehr führen.

Wenn diese Bedürfnisse auftauchen, wird das pflegerische Umfeld oft schnell überfordert. Solche Dinge wurden und werden selten angemessen in den Ausbildungen behandelt. Es wird sehr oft nicht einmal offen darüber im Team gesprochen. Es gibt keinen Leitfaden seitens der Einrichtung. Es wird manchmal aus Überforderung gelästert oder die Sorgen und Probleme werden weggekichert. Das ist kein angemessener, kein würdiger Umgang mit einem so wichtigen Thema!

Die Menschen, die es zu ihrem Beruf gemacht haben, kognitiv behinderte, psychisch beeinträchtigte, demente Menschen oder Menschen mit Autismus Spektrum Störungen zu begleiten oder zu assistieren, gehören natürlich zu den geistig „Normalen“.

Das heißt, sie sind von den allgemein gültigen gesellschaftlichen Normen geprägt, die die eigene Lebendigkeit und Authentizität oft nicht gerade unterstützen.

Es ist wesentlich, dass diese Mitarbeiter eine entspannte, offene Grundhaltung dem Thema Sexualität gegenüber haben. Wenn das nicht der Fall ist, werden sie nicht angemessen auf die Bedürfnisse ihrer „Schützlinge“ eingehen können. Sie werden eigene Bedürfnisse projizieren oder das, was sie wahrnehmen, leugnen. Dann wird Missbrauch möglich, weil mit dem Thema nicht offen und transparent umgegangen wird. Da gibt es noch viel zu tun, wenn wir nicht wollen, dass unsere Klienten zusätzlich behindert werden durch eine mangelnde Offenheit in ihrem Umfeld.

Aktive Sexualassistentz ist eine bezahlte sexuelle Dienstleistung für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Sexualassistenten sind Menschen, die aus einer transparenten und bewussten Motivation heraus unter anderem Folgendes anbieten:

- Beratung
- Erotische/ Sinnliche Ganzkörpermassage
- Zusammen nackt sein/ Hautkontakt
- Sich gegenseitig streicheln und umarmen
- Anleitung zur Selbstbefriedigung für Menschen, die das nicht vom Bildmaterial her verstehen können
- Möglicherweise auch Oral- und Genitalverkehr

Jeder Sexualassistent und jede Sexualassistentin entscheiden individuell, was sie oder er anbieten will und für wen. Manche werden (erst einmal) nur mit körperbehinderten Menschen, die ihre Bedürfnisse klar äußern können, arbeiten. Manche werden sowohl Frauen als auch Männer zu ihren Klienten rechnen. Andere werden ausschließlich Klienten ihres eigenen bzw. des anderen Geschlechts haben.

Manche werden ihre Wahrnehmung und ihre Intuition so sehr geschärft haben, dass sie auch sogenannte schwerst kognitiv behinderte Menschen (die z. B. nicht sprechen können) begleiten und berühren. Sexualassistenten sind ausgebildete Menschen, die bereit und in der Lage sind, ihre Arbeit transparent zu machen.

Passive Sexualassistentz bedeutet:

- Voraussetzungen für die Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität zu schaffen.
- Es ist die Aufgabe der Einrichtung und der Mitarbeiter ein sexualitäts- und sinnlichkeitsfreundliches Klima zu schaffen.
- Dieser intime Bereich kann nur von einem Menschen gestaltet werden, der von außen kommt.

Passive Sexualassistentz ist damit ein viel umfassender Bereich. Darin kann aktive Sexualassistentz stattfinden (vorbereiten und nachbereiten). Es gibt eigene Fortbildungen zur passiven Sexualassistentz.

Die Nachfrage der Klienten ist in der Praxis meistens eine aktive Sexualassistentz.

Die Sexualität und Sinnlichkeit, die hier gemeint ist, ist eine ganzheitliche, ganzkörperliche, lebendig-bewusste und nicht eine auf Geschlechtsmerkmale bezogene, mechanische Sexualität (wie man sie öfter in der so genannten „Prostitution“ oder durchaus auch in vielen Ehebetten findet).

Viele weitere Informationen zum Thema finden Sie unter www.ninadevries.com

Im Alter selbstbestimmt leben – dank Unterstützung

Die Gemeindepflege ist ein neues Angebot im Landkreis Fulda

Von Mona Mühling

Josef* ist 74 Jahre alt und wohnt in einer kleinen 500-Seelengemeinde. Seit dem letzten Herbst ist er verwitwet.

In jungen Jahren war Josef mit seiner Ehefrau gern aktiv. Sie besuchten den örtlichen Chor, gingen sonntags in die Kirche, im Herbst gingen sie gern wandern und genossen gemeinsam ihre Rente als Camper, zum Beispiel an der Ostsee.

Seit dem Tod seiner Frau zieht sich Josef jedoch immer mehr zurück. Seine Nachbarin macht sich große Sorgen, da sie ihn immer seltener draußen sieht, und er augenscheinlich stark abgenommen hat. Sie kontaktiert Josefs Sohn, der jedoch in Hamburg lebt. Er telefoniert zwar regelmäßig mit seinem Vater, kann aber beruflich und familiär aus Hamburg nicht weg.

In der Zeitung liest Josefs Nachbarin von der Gemeindepflegerin des Landkreises Fulda. Gemeinsam mit Josef beschließt sie diese anzurufen und einen Beratungstermin zu vereinbaren.

Die Gemeindepflege ist ein Projekt des Landes Hessen und ein kostenloses Angebot des Landkreis Fulda. Im Rahmen ihrer Arbeit bietet die Gemeindepflegerin wohnortnahe Beratungsgespräche in den Gemeinden an, oder nach Vereinbarung individuelle Hausbesuche.

In den ersten Beratungsgesprächen erfährt die Gemeindepflegerin einiges über Josefs gesundheitlichen Zustand, aber auch über seine Trauer um seine verstorbene Ehefrau, über seine Vorlieben und Interessen und seine Wünsche für seine Zukunft. Gemeinsam erarbeiten sie einen Versorgungsplan, welcher sich an Josefs aktuellen Bedürfnissen orientiert. Nun kann die Gemeindepflegerin die nächsten Schritte einleiten.

Im Vordergrund stehen die gesundheitliche Versorgung sowie die Trauerarbeit, um den Verlust der Ehefrau bewältigen zu können. Hierfür stellt die Gemeindepflegerin Kontakte zu einer ehrenamtlichen Trauerbegleitung her.

In den letzten drei Monaten hat Josef knapp 15 Kilogramm verloren, da er sich nur sehr selten etwas kocht. Das hatte früher immer seine Frau gemacht. Durch die Organisation von Essen auf Rädern ist eine warme und ausgewogene Mahlzeit am Tag sichergestellt. Durch eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung kann Josef wieder Kräfte sammeln und hat mehr Energie, um seinen Alltag zu bestreiten.

Da Josef nach dem Tod seiner Ehefrau ganz alleine in seinem Haus lebt, wünscht er sich mehr Sicherheit. Die Gemeindepflegerin initiiert die Einrichtung eines Hausnotrufes. Zudem hat sie einige Tipps, wie Josef sein Zuhause sicherer gestalten kann, damit er keine Sorge hat zu stürzen. Sie kleben zum Beispiel die Teppiche am Boden fest bzw. entfernen einige Stolperfallen.

Josef berichtet, dass er Unterstützung bei der Grundpflege benötigt. Die Gemeindepflegerin stellt den Kontakt zum Pflegestützpunkt des Landkreises Fulda her. Dieser setzt sich mit Josef in Verbindung, um eine Pflegeberatung durchzuführen und einen Antrag auf einen Pflegegrad bei seiner Pflegekasse zu stellen. Mit erfolgreicher Einstufung in einen Pflegegrad unterstützt die Gemeindepflegerin bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst vor Ort, welcher Josef von nun an einmal in der Woche beim Duschen zu Hause unterstützt.



Foto: Sebastian Mannert

Aufgrund seines Alters kann Josef seiner Haushaltsführung nicht mehr adäquat nachkommen. Er ist auf der Suche nach einer Haushaltshilfe. Die Gemeindepflegerin berät ihn, dass ihm ab Pflegegrad 1 ein Entlastungsbetrag von 125 € zur Verfügung steht. Diesen kann er zum Beispiel für eine Haushaltshilfe verwenden. Im Gespräch mit seiner Nachbarin stellen sie fest, dass diese sich als Nachbarschaftshelferin qualifizieren möchte und somit nun die Haushaltshilfe für Josef übernehmen wird.

Nach einiger Zeit, intensiven Gesprächen und bewältigter Trauerarbeit ist Josef bereit, wieder am sozialen Leben in seinem Dorf teilzunehmen. Die Gemeindepflegerin unterstützt ihn bei der Kontaktaufnahme zum örtlichen Chor, zum Männerstammtisch und zu einem

Bürgerverein, welcher einen Bürgerbus anbietet. Mit diesem kann Josef all seine Termine wahrnehmen, ohne sich um seine Mobilität sorgen zu müssen.

Somit wurde das Ziel der eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung im häuslichen Umfeld sowie eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erreicht.

Weiterführende Informationen: www.pflegestuetzpunkt-fulda.de

* Die Geschichte von Josef ist fiktiv und dient exemplarisch zur Darstellung der Arbeit der Gemeindepflegerin



Josef berichtet, dass er Unterstützung bei der Grundpflege benötigt.

Demokratie ist nicht selbstverständlich

Beim Empfang der DZ-PRIVATBANK beim Stiftungstag in Hannover hielt Dr. Norbert Lammert, Präsident des Deutschen Bundestages a. D. anlässlich 75 Jahre Grundgesetz einen einen flammenden Vortrag zu Demokratie und Engagement. Deshalb baten wir um einen Beitrag für „schöner leben ...“ und erhielten seine Erlaubnis einen Text abzdrukken, den er für eine andere Zeitschrift verfasst hatte.

„Die Demokratie ist immer dann am meisten bedroht, wenn die Menschen beginnen, sie für selbstverständlich halten.“ So formulierte Barack Obama es in seiner Abschiedsrede als Präsident der USA im Januar 2017 in Chicago. Er ahnte damals vermutlich nicht, wie schnell das auch auf sein eigenes Land zutreffen könnte.

Wir Deutsche halten die Demokratie längst für selbstverständlich, zumal die meisten der hier lebenden Menschen in ihrer eigenen Biographie nie andere als demokratische Verhältnisse kennengelernt haben – jedenfalls in Westdeutschland. Doch eine der wesentlichen Lektionen der Weltgeschichte lautet: Politische Systeme sind sterblich. Das ist ermutigend mit Blick auf autoritäre Systeme, die auch nicht unter Denkmalschutz stehen. Aber wir machen uns zu wenig bewusst, dass das ebenso und noch mehr für demokratische Systeme gilt, obwohl es niemand besser wissen müsste als wir Deutsche: Das Grundgesetz ist bereits der zweite Anlauf, Demokratie in Deutschland zu etablieren, nachdem die Weimarer Republik früh und dramatisch gescheitert war und in der Katastrophe endete. Wir sollten deshalb das 75. Jubiläum des Grundgesetzes dazu nutzen, uns unserer jüngeren Geschichte mit ihren Errungenschaften und ihren Herausforderungen zu erinnern.

Dass der erste demokratische Anlauf in Deutschland scheiterte, hatte viele Ursachen. Am wenigsten lag es am Verfassungstext, der sich ähnlich eindrucksvoll liest wie das Grundgesetz. Manches ist nicht nur ähnlich geregelt, sondern auch gleich oder ähnlich formuliert. Dennoch hat diese Verfassung nicht ausgereicht, um die Demokratie zu erhalten. Nach Einschätzung vieler Historiker ist der wohl wichtigste Grund: Die Weimarer Demokratie hatte zu wenig Akzeptanz und breite Unterstützung bei der Bewältigung zahlreicher Herausforderungen von innen wie von außen. Eine „Demokratie ohne Demokraten“, wie gelegentlich behauptet, war sie nicht: Es gab engagierte Demokraten, von denen manche ihr Leben für die Demokratie ließen. Aber es waren ganz sicher zu wenige, deren Rivalität untereinander noch ausgeprägter war als das Bewusstsein einer gemeinsamen Verantwortung aller Demokraten für die Geltung der Verfassung. Daran ist die erste deutsche Demokratie gescheitert – und weil immer mehr Wahlberechtigte ihre Stimmen demokratiefeindlichen Parteien gegeben haben, bis diese am Ende das frei gewählte Parlament dominiert und mit ihren Mehrheiten die Verfassung aus den Angeln gehoben haben.

Darin zeigt sich ein Muster, das für die jüngere Vergangenheit und Gegenwart in einer spektakulären Weise typisch geworden ist. Die beiden US-amerikanischen Politikwissenschaftler Steven Levitsky und Daniel Ziblatt haben es in ihrem 2018 erschienenen Werk *Wie Demokratien sterben* auf den Punkt gebracht: „Seit dem Ende des Kalten

Krieges sind die meisten demokratischen Zusammenbrüche nicht durch Generäle und Soldaten, sondern durch gewählte Regierungen verursacht worden. [...] Der demokratische Rückschritt beginnt heute an der Wahlurne.“

2024 geht womöglich als das Jahr in die Geschichte ein, in dem mehr Menschen als je zuvor in einem Jahr die Möglichkeit hatten, wählen zu gehen: In sechzig Ländern der Welt finden Wahlen statt; etwa die Hälfte der Weltbevölkerung – vier von acht Milliarden – wird daran teilnehmen können. Doch nicht überall, wo Wahlen angekündigt werden, finden auch Wahlen statt – schon gar mit demokratischen Mindestansprüchen: Wenn man unter Demokratie ein System versteht, in dem die Bürger in regelmäßigen Abständen im Rahmen von freien und fairen Wahlen entscheiden können, von wem sie regiert werden wollen, also zwischen personellen und programmatischen Alternativen abstimmen können; in dem die durch Wahlen legitimierte Vergabe von Mandaten zeitlich befristet ist und ebenjene Mandate nur mit jeweils abgegrenzten Kompetenzen statt Allzuständigkeiten verbunden sind; in dem eine Gewaltenteilung zwischen Exekutive und Legislative mit einer von beiden unabhängigen Justiz existiert; und in dem für alle Menschen verfassungsrechtlich verbrieft Grund- und Freiheitsrechte gelten – Wenn solche Kriterien als Mindestanspruch an eine ernstzunehmende Demokratie gestellt werden, dann sind nach dem jährlichen Demokratieindex der britischen Zeitschrift *The Economist* für das Jahr 2023 von 167 untersuchten Staaten weltweit nur zwanzig Staaten „vollständige“ Demokratien, in

denen lediglich 7,8 Prozent der Weltbevölkerung leben. Deutschland zählt dazu, die USA aktuell nicht, und auch nicht alle 27 Mitgliedsstaaten der EU erfüllen alle genannten Kriterien.

Demokratie braucht Demokraten. Im Unterschied zu autoritären Systemen brauchen Demokratien bürgerschaftliches Engagement. Fehlt es, ist absehbar, dass Demokratien ausbluten oder kollabieren. Dabei muss man sich klar darüber sein, dass demokratische Systeme der Natur der Sache nach empfindlicher sind als autoritäre Systeme, denn sie stellen, im Unterschied zu diesen, ihren Gegnern die Mittel zum Kampf gegen ihre eigenen Normen und Regeln zur Verfügung. Paradoxaerweise müssen sie das auch im Interesse der Ernsthaftigkeit ihrer eigenen Prinzipien, was wiederum voraussetzt, dass demokratiefeindliche Positionen von einer Mehrheit der Demokraten kompensiert und neutralisiert werden – solange es sie gibt. Das Überleben von Demokratien entscheidet sich letztlich nicht auf Marktplätzen oder vor Gerichten, sondern in Wahlkabinen.

Das als Provisorium beschlossene Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland gehört inzwischen zu den ältesten geltenden Verfassungen der Welt. Es wird von mehr als drei Vierteln der hier lebenden Menschen als bewährte Grundlage unseres Zusammenlebens geschätzt und gewürdigt. Aber es muss gelebt und gegen alle Anfechtungen verteidigt und gesichert werden. Es geht um unsere Demokratie, um unsere Freiheit und um unsere Zukunft! Und das ist unsere Verantwortung!

Prof. Dr. Norbert Lammert, Vorsitzender der Konrad-Adenauer-Stiftung, Präsident des Deutschen Bundestages a. D.



Demokratie braucht Demokraten. Im Unterschied zu autoritären Systemen brauchen Demokratien bürgerschaftliches Engagement.

Die Kunst der Ernährung oder Künstliche Ernährung



Don Andrea Giucci
andrea.giucci@pav.va

Sekretär der Päpstlichen
Akademie für das Leben
im Vatikan

Priester und Kochbuch-
autor

Foto: Privat

Von Don Andrea Giucci, Vatikan

Die menschliche Ernährung lässt sich niemals auf einen rein biologischen und funktionellen Akt reduzieren. Sie hat immer, unabhängig von den Bedingungen, unter denen sie stattfindet, eine kulturelle und soziale Dimension. Ernährung ist ein zutiefst (zwischen)menschliches Erlebnis.

Dies gilt auch und gerade dann, wenn der von Ernährung abhängige Mensch einen Lebensabschnitt erlebt, in dem er aus gesundheitlichen Gründen die Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise aufnehmen kann, sondern medizinisch unterstützt werden muss; dies beispielsweise mit der Nasen-Magen-Sonde, die bei Patienten mit funktionierendem Magen und Darm zuerst eingesetzt wird oder danach mit der PEG, dem Schlauch, der durch die Bauchwand direkt in den Magen geht. Schließlich gibt es noch die Ernährung als Infusion direkt in die Vene.

Meist wird dabei „natürlich“ für die erste und „künstlich“ für die zweite Kategorie verwendet. Bei näherer Betrachtung helfen diese Begriffe nicht, die menschliche Ernährung vollständig zu verstehen; tatsächlich ist unsere Ernährung nie absolut natürlich. Wenn man von den Beerensammlern der Altsteinzeit absieht, hat sich der Mensch, seit er das erste Feuer zum Kochen entfacht und gelernt hat, Pflanzen anzubauen und Tiere zu züchten, immer durch kulturelle und technologische Prozesse der Nahrungsmittelproduktion und -verarbeitung ernährt. Die ganze menschliche Ernährung ist somit zugleich natürlich und künstlich.

Innerhalb dieser Komplexität müssen die notwendigen Überlegungen zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden

zwischen gewöhnlichen und medizinisch unterstützten Formen angestellt werden.

Während der Hauptzweck derselbe ist (Ernährung), entspricht die normale Ernährung auch einem sozialen (gedeckter, gemeinsamer Tisch) und ästhetischen (gutes Essen) Zweck, der bei der medizinisch unterstützten Ernährung selten gegeben ist. Selbst das Gefühl des Hungers kann hier sehr verschieden sein, ebenso wie das damit verbundene Verlangen, das sich in der Wahl eines bestimmten Restaurants und Menüs zeigt und bei der Sondenernährung ganz anders oder sogar nicht vorhanden ist.

Die konkreten Umsetzungen der beiden Prozesse folgen ähnlichen, aber nicht exakt gleichen Logiken. Während wir immer professionelles Herangehen, Geräte und Settings brauchen, unterscheiden sich diese in den beiden Situationen erheblich: Köche, Töpfe und Pfannen und ein gedeckter Tisch auf der einen Seite, Biochemiker, Krankenpflegende und Katheter auf der anderen. Oft isst man gemeinsam mit anderen, selten teilt man den Moment einer parenteralen Infusion. Im ersten Fall hat man es mit Rezeptbüchern zu tun, im zweiten mit Gebrauchsanweisungen und Nährstofflisten. Während das Interesse an den ernährungsphysiologischen Eigenschaften der verwendeten Produkte weit verbreitet ist, beziehen sich Geschmacksrichtungen, Sorten und Traditionen nur auf gewöhnliche Lebensmittel. Die sozialen Medien verdeutlichen (wie immer) den Unterschied: viele posten Bilder von den Gerichten, die sie essen, niemand tut dasselbe mit der Tüte der Zubereitung.



Foto: Christina Plath

Der kurze Vergleich lässt eine erste Schlussfolgerung zu: Die erwähnten Ernährungsformen beruhen auf demselben biologischen Bedürfnis, können aber weder vollständig noch leicht in Einklang gebracht werden. Der medizinische Hintergrund der zweiten ist ein wichtiger Unterschied, den man in der lebhaften Debatte über diese Praktiken im Auge behalten sollte.

Auch wenn klar ist, dass man niemandem, auch nicht einem Sterbenden, die lebensnotwendige Unterstützung entziehen darf, zeigt unsere Betrachtung, dass es zu einfach wäre, das Essen am Tisch einfach mit einer Sondenernährung gleichzusetzen. In der kollektiven Vorstellung wird das Nichtfortführen der künstlichen Ernährung als Todesurteil durch Verhungern wahrgenommen: Die Pflegekraft, die die Mahlzeit reicht, verlässt das Zimmer des betreffenden Kranken. Aber unsere Betrachtung zeigt, dass dies nicht so ist, denn in dieses Zimmer kommt ein Kellner leider schon

lange nicht mehr. Dieser komplexe Zusammenhang muss eines der Elemente sein, die bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der Nichtfortführung der medizinisch unterstützten Ernährung berücksichtigt werden müssen.

Gleichzeitig, und dies ist eine zweite Schlussfolgerung, erfordert die teilweise Überschneidung der beiden Ernährungsmöglichkeiten auch die Beibehaltung einer humanen Form der medizinisch unterstützten Ernährung. Das Management dieser medizinischen Maßnahme sollte so weit wie möglich das soziale und symbolische Element des Tisches, seiner Gegenstände, Zeiten, Rituale bewahren.

Sollte und könnte ein gläubiger Patient, der es gewohnt ist, vor dem Essen zu beten, dies auch vor dem Beginn der assistierten Ernährung tun?

Schließlich sagt letzteres, das sich nur auf einen kurzen Moment im menschlichen Leben bezieht,

auch etwas über die gesamte gegenwärtige Ernährungserfahrung aus. Wir befinden uns im Zeitalter von #foodporn, in dem Eventcharakter und Spektakularisierung von Lebensmitteln ins Unermessliche gestiegen ist. Die gastronomische Rhetorik ist ein Symptom für die Perversion der Frage nach dem Essen im übersättigten Westen.

Die medizinisch unterstützte Ernährung erinnert uns daran, dass wir in erster Linie essen, um uns zu ernähren, und dass es, um diese grundlegende Dynamik auf wahrhaft menschliche Weise zu erfahren, nicht möglich ist, dem Körper, seinen biologischen Prozessen, seinen Grenzen und Ressourcen, ja sogar seinen sozialen Bedeutungen einfach so auszuweichen.

Übertragen aus dem Italienischen mit Hilfe von deepL.

Zitronencreme

Genau das Richtige für einen lauen Sommerabend als Dessert

Zubereitung

1 Mit dem Küchenmixer Sahne (350 Milliliter) steif schlagen und kaltstellen.

2 Gelatine (4 Blatt) in kaltem Wasser einweichen.

3 Sahnejoghurt (300 Gramm), Frischkäse (200 Gramm) mit Zucker (200 Gramm), Zitronensaft und Zitronenabrieb (von 3 Hälften) in einer Schüssel glatrühren.

4 Gelatine aus dem Wasser nehmen, etwas ausdrücken und in einem kleinen Topf mit etwas Wasser erwärmen, bis sich die Gelatine ganz aufgelöst hat.

5 Die Gelatine darf nicht kochen.

6 3-4 Esslöffel von der Joghurtcreme zu der Gelatine in den Topf geben, verrühren und jetzt erst zum Rest der Joghurtcreme in die Schüssel geben.

7 Für circa 10 Minuten kaltstellen, bis die Joghurtcreme beginnt fest zu werden.

8 Nun etwas von der Sahne in die Joghurtcreme rühren, dann den Rest behutsam unterheben.

9 Die Zitronencreme in eine Dessertschale geben und mindestens drei Stunden kaltstellen.

Zutaten

350 Milliliter Sahne

4 Blatt Gelatine

300 Gramm Sahnejoghurt

200 Gramm Frischkäse

200 Gramm Zucker

Saft und abgeriebene Schale von 3 Zitronenhälften (unbehandelt)

Das Rezept von Hospizkoch Ruprecht Schmidt, ist dem neuen "Hamburg Leuchtfener Kochbuch – Rezepte und Geschichten aus dem Hospiz" entnommen. Darin finden Sie neben diesem noch viele andere wunderbare Kochideen in einfacher Sprache und gut lesbarer Schrift.

Es ist erschienen im Deutschen PalliativVerlag 2023 und erhältlich für 25 EUR bei der PalliativStiftung.



Mit Verstand altern

Von Dr. med. Marianne Koch

Marianne Koch, Ärztin, Filmstar und Journalistin, junge 92 Jahre alt, steht immer noch voll im (Berufs)Leben. Neben einer regelmäßigen Medizinsendung im BR schreibt sie auch Bücher. Ihr neuestes Buch ist ein schönes Kleinod. Aus der Praxis für die Praxis des Älterwerdens; des Alterns mit Verstand!

Sie schreibt kurzweilig, einfach verständlich, sachlich gut recheriert und korrekt, worauf man (und frau natürlich auch) achten sollte. Was tun, was vielleicht auch lassen. Wichtige Hintergrundinformationen, gute Tipps zur Umsetzung im Alltag.

Und die Kernaussage ist letztlich dieselbe wie jene aus dem Gespräch mit Schwester Brunhilde, der 84jährigen Oberin im St. Hedwig Stift, nur mit anderen Worten: Körperliche Beweglichkeit. Geistige Beweglichkeit. Soziale Kompetenz. Das gilt es zu pflegen, zu erhalten, zu trainieren. Das fällt nicht immer leicht, aber es lohnt sich, wenn Ihnen etwas daran liegt, mit Verstand zu altern!

Mit Verstand altern
20,00 EUR
144 Seiten
dtv
ISBN 9-783423-284080



Tagen bei der Deutschen PallativStiftung

Öffentlichkeitsarbeit für ein Leben bis zuletzt kann auch ganz anders stattfinden. Zum Beispiel, indem Menschen für Meetings und Veranstaltungen unsere Räume nutzen und niederschwellig über Hospizarbeit und Palliativversorgung informiert werden.

Und wir haben Räume von 20 bis 105 qm, die wir gerne für große und kleine Treffen, Sitzungen, Konferenzen und Vorträge zur Verfügung stellen. Sie sind mit bestem Internet, Whiteboards, Pinnwänden, Flipcharts, Moderationsmaterial und je nach Wunsch reichlich Technik ausgestattet. Was immer Sie brauchen, erhalten Sie bei uns.

Hybridsitzungen, Livestreams, Podcasts, YouTube-Videos können wir natürlich auch möglich machen.

Unsere Konferenzräume sind lichtdurchflutet, können jedoch auch abgedunkelt werden. Im Haus selbst existiert ein Parkhaus. Vor dem Gebäude finden Sie Taxi-stand, Busbahnhof und Hauptbahnhof. Die Räume werden je nach Nutzungszeit gebucht und abgerechnet.

Wir bieten eine (Raum)Pauschale pro 30 min Raumnutzung 20 EUR netto. Dies gilt auch für unseren großen Veranstaltungsraum, der mit 105 qm angenehm geräumig und flexibel zu gestalten ist.

(Kopf)Pauschale von 12 EUR pro Kalendertag-Nutzung und Person. Diese beinhaltet

- warme und kalte Getränke,
- Süßigkeiten und auch „alles andere“,

weshalb wir für Moderationsmaterial, Pinnwände, Whiteboard, Flatscreen, schnelles WLAN, Reinigung usw. nichts gesondert berechnen.

In Etage E+2 steht im großen Raum mit 105 qm klimatisierter Fläche ein Podium von 3 x 7 m Größe und mit einer Höhe von 30 cm, was Frontalvorträge deutlich besser möglich macht.



<https://www.palliativstiftung.com/de/palliativstiftung/vermietung-von-tagungsraeumen>

Hier haben wir ein reichliches Angebot für (fast) jeden Zweck:

- Flatscreen Diagonale 163 cm
- Flatscreen Diagonale 215 cm
- 2 Whiteboards/ Pinnwände auf Rollen
- 20 Pinnwände
- 4 Flipcharts
- Diverse Moderationskoffer

In Etage E+4 haben wir gut Platz für acht Personen, dort finden Sie eine Neuland-Moderationswand, Flipcharts und einen Beamer. Dazu haben Sie eine beeindruckende Aussicht.

Je nach Wunsch und je nach Absprache kämen weitere Technik, belegte Brötchen, Eintopf, Obst und so weiter dazu.

