

ChrisCare

MAGAZIN FÜR SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

3/2023

DEN TAGEN *mehr Leben* GEBEN

KOMPETENT

Sterbehilfe – Von der gebrochenen Liebe zum Leben
S. 10

INSPIRIEREND

Manchmal flossen im Heilungsraum Tränen
S. 23

PRAXISNAH

Suizidalität erkennen und richtig handeln
S. 30

INHALT

 – Diese markierten Beiträge können Sie auch hören.

EINLEITUNG

3 Editorial & Gedanken zum Titelbild

ERFAHRUNG

4 Bei mir ist es so

Vom starken Lebenswillen seiner Patienten ist der Palliativmediziner Jens Stöver überzeugt und Stephanie Murzin, Pflegedienstleiterin in einem Hospiz weiß, dass der Wunsch nach einem assistierten Suizid auch die Angehörigen belastet.

9 Wenn ich Ihnen sofort den Becher mit Gift auf den Tisch stelle...

Christian Taut hat über 2000 Palliativpatienten begleitet. Die wenigsten wollten wirklich sterben.

TITELTHEMA

6 Spannungen aushalten – Lebensfragen stellen

Michael Rohde berichtet von eigener Betroffenheit beim Thema Suizid.

10 Sterbehilfe: Von der gebrochenen Liebe zum Leben.

Der Heimpfarrer und Behindertenpädagoge Markus Müller ist überzeugt, dass sich das Ja zum Leben lohnt.

17 Die Hilfe zum Leben muss vor der Hilfe zum Sterben stehen

Hannah Müller-Pein stellt das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland vor.

18 Sterbehilfe – Wovon reden wir?

Die Pflegewissenschaftlerin Annette Meussling-Sentpali bringt Klarheit in das Begriffswirrwarr.

27 Der Gesetzgeber bleibt in der Pflicht

Die Präsidentin des Caritasverbandes fordert eine praxisergebnisgerechte Regelung der Suizidassistenz.

30 Suizidalität erkennen und richtig handeln

Wie das geht, schildert die Oberärztin in einer Suchthilfeeinrichtung, Dorothee Deuker und zeigt, worauf es in der ehrenamtlichen Begleitung ankommt.

REPORTAGE

14 Das Lächeln zählt

Gut Retzen ist eine Einrichtung, in der Menschen mit gravierenden Einschränkungen gut aufgehoben sind. Für die Leiterin der Einrichtung, Christine Körbel, zählt vor allem das Lächeln der Patienten.

16 Praxiskreis

Der Arzt Volker Brandes lädt Patienten regelmäßig zu einer Andacht in sein Wartezimmer ein.

HEILSAM – GESUNDHEIT FÖRDERN IN KIRCHENGEMEINDEN

22 Mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung

für das ehrenamtliche Engagement in Kirchengemeinden wünscht sich Georg Schiffner als Leiter der Fachstelle für Gesundheitsfragen.

23 Praxistipps:

Menschen mit Depressionen begleiten. Eva Sperber, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Pastor Thies Hagge helfen zum heilsamen Umgang mit Menschen in einer besonderen Lebenssituation.

27 Manchmal flossen Tränen,

berichtet Frank Kühn im Interview mit ChrisCare über den Heilungsraum Böblingen.

28 Gesundheitsförderung in Kirchengemeinden

FÜR SIE GELESEN

32 Weil jeder Atemzug ein Wunder ist

Das Buch wird von Georg Schiffner wärmstens empfohlen.

31 Handbook of Religion and Health

Hans-Arved Willberg stellt den medizinischen Klassiker zum Thema Spiritualität und Gesundheit vor.

34 Spiritualität und Gesundheit

Georg Schiffner stellt die neue Zeitschrift vor.

PERSÖNLICH FÜR SIE

37 Die wichtigsten Fragen stellen sich immer erst am Schluss des Gesprächs, berichtet Frank Fornaçon

LESERBRIEFE

28 Kommentare zu "Heilsam"

Redaktionskreis: Dr. med. Dorothee Deuker (Mülheim an der Ruhr), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Pastor i.R. Frank Fornaçon (Ahnatal), Redaktion ChrisCare; Nele Grasshoff (Hamburg), Pastorin, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali (Regensburg), Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg; Sophia Martin, (Freiburg im Breisgau), Krankenpflegerin und Hebamme i. A.; Verena Peiß (Rosenheim), Klinische Linguistin; Andreas Rieck (Stuttgart), Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Marienhospital Stuttgart; Dr. med. Georg Schiffner (Aumühle), Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin Aumühle; Vorsitzender CiG; Pastoralreferent Bruno Schrage (Köln), Dipl. Theologe, Dipl. Caritas-Wissenschaftler, Referent für Caritaspastoral im Erzbistum Köln; Dr. phil. Hans-Arved Willberg (Karlsruhe) Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

die Debatte um die aktive Sterbehilfe in Deutschland geht in die nächste Runde. Nachdem im Deutschen Bundestag keiner der vorgelegten Gesetzentwürfe eine Mehrheit fand, bleibt alles beim Alten. Die Grauzone des Assistierte Suizids wartet weiter auf Klarheit. Einig war sich eine Mehrheit der Abgeordneten, dass man die Suizidprävention ausbauen müsse. Der Gedanke dahinter: Wenn das Leben auch in seiner letzten Phase als lebenswert empfunden wird, nimmt der Wunsch ab, früher zu sterben.

Eine Debatte, die sich auf das „gute Sterben“, die Euthanasie, konzentriert, greift zu kurz. Es geht darum, das Leben in seiner ganzen Dauer lebenswerter zu gestalten. In dieser Ausgabe von ChrisCare geht es daher um mehr: um die Würde und den Wert des Menschen. Beides versteht sich nicht von selbst. Für Christinnen und Christen ist jeder Mensch ein von Gott geliebtes Wesen, geschaffen aus Liebe. Niemand ist wertvoll, weil er viel leistet oder viel besitzt. Und die Würde des Menschen endet nicht dort, wo Leid oder Schmerz das Leben schwer machen.

Viele unserer Leserinnen und Leser sind beruflich oder ehrenamtlich an Orten aktiv, an denen die Verletzlichkeit des Menschen offensichtlich ist. Sie setzen sich ein, die Würde der ihnen anvertrauten Menschen zu wahren. Und das gelingt umso besser, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Dazu gehören natürlich ausreichend bemessene Personalschlüssel und eine angemessene Vergütung.

Die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sehen sich zunehmend als Verteidiger der Würde ihrer Patienten gegen ein gesellschaftliches Klima, in dem menschliches Leben nach seiner Qualität bemessen wird. Und wer sich für das Leben einsetzt, der muss mit der Unterstellung rechnen, dass er das Leiden doch nur noch verlängern würde.

Gesundheitsfachleute sind mehr als Dienstleister in Gesundheitsfragen. Sie brauchen die Unterstützung durch Caring Communities mit stützender Spiritualität, wie sie unsere Kirchengemeinden bieten. Gemeinsam mit den dort Engagierten stehen sie an der Seite kranker und pflegebedürftiger Menschen, treten für deren Würde und Selbstbestimmung ein. Sie ermöglichen es, gut zu leben und am Ende, ganz am Ende, in Würde zu sterben. Auch wenn viele ein solches harmonisch klingendes Lebensende nicht erleben, ist es entscheidend, annehmen zu können, dass man ein von Gott geliebtes Wesen ist. Um das annehmen zu können, braucht es wenigstens einen Menschen, der sich kümmert, der einen sieht, der die Liebe Gottes transportiert, damit die Idee einer Caring Community keine Utopie bleibt. ■



Diese Ausgabe können Sie auch online lesen. Sie finden diese und auch frühere Ausgaben unter www.chriscare.info im Internet.

Ihrle Georg Schiffner und Nele Grasshoff



Dr. med. Georg Schiffner,
Internist, Geriater und
Palliativmediziner,
Aumühle

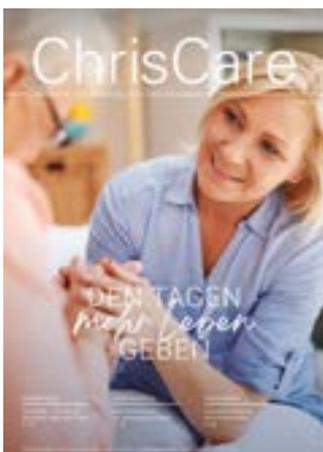


Nele Grasshoff, Pastorin,
Gesundheits- und Krankenpfle-
gerin, Seelsorgerin in einem
Berliner Seniorenheim

GEDANKEN ZUM TITELBILD

EIN BILD, WIE AUS DEM WERBEPROSPEKT FÜR EIN PFLEGEHEIM

So wünschen sich künftige Bewohnerinnen und Bewohner die Begegnung mit den Pflegenden. Zugewandt, freundlich, immer mit einem guten Wort auf den Lippen. Auf Augenhöhe und mit einem offenen Ohr. Ist das realitätsfern? Was das Bild nicht zeigt, sind die Rückenschmerzen der Pflegenden, die knappe Zeit, die Fragen, ob all das, was man tut, auch sinnvoll ist. Besonders bedrängend ist für Patienten und Pflegenden die Situation am Ende des Lebens oder wenn Menschen denken „Ich kann nicht mehr“.. Wenn sich Fragen nach dem Suizid aufdrängen, dann sind die Begleiter besonders gefragt. Dann gilt es, dem Menschen zur Seite zu stehen, auch wenn man nicht gut gelaunt daher kommen kann. Das Zitat der Gründerin der modernen Hospizbewegung, Cicely Saunders, von den Tagen, denen man mehr Leben geben sollte, gibt dabei die Richtung vor. ■



BEI MIR IST ES SO

NICHT IMMER GELINGT DEESKALATION



GEDANKEN UND ERFAHRUNGEN ZUM ASSISTIERTEN SUIZID/ STERBEHILFE IM RAHMEN DER PALLIATIVVERSORGUNG

Da ich selber als leitender Palliativarzt eines SAPV Teams seit 2010 unterwegs bin, ist mir die Problematik des assistierten Suizids geläufig. Nach meiner Erfahrung ist jedoch der echte und bleibende Wunsch auf Sterbehilfe – wenn eine gute medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung vorhanden ist – eher gering: im einstelligen prozentualen Bereich. In den Medien wird dies meines Erachtens überbetont. Fehlt die Zuwendung, sind Suizidwunsch und Quote jedoch deutlich höher.

Auch der schwerstkranke und hochbetagte Mensch hat einen starken Lebenswillen, der auch im Alter und schwerer Krankheit nicht nachlässt. Wichtig sind in der letzten Phase gute persönliche Wegbegleiter: zum einen Familie und Freunde, zum anderen ein professionelles therapeutisches Team wie z.B. Hospiz oder SAPV, um ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Der Wunsch nach Sterbehilfe entspringt nach meiner Erfahrung oft aus der Angst vor unwürdigem Sterben und mangelnder Zuwendung. Hier sind wir gefragt, eine gute medizinische Fürsorge (Symptomkontrolle), Pflege, psychosoziale Zuwendung, psychoedukative Gespräche mit Patient und Angehörigen sowie spirituelle Begleitung anzubieten.

Gerade als Christ habe ich hier eine besondere Herausforderung, aber auch Möglichkeiten. Das beginnt im Rahmen meiner SAPV Tätigkeit bereits in der Aufnahmesituation mit der Erhebung einer umfänglichen Anamnese und vor allem auch der spirituellen Ressourcen. Wichtig ist es, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten unter Einbeziehung der betreuenden Angehörigen aufzubauen, den Patienten „als ganze Person und Gottes geliebtes Original anzusehen“. Dies ist mir auch durch die Jahreslosung „Du bist ein Gott, der mich (an)sieht“ neu bewusst geworden. Wenn ich es dann noch schaffe, in einer Gebetshaltung zu sein, öffnen sich oft Türen zu guten Gesprächen. Auch bezüglich Suizidgefährdung oder Sterbehilfewünsche können sich dann im Verlauf wichtige Informationen und Gespräche gerade im Hinblick auf Resilienz durch spirituelle Ressourcen ergeben.