Storno: Bis 14 Tage vor dem Termin ist die Stornierung kostenfrei. Danach berechnen wir 50 % nur für die Kosten der Raumnutzung. Bei einer Stornierung weniger als drei Tage vor dem gebuchten Termin oder später würden dazu 50 % der weiteren Kosten fällig.

vom Tau befeuchtet	plump	Disney-Film: „... und Ströchl“	Muschelprodukt	Vorzeichen	engl.: Tee	griech. Stadt	Spielkarte	Jugendlicher, Junge	
Initialen d. Autors Kästner (†1974)	8	Abk.: Umdrehungen pro Minute	1	norweg. Fluss		japanischer Feudalherr			
lateinisch: Löwe		ruhen-des Gewässer		Little Joe: Michael ... (†)					
		iranische Nachrichtenagentur		römisch: „sech-zehn“	Währung in Bang-ladesh				
Kfz-Z. Main-Tauber-Kreis		armselig wohnen	Schlag mit dem Beil			9			
Zupf-instrument				Abk.: Hilfs-posthalter	ungar.: Emme-rich (Name)			6	
		5	Essgerät mit Zinken	20. grie-chischer Buch-stabe	7	Jazz-begriff	Stadt in Thürin-gen	spielte „Mike Hammer“ (...Keach)	Möbel-stück zum Sitzen
Wehen-schreiber	Glaube im Islam	Vorname von de Mau-passant		Vorn. v. Carrell	Boxhieb				
Argo-naut			Initialen des Film-stars Hudson		Kfz-Zeichen Maure-tanien		Wenders-Film: „... ans Ende der Welt“		
Näh-mittel	gut aus-sehen-der Mann		4	in Ent-stehung befindl. Haus					
			festes Gewebe						
Künstler-name d. Karikatur. I. Cozacu		sattel-fest, sicher	2		10	Not-unter-kunft		3	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nicht die erste Wahl bei freier Entscheidung, aber meist doch besser als man denkt.

Wenn Sie gewinnen wollen, so schicken Sie uns das Lösungswort aus dem Rätsel per eMail an

Mail@schoener-leben.info

Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

Drei Hospizkochbücher

<https://palliativstiftung.com/de/shop/das-hospiz-kochbuch>

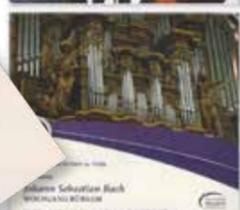
Drei Doppel-Sets Mutmachkarten

<https://palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten>

und drei CD-Sets der Deutschen PalliativStiftung.

<https://palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds>

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt. Der Einsendeschluss ist der **30.09.2024 um 24:00**



Wird Alter zu einer Krankheit?

Provokante Frage, ernst gemeinter Hintergrund



Von Prof. Daniel Jaspersen

Die provokante Frage hat einen ernst gemeinten Hintergrund, nämlich konkret die neue 11. Version der ICD. Darunter versteht man die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die in Deutschland die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung darstellt.

Als Besonderheit der 11. Ausgabe der Weltgesundheitsorganisation soll nun erstmals das Lebensalter als Teil der Diagnose erfasst werden. Seit dem 1. Januar 2022 können die Mitgliedstaaten ihre Sterblichkeitsdaten auch mit dieser neuen Verschlüsselung melden, wobei das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte noch an der deutschen Version arbeitet.

Leben beinhaltet Altern und die Wissenschaft, die sich damit befasst, ist die Gerontologie. Griechisch bedeutet das für mich als 70-jährigen wenig erbaulich „die Lehre vom Greis“, verweisen möchte ich dabei aber auf den motivierenden Song von Udo Lindenberg: „Der Greis ist heiß“. Aber zurück zum Thema. Gerontologie stellt die Wissenschaft vom Altern dar und berücksichtigt Aspekte des gesamten Lebens, wie kulturelle, soziale, historische und persönliche.

Einem aktuellen Artikel des Psychoanalytikers Martin Teising in Psychologie Heute ist zu entnehmen, dass wir uns auch im hohen Lebensalter ständig weiterentwickeln und uns neue Kompetenzen zur Kompensation auftretender Defizite aneignen können. Dabei werden die körperlich bedingten Einschränkungen der letzten Lebensphase, nämlich dem dritten Lebensalter nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben,

nicht verleugnet. Aber im Durchschnitt liegen noch etwa 20 Lebensjahre bei relativ guter Gesundheit vor den Betroffenen. Das vierte Lebensalter beginnt dann ab 85 und ist geprägt von zunehmenden körperlichen und geistigen Einschränkungen.

Was die Diagnosenzuordnung betrifft, sollen das frühe geriatrische Alter von 65-84 Jahre und das Alter ab 85 Jahre erfasst werden. Daraus kann bei kritischer Hinterfragung geschlossen werden, dass das Alter selbst eine Krankheit sei und die Folgen bekämpft werden müssen.

Aubrey de Grey ist biomedizinischer Gerontologe und setzt sich für die Bekämpfung des Alterungsprozesses, den er als Krankheit und medizinisches Problem betrachtet. Er fordert zur Vermeidung von Gesundheitsproblemen im Alter den Einsatz der regenerativen Medizin mit Stammzellen, um geistige und körperliche Funktionen wie in der Jugend unbegrenzt aufrechtzuerhalten.

Dazu sagt die Schweizer Soziologin und Altersforscherin Sabina Misoch, dass Alter weder als Krankheit behandelt noch als solche betrachtet werden soll, sondern als Teil des natürlichen Verlaufes des menschlichen Lebens, das gerade durch dessen Endlichkeit seine eigentliche Qualität erhält. In diesem Sinne sollten wir uns der Endlichkeit und der Kostbarkeit des Lebens bewusst sein und versuchen jeden Tag so positiv wie möglich zu gestalten.



In diesem Sinne sollten wir uns der Endlichkeit und der Kostbarkeit des Lebens bewusst sein.



Der Friedhof der Zukunft?

Auf der Messe Stone+tec in Nürnberg wurde Ende Juni 2024 über den Friedhof der Zukunft diskutiert

Foto: Tobias Blaurock



Sarah Czasny (30), Städtebaureferendarin im baden-württembergischen Ministerium für Landesentwicklung und Wohnen, Stuttgart

„Die Chancen, die Friedhöfe bieten, sind bekannt - so auch die ersten darauf ausgerichteten Lösungsansätze. Nun braucht es Mut, sich dieser planerisch komplexen Fläche tatsächlich zu widmen. In Zukunft gilt es, Friedhöfe – über den einzelnen Beisetzungsort hinaus – als unverzichtbaren Bestandteil einer Kommune innovativ zu denken.“

Foto: Willy Hafner



Karin Gansloser (27), Bürgermeisterin, Schlatt

„Ein Friedhof ist ein Friedhof. Ein neuer Name hilft nicht weiter. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Menschen. Menschen tun auf Friedhöfen Verbotenes, weil es ihnen guttut. Es braucht dort keine Verbote, sondern Regeln, die aktiv fördernd sind und mehr Interaktion erlauben. Es braucht dort mehr Interkulturalität und vor allem mehr Miteinander. Den Friedhof wie ein offenes Bürgerhaus zum Wohlfühlen zu gestalten – ihn den Menschen als ein gemeinsam zu nutzendes Gemeindehaus ohne Konsumzwang jedoch mit vielen privaten Räumen anzubieten – das sollte das Ziel sein.“

Foto: Willy Hafner



Lara Schink (33), Friedhofsverwalterin, Verband der Annfriedhöfe

„Friedhöfe sind – noch! – vielfältige Räume. Nutzen wir dieses Potential! Sie dienen der Stadtgesellschaft, sie sind Natur- und Kulturraum. Wenn wir sie gut gestalten und für das Leben öffnen, ohne ihre Ruhe und Intimität als Beisetzungsort zu zerstören, bieten sie einen unglaublichen Mehrwert für die Menschen, an den kaum ein anderer Ort in den Gemeinden heranreichen kann. Damit das gelingt, müssen Friedhöfe sich den Lebenden und ihren Bedürfnissen zuwenden – um das zu schaffen brauchen sie aber auch die Unterstützung von Politik und Stadtverwaltung.“

Ort neuer Zuversicht – Gen Y + Z erdenken den Friedhof der Zukunft“
Die Stimmen einiger Protagonisten konnten wir schon für Sie einfangen:

Foto: Konstantin Reyer



Melanie Seidl (35), Steinmetz-Europameisterin 2012 und Fachlehrerin, Österreich

„Rituale und Symbole geben Menschen Halt, besonders dann, wenn nur noch die Erinnerung lebt. Das Grab ist der Ort der Erinnerung. Ein Ort, an dem Trauer erlebt und verarbeitet werden kann. Dies den Angehörigen und auch meinen Schülern zu unterbreiten, sehe ich als meine Aufgabe – als Steinmetzmeisterin und auch als Lehrerin an der Landesberufsschule. Wenn ein Mensch stirbt, hinterlässt er bei seiner Familie und Freunden eine große Lücke. Ein Grab hilft, den Schmerz des Verlusts zu verarbeiten, weil man an diesem Ort dem Verstorbenen immer wieder ganz nah sein kann. Dieser Ort ist nicht nur für die Familie wichtig, sondern auch für Freunde, Bekannte und Kollegen, denen damit eine Möglichkeit gegeben wird, ihrer Erinnerung an den Verstorbenen Ausdruck zu geben.“

Mir ist es wichtig, nicht nur Jugendlichen, sondern auch Kindern den Umgang mit Trauer, Friedhofskultur und Tod zu unterbreiten. Der Tod darf kein Tabu und der Friedhof nicht negativ behaftet sein. Das Vorbild zählt – wie Erwachsene Kindern den Umgang mit dem Tod vorleben, so nehmen sie diese Erfahrungen auch mit. Trauererfahrungen der Kindheit sind prägend für das Leben.“

Foto: Willy Hafner



Domenik Heinen (30), Kognitionswissenschaftler, Trier

„Als Kind habe ich den Friedhof nicht so richtig verstanden. Dort durfte ich nicht so sein, wie ich bin – das prägt. Der Friedhof der Zukunft muss zu einem – auch für Kinder – positiv erlebbarem Ort werden. Dazu sind auch radikalere Veränderungen nötig. Ein Re-labeling – also das Finden einer neuen Begrifflichkeit für den Friedhof – könnte dafür sensibilisieren, dass der Friedhof in Zukunft in vielerlei Hinsicht neu gedacht wird. Aktuell befasse ich mich damit, ob und inwiefern „Resonanzräume“ ein passenderer Begriff sein könnte.“

Foto: Willy Hafner



Johannes Heiser (37), Gärtnermeister, Trier

„So können wir nicht weitermachen. Viele Angebote auf zeitgenössischen Friedhöfen verkrüppeln die Menschen emotional“.

Grabgemeinschaft.

Das Thema wird für uns als PalliativStiftung immer bedeutender. Deshalb wird die Ausgabe 8 von schöner leben ... als Schwerpunkt die Bestattungskultur haben. Und: Auch die Deutsche PalliativStiftung geht in der Bestattungskultur neue Wege. Versorgen statt entsorgen. Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsortigt Ruhe finden.

Palliativ! Das kann schon früh im Leben oder Krankheitsverlauf beginnen. Da werden palliativ Versorgende immer wieder auch angesprochen, dass nach dem Tod sich niemand mehr um ein Grab kümmern kann. Entweder weil keiner mehr da ist oder weil die Verwandten viel zu weit weg wohnen. Die PalliativStiftung denkt deshalb auch über das Leben hinaus. Anders als im Friedwald oder bei einer Seebestattung sind sowohl individuelle Trauerhandlungen und auch Gedenken am Bestattungsort möglich.

In Fulda gibt es – auch für Menschen aus anderen Regionen oder sogar anderen Staaten – die Möglichkeit, sich durch die PalliativStiftung in deren Grabanlagen beerdigen zu lassen. Niemand muss sich später darum sorgen. Die PalliativStiftung übernimmt die Grabpflege für die nächsten 30 Jahre.

Die PalliativStiftung bietet damit eine preiswerte Option für immer mehr Menschen, die nicht sicher sind, wer sich würdig um sie kümmert, wenn sie schon (lange) gestorben sind. Da die erste, kleine Anlage fast komplett ist, richtet die PalliativStiftung gerade eine zweite wesentlich größere Grabanlage ein, die Ende 2024 belegt werden soll.

Nähere Informationen erhalten Sie im Büro der PalliativStiftung



<https://palliativstiftung.com/de/projekte/grab-gemeinschaft>

Die kleine Maus will zum Mond

Carla Elfein, 10 Jahre, erdachte und gestaltete spontan und ohne Hilfe diese Bildergeschichte.

Lebe Deinen Traum, könnten wir als Botschaft mitnehmen. Wenn wir Unmögliches nicht versuchen, können wir das Machbare nicht schaffen.

Gerne können wir auch von anderen jungen Lesern solche kleinen Juwelen ins „schöner leben ...“ mit aufnehmen. Haben Sie bitte den Mut, etwas an die Redaktion zu senden.



Die Maus träumt vom Mond



Am nächsten Morgen fragte sich die Maus: „Wo ist der Mond?“



Am Abend war die Maus immer noch draussen. Sie wollte zum Mond. Sie dachte darüber nach wie sie zum Mond kommt.



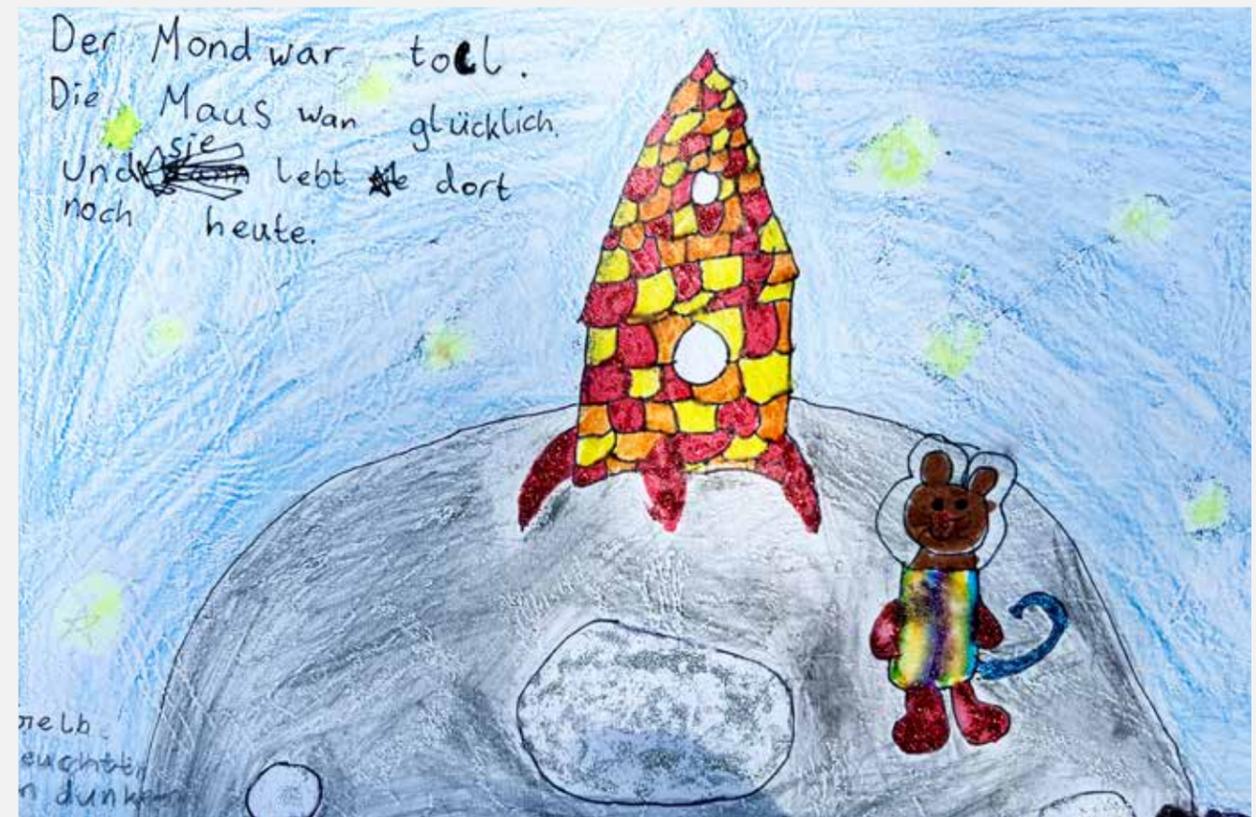
Gleich am nächsten Tag fing sie an, eine Rakete zu bauen, und ihren Raumanzug zu nähen.



Die Maus war ganz aufgeregt am nächsten Tag. Heute wollte sie nämlich zum Mond fliegen.



Die Rakete hob ab.



Der Mond war toll. Die Maus war glücklich. Und sie lebt dort noch heute.

Einige Rückmeldungen die uns per Mail erreichten, möchten wir gerne hier abdrucken. Und gerne können auch Sie uns und allen Lesern schreiben, was Sie denken!



**Leserbrief zum Heft 2023-4
Schwerpunkt
„Mein Wille geschehe!“**

Ich fände es schön, wenn bei dem Thema der Vorausplanungen die Sache mit der Unverfügbarkeit mit in den Blick kommt.

Nicht: Da handelt ein Gott nach seinem Willen, sondern die Erfahrung, dass selbst bei bester Planung Dinge geschehen, die nicht in meiner Hand liegen.

Für mich bilden beide Überschriftteile zusammen ein Ganzes: Mein Wille geschehe, und Dein Wille geschehe.

In den Vorausverfügungen geht es um die Bekundung meines Willens, damit meine Vorstellungen umgesetzt werden und meinem Wunsch gemäß gehandelt wird.

In der Vaterunser-Bitte wohnt die Erfahrung, dass selbst bei bester Planung Dinge geschehen, die nicht in meiner Hand liegen, die unverfügbar sind; und die Hoffnung, dass es trotzdem „gut“ werde. Dass eine Freundschaft oder eine Liebe gelingen, dafür muss ich etwas tun, aber dass sie gelingen, kann ich letztlich nicht herstellen. Das ist auch ein Geschenk. Gnade haben die Alten das genannt.

Pastor Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhauseelsorge in der Nordkirche

„Ich bin voller Freude und Bewunderung über das Heft 1/2024, nicht nur weil es meine eigene Haltung in meiner ärztlichen Tätigkeit (lange her – ich werde 83) widerspiegelt, als das meiste, das heute selbstverständlich geworden ist, noch nicht üblich war.

Zu einem „letzten Willen“ habe ich oft gesagt: Jede Verfügung ist nur so gut, wie der/diejenige Haare auf den Zähnen hat, der sie durchsetzen muss. Wie oft hab ich erlebt, dass Kliniker sich darüber hinwegsetzten (und noch stolz darauf schienen).

Das wenigstens muss ich wohl für mich nicht mehr befürchten. Also ganz großen Dank!“

Dr. Elisabeth-Christine Heun, Schwerin

„Fakt ist, Ihr macht super Arbeit und Euer Magazin ist immer lesenswert! Vielen Dank für Euren Einsatz.“

Dr. Heiner Renneberg, Rösrath-Hoffnungsthal

Und später kam noch eine weitere Mail

„herzlichen Dank für die Einladung zur Jahreshauptversammlung, aber Sie werden es mir sicher nachsehen, wenn ich mit fast 83 Jahren von Schwerin nicht nach Fulda kommen werde (Spaß). Ich wollte mich aber bei dieser Gelegenheit für Ihre großartige Arbeit bedanken!!!!

Wie gut, dass endlich (allerdings nun schon seit Jahren) etwas passiert, indem nichts passiert (u. a). Mir macht allerdings Sorgen, dass zunehmend (ich bekomme es ja nur am Rande mit) beim Sterben „nachgeholfen“ wird. Ich finde „die letzte Reife“ bringt oft noch so viel, die „letzte Süße in den reifen Wein“.

Ich habe das nicht nur bei vielen Patienten erlebt, sondern besonders intensiv bei meiner Mutter. Sie hat 10 Wochen dafür gebraucht; sie ist 1989 zuhause – gegen den Widerstand der Klinik und wie befreit, ja erlöst gestorben ...nach einem sehr schweren und schwierigen Leben ... das bewegt mich noch heute. Und das würde ich noch mehr Menschen wünschen (auch mir).

Sehr dankbar für Ihre Arbeit“

Dr. Elisabeth-Christine Heun, Schwerin

Beim Deutschen PalliativVerlag der Deutschen PalliativStiftung sind zahlreiche Bücher, Flyer, Ratgeber u.v.m. teils kostenfrei, teils preisgünstig erhältlich.



Die PFELEGTIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

**Download und gedruckt in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei**



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

48 Seiten, 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR



Die VORSORGEN! Mappe Version 2024

Alle Unterlagen rund um Vollmacht und Verfügung
40 Seiten, kostenfrei

Vorsorgeunterlagen online erstellen

Die Deutsche PalliativStiftung ist dabei, alle ihre Unterlagen aus Die VORSORGEN!-Mappe so zu digitalisieren, dass sie online sauber und übersichtlich ausgefüllt, gespeichert und ausgedruckt werden können. Zu allen Punkten gibt es Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen.

Weil die Vertreterverfügung besonders wichtig ist, haben wir dieses Formular zuerst digitalisiert, ausprobiert und zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht werden Anfang 2024 ebenfalls nutzbar sein. Die PalliativStiftung will damit ganz besonders erreichen, dass deren Verbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich zunimmt. Auf der Website [VorsorgenMappe.de](https://www.vorsorgenmappe.de) (Achtung: mit dem „n“ in der Mitte) findet man nach dem Einloggen viele Erklärungen und wird professionell durchs Menü geführt, so dass man in der Regel (fast) alles ohne weitere Hilfe ausfüllen kann. Einfach ausprobieren!

Über Rückmeldungen der Nutzer freuen wir uns, weil wir auch dieses Werkzeug wie alle Materialien stetig aktualisieren und verbessern werden.



Impressum

Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon 0661 48049 797
www.palliativstiftung.com

Email-Kontakt zum Herausgeber

mail@schoener-leben.info
info@doc-sitte.de

Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch
pressedesign.de

Druck

Rindt-Druck, Fulda
Auflage 25.000 Exemplare

Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024
Verlag der Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen Form sind in der Regel selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag erhältlich

© Deutscher Palliativverlag, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Sammelband „schöner leben ... 2023“

Unser Magazin schöner leben haben wir mit vier Hefen in 2023 begonnen, die dann auch schnell vergriffen waren! Über die vier Ausgaben haben wir den Inhalt und das Design stetig weiterentwickelt.

Wegen der anhaltenden Nachfrage haben wir aus den vier Hefen des Jahres 2023 einen Sammelband gemacht. Beiträge wurden aktualisiert, und das Layout komplett an den aktuellen Stil angepasst. So erhalten Sie jetzt 146 Seiten zeitlose und doch brandaktuelle Informationen rund um Hospizarbeit und Palliativversorgung für nur 20 € im Deutschen Palliativverlag.



Es (be)trifft jeden

Sie als Leserin und Leser können gerne am Magazin mitwirken, sich einbringen mit Fragen, Ideen, Texten, Bildern, Buchbesprechungen, relevanten Terminvorschlägen.

Das nächste Heft hat den Schwerpunkt „Bestattungskultur“.

Wenn Sie aussagekräftige Fotos dazu haben, können Sie uns gerne diese zusenden. Für jedes abgedruckte Bild überweisen wir 100 € an eine hospizlich-palliative Einrichtung Ihrer Wahl. Und für das schönste Bild gibt es 1.000 €.

Wir freuen uns über alle Zuschriften unter

mail@schoener-leben.info

Wenn Ihnen unser Magazin gefällt, wenn Ihnen das Thema wichtig ist, dann möchten wir Sie bitten, konkret diese Arbeit mit einer Spende zu unterstützen.

Wirklich jeder Betrag ist wichtig und willkommen. Ohne Ihre Spenden müssen wir die Auflage ab 2025 deutlich reduzieren.

Deutsche PalliativStiftung

www.palliativstiftung.com

Spendenkonto

VR Bank Fulda

IBAN: DE65 5306 0180 0200 0610 00

VK 5,00 € (D)



schöner leben ... bis zuletzt 4/2024

THEMA

Bestattungen

Ein aussterbendes
Kulturgut?



Mit Unterstützung der DGP

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



DEUTSCHER
PALLIATIV
VERLAG



Gutes Tun. Leichter als man denkt.

Deutsches Stiftungswerk gGmbH

Stiftungsberatung & Management

Gutes Tun durch Engagement ist eine wichtige Grundsäule unserer Demokratie. Vielleicht bewegt auch Sie die Idee eine Stiftung zu gründen? Wir blicken auf eine mehr als 15jährige Stiftungsexpertise zurück. Mit kompetenter Unterstützung gelingt die Gründung leichter als man denkt.

Die Deutsches Stiftungswerk gGmbH unterstützt Stifterinnen und Stifter von der Idee zur Realisierung bis hin zur Nachlassverwaltung. Wir übernehmen auch Ihre Testamentsverwaltung. Die Vergütung hierfür kommt gemeinnützigen Aufgaben zu Gute.

Gemeinsam mit unseren Partnern fördern und entwickeln wir Projekte und Angebote, für Privatpersonen, Unternehmen, Non-Profits und andere beim Start oder der Umsetzung ihres Engagements.

Unser exzellentes Netzwerk bietet eine hohe Qualität und Antworten auch auf ungewöhnliche Fragen.

Wir sind Ihr Partner für ...

... Ihre Stiftungs-idee:

Entwicklung und Präzisierung
Anerkennung der Gemeinnützigkeit

... Ihre Stiftungs-verwaltung:

Organisation
Kontoführung
Spendenverwaltung
Projektanbahnung
Jahresabschluss
Rechenschaftsbericht

Unsere Besonderheit:

Wir sind eine 100%ige Non-Profit-Organisation.

Alle Erträge des Deutschen Stiftungswerk gGmbH kommen gemeinnützigen Aufgaben der bundesweiten Hospizarbeit und Palliativversorgung zugute.

Wir l(i)eben als Ihr Dienstleister schlanke und kreative Lösungen.

Geschäftsführer: Dr. Thomas Sitte
info@stiftungswerk.org
0661 4802 7595

Postanschrift:
Deutsches Stiftungswerk gGmbH
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Inhalt

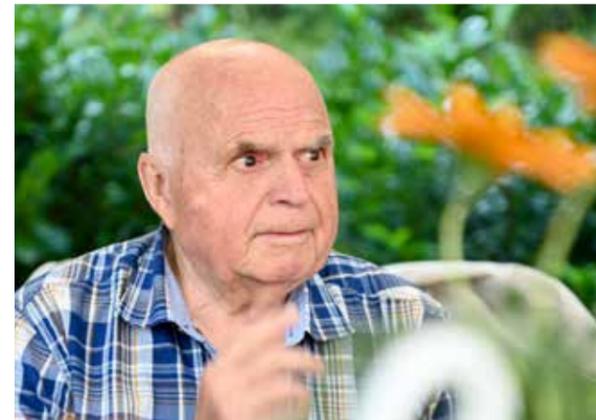


Foto: Thomas Sitte



Foto: Wikimedia Commons



Foto: Wikimedia Commons

- 5 — Editorial
- 6 — Kommentar
Bestatter David Roth
- 8 — Palliativgeschichte
Peter, 48 Jahre
- 10 — Internationales
Young MedEthics
- 12 — Humor
- 13 — Helmfrieds Lyrikseite
- 14 — Das Interview
Den eigenen Tröster feiern
- 16 — Gutes säen, Gutes ernten
Stiften und Vererben
- 18 — Kinder einbinden
Die Kinder und der Tod
- 20 — Kondolieren
Eine Kunst gerät in Vergessenheit
- 22 — Aufbahren
Public viewing oder gute Tradition
- 23 — Neues aus der DGP
- 24 — Museum für Sepulkralkultur
Es war früher nicht besser / Memento Mori 4.0
- 28 — Faktencheck
- 29 — Nachgefragt
- 30 — Virtuoso Musicalfabrik
Leben ohne mich
- 34 — Bestattungsarten
Ab in die Urne
- 36 — Bestattungsarten
Ohne Kirche / Im Friedwald
- 38 — Interkulturelles
Trauer im Judentum
- 42 — Kongressbericht
Der Friedhof der Zukunft
- 46 — Bekannte Friedhöfe
- 48 — Grabmale setzen Zeichen
- 50 — Bardo: Der große Übergang
- 52 — Das Flamarium: Ein Krematorium „von innen“
- 56 — Sternenkindbestattung
- 58 — Gaumenschmaus
- 59 — Aus dem Bücherregal
- 60 — Rätselseite
- 61 — Tagen bei der PalliativStiftung
- 62 — Fokus Gesundheit
- 64 — Grabgemeinschaft
- 65 — Wichtige Informationen
- 66 — Impressum

DIE VORSORGEN! MAPPE



Sorgen Sie vor für Ihre Zukunft!

Haben Sie schon an eine Vorsorgevollmacht gedacht? Viele schieben dieses wichtige Thema auf. Doch wer trifft Entscheidungen für Sie, wenn Sie es nicht mehr können?

Wie möchten Sie bei schwerer Krankheit behandelt werden? Mit unserer VORSORGEN! Mappe beantworten Sie diese wichtigen Fragen selbst - für Ihre Sicherheit und die Ihrer Angehörigen.

Jetzt informieren und vorsorgen!

- Palliativ-Ampel
- (Vorsorge)Vollmacht
- Patientenverfügung
- Untervollmacht
- Vertreterverfügung
- Betreuungsverfügung
- Bestattungsverfügung
- Meine Wertvorstellungen

Zu bestellen unter:
buero@palliativstiftung.com
Telefon: 0661 4804 9797

www.palliativstiftung.com



WWW.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE
Wir
unterstützen
die Charta

Editorial

Was hat Palliativ mit Bestattung zu tun?

Als acht Palli-Aktivisten am 8. Mai 2010 die Deutsche PalliativStiftung gegründet haben, dachten wir daran, dass wir mit der Stiftung das Leben für (einige) Patienten schöner machen wollen. Seither ist viel geschehen. Und wir haben gesehen, dass wir mit Kranken und Sterbenden zu tun haben bis zu deren Tod. Aber, immer wieder auch deutlich darüber hinaus. Immer wieder haben wir Menschen begleitet, für die es nach dem Tod quasi „aus“ war. Finito. Ende. Da kam rein gar nichts mehr.

Als junge Studenten haben wir in Berlin neben dem Parkfriedhof Lichterfelde gewohnt. Oft ging ich mit meiner Freundin, Verlobten, frisch angetrauten Ehefrau dort spazieren. Einmal, sie war mit unserem ersten Kind schwanger, kamen wir an einem wirklich traurigen Trauerzug vorbei. Die beiden Friedhofsmitarbeiter und ein Pfarrer. Das war es. Meiner Frau kamen die Tränen.

Dann starb viele Jahre später Roswitha Seibert wirklich plötzlich und unerwartet. Eine Dame, die die Arbeit der PalliativStiftung großzügig unterstützt hatte. Eigentlich wollte sie unbedingt noch ihr Testament für die Palliativ-Stiftung machen. Aber: der Tod kommt manchmal wie ein Blitz aus heiterem Himmel.

Zehn Millionen Euro suchten einen Erben. Da keine Verwandtschaft bekannt war, sollte eine anonyme Billigbestattung gemacht werden. Wir haben mit der Stiftung dann für die Stifterin eine würdige Trauerfeier in ihrem Wohnort organisiert und später die Urne in Fulda beigesetzt. Es kamen beide Male doch ein, zwei Dutzend ihrer Freunde, Bekannten, Geschäftspartner. Da hat es zum ersten Mal „klick“ gemacht. Übrigens ist das namhafte Vermögen wohl dann noch an weitläufige Verwandte verteilt worden. Niemand von diesen hat sich erkundigt, wo die Erblasserin dieses warmen Regens bestattet worden ist ...

Inzwischen haben wir noch weitere Bestattungen organisiert und uns mehr damit befasst, was da gerade als Kulturgut verloren geht. Und was es – auch mit den noch gesund lebenden – Mitgliedern der Gesellschaft macht, wenn die Abschieds- und Erinnerungsrituale vergessen werden und verloren gehen.

Deshalb haben wir in diesem Jahr unseren Stiftungszweck erweitert: „Die Förderung der Unterhaltung und Pflege von Friedhöfen und die Förderung der Unterhaltung von Gedenkstätten für nichtbestattungspflichtige Kinder und Föten gemäß § 52 AO Abs. 2 Nr. 26.“ Und deshalb wollen wir künftig auch verstärkt die Möglichkeit bieten, dass Menschen eine angemessene und würdige Ruhestätte finden können, wenn sich niemand darum kümmern kann oder damit belastet werden soll.



Herzlich Willkommen –

Den Tod zurück ins Leben holen



Foto: Pütz-Roth

Schade! Warum lässt sich eine Trauerfeier nicht genau so frei und unbeschwert planen wie eine Geburtstagsfeier? Warum trifft man sich ein letztes Mal immer auf dem Friedhof? Warum nicht in der Kirche, im Museum, im Sportlerheim oder der Lieblingskneipe des Verstorbenen. Warum spricht oft jemand auf einer Beerdigung, der den Toten gar nicht kannte? Wenn die Atmosphäre nicht so steif wäre, würden sich mehr Leute trauen, Geschichten aus dem Leben des Verstorbenen zu erzählen. Warum muss es auf Beerdigungen immer so steif und förmlich zugehen?

Ja, man ist in Trauer, und das Leben ist gerade düster und schwer. Aber genau in einem solchen Moment kann auch sehr viel Trost darin liegen, sich an die guten, die schönen Stunden mit dem Verstorbenen zu erinnern, auch über die lustigen und schrägen Seiten seines Charakters noch einmal was zu hören und noch ein letztes Mal auf ihn anzustoßen.

Bitte verstehen Sie mich nicht falsch, es geht hier nicht um Klamauk und platte Witzeleien. Es geht darum, aus dem Abschied eine wirkliche Feier zu machen, an die man sich später vielleicht gerne erinnert, weil dem Verstorbenen auf eine besondere Art und Weise Wertschätzung entgegengebracht wurde und er in Gedanken noch einmal lebendig werden konnte.

Wir haben bei uns im Bestattungshaus Pütz-Roth in Bergisch Gladbach viele Abschiedsfeiern ohne die üblichen, formelhaften Rituale erlebt. Diese Feiern waren warmherzig und berührend. Die Angehörigen und Freunde haben diese Feiern zwar auch traurig über den Verlust des Verstorbenen verlassen, zu spüren war aber auch das Glück diesen Menschen gekannt, geschätzt und geliebt zu haben.

Der reale Tod und persönliche Trauer begegnen vielen Menschen im Alltag kaum noch. Es wird ungern darüber gesprochen und wenn überhaupt, dann versuchen die Betroffenen oft, die Gespräche schnell hinter sich zu bringen. Wir haben den Tod aus dem Leben verbannt. Diese Entwicklung sollten wir dringend stoppen und umkehren. Nehmen wir zum Beispiel den Begriff Trauerfeier.

In diesem Wort steckt Feiern mit drin. Leider wird das oft ignoriert bzw. vergessen. Man bekommt vom Friedhofsamt einen kurzen Slot in der Aussegnungshalle zugeteilt, in den 20-25 Minuten werden dann vom CD Player zwei Songs genudelt (Stairway to heaven, Time to say goodbye oder I did it my way), die dem Verstorbenen häufig gar nichts bedeutet haben, ein Trauerredner oder der Pfarrer lässt die wichtigsten Lebensstationen Revue passieren.

David Roth
Geschäftsführer des Bestattungshauses Pütz-Roth und der Gärten der Bestattung in Bergisch Gladbach

Friedhöfe sind für mich gute Orte. Es sind Orte des Lebens. Die Stille gefällt mir, man kann nachdenken und natürlich trauern. Friedhöfe sind Orte, an denen man sich erinnert, auch an gute Zeiten. Es sind Orte, um Glück zu empfinden. Glück darüber, was man mit einem verstorbenen Menschen erleben durfte.

Gleichzeitig sind Friedhöfe Orte, die Geschichten erzählen, jedes Grab auf seine Weise. Leider werden viel zu viele kreative Ideen, was die Gestaltung der Gräber und den Umgang mit Trauer angeht, durch die Friedhofssatzung im Keim erstickt.

Wenn man heute auf einen Friedhof kommt, sieht man am Eingang einen großen Anschlag mit Dingen, die verboten sind: Man darf keine Hunde mitbringen, die ja für viele Menschen gerade auch in der Trauer ein wichtiger Begleiter sind. Man darf nicht rauchen, nicht lärmern und nicht spielen. Das Lebendige, das man zum Beispiel von Friedhöfen im Süden kennt, dass sich eine Familie am Grab trifft, etwas zusammen isst, trinkt und lacht, wird heutzutage nicht mehr gerne gesehen.

Unsere Gärten der Bestattung in Bergisch Gladbach sind ein wesentlich freierer Ort als viele städtische Friedhöfe und Friedwälder - mal abgesehen von der Einschränkung, dass bei uns nur vergängliche Urnen beigesetzt werden. Es gibt keine Vorschriften, keine Öffnungszeiten, ja nicht einmal Tore oder Friedhofsmauern.

Ein Friedhof sollte ein Ort sein, an dem die Menschen sich verbunden fühlen. Leider ist unsere Gesellschaft gerade dabei, sich diese Sehnsucht nach Verbundenheit abzugewöhnen. Trendforscher würden von einem durch die Medien verstärkten Drang zu noch mehr Individualität sprechen. Ich glaube, wir steuern damit in eine noch größere Vereinsamung. Wir sollten keine Angst davor haben, die Verbundenheit mit den Verstorbenen zu suchen und wir können vor allem auf einem Friedhof Gemeinschaft mit anderen Menschen erleben.

Ein erster Schritt wäre, die Friedhofssatzung den Bedürfnissen der Menschen anzupassen, mehr Freiheit zuzulassen, die zu mehr Achtsamkeit führen würde und die Bindung, die Menschen zu „ihrem“ Friedhof spüren wollen, deutlich verstärken.

Vielleicht sollten wir noch einen Schritt weitergehen und alle Regeln über Bord werfen. Statt der Friedhofssatzung begrüßt einen am Eingang ein Schild mit der Aufschrift Herzlich Willkommen.

Vita

David Roth, Bestatter und Trauerbegleiter, Jahrgang 1978, übernahm nach dem Tod seines Vaters Fritz Roth dessen Platz in der Geschäftsleitung des Bestattungshauses Pütz-Roth in Bergisch Gladbach. Er hält Vorträge über die Themen Sterben, Tod und Trauer, leitet Seminare in der dem Haus angeschlossenen Privaten Trauerakademie und ist ein gefragter Teilnehmer auf Podiumsdiskussionen und Konferenzen. Als Buchautor spricht er zudem in den mittlerweile über 100 Folgen seines Podcasts Talk about Tod mit seinen Gästen über ihre Erfahrungen mit Tod, Trauer und Abschied.

www.puetz-roth.de

“
Friedhöfe sind Orte, die Geschichten erzählen, jedes Grab auf seine Weise.”

Peter, 48 Jahre

Teil 4

In dieser kleinen, vierteiligen Serie erfährt der Leser anhand eines „echten“ Patienten, worauf es wirklich ankommt. „Echter“ Patient insofern, dass alles, was hier über Peter steht, wahr ist und genau so geschehen ist. Allerdings wurde der Rahmen so verfremdet und ohne die Situation zu überspitzen, teils aus verschiedenen Patienten zusammengesetzt, dass ein Wiedererkennen von Personen nicht mehr möglich ist. Auch die Fotos sind zwar „aus dem richtigen Leben“. Sie stellen Peter aber nicht wirklich dar.

Peter ist der typische Best-Ager, der mitten im Leben erfolgreich, zufrieden, fit ist, aber dann kommt wie der Blitz aus heiterem Himmel eine Diagnose: Bauchspeicheldrüsenskrebs; eine schlimme Diagnose. Erst kommt Verzweiflung, Hoffnung, Kampf. Dann nimmt der Krebs aber seinen Lauf ...

Irgendwann wird es dann klar, dass Heilung zwar als Wunder noch erhofft werden kann, aber kein wirkliches, kein vernünftiges Ziel mehr sein kann. Belastende Behandlungen werden reduziert oder möglichst gar nicht weitergeführt, wenn sie genau jetzt (!) die Lebensqualität nicht verbessern. Denn wichtig ist es, dass es Peter genau jetzt (!) gut geht. Was in ein, zwei Jahren, ach in ein, zwei Monaten vielleicht sein könnte und helfen würde, spielt jetzt keine große Rolle. Wichtig ist es, dass alle gemeinsam jetzt (!) dafür sorgen, dass nach Kräften Belastungen durch Behandlung und ganz besonders natürlich durch den Krebs selbst vermindert werden können. Belastung kostet Kraft. Lebenskraft.

Das Behandlungsziel ist es jetzt, zuallererst den Tagen mehr Leben zu geben.

Eine „erwünschte Nebenwirkung“ dabei ist, dass durch die verminderte Belastung bei gleichzeitig besserer Belastbarkeit dann auch

die wenige verbliebene Kraft besser ausreicht, den Lebenswillen wieder etwas zu verstärken und sich damit nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch die verbleibenden Tage meist mehr werden. Hospizarbeit und Palliativversorgung können also auch die Lebenszeit verlängern, ganz sicher aber die Lebensqualität!

Manche Maßnahme wird jetzt von Peter und auch von seiner Familie mehr als Sterbe- denn als Lebensverlängerung empfunden. Auf Wunsch von Peter setzen sich alle Beteiligten zusammen, erst das Palliative Care Team mit Ehefrau und Tochter Petra, später auch noch mit dem Hausarzt und dem Pflegedienst. Peter sagt klipp und klar, dass er nun so lange alles mitgemacht habe, weil er alles tun wollte, um bei der Familie zu bleiben. Aber er könne es nun einfach nicht mehr ertragen und er möchte seine Ruhe haben und nur schlafen.

Eigentlich will er sterben. Die Ehefrau und seine Tochter bitten ihn immer wieder inständig, sich nicht aufzugeben.

So gelingt es im Gespräch, einen Kompromiss zu finden. Er soll einfach ein paar Tage schlafen können und wir bieten eine palliative Sedierung an, die dies ermöglicht. Wir vereinbaren, ihn nach einigen Tagen etwas wacher werden zu lassen, um ihn fragen zu können, wie es ihm geht und wie es weitergehen soll. Und damit ist Peter einverstanden.

Daraufhin wird die Schmerzmitteldosis etwas erhöht, ein Schlafmittel dazugegeben. Die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitsgaben werden unverändert fortgeführt.

Um die Sedierungstiefe und alle weiteren Schritte zu kontrollieren, kommt das Palliative Care Team mindestens 1x täglich ins Haus und ist rund um die Uhr per Videocall erreichbar. Zudem wird die Familie genau eingewiesen und bekommt alle wichtigen Punkte schriftlich ausgehändigt. Nach zwei Tagen wird – wie vereinbart – die Medikamentengabe vorsichtig

reduziert, und Peter kommt langsam wieder zu sich. Zwei Tage hat er vor sich hin geschlafen, wurde gelagert, gewaschen, umsorgt und künstlich ernährt. Er sagt gleich als er wacher wird, dass er noch einmal weiterschlafen will. Nach weiteren zwei Tagen fühlt er sich wesentlich besser als man ihn wacher werden lässt und er gewinnt wieder Lebensmut, sodass die palliative Sedierung wieder eingestellt wird.

Hätte Peter aber bestätigt, dass er nicht mehr will, dass er auch keine Ernährung und Flüssigkeit mehr wolle, dann hätte man auch diesem Willen folgen können oder besser sogar folgen müssen. Er hätte dann noch etliche Tage – ohne zu leiden – geschlafen und wäre schließlich irgendwann friedlich, ohne das Bewusstsein wieder zu erlangen, gemäß seinen Vorstellungen verstorben. Aber durch die Erholung geht es jetzt ja wieder. Das war eine große Beruhigung für die Familie. Es war aber auch ganz besonders beruhigend für Peter, weil er nun wusste: Er muss keine Angst haben.

So oder so. Der Krebs schreitet fort. Es gibt bessere, wachere Tage. An anderen ist er vor Schwäche so erschöpft, dass er nur vor sich hindämmert. Verwandte, Freunde kommen und gehen, sie besuchen ihn, wie er es möchte und wie er es noch kann. Als dann alles zu schwer wird, werden die wachen Phasen immer kürzer. Peter fällt in ein kurzes Koma und stirbt ohne Last für ihn.

So wird deutlich, dass Palliativversorgung nicht nur dem Betroffenen die letzte Lebensphase erleichtert, sondern auch den Angehörigen ermöglicht, mit dem Sterben des geliebten Menschen leben zu können. Dann erlebt die Familie hautnah am eigenen Leib:

Den eignen Tod stirbt man nur - mit dem Tod der anderen muss man leben (Masha Kaleko).

Young MedEthics

Neues Angebot stärkt junge Menschen in Gesundheitsberufen im Umgang mit ethischen Fragestellungen



Mag. Susanne Kummer
Direktorin des Instituts
für Medizinische Anthropologie und Bioethik in
Wien

Darf oder muss man sogar eine einmal begonnene Therapie wie z.B. künstliche Ernährung oder Beatmung unter veränderten Bedingungen beenden?

Soll eine risikoreiche Behandlung durchgeführt werden, obwohl ihre Wirksamkeit nicht sicher ist? Was ist überhaupt risikoreich oder risikoarm? Wie läuft die Kommunikation im Team und mit den Angehörigen? Dürfen oder sollen wir ihnen etwas raten? Wer übernimmt die Verantwortung und mit welchen Konsequenzen? Solche Fragen sind Alltag im Medizinbetrieb, den wir alle kennen. Dieser ist zunehmend geprägt von rasanten medizinisch-technischen Fortschritten einerseits und zunehmender Ressourcenknappheit andererseits. Das medizinische Personal gerät dadurch immer mehr unter Druck, die Unzufriedenheit auf Patientenseite steigt. Patienten müssen mehrseitige Informationsblätter unterschreiben, um ihr Einverständnis juristisch wasserdicht auszudrücken. Oft genug hat aber niemand Zeit zu erklären, um was es geht.

Immer mehr Menschen im Gesundheitsbereich sind mit diesen Bedingungen unzufrieden. Niemand will auf Dauer gegen seine Wertvorstellungen arbeiten. Das schlägt sich auch in Zahlen nieder: Eine Studie von 2022 zeigte, dass über 40 % der Pflegekräfte in Deutschland und 55,3 % in Österreich ernsthaft über einen Berufswechsel nachdenken. Rund 60 % der Kassenärzte in Deutschland erwägen wegen Stress und Überlastung vorzeitigen Berufsausstieg. „Moral Distress“ ist eine der Ursachen. Dieser entsteht, wenn

jemand aufgrund äußerer Strukturen oder mangelnder innerer Ressourcen Handlungen ausführen muss, die im Widerspruch zu den persönlichen ethischen und moralischen Grundsätzen stehen. Damit wird die berufliche Integrität ausgehöhlt.

Gerade am Lebensanfang und noch mehr am Lebensende häufen sich Situationen, die noch vor einigen Jahrzehnten als schicksalhaft erlebt und auch bezeichnet wurden. Heute stehen dank verbesserter technischer Möglichkeiten Optionen des therapeutischen Eingreifens zur Verfügung. Deren Einsatz erfordert aber kluges Abwägen und Vermitteln durch das medizinische Fachpersonal, um Patienten und Angehörige in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu fällen.

Insbesondere bei jenen, die frisch in einen medizinischen oder pflegerischen Beruf einsteigen, macht sich ein Gefühl der Überforderung breit – auch unter Studierenden und Auszubildenden.

Im deutschsprachigen Raum klagen sie darüber, auf die komplexen Probleme, die sich ihnen stellen, nicht genügend vorbereitet zu sein. Sie werden nicht genügend bei Entscheidungen und schwierigen Gesprächen durch die erfahrenen Kollegen und Lehrer unterstützt und fühlen sich letztlich durch die Anforderungen des eigentlich erwünschten Berufes überfordert.

Laut einer aktuellen Studie (2024) der MedUni Wien wollen mehr als 90 % der Studierenden besser auf ethische Entscheidungen vorbereitet werden, und 66 % haben Angst vor ethischen Dilemmata, insbesondere am Lebensende. Noch tragen die entsprechenden Ausbildungspläne dem nicht ausreichend Rechnung.

Es ist, wie wenn man beim Bergsteigen in der Steilwand hängt, die Situation schwierig ist. Woran kann ich mich halten, was hilft mir, um voranzukommen? Die Halterungen und Drahtseile im Felsen, an denen ich mich vorwärts hangeln kann.

Das ist ein Bild für die Ethik. Sie zeigt uns, woran wir uns halten können, orientieren müssen, um in einer komplexen Situation vorwärts und damit zu guten Entscheidungen zu kommen.

Das Institut IMABE plant im deutschsprachigen Raum eine Weiterbildung speziell für junge Menschen in Ausbildung zu medizinischen und pflegerischen Fachberufen. Ziel von Young MedEthics, das sich in Form von Webinaren und einer jährlichen Tagung als Angebot für den gesamten deutschsprachigen Raum versteht, ist es, die ethische Kompetenz und psychische Belastbarkeit bei jungen Berufstätigen aus dem Gesundheitsbereich zu stärken.

Mit Young MedEthics soll auch ein länderübergreifendes Netzwerk zwischen jüngeren und älteren Kollegen aufge-



baut werden, das Erfahrungsaustausch und Mentoring ermöglicht. Das neue Programm soll dazu beitragen, dass junge Menschen ein Handwerkszeug für den Berufsalltag bekommen und sich damit ethischen Herausforderungen besser gewachsen fühlen.

Ein solches Fundament verhilft nicht nur den jungen Professionellen zu mehr Sicherheit und Freude in ihrem Beruf. Die Stärkung des Berufsethos einer personenzentrierten Fürsorge in Medizin und Pflege kann der Gesellschaft insgesamt zu einer menschlicheren Haltung gegenüber Krankheit, Sterben und Tod verhelfen. Deshalb unterstützt die Deutsche Palliativ-Stiftung das Projekt ausdrücklich und wünscht ihm eine große Verbreitung.

Nähere Informationen
unter www.imabe.org
und (ab Oktober 2024)
unter www.youngmedethics.com



Wer zuletzt lacht...

Ein Hausarzt wird nachts um 2:00 Uhr dringend zum Hausbesuch gerufen. Er untersucht den Patienten gründlich und fragt danach mit ernstem Gesicht: „Haben Sie schon Ihr Testament gemacht?“

Der entsetzte Patient entgegnet: „Noch nicht, ist es so schlimm, Herr Doktor?“ „Dann lassen Sie einen Notar kommen und rufen Sie auch gleich alle Verwandten an!“, rät der erfahrene Arzt.

„Heißt das, dass es mit mir jetzt zu Ende geht?“

„Nein, aber ich will nur nicht als Einziger um diese Unzeit mitten in der Nacht sinnlos auf dem Bett geholt werden.“

Erholung

türkis klar
das Wasser
Wind

ohne Schatten
tausendfach
über den

Kopf gestrichen
bis er mir unter
die Haut geht

Helmfried von Lüttichau



Wie oft habe ich nach den Ferien, dem Urlaub oder nach ein paar freien Tagen schon in mich hineingehorcht und mir die Frage gestellt: bin ich erholt?

Oder ich freue mich gerade, dass ich so wahnsinnig gut erholt bin – und schwups passiert irgendwas unvorhergesehenes, das mich von einer Sekunde auf die andere in einen komplett anderen Zustand katapultiert. Und alle Erholung scheint beim Teufel.

Oder meine Empfindung am Urlaubsort selbst, ob am Meer oder in den Bergen: Ist das jetzt die ersehnte Erholung? Warum will sich partout keine Entspannung einstellen? Stattdessen nur eine merkwürdige Form der Melancholie. Warum fühle ich mich auf einmal fast mehr gestresst als vorher?

Ein unsicherer Zustand. Kein Verlass auf nichts. Nur die Sehnsucht nach Erholung, die ist stabil. Und manchmal die Ahnung: ja, das könnte sie sein.

Den eigenen Tröster feiern?

Gerhard Friedrich hat Krebs und eine klare Meinung dazu. Schöner leben ... berichtet er einen Tag vor seinem 84. Geburtstag, dass er vor zwei Wochen nicht mehr leben wollte.

Tröster, regionale Bezeichnung für Leichenschmaus:

Der Leichenschmaus soll Hinterbliebenen zeigen, dass das Leben weitergeht. Das gemeinsame Essen findet im Gedenken an den Toten statt und bietet nach der Bestattung einen zwanglosen Rahmen, in dem Geschichten rund um den Toten erzählt werden können. Das Erzählen dient zur Auffrischung der positiven Erinnerungen an den Verstorbenen. Die oft entstehende Heiterkeit hilft, Emotionen abzubauen und mit der Trauerarbeit zu beginnen. (Wikipedia)

Wie kamen Sie dazu, nicht mehr leben zu wollen?

„Die Übelkeit war schlimm, ich konnte nichts mehr essen. Schmerzen waren auch da. Dann kam der Palliativarzt, und ich habe ihm gesagt, wenn er mir jetzt die Pille gibt, dann nehm' ich sie. Aus. Schluss. Dann hat er mir die Medikamente ein bisschen geändert und plötzlich ging es wieder. Die Schmerzen und die Übelkeit waren weg. Das hätte ich nicht gedacht.

Haben Sie da eigene Erfahrungen mit dem Sterben?

Mein Bruder hat mit 74 Jahren Prostatakrebs gehabt. Ein elender Tod. Er hat alles mitgemacht. Er wollte auch nicht sterben, das hat er mir immer wieder ins Ohr geflüstert, als ich ihn gepflegt habe. Ich habe auch meine Frau gepflegt, die jahrelang immer weniger konnte. Das ging auch mit der Hausarztpraxis gut zu Ende. Aber so will ich nicht sterben. Ich mache auch keine Behandlungen mehr mit. Ich habe mein Leben gelebt.

Haben Sie keine Angst vor dem Tod?

Ich habe keine Angst vorm Tod. Überhaupt nicht. Wenn er jetzt kommt, das ist gut. Morgen will ich aber erst noch mit meiner Lebensgefährtin und 50 Gästen Geburtstag feiern, Geburtstag und Tröster zusammen. Das werde ich den Gästen dann auch sagen, wenn sie alle da sind. Was die dazu sagen, weiß ich nicht. Aber ich feiere meinen Tröster selbst mit. Jetzt kommt mein Enkel Nils. Da kommt der Opa noch mal in die Zeitung, wenn sie ihn da hochschaffen.“



Wie stehen denn die Enkel zu so klaren Worten?

„Den Enkeln tut das weh, dass ich jetzt abnibbel. Aber das steht doch schon fest, wenn Du geboren wirst. Gerne hätte ich die Enkel zur Kirche geführt. Aber das geht jetzt nicht mehr.

Ich habe es wunderschön hier. Hier in der Mühle. Alles grün. Wir haben es gut. Die Leute sagen, ich bräuchte nicht in Urlaub fahren. Leute kennenlernen. Aber ich bin immer gerne weggefahren und gerne wieder heim. Jetzt würde ich mich gerne abends hinlegen und morgens nicht mehr aufstehen.

Und wie geht es jetzt weiter?

Und morgen will ich erstmal meinen Geburtstag und Tröster feiern. Wer kann das schon? Wir können das!“

P.S.: Ein kleiner Rückblick. Die Feier war wunderschön. Der Tod war Thema bei der Begrüßung. Nicht jedem gefiel dies so richtig. Aber danach wurde es einfach ein schöner, sonniger Sonntag mit guter Laune.



„Der Opa ist halt so locker. Das nimmt den Ernst der Lage etwas, so dass man einfacher darüber reden kann.“

Enkelsohn Nils, 21 Jahre

Stiften und Vererben



Hans Dieter Meisberger,

Leiter
Stiftungsmanagement
der DZ PRIVATBANK S.A.,
Niederlassung
Frankfurt a. Main

Bei der Gründung einer Stiftung geht es um mehr, als nur einmalig zu spenden. Das Ziel heißt, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen und Veränderungen anzustoßen. Doch vor dem Start gibt es für Stiftungsgründer einige sehr relevante Dinge zu beachten.

Am Anfang sollte jeder Stifter abwägen, ob eine Stiftung die richtige Wahl zur Verwirklichung seiner Ziele ist. Denn es gibt weitere Möglichkeiten, sich finanziell für die Gesellschaft zu engagieren – etwa durch eine Spende oder eine Zustiftung. Die entscheidende Frage lautet daher: Will ich über die Verwendung der Mittel selbst entscheiden? Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung bejahten 71 % der befragten Stifter, dass dies für sie bei der Wahl dieser Rechtsform entscheidend war.