Suizide habe ich in meiner Zeit im SAPV nur sehr vereinzelt erlebt. Aktive Sterbehilfe lehne ich persönlich ab, habe aber schon einmal einen Fall erlebt, wo ein Patient in einer für ihn sehr ausweglosen Situation steckte. Er bat mich fast flehend um Sterbehilfe. Es ist rechtlich möglich, die notwendige Opiatmedikation für einen Monat zu verordnen. Dies habe ich auch getan. Parallel hat sich der Patient unter guter Symptomkontrolle und intensiver psychosozialer Zuwendung und Gebet doch nicht suizidiert, sondern stabilisiert.

Vorrangig ist die Prävention suizidaler Absichten. Je besser das Vertrauensverhältnis, desto effektiver kann ich solche Absichten erkennen und auch abwenden. Es bleiben jedoch wenige Situationen offen, wo eine Deeskalation nicht gelingt. Hier muss ich lernen, die Spannung zwischen Autonomie des Patienten und meinem eigenen Gewissen auszuhalten und auch offen zu kommunizieren. In alledem ist für mich als Christ entscheidend, neben einer hohen fachlichen und sozialen Kompetenz im hörenden Gebet im Dialog für den einzelnen Patienten mit Christus zu bleiben. Er war, ist und bleibt der Heilende.

*Dr. Jens Stöver, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Gastroenterologie, Palliativmedizin
Chefarzt des SAPV und der Klinik für Innere Medizin und Onkologie am St.Martini Krankenhaus Duderstadt,
CiG-Region bovendenden@cig-online.de*

WANN GEHT ES DENN JETZT ENDLICH LOS HIER?!

Auf Nachfrage meiner Kollegin, was sie denn mit „es“ meine, forderte die ältere Dame vehement ein, was man ihr – ihrer Aussage nach – im Krankenhaus versprochen habe: Sie werde im Hospiz ein Medikament bekommen, dass sie endlich sterben könne. Alle unsere Erklärungsversuche, dass dies im Hospiz nicht üblich sei, die Beobachtung, dass es ihr doch noch verhältnismäßig gut gehe und es eigentlich auch niemand so versprochen haben könne, brachten sie nur noch mehr in Rage. Auch ärztliche Versuche, ihr zu erklären, was es im Hospiz für gute, alternative Begleitungen gibt, waren erfolglos. Dann wolle sie keine Nacht im Hospiz bleiben! Dem völlig verzweifelten, weil durch verschiedene Belastungen stark überforderten Sohn, blieb nichts anderes übrig, als seine Mutter am späten Abend wieder mit nach Hause zu nehmen. Zugegeben, solch eine Szene ist eine Ausnahme. Allerdings zeigt sie, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid nie nur die betroffene Person, sondern immer auch das Umfeld herausfordert und von allen eine Haltung zum Thema erwartet wird, professionell und persönlich. Bis vor Kurzem dachte ich, dass es für Christen selbstverständlich sei, den Todeszeitpunkt Gott zu überlassen. In meinem nächsten Umfeld wurde ich eines Besseren belehrt. Etliche Diskussionen und Workshops zum Thema später ist mir klar, dass es keine allgemeingültige und auch keine einzig richtige, „christliche“ Haltung gibt. „Alle Erkenntnis ist Stückwerk“, sagt Paulus (1.Kor. 13,9). Privat könnte das bedeuten, einen Weg mit meinen Angehörigen mitzugehen, den ich für mich selbst so nicht wählen würde. In Hospizen galt bisher und aktuell, dass wir, bzw. Palliativmediziner, keinen assistierten Suizid anbieten. Ziel bleibt, in der letzten Lebensphase eine gute Symptomkontrolle zu ermöglichen, die „nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben“ gibt (Cicily Sounders, Begründerin der modernen Hospizarbeit) und Menschen „nicht durch die Hand eines Menschen sterben, sondern an der Hand eines Menschen“. Bei unerträglichem Leid gibt es immer noch die Möglichkeit einer „Gezielten Sedierung“, im Zweifel bis zum Eintreten des Todes. Schon eine Entscheidungsfindung hierzu ist manchmal nicht einfach.



Unser diakonischer Träger, die Diakonie Nord-Nord-Ost, erarbeitet gerade ein Konzept zum Thema Assistierter Suizid. Gedanken, die dazu bewegt werden, könnten sein: Wir bieten von uns aus keinen assistierten Suizid an. Aber aus der Verbundenheit heraus, die in Pflegeeinrichtungen ja häufig über Jahre gewachsen ist, werden wir niemanden im Stich lassen, der für sich trotz aller Angebote keine andere Option sieht als den Wunsch nach assistiertem Suizid. Wir gehen auch diese letzte Meile mit. Er muss deshalb nicht die Einrichtung verlassen. Aber: Niemand darf dazu gezwungen werden, jemanden z.B. pflegerisch im assistierten Suizid zu begleiten. Was konkret angeboten wird, muss abgewogen werden. Es bleibt abzuwarten, wie Bundes- und Landesverbände der Hospiz- und Palliativarbeit in Zukunft damit umgehen werden. Auch das wird die Haltung im Hospiz unter Umständen neu beeinflussen.

In unserem Haus hat es vor Jahren mal einen Suizidversuch gegeben, der beinahe geglückt wäre. Die Folgen waren so schon schwierig für das ganze Team. Nicht auszumalen, wie es den betroffenen Mitarbeitenden gegangen wäre, wenn es zum Vollzug gekommen wäre. Die schrecklichen Bilder im Kopf und Schuldgefühle, es nicht verhindert zu haben, wären sicher überaus belastend. Dass Menschen sterben, ist unsere tägliche Erfahrung, es gehört zum Leben dazu. Die Verfügbarkeit des Todeszeitpunkts aber fordert uns alle neu heraus. Wichtig ist mir, dass wir im Gespräch bleiben. Dazu gilt, wie immer bei so relevanten ethischen Themen, dass jeder seiner Meinung gewiss sei, diese auch äußern darf und wir nicht kämpferisch oder urteilend, sondern jesugemäß miteinander unterwegs sind.

Stephanie Murzin, Pflegedienstleitung Hospiz „Rickers-Kock-Haus“, Lübeck, CiG-Region_luebeck@cig-online.de

SPANNUNGEN AUSHALTEN LEBENSFRAGEN STELLEN

IMPULSE ZUM THEMA SUIZID UND ASSISTIERTER SUIZID

A photograph of a person walking a tightrope over a deep canyon. The person is in the center, balancing on a thin rope. The background shows a vast, hazy landscape with mountains and a bright sun or light source creating a lens flare effect. The overall mood is one of tension and balance.

Suizid ist für mich nicht nur ein Wort. Ich verbinde damit ein Gesicht, einen Namen, eine Lebenssituation. Ein Mitglied meiner Familie hat im Teenageralter seinem Leben ein Ende gemacht. Seitdem trifft mich die Frage nach Suizid in einer anderen Wucht als vorher. Seitdem lese ich Veröffentlichungen wissenschaftlicher und biographischer Art mit anderen Augen: Wenn bei einer Bahnfahrt von einem „Personenschaden“ die Rede ist, läuft es mir kalt den Rücken herunter und ich ärgere mich nicht über die Verspätung, sondern bete für die Angehörigen. Begeistert habe ich das Jugendbuch „Tschik“ von Wolfgang Herrndorf als Roman gelesen. Das Buch strahlt so viel Leichtigkeit und Sehnsucht nach Leben aus. Berührend, den Autor hinter dem Roman kennen zu lernen, in dem als Buch veröffentlichten Blog „Arbeit und Struktur“: Herrndorf beschreibt, wie nach einer Tumordiagnose 2010 seine Suizidgedanken ihn quälen und antreiben zu schreiben, ihn zum Bestsellerautor werden und zugleich einen Suizid planen lassen, den er 2013 vollzogen hat. Beispielsweise habe ich mit der Fachärztin Claudia Rosenthal, die im Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Aachen arbeitet, ein gemeinsames Seminar zum Thema „Suizid und Todessehnsucht aus biblischer und ärztlicher Sicht“ beim Christlichen Gesundheitskongress 2014 in Bielefeld durchgeführt und anschließend unsere Überlegungen im Theologischen Gespräch 4/2014 veröffentlicht.

Als die Stiftung PROVITA angefragt hat, mich als Autor von Einheiten an der Initiative Lebensfragen zu beteiligen, habe ich gerne mitgemacht. 8 Einheiten wurden konzipiert und stehen als kostenloses Material zur Verfügung (<https://www.initiative-lebensfragen.de/>). Als Gesamtgemeinde Hannover haben wir monatlich zu insgesamt sechs Abenden eingeladen. Mit Hilfe der Materialien sind die Anwesenden sehr gut ins Gespräch gekommen und die Sprachfähigkeit bei ethischen Dilemma-Fragen hat sich verbessert. Das Material pusht nicht einseitig in eine Richtung, sondern gibt sachliche Infor-

Anzeige



n^v NEUFELD VERLAG

Wir arbeiten wieder von Bayern aus – unsere Bücher und Kalender finden Sie, wie gewohnt, in Ihrer Buchhandlung!

www.neufeld-verlag.de



mationen, hilfreiche Fragen und Materialien (Bilder, Videos, Zitate) und schafft einen idealen Rahmen für einen offenen Diskurs.

Als neunte Einheit wurde dem Material die Frage „Hilft es, wenn wir beim Sterben helfen? Vom Ringen um das Leben, die Sterbegleitung und das Sterben auf Verlangen“ hinzugefügt. Der Pastor Michael Schröder hat einen profunden Artikel in den Basisinformationen veröffentlicht und führt in die Argumente für und gegen einen assistierten Suizid kundig ein. In diesem Beitrag möchte ich auf den Sprachgebrauch beim Thema eingehen und auf gängige Spannungen in der Auseinandersetzung mit assistiertem Suizid, denn: Worüber sprechen wir? Es kommt auch auf den Wortgebrauch an!

SUIZID

„Selbstmord“? Mit diesem Begriff ist schon ein vernichtendes Urteil gefällt, denn es schwingen niedere Beweggründe mit. Der „Selbstmörder“ gilt als einer, der sich moralisch verwerflich verhalten hat. „Freitod“? klingt positiv und leicht, verdunkelt aber, dass Betroffene sich geradezu in einer äußersten Enge und Dunkelheit sehen und gerade eben nicht frei. Selbsttötung als Akt größter Willensfreiheit zu heroisieren ist ein Irrtum. Neutralere Begriffe sind Selbsttötung und „Suizid“ – abgeleitet aus dem Lateinischen „sui caedere“ – sich töten. Indem Sie diese Zeilen lesen, haben Sie bereits ein Tabu gebrochen, denn es wird wenig über Suizid gesprochen. Das hat gute Gründe: Es wirkt vorbeugend, wenn in Nachrichtenmedien zurückhaltend von Selbsttötungen berichtet wird. Denn der sogenannte Werther-Effekt ist immer wieder nachweisbar. Als der Roman „Die Leiden des jungen Werther“ von Goethe erschienen ist, kam es danach zu einer Vielzahl gleichartig durchgeführter Suizide. In den Wochen nach dem von einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommenen Suizid des Fußballtorwarts Robert Enke (2009) gab es fünf bis sechsmal mehr Schie-

mentode als zuvor, zugleich wurde der Zusammenhang von Suizid und Depression intensiv thematisiert.

Wie viele Menschen sind von Suizidversuchen betroffen? In Deutschland „nehmen sich“ ca. 10.000 Menschen jedes Jahr ihr Leben – auch diese Formulierung ist zweifelhaft. Normalerweise hält jemand etwas in den Händen, wenn sich einer etwas „nimmt“, aber solche Menschen verlieren ihr Leben. Sachlich gesehen sinkt die Suizidrate in Deutschland erkennbar. 1980 waren es 18.000 Selbsttötungen im Jahr, seit 2008 sinkt die Anzahl deutlich. Zugleich sind 2010 drei Mal mehr Menschen an Suiziden gestorben als an Verkehrsunfällen. In den letzten Jahren nimmt die Zahl der Selbsttötungen von älteren Menschen zu. Älter als 60 Jahre sind 40 Prozent der Menschen, die durch Suizid sterben. Zehnmal mehr Menschen versuchen sich selbst zu töten. Von diesen 100.000 Menschen finden 90 Prozent einen Weg zurück ins Leben und sterben auch zehn Jahre nach dem ersten Suizidversuch nicht an Suizid.