Der Grundsatz der Stiftungsfreiheit garantiert, dass jeder Zweck zulässig ist, solange dieser nicht das Gemeinwohl gefährdet. In einigen Fällen ergibt sich der Stiftungszweck unmittelbar aus der Biografie des Stifters. In anderen Fällen liegt die Antwort auf die Frage, welcher Bereich gefördert werden soll, nicht direkt auf der Hand. Selbstverständlich kann eine Stiftung mehrere Bereiche zugleich fördern.

Da grundsätzlich bei einer auf die Ewigkeit angelegten Stiftung nur die Erträge aus dem Stiftungsvermögen für den Stiftungszweck zur Verfügung stehen, ist es in der Regel durchaus sinnvoller sich auf ausgewählte Ziele zu konzentrieren. Das erhöht den Wirkungsgrad der eigenen Stiftung.

Eine neue Möglichkeit bietet hier eine Verbrauchsstiftung oder eine Hybridstiftung, bei der das Vermögen (ganz oder teilweise) satzungsgemäß nach und nach im Rahmen einer längeren Laufzeit zum Verbrauch entnommen wird.

Anerkennungsfähig sind rechtsfähige Stiftungen in der Regel ab einem Vermögen von 250.000 Euro. Im Zusammenhang mit der angemessenen Höhe des Stiftungsvermögens stellt sich zumeist auch die Frage, wann das Vermögen auf die Stiftung übertragen werden soll. Denn Stiftungsgründungen können sowohl zu Lebzeiten des Stifters, als auch aufgrund seines Ablebens erfolgen. Einen Teil seines Vermögens schon zu Lebzeiten unwiderruflich einzubringen, braucht Mut, der sich jedoch lohnt: Erstens hat der Stifter die Möglichkeit, sein Vorhaben einem Praxistest zu unterziehen, zweitens kann er aktiv zum Erfolg seiner Idee beitragen.

Die selbstständige Stiftung des bürgerlichen Rechts ist eine eigene juristische Person mit eigenem Vermögen und einer eigenständigen Organisation (Stiftungsvorstand und ggf. Stiftungsrat), und ist Träger von Rechten und Pflichten. Diese Form ist insbesondere geeignet, wenn eine operative Tätigkeit angestrebt wird oder wenn in das Stiftungsvermögen umfangreiches Immobilienvermögen oder Beteiligungen an Gesellschaften eingebracht werden sollen.

Familiäres Umfeld berücksichtigen

Bei seiner Entscheidung sollte ein Stifter stets sein familiäres Umfeld berücksichtigen. Denn die Auswirkungen sind für alle Beteiligten groß: So steht das in die Stiftung einzubringende Vermögen der Familie nicht mehr unmittelbar zur Verfügung.

Sind die Grundlagen geklärt, kann der Stifter mit Hilfe von seinen Stiftungsberatern die Stiftungssatzung ausarbeiten. Dazu bestimmt er den Namen der Stiftung, die Organstruktur und die Besetzung der Organe. Bei Letzterem ist zu beachten, qualifizierte und engagierte Mitstreiter zu finden. Nach der Klärung weiterer Details wie Sitz, Geschäftsjahr oder Möglichkeiten von

Satzungsänderungen kann es losgehen. Um unnötige Verzögerungen im Genehmigungsverfahren der Stiftungsbehörde zu vermeiden, empfehlen sich rechtzeitige Absprachen. So kann es hilfreich sein, die Entwürfe bereits vor der Antragsstellung einzureichen. Mit der staatlichen Anerkennung erlangt die selbstständige Stiftung dann Rechtsfähigkeit.

Danach sollte sich der Stiftungsvorstand eine sogenannte Vertretungsbescheinigung ausstellen lassen, um die Geschäfte aufnehmen zu können.

Der überwiegende Anteil der Stifterinnen und Stifter entscheidet sich heute für die unselbstständige Stiftung, die sogenannte Treuhänderstiftung. Diese kann mit weit weniger Kapital gegründet werden und ist flexibler und kostengünstiger einzusetzen, da einzelne Aufgaben, aber auch die gesamte Verwaltung auf den Treuhänder übertragen werden können, insbesondere, wenn Sie überwiegend fördernd tätig sein wollen. Zudem ist die Gründung deutlich unkomplizierter und schneller umsetzbar als bei einer rechtsfähigen Stiftung.

Eine weitere Alternative sind Stiftungsfonds als eine zweckgebundene Zustiftung zu einer bestehenden Stiftung. In der Praxis ist eine Bezeichnung nach einem konkreten Zweck beliebt. Sie werden unter dem Dach einer zu den Zwecken passenden, bestehenden Stiftung geführt und können so einen konkreten Zweck im Rahmen der Dachstiftung ansprechen.

Steuerlich gilt aktuell: Wenn das Vermögen in eine dauerhaft zu erhaltende, gemeinnützige (Zu-)Stiftung eingebracht wird, kann die Stifterin oder der Stifter über einen Zeitraum von zehn Jahren einen Betrag von einer Million Euro im Rahmen seiner Einkommensteuer geltend machen – zusätzlich zum „normalen“ Sonderausgabenabzug.

Hat der Stifter das Vermögen, das er auf die gemeinnützige Stiftung übertragen möchte, selbst geerbt, entfällt die anfallende Erbschaftsteuer, sofern er das Vermögen innerhalb von zwei Jahren nach dem Erbfall an eine gemeinnützige Stiftung abgibt.

Trotz aller Hilfestellung: Die Thematik ist komplex und erfordert einen hohen Beratungsbedarf. Das sollte nicht unterschätzt werden! Wenn es an die Umsetzung geht, sind daher Partner gefragt, die Stiftungen ganzheitlich begleiten können: von der Gründung bis zur Vermögensverwaltung. Die DZ PRIVATBANK als genossenschaftlicher Spezialist für anspruchsvolle Finanzdienstleistungen der Volksbanken Raiffeisenbanken verfügt über die notwendige Erfahrung und das Know-how im Stiftungsmanagement. Das Deutsche Stiftungswerk und die DZ PRIVATBANK arbeiten hierbei vertrauensvoll und eng zusammen.

Checkliste zur Stiftungsgründung

- Welche Ziele soll die Stiftung verfolgen?
- Welchen Namen soll die Stiftung tragen?
- Wer soll für die Organisation und Verwaltung der Stiftung verantwortlich sein?
- Wer begleitet die Stiftung bei der Gründung?
- Wie sollen die Gremien der Stiftung besetzt sein?
- Wie viel Kapital bringt die Stifterin oder der Stifter ein?
- Aus welchen Vermögenswerten setzt sich das Stiftungsvermögen zusammen?
- Ist mit diesem Vermögen ein angemessener Ertrag für die Erfüllung der Ziele zu erwirtschaften?
- Wollen Sie als Stifter aktiv in der Stiftung mitarbeiten?
- Soll die Stiftung fördernd oder operativ tätig sein?
- Welche Vorgaben sollen im Hinblick auf die Verwaltung des Stiftungsvermögens (Risikomanagement, Anlagerestriktionen etc.) gelten?
- Soll es ein Kapitalerhaltungskonzept (nominaler oder realer Kapitalerhalt) geben?
- Wie schnell soll die Stiftung gegründet werden und als gemeinnützig anerkannt sein?

PublicDomainPictures @ Pixabay



Die Kinder und der Tod

von Thomas Sitte

Kunst und Literatur sind voller eindrucksvoller Beispiele zum Thema Kinder und Tod. Doch wie sieht heute mein, unser eigener Alltag dazu aus?

Es gibt keine Patentrezepte für Gespräche mit Kindern über Krankheit, Sterben und Tod. Die gibt es aber auch nicht für andere heikle Themen in der Kindererziehung. Denken Sie z.B. an die Sexualaufklärung. Wie wurden Sie selbst aufgeklärt, wie haben Sie mit Kindern darüber gesprochen. Sicherlich braucht es viel Übung, Selbstkritik, Reflexion, Rückmeldungen von anderen. Und sicherlich kann man auch im Rahmen von Trainings Methoden erlernen, die hilfreich sind, damit solche Gespräche gut gelingen.

Neben Empathie und Erfahrung braucht es sehr viel Mut zur Offenheit und angemessene, ehrliche Worte, die dem Entwicklungsstand der Kinder angemessen sind. Mindestens! Das muss keine vereinfachte Kindersprache sein. Dabei sind nicht lange Erläuterungen notwendig, manchmal braucht es nur eine kurze klare Antwort, und das Kind beendet das Gespräch, beginnt lachend irgendein Spiel, um den ernsthaften Faden zu einem anderen Zeitpunkt erneut aufzunehmen. Dafür muss der notwendige Raum gegeben werden, sich den Fragen der Kinder zu stellen. Dabei stellen Sie sich notwendigerweise auch Ihren eigenen Ängsten, Ihrer Scham und Ihren Schuldgefühlen. Auch solche Gefühle können dabei auftreten. Man muss sich seiner Tränen schämen. Tränen fließen nicht selten auch bei den professionellen Begleitern und gehören zum Erleben der Kinder dazu.

”

Warum weint ihr denn alle? Das ist doch so schön!

Es kommt zuhause zu einer Not- taufe bei einem drei Monate alten Kind, das bald darauf starb. Sechs, sieben Erwachsene und der „große“ Bruder sind dabei. Es ist wunderschön. Alle Erwachsenen weinen. Da fragt der vielleicht sechsjährige Bruder: „Warum weint ihr denn alle? Das ist doch so schön!“

Auch darauf kann gemeinsam eine ehrliche, kindgerecht verständliche Antwort gefunden werden. Das ist nicht immer einfach. Dann ist es gut, seinen Gefühlen und seinem Herzen zu folgen, und Angst und Trauer einfach auszusprechen.

Ich selbst wurde 1958 in einem kleinen Dorf im Westerwald geboren. Auch wenn wir dort nicht wohnten, verbrachte ich aber viel Zeit bei Opa und Oma im alten Haus. Am 25. September 1961 starb mein Opa Karl. Als Opa gestorben war, fuhr unsere Familie natürlich gleich hin.

Opa war, wie es damals auf dem Land noch üblich war, zuhause aufgebahrt worden, damit alle Abschied von ihm nehmen konnten. Es ist schwierig zu sagen, was die ersten eigenen Erinnerungen im Leben eines Kindes sind und sie

von Erzählungen zu unterscheiden. Aber hier bin ich mir sicher. Meine Erinnerung als Dreijähriger an Opas Tod gehört dazu und die Erinnerung an ein starkes Gefühl der Verunsicherung, des Ausgegrenzt-Seins.

Wir waren eine kleine Bande etwa gleichaltriger Cousins und Cousinen, die draußen bleiben mussten. Die Erwachsenen waren so traurig und merkwürdig. Wir spielten auf dem Hof zwischen Misthaufen und Scheune und verstanden nicht, was hier das Schlimme ist, warum wir nicht gucken dürfen ... Ich bin mir recht sicher, dass uns auch damals schon klar war, dass hier etwas irgendwie Endgültiges geschehen war und Opa weg ist und nie mehr zurückkommt. So gerne hätten wir ihn gesehen und gesehen, was mit ihm passiert war. Erst bei der Beerdigung waren wir wieder dabei und sahen zu, wie der Sarg in die Erde kam und zugeschaufelt wurde.

Schließlich habe ich „die Seiten gewechselt“ und seit rund 40 Jahren spreche ich mit Menschen aller Altersstufen – auch mit Kindern – über das Sterben und den Tod, den von Verwandten oder auch ihren eigenen.

Es gibt dazu sehr viele eindrückliche Erlebnisse aus meiner Arbeit.

Im Familienkreis sind meine Frau und ich einmal zur Leichenschau bei einer Tante gefahren. Wir hatten unsere Kinder mitgenommen damit sie sich verabschieden können. Meine kleine Tochter sagte wörtlich zur Verstorbenen: „Tschüss Tante Elvira, bis später.“



Die kleinen Urenkelkinder verabschieden Uroma Anna. Foto Edelgard Ceppa-Sitte.

Wie schön! Wobei wir den Kindern dann erklärt hatten, dass das ruhig noch ein wenig dauern dürfe und die Tante es jetzt nicht mehr eilig habe

Ein anderes Mal hatte ich mit dem Palliativteam ein Kleinkind begleitet, das schwer und unheilbar erkrankt war. In der Sterbephase waren wir in ständigem, engem Austausch per Telefon und Video. Das kleine Leben ging friedlich ohne die Anwesenheit von Arzt oder Pflege vor Ort im Kreise der Familie zu Ende. Dann bin ich als der betreuende Kinderpalliativmediziner zur Leichenschau hingefahren.

Als ich ankam, herrschte natürlich große Trauer, zugleich auch Erleichterung, dass es so in Frieden und ohne technischen Aufwand gelungen war. Der sechsjährige Bruder begrüßte mich sinngemäß mit den Worten: „Schau mal, Doktor, Sarah ist schon ganz kalt“. Mit ihm war vorher intensiv darüber gesprochen worden, was kommen wird. So hatte er einen völlig natürlichen und gar nicht ängstlichen Umgang mit der verstorbenen kleinen Schwester. Aber, danach, auch Jahre später sind immer noch Gespräche über das Erlebte notwendig.

Ich selbst habe 12jährig meinen großen Bruder verloren. Das sind Wunden, die als Narbe zurückbleiben. Immer wieder, dem jeweiligen Alter angepasst, darüber sprechen hilft, dass die Narben nicht zu schmerzhaft bleiben.

Ein Kunst gerät in Vergessenheit

Thomas Sitte

Kennen Sie das? Sie waren bei einer Beerdigung. Der Verstorbene war so alt wie Sie. Es sollte dort nicht schwarz, sondern bunt getragen werden. Und natürlich war höflichst darum gebeten worden, doch von Beileidsbekundungen am Grabe Abstand zu nehmen. Der Verstorbene war Ihnen nicht so nah, dass Sie schon vor der Bestattung einen Besuch im Trauerhaus gemacht hätten.

Und dann steht plötzlich die Witwe des Verstorbenen im Supermarkt

hinter Ihnen, als Sie gerade den Wochenendeinkauf aufs Band legen und einen Witz mit dem Kassierer machen.

Genauso ist es Ihnen wohl noch nicht passiert. So ähnlich aber schon. Wie schaut man denn dann? Sollen die Gesichtszüge einfrieren und die Leichenbittermiene aufgesetzt werden? Soll man die Witwe am Kassenband umarmen und ihr jetzt ein erstes Mal ein ehrliches „Herzliches Beileid“ sagen? Oder einfach „Hallo Sabine, schön Dich zu sehen. Wie geht es denn so?“

Ich selbst habe mich schon dabei erappt, dass ich die Straßenseite gewechselt habe, als ein trauernder Bekannter auftauchte, bei dem ich den richtigen Moment fürs Gespräch verpasst hatte. Deshalb: Seien Sie mutig. Trauen Sie sich am Grab zu bleiben, um sich einzureihen und zu kondolieren.

Auch wenn dies nur wie ein Ritual erscheint. Es darf noch ein persönlicher Satz gesagt werden. Es darf aber auch ein stummer, ehrlicher Händedruck ohne Worte sein. Trauen Sie sich, auch wenn es viele Trauergäste sind und die Schlange lang ist.

Kondolenzschreiben

Neben dem direkten, persönlichen Kontakt spielen auch Kondolenzbriefe eine große Rolle. Oft ist die Angst groß, die richtigen Worte zu finden. Aber was sind richtige Worte? Wenn wir an Mark Twain denken, dann macht es mich ehrfürchtig. „Der Unterschied zwischen einem richtigen und einem fast richtigen Wort ist wie der Unterschied zwischen einem Blitz und einem Glühwürmchen!“, schrieb er blitzrichtig.

Dann dürfte ich gar nicht beginnen zu schreiben.

„Der Unterschied zwischen einem fast richtigen und einem nicht geschriebenen Wort ist wie der Unterschied zwischen liebevollem Trost und tiefster Verzweiflung!“, möchte ich da entgegen. Ich selbst schreibe recht häufig Kondolenzbriefe. Bei den meisten Menschen, die ich schon länger kenne und bei sehr vielen Patienten, die ich in den Tod begleitet habe. Für mich selbst hat es in gewisser Hinsicht eine befreiende Wirkung. Der „Behandlungsfall“ fühlt sich für mich abgeschlossen an. Und von den Hinterbliebenen höre ich immer wieder, dass mein Brief sehr, sehr tröstlich war und immer wieder zur Hand genommen und gelesen wird.

Also bitte, liebe Leserin, lieber Leser, haben Sie Mut. Für einen stummen, ehrlichen Handschlag, eine Umarmung. Oder auch einen spontanen Brief. Oder schreiben Sie eine Trauerkarte! Ein Sinnspruch und ein „Herzliches Beileid, Ihr ...“ ist besser als nichts. Sie werden vielleicht staunen, was es auch mit Ihnen macht.

Das Sichtbare ist vergangen
- aber es bleibt die Liebe und die Erinnerung

”

„Von Beileidsbekundungen am Grab bitten wir Abstand zu nehmen.“



Public viewing oder gute Tradition?

Foto privat
Archiv Wolfgang
Rübsam

Die kleine Eleonore starb kurz vor Kriegsende, als sie bei einem Bombenangriff verschüttet wurde. Aber auch da war es möglich, am offenen Sarg angemessen Abschied zu nehmen.

In der „guten alten Zeit“ in der längst nicht alles gut war, war es üblich, dass der Verstorbene entweder zuhause oder öffentlich zugänglich und sichtbar aufgebahrt wurde, damit sich jeder von ihm verabschieden konnte. Oft war das damit verbunden, dass man den Hinterbliebenen auch zur Hand ging, etwas zu Essen mitbrachte und auf jeden Fall mit ihnen Erinnerungen und Kummer teilte.

Kaum jemand weiß, dass so ein Aufbahren nicht nur beim Bestatter, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder Hospiz möglich ist. Das kann auch dort sehr würdig und schön gestaltet werden. Aber der Zugang zum Verstorbenen ist eben doch erschwert und die familiäre Atmosphäre fehlt. Es gibt verschiedene Vorschriften zu beachten. Aber:
Erstens darf der zuhause verstorbene Mensch dort bleiben und zur letzten Ruhe versorgt werden. Und auch dort, wo es passt, aufgebahrt werden.

Zweitens kann ein Mensch, der an einem anderen Ort verstorben ist, nach dem Tod zur Aufbahrung und zur Verabschiedung durch die Familie nach Hause gebracht werden. Das ist sicher ungewöhnlich, aber es ist möglich.

Drittens. Das Bestattungsrecht gilt nur für bestattungspflichtige Leichname. Ein frühverstorbenes und totgeborenes Sternenkind unter 500 g kann ohne all diese Gesetze, Verordnungen und Vorschriften mit nach Hause genommen werden. Das klingt sehr, sehr ungewöhnlich. Es ist aber in vielen Fällen ausgesprochen hilfreich. Mehr dazu lesen sie im Beitrag zur Sternenkindbeerdigung.

Übrigens können solche kleinen Sternenkinde unkompliziert im Grab der PalliativStiftung einen passenden Ruhe- und Trauerort finden.

So oder so. Egal wo aufgebahrt wird, es sollte so sein, dass man in Ruhe Abschied nehmen kann und die Angehörigen in ihrem Schmerz Hilfe finden und gestützt werden können.

Schöner leben... bis zuletzt – ab sofort mit Unterstützung der DGP!

Das Konzept des noch jungen Magazins „schöner leben... bis zuletzt“ überzeugt nicht nur in seiner Lebenszugewandtheit, Allgemeinverständlichkeit und Vielfalt, sondern ist in seinen ersten zwei Jahren zu einem wesentlichen kostenfreien (!) Format für viele Menschen geworden, die sich sonst vielleicht nicht mit der Hospizarbeit und der Palliativversorgung befassen hätten. Und das ist bei einer Auflage von 25.000 Exemplaren – in bester Druckqualität – sehr beachtlich, herzlichen Glückwunsch zur nunmehr achten Ausgabe!

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat deshalb beschlossen, das Magazin „schöner leben...bis zuletzt“ zukünftig ideell zu unterstützen, Ihnen ist vielleicht das neue kleine Logo auf der Titelseite aufgefallen. Aus unserer Perspektive müssen wir Akteure in diesem Feld alles dafür tun, unsere Themen und Erkenntnisse mit den von schwerer lebensbegrenzender Erkrankung Betroffenen und den ihnen nahestehenden Menschen so zu teilen, dass sie in ihrer aktuellen Lebens- und Krankheitssituation etwas damit anfangen können.

Deshalb werden die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die Deutsche PalliativStiftung ab sofort insbesondere in den Projekten kooperieren, die der Lebenswirklichkeit nah sind und die Belastungen und Nöte palliativ versorgter Menschen aufnehmen. Nach verschiedenen einzelnen Beiträgen in den vergangenen Ausgaben des Magazins werden wir nun regelmäßig über „Neues aus der DGP“ berichten und freuen uns, wenn Sie als Leserinnen und Leser rückmelden, inwieweit diese Informationen für Sie gewinnbringend sind.

Umgekehrt danken wir der Deutschen PalliativStiftung sehr herzlich, dass die Stiftung ihrerseits den finanziellen Support für die DGP-Kampagne „das ist palliativ“ zugesagt und ein erstes Projekt bereits zum 15. Kongress der DGP Ende September in Aachen unterstützt hat, das ist wunderbar, vielen Dank!

Es ist uns als Fachgesellschaft mit rund 6.500 in der Palliativversorgung Tätigen – Pflegekräften, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Apotheker:innen, Sozialarbeiter:innen, Physio- und Ergotherapeut:innen, Geistes- und Sozialwissenschaftler:innen, Seelsorger:innen, Ernährungs-, Kunst- und Musiktherapeutinnen und vielen weiteren Berufsgruppen – ein Herzensanliegen, Sie so gut und umfassend wie möglich zu informieren.

Damit auch Sie wissen, wer Ihnen in einer schweren Erkrankungssituation zur Seite steht und wie das geht: schöner leben ... bis zuletzt!

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Prof. Dr. Claudia Bausewein
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin



Prof. Dr. Claudia
Bausewein

Präsidentin der
Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin

„Es war früher nicht besser, es war nur anders“

Ein Gespräch mit Gerold Eppler über den stetigen Wandel der Bestattungskultur

Von Jan Terhaar

Urnen aus Pappe, Trauerschmuck mit Fingerabdrücken, freie Trauerreden – viele Beispiele aus der Bestattungsbranche verdeutlichen: Die Bestattungskultur unterliegt einem Wandel. Bestattung ist längst nicht mehr (nur) das, was sie einmal war. Viele neuere Entwicklungen zeigen, dass auf Bedürfnisse der pluralen Gesellschaft, Abschied zu gestalten, innovative Antworten gefunden werden. Ein Gespräch mit Gerold Eppler, gelernter Steinmetz und stellvertretender Direktor des Museums für Sepulkralkultur, über den Wandel in der Bestattungskultur.

Grundsätzlich lässt sich das schwer voneinander trennen. Es ist so, dass sich spätestens im 19. Jahrhundert ein Paradigmenwechsel im Umgang mit Sterben, Tod und Bestattung abgezeichnet hat. Es waren vor allem die Naturwissenschaftler und die Mediziner, die dann vermehrt den Umgang mit Sterben und Tod bestimmten. Vorher war dies religiös-kultisch geprägt. Ab dem 19. Jahrhundert wurde der Bereich des Umgangs mit Sterben, Tod, Bestatten, Trauern und Gedenken zusehends der Familie und der Kirche entzogen und an staatliche Institutionen übergeben. Damit setzte auch eine Veränderung in Bezug auf die Berufsgruppen ein, die sich mit diesen letzten Dingen beschäftigten. Im 19. Jahrhundert etablierte sich der Berufsstand der Bestatter aus den Fuhrgewerben und aus dem holzverarbeitenden Handwerk.

...eine Entwicklung, die heute noch spürbar ist?

Der Umgang mit diesen gesellschaftlichen Bereichen hat sich immer stärker institutionalisiert. Man kann aber feststellen, dass sich seit den 1980er bis 1990er-Jahren eine Gegenbewegung ausgebildet hat. Etwa werden die Sterbenden jetzt stärker in den Blick genommen. Weil der Umgang mit Sterbenden in den Krankenhäusern und Altenheimen zunehmend als unbefriedigend empfunden wurde, trat die Hospizbewegung auf den Plan. In den 1990er-Jahren setzte die Palliativmedizin an, um einen anderen Umgang mit den Sterbenden durchzusetzen. Das sind Entwicklungen, die in der heutigen Zeit schon fast selbstverständlich sind. Es gibt mittlerweile spezielle Ausbildungsberufe oder auch Fortbildungsmaßnahmen für das pflegerische und

Kultur ist nicht statisch und entwickelt sich stetig. Wo sehen Sie die bedeutendsten, aktuellen Tendenzen in der Bestattungskultur?

Es ist klar: Die Bestattungskultur ist ständig im Umbruch. In der heutigen Zeit ist es so, dass immer häufiger die Trauernden bzw. die Zugehörigen von Menschen, die verstorben sind, in den Mittelpunkt rücken. Es gibt verschiedene Initiativen im Hinblick auf das Gedenken, im Hinblick auf die Bestattung selbst, aber auch im Hinblick auf das Sterben, die sich mit diesem Themenbereich beschäftigen.

Wenn Sie sagen, dass die Hinterbliebenen stärker in den Blick genommen werden, heißt das, dass dafür andere Personen und Institutionen in den Hintergrund treten?



Foto: Anja Köhne

Gerold Eppler ist stellvertretender Direktor des Museums für Sepulkralkultur und stellv. Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V. in Kassel. Der gelernte Steinbildhauer ist zudem der hauseigene Museumspädagoge und er berät Friedhofsträger.



Beisetzung eines Wolhyniendeutschen, 1930er Jahre
Foto: Wikipedia

das medizinische Personal. Erst in den letzten Jahren werden nun zunehmend diejenigen, die nach einem Todesfall zurückbleiben, stärker wahrgenommen.

Wie drückt sich das aus?

Die Relevanz des Trauerprozesses wird deutlicher in den Blick genommen. Beispiel Friedhof: Ein Grab wird, so der Tod denn absehbar ist, nach den Wünschen des Verstorbenen gewählt und gestaltet. Doch es werden auch die Hinterbliebenen einbezogen und ihr Bedürfnis, Raum für Trauer zu bekommen. Das fängt an bei den Steinmetzen, die mit den Hinterbliebenen gemeinsam einen Stein gestalten und endet mit der Diskussion, wo auf dem Friedhof Bänke stehen dürfen, damit Trauernde einen Ort der Ruhe vorfinden und eine Aufenthaltsqualität auf dem Friedhof wahrnehmen.

Historisch gesehen war die Bestattungskultur in Deutschland sehr lange stark religiös geprägt. In der Mehrheitsgesellschaft lässt sich ein starker Rückgang der Bedeutung des Christentums beobachten. Wie wirkt sich diese Entwicklung auf die Bestattungskultur aus?

In der deutschen Mehrheitsgesellschaft ist es tatsächlich so, dass Religiosität eine immer geringere Rolle einnimmt. Mittlerweile ist es aber so, dass über Zuwendung religiöse Aspekte wieder eine ganz wichtige Rolle spielen. Menschen muslimischen Glaubens möchten ihre Angehörigen häufig nach ihren traditionellen, religiösen Vorstellungen bestatten lassen. Religiöse Vorstellungen sind ein wesentliches Merkmal ihrer kulturellen Identität. Rechtliche Dinge stehen dem teilweise entgegen. Friedhofsträger sind aber daran interessiert, den Wünschen und Bedürfnissen etwa von Menschen muslimischen Glaubens

zu entsprechen. Religion spielt in diesem Zusammenhang also häufig eine ganz wichtige Rolle.

Auf der anderen Seite stellen wir aber auch immer wieder fest, dass Spiritualität im Zusammenhang mit Bestattungen eine große Rolle spielt. Die ist aber nicht unbedingt christlich geprägt, sondern da gibt es unterschiedliche Vorstellungen.

Aber diese Spiritualität bedingt dann eine vergleichbare Ritualisierung des Bestattungsprozesses?

Genau, diese Spiritualität sucht natürlich nach Ausdrucksformen. Die zeigen sich dann auch im Umgang mit den Verstorbenen oder mit dem Totengedenken. Da ist zum Beispiel die Aussegnung eines Verstorbenen zu nennen oder auch die Etablierung von Gedenktagen wie dem World Wide Candle Lighting, an dem weltweit der verstorbenen Kinder gedacht wird.

Interessanterweise unterliegt ja sogar der Friedhof, als „der“ Ort des Abschiednehmens und der Bestattungskultur, einer großen Veränderung. Viele Menschen entscheiden sich heute gegen die Beisetzung auf dem Friedhof – etwa aus Kostengründen oder weil sie die Pflege eines traditionellen Grabes zeitlich nicht sicherstellen könnten. Wie passt das zu dem Bedürfnis der Menschen nach Ritualen?