ASSISTIERTER SUIZID

Das Thema soll die Frage bewegen, inwiefern man mit Hilfe anderer sein Leben beenden können sollte. Anlass ist die Diskussion um das Gesetz zum assistierten Suizid mit dem §217 StGB und die verschiedenen parlamentarischen Initiativen zur gesetzlichen Neuregelung. Dabei geht es um die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch und der unterstützten Selbsttötung. Von seiner sachlichen Bedeutung her wäre der Begriff Euthanasie verwendbar. Wörtlich bedeutet es „guter bzw. leichter Tod“ und meint inhaltlich die beabsichtigte Herbeiführung des Todes bei unheilbarer Krankheit durch Medikamente. Die Wertung „gut“ und die Geschichte der Euthanasie im Dritten Reich sprechen aber gegen die Verwendung des Begriffs. Daher ist häufigste und möglichst wertfreie Bezeichnung: assistierter Suizid oder ohne Fremdwörter: unterstützte Selbsttötung.



SPANNUNGSFELDER

WER SICH MIT DEM THEMA BESCHÄFTIGT, BEWEGT SICH IN EINER VIELZAHL AN SPANNUNGSFELDERN:

- **Das Leben eines Menschen ist unverfügbar.**
 Es gibt keine Pflicht, ein Leben fortzusetzen, das nur als Last empfunden wird.
- **Gott ist Herr über Leben und Tod.**
 Der Mensch ist autonom und hat ein Recht zu sterben, wie er es möchte.
- **Alles muss getan werden, um Menschen am Leben zu erhalten.**
 Ein Mensch muss selbst entscheiden dürfen, ob er noch essen und trinken will („Sterbefasten“).
- **Menschen dürfen nicht den Eindruck bekommen, nur gewollt zu sein, wenn sie nützlich sind oder gesund.**
 Menschen empfinden sich selbst als wertlos und ihr Leben als nicht mehr lebenswert.
- **„Selbstmord“ (bewertet die Selbsttötung als ethisch verwerflich als „Mord“).**
 „Freitod“ (heroisiert die Selbsttötung als Akt der Freiheit).
- **Kranke durchleiden fast unerträgliche Schmerzen („Höllenqualen“), die unzumutbar sind. Es besteht der Wunsch, dem Leiden ein Ende zu setzen.**
 Die Palliativmedizin hat vielfältige Möglichkeiten (auch medikamentös) entwickelt, Leiden und Sichen von Patientinnen und Patienten zu mindern.
- **Der Wunsch nach dem selbstbestimmten Tod ist entscheidend.**
 Der Wunsch nach dem Ausscheiden aus dem Leben löst sich vielfach bei kontinuierlicher Begleitung und Betreuung auf, nicht selten wird der Wunsch nach einem assistierten Suizid von außen an die Betroffenen herangetragen.
- **Die „moralische Keule“, an das Euthanasieprogramm im Dritten Reich zu erinnern, ist unsachlich.**
 Die Legalisierung des assistierten Suizids senkt die Hemmschwelle und führt zu einem Tabu- und Dambruch, nicht allein Menschen mit schwerster unheilbarer Krankheit, sondern Menschen mit Behinderungen, Demenz, psychischen Erkrankungen usw. vorzeitig aus dem Leben scheiden zu lassen.
- **Die Frage nach einem assistierten Suizid ist eine sehr persönliche individuelle Frage.**
 Es entsteht ein gesellschaftliches Klima der Entsolidarisierung und ein Erwartungsdruck, der Gemeinschaft nicht „zur Last“ zu fallen.

In einem Video der Initiative Lebens?fragen sprechen Anne und Nikolaus Schneider miteinander und tauschen aus christlicher Perspektive völlig unterschiedliche Perspektiven zum Thema aus. Samuel Koch setzt sich nach seinem schweren Unfall mit Suizidgedanken und seinem Wunsch, mit schwerer Behinderung leben zu wollen, auseinander. Eine einfache Auflösung der Spannungen will ich in diesem Beitrag nicht anbieten, nur andeuten: Die Haltung „Hilfe beim Sterben und nicht Hilfe zum Sterben!“ ist aus meiner Sicht ein guter Kompass. ■

Dr. theol. Michael Rohde
 Leitender Pastor der Evangelisch-Freikirchlichen Gemeinde
 Hannover-Walderseestraße



JETZT SCANNEN UND DIESEN
 BEITRAG ANHÖREN!



WENN ICH IHNEN SOFORT DEN BECHER MIT GIFT AUF DEN TISCH STELLE...

In den letzten 10 Jahren habe ich als Palliativmediziner wohl über zweitausend Schwerkranke und Sterbende betreut. Beim Erstgespräch im Haus eines Schwerkranken gibt es verschiedene Szenarien des Empfangs. Einige Patienten haben Angst vor unserem SAPV Team. Sie denken, wir sind die, die jetzt mit der Giftspritze kommen, obwohl sie doch noch gar nicht sterben wollen. Hier können wir schnell beruhigen.

Andere sind enttäuscht, weil wir eben gerade nicht mit der Spritze kommen, die sie so gerne von uns hätten. Ja, zugegeben, der Wunsch nach Hilfe zum Sterben wird gelegentlich an mich herangetragen, allerdings viel seltener als uns die Medien und die öffentliche Diskussion glauben machen wollen. Die allermeisten wollen leben bis zum Schluss, auch wenn sie sich bereits in einem Zustand befinden, den viele Gesunde als „nicht mehr lebenswert“ bezeichnen würden. Im Gegensatz zum seltenen Wunsch nach Hilfe zum Sterben höre ich fast täglich den Satz: „Wenn es so bleibt, wie es ist, bin ich zufrieden“. Natürlich bleibt es oft nicht so, dennoch zeigt diese häufige Aussage, dass auch Menschen mit sehr eingeschränkten Fähigkeiten und kaum noch vorhandener Kraft in aller Regel leben wollen.

Schon für medizinisches Fachpersonal ist es verwirrend: Was bedeutet terminale Sedierung? Was ist assistierter Suizid, sei es privat oder geschäftsmässig? Was bedeutet Sterbefasten und was genau hat das Verfassungsgericht denn jetzt entschieden? Die wenigsten Laien sind hier wirklich informiert und können hier selbstbestimmt entscheiden. Wenn nun aber doch der ernstgemeinte Wunsch nach Sterbehilfe kommt, manchmal fast aggressiv vorgetragen, etwa mit den Worten: „Jeden Hund würde man einschläfern lassen, aber ich muss weiterleben“, stelle ich gelegentlich die aktuell noch hypothetische Frage: „Wenn ich Ihnen sofort den Becher mit Gift auf den Tisch stelle, würden sie ihn jetzt trinken?“ – Vielen wird erst dann deutlich, was assistierter Suizid eigentlich bedeutet.

Ich denke an einen alten Mann, sehr intelligent und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte, aber sehr schwach, einge-

schränkt im Laufen, Sehen und Hören. Nicht mehr lesen zu können, war für ihn als Historiker sehr schlimm. Sein Wunsch nach Sterbehilfe klang überlegt und nachvollziehbar. Als palliativmedizinisches Team konnten wir zwar seine Symptome gut kontrollieren, das Sehen und Hören kam jedoch nicht mehr wieder. Allerdings erlebte kurze Zeit später sein Sohn eine schwere Lebenskrise. Plötzlich hatte der alte Mann das Gefühl, noch einmal gebraucht zu werden, seinen Sohn unterstützen zu müssen und auch zu können. Vom Sterbewunsch war keine Rede mehr.

Meistens gibt es in den letzten Phasen schwerer Krankheit viele Fragen, Probleme, Ängste und Krisen. Situationen ändern sich wöchentlich, manchmal täglich. Was gestern noch ging, geht heute nicht mehr. Oder umgekehrt: Was gestern ganz schlimm war, ist heute entspannt. In diesen turbulenten Zeiten kann ein Sterbewunsch heute dringlich sein, drei Tage nach einer guten Medikationsänderung sieht die Welt plötzlich wieder ganz anders aus.

Ja, zugegeben, es gibt Patienten, die wirklich sterben wollen, wohlüberlegt und über eine lange Zeit. Aber sie sind selten, unter tausend keine Handvoll. Mag sein, dass für diese eine neue Gesetzeslage geschaffen werden muss, für wichtig halte ich es nicht. Ich habe viel mehr Sorge um die neunundneunzig, die zu allen Sorgen, Nöten und Problemen ihrer letzten Lebensphase sich jetzt auch noch vor die Frage gestellt sehen, ob sie weiterleben dürfen oder ob sie gehen sollten. Der Tod bleibt letzten Endes trotz aller Selbstbestimmung unverfügbar, daran wird kein neues Gesetz etwas ändern. ■

Dr. med. Christian Taut, Facharzt für Innere Medizin, Onkologie, Palliativmedizin, SAPV Team Ludwigs-lust-Parchim, CiG-Region
parchim@cig-online.de





STERBEHILFE VON DER GEBROCHENEN LIEBE ZUM LEBEN

Kennen Sie Begebenheiten wie die Folgenden? Ihr Nachbar oder Ihre Nachbarin erzählt Ihnen mit verschmitztem Lächeln auf den Lippen, dass er bzw. sie einen Weg gefunden hat, im Notfall mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden. Oder: Jemand, rund 60 Jahre alt, fragt in der Arztpraxis oder im Altenheim, ob man „das mit dem Vater nicht etwas beschleunigen könnte“. Oder: Jemand hält rigoros fest: „Wenn ich die Diagnose Demenz erhalte, weiß ich, was ich tue“ (gemeint ist: Dann mache ich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation mit meinem Leben Schluss). Oder: Ein 50-Jähriger bemerkt: Was da in den Heimen mit den alten Menschen getan wird, ist unfassbar. So etwas kommt für mich nicht in Frage. Gut, dass ich die Alternative kenne“. Oder: Eine muntere Dame mit 80 merkt mit fragendem Blick an: „Morgen bin ich zu einer Abschiedsparty einer ehemaligen Schulkameradin eingeladen. Am darauffolgenden Tag wird der längst vereinbarte Sterbetermin mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation sein. Würdest Du hingehen? Was denkst Du zu dieser Sache? Eigentlich hat sie angesichts ihres Zustandes ja recht.“

Im Moment tut sich bezüglich Sterbehilfe – besser: Assistierter Suizid – in unseren Ländern viel. In „meinem“ Kanton hat vergangenen Herbst die Legislative beschlossen, dass private Heime freie Wahl haben, den assistierten Suizid in ihrer Institution zuzulassen oder aber nicht zuzulassen. Knapp ein halbes Jahr später ist bereits eine Initiative zur Volksabstimmung eingereicht, die von sämtlichen Heimen verlangt, Sterbehilfeorganisationen Zutritt zu geben. Postulate, assistierten Suizid etwa für Ehepaare, Menschen mit Demenz oder Strafgefangene zu erleichtern, sind in fast wöchentlichem Rhythmus in der Presse zu lesen. Auch die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. Zwei Beispiele: In der Schweiz hatte im Jahr 2022 die grösste Sterbehilfeorganisation, nämlich Exit, 17'361 Neuanmeldungen (entspricht +15% im Vergleich zum Vorjahr). Und: 81% der Bevölkerung finden es anfangs 2023 „gut, dass man am Lebensende die Option Sterbehilfe hat“.

Im Folgenden versuche ich;

- acht Wahrnehmungen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid zu beschreiben,
- acht Prinzipien zu skizzieren, die uns zur Zeit hilfreich erscheinen,
- drei „To do's“ in Kirchen, Berufen und Gesellschaft zu benennen.

Ich weiß, dass sehr viele Fragen offen bleiben. Ich ermutige sehr, der Geschichte der Sterbehilfe nachzugehen, Ländervergleiche anzustellen, das viele Gute, das u.a. in Palliativ-Zentren geschieht zur Kenntnis zu nehmen, und nicht zuletzt statt in der Verurteilung von Sterbehilfe zu verharren, in allem die Liebe zum Leben neu zu entdecken, zu erlernen und unaufdringlich, klar und öffentlich zu leben.

ACHT WAHRNEHMUNGEN

WAHRNEHMUNG 1: In unserer westlichen Welt wurde mit den meisten Menschen während der zurückliegenden Jahre kaum je über Alter, Verlust, Schwäche und Tod geredet – und wenn, dann über die Frage, wie solches vermieden werden kann. Uns fehlt diesbezüglich ein angemessenes, von Wertschätzung geprägtes Gesprächs-Instrumentarium – einfacher ausgedrückt: Uns fehlt Sprache, sprich Worte und Begriffe, um über Lebensende, Schwäche, Verlust, Vergänglichkeit ermutigend und nachvollziehbar zu reden.