Lange Zeit hatten die kommunalen Friedhofsträger das Problem, dass sie sehr viele Freiflächen vorgehalten haben, die aber nicht belegt waren. Da gab es – um ein Beispiel zu nennen – Überlegungen, dass man diese sogenannten Überhangflächen für Wohnbebauung zur Verfügung stellt. Das würde nach unserer Erfahrung aber nur dort funktionieren, wo die Flächen nicht als Grabstätten genutzt worden sind. Die Vorbehalte, auf einem ehemaligen Friedhof ein Wohnhaus zu errichten, sind nach wie vor sehr groß. Das hängt offenbar mit traditionellen, abergläubischen Vorstellungen zusammen.

Mittlerweile ist es so, dass gerade die innerstädtischen Bestattungsplätze für das Stadtklima und für die Biodiversität von besonderer Bedeutung sind. Sie werden zunehmend als Erholungsorte aufgesucht und bekommen auch dadurch eine neue Bedeutung. Das geht so weit, dass auf Friedhöfen wie in Hamburg-Ohlsdorf ganze Bereiche zum Park erklärt werden. Im Baden-Württembergischen Süßen wurde vor einem Jahr der Campus Vivorum eröffnet, ein Experimentierfeld zur Friedhofsentwicklung. Dort werden etwa Friedhofsverwaltungen über Gestaltungsmöglichkeiten informiert, um ihren Friedhof zukunftsfähig und an die Bedürfnisse der Menschen angepasst, zu gestalten.

Vom Sterben des Friedhofs kann also nicht die Rede sein?

Auf keinen Fall. Das zeigt auch das große Bedürfnis nach Beratung, das uns als Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal erreicht: Kommunen sind aktiv dabei, mit dem Erhalt des Friedhofs auch die traditionelle Bestattungskultur aufrechtzuerhalten. Die Zuwanderung bietet da eine große Chance, denn wie gesagt, bringen Zuwanderer Bestattungswünsche mit, für die nur die Erdbestattung in Frage kommt. Da werden Flächen wieder gebraucht, teilweise auch über längere Zeiträume. Bei Menschen muslimischen Glaubens ist es beispielsweise so, dass sie den Wunsch haben, die Grabstätten sehr lange zu behalten. Man spricht auch vom Wunsch nach Ewigkeitsgräbern. Das wirkt sich natürlich auf den Flächenbedarf aus. Auch wird versucht, auf dem Friedhof selbst neue Möglichkeiten der Beisetzung zu schaffen, die kostengünstiger sind und stärker auf die Bedürfnisse unserer Gesellschaft eingehen.

Früher war also nicht alles besser?

Man muss im Hinblick auf die Bestattungskultur vorsichtig sein, gerade was den Blick in die Vergangenheit betrifft. Das stellen wir auch bei Führungen hier im Museum für Sepulkralkultur fest. Die Entwicklungen in der Bestattungskultur gehen oft mit veränderten Haltungen und Wertschätzungen einher. Ich höre oft „früher war alles schöner“ und „früher war alles besser“. Das ist ein Trugschluss. Es war früher nicht besser, es war nur anders. Was zählt, ist, dass die Bedürfnisse der Menschen ernst genommen und altbewährte Modelle überdacht werden. Es braucht auch Innovation und Mut zum Neu-Denken, denn es geht um uns alle und unseren Umgang mit der Endlichkeit.

Jan Terhaar studiert Geschichte und Öffentlichkeit an der Uni Kassel. Er absolviert ein Praktikum im Museum für Sepulkralkultur.

Memento Mori 4.0:

Die neue Generation der Bestatter*innen

*Ab Dienstag, 10. September 2024 im Museum für Sepulkralkultur
Eine Kooperation mit der Stiftung Deutsche Bestattungskultur*

Was bewegt einen jungen Menschen, Bestatter*in zu werden? Und wie verändert sich das eigene Leben, wenn man sich immer wieder mit dem Tod beschäftigt? Der Fotograf Andreas Teichmann hat sie porträtiert: junge Menschen, die sich täglich mit der Endlichkeit beschäftigen. Sein so entstandener Band Memento Mori 4.0: Die neue Generation der Bestatter*innen stellt er im Museum für Sepulkralkultur erstmals vor. Die Ausstellung ist Teil der Sonderausstellung dazwischen. Du, das Leben und die Endlichkeit.

Memento Mori 4.0 ist eine authentische Dokumentation, die tief in die Seele eines Berufsstandes eintaucht, der sich aktuell in einem existenziellen Umbruch befindet. Den moralischen und ethischen Grundwerten des Berufes verpflichtet, sucht eine junge Generation nach neuen und zeitgemäßen Symbolen und Ritualen, um Trauer und Schmerz, Trost und Empathie Ausdruck zu verleihen.

Dem Fotografen Andreas Teichmann ist es über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren gelungen, in eine Branche einzutauchen, mit der die allermeisten von uns immer nur punktuell in Berührung kommen. Seine Aufnahmen zeigen die Arbeitswirklichkeit junger Bestatter*innen abseits vermeintlicher Klischees und falscher Vorstellungen. Anhand von 16 jungen Persönlichkeiten dokumentiert Teichmann seine fotografische Recherche, die ihn in jedes Bundesland geführt hat. Begleitet von einfühlsamen Gesprächen, offenbaren seine Aufnahmen unerwartete Begebenheiten und Einsichten in den Arbeitsalltag und die Gedankenwelt der Porträtierten.



Foto: Andreas Teichmann



Es braucht auch Innovation und Mut zum Neu-Denken, denn es geht um uns alle und unseren Umgang mit der Endlichkeit



Foto Thomas Sitte

Kranke und alte Menschen nicht zu viel belasten!?

Werner Wurtinger, 93 Jahre alt, hatte unter Corona eine schwere Lungenentzündung. Dank der Online-Anleitungen mit den Physio-Tipps hat er sich mit täglichem Training zurückgekämpft. Jetzt ist er wieder so fit, dass er seinen Alltag allein meistern kann. Und er arbeitet gerade an einem neuen, abstrakten Bilderzyklus, die er an seinen Computern entwickelt und dann auf Leinwand überträgt. Die Vernissage Ausstellung im Konrad Zuse Museum in Hünfeld wird am 1. Advent sein.

[zuse-museum-huenfeld.de/de](https://www.zuse-museum-huenfeld.de/de)

Im Fitnessstudio, beim Arzt hören wir immer wieder, dass wir uns nicht überanstrengen sollten. Aber, was ist zu viel? Und was ist zu wenig?

Werner Wurtinger hatte mit 91 Jahren eine schwere Corona-Lungenentzündung. Bis dahin hat er sich selbst versorgt, mit dem Auto eingekauft, wunderbare Bilder gemalt. Jetzt ging nichts mehr. Er konnte nur noch sitzen, hatte Luftnot und brauchte Sauerstoff. Mit einigen einfachen Tipps kam er wieder auf die Beine. Tief einatmen und besonders auch tief ausatmen. Und die Muskeln langsam zunehmend fordern. Mit wenigen Wiederholungen, nicht mehr als 6 bis 10, muss es zu einer völligen Erschöpfung der beanspruchten Muskelgruppe kommen. Nur dann werden die Muskeln angeregt, wieder richtig zu wachsen.

Das heißt, auch wenn Herz und Lunge schwach sind, können wir kleine Muskelgruppen richtig gut trainieren.

Dadurch werden auch wieder Herz und Lunge gestärkt. Das ist quasi das Gegenteil des Teufelskreises aus Schonung und Schwäche; sozusagen ein Engelskreis ;-)

Zusammen mit der DFB-Stiftung „Die Mannschaft“ hat die PalliativStiftung während der Corona-Pandemie einfach umzusetzende Trainingsvideos verfasst. Die meisten davon kann man sogar im Bett machen! Und jeder kann die Belastung leicht so anpassen, dass es reicht.

<https://www.palliativstiftung.com/de/projekte/videos/dfb-physio-tipps>

Das „Rezept“ gegen Muskelschwund

Ernährung 1,0-1,2 g Eiweiß/kg KG
150 min Bewegung/Woche
5 Einheiten
Eventuell Vitamin D zusätzlich

Auch und gerade im Alter!

Ein Fenster für die Seele öffnen?

Vielleicht haben Sie davon gehört. Oder haben es auch schon erlebt. Wenn ein Mensch gestorben ist, kommt es oft vor, dass einer der Anwesenden zum Fenster geht und es öffnet. Wozu? Soll frische Luft, frischer Wind ins Zimmer?

Es ist als alter Brauch eine symbolische Geste. Nun ist es zu Ende gegangen. Früher glaubte man, einige werden es auch heute noch meinen, nur durchs offene Fenster könnte die jetzt vom Körper gelöste Seele aus dem Haus hinaus und ihren Frieden finden.

Man mag es als Aberglauben abtun, aber es ist eine schöne Geste, ein Ritus, der uns beim Abschiednehmen hilft. Es zeigt den Hinterbliebenen, dass nun ein großer Schnitt, der Abschied gekommen ist. Und es ist zugleich tröstlich, weil von draußen auch Geräusche, Gerüche, ein Luftzug hineinwehen, was uns im Schmerz des Abschieds mit der Welt verbindet.

Leben ohne mich

„Alles wahr! Ich habe in der täglichen Arbeit so viele Dinge erlebt, die man sich so nicht hätte vorstellen können.“



das war genau die richtige Mischung aus Nachdenklichkeit, Fakten, purer Emotion, die wir auch für die Palliativversorgung viel mehr brauchen, um wichtige Botschaften zu transportieren.“, das habe ich nach den vier ausverkauften Aufführungen zu einem Reporter gesagt. Kannst Du den Lesern in wenigen Sätzen sagen, worum es bei dem Stück geht?

Das Musical erzählt die Geschichte des 17-jährigen Noah, der nach einem Verkehrsunfall im Krankenhaus liegt. Seine Mutter Anne bangt um das Leben ihres Sohnes. Alleinerziehend vertraut sie sich Eddie an, der am Krankenbett seines Vaters steht. Anne macht sich große Vorwürfe, da das letzte Aufeinandertreffen mit ihrem Sohn in einem Streit endete. Daneben ist Mona, Eddies Schwester und alte Schulbekannte von Anne, die das zerrüttete Verhältnis zu ihrem im Krankenhaus liegenden Vater aufarbeitet. Es geht in „Leben ohne mich“ auch viel um die Frage, wie wir unsere Beziehungen pflegen und natürlich, wie wir unser Leben – von der Geburt bis zum Tod – gestalten.

Und wie kommt man darauf, so einen schweren Stoff doch irgendwie leicht verpackt auf die Bühne zu bringen?

Steffen Dargatz, der die Idee zum Stück hatte und sowohl Text als auch Musik geschrieben hat, wollte seinen Kindern etwas hinterlassen – seine Sicht auf die Welt. Ob die Thematik nun schwer oder leicht ist, das liegt ganz im Auge des Betrachters. Ich zum Beispiel finde es unglaublich bereichernd, mich mit der Vergänglichkeit des menschlichen Daseins zu beschäftigen. Alles, was grenzenlos vorhanden ist, verliert an

Ein Musical aus einer Klinik über einen sterbenden jungen Mann. Palliativmediziner Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung, spricht mit der Co-Regisseurin Leonora Frohnapfel, die im Hauptberuf das Hotel mit Gasthaus und Biergarten derflorenberg.de bei Fulda betreibt über das Stück.

„Alles wahr! Ich habe in der täglichen Arbeit so viele Dinge erlebt, die man sich so nicht hätte vorstellen können. Und ich muss sagen, das war hier eine emotionale Dichte, die ganz hervorragend zeigt, worauf es ankommt im Leben. Was uns geschehen kann. Egal, wie sehr wir uns bemühen. Da ist kein willkürlicher Gott, der über uns (hinweg) entscheidet. Aber selbst bei bester Planung geschehen Dinge, die nicht in meiner Hand liegen. Bei der ersten Aufführung hatte ich sehr, sehr viel feuchte Augen. Die zweite konnte ich etwas sachlicher mitverfolgen. Auf jeden Fall,

Foto: Kris Duanphung

“
Das Leben ist eine Aneinanderreihung von Jetzt-Momenten und jeder einzelne ist ein Geschenk



Foto: Matthias Hau

Wert. Und dieses Leben, welches wir geschenkt bekommen, erhält seinen Wert, weil wir diesen wunderschönen Planeten irgendwann auch wieder verlassen dürfen. Das Leben ist eine Aneinanderreihung von Jetzt-Momenten und jeder einzelne ist ein Geschenk. Uns war es ein Bedürfnis, das Leben nicht als selbstverständlich zu betrachten, sondern den Zuschauern einen Impuls zu geben, mit Dankbarkeit und Achtsamkeit durchs Leben zu gehen.

Wir Palli-Aktiven klären oft mit nüchternen Fakten auf. Immer mehr glaube ich, dass das Framing, die passende Verpackung für unsere Themen, viel wichtiger sind, als wir glauben.

Leben und das Loslassen des Lebens sind hoch emotional - von Beginn unserer Zeugung bis zum Tod, ein Feuerwerk von Emotionen. Fakten beruhigen den Verstand. Doch unser Herz, unsere Seele und auch unser Körper brauchen das Durchfühlen dessen, was gerade in unserem Leben passiert. Jede Emotion wird in unserem Körper

durch ein Symptom begleitet. Seien es schwitzige Hände vor Aufregung oder die geweiteten Pupillen, wenn Gefahr droht. Dies zu unterdrücken bringt nichts, es muss durchlebt werden und befreit dadurch. Und auch Trauer muss ihren Raum bekommen. Hier kann Musik ein wunderbarer unterstützender Kanal sein, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Das Stück ist ja eine echte Teamarbeit. Gab es Gegenwind, Bedenken?

Gegenwind überhaupt nicht. Doch Bedenken, ja. Wir, Steffen Dargatz und ich, hatten in den Probenphasen sehr intensive Gespräche mit den Darstellern. Hier gab es Ängste, ob wir den Zuschauern nicht zu viel zumuten. Es stand zum Beispiel im Raum, ob eine Triggerwarnung von Nöten sei.

“
Es gab es Ängste, ob wir den Zuschauern nicht zu viel zumuten



Foto: Stephan Drewianka

„
Das Stück ist ein Appell an das Leben – mit all seinen Facetten, Höhen und Tiefen

Da gab es also berechnete Bedenken, wie ging das Team damit um?

Solche Bedenken haben wir natürlich ernst genommen. Wir hatten intensive Gespräche während der Proben und sogar noch während der Aufführungen. Doch wir konnten eine Basis voller Vertrauen herstellen, dass wir gemeinsam etwas schaffen, das nachwirkt. Im Kreativ-Team stand immer die Vision im Raum, dass wir die Zuschauer bewegen, sie zum Nachdenken und zum Nachfühlen anregen. Das Stück ist ein Appell an das Leben – mit all seinen Facetten, Höhen und Tiefen.

Ihr spielt ja mit der Livemusik eines großartigen Orchesters. Das ist für so eine Produktion mit ehrenamtlichen Amateuren schon bemerkenswert. Merken die Darsteller da emotional einen Unterschied, wenn die Musik aus dem Orchestergraben kommt, statt (nur) aus den Lautsprechern?

Oh ja – das macht einen absoluten Unterschied. Zunächst einmal, weil 16 Menschen im Orchester sitzen und

einen Darsteller beim Durchleben der Geschichte und der Emotionen seiner Rolle begleiten. Das braucht viel Vertrauen, Abstimmung und gegenseitige Unterstützung. Am Ende ist es ein Zusammenspiel. Live wird ein einmaliges Erlebnis geschaffen – so etwas kann man nicht wiederholen. Und genau das sollte Leben sein: Eine Aneinanderreihung einmaliger Momente und keine alltägliche Wiederholung. Dass wir mit Max und Winfried Möller, die die Musik und Arrangements geschrieben haben, solch begnadete Musiker an unserer Seite haben, ist ein echter Glücksfall.

Und wie waren die Rückmeldungen der Zuschauer? Und mit einigem Abstand zur Aufführung auch des Teams?

Unglaublich. Ein Freund von mir musste in der Halbzeit gehen. Er meinte, er habe sich gehohlet gefühlt von uns. Er war am Ende absolut dankbar, weil er merkte, dass er permanent in der Vergangenheit lebt. Andere haben sich die Texte von uns geben lassen, da sie sich nochmals mit der Thematik und sich selbst auseinandersetzen wollten.

Wir hatten zwar „nur“ vier Shows mit „nur“ 1.600 Zuschauern. Doch das, was wir in jedem einzelnen bewegen konnten, das schaffen andere Stücke mit der 100-fachen Anzahl an Zuschauern nicht. Das Stück ist eben keine Unterhaltung, es kann ein Game-Changer fürs Leben sein.

Eine allerletzte Frage. Wollt Ihr das vielleicht mal in Hamburg, München oder Berlin auführen? Ich finde, der Stoff in der Qualität gehört eigentlich auch einmal auf eine große Bühne. Außerdem wäre das eine super PR für die Botschaft der PalliativStiftung.

Das wäre nicht nur eine super PR für die Botschaft der PalliativStiftung. Es wäre eine super PR für das Leben. Wir gehen leider viel zu selbstverständlich damit um.

In einer anderen Stadt spielen zu dürfen, das wäre natürlich grandios. Wenn ein Theater oder Ensemble das Musical auf die Bühne bringen möchte, sind wir ebenso dankbar, dass sie die Botschaft transportieren. Dann werden wir im Zuschauerraum sitzen und die Brandbreite aller Emotionen genießen. Denn es darf nicht nur geweint, sondern auch gelacht werden bei Leben ohne mich.

„Virtuoso e.V. – Die Musicalfabrik“



Im Jahr 2005 gründeten Markus Goldbach und Steffen Dargatz mit einigen gesangsbegeisterten Jugendlichen die Jugendschola aus Petersberg. Schnell entstand die Idee, ein Musical über die Weihnachtsgeschichte zu schreiben und aufzuführen. Zwischen den Jahren in 2006 wurde so VOM SINN DER WEIHNACHT dreimal erfolgreich aufgeführt. In 2008 folgte LIOBA – IM ZEICHEN DER HOFFNUNG und dann ALLES FÜR FULDA in 2010 und 2022 – alle Stücke wurden selbst recherchiert, Steffen komponierte jeweils die Musik.

Aus diesen Projekten entstand „Virtuoso e.V. – Die Musicalfabrik“ als gemeinnütziger Verein. Es folgte MERGA BIEN in 2013 und 2016. Und in 2024 LEBEN OHNE MICH. Der Verein möchte kulturelle und religiöse Projekte durch die Aufführungen von Musicals realisieren und dabei auch Jugendliche der Umgebung ansprechen.

Bei allen Musicalprojekten wurde an soziale Projekte gespendet.

Wenn Interesse an näheren Informationen für Aufführungen in anderen Städten besteht, dann bitte melden unter virtuoso.musicalfabrik@gmail.com

Ab in die Urne?

„Aus der Erde sind wir genommen, zu Erde sollen wir wieder werden, Erde zu Erde, Asche zu Asche, Staub zu Staub.“
Buch Genesis, Kapitel 2, Vers 7

Unser ganzes Leben ist im dritten Jahrtausend nach Christi Geburt anders, bunter, vielfältiger geworden. Auch bei den Möglichkeiten zur Bestattung.

Welche Bestattungsarten werden heute angeboten?

Der Klassiker in unserem Kulturkreis ist die Erdbestattung in einem (leicht verrottbaren) Holzсар auf einem öffentlichen Friedhof, dessen Träger meist die Gemeinde ist. Auch Religionsgemeinschaften können Träger sein. Da im muslimischen Glauben der Leichnam zur Bestattung in ein Tuch gehüllt werden muss, ist auch dies auf immer mehr Friedhöfen, meist in einem separaten, muslimischen Teil möglich. So oder so, der Körper des Verstorbenen zerfällt dann im Laufe der Jahre und Jahrzehnte und wird dabei bis auf meist wenige Reste vom Erdreich aufgenommen. (s.a. den Artikel zu jüdischen Bestattungsritualen in diesem Heft)

Feuerbestattung und dann ...?

Mehr und mehr setzt sich die Einäscherung durch. Rund 80 % aller Bestattungen erfolgen inzwischen nach einer Verbrennung als Urnenbestattung. In speziellen Öfen wird unter Einsatz von relativ viel zugeführter Energie der Körper verbrannt, es werden dabei rund 20 l Heizöl oder entsprechend Gas benötigt. Die Reste werden zermahlen, nachdem nicht brennbares Material, z. B. Metallteile aus Prothesen, entfernt wurde. Die Abgase werden gereinigt in die Atmosphäre entlassen.

So bleibt aus rund 80 kg Mensch nicht viel Asche zurück, etwa zwei bis drei Kilo. Diese Asche kommt in eine kompostierbare Aschekapsel mit einem individuellen Code. Aber wohin jetzt damit? Hier ist der Klassiker die Erdbestattung in einem Urnengrab am Friedhof. Auch Seebestattungen sind allgemein bekannt. Hier und da sind diese auch als Flussbestattung möglich. Der letzte Ruheplatz im Friedwald wird deutlich mehr nachgefragt. Die Grabpflege entfällt hierbei. In einigen Ländern gibt es die Möglichkeit, die Urne mit nach Hause zu nehmen, was in Deutschland bisher nicht vorgesehen ist.

In manchen Staaten ist eine Luftbestattung möglich, wobei die Asche aus einem hochfliegenden Ballon oder Flugzeug mit dem Wind verstreut wird.

Eine Luftbestattung im traditionellen Sinn wird in manchen Kulturen durchgeführt, indem man die Verstorbenen im Freien von den Vögeln und anderen Tieren in würdiger Weise verspeisen lässt. Aus dem Kohlenstoff in der Asche lässt sich mit hohem Aufwand auch ein künstlicher Diamant pressen. Meist wird dieser als Schmuckstück zur Erinnerung getragen. Manche finden dann

ihre Bestimmung darin, diesen Diamanten ins Weltall reisen zu lassen. Schon Friedrich der Zweite sagte passend, jeder möge nach seiner Façon selig werden. Eine Baumbestattung im Garten ist legal möglich, indem man die Asche in die Niederlande schickt. Dort wird diese der Erde für einen Baum nach Wunsch beigemischt und nach einigen Monaten erhält man den Baum zurück in den eigenen Garten. Aber: Was tun, wenn der Baum mit den Molekülen des Verstorbenen eingehen sollte? Da stellen sich völlig neue Fragen an Pietät und guten Geschmack.



Foto: Wikimedia Commons

Seltenere und eher unübliche Methoden

Ähnlich einer Kremierung ist Reerdigung. Dies ist eine umweltfreundliche Alternative für die Umwandlung des Körpers, salopp gesagt, in einem „Bio-Komposter“. Der Leichnam wird in einen Kokon auf organisches Material (Laub, Heu, ...) gebettet. Der Kokon wird verschlossen und über rund 40 Tage immer wieder vorsichtig gewendet. Dabei sorgen die vorhandenen Mikroorganismen für einen vollkommenen Zerfrass sogar der Knochen und eine Umwandlung zu gutem Humus. Dieser Humus kann auf Friedhöfen eingesetzt werden.

Wenn man sich intensiver mit dem Thema der Entsorgung von Verstorbenen befasst, finde man eine für die meisten Menschen etwas befremdliche Methode aus den USA. Die Hydrolyse. In einem Edelstahltank wird bei rund 150 °C in konzentrierter Kalilauge der Körper binnen Stunden vollkommen zersetzt und aufgelöst. Die Lauge kann dann durch den Gulli ins Abwasser gespült werden.

Body Farm und Sektionskurs

Immer wieder gibt es auch den Wunsch, den Körper der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Bekannt ist die Möglichkeit, über eine medizinische Fakultät den Körper für die Ausbildung der Medizinstudierenden zu spenden. Wenig bekannt ist es, dass auch sogenannte Körperfarmen immer wieder Leichname brauchen, damit im Rahmen von wissenschaftlichen Studien für die Rechtsmedizin die natürlichen Zersetzungsbedingungen studiert werden können.

Einige Links zu besonderen Bestattungen:

Ad mediterraneum:
admediterraneum.com

Reerdigen:
Meine-Erde.de

Diamantbestattung:
bestatter.de/wissen/varianten-der-feuerbestattung/diamantbestattung/

Hydrolyse:
wikipedia.org/wiki/Alkalische_Hydrolyse_(Bestattungsart)

Weltraumbestattung:
bestattungsplanung.de/bestattung/bestattungsarten/weltraumbestattung/

Body-Farm
aktuelles.uni-frankfurt.de/forschung/rechtsmedizin-der-biologie-jens-amendt-sucht-nach-einem-areal-fuer-eine-body-farm/

Zu guter Letzt noch ein Buchtipps: „Wo die Toten tanzen“
piper.de/buecher/wo-die-toten-tanzen-
isbn-978-3-89029-506-0

Ein berührendes und Augen-öffnendes Buch über weltweite Bestattungsriten.

Und die Moral von der Geschichte' ...

„Jedem Tierchen sein Pläsierchen“, hat schon Oma gesagt, oder Friedrich, der Zweite: jeder möge nach seiner Façon selig werden. Was für mich, was für Sie eine würdige und angemessene Form des Umgangs mit Verstorbenen ist, muss jeder selbst entscheiden im Rahmen und in Übereinstimmung mit den regional geltenden Vorschriften, Verordnungen und Gesetzen.

Beliebig ist der Umgang mit Verstorbenen sicherlich für die Gesellschaft nicht. Denn dieser hat eine unmittelbare Auswirkung darauf, wie wir mit uns Lebenden umgehen.

/s.a. „Den Tod zurück ins Leben holen“ in diesem Heft)

Bestattung ohne kirchlichen Beistand

Von Sabine Schraut

Unsere Tante starb im Alter von 95 Jahren, wie von ihr gewünscht in ihrer eigenen Wohnung, die sie während der letzten Jahre bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr verlassen konnte. Klar war immer: bei Verschlechterung ihres Zustandes nicht mehr ins Krankenhaus.

Welche Art der Bestattung sie sich aber wünschte und wo diese sein sollte, konnten wir auch bei genauerem Nachfragen nicht erfahren.

Erst ein Jahr vor ihrem Tod, als sie schon recht dement war und wir nicht mehr zu hoffen wagten, zu diesem Thema noch eine Auskunft zu erhalten, erzählten wir ihr von einer Bestattung im Friedwald. Und plötzlich konnte sie uns klar und eindeutig sagen, dass dies ein Ort sei, den auch sie sich vorstellen könnte, weitere Wünsche äußerte sie nicht.

Da sie zwar katholisch getauft und nie aus der Kirche ausgetreten war, seit über 50 Jahren aber keinen Kontakt mehr zur Kirche hatte, schien es uns nicht passend, den auch uns nicht bekannten zuständigen Gemeindepfarrer nun um Hilfe zu bitten, und wir entschieden uns, die Gestaltung von Trauerfeier und Bestattung selbst in die Hand zu nehmen.

Es gab nur wenige Menschen, die an dem eiskalten Januartag in den Friedwald kamen und sich an der Andachtsstätte um die Urne versammelten: nur noch eine Person aus der Generation unserer Tante und knapp 20 Menschen aus unserer und der uns nachfolgenden Generation, alles Menschen, die sie gut gekannt hatten. Eine

von uns erzählte aus der letzten Lebenszeit und stellte den Ablauf des heutigen Tages vor. Statt einer traditionellen Trauerrede schlugen wir vor, dass alle Anwesenden, die das möchten, den anderen eine Begebenheit erzählen, an die sie sich gerne im Zusammenhang mit der Tante erinnern. Davon wurde sehr gerne Gebrauch gemacht, so dass wir alle sie schließlich wieder ganz lebendig vor uns sahen und gemeinsam Abschied nehmen konnten. Wir hörten die Musik, die sie selbst gerne hörte und die die meisten von uns mit ihr verbanden.

Der Gang zum Baum und das Absenken der Urne an ihren Platz waren dann von diesem warmherzigen und fast ein wenig fröhlichen Gefühl begleitet, das uns den Abschied leicht machte.

Wichtige Säulen der Bestattung ohne kirchlichen Beistand

Jemand muss durch den Ablauf führen mit dem Wissen und der Beachtung dessen, dass manche der Anwesenden eine solche Zeremonie zum ersten Mal erleben.

Dies kann eine professionelle Trauerrednerin sein, die erfahren ist und die Hinterbliebenen beraten kann, aber den Verstorbenen nicht kannte.

Es können auch Angehörige diese Rolle übernehmen, die Erfahrung im öffentlichen Auftreten haben und sich dies zutrauen.