WAHRNEHMUNG 2: Wir haben im Zusammenhang mit den Gesprächen rund um den assistierten Suizid fast nur die körperlichen Grenzsituationen vor Augen. Dabei vergessen wir, dass die meisten Menschen ein tiefes, oft verschüttetes Bedürfnis haben, mindestens das Ergehen der Seele, das soziale Geflecht und die mentale Ausrichtung neben dem körperlichen (Un-)Wohlbefinden zur Sprache zu bringen. Dies allerdings bedarf etwas mehr Zeit – und Kompetenz.

WAHRNEHMUNG 3: Die Angst vor dem, was nach dem Tod kommt, wurde im Laufe der vergangenen Jahrzehnte abgelöst durch eine Angst vor dem Sterben, also den Ereignissen vor dem Tod. Diese Angst vor dem Sterben wird heute zunehmend abgelöst von einer Angst vor (zu) langem Leben. Dabei fehlt uns weitgehend die Fähigkeit, langes Leben – der Medizin sei Dank – sinnvoll zu gestalten.

WAHRNEHMUNG 4: Die Verhaftung im medizinischen Denken (Problem – Diagnose – Prognose – Therapie) stößt wie das klassisch diakonische Denken der Kirche im langen Leben auf Grenzen. Uns fehlen weitgehend taugliche Vorgehensweisen, durch die angesichts von Schwäche Hoffnung und Sinn gestiftet werden. Auch in christlich-kirchlichen Kreisen ist das biblische Verheißungspotential in Grenzsituationen weitgehend unbekannt.

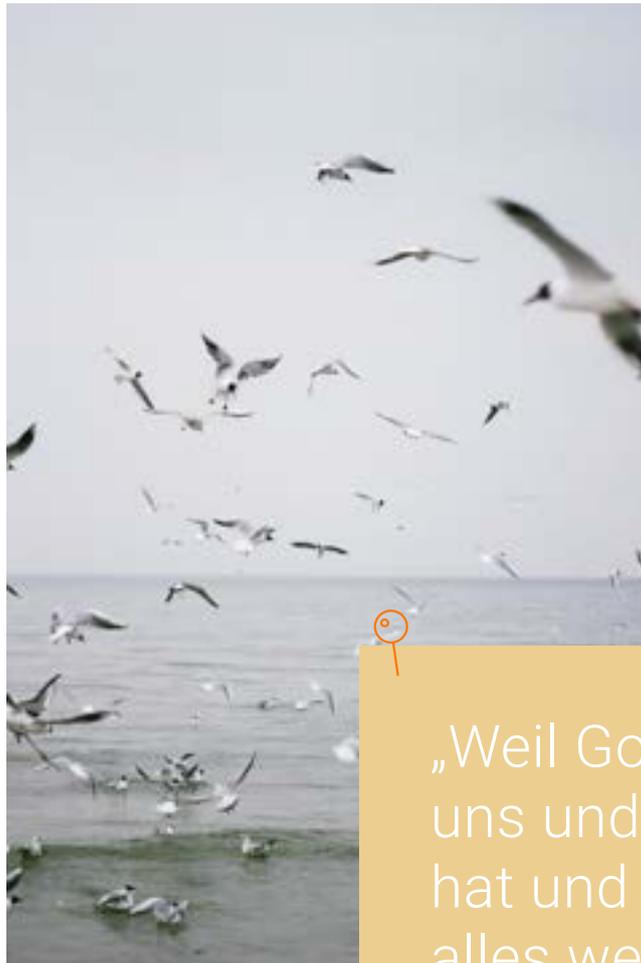
WAHRNEHMUNG 5: Unsere Zeit hat Gegenwartsoptimierung inkl. Selbstoptimierung äußerst gut gelernt (das „besser, schneller, schöner“). Ziemlich ungeübt sind wir jedoch in der Frage, die uns Victor Frankl ins Stammbuch geschrieben hat, nämlich: Was wartet? Frankl wusste aus seinen KZ-Erfahrungen, dass dort, wo nichts mehr wartet und erwartet wird, ein Mensch tot ist. Uns fehlen fatalerweise Menschen, die die Zukunft lieben, die die Zukunft malen und die die Zukunft erzählen können, also Zukunftserzähler/-innen und Zukunftsmaler/-innen.

WAHRNEHMUNG 6: Wer den assistierten Suizid in Anspruch nimmt, gilt als mutig und tapfer. Solchen Menschen wird in der öffentlichen Meinung so etwas wie ein „Heldenstatus“ eingeräumt. Wo assistierter Suizid nicht in einen Mantel des Schweigens gehüllt wird, existieren nicht selten eine stille Bewunderung und ein Verdacht der

Unmündigkeit derer, die sich den „assistierten Suizid“ nicht als Option offenhalten. Beispiele derart glorifizierter Menschen sind u.a. David Goodall, australischer Professor, 104 Jahre alt, dann Marieke Vervoort, Rollstuhlathletin mit Olympiagold, This Jenni, schweizerischer Ständerat, und Noah Berge, Profi-Basketballer in Dresden, 23 Jahre alt.

WAHRNEHMUNG 7: Begriffe wie Würde oder Liebe werden umgedeutet. Wer den assistierten Suizid nicht hochachtet, entwürdigt angeblich Menschen, die den assistierten Suizid wünschen, und denkt bzw. handelt lieblos, wenn er assistierten Suizid nicht gutheißt. Dass Christen Begriffe wie Liebe oder Würde gelegentlich so eigenartig füllen, ist betrüblich.

WAHRNEHMUNG 8: Wir dokumentieren jene Menschen (leider) nicht, die ganz normal JA zum Leben sagen, auch wenn es notvoll ist.



„Weil Gott ein **JA** zu uns und dieser Welt hat und diese über alles wertschätzt, kann ich mich in dieses **JA** einklinken und mich von diesem **JA** mitnehmen lassen.“

Man veröffentlicht entsprechend kaum Erzählungen von Menschen, die das JA zum Leben in aller Verletzlichkeit, Begrenzung und Vergänglichkeit pflegen und bis ans Ende leben. Für sie ist das Leben auch im hohen Alter das Gegenteil von Abstieg, „Restlauf“, „Nicht-Mehr“ und Verlust. Vielmehr leuchtet unbändige Hoffnung in der Überzeugung auf, dass das Beste und Schönste noch kommt.

Was tun? Als Autor dieser Zeilen habe ich seit knapp 12 Jahren das Vorrecht, alte, sehr alte und sterbende Menschen in einer Institution mit rund 140 Personen begleiten zu dürfen. Vergänglichkeit, Verletzlichkeit, Schwäche, gesundheitliche Einbrüche, Sterben und Tod gehören zum Alltag. Die sich uns täglich stellende Frage ist schlicht: Was bewährt sich, um in dieser besonderen Lebensphase erfüllt, in Würde, das Leben liebend, hoffnungsvoll und sinngetragen zu bleiben und manchmal erst zu erlernen?

Ich fasse an dieser Stelle einige unserer Grundsätze oder Prinzipien zusammen. Das A und O ist dabei, die Liebe zum Leben entweder nicht zu verlieren oder sogar mehr als bisher zu gewinnen.

Auch wenn das Lesevergnügen durch das abgehackte Aufzählen etwas in Schach gehalten wird, wage ich es trotzdem, acht Prinzipien aneinander zu reihen.

GRUNDSATZ 1: Wir unterscheiden strikte zwischen dem ganz normalen Alterungsprozess, zu dem unwidersprochen eine erhöhte Verletzlichkeit gehört, und den Gebrechen und Krankheiten, mit denen Menschen umzugehen haben. Der alternde Mensch bleibt zuerst und zuletzt immer Mensch mit viel Lebenserfahrung, viel Prägungen und viel eingeübten, hilfreichen und weniger hilfreichen Lebensmustern. Genau darauf ist ausnahmslos jeder Mensch ansprechbar. Sie wertschätzend zu benennen, ist Bestandteil jeder Begleitung und betrifft immer auch die Dimension Vergänglichkeit und Sterben.

GRUNDSATZ 2: Jeder Mensch hat nicht nur eine Biographie generell, sondern immer auch eine spezielle Biographie des Umgangs mit Notvollem, mit Schwäche, mit Übergängen und mit Frustrierendem. Die einfachste Frage lautet: Ist dieser Mensch schon immer auf diese Weise mit Notlagen, Schwächen und Herausforderungen umgegangen? Fast immer – und deshalb scheint uns dieser Punkt an dieser Stelle wichtig – gehorcht der Umgang mit Sterbehilfe genau dieser Logik. Beispiel: Im Notfall finde ich, wie schon immer, eine Hintertür.

GRUNDSATZ 3: Es gibt bekanntlich ganz normale Phasen im Leben und speziell auch im Älterwerden. Hier unterscheiden wir fünf solcher Phasen. Die Letzte nennen wir „die Phase des Hinnehmens und sich Verschenkens“. In jeder Phase

dürfen und müssen Dinge gelernt werden. Die Fähigkeit des Hinnehmens und sich Verschenkens – als Gegenteil überhöhter Ansprüche und Forderungen – versuchen wir so früh wie möglich anzusprechen.

GRUNDSATZ 4: Wir halten den Satz, dass wir im Älterwerden immer mehr Vergangenheit und immer weniger Zukunft haben, für fatal und destruktiv. Er raubt – wie kaum andere Sätze – letzte Hoffnungen. Wir üben – wo immer möglich – der Zukunft mehr Gewicht zu geben als der Gegenwart und der Vergangenheit. Das Überraschungsmoment: Je sicherer jemand in der Frage nach der Zukunft ist, desto leichter tut er sich mit der Aufräumarbeit unangenehmer Dinge aus der Vergangenheit. Genau dies macht dann erfüllende Gegenwart möglich.

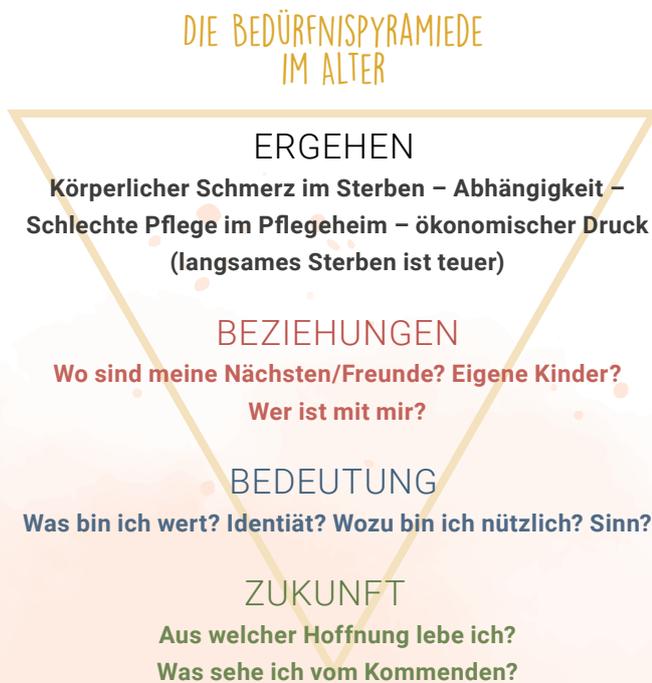
GRUNDSATZ 4: Weil im Zusammenhang mit Sterbehilfe der Begriff Selbstbestimmung sehr zentral ist, versuchen wir, Selbstbestimmung und alle damit zusammenhängenden Erfahrungen zum Thema zu machen („Biographie der Selbstbestimmung“). Dies beginnt beispielsweise mit der Frage, wie sich jemand fühlte, als er oder sie mit dem Auto im Stau stand, also in einem Zustand sehr begrenzter Selbstbestimmung.

GRUNDSATZ 5: Schlüssel der Begleitung von Menschen in hohem Alter scheint uns in der Wertschätzung zu liegen. An dieser Stelle findet sich oft das größte Defizit im Leben eines Menschen. Wertschätzung heißt, den Schatz (das Juwel, den Diamanten, die Perle, ...) im Gegenüber in Worte zu fassen. Wir glauben, dass in jedem Menschen ein Schatz verborgen liegt – bis zum letzten Atemzug seines Lebens. Genau dies müssen Menschen spüren, wenn wir ihnen begegnen. Christen vermitteln hier nicht immer das, was hilfreich ist.