Wichtig ist, den Ablauf in Einzelheiten vorzubesprechen, um allen Anwesenden ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Im Friedwald

Von Sabine Schraut

Wir hatten im Rahmen der lebensbedrohenden Erkrankung meines Mannes schon häufiger über das mögliche Lebensende und das, was vielleicht danach kommt, gesprochen. Einig waren wir uns auf Grund familiärer Erfahrungen, dass die Grabpflege auf einem Friedhof für uns keine tröstliche, sondern eher eine belastende Option darstellen würde. Also besichtigten wir den für uns örtlich nächsten Friedwald, der sich in einer Gegend befindet, in der wir immer gerne spazieren gingen und konnten uns beide vorstellen, den jeweils anderen dort zu bestatten. Als sich abzeichnete, dass es keine heilende, nicht einmal eine lebensverlängernde Therapie mehr geben würde, baten wir meine

Schwester und meinen Schwager zum Gespräch, mit der Frage, ob sie sich vorstellen könnten, mit uns gemeinsam einen Baum im Friedwald zu erwerben und diesen auch gleich gemeinsam auszusuchen. So geschah es. Der Sonntagsspaziergang zu viert im novembergrauen Wald ist mir in bleibender Erinnerung mit seiner wechselhaften Stimmung zwischen unendlicher Traurigkeit und lustigen Betrachtungen unterschiedlicher Baumarten und Bäume, (wer von uns liebt warum eher Buche, Eiche oder Kiefer? Was sagt das über sie oder ihn aus?) und melancholischen Visionen davon, wie ich im Frühjahr allein unter dem Baum sitze, mich von der Sonne wärmen lasse und auf das Gezwitscher der Vögel höre.

Von den an diesem Tag in die engere Wahl gezogenen Bäumen musste ich mich nur einige Wochen später für einen entscheiden, als ich die Bestattung anmeldete. Ob es der schönste war, weiß ich nicht mehr, ich war nur froh und entlastet über die Vorarbeit, die wir gemeinsam geleistet hatten.

Der zuständige Förster erklärte uns den genauen Ablauf und half mir, die Position zu ermitteln, an der die Urne bestattet werden sollte, ich konnte wählen zwischen zwölf Plätzen, die auf einem Kreis von 2 m Radius um den Baum lagen.

Am Tag der Bestattung stand die Urne, gebettet auf Tannengrün und Rosenblätter, auf dem dafür vorgesehenen Natursteinpodest an der Andachtsstätte und sah schön und feierlich aus, kein Foto, kein weiterer Blumenschmuck. Nach dem ersten Teil der Zeremonie führte der Förster uns zu dem Baum (der Weg war ziemlich weit und nicht ganz leicht zu finden), er hätte auch die Urne getragen, wenn ich das nicht lieber selbst getan hätte. Der zweite Teil der Zeremonie fand unter und neben dem Baum statt. Es war Platz für all die vielen Gäste, die gekommen waren, um sich zu verabschieden. Niemand musste Sorge haben, auf ein Nachbargrab zu treten.

Die Stelle war noch ein paar Wochen zu sehen und dann nur noch für uns, die wir dabei waren, erkennbar.

Den Geburtstag meines Mannes im darauffolgenden Frühjahr feierten wir als Familie mit einem kleinen Picknick unter dem Baum und waren sicher, dass er gerne dabei gewesen wäre.



Einige Fakten

Im Allgemeinen gibt es die Möglichkeit, einen Platz an einem Baum oder einen ganzen Baum mit i.d.R. 12 Plätzen zu erwerben. Der Baum bzw. Platz kann vorsorglich erworben werden oder im Falle des Todes.

Es besteht eine Garantie über 99 Jahre, d.h. im Falle des Absterbens des Baumes während dieser Zeit wird ein Ersatz gepflanzt. Die Asche des/der Verstorbenen wird in einer biologisch abbaubaren Urne bestattet. Grabschmuck ist nicht gestattet.

Bestattungen im Friedwald erfolgen wie auf dem traditionellen Friedhof unter organisatorischer Federführung durch ein Bestattungsinstitut evangelisch, katholisch oder ohne kirchliche Beteiligung nach Wunsch des/der Verstorbenen bzw. der Angehörigen.

Ein letzter Ruheplatz im „Haus des Lebens“

Trauer- und Begräbnisriten im Judentum



Fotos: Andreas Georg Berg

Von Andreas Berg

Wenn man bei einem Ausflug aufmerksam übers Land fährt, entdeckt man sie oft in entlegensten Gegenden und am Rand winzigster Dörfer: kleine jüdische Friedhöfe. Sie sind stumme Zeugen einer einst höchst lebendigen jüdischen Kultur in Deutschland, genau wie die in aller Welt bekannten israelitischen Begräbnisplätze in größeren Städten, zum Beispiel der „Heilige Sand“ in Worms oder der jüdische Friedhof in Berlin-Weißensee.

Wer sich die Zeit für einen Besuch dieser oft verwunschenen Orte jüdischer Kultur nimmt, entdeckt meist sehr schnell, dass es unter den Grabsteinen erstaunlich viele aus beachtlich alter Zeit gibt. Anders als auf vielen christlichen Kirchhöfen oder auf den meisten kommunalen Begräbnisstätten finden sich auf jüdischen Friedhöfen nahezu immer Gedenksteine für Verstorbene aus verschiedensten Jahrhunderten, vom Anbeginn und vom Anlegen des Begräbnisplatzes bis zu seiner letzten Nutzung. Da kann, wie zum Beispiel auf dem „Heiligen Sand“ in Worms, ein Grabstein sogar bis auf das Jahr 1085 zurückgehen. Denn die Ruhestätten verstorbener Jüdinnen und Juden werden nicht nach zwanzig oder spätestens dreißig Jahren aufgelöst und für weitere Bestattungen wiederverwendet, sondern dürfen niemals eingeebnet werden.

Eine außergewöhnliche Bestattungsvorschrift, die im jüdischen Glauben begründet liegt und die die hohe Anzahl kleiner jüdischer Landfriedhöfe und auch das hohe Alter vieler jüdischer Grabsteine weltweit erklärt. Im Judentum erhalten alle Verstorbenen



ihre Ruheplätze nämlich bis zu ihrer Wiederauferstehung und ihre Namen sollen bis zu diesem Zeitpunkt auf den Grabsteinen eingeschrieben bleiben, weshalb ein Grab nie eingeebnet und kein Gedenkstein entfernt werden darf. Da die Begräbnisorte vom Glauben an die Wiederauferstehung geprägt sind, werden die Friedhöfe im Judentum auch „Beit ha-Chaim“ - „Haus des Lebens“, „Beit Olam“ - „ewiges Haus“ oder „Beit tov“ - „gutes Haus“ genannt, sind also nicht Stätten des Todes, sondern des künftigen Lebens. In diesem Zusammenhang sei noch eine kleine Besonderheit erwähnt. Die eschatologische Vorstellung der Wiederauferstehung ist bekanntlich vom Judentum auch ins Christentum weitergewandert und findet sich in vielen Religionen. Aber von der Wiederauferstehung profitieren aus jüdischer Sicht nicht nur gläubige Jüdinnen und Juden, sondern alle unter ethischen Gesichtspunkten vorbildlich handelnden Menschen!

Sie brauchen nicht einmal religiös oder gläubig zu sein, sondern müssen sich nur an den zweiten Teil der zehn Gebote halten, also zum Beispiel nicht

morden, nicht stehlen, kurzum sich moralischen Prinzipien und Werten verpflichtet fühlen. Aus diesem Grund missioniert das Judentum auch nicht und kennt sogar ein Missionsverbot. Anders als das lange Zeit im christlichen Glauben gesehen wurde. Dort galt die Taufe als einziges Eintrittsbillet in den Himmel und als einzige Garantie für ein Weiterleben nach dem Tod, weshalb man in früheren Jahrhunderten manchmal selbst unter Androhung des Schwerts missionierte und die Ansicht teilte, die Leute mit Zwangstaufen zu ihrem Glück zwingen zu müssen.

Wer aufmerksam über einen alten jüdischen Friedhof schreitet, dem wird noch etwas auffallen, das dort anders ist als auf nichtjüdischen. Die Grabsteine sind meist von Größe und Form ähnlich beschaffen und es gibt fast nie aufwändig gestaltete Grabmale oder auch keine steinernen Grabeinfassungen. Im Judentum wird nämlich großer Wert auf den Aspekt gelegt, dass alle Menschen im Tod und vor dem Schöpfer gleich sind. Deshalb soll sich nicht eine Grabstelle von der anderen zum Beispiel durch eine aufwändige künst-



Im Judentum wird großen Wert auf den Aspekt gelegt, dass alle Menschen im Tod und vor dem Schöpfer gleich sind



Jüdische Ruhestätten werden nicht nach spätestens dreißig Jahren aufgelöst sondern dürfen niemals eingeebnet werden

lerische Gestaltung seitens des Steinmetzes oder Steinbildhauers unterscheiden und ein Verstorbener sich auf diese Weise noch posthum über die Mitbestatteten erheben können. Genauso werden alle Verstorbenen bei einem jüdischen Begräbnis traditionell im gleichen einfachen Holzsarg beigesetzt, der übrigens keine Nägel und keinen Schmuck aus Metall enthält, da dieser Werkstoff als ein Symbol für Schwert, Krieg und Gewalt gilt.

Teure „Designer-Erdmöbel“ aus edlem Mahagoni- oder Eichenholz sind bei einem traditionellen jüdischen Begräbnis fehl am Platz und der Millionär tritt die letzte Reise in der baugleichen Holzklasse an wie der Sozialhilfeempfänger. Auch werden alle Toten nur mit einem einfachen Hemd aus weißem Leinen bekleidet, um zu betonen, dass alle Menschen absolut gleichrangig sind, wenn sie in der kommenden Welt vor ihrem Schöpfer stehen. Bezüglich der äußeren Grabgestaltung gab es mit dem Aufkommen des liberalen Judentums und der Haskala, der jüdischen Aufklärung, hier und da eine Anpassung an die nichtjüdische Begräbniskultur, weshalb man auf jüdischen Friedhöfen trotz des Gleichheitsgrundsatzes manchmal auch aufwändiger gestaltete Grabmonumente oder abgebrochene Säulen als künstlerisch gestal-

tetes Symbol für ein zu früh zu Ende gegangenes Leben entdecken kann.

Aber das sind eher Ausnahmen, die vor allem Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des Zwanzigsten Jahrhunderts einer Assimilation an die Bestattungskultur der christlichen Mehrheitsgesellschaft geschuldet waren und die einer bis heute üblichen idealen Vorstellung jüdischer Grab- und Friedhofsgestaltung widersprechen.

Die religiösen Gesetze und Vorschriften im Judentum bezüglich des Umgangs mit Tod und Trauer beruhen auf zwei wichtigen Prinzipien:

1. auf dem sogar jedem leblosen Menschen gebührenden Respekt, im Hebräischen Kibbut ha-Met genannt und

2. auf der verpflichtenden Fürsorge für die Trauernden, der Vorschrift, sich um ihr emotionales und seelisches Wohl zu kümmern und sie in ihrem Schmerz zu trösten, hebräisch Nichum Awelim.

Die Versorgung der Toten überlässt man nicht einem kommerziellen Bestattungsinstitut, sondern diese übernimmt eine Chewra Kadischa (hebräisch: heilige Gemeinschaft) der jüdischen Gemeinde, eine sogenannte Beerdigungsbruderschaft. Gläubige

Gemeindemitglieder kümmern sich ehrenamtlich um das Waschen, Ankleiden und Einsargen des Leichnams, denn die Vorbereitungen für die Beerdigung und das Begraben eines Verstorbenen sind wichtige religiöse Pflichten im Judentum. Die Mitglieder einer Chewra Kadischa sehen es auch als wichtige Aufgabe an, bereits den sterbenden Glaubensschwestern und -brüdern beizustehen und sie in den letzten Tagen ihres Lebens zu begleiten oder in der Todesstunde gemeinsam mit ihnen zu beten.

Am Tag des eigentlichen Begräbnisses gibt es auf dem jüdischen Friedhof zum Teil etwas andere Riten als man sie von einem nichtjüdischen kennt. Alle anwesenden Männer müssen eine Kopfbedeckung tragen, auch wird nach dem Betreten des Friedhofs auf Begrüßungen per Handschlag oder Umarmungen unter den Trauergästen verzichtet. Ebenso werden private Gespräche gemieden, man nickt sich bestenfalls untereinander zu. Die Würde des Moments soll gewahrt bleiben und der Fokus ganz auf der oder dem Verstorbenen und der Trauer um den geliebten Menschen liegen. Als ein altehrwürdiges, auf biblische Zeiten zurückgehendes Zeichen des Schmerzes und der Trauer reißen die engsten Angehörigen

ihre Oberbekleidung in Brusthöhe ein Stück ein. Für die verstorbene Mutter oder den Vater auf der linken Seite, für Ehepartner, Kinder oder Geschwister auf der rechten Seite. „Krija“, wird dieser Brauch genannt, was im Hebräischen „Zerreißen“ oder „Riss“ bedeutet.

Vor der eigentlichen Beisetzung gibt es eine Trauerfeier, die von einem Rabbiner geleitet wird. Hierbei werden auch Traueransprachen gehalten und anwesenden Freunden und Angehörigen wird Gelegenheit geboten, die Verstorbene oder den Verstorbenen mit einigen persönlichen Worten zu würdigen. Nach der Trauerfeier wird der Sarg mit Gebeten zum geöffneten Grab geleitet und in die Grube gesenkt. Jeder der Trauernden kann ein bis drei Schaufeln Erde ins Grab werfen und anders als bei nichtjüdischen Begräbnissen bleibt die Trauergemeinde so lange zusammen anwesend, bis das Grab zugeschaufelt ist. Beim Verlassen des Friedhofes ist es üblich, sich an einem Wasserhahn auf dem Friedhofsgelände die Hände zu waschen. Ein ritueller Brauch, der in früheren Zeiten sicher auch eine hygienische Bewandnis hatte.

Im nächsten schöner leben ... berichten wir über die Zeit des Trauerns nach der Beerdigung.



Stephanie Albert @ Pixabay

Der Friedhof der Zukunft

Fachleute aus Gen Y und Gen Z sehen ihn als Ort neuer Zuversicht und gesellschaftlichen Wohlergehens

Friedhöfe als „Caring Infrastructure“

„Der Friedhof ist ein Ort der Zukunft. Hier verbindet sich der Abschied mit dem Neuen, das Innehalten mit dem Neuanfang. Eigentlich sind Friedhöfe Kraftorte, und sie können es für die Gesellschaft, für die Städte und Gemeinden, wieder werden. Dafür sollten wir bei ihrer Gestaltung künftig stärker auf die Psychologie der Trauer eingehen.“

So fasst Zukunftsforscher Matthias Horx (Wien) die Diskussion junger Experten zum Friedhof der Zukunft zusammen. Es sei „Zeit, Friedhöfe insgesamt neu zu denken: als für Menschen dienliche Räume des Abschiednehmens und der Gemeinschaft“.

Am 21.6.2024 hatte er auf dem „Zukunfts-Congress“ der Nürnberger Fachmesse Stone+tec mit zwölf jungen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis ein Zukunftsbild des Friedhofes entwickelt. Friedhöfe könnten ihnen zufolge viel stärker als bisher Orte neuer Zuversicht für den Einzelnen und Quelle eines neuen gesellschaftlichen Zusammenhaltes werden.

Blickwechsel in der Friedhofsentwicklung

Karin Gansloser (27), Bürgermeisterin aus Schlat (Baden-Württemberg) formuliert ihre Vorstellung so: „Wir sollten den Friedhof wie ein offenes Bürgerhaus zum Wohlfühlen sehen und gestalten – und

ihn den Menschen als ein gemeinsam zu nutzendes Gemeindehaus ohne Konsumzwang, jedoch mit vielen privaten Räumen anbieten.“ Sie konzipiert ihren örtlichen Friedhof derzeit bereits neu.

Der Austausch der interdisziplinär besetzten Runde junger Experten aus Wissenschaft und Praxis wurde ergänzt durch Fachbeiträge aus Psychologie, Zukunftsforschung, Landschaftsarchitektur und zu „menschen-orientierter Friedhofsentwicklung“.

Paradigmenwechsel im Umgang mit Trauernden

Der Friedhof wird von den jungen Experten als potenziell heilsamer Raum der Begegnung und des gesellschaftlichen Miteinanders verstanden. Dabei spielen unter anderem die therapeutischen Wirkkräfte, die als Trauerorte gestaltete Beisetzungsorte haben können, eine wesentliche Rolle. Das bestätigt auch Prof. Dr. Dr. Michael Lehofer: Friedhöfe können ihm zufolge als heilende Räume wirken, die es den Hinterbliebenen ermöglichen, ihren Verlust zu verarbeiten und neuen Lebensmut zu schöpfen. Er ist sicher: Kommunen und Kirchen könnten so ihrer Fürsorgeverantwortung viel besser gerecht werden als bisher.

Friedhöfe als fürsorgliche Infrastruktur einer sorgenden Gemeinschaft

Günter Czasny, Sprecher der Initiative ‚Raum für Trauer‘, ist



Grafik: Julian Horx

sicher: „Wenn wir gemeinsam die Friedhöfe menschenzugewandt in die Zukunft entwickeln, werden diese innerhalb der Stadtentwicklung ein Raum für die persönliche Trauer und ein Begegnungsort, der das soziale Füreinander, das gesellschaftliche Miteinander und den Zusammenhalt der Menschen

in den Kommunen und Gemeinden fördern und stärken kann.“ Es gelte, so Czasny, die Trauerkompetenz der Kommunen und Kirchen neu zu entdecken. In einer Zeit, in der Gemeinschaft und sozialer Zusammenhalt immer wichtiger werden, könnte der

Friedhof als Caring Infrastructure (fürsorgliche Infrastruktur) zunehmender Einsamkeit entgegenwirken und zum neuen sozialen Kern unserer Kommunen werden, nimmt er Bezug auf das im Mai vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte Einsamkeitsbarometer 2024.

„Der Friedhof der Zukunft aus Sicht junger Fachleute der Gen Y und Gen Z“. Live-Kunstwerk, Urheber Julian Horx, 21.6.2024 beim Stone+tec Zukunftstag

Statements einiger Protagonisten

„Ein Friedhof kann ein Spannungsfeld sein. Hier die privaten Beisetzungsorte, dort der öffentliche Raum. Machen wir ihn zukünftig zu einem selbstverständlichen Teil des Alltags, ohne seine primäre Funktion als Ort der Trauer und des Abschiednehmens zu vergessen.“

Richten wir den Blick nach vorne. Die Welt wird digitaler. Auf Friedhöfen sollten wir in Zukunft eine sensible, für (trauernde) Menschen dienliche Verknüpfung schaffen zwischen der analogen Welt von gestern und der digitalen Welt von morgen.“

**Emily Maichle (24),
Bestattermeisterin, Geislingen**

„Wie schön ist die Vorstellung, wenn wir unsere Gedanken und Wünsche, die unseren Tod und unser Danach betreffen, mit den Menschen, die uns ein Leben lang begleiten, teilen würden – und zwar vor unserem Ableben.“

**Jacqueline Jansen (29),
Filmemacherin, Berlin**

Wir sollten Friedhöfe aus einer neuen Perspektive betrachten. Aus Sicht der Menschen, die diese auch nutzen. Vor allem sollten wir auf die Bedürfnisse der Trauernden eingehen, um sie in ihrem eigenen Trauerprozess zu begleiten.

Peter Lendrates (40), Theologe und Diözesanreferent, Katholische Kirche Diözese Stuttgart / Hauptabteilung IV (Pastorale Konzeption)

„Friedhöfe sind – noch! – vielfältige Räume. Nutzen wir dieses Potential! Sie dienen der Stadtgesellschaft, sie sind Natur- und Kulturraum.“

Wenn wir sie gut gestalten und für das Leben öffnen, ohne ihre Ruhe und Intimität als Beisetzungsort zu zerstören, bieten sie einen unglaublichen Mehrwert für die Menschen, an den kaum ein anderer Ort in den Gemeinden heranreichen kann.

Damit das gelingt, müssen Friedhöfe sich den Lebenden und ihren Bedürfnissen zuwenden – um das zu schaffen brauchen sie aber auch die Unterstützung von Politik und Stadtverwaltung.“

Lara Schink (33), Friedhofsverwalterin, Verband der Annenfriedhöfe Dresden, Sprecherin des Netzwerks Dresdner Stadtteilmfriedhöfe, Dresden

„Tod und Trauer sind Bestandteile des Lebens; der örtliche Friedhof gehört dazu. Dort wird sichtbar, wie eine Gesellschaft tickt. Ich habe den Eindruck, heute will es niemand mehr wahrhaben. Dies nicht sehen zu wollen, nützt niemanden.“

Der Friedhof ist nicht nur ein schönes ‚Endlager‘ – er kann mehr! Kontrovers diskutieren, an einem Strang ziehen und mit konstruktiven Vorschlägen die Zukunft gestalten, das muss unser Ziel sein.“

Luisa Lüttig (25), Steinmetzmeisterin, Göppingen

„Ein Friedhof ist ein Friedhof. Ein neuer Name hilft nicht weiter.“

Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Menschen. Menschen tun auf Friedhöfen Verbotenes, weil es ihnen guttut. Es braucht dort keine Verbote, sondern Regeln, die aktiv fördernd sind und mehr Interaktion erlauben. Es braucht dort mehr Interkulturalität und vor allem mehr Miteinander.“

Karin Gansloser (27), Bürgermeisterin, Schlat

„Institutionalisieren wir den Friedhof als einen „place to be“ – in der urbanen Stadt und im kleinen Dorf. Im Mittelpunkt stehen Individual- und Sozialräume als achtsame Angebote, die den Menschen und ihren Bedürfnissen zugewandt sind. Dafür braucht es keinen allgemeingültigen „eins-zu-eins-Plan“ für alle Friedhöfe einheitlich. Jeder Friedhof hat seine eigene Charakteristik. Die Gegebenheiten sind unterschiedlich, die Bedingungen kaum zu vergleichen. Oft reichen kleine bewusste Veränderungen, die aus Friedhöfen wertvolle und niedrigschwellig zugängliche Kraftorte für die Gesellschaft in zentraler Lage machen.“

Max Geiger, 30, Soziologie, Süßen

„Als Kind habe ich den Friedhof nicht so richtig verstanden. Dort durfte ich nicht so sein, wie ich bin – das prägt. Der Friedhof der Zukunft muss zu einem – auch für Kinder – positiv erlebbar Ort werden. Dazu sind auch radikalere Veränderungen nötig.“

**Domenik Heinen (30),
Kognitionswissenschaftler, Trier**

„Wenn ein Mensch stirbt, hinterlässt er bei seiner Familie und Freunden eine große Lücke. Ein Grab hilft, den Schmerz des Verlusts zu verarbeiten, weil man an diesem Ort dem Verstorbenen immer wieder ganz nah sein kann. Dieser Ort ist nicht nur für die Familie wichtig, sondern auch für Freunde, Bekannte und Kollegen, denen damit eine Möglichkeit gegeben wird, ihrer Erinnerung an den Verstorbenen Ausdruck zu geben. Mir ist es wichtig, nicht nur Jugendlichen, sondern auch Kindern den Umgang mit Trauer, Friedhofskultur und Tod zu unterbreiten.“

Melanie Seidl (35), Steinmetz-Europameisterin 2012 und Fachlehrerin,

„Friedhöfe sind nicht nur Ruheplatz für die Toten, sondern auch wichtig für uns Lebende – als Orte, um Abschied zu nehmen, Erinnerung zu teilen, Geschichten zu erzählen und Leben zu feiern. Die Zukunft dieser Orte und die Art und Weise, wie wir mit dem Abschiednehmen umgehen, bewegen uns auch als evangelische Kirche.“

Ich freue mich, mit anderen jungen Menschen über Veränderungen in der Bestattungskultur zu sprechen und zu erkunden, wie wir diese besonderen Orte lebendig und relevant halten können.“

Anna Nicole Heinrich (28), Präses der 13. Synode der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD)

„So können wir nicht weitermachen. Viele Angebote auf zeitgenössischen Friedhöfen verkrüppeln die Menschen emotional.“

Johannes Heiser (37), Gärtnermeister, Trier

Quod Fuimos Estis. Quod Sumus Eritis!

„Was wir gewesen sind, seid ihr. Was wir sind, werdet ihr sein!“

Prof. Werner Schneider, ein Soziologe aus Augsburg, sagte einmal, wenn er in ein fremdes Land käme, würde er dort immer eine Grundschule besuchen und einen Friedhof, beides für sich und insbesondere zusammen, würde ihm sehr viel sagen können zur Kultur des Landes, das man nicht aus Fach- und Reisebüchern lernen kann.

Wenn Sie, wie so manch anderer, sich auch gerne hier und da Friedhöfe ansehen, dann haben wir hier einige Reisetipps für Sie:



Kapuzinergruft, Wien

Wenn Sie schon dort sind, besuchen Sie doch auch die Grabstätte der Habsburger. Selbst, wenn Sie kein Sissi-Fan sind, werden Sie staunen.

www.kapuzinergruft.com



Zentralfriedhof, Wien

Absolut legendär. Es gibt wohl kaum einen bekannteren Friedhof. Viel besungen und viel beschrieben. Der Tod, das muss ein Wiener sein. Suchen und staunen Sie, wie viele Prominente in teils sehr besonderen Mausoleen Sie finden.

Infopoint am Haupteingang Tor 2

friedhofewien.at/wiener-zentralfriedhof



Friedhof Ohlsdorf, Hamburg

Der größte Parkfriedhof der Welt! Einmalig und mitten in Hamburg. Mit 389 Hektar ist er zugleich Hamburgs größte Grünanlage.

www.friedhof-hamburg.de/die-friedhoeefe/ohlsdorf/



Hauptfriedhof, Frankfurt

70 ha. Über 65.000 Grabstellen. Viele bekannte Persönlichkeiten aus den letzten Jahrhunderten bis in die Neuzeit. Beeindruckend: Das Mausoleum Gans.

friedhof-frankfurt.de/friedhoeefe/staedtische-friedhoeefe/hauptfriedhof/

Fotos: Wikipedia / Wikimedia Commons

... und noch etwas anderes zur Anregung:

Tod in Mitte: Spaziergänge zu Kirchen, Friedhöfen und Erinnerungsorten in Berlin-Mitte

Ein außergewöhnlicher Stadtführer zu besonderen Orten seit Gründung Berlins bis in die jüngste Vergangenheit.

Von Christof Müller-Busch, Palliativmediziner und Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Gärten der Bestattung

Die Firma Pütz-Roth hat hier im wahrsten Sinne des Wortes einen besonderen Friedhof ins Leben gerufen.

puetz-roth.de/unser-friedhof/gaerten-der-bestattung/

Campus vivorum, Süßen/Baden-Württemberg

Das weltweit erste live-Experimentierfeld für eine etwas andere Friedhofskultur wurde am 29. Juni 2023 eröffnet. Schöner leben hat dazu bereits berichtet.

raum-fuer-trauer.de/presse/ein-friedhof-fur-die-lebenden-gemacht/

Grabmale setzen Zeichen

Geborgenheit in Metall

„Grabmale sagen etwas aus, wollen seit ihrer geschichtlichen Entwicklung Geschichte schreiben: über den Toten, seine Familie, seine Situation, sein Erleben und seine Erfahrung mit dem Tod. Grabmäler schreiben Geschichte und erzählen Geschichten.“

Von Werner Gutheil

Grabmale haben in unserer Kultur einen besonderen Stellenwert. Schöner leben ... möchte eines vorstellen, das etwas ungewöhnlich ist. Der Schmiede- und Schlossermeister Karl-Winfried Vogel hat damit 2013 den Deutschen Metallbaupreis in der Kategorie Metallgestaltung gewonnen und im gleichen Jahr beim Grabmal-TED den zweiten Preis errungen.

Ein alter, verarbeiteter Stahlträger. Als Sockel ruht er in einem Bett aus Kohle. Der Friedhofsbesucher merkt auf den ersten Blick: Hier hat ein Schmied seine

letzte Ruhestätte gefunden. Ein langer, zweiter Blick kann dann noch viel mehr verraten über den, der hier bestattet wurde und die Menschen, die sein Grabzeichen gestaltet haben.

Besondere Wertschätzung, das wird hier zum Ausdruck gebracht. Eine Schmiede in fünfter Generation ist schon etwas Besonderes. So wollten die Brüder Dieter und Karl-Winfried Vogel mit dessen Sohn Maximilian, ebenfalls ein Meister seines Faches, dem verstorbenen Seniorchef ein besonderes Grabmal schaffen: Aus dem Material, das das Leben des Verstorbenen geprägt hat, Stahl.

Sohn Karl-Winfried bringt den Charakter des Verstorbenen in kurze Begriffe: „Standhaft, geradlinig, individualistisch, christlich, mit dem tiefen Wunsch nach Geborgenheit in der Familie. Die Liebe zu Glaube und Beruf haben meinen Vater Josef

Vogel ausgezeichnet.“ Das sollte sich auch in seinem Grabmal ausdrücken, das den Titel „Geborgenheit“ erhielt.

Das Material dazu lag seit vier Jahrzehnten hinter der Werkstatt. Ein alter Stahlträger, den der Vater beim Umbau eines historischen Gebäudes mit den Worten: „Daraus lässt sich noch was machen!“ gerettet hatte. Das war gerade recht für die geplante Stele.

Die Oberfläche vom Alter und von der Korrosion gezeichnet. Voller Gebrauchsspuren. Vergänglich, trotz Härte verletzlich wie das Leben selbst. Der Stahl war passend, sollte bleiben, wie er ist. Ohne oberflächliche Kosmetik.

Um in der Kontur der Stele das Leben mit seinen markanten Höhen und Tiefen in einer Linie darzustellen, bedienten sich die drei Vogels althergebrachter Techniken. Mit Brennschneiden wurde der Weg nachgezeichnet. Und „oben angekommen endet der steile, irdische Weg und es beginnt die Zeit der Ruhe beim Herrn, dargestellt durch eine glatte, ruhige,

flache Ebene. Sie ist unmittelbar in der Nähe des Kreuzes, dem Sinnbild unseres Glaubens.“, so Meister Karl-Winfried.

Zahlreiche Riefen entstehen beim Brennschneiden. Sie bleiben, wie die alten Narben im Stahl. Sie bleiben als die Fußabdrücke der Schritte im Leben auf dem Weg zur Ewigkeit zurück. Nur die Schnittkanten wurden leicht entgratet, damit man sich daran nicht verletzt.

Alle Schmiedetechniken hatte Meister Josef Vogel selbst exzellent beherrscht und angewendet. Auch das Kreuz wurde aus dem Träger ausgebrannt und anschließend zur Kreuzform verflochten. An seine Verfahren erinnern auch die durch Wasserstrahl und Erosion geschaffenen Schriften. Ein angenietetes Tombakblech mit Inschrift bildet einen kostbaren Kontrast zur rostig-schlichten Stele – so wird noch einmal die Wertschätzung gegenüber dem Verstorbenen betont. Alles bleibt naturbelassen. Die Blaufärbungen des Stahls durchs Brennschneiden

und Schmieden werden nur gebürstet, um Zunder zu entfernen, dann wird mit Leinöl konserviert. Mehr nicht.

Das Grabmal wächst aus einem Sockel aus nachempfundener Schmiedekohle. „Eine Hommage an ein Leben, das ohne diese Kohle, nicht dieses Licht, dieses Feuer, diese solche Wirkung hätte ausstrahlen können.“

Wenn Sie es „live“ erleben wollen: Das Grab befindet sich auf dem Dorffriedhof von Kämmerzell. Gleich rechts an der alten Friedhofsmauer.

V O G G E L



Der große Übergang

Die Zeit danach: Tibetisches Totenbuch inspiriert als Wegweiser.
Ein multidimensionales Kunstprojekt geht auf die Reise.

Start dieser Reise war das 25-jährige Jubiläum der Arbeit des Palliative-Care-Team Ostfriesland im Juni 2024. Das Team begleitet professionell Menschen am Lebensende bis über den Tod hinaus. Hierfür wurde ein Projekt in Auftrag gegeben, das die Ereignisse im Leben und Sterben der Menschen künstlerisch darstellt. Umgesetzt gestaltet wurden die Bilder von den Künstlern Christian Wolff und

Domo Geshe Rinpoche, Wulfin Liske komponierte die Musik.

Zwei Maler und ein Komponist wurden gebeten, die Phasen des Übergangs während des Sterbeprozesses, inspiriert von den Beschreibungen des Tibetischen Totenbuches, in Bild und Ton zum Ausdruck zu bringen.

So entstand eine zweiteilige Gemäldereihe mit je fünf eindrucks-

vollen Bildern, die betrachtet und erfahren werden können, während der dazu passende fünfteilige musikalische Zyklus „meditatio“ die Zuschauer dabei begleitet.

Passende Vorträge zum Thema „Spirituelle Sterbebegleitung“ gingen der Vernissage und Uraufführung beim Palliativtag Nordwest voraus.

Palliativmedizinerin Dr. Magdalena Roth-Brons, die Initiatorin des Projektes ist begeistert vom Ergebnis: „Wenn sich Palliative Care und tibetanischer Buddhismus treffen, ist Bardo, der Zwischenstand, nicht weit. Als PalliativTeam begleiten wir die uns anvertrauten Menschen bis zum Bardo, einem dieser insgesamt sechs Zwischenstände, der mit dem Tod beginnt.“

Der Zustand, in dem der Mensch dort ankommt, kann für das Erleben bedeutsam sein, die Auswirkung unserer Arbeit kann daher nicht unterschätzt werden.

Das Projekt und das Booklet nähern sich diesem Thema multidimensional, mit Text, der vielleicht mehr Anregungen und Fragen als fertige Antworten gibt, ausdrucksstarken Bildern und Musik. Möge allen ein guter Übergang ermöglicht werden können.“

Die Bilder aus der Sicht des Künstlers

Von Christian Wolff

Schon als kleines Kind hatte ich eh und je den Hang gehabt, bizarre Formen der Natur anzuschauen, nicht beobachtend, sondern ihrem eigenen Zauber, ihrer krausen, tiefen Sprache hingegeben. Denn ich merkte, dass ich eine

gewisse Stärkung und Freude, eine Steigerung meines Gefühls von mir selbst spürte.“ Als ich diese Worte des jungen Sinclair in Hermann Hesses Demian während der Pandemie wiederentdeckte, war ich wie elektrisiert. Denn ich merkte, dass dies genau das war, das ich am meisten vermisste. Ja, wir waren mit uns selbst in einem Raum, doch war dort nicht dieses Gefühl von Stärke und Verbundenheit, sondern oft Angst und Einsamkeit. Eine Einsamkeit, die viele Menschen auch schon vorher kannten, doch die mir dort zum ersten Mal bewusst wurde. In dieser Zeit sind viele meiner Gemälde entstanden, immer mit dem Ziel vor Augen, durch Betrachtung und das Hingeben an irrationale Formen die Grenzen zwischen den inneren und äußeren Eindrücken zum Zerfließen zu bringen. um das Bewusstsein für die Ewigkeit der Natur zu schaffen, die uns Liebes- und Schöpfungskraft schenkt.

Als Magdalene Roth-Brons mich fragte, ob ich mir vorstellen könnte eine Bilderreihe für den ostfriesischen Palliativtag zu schaffen,



„Bardo“ nennt man diese Phase des Übergangs im Buddhismus. „Bardo“ heißt auch das Booklet mit den Abdrucken der Gemälde und der Musik als CD. Es ist im Deutschen PalliativVerlag erschienen.

<https://www.palliativstiftung.com/de/shop/bardo-der-grosse-uebergang>

musste ich gar nicht überlegen, da Betroffene und Mitarbeiter der palliativen Pflege direkt in Berührung mit dieser Thematik sind.

Aus dieser anfänglichen Idee entstand ein besonderes Projekt. Die buddhistische Lehrerin Domo Geshe Rinpoche aus den USA, die dort einen Vortrag über das tibetische Totenbuch halten sollte, ist ebenfalls Künstlerin und so kam es, dass wir uns beide dem Thema „Leben, Sterben und Wandlung“ künstlerisch näherten. Sie, die tiefst mit der Materie vertraut ist, aus ihrer gelehrten Sicht und ich durch meine intuitiv suchende Weise.

Um Besuchern und Besucherinnen ein ganzheitliches Erleben zu ermöglichen, schrieb Komponist Wulfin Lieske ein fünfteiliges Werk mit dem Namen „Meditatio“.

Für ihn vermag Musik aus dem Tiefsten des Menschlichen zu schöpfen: sie fordert nicht, sondern sie schenkt - Schönheit, Verbundenheit und Frieden. Somit ging es allen Beteiligten darum, ein stärkendes, mutmachendes Gefühl zu vermitteln und es wurde ein ganz besonderer Tag, an dem die Teilnehmenden auf diese oder jene Weise eine andere, vielleicht neue Sicht auf das Thema „Sterben“, das „Davor und Danach“, erleben konnten und wo wir Kunstschaffenden dankbar sind ein Teil davon zu sein.

Der Komponist Wulfin Lieske zu seinem Werk MEDITATIO für Gitarre

Als ich von meinem Freund, dem Künstler Christian Wolff gefragt wurde, ob ich mir ein gemeinsames Projekt anlässlich des Palliativ-Tages in Aurich vorstellen könnte, war ich sofort interessiert. Bereits in meinen Liederzyklen und Werken für Orchester habe ich mich mit dem Thema Tod und Unvergänglichkeit auseinandergesetzt.

Für mich stellte sich die Frage, inwieweit Musik uns Menschen angesichts des nahenden Todes etwas Gutes geben, Freude und Trost spenden kann. Mir wurde klar, dass ich mich auf die urreinsten Kräfte der Musik besinne, jener mentalen Kraft, die in unserer Seele ein eigenes Reich entstehen lässt und uns mit dem Zeitlos-Kosmischen verbindet. Nicht intellektueller Diskurs, sondern Fühlen und Loslassen stellen die Verbindung her.

In der formalen Anlage folgte ich dem fünfteiligen Bilder-Zyklus „Stoffwechsel“ von Christian Wolff. In Anlehnung an die ursprünglich fünf Elemente Erde-Feuer-Wasser-Luft und Äther verkörpern meine fünf „Meditationen“ fünf wesentliche Elemente unseres Daseins.

Meditatio I „Glocken“

steht für das unaufhaltsam Fortschreitende der Zeit, den unaufhörlichen Pendelschlag der von Menschen geformten Glocken.

MEDITATIO II „Kristall“

stellt sich in immer wieder neuen glitzernden Perspektiven dar - ein Sinnbild des unendlichen Erfindungsreichtums der Natur.

Meditatio III „Melos“ (altgriech.: Glied, Weise, Melodie)

entfaltet sich der aus tiefster menschlicher Empfindung geborene große Gesang in Form einer ins Unendliche gestreckten einstimmigen Melodie.

Meditatio IV - Libelle“

ist eine Metapher für Jugend, Tanz und irisierende Schönheit, eine Retrospektive des verklingenden Lebens.

Meditatio V „Farewell“

ein Lied voller Innigkeit und Schönheit geleitet von Erden zum Jenseitigen.



Fotos: Flamarium

Das Flamarium

Ein etwas anderes Krematorium



*Ein Ort,
der einen
würdevollen
Abschied
ermöglicht*

Im Herzen Mitteldeutschlands, zwischen Halle (Saale) und Leipzig, befindet sich eine einzigartige Einrichtung, die sich dem Erhalt und der Weiterentwicklung der Bestattungskultur verschrieben hat: das Flamarium. Gemeinsam mit dem Friedgarten Mitteldeutschland, der FUNUS Stiftung und dem Restaurant Gartenhaus bildet es ein ganzheitliches Zentrum, das Tradition und Innovation harmonisch miteinander verbindet.

Das Flamarium versteht sich nicht nur als Krematorium, sondern auch als Ort, der einen würdevollen Abschied ermöglicht. Aus der Überzeugung heraus, dass das Abschiednehmen zum Trauerprozess gehört, sind die Räumlichkeiten und Abläufe so gestaltet, dass sie den Bedürfnissen der Angehörigen entsprechen. Die Feierhalle, die „Blaue Halle“ in Osmünde, ist ein Raum des gemeinsamen Abschiednehmens und der letzten Begegnung mit dem Verstorbenen. Als offener Raum mit viel

Tageslicht bietet sie eine Atmosphäre der Ruhe und Offenheit. Im Zentrum des Raumes steht das eindrucksvolle Werk „Der letzte Hafen auf Erden“ von Bertil Vallien. Dieses Kunstwerk symbolisiert die Verbindung von Leben und Tod durch ein Boot aus Glas, das als Metapher für den letzten Weg dient. Diese Gestaltungselemente tragen wesentlich zur Würde und Bedeutung der Trauerfeier bei.

Eine Besonderheit des Flamariums ist die Möglichkeit der Einäscherung im Beisein der Angehörigen. Dieser intime Moment ermöglicht es den Hinterbliebenen, den Vorgang der Einäscherung mitzuerleben und persönlich Abschied zu nehmen. Es ist ein Ritual, das Trost spenden und den Trauerprozess unterstützen kann.

Die Angehörigen haben auch die Möglichkeit, ihre Verstorbenen auf Wunsch in einem speziellen Raum selbst zu waschen und anzuziehen. Dies ermöglicht

eine tiefere persönliche Bindung und ein tröstliches Abschiedsritual, das den Trauerprozess unterstützen kann.

Das Flamarium wird umgeben vom Friedgarten Mitteldeutschland, einem besonderen Ort der Ruhe und Besinnung. Hier können Angehörige ihre Verstorbenen in naturnaher Umgebung bestatten und selbst Trost und Kraft finden. Der Friedgarten ist so gestaltet, dass er den natürlichen Kreislauf des Lebens widerspiegelt und den Gedanken der Nachhaltigkeit integriert. Die Bestattungsformen im Friedgarten reichen von der klassischen Urnenbestattung bis zur Dünen- und Baumbestattung. Jede Ruhestätte wird individuell gestaltet und liebevoll gepflegt. Damit bietet der Friedgarten eine würdevolle Alternative zu herkömmlichen Friedhöfen und fördert den respektvollen Umgang mit der Natur.

Im Friedgarten begegnet man auch den „Alltagsmenschen“, lebensgroßen Skulpturen von Christel Lechner. Diese Figuren, die alltägliche Menschen in alltäglichen Situationen darstellen, verleihen dem Friedgarten eine besondere Atmosphäre der Nähe und Menschlichkeit.

Nach Abschied und Beisetzung können im Restaurant Gartenhaus direkt im Friedgarten die Angehörigen noch einmal zusammenzukommen. Diese Möglichkeit der Begegnung nach der Trauerfeier ist ein wichtiger Bestandteil der Bestattungskultur. Angehörigen bietet es Raum, sich auszutauschen, sich zu erinnern und gegenseitig Trost zu spenden.

Ein wichtiger Aspekt ist das Thema Nachhaltigkeit, das auch in der Bestattungsbranche immer mehr an Bedeutung gewinnt. Als eines von wenigen Krematorien lassen sie ihren CO₂-Fußabdruck ermitteln. Die Auswertung zeigt ihnen, wo sie sich noch verbessern können. Der jährliche Nachhaltigkeitsbericht kann auf der Website eingesehen werden.

Die Asche der Verstorbenen wird sorgfältig aufbereitet. Metalle, die nicht in die Urne dürfen (z. B. Implantate), werden aussortiert und recycelt. Die Urnen selbst bestehen aus einem Material, das sich im Boden auflöst und so zur Umweltverträglichkeit beiträgt.





Lebens ist und dass Abschied und Trauer genauso zum Leben gehören wie Freude und Geburt. Durch die aktive Teilnahme an Projekten im Friedgarten können Kinder in einem geschützten Rahmen über ihre Gefühle sprechen und verstehen, dass der Kreislauf des Lebens weitergeht. Der Friedgarten ist ein lebendiger Lernort, der den Kindern hilft, wichtige Lektionen fürs Leben zu lernen und gleichzeitig einen Beitrag zur Erhaltung der Natur zu leisten.

Darüber hinaus bietet das Flamarium speziell ausgebildete Mitarbeiter, die im Rahmen des Schulunterrichts Führungen und Vorträge für Kinder und Jugendliche durchführen, um den Schülern ein tieferes Verständnis für die Themen Tod und Trauer zu vermitteln. Durch einen interaktiven und einfühlsamen Ansatz werden die Schüler ermutigt, über diese wichtigen Themen nachzudenken und ihre eigenen Fragen und Ängste auszudrücken. Die Führungen und Vorträge helfen den Kindern und Jugendlichen, ein gesundes Verhältnis zu den natürlichen Kreisläufen des Lebens zu entwickeln und die Bedeutung der Bestattungskultur in unserer Gesellschaft zu erkennen.

Ein weiterer zentraler Bestandteil der Arbeit von Flamarium und Friedgarten ist die FUNUS Stiftung, die sich der Förderung und dem Erhalt der Bestattungskultur widmet. Die Stiftung organisiert regelmäßig Veranstaltungen, Workshops und Vorträge, um das Bewusstsein für die Bedeutung von Bestattung und Trauer in der Gesellschaft zu stärken. Die Veranstaltungen sind vielfältig und richten sich an unterschiedliche Zielgruppen. So bietet die Stiftung zahlreiche Angebote, von Fortbildungen für Bestatter bis hin zu öffentlichen Vorträgen und Podiumsdiskussionen.

Der Friedgarten ist ein Ort der Biodiversität: Vögel, Bienen und viele andere Insekten finden hier ein Zuhause. Diese natürliche Vielfalt trägt dazu bei, dass der Friedgarten nicht nur ein Ort der Ruhe und Besinnung, sondern auch ein lebendiger Teil der Umwelt ist.

Kinder aus benachbarten Kindergärten haben Vogelhäuser bemalt und im Friedgarten angebracht. Diese bunten Häuser bieten nicht nur den Vögeln ein Zuhause, sondern bereichern auch die natürliche Umgebung des Friedgartens. Gleichzeitig betreuen die Kinder gemeinsam mit einem Imkerkollegen einen Bienenstock. Diese Zusammenarbeit ermöglicht es den Kindern, die Bedeutung der Bienen für unser Ökosystem haut-

nah zu erleben und aktiv zum Schutz der Bienen beizutragen.

Kinder haben einen unverstellten Umgang mit Leben und Tod. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit ist für die Kinder hier ebenso wichtig wie die Naturerziehung. Der Friedgarten bietet eine einzigartige Möglichkeit, beides miteinander zu verbinden. Indem die Kinder hier ein tieferes Verständnis für den natürlichen Kreislauf des Lebens entwickeln können. Sie erfahren, dass Leben und Tod untrennbar miteinander verbunden sind und dass beides gleichermaßen zur Natur gehört.

Diese Erfahrungen fördern nicht nur das Umweltbewusstsein der Kinder, sondern auch ihre emotionale Entwicklung. Sie lernen, dass der Tod ein natürlicher Teil des



Im März fand im Zentrum für Endlichkeitskultur beispielsweise eine lebhafte Podiumsdiskussion statt, bei der führende Bestatter und Fachleute über die Zukunft der Bestattungskultur diskutierten. Ein zentrales Thema war die Frage, ob Urnen in Zukunft den Angehörigen mit nach Hause gegeben werden sollen oder ob der Friedhofszwang beibehalten werden soll. Die Diskussion beleuchtete die verschiedenen Perspektiven auf die Balance zwischen traditionellen Bestattungsriten und modernen Bedürfnissen und trug dazu bei, wichtige Fragen für die Weiterentwicklung der Bestattungskultur zu klären. Solche Diskussionsforen sind wichtig, um den Dialog über zeitgemäße Bestattungslösungen zu fördern und die Bestattungskultur weiterzuentwickeln.

Besondere Angebote der FUNUS-Stiftung sind auch das Magazin DRUNTER & DRÜBER und der DeathSlam. Diese Formate ermöglichen Menschen eine niedrigschwellige und oft kreative Auseinandersetzung mit den Themen Tod, Trauer und Bestattungskultur. Das Magazin bietet vielfältige



Perspektiven und Geschichten rund um das Thema Bestattung, während der DeathSlam eine Bühne für poetische und berührende Beiträge schafft.

Vielfältige Angebote und eine nachhaltige Philosophie tragen hier dazu bei, dass die Bestattungskultur in Deutschland lebendig bleibt und auch zukünftigen Generationen Halt und Orientierung bietet.

Mehr über die Arbeit von Flamarium, Friedgarten und FUNUS Stiftung erfahren Sie auf der Website und den Social-Media-Kanälen:

www.flamarium.de

Facebook: [Flamarium Saalkreis](#)

Instagram: [flamarium_saalkreis](#)

Mein Sternenkind – „Normal“ bestatten?

”

Die Beerdigung unseres Sohnes war eine schöne und bunte „Feier“

Ytto Hennig hat am 16.05.2023 in Köln ein Sternenkind zur Welt gebracht. Amyitri, was auf Berberisch „wie ein Stern“ bedeutet, kam in der 22. Schwangerschaftswoche zur Welt. Er wog zarte 370 g und war 22 cm klein.

Der Redaktion schickte Sie diese Mail:

„Wir haben unseren Sohn spät während der Schwangerschaft verloren. Den Weg zu Ihrer Stiftung haben wir gefunden, als wir für ‚Dein Sternenkind‘ spenden wollten. Wir sind bis heute immens dankbar für die wunderschönen Familienbilder, die wir dadurch bekommen haben. Das sind sehr wertvolle Erinnerungen und ein Beweis für das, was unserer Familie passiert ist.

Die Beerdigung unseres Sohnes war eine schöne und bunte ‚Feier‘. Seitdem gehen wir gerne zur Schmetterlingswiese im Kölner Ostfriedhof, um sein

Grab liebevoll zu schmücken. Und bunt. Bunt ist ganz wichtig. Das bringt Licht und Leichtigkeit. Es hilft uns die Freude und die Dankbarkeit zu pflegen für das was war, anstatt uns von dem, was uns genommen wurde, runterziehen zu lassen.

Unser Sohn war noch nicht bestattungspflichtig, als er geboren wurde und gestorben ist. Weil uns der Schicksalsschlag so unfassbar umgehauen hatte, hatten wir uns damit abgefunden, dass das Krankenhaus die Organisation für uns übernehmen würde. Die nächste Sammelbestattung sollte fünf Monate nach der stillen Geburt passieren. Was uns ursprünglich viel zu lang und qualvoll vorkam, hat uns wertvolle Zeit geschenkt, um es uns anders zu überlegen und alles ‚in Ruhe‘ zu gestalten.



Foto Julia Specht, Dein Sternenkind Gestaltung Marco und Ytto Hennig

Die Beerdigung wollten wir wie einen Kindergeburtstag gestalten. Die Gäste sollten möglichst keine dunklen Kleider tragen. Es gab bunte Luftballons und ein spielerisches Büffet mit ‚Kinderspeisen‘. Ein Tipi haben wir auch noch im Wohnzimmer aufgebaut und überall hingen bunte Girlanden. Manche Dekoelemente stehen heute immer noch.

Für die Bestattung selbst haben wir die Unterstützung des Hope's Angels Vereins und eines Bestattungsinstituts bekommen. Es war hilfreich, Impulse zu bekommen. Wir hatten uns darauf gefreut, ein Kinderzimmer zu schmücken, aber über eine Beerdigung hatten wir uns natürlich noch keine Gedanken gemacht.

Es gab ja auch nur einen kleinen Absatz im Buch, das unsere Schwangerschaft begleiten sollte. Dort stand, dass die Schwangerschaft abgebrochen werden müsste, falls die ganzen Vorsorgeuntersuchungen nach der 12. Schwangerschaftswoche schlecht ausfallen sollten. Ich konnte das nicht richtig verstehen: Das hieße dann, dass eine Mutter ‚umsonst‘ gebären müsste? Dass sie durch die ganze Qual gehen müsste, wohlwissend, dass ihr Baby es nicht schaffen würde? Tränen. Buch zu. Das passiert doch nur den anderen!

Dann ist es uns passiert und wir haben uns über jede Hilfe gefreut,

die wir bekommen konnten. Und viel Hilfe gab es ehrlich gesagt nicht. Die wenigen Organisationen, die es damals schon gab, waren daher umso kostbarer. Zum Beispiel die Sternenfotografen oder die kreativen Menschen, die Frühchenkleider genäht und gehäkelt haben, damit die Kinder ein bisschen Würde genießen dürfen. Auch Baby-Särge. Worüber man sich alles Gedanken machen muss ... zum Glück ist uns das im Jahr 2023 passiert, in einer Welt, wo sich schon Menschen für Sternenkindfamilien engagieren.

Es war auch toll so viel Verständnis des Bestattungsinstituts zu bekommen, als wir Amyitri nicht einäschern lassen wollten. Zum Glück war er klein genug. Für uns hat es nicht nur weniger Zeitdruck bedeutet. Für mich war es eine Riesenerleichterung den Körper meines Babys nicht kaputt machen zu müssen. Das sind die Momente, in denen die theoretischen Überzeugungen plötzlich

nicht mehr gelten. Ich war schon immer für Einäscherung, schon als Kind fand ich das richtig. Als meine Mutter gestorben war und meine Großeltern sich für eine Beerdigung ihrer Tochter entschieden haben, war ich sauer. Ich wusste, dass meine Mama es anders gewollt hatte. Aber dann war mein eigenes Baby da und die Vorstellung seinen Körper zu verbrennen, war für mich unerträglich. In diesem Moment habe ich den Schmerz meiner Großeltern verstanden.

Die ganze Planung hat vielleicht vier bis sechs Wochen gedauert. Eine wertvolle Zeit in der wir uns um unseren Kleinen kümmern konnten. Eine wichtige Zeit für unseren Trauer- und Heilungsprozess. Heute sind wir dankbar für diese Zeit und für den Ort, an dem wir eine Familie sein können. Keine übliche, aber es ist unsere Familie und wir haben versucht, das Beste daraus zu machen“.

Brasilianischer Fischeintopf

Eine unverhoffte Vorsuppenüberraschung für Gäste

Zubereitung

1. Den Fisch (800 Gramm) grob würfeln und in eine Schüssel geben. Mit Salz und Pfeffer würzen und zur Seite stellen.
Tipp: Anstelle von Seelachs kann man auch andere Fischarten wie Kabeljau, Lachs oder einen Barsch nehmen.
2. Lauch (1 Stange) der Länge nach halbieren, waschen und in feine Ringe schneiden.
3. Petersilie (1 Bund) grob hacken, Paprika (2) halbieren und von den Kernen befreien. Anschließend in kleinere Würfel schneiden. Kartoffeln (8) schälen und in 0,5 Zentimeter dicke Scheiben schneiden.

4. Das Öl (1 Esslöffel) in einem Topf auf mittlere Temperatur erhitzen. Lauch, Petersilie und Paprika in den Topf geben. Kurz anschwitzen.
5. Kartoffelscheiben und die Gewürze dazugeben. Brühe (circa 300 ml) angießen, bis alles bedeckt ist. Nun etwas salzen und circa 10 Minuten köcheln lassen.
Tipp: Wer es gerne fruchtig-scharf mag, sollte frischen Chili verwenden.
6. Kurz bevor die Kartoffelscheiben gar sind, die Kokosmilch (1 Liter) und den Fisch mit den Garnelen (8) zugeben. Jetzt darf der Eintopf nur noch leicht sieden, aber nicht stark kochen, damit der Fisch nicht zerfällt. Mit Limettensaft (1 Limette), Salz und Pfeffer abschmecken.

Zutaten

- 800 Gramm Seelachsfilet
- Salz und Pfeffer
- 1 Stange Lauch
- 1 Bund Petersilie
- 2 rote Paprika
- 8 Kartoffeln (mittelgroß.)
- 1 Esslöffel Sonnenblumen
- 2 Teelöffel Paprikapulver
- 1-2 Teelöffel Chiliflocken
- 300 ml Gemüsebrühe
- 1 l Kokosmilch
- 8 Garnelen
- Saft von 1 Limette

Das Rezept von Hospizkoch Ruppert Schmidt, ist dem neuen "Hamburg Leuchtfeuer Kochbuch – Rezepte und Geschichten aus dem Hospiz" entnommen. Darin finden Sie neben diesem noch viele andere wunderbare Kochideen in einfacher Sprache und gut lesbarer Schrift.

Es ist erschienen im Deutschen PalliativVerlag 2023 und erhältlich für 25 EUR bei der PalliativStiftung.



Hundert Tage im Frühling

Geschichte eines Abschieds · von Eric Bergkraut

Eine Frau ist krank, sie wird sterben. Ihr Ehemann begleitet sie. Die Reise geht über hundert Tage, sie führt in drei Kliniken, zu zahlreichen Ärztinnen und Ärzten und schließlich nach Hause.

„Hundert Tage im Frühling“ ist das berührende Dokument eines Abschieds - von Eric Bergkrauts Frau, der Schriftstellerin Ruth Schweikert, die im Juni 2023 an einer Krebserkrankung starb. Ruth Schweikert hat vor Jahren über ihre Krebserkrankung ein Buch geschrieben, „Tage wie Hunde“.