GRUNDSATZ 6: Ohne Humor geht gar nichts, auch nicht, wenn es um das Sterben geht und wenn es gerade nichts zu lachen gibt. Drei Beispiele:

- Bewohnerin, 95, seit Jahren bettlägerig, freut sich über jeden Besuch. Kurz vor dem Tod nach einem Besuch: „Auf Wiedersehen. Es könnte sein, dass ich sterbe und morgen gestorben erwache“.
- Woody Allen: „Ich habe keine Angst vor dem Tod. Ich möchte nur nicht dabei sein, wenn’s passiert“.
- Snoopy’s Gefährte zu Snoopy: „Eines Tages werden wir alle sterben“. Snoopy: „Ja, das stimmt, aber an allen andern Tagen leben wir!“

GRUNDSATZ 7: Uns scheint, dass es speziell auch im Alter eine Art Bedürfnispyramide gibt. Im Bild:



Die Überzeugung: Wo die je tiefer liegende Ebene befriedigend beantwortet ist, relativiert dies die Wucht auf den je höheren Ebenen. Beispiel: Wer weiß, wer mit ihm auch in notvollen Situationen des Lebens ist, empfindet das körperliche Unwohlbefinden anders als derjenige, der sich allein gelassen fühlt.

GRUNDSATZ 8: Für uns möglicherweise am befreiendsten: Wir versuchen, in allen Unsicherheiten rund um assistierten Suizid nicht in die Moralfalle zu tappen. Uns scheint die Sterbehilfe und die Wucht, mit der sie in unserer Gesellschaft wirkt, vielmehr eine Frage der Logik zu sein. Wenn es uns gelingt, diese Logiken aufzudecken, glauben wir, den betreffenden Menschen am meisten zu helfen und die Liebe zum Leben am wirkungsvollsten zu entfachen.

JETZT SCANNEN UND DIESEN
BEITRAG ANHÖREN!



SCHLUSSFOLGERUNG

Die drei Schlüsselworte liegen auf der Hand. Es ist das schlichte Wörtchen JA, es ist Zukunft, und es ist Liebe zum Leben. Ich werde nicht müde, immer wieder bei diesen sehr schlichten, einfachen Worten Zuflucht zu nehmen.

In aller Begleitung von Menschen gerade in äußersten Not-situationen möchte ich mit meinem JA zu Gott, meinem JA zu Menschen und meinem JA zu dieser gebrochenen Welt anstecken. Im Tiefsten gilt: Mehr ist am Schluss nicht notwendig.

Und dann möchte ich ein Mensch der Zukunft sein. Ein Mensch also, der in der Zukunft, damit weder in der Gegenwart noch in der Vergangenheit, zuhause und verankert ist. Nur so, letztlich in dem, was Gott verheißt und zusagt, kann ich zum gewinnenden Zukunftserzähler und Zukunftsmaler werden.

Schließlich fragend: Was könnte werden, wenn wir in unseren Berufen genauso wie in unseren Kirchen und Gemeinden uns ganz neu im Hinblick auf ein gelingendes 21. Jahrhundert zur Liebe zum Leben anstacheln und herausfordern lassen? Ich glaube, wir sollten es tun, falls wir nicht einfach zuschauen wollen, wie Menschen ihrem Leben mit anscheinend guten Argumenten ein Ende setzen. ■

Im Folgenden einige Angaben zum Weiterdenken:

Drei lesenswerte Bücher unter dem Motto „Die Zukunft lieben“

- **Ein JA-Mensch werden – Lebensverändernder Aufbruch in einer unperfekten Welt.**
- **Die Champions League des Lebens – Warum Älterwerden das Beste ist, was uns passieren kann.**
- **Lebensplanung für Fortgeschrittene – Wie wir älter werden wollen (als E-Book erhältlich)**

Zwei Initiativen:

- www.initiative-pro-aging.ch
- www.perspektive-3d.com

Markus Müller, Behindertenpädagoge,
Heimpfarrer im Zentrum Rämismühle
in der Nähe von Winterthur, engagiert
sich in der Initiative Pro Aging, ([https://
initiative-pro-aging.ch](https://initiative-pro-aging.ch))



DAS LÄCHELN ZÄHLT

Viel Grün umgibt das alte Rittergut Retzen, einem Ort, an dem 131 pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen leben, oft auch mit einer sehr starken Einschränkung. Das moderne Therapie- und Pflegezentrum ist stolz auf die Kombination von Pflege mit vielfältigen therapeutischen Ansätzen in einem ganzheitlichen Konzept. Frank Fornaçon fragte Christine Körbel, die die Einrichtung leitet, wie das Motto des Gutes Retzen „Wir pflegen für Ihr Leben gern“ sich im Alltag auswirkt.

Liebe Frau Körbel, wie beschreiben Sie Ihre Einrichtung gegenüber Menschen, die noch nie auf Gut Retzen waren?

Gut Retzen ist eine familiengeführte Einrichtung in 2. Generation. Wir wollen den Menschen, die auf Gut Retzen leben, ein Zuhause geben. Dabei ist uns wichtig, dass jeder Mensch als individuelles Geschöpf Gottes angenommen ist, auch wenn die Situation jetzt ganz anders ist als vor der Erkrankung. Leistung spielt keine Rolle.

In unserer Einrichtung leben 91 Menschen aller Altersgruppen mit zum Teil schwersten erworbenen Hirnschädigungen. Viele unserer Bewohnerinnen und Bewohner können sich nicht verbal äußern und sind auf nonverbale Kommunikation, wie zum Beispiel über Berührung oder durch Augenbewegungen, angewiesen. Teilweise ist auch keine sichtbare Kommunikation möglich. Einige Bewohner werden teilweise oder durchgehend beatmet.

JEDER MENSCH IST GESCHÖPF GOTTES IM „DASEIN“ UND NICHT IM „IM ETWAS LEISTEN MÜSSEN“.

Was hat Sie motiviert, sich beruflich für Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf einzusetzen?

Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf haben massive Einschränkungen im täglichen Leben. Sie sind oftmals aus dem Blick der Gesellschaft gerückt. Gerade diesen Menschen möchte ich aus meinem Glauben heraus zur Seite stehen. Dabei sind mir deren Angehörige genauso wichtig.

Zu einem gelungenen Arbeitstag gehört unbedingt...

...ein Lächeln auf dem Gesicht unserer Bewohnerinnen und Bewohner, Situationen mit Humor auszuhalten, zusammen mit Angehörigen lachen und weinen, Nähe zuzulassen, Ausweglosigkeit der Erkrankung Raum geben, eine offene Bürotür zu haben...

Welche besonderen Chancen bietet die Mitarbeit in Ihrem Haus?

Wir haben ein familienfreundliches Arbeits- und Wohnkonzept. Bei uns besteht die Möglichkeit, in einem interdisziplinären Team gemeinsam mit anderen therapeutischen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten. Die Arbeit mit intensivpflegebedürftigen Menschen bietet viele Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung und Weiterbildung, nicht zuletzt auch die Erfahrung mit Sterben und Tod.

Die moderne Pflege ist ohne ihre Wurzeln in der christlichen Nächstenliebe nicht denkbar. Wie wirken sie sich in Ihrer – nicht von der Kirche getragenen – Einrichtung aus?

Wir versuchen, die christliche Nächstenliebe im Alltag und in der Wertschätzung des Nächsten gegenüber zu leben. Jeder Mensch ist ein geliebtes Geschöpf Gottes, unabhängig von seiner Herkunft oder seiner Leistung. Wöchentlich finden in unserer Einrichtung Andachten für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Freunde statt. Außerdem gibt es immer auch Raum für seelsorgerliche Begleitung. Sonntägliche Gottesdienste per Livestream oder auch durch Besuch vor Ort werden ermöglicht.

Viele ihrer Bewohnerinnen und Bewohner leben mit starken Einschränkungen. Was macht ihr Leben dennoch lebenswert?

Jeder Mensch ist Geschöpf Gottes im „Dasein“ und nicht im „etwas leisten müssen“. Dieses Motto versuchen wir im Alltag umzusetzen. Dabei sind uns nonverbale Reaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner besonders wertvoll. Auch in größter gesundheitlicher Einschränkung gibt es Momente zum Lächeln, sich zu begegnen und der gegenseitigen Wertschätzung.

Wie nehmen Sie die gesellschaftliche Einstellung zu schwerstpflegebedürftigen Menschen wahr? Gibt es Veränderungen gegenüber der Vergangenheit?



Unsere von Schönheit und Leistung geprägte Gesellschaft versucht Krankheit und Behinderung aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Das erleben wir auch. In einer Zeit, in der die Ressourcen im Gesundheitswesen immer knapper werden, sind wir zunehmend mit der Frage konfrontiert, inwieweit der bedürftige Mensch es noch wert ist, behandelt zu werden. Diese Situation ist für uns alle sehr bedrückend.

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, dann wären das?

Gott spürbar mit uns; eine Gesundheitspolitik, die vom Wert des Menschen her denkt; Pflegefachkräfte in Hülle und Fülle.

Christine Körbel ist seit 2017 Einrichtungsleitung. Die gelernte Krankenschwester, PDL und Diakonin lebt in Bruchhausen-Vilsen und engagiert sich ehrenamtlich in der Freien evangelischen Gemeinde Syke und in der CiG-Region verden-allen@cig-online.de.



Mehr über Gut Retzen:
www.gut-retzen.de

PRAXISKREIS

IM WARTEZIMMER EINER UROLOGISCHEN FACHARZTPRAXIS

REGELMÄSSIGE ANDACHT FÜR CHRONISCH KRANKE, INSBESONDERE TUMORKRANKE PATIENTEN

Seit 2008 trifft sich eine Gruppe von 7-12 chronisch kranken Patienten, insbesondere Tumor-Patienten, alle 14 Tage zu einer Andacht in unserem Wartezimmer. Der evangelische Pastor Dr. Reinhard Steffen, schon viele Jahre selbst in Pension, leitet diese Gruppe, ich bin als Gastgeber immer dabei. Diese Gruppe hat auch ein wenig den Charakter einer christlichen Selbsthilfegruppe, da durch das über Jahre gewachsene Vertrauen unter den Patienten viel gegenseitiger Support entstanden ist und auch mein medizinischer Rat regelmäßig gefragt ist. Der Praxiskreis entstand aus damals in der Praxis angebotenen Abenden zum Thema „christliche Heilkunde“ und einem Alphakurs, den wir als Praxis anboten und für den wir Pastor Steffen gewinnen konnten.

Damals entstand der Wunsch der Patienten, auch weiterhin regelmäßig zusammen kommen zu können.

Viele der Teilnehmer sind im Laufe der Jahre in Folge ihren schweren Erkrankungen verstorben. Eigentlich muss ich eher sagen: „heimgegangen“. Die christlichen Wurzeln ihrer Kindheit, durch das Elternhaus und die Kirche gepflanzt, waren in der Krankheitskrise wieder lebendig geworden, der Glaube hatte wieder eine zentrale Bedeutung in ihrem Leben bekommen. Besonders im Finale des Lebens waren die starke Hilfe und der Trost durch den revitalisierten Glauben spürbar. Hans, der atheistisch geprägte Neunzigjährige, hatte den Wunsch, noch auf dem Sterbebett von Pastor Steffen getauft zu werden.

Lena, 94-jährig, geistig völlig klar, mit Rucksack und Turnschuhen, kam sie regelmäßig in den Praxiskreis. Sie hatte es nicht so leicht mit dem Glauben.

An einem ihrer letzten Besuche sagte sie: „Ich verstehe immer mehr, was es mit dem Glauben auf sich hat!“

Sie nahm gerne das Segnungsgebet des Pastors am Ende unserer Andacht in Anspruch. Kurz darauf verstarb sie an einer kurzen und schweren Erkrankung. Sie hatte jahrelang ihren zunehmend dement werdenden Mann liebevoll gepflegt. Kurt zog es – auch noch als die Demenz einsetzte – zu uns in den Praxiskreis und in die Patientengottesdienste. Lena begleitete ihn fürsorglich. Für Edgar, dem eine böse Erkrankung seinen sehr sportlichen Lebensstil und manchen Lebenstraum zertrümmerte, ist der Praxiskreis zu einem regelmäßigen geistlichen Ankerplatz zwischen den Dialyseterminen geworden.

Ein besonderer Höhepunkt unserer Treffen ist die Feier des Abendmahls. Pastor Steffen bringt dann sein ambulantes Abendmahlsgeschirr samt Oblaten und Wein mit in die Praxis. Brot des Lebens gereicht in einem Wartezimmer einer urologischen Praxis!