Ihr Ehemann Eric Bergkraut schreibt das Buch fort, es wird zur Hommage auf seine Partnerin. Direkt und behutsam zugleich zeichnet er in präziser Sprache den gemeinsamen Weg nach. Er blendet dabei zurück auf ein gemeinsames Leben mit allen Höhen und Tiefen. Die erste Begegnung steht neben den letzten Gesten.

Natürlich findet der Leser zunächst einmal ein Buch übers Sterben eines geliebten Menschen. Davon gibt es nicht wenige Berichte. Dieses Buch ist etwas anders, es fesselt den Leser, nimmt ihn mit auf eine sehr intime Reise. Und hinein in die Gedanken und Gefühle der Beteiligten. Denn nichts anderes als sehr, sehr intim sind doch Sterben und Tod. An einem kurzen Abschnitt bleibe ich hängen:

„Arztvisite:

– Frau Schweikert, wollen Sie mir noch etwas sagen?

– Ja, das nicht über mich entschieden werden soll.

Ich möchte selbst entscheiden.

Du willst kein Opfer sein. Von nichts und niemand. So wird es bleiben.

MEIN BRUSTKORB IST WARM

MEINE HÄNDE UND FÜSSE SIND EISKALT“



Gebunden mit Schutzumschlag, ca. 208 Seiten

erschienen im August 2024 im Limmat Verlag

Ca. 27,- €

ISBN 978-3-03926-075-1

So wird es zugleich zu einem Lebensbuch, das Mut spendet. Vielleicht nicht auf ein anderes Leben nach dem Tod. Aber auf das Leben bis dahin.

Eric Bergkraut, geboren 1957 in St-Maur bei Paris, ab 1961 aufgewachsen in Aarau. Zunächst Engagements als Schauspieler am Theater sowie für Film und Fernsehen. Später Autor von Reportagen, seit 1991 Filme als Regisseur und Produzent, u.a. mit Anna Politkowskaja und Michail Chodorkowski. Sein Werk wurde mehrfach ausgezeichnet, u.a. mit dem Václav Havel Award für „Letter to Anna“.



Tagen bei der Deutschen PallativStiftung

Öffentlichkeitsarbeit für ein Leben bis zuletzt kann auch ganz anders stattfinden. Zum Beispiel, indem Menschen für Meetings und Veranstaltungen unsere Räume nutzen und niederschwellig über Hospizarbeit und Palliativversorgung informiert werden.

Und wir haben Räume von 20 bis 105 qm, die wir gerne für große und kleine Treffen, Sitzungen, Konferenzen und Vorträge zur Verfügung stellen. Sie sind mit bestem Internet, Whiteboards, Pinnwänden, Flipcharts, Moderationsmaterial und je nach Wunsch reichlich Technik ausgestattet. Was immer Sie brauchen, erhalten Sie bei uns.

Hybridsitzungen, Livestreams, Podcasts, YouTube-Videos können wir natürlich auch möglich machen.

Unsere Konferenzräume sind lichtdurchflutet, können jedoch auch abgedunkelt werden. Im Haus selbst existiert ein Parkhaus. Vor dem Gebäude finden Sie Taxi-stand, Busbahnhof und Hauptbahnhof. Die Räume werden je nach Nutzungszeit gebucht und abgerechnet.

Wir bieten eine (Raum)Pauschale pro 30 min Raumnutzung 20 EUR netto. Dies gilt auch für unseren großen Veranstaltungsraum, der mit 105 qm angenehm geräumig und flexibel zu gestalten ist.

(Kopf)Pauschale von 12 EUR pro Kalendertag-Nutzung und Person. Diese beinhaltet

- warme und kalte Getränke,
- Süßigkeiten und auch „alles andere“,

weshalb wir für Moderationsmaterial, Pinnwände, Whiteboard, Flatscreen, schnelles WLAN, Reinigung usw. nichts gesondert berechnen.

In Etage E+2 steht im großen Raum mit 105 qm klimatisierter Fläche ein Podium von 3 x 7 m Größe und mit einer Höhe von 30 cm, was Frontalvorträge deutlich besser möglich macht.



<https://www.palliativstiftung.com/de/palliativstiftung/vermietung-von-tagungsraeumen>

Hier haben wir ein reichliches Angebot für (fast) jeden Zweck:

- Flatscreen Diagonale 163 cm
- Flatscreen Diagonale 215 cm
- 2 Whiteboards/ Pinnwände auf Rollen
- 20 Pinnwände
- 4 Flipcharts
- Diverse Moderationskoffer

In Etage E+4 haben wir gut Platz für acht Personen, dort finden Sie eine Neuland-Moderationswand, Flipcharts und einen Beamer. Dazu haben Sie eine beeindruckende Aussicht.

Je nach Wunsch und je nach Absprache kämen weitere Technik, belegte Brötchen, Eintopf, Obst und so weiter dazu.

Storno: Bis 14 Tage vor dem Termin ist die Stornierung kostenfrei. Danach berechnen wir 50 % nur für die Kosten der Raumnutzung. Bei einer Stornierung weniger als drei Tage vor dem gebuchten Termin oder später würden dazu 50 % der weiteren Kosten fällig.

Bandenchef	Angriff	38. Präsident der USA (Gerald)	eine der Nornen	Araberfürsten	englisch: Bein	finn. Längenmaß (60 cm)	indische Indigopflanze	Gehalt
Gegenteil zu „entleeren“	6						chinesisch: Fluss	
						Pfefferkuchen	Stadt in Oldenburg	in dem
militärische Anzüge	m. Erdgeschmack				Decke (engl.)			
Meeresstraße	1		Elite-truppe	Vorn. der West (†)	Säulenwulst	bayer. Erzähler		charakteristisches Merkmal
Tumklubname		veraltet: einfache Soldaten					horn-ähnliche Substanz (Insekt)	
engl.: Fahrer	Fluss z. Donau	Platzmangel	Inserat					2
			dt. Tanzkapellmeister († 1973)				deutsche Auto-marke	3
Kaffeemischung	8		Pfefferstrauch	Gelöbnis		Nebenfluss der Rhöne		
Rhône-Zufluss	Hirschmaul			4		Ballettrock		5
			bayer. Wallfahrtskirche			Industriemaß f. Normgrößen		
schweiz. Rundfunkanstalt		7	langweilig		chines. Dynastie			

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Hat man früher bei jeder Beerdigung gebraucht.

Wenn Sie gewinnen wollen, so schicken Sie uns das Lösungswort aus dem Rätsel per eMail an Mail@schoener-leben.info
Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

**Drei Hospizkochbücher
Drei Doppel-Sets Mutmachkarten
und drei CD-Sets der Deutschen PalliativStiftung.**

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt und mit Namen und Ort auf der Website veröffentlicht.

Der Einsendeschluss ist der 31.12.2024 um 24:00

Eine Besonderheit für unsere treuen Leser haben wir. Unter allen, die bis zum 31.12. um 24:00 noch ein Gesamtlösungswort einsenden, verlosen wir eine Zuwendung über 1.000,00 EUR an eine hospizlich-palliative Einrichtung Ihrer Wahl.

Das gesuchte Wort hat vier Buchstaben:

- Ausgabe 2024-1 der letzte Buchstabe
- Ausgabe 2024-2 der zweite Buchstabe
- Ausgabe 2024-3 der erste Buchstabe
- Ausgabe 2024-4 der sechste Buchstabe



Lohnt Krafttraining im Alter?

Prof. Dr. med. Daniel Jaspersen

Fitnessstudios verzeichnen einen deutlichen Zulauf von Senioren nach dem Motto: „Für Sport ist man nie zu alt“. Hintergrund von Sport im Alter ist, dass der Mensch im Lauf des Lebens kontinuierlich Muskelmasse verliert, wenn nicht gezielt trainiert wird. Unser Körper wird in einem komplexen Zusammenspiel von 656 Muskeln gesteuert. Körperliche Aktivitäten wie Atmen, Laufen oder Lachen wäre ohne unsere Muskeln nicht möglich. Da alles im Leben seine Zeit hat, wird ab dem 30. Lebensjahr bis zu 1 % Muskelmasse pro Jahr abgebaut und die Muskeln werden nach und nach in Fett umgewandelt. Ohne Sport büßt ein Mensch bis zum 80. Lebensjahr bis zu 40 % seiner Muskulatur ein mit Folgen für den gesamten Organismus: Weniger Muskelmasse bedeutet, dass Stoffwechsel und Energieverbrauch heruntergefahren werden. Daraus resultieren ein verringerter Appetit und eine reduzierte Nahrungsaufnahme. In der Konsequenz werden die Betroffenen noch schwächer, sie bewegen sich weniger - und die Muskelmasse geht noch weiter zurück. Man spricht dann von der Sarkopenie, einer anerkannten Erkrankung mit hohem Sturz- und Knochenbruchrisiko. Und wer im Alter nicht genug Muskeln hat, dem drohen der Verlust der Selbständigkeit und die Pflegebedürftigkeit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt daher, zweimal pro Woche Kraft und Muskeln zu trainieren.

Aber kann man wirklich auch im Alter noch mit dem Pumpen anfangen? Unbestritten Ja, wenn nicht schwerwiegende Erkrankungen oder Behinderungen dagegensprechen. Einer, der es ganz besonders gut wissen muss, ist Professor Ingo Froböse von der Sporthochschule Köln. Der 66 Jahre alte Sportwissenschaftler und Bestseller-Autor warnt seit Jahren vor den körperlichen Folgen von Muskelschwund. In

einem pointierten und lesenswerten Artikel der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung titelt die Journalistin Natalia Wenzel-Warkentin dazu auch nicht umsonst: „Omas Muskeln müssen brennen“. Froböse führt aus, dass zu viele untrainierte Menschen nur 60 % Prozent ihres Muskelvolumens überhaupt rekrutieren können. Und welche Übungen empfiehlt der renommierte Sportprofessor im Alter konkret?

Grundsätzlich rät er zum Besuch von Fitnessstudios wegen der professionellen Anleitung. Aber auch zu Hause kann effektiv trainiert werden. Zum Beispiel mit einfachen Übungen, die Bauch und Rücken stärken: Setzen Sie sich auf die äußere Stuhlkante und bewegen Sie Ihren Oberkörper wie ein Pendel abwechselnd nach vorne und hinten. Wichtig ist, dass der Oberkörper dabei angespannt und kontrolliert bleibt. In einer zweiten Stufe wiederholen Sie das Ganze am Boden, die Beine sind im 90-Grad-Winkel aufgestellt. Anspruchsvoller wird es, wenn man sich auf den Bauch dreht, Beine und Arme ausgestreckt anhebt, und sie in kurzen Hick-Hack-Bewegungen hoch und runter bewegt. Den Krauler, nennt Froböse das. Und er sagt, dass eine klare Muskeler schöpfung eintreten muss. Das bedeutet: Wer am Ende eines Satzes mit acht bis zwölf Wiederholungen keine eindeutige Erschöpfung des Muskels spürt, trainiert ineffektiv und muss das Gewicht erhöhen. Und, je älter die Menschen werden, desto höher muss auch die Belastungsintensität sein. Es ist also wichtig im fortgeschrittenen Alter 60, 70 oder sogar 80% der Maximalkraft bei der Benutzung von Hanteln mit Hilfe von höheren Gewichten abzurufen. Auch wenn die Zahl der Wiederholungen damit sinkt. Im Alter muss also nicht leichter, sondern umso härter trainiert werden.

Froböses Lieblingsübung ist die Kniebeuge. Sie gehört zu den Grundübungen im Krafttraining, ist in unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen umsetzbar und trainiert einen Bewegungsablauf, der auch fest im Alltag integriert ist – beim Hinsetzen oder beim Bücken. Bei der Kniebeuge sind die Füße schulterbreit aufgestellt, die Fußspitzen zeigen leicht nach außen, der Rücken bleibt gerade, während wir die Knie beugen und uns mindestens in einem 90-Grad-Winkel dem Boden nähern.

Die gute Nachricht ist, dass sich der Muskelabbau im Alter durch regelmäßige Bewegung aufhalten und sogar umkehren lässt. Die Muskeln müssen aber durch Ziehen, Drücken oder Heben angesprochen und gezielt und regelmäßig trainiert werden. Experten empfehlen für Senioren neben dem Kraft- ein moderates bis intensives Ausdauertraining, etwa zügiges Spazierengehen, Fahrradfahren oder Gartenarbeit von mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche. Dazu sind Gleichgewichtsübungen als Sturzprophylaxe sinnvoll.



Foto: privat



Wer im Alter nicht genug Muskeln hat, dem drohen der Verlust der Selbständigkeit und die Pflegebedürftigkeit



Claus C. Pieper, 60, Techno Urgestein, Raver und Fitnesstrainer

Fotograf: Privat

Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden.



Palliativ! Das kann schon früh im Leben oder Krankheitsverlauf beginnen. Da werden palliativ Versorgende immer wieder auch angesprochen, dass nach dem Tod sich niemand mehr um ein Grab kümmern kann. Entweder weil keiner mehr da ist, oder weil die Verwandten viel zu weit weg wohnen. Die PalliativStiftung denkt deshalb auch über das Leben hinaus. Anders als im Friedwald oder bei einer Seebestattung sind sowohl individuelle Trauerhandlungen und auch Gedenken am Bestattungsort möglich.

In Fulda gibt es – auch für Menschen aus anderen Regionen oder sogar Staaten – die Möglichkeit, sich durch die PalliativStiftung in deren Grabanlage beerdigen zu lassen. Niemand muss sich später darum sorgen. Die PalliativStiftung übernimmt die Grabpflege für die nächsten 30 Jahre.

Die PalliativStiftung bietet damit eine preiswerte Option für immer mehr Menschen, die nicht sicher sind, wer sich würdig um sie kümmert, wenn sie schon (lange) gestorben sind. Da die erste, kleine Anlage fast komplett ist, richtet die PalliativStiftung gerade eine zweite wesentlich größere Grabanlage ein, die ab 2025 belegt werden soll.

Nähere Informationen erhalten Sie im Büro der PalliativStiftung und hier ist der Link zu einem kleinen Video der ersten Grabanlage: <https://youtu.be/i3KGZeJolww>



Beim Deutschen PalliativVerlag der Deutschen PalliativStiftung sind zahlreiche Bücher, Flyer, Ratgeber u.v.m. teils kostenfrei, teils preisgünstig erhältlich.



Die PFELEGTIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

Download und gedruckt in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

48 Seiten, 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR



Die VORSORGEN! Mappe Version 2024

Alle Unterlagen rund um Vollmacht und Verfügung

40 Seiten, kostenfrei

Vorsorgeunterlagen online erstellen

Die Deutsche PalliativStiftung ist dabei, alle ihre Unterlagen aus Die VORSORGEN!-Mappe so zu digitalisieren, dass sie online sauber und übersichtlich ausgefüllt, gespeichert und ausgedruckt werden können. Zu allen Punkten gibt es Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen.

Weil die Vertreterverfügung besonders wichtig ist, haben wir dieses Formular zuerst digitalisiert, ausprobiert und zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht werden Anfang 2024 ebenfalls nutzbar sein. Die PalliativStiftung will damit ganz besonders erreichen, dass deren Verbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich zunimmt. Auf der Website [VorsorgenMappe.de](https://www.vorsorgenmappe.de) (Achtung: mit dem „n“ in der Mitte) findet man nach dem Einloggen viele Erklärungen und wird professionell durchs Menü geführt, so dass man in der Regel (fast) alles ohne weitere Hilfe ausfüllen kann. Einfach ausprobieren!

Über Rückmeldungen der Nutzer freuen wir uns, weil wir auch dieses Werkzeug wie alle Materialien stetig aktualisieren und verbessern werden.



Impressum

Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon 0661 48049 797
www.palliativstiftung.com

Email-Kontakt zum Herausgeber

mail@schoener-leben.info
info@doc-sitte.de

Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch
pressedesign.de

Druck

Rindt-Druck, Fulda
Auflage 25.000 Exemplare

Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024
Verlag der
Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen Form sind in der Regel selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag erhältlich

© Deutscher Palliativverlag, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Sammelband „schöner leben ... 2023“

Unser Magazin schöner leben haben wir mit vier Hefen in 2023 begonnen, die dann auch schnell vergriffen waren! Über die vier Ausgaben haben wir den Inhalt und das Design stetig weiterentwickelt.

Wegen der anhaltenden Nachfrage haben wir aus den vier Hefen des Jahres 2023 einen Sammelband gemacht. Beiträge wurden aktualisiert, und das Layout komplett an den aktuellen Stil angepasst. So erhalten Sie jetzt 146 Seiten zeitlose und doch brandaktuelle Informationen rund um Hospizarbeit und Palliativversorgung für nur 20 € im Deutschen Palliativverlag.



Verkaufspreis 20,- €

Sie als Leserin und Leser können gerne am Magazin mitwirken, sich einbringen mit Fragen, Ideen, Texten, Bildern, Buchbesprechungen, relevanten Terminvorschlägen.

Das nächste Heft hat den Schwerpunkt: **Hospiz und Palliativ: Wer macht was?**

Der Einsendeschluss für Beiträge zu diesem Heft ist natürlich vorbei. Aber schauen Sie doch ins Editorial. Wir suchen immer gute Ideen, Texte, Fotos auch für die weiteren Ausgaben.

Wir freuen uns über alle Zuschriften unter

mail@schoener-leben.info

Wenn Ihnen unser Magazin gefällt, wenn Ihnen das Thema wichtig ist, dann bitten wir Sie konkret, diese Arbeit mit einer Spende zu unterstützen. Damit wir auch künftig diese Informationen in die Gesellschaft tragen können.

Wirklich jeder Beitrag ist wichtig und willkommen. Von der 1-Euro-Spende bis zur großen Erbschaft. Ohne Ihre Spenden können wir die Auflage des Magazins nicht halten.

Deutsche PalliativStiftung

www.palliativstiftung.com

Spendenkonto

VR Bank Fulda

IBAN: DE65 5306 0180 0200 0610 00

VK 10,00 € (D/A/CH)

Zum Überweisen mit der Banking-App nutzen Sie bitte diesen QR-Code



WWW.CHARTA-FUER-STERBENDE.DE

Wir unterstützen die Charta

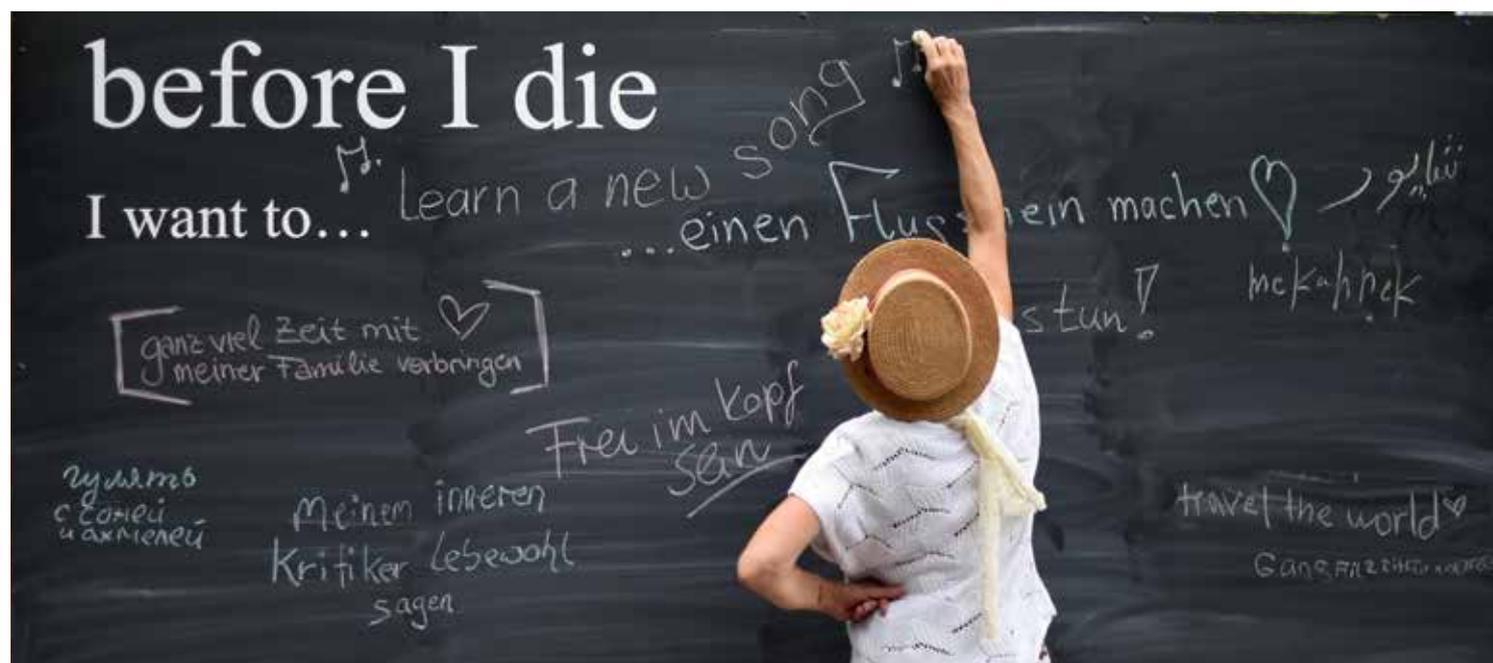


Foto: photoebene Marzena Seidel

Before I die I want to ...

Bevor ich sterbe, möchte ich ...

Im Jahr 2011 hatte die Künstlerin Candy Chang in New Orleans eine Idee als ein Mensch gestorben war, der ihr nahestand. Sie sagt selbst zur Entstehung ihres Kunstprojektes:

„Ich wohnte einen Block entfernt von einem verlassenem Haus, in dem sich seit Jahren Staub und Graffiti angesammelt hatten. Ich fragte mich, ob ich es zu einem schöneren Ort für meine Nachbarschaft machen und Joan einen Tribut zollen könnte, indem ich einen Raum schaffe, der die Perspektive wiederherstellt. Ich fertigte eine selbstgemachte Schablone an, auf der stand: „Before I die. I want to _____“.

Mit der Hilfe von alten und neuen Freunden habe ich die Seite dieses bröckelnden Hauses mit Kreidefarbe gestrichen und mit dieser Aufforderung versehen, damit jeder, der vorbeikommt, ein Stück Kreide in die Hand nehmen, über Tod und Leben nachdenken und seine persönlichen Wünsche öffentlich mitteilen kann.

Das Ganze war ein Experiment, und ich wusste nicht, was ich zu erwarten hatte. Da die Herstellung billig war, dachte ich, es sei nicht schlimm, wenn es nicht klappt.“

Aber es ist durchschlagend gelungen und geht seit 13 Jahren viral. In über 5.000 Städten in über 75 Staaten und über 35 Sprachen wurden Menschen motiviert, zu überlegen, was ihnen wichtig ist.

Wenn auch Sie zu dieser Bewegung beitragen wollen, so informieren Sie sich unter <https://beforeidieproject.com> oder sprechen Sie uns im Büro der PalliativStiftung an.

Gerne können Sie eigene Projekte auf der noch wenig genutzten Facebookseite [bevorichsterbe](#) posten.



beforeidieproject.com

„das ist palliativ“

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als wissenschaftliche Fachgesellschaft hocken nicht im Elfenbeinturm der Forschung, sondern stehen auch mit beiden Beinen richtig im Leben. Deshalb treten Sie wie die PalliativStiftung und auch gemeinsam mit ihr dafür ein, dass hospizlich-palliatives Wissen unters Volk kommt. Die wunderbare Aktion das ist palliativ zeigt niederschwellig und prägnant, dass wir mehr machen als „nur“ Sterbebegleitung. Palliativ hilft zuallererst einmal zu leben. Hier finden Sie mehr dazu <https://dasistpalliativ.de>.

Informieren Sie sich frühzeitig über palliativ.

Denn palliativ ist Lebensqualität - auch in der letzten Lebensphase!

Machen Sie mit? Was ist Ihr Song, den Sie noch einmal laut hören wollen, dass alle Körperzellen bis in die Haarspitzen vibrieren?

Schauen Sie auf die Facebook-seite <https://www.facebook.com/DGPalliativ> und teilen Sie Ihr letztes Lied.

Wenn Sie selbst einen guten Spruch zum Thema haben, mailen Sie ihn gerne an die Redaktion.

Ach ja. Das schöne Plakat am Bahnhof ist nur Fake. Wir haben da ein wenig manipuliert. Aber stellen Sie sich die Wirkung vor, wenn wir Deutschland mit vielen tausend solcher Plakate überziehen können, ähnlich wie „Deutschland sucht den Impfpass“ oder „Gib AIDS keine Chance“. Sollte Sie dafür irgendwo einen Geldtopf haben, sprechen Sie uns gerne an ;-)

Jeder soll wissen können, palliativ ist Lebensqualität - auch in der letzten Lebensphase!



Noch mal frischer Wind,
bevor wir den letzten
Atemzug nehmen.



das ist palliativ

Noch mal Eis essen,
bevor wir ins Gras beißen.



Noch mal Zeit für Familie,
bevor wir das Zeitliche segnen.



das ist palliativ

Noch mal verreisen,
bevor wir über den
Jordan gehen.



Noch mal im Garten sitzen,
bevor wir die Radieschen
von unten sehen.



das ist palliativ

Noch mal in die Pedale treten,
bevor wir unter die Räder
kommen.



das ist palliativ

Impressum

Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon 0661 48049 797
www.palliativstiftung.com

Email-Kontakt zum Herausgeber

mail@schoener-leben.info
info@doc-sitte.de

Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch
pressdesign.de

Druck

Rindt-Druck, Fulda
Auflage 2.000 Exemplare

Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024
Verlag der
Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen
Form sind in der Regel selbstver-
ständlich alle möglichen Geschlechter
gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag
erhältlich

© Deutscher Palliativverlag, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwer-
tung, die nicht ausdrücklich vom Urheber-
rechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der
vorherigen Zustimmung des Verlags. Das
gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikro-
verfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen,
Handelsnamen, Warenbezeichnungen
usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne
besondere Kennzeichnung nicht zu der
Annahme, dass solche Namen im Sinne
der Warenzeichen- und Markenschutz-Ge-
setzgebung als frei zu betrachten wären
und daher von jedermann benutzt werden
dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Heraus-
geber gehen davon aus, dass die Angaben
und Informationen in diesem Werk zum
Zeitpunkt der Veröffentlichung vollstän-
dig und korrekt sind. Weder der Verlag
noch die Autoren oder die Herausgeber
übernehmen, ausdrücklich oder implizit,
Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige
Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt
im Hinblick auf geografische Zuordnungen
und Gebietsbezeichnungen in veröffent-
lichten Karten und Institutionsadressen
neutral.



Helfen Sie uns helfen...

Hier halten Sie jetzt einen Sammelband der vier Ausgaben „schöner leben ...“ 2023 in der Hand. Wer hätte das gedacht, dass unsere Magazine so gut einschlagen, dass auch die ersten Ausgaben weiter nachgefragt werden? Wir als das Produktionsteam auf jeden Fall nicht. Aber es macht uns schon mächtig stolz.

Die medizinischen, ethischen, juristischen Gesichtspunkte der Versorgung (auch) am Lebensende sind ja keine leichte Kost.

Lassen Sie sich davon auch in Zukunft nicht abschrecken, denn es geht Sie alle sehr, sehr konkret an. „Rechtzeitig palliativ denken“ ist der Schlüssel zur guten Begleitung.

Wir greifen auch künftig wirklich alle Themen rund um das Leben auf. Rund um das gute Leben bis zum letzten Atemzug und auch darüber hinaus.

Mit der Deutschen PalliativStiftung setzen wir uns dafür ein, dass dieses Leben für alle Beteiligten bis zum

letzten Atemzug lebenswert bleibt. Das ist nicht immer möglich, nicht immer leicht, aber immer gibt es noch irgendetwas, das Schweres leichter machen kann!

Sie als Leserin und Leser können gerne am Magazin mitwirken, sich einbringen mit Fragen, Ideen, Texten, Bildern, Buchbesprechungen, relevanten Terminvorschlägen. Wir freuen uns über alle Zuschriften unter

mail@schoener-leben.info

Wenn Ihnen unser neues Magazin gefällt, wenn Ihnen das Thema wichtig ist, dann möchten wir Sie bitten, die Aufklärungsarbeit mit einer Spende zu unterstützen. Wirklich jeder Betrag ist wichtig und uns dazu willkommen.

Deutsche PalliativStiftung
www.palliativstiftung.com



Spendenkonto

VR Bank Fulda
IBAN: DE65 5306 0180 0200 0610 00

**QR-Code zum Spenden über
Ihr online-Banking:**