Meine Patienten und ich sind uns der Besonderheit dieser Augenblicke bewusst!

Das große geistlich-spirituelle Bedürfnis schwer kranker Patienten war mir anfänglich gar nicht so bewusst. Durch den Praxiskreis, die regelmäßig stattfindenden Patientengottesdienste und auch die von CiG angebotenen Wochenenden für chronisch Kranke und deren Angehörige, kann diesem Bedürfnis begegnet werden. ■

Dr. Volker Brandes, Facharzt für Urologie, 2. Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen, Hamburg



DIE HILFE ZUM LEBEN MUSS VOR DER HILFE ZUM STERBEN STEHEN

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) für Deutschland ist ein bundesweites kooperatives Netzwerk mit dem Ziel der Förderung und Entwicklung der Suizidprävention.

Am NaSPro beteiligen sich Bundestagsausschüsse, Bundes- und Länderministerien, Kirchen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Medienverbände, Dach- und Fachgesellschaften des Gesundheitswesens, wissenschaftliche Einrichtungen, Betroffenenorganisationen und an der Suizidprävention Interessierte. Darüber hinaus begleitet ein internationaler wissenschaftlicher Beirat die Arbeit des NaSPro.

Durch „Vernetzen. Informieren. Aktivieren“ möchte das NaSPro relevante Kräfte in Deutschland zusammenbringen, um die Suizidprävention zu fördern und zu entwickeln.

Im Mittelpunkt stehen deshalb die mit Expertinnen und Experten aller Fachrichtungen zusammengesetzten Arbeitsgruppen. Diese widmen sich u.a. folgenden Themen: Medizinische Versorgung, Niedrigschwellige Suizidprävention, Kinder und Jugendliche, Alte Menschen, Justizvollzug, Verfügbarkeit von Suizidmitteln und -methoden, Beruf, Migration, Medien und Öffentlichkeitsarbeit und weitere. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.suizidpraevention.de/>

Das NaSPro befasst sich seit vielen Jahren mit dem Thema „Assistierter Suizid“ und hat sich sowohl mit Stellungnahmen (<https://www.suizidpraevention.de/infotek/stellungnahmen>) als auch im

Rahmen von Bündnissen (<https://www.naspro.de/dl/2022-Eckpunkte.pdf>) mit konkreten Vorschlägen an der Diskussion beteiligt.

Das NaSPro setzt sich entschieden für eine gesellschaftliche Situation ein, in der die Suizidprävention über jedweder Regelung des Zugangs zum assistierten Suizid steht: Jedem Menschen, der an Suizid denkt, sollten in erster Linie Hilfen und Unterstützungen ermöglicht werden, die zu Alternativen zum Suizid führen können. Die Hilfe zum Leben muss vor der Hilfe zum Sterben stehen. Das bedeutet unter anderem:

- **Die auskömmliche Förderung und Vernetzung regionaler suizidpräventiver Angebote (inkl. Telefon- und Onlineangebote).**
- **Die Vernetzung dieser Angebote im Rahmen einer bundesweiten Informations- und Koordinationsstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer, Website und Social Media Angeboten.**
- **Die Förderung von suizidpräventiven Angeboten für Risikogruppen sowie jungen und alten Menschen.**
- **Die Förderung und der weitere Ausbau von Hilfen im Alter und palliativmedizinischer Angebote. ■**



Hannah Müller-Pein
Sozialpädagogin (M.A.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Kassel,
FB 01 Humanwissenschaften,
Institut für Sozialwesen
in Verbindung mit Georg
Fiedler, Dipl.-Psychologe,
Kassel



„Sterbehilfe“ wovon reden wir?

Im folgenden Text möchte ich die verschiedenen Sterbehilfeformen etwas sortieren und einordnen.

In der medialen Diskussion im Vorfeld der jüngst (ohne Ergebnis) erfolgten Bundestagsabstimmung zum § 217 StGB wurde die Schwierigkeit bei der Verwendung des Sterbehilfebegriffes besonders deutlich. Es war dabei oft nicht klar, ob es sich um die Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen, die Unterstützung beim Suizid oder die Tötung auf Verlangen handelt.

Vor dem Hintergrund der Euthanasieprogramme während des Nationalsozialismus zur Vernichtung von als krank, behindert oder aus anderen Gründen als lebensunwert angesehenen Menschen, sprechen wir in Deutschland nicht von Euthanasie, sondern von Sterbehilfe. In anderen Ländern ist der Begriff Euthanasie allerdings üblich.

Was ist aber mit Sterbehilfe gemeint? Geht es um Hilfe zum Sterben oder um Begleitung beim Sterben? Geht es um die Unterstützung eines Menschen beim Suizid, um das Töten eines Menschen auf seinen Wunsch hin oder um das Beenden von Leben, das Außenstehende als leidvoll und ohne Lebensqualität beobachten? Die Begriffe sind zum Teil umstritten und sie sind nicht trennscharf, trotzdem möchte ich versuchen, einen Überblick zu geben.

1. Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe umfasst medizinische Maßnahmen, die im palliativen Kontext ergriffen werden, um Leid zu lindern. Dabei wird in Kauf genommen, dass sie zu einer Lebensverkürzung führen können. Im Vordergrund steht die sog. Symptomkontrolle und es ist rechtlich und ethisch nicht vertretbar, Beruhigungsmittel oder Schmerzmedikamente vorzuenthalten, um die Nebenwirkung eines möglichen früheren Todeseintritts zu verhindern. Die Gabe ist eine ärztliche Entscheidung, die mit Einverständnis des Patienten getroffen wird. Hier handelt es sich also um professionelle Begleitung im Sterben, die besser als „Symptomkontrolle im Rahmen von Palliative Care“ bezeichnet werden sollte, weil hier nicht das Sterben, sondern die Leidenslinderung das Handlungsziel ist.

2. Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe beinhaltet das Beenden, Reduzieren oder Nichtaufnehmen von lebensverlängernden Maßnahmen auf Wunsch bzw. mit Zustimmung des Patienten. Ohne diese Maßnahmen wie z.B. Reanimation, Intubation, Beatmung, Dialyse, Antibiotikagabe, Katecholamingabe oder künstliche Ernährung würde der Patient bzw. die Patientin versterben. Auch hier ist der Begriff der Sterbehilfe missverständlich, da es um eine Therapiezieländerung geht – nämlich vom kurativen Ziel zum palliativen Ziel, also darum, Leiden zu lindern, den Sterbeprozess nicht zu verlängern und das Sterben zuzulassen. Auch der Begriff des „Behandlungsabbruchs“ ist unzutreffend, da medizinische und pflegerische Handlungen weitergeführt werden und ein Sterben

Um eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die gleichzeitig Suizidprävention und palliative Versorgung stärkt und die Freiheit, sich (mit Hilfe) das Leben nehmen zu können, sichert, wird seit Jahren gerungen.

in Würde ermöglicht werden soll. Das Einverständnis des Patienten liegt in Form einer Patientenverfügung vor oder es gilt der sog. mutmaßliche Wille. Es bedarf also sowohl der medizinischen Indikation wie auch der Zustimmung. Hierbei gilt zu beachten: Das Vorliegen einer Patientenverfügung bedeutet nicht zwangsläufig, dass lebensverlängernde Maßnahmen nicht gewünscht werden! Die Verfügung ist genau zu lesen und eine verbale oder nonverbale Artikulation des Willens des Patienten (wenn noch möglich) ist ihr immer vorzuziehen.

3. Aktive Sterbehilfe

Auch „aktive Sterbehilfe“ ist missverständlich und sollte als das benannt werden, was sie wirklich ist: „Tötung auf Verlangen“. Ein Mensch wird auf seinen Wunsch hin durch eine andere Person getötet, z.B. durch Medikamente, die einen Herz- oder Atemstillstand herbeiführen. Besteht kein ausdrückliches Verlangen des Kranken, handelt es sich ggf. um Totschlag oder Mord. Töten auf Verlangen ist in Deutschland strafbar (§ 216 StGB).

4. Assistierter Suizid

Beim assistierten Suizid geht es um Beihilfe zum Suizid, die sich insbesondere auf das Bereitstellen eines Medikaments bezieht, welches die Person selbst zu sich nimmt. Im Unterschied zur sog. aktiven Sterbehilfe liegt die Handlungshoheit bis zum Schluss bei dem Menschen, der sein Leben beenden will. Das Bundesverfassungsgericht stellt fest: „Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit (...), Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ (Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15). Es ist derzeit nicht geregelt, unter welchen Bedingungen die Beihilfe zum Suizid strafbar ist.

Um eine gesetzliche Regelung, die gleichzeitig Suizidprävention und palliative Versorgung stärkt, geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung eingrenzt und die Freiheit, sich (mit Hilfe) das Leben nehmen zu können, sichert, wird seit Jahren gerungen. Es liegen Gesetzentwürfe, wissenschaftliche Aufsätze, Stellungnahmen und Positionspapiere der Kirchen vor und sind im Internet abrufbar. ■

Friesenecker, B.; Werner-Felmayer, G.; Gasser, G.; Medicus, E. (2023): Einheitliche Nomenklatur für die Situationen am Lebensende. Therapiezieländerung – Sterbehilfe – assistierter Suizid. Medizinische Universität Innsbruck. https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Einheitliche-Nomenklatur_SituationenLebensende-060223fin.pdf



Prof. Dr. rer. cur.
Annette Meussling-Sentpali,
Pflegewissenschaftlerin, Regensburg

Anzeige

30
Minuten
plus+

Praxisfragen im Fokus

- berufs- und generationsverbindend

... denn in **30 Minuten** gibt es viel zu entdecken

DIGITALE KURZSEMINARE

- ✓ Aktuelle Themen
- ✓ Kompaktes Referat aus dem beruflichen Umfeld
- ✓ Austauschen und diskutieren mit Berufserfahrenen und Berufseinsteigern

plus+ Zeit für einen anschließenden lockeren Austausch

Weitere Informationen unter:
www.cig-online.de







HERR, IN MIR IST ES FINSTER,
ABER BEI DIR IST DAS LICHT.

ICH BIN EINSAM,
ABER DU VERLÄSST MICH NICHT.

ICH BIN KLEINMÜTIG,
ABER BEI DIR IST HILFE.

ICH BIN UNRUHIG,
ABER BEI DIR IST DER FRIEDE.

ICH VERSTEHE DEINE WEGE NICHT,
ABER DU WEISST DEN WEG FÜR MICH.

DIETRICH BONHOEFFER



— HEILSAM —

GESUNDHEIT FÖRDERN IN KIRCHENGEMEINDEN



MEHR AUFMERKSAMKEIT UND ANERKENNUNG

LIEBER LESER, LIEBE LESERIN,

vielen Dank für das positive Echo auf die erste Ausgabe von „Heilsam – Gesundheit fördern in Kirchengemeinden“! Seit ChrisCare 2/2023 bieten wir diese Seiten an als Handreichung für Menschen, die im Umfeld ihrer Gemeinden Notleidende und Kranke besuchen, begleiten, stärken.

In unseren Gemeinden geschieht viel Gutes. Leider sind in der letzten Zeit in den Medien oftmals Negativmeldungen in den Vordergrund gerückt, wie zu den Themen Missbrauch und Kirchenaustritte. Ungezählte Gemeindemitglieder, die sich über viele Jahre heilsam und gesundheitsfördernd einbringen, verdienen mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung. Hierzu sollen die Impulse von „Heilsam – Gesundheit fördern in Kirchengemeinden“ dienen und Sie im Besuchen, Begleiten und Stärken von anderen Menschen im Umfeld Ihrer Gemeinde unterstützen.

In dieser Ausgabe widmen wir uns der Begleitung von Menschen mit Depressionen. Es ist gut, wenn Menschen in Krankheit und Not Hilfe im Gesundheitswesen suchen und gleichzeitig die Fürsorge-Gemeinschaft (Caring Community) und stützende Spiritualität (Spiritual Care) einer Kirchengemeinde wahrnehmen. Was ist hilfreich, um Menschen mit Depressionen im Gemeindeumfeld zu begleiten? Die Psychiaterin Dr. Eva Sperber und der Pastor Thies Hagge geben fachliche und seelsorgerliche Einblicke.

Um das heilsame Potential in der eigenen Kirchengemeinde weiter zu entwickeln, können auch Impulse aus anderen Gemeinden und Konfessionen hilfreich sein. Wir stellen Ihnen in dieser Ausgabe die katholische Gemeinde Böblingen vor. Hier berichtet der KH-Seelsorger und Gemeinde-Diakon Frank Kühn, welche Angebote für Menschen in Krankheit sich bei ihnen bewährt haben.

Mit einem Impuls aus der Fachstelle laden wir Sie ein, die Vielfalt der Angebote in Ihrer Gemeinde aus einem besonderen Blickwinkel anzuschauen. Lassen Sie sich inspirieren! ■

Dr. med. Georg Schiffner
Projektleitung Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden



**Zugang zur Heilsam - PDF-Datei
zum Ausdrucken oder weitergeben:**

Manchmal flossen Tränen



Einmal im Monat wird die Kirche St. Bonifatius in Böblingen zu einem Heilungsraum. Ein zentrales Angebot im Dekanat für Menschen, die sich nach körperlicher oder seelischer Heilung sehnen. Verantwortlich ist Frank Kühn, Pastoralreferent und Klinikseelsorger. Er berichtet von mehreren Impulsen, die in der katholischen Erwachsenenbildung zusammenflossen. Anregungen gab es schon in den 80er Jahren durch Walter Hollenweger, dann von seinem Wiener Kollegen Paul Zulehner, der eine in der Pfingstkirche zu Hause, der andere katholischer Priester. Sie ermutigten die Kirchen, den Heilungsauftrag Jesu wieder ernster zu nehmen.

Bald kamen 80 bis 120 Leute, den zweimal im Jahr stattfindenden Heilungsfeiern im Dekanat, heute sind es bis zu 60. „Manchmal gab es Situationen, wo Tränen geflossen sind oder die Leute angefangen haben, zu erzählen, um im seelsorgerlichen Gespräch eine Last los zu werden,“ berichtet Frank Kühn. Daraus erwachsen dann die monatlichen Heilungsräume in St. Bonifatius, um mehr Zeit für die Besucher zu haben. Er erzählt gerne von den guten Erfahrungen mit einem ökumenischen Team, denn der Heilungsraum lebt davon, dass Menschen einander persönlich begegnen.

Wer die Kirche betritt, findet dort zunächst Musik, die dem Raum einen eigenen Klang gibt. Die Kirche selbst wird von einem großen Mosaik geprägt, das einen segnenden und einladenden Jesus zeigt. Nach Impulsen zu biblischen Texten, die mit Krankheit und Heilung zu tun haben, können die Besucher sich in eine Nische der Kirche zurückziehen, wo jeweils zwei Personen bereit sind, hinzuhören, zu beten und zu segnen. Dabei ist das Zuhören mindestens so wichtig, wie die Handauflegung. Jeweils bis zu 12 sind im Einsatz. Frank Kühn meint: „Damit wir voneinander lernen, wechseln wir nach einigen Gottesdiensten die Zusammensetzung der Zweierteams, die zusammenarbeiten.“

„Wir laden öffentlich zu diesen Gottesdiensten ein, in denen man Raum findet, um Sorgen loszulassen und Lasten abzuliegen, um Heilung zu bitten und auch zu erfahren.“ Frank Kühn ist überzeugt, dass die Menschen hier finden, was sie suchen, ganz egal, ob sie mit einer Krebserkrankung oder chronischen

Schmerzen, einer Lebenskrise oder Beziehungsproblemen kämen. „Die Menschen suchen ganz allgemein offene Herzen, offene Ohren, einen offenen Raum, in dem man sich ihnen liebevoll zuwendet.“

Als Klinikseelsorger weiß Frank Kühn sehr genau, zwischen ärztlichem und seelsorgerlichem Handeln zu unterscheiden. Seine Rolle im Krankenhaus ist eine andere als im Heilungsraum. Während dort die Einzelbegegnung im Vordergrund steht, unterstützt im Heilungsraum die ganze Atmosphäre das Geschehen: Es sind der Raum, den Kühn eine „Perle im süddeutschen Raum“ nennt. Daneben ist es das Team, das der Seelsorger so sehr schätzt. Schließlich gehört Musik zum Heilungsraum dazu. Ein Lieblingslied: „Jesus berühre mich“ von Albert Frey.

Wer Heilungsraum in eine Internetsuchmaschine eingibt, stößt auf christliche und esoterische Angebote. Esoterische Heilungsangebote, so Frank Kühn, nähmen oft für sich in Anspruch, über Geheimwissen zu verfügen. Da werden Methoden angeboten, die eine bestimmte magische Wirkung haben sollen. Das könne man auch in katholischen oder frei-



kirchlichen Kreisen beobachten. „Aber davon grenzen wir uns ab, in dem wir keine Methode haben. Wir können Gott nicht manipulieren. Es ist einfach die Schönheit der Gnade Gottes, die wir erfahren und weitergeben dürfen.“

Wenn Frank Kühn über die Wirkung des Heilungsraums auf die Besucher spricht, freut er sich: „Wenn ich mir angucke, wie Leute hineingehen in den Heilungsraum, wie sie durch die große Tür hereinkommen und wie sie dann wieder gehen, dann merke ich die Veränderung. Oft kommen sie beladen und bedrückt und gehen aufgerichtet, gelöst und entspannt wieder hinaus.“ Er berichtet dazu von einer krebserkrankten Frau, die zugleich in einer Beziehungskrise steckte. Zwei Jahre wurde sie begleitet. Schließlich meinte sie: „Wenn ich die Heilungsräume nicht gehabt hätte, hätte ich meinen Weg nicht geschafft. Natürlich hat mir auch die Chemotherapie und die vorherige OP geholfen. Aber da war für mich die aufrichtende und durchhaltende Kraft im Glauben, die mir geholfen hat, meinen Weg zu gehen mit Christus.“ Heute ist die Frau selbst Mitglied im Team des Heilungsraums.

Im weiteren Gespräch berichtet der Pastoralreferent von Lernschritten und den Entwicklungen einer eigenen Liturgie, von den Versuchen, die Idee von Paul Zulehner von der „Gemeinde als Heil-Land“ umzusetzen. ■

Das Gespräch führte Frank Fornaçon



DAS ORIGINALINTERVIEW
KÖNNEN SIE AUCH HÖREN



Frank Kühn, Pastoralreferent und
Klinikseelsorger, Böblingen

IMPRESSUM:

Heilsam ist Teil des Magazins ChrisCare. Er erscheint im Verlag Frank Fornaçon und wird inhaltlich verantwortet von der Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK). Redaktion Frank Fornaçon (ViSdP). Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., Reinbek, Gestaltung: Hallo!Rot, Singen, Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz Kassel, Redaktionsanschrift: Verlag FF, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal, Bildrechte: Freepik: S.22, Pexels: S.23

Die Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK) befindet sich seit 2023 im Aufbau in Kooperation mit dem ökumenischen Netzwerk Christen im Gesundheitswesen e.V. (CiG). Sie wird ehrenamtlich gestaltet von Gesundheitsfachleuten und Theologen aus verschiedenen Kirchen und Gemeindeformen.

Anzeige

Fachtag 5. April 2024, 8³⁰-16⁰⁰ Uhr
„Berufsstolz in der Pflege“
 Stadthalle Reutlingen





Jetzt anmelden
info@akademie-gs.de

mit
 Prof. Dr. Angelika Zegelin 

und
 Dr. German Quernheim 

www.akademie-gs.de



**Akademie
für Gesundheit
und Soziales**

PRAXISTIPPS

JETZT SCANNEN UND DIESEN
BEITRAG ANHÖREN!



MENSCHEN MIT DEPRESSIONEN BEGLEITEN

1. Besuchen

Stimmungstiefs, schlechte Laune, Tage, an denen alles schief zu gehen scheint, kennen wir alle. In der Regel wissen wir auch, was uns dann hilft: Wir reißen uns zusammen, wir lenken die Aufmerksamkeit auf etwas Schönes, wir steigen aus, suchen Entspannung... Eine Depression ist jedoch etwas ganz anderes: Eine Depression ist eine Krankheit. Im Diagnosenkatalog gehört sie zu den „affektiven Erkrankungen“, also zu den Erkrankungen der Gefühle.

Was heißt das? Patienten leiden unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind oft vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit kommen hinzu. Die gedrückte Stimmung reagiert nicht auf Lebensumstände und verändert sich von Tag zu Tag wenig. Halten einige dieser Symptome mindestens 14 Tage ununterbrochen an, spricht man abhängig von der Ausprägung von leichten, mittleren oder schweren depressiven Episoden.

Es ist also nicht hilfreich, aus dem eigenen Erleben eines schlechten Tages auf das Krankheitserleben eines depressiven Menschen zu schließen.

Er mag traurig wirken, fühlt aber möglicherweise überhaupt nichts. Das Leben hat seine Farbe verloren. Es ist nicht mehr bunt. So wie ein Farbenblinder auch bei größtmöglicher Anstrengung keine Farben sehen wird, kommen die Gefühle eines depressiv Erkrankten weder durch Anstrengung noch durch Argumente zurück. Durch den Antriebsverlust können die gewohnten Anforderungen des täglichen Lebens schon eine Überforderung sein. Vieles, was im gesunden Leben Freude gemacht hat, wird nun als farblos, grau oder schwierig erlebt.

Was kann beim Besuch helfen? Depressive Menschen brauchen Aufmerksamkeit, Annahme und einen stützenden Arm - Kernkompetenzen einer „Caring Community“ wie Familie, Freundeskreis oder Kirchengemeinde. Nicht zuletzt gilt es, sorgfältig auf sich selbst zu achten.

Aufmerksamkeit

Wie bei einer körperlichen Erkrankung will ich wissen, wie es meiner Freundin geht. Ich versuche, mich in die Symptomatik einzufühlen. Durch einfühlsames Zuhören kann ich ihre Krankheit mittragen.

Annahme

Mein Freund ist krank. Auch wenn ich seine Gefühle und Gedanken möglicherweise nicht verstehen kann, bleibt er doch mein Freund. Wenn ich das zum Ausdruck bringe, kann ich sein krankes Selbstwertgefühl stärken. Ich argumentiere nicht gegen kranke Gedanken, sondern verstehe sie als depressive Symptome. Dadurch helfe ich ihm, die Krankheit zu akzeptieren. Auch wenn er denkt, von Gott nicht mehr angenommen zu sein, helfen Argumente wenig. Ich könnte mit ihm Psalmen lesen und mit ihm oder für ihn beten. Die Liebe Gottes wird in seinen Gefühlen nicht ankommen. Aber vielleicht lässt er sich trösten, weil er mir glaubt.

Am Arm nehmen

Wer krank ist, sollte professionell behandelt werden, d.h. vom Hausarzt, Psychiater oder Psychologen. Durch vorsichtiges Nachfragen kann ich helfen, Weichen zu stellen. Ein Spaziergang „Arm in Arm“, kann hier sehr motivierend wirken.

Welche praktischen Hindernisse sind für die Patientin unüberwindbar? Kommt sie mit ihrem Alltag zurecht? Hat sie zu essen? Ist die Wäsche gewaschen, ist sie krank geschrieben? Wer unterstützt sie? Welche Hilfe wünscht sie sich selbst?

Habe ich den Eindruck, dass sie das realistisch beurteilt?

Hier ist es wichtig, die richtige „Dosierung“ zu finden: Alles, was depressiv Erkrankte selbst tun können, sollten sie auch tun. Das stärkt Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Wenn weitere Unterstützung erforderlich ist: Was kann ich selbst übernehmen, wo sollte ich andere aus der Familie oder dem Gemeindeumfeld hinzuziehen?

Achten auf sich selbst

Depressionen sind „ansteckend“, Stimmungstiefs und Antriebsmangel teilen sich mit. Beim Kontakt mit Depressiven muss ich Lebenskraft für zwei aufbringen. Deshalb muss ich gut auf mich selbst achten. Wenn ich mich überfordere, kann ich nicht mehr helfen. Dadurch gebe ich auch ein Beispiel, wie man mit seinen Kräften gut haushalten kann.

Dr. med. Eva Sperber,

2. Begleiten

Wenn der einmalige Besuch eines depressiv erkrankten Menschen ein Sprint ist, ist die langfristige Begleitung oder gar Partnerschaft der Marathon.

Eine Depression verändert die Kommunikation. Bei wiederholten Kontakten wird die „depressive Beziehungsbremse“ deutlicher spürbar. Klagen und Hoffnungslosigkeit, aber auch innere Spannungen, Gereiztheit oder Rückzug belasten Beziehungen. Der gewohnte nonverbale Austausch (Körpersprache, Gestik, Mimik, Augenkontakt) ist verlangsamt oder bleibt aus. Gesunde Menschen irritiert das. Sie fühlen sich alleine gelassen und fahren ihr Aktionsmuster möglicherweise auch herunter.

Was kann beim Begleiten helfen? Meine Beziehung zum depressiv erkrankten Menschen wird stärker als beim einmaligen Besuch in den Vordergrund treten. Er wird spüren, ob ich ihn mag oder ob die Begleitung eine Pflichtaufgabe für mich ist. Um seinem Selbstwert nicht zu schaden, sollte ich hier ehrlich mit mir sein.

Vielleicht ist er es nicht gewohnt, über seinen Seelenzustand zu sprechen. Deshalb kann ein behutsames Gesprächsangebot ein wertvolles Geschenk sein. Es signalisiert, dass ich wirklich Anteil nehme. Meine Rolle wird dabei sein, gut zu zu hören. Ich gebe keine Ratschläge, ich bin einfach nur da. Dadurch gebe ich dem Patienten Würde, stärke seinen Selbstwert.

Die einzige Ausnahme für diese Haltung sind lebensmüde Äußerungen bis hin zu Suizidgedanken oder gar -plänen. Etwa: „Wie schön wäre es, nicht mehr da zu sein.“ Solche Sätze sind immer ernst zu nehmen. Hier kann ich nicht mehr empathisch zuhören, ich muss gegenhalten und ggf. auch professionelle Hilfe einschalten.

Dies alles ist auf Dauer sehr anstrengend. Deshalb muss ich achtsam mit mir selbst umgehen. In welcher Häufigkeit und Intensität kann ich diesen Kontakt aushalten?

Ich kann die depressive Freundin nicht im Alleingang retten. Nur das, worauf sie selbst bereit ist, sich einzulassen, wird ihr helfen. Niemand kann gegen seinen Willen gerettet werden.

Und wenn ich viele gute Ideen habe, was ihr helfen könnte? Manchmal ist es das schwerste Stück Arbeit, sich an dieser Stelle zurück zu nehmen.

Wir könnten uns aber gemeinsam mit der Patientin oder dem Patient informieren: Was ist eigentlich eine Depression? Das bringt uns auf Augenhöhe und hilft gegen die Ohnmachtsgefühle. Unter anderem werden wir dabei herausfinden: Depressionen sind heilbar. Es geht vorbei. Welch eine schöne Hoffnung!

Vielleicht werden wir auch auf Fragen nach dem Sinn des Lebens stoßen. Sobald sie nicht mehr nur ein Ausdruck von Krankheit sind, sondern wieder im gesunden Zustand gestellt werden können, können wir uns gemeinsam auf die Suche machen. Hier wartet noch eine viel größere Hoffnung.

Nicht wenige Menschen fragen nach der Erfahrung einer Depression nach ihrer Bestimmung. Manchmal ändern sie grundlegende Dinge und können ihr Leben danach authentischer gestalten. Dadurch können sie zum Vorbild für Gesunde werden, die bisher noch wenig nach dem Wesentlichen gesucht haben. Auch für den Begleiter, der diese Zeit mit ihnen durchgestanden hat, kann dies zu einem besonderen Geschenk werden.

Dr. med. Eva Sperber,
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwigshafen am Rhein,
 CiG-Region ludwigshafen@cig-online.de

3. Stärken

Der Hamburger Osten gilt als Brennpunkt. Wer hier lebt, der hat es schwer im Leben, ist öfter krank, hat weite Wege bis zur nächsten Facharztpraxis, hat eine geringere Lebenserwartung. Hier in Jenfeld, arbeitet Pastor Thies Hagge, den die Hamburger schon einmal zum Hamburger des Jahres gewählt haben. Sein Engagement für die Armen wurde stadtweit bekannt. Weniger bekannt ist, dass in seiner Gemeinde, der Evangelisch-lutherischen Friedenskirche in Hamburg-Jenfeld, kranke Menschen besonders unterstützt werden. Im Anschluss an den Gottesdienst wird für sie gebetet. Auch Pastor Hagge hat erlebt, wie ihn die Fürbitte seiner Gemeinde getragen hat. Als er selbst an einer Depression erkrankte, empfand er das Gebet seiner Gemeinde als große Ermutigung. ChrisCare sprach mit ihm über seine Erfahrungen und seine Gemeinde, die sich die Fürsorge für Arme und Kranke zur Aufgabe gemacht hat. – Diesen Beitrag können Sie mittels QR-Code auf S. 25 auch hören. ■

**Thies Hagge im Gespräch
 mit Frank Fornaçon**

Buchtipps:

- **Mein schwarzer Hund; Wie ich meine Depression an die Leine legte;** Matthew Johnstone; Kunstmann Verlag; 2008, ISBN 978-3-88897-537-0
- **Depression; Wissen, was stimmt;** Daniel Hell; Kreuz Verlag; 2015, ISBN 978-3-451-61365-4

Webseiten:

www.buendnis-depression.de
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de>

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KIRCHENGEMEINDEN:

körperlich – psychisch – sozial – spirituell

ANGEBOTE UND MÖGLICHE POSITIVE WIRKUNGEN	KÖR	PSY	SOZ	SPIR
GOTTESDIENSTE – KLASSISCH–TRADITIONELL BIS LOCKER–MODERN		++	++	+++
KIRCHEN CAFÉ		++	+++	
CHÖRE FÜR VERSCHIEDENE ALTERSGRUPPEN	+	+++	+++	++
BIBELSTUNDEN – GESPRÄCHSKREIS FÜR GLAUBENSFRAGEN		++	++	++
SENIÖRENKREIS	(+)	++	+++	+
KINDER– UND JUGENDGRUPPEN	(+)	++	+++	+
GEMEINDE–PFADFINDER, ROYAL RANGERS	++	++	+++	+
HAUSKREISE		++	+++	++
BESUCHSDIENST		++	+++	+
GRUPPE FÜR ANGEHÖRIGE VON DEMENZERKRANKTEN		++	+++	+
SEELSORGE–ANGEBOTE		+++	+	+++
TRAUERBEGLEITUNG UND GEDENK–/ NACHRUF–KULTUR		+++	+++	+++
(SEGNUNGS–)GEBET FÜR KRANKE		++	++	+++
SPORTGRUPPE	+++	++	++	
NORDIC–WALKING–GRUPPE	+++	++	++	
KOCHGRUPPE		++	+++	
GEMEINDEAUSFLÜGE / –REISEN		++	+++	(+)
SPIRITUELLER WALDSPAZIERGANG	+	+++	+++	++
PILGERN	++	++	+++	++
...				

Die Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK) ermutigt, die Vielfalt der Gemeinde-Angebote aus einem besonderen Blickwinkel anzuschauen: dem der Gesundheits-Förderung. Zu diesem gesellschaftlichen Mega-Trend haben nicht nur Angebote im Gesundheits- und Sozialwesen etwas beizutragen. Christliche Gemeinden stehen zu ihnen nicht in Konkurrenz, sondern ergänzen diese spezifisch: insbesondere im Bereich der stützenden Spiritualität (Spiritual Care) und der Fürsorge-Gemeinschaft (Caring Community). Die vorliegende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder einzig mögliche Interpretationen. Vielmehr lädt sie dazu ein, das heilsame Potential der eigenen Gemeinde zu diskutieren (Widerspruch ist erlaubt!) und weiter zu entwickeln.

Eine Handreichung für die Gestaltung eines Themenabends „Heilsames Potential in Kirchengemeinden“ kann als PDF heruntergeladen werden unter <https://cig-online.de/projekte>.

UND JETZT:

Der Gesetzgeber bleibt in der Pflicht!

Seit das Bundesverfassungsgericht die damals gerade vier Jahre alte gesetzliche Regelung zur Strafbarkeit geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung 2020 für nichtig erklärt hat, sucht der Gesetzgeber nach Wegen, um die Suizidassistenz neu zu regulieren. Es muss gewährleistet sein, dass sich niemand durch Angebote der Suizidhilfe unter Druck gesetzt sieht, sein Weiterlebenwollen begründen zu müssen, so der Anspruch der Caritas an eine überzeugende Regulierung. Keiner der beiden Anträge, die dazu am 5. Juli 2023 im Bundestag beraten wurden, fand eine Mehrheit. Die Spielregeln, die für Suizidassistenz gelten sollten, sind weiter ungeklärt – sogar die Altersgrenze. Der im europäischen Vergleich maximale Unbestimmtheitsraum, der durch das Urteil geschaffen wurde, ist für Träger und Mitarbeitende im Sozial- und Gesundheitswesen eine Belastung. Der Umgang mit Sterbewünschen war von jeher in Einrichtungen der Altenhilfe, in Krankenhäusern und ambulanten Diensten eine Herausforderung.

Es galt und gilt den Schutz des Lebens, auch des kranken und alten Lebens, und den Respekt vor der Freiverantwortlichkeit, zu versöhnen. Hierzu gehört, die verschiedenen Ängste – die Angst vor dem Sterben und die Angst vor dem Tod ebenso wie die Angst vor dem Leben und Weiterleben – ernst zu nehmen. In der Gesellschaft haben sich die Vorstellungen und Erwartungen, über das eigene Sterben frei verantwortlich entscheiden zu können, verändert. Solange rechtlich ungeklärt ist, wie die Freiverantwortlichkeit sicher zu überprüfen ist und wie Einrichtungen Räume schaffen können, in denen Sterbehilfeorganisationen keinen Zutritt haben, besteht die Gefahr, dass sich schrittweise Standards etablieren, die von jenen gesetzt werden, für die Suizidassistenz ein Geschäftsmodell ist. Mit ihrer Präsenz entsteht Druck, ein „Hilfs“-Angebot prüfen zu sollen, das einfacher und preiswerter erscheint als andere Hilfen, gerade wenn man niemandem „zur Last fallen“ möchte. Es bedarf dringend eines erneuten Anlaufs, parlamentarisch

die Grenzen von Suizidhilfeangeboten zu beschreiben.

Nun wurden am 5. Juli 2023 nicht nur die Regulierungsentwürfe zur Suizidhilfe abgelehnt, sondern der Antrag „Suizidprävention stärken“ mit überwältigender Mehrheit angenommen. Ihm folgend muss die Bundesregierung bis Januar 2024 ein Konzept vorlegen, wie bestehende Angebote der Suizidprävention unterstützt werden können. Und bis Juni 2024 sollen sowohl ein Gesetz als auch eine Bund-Länder-Strategie vorliegen, um Suizidprävention in Alltagswelten zu verbessern. Das gestufte Vorgehen ist sinnvoll und ambitioniert zugleich. Es braucht einen Ansatz, der Beratung und psychiatrische Behandlung integriert.

Suizidprävention darf aber nicht auf diese Bereiche eng geführt werden. Zäune an Brücken, die als Hotspots gelten, und Einschränkungen der Werbung für Suizidhilfe sind ebenso wichtig wie die Unterstützung pflegender Angehöriger, palliative Versorgung, altersspezifische Maßnahmen gegen Einsamkeit und die Möglichkeit von Einrichtungen, Prävention mit sehr unterschiedlichen Schutzkonzepten umzusetzen. Dies alles erfordert verlässliche finanzielle Ausstattung. Und es braucht eine Neuentdeckung der Kultur des Sterbens und des Abschiednehmens, ein neues Bewusstsein, dass auch das zerbrechliche und abhängige Leben in jedem Alter lebenswert ist. Wenn bei alledem die Beziehung zwischen Prävention und Regulierung präziser bestimmt werden konnte, ist es im Herbst 2024 Zeit für einen neuen Anlauf zur Regulierung der Suizidassistenz. Ohne eine praxisgerechte Regulierung der Suizidassistenz fehlt jedem Präventionsansatz die nötige Flankierung! ■



Eva-Maria Welskop-Deffaa,
Präsidentin des Deutschen Caritas-
Verbandes, Freiburg im Breisgau

SUIZIDALITÄT ERKENNEN und richtig handeln

Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bin mit der Frage nach Suizidalität häufig konfrontiert. Die Frage danach gehört zum Aufnahmegespräch (in meinem Fall die Aufnahme von Rehabilitanden und -innen in eine Fachklinik für Abhängige). Im Verlauf der Rehabilitation kommen Patientinnen und Patienten immer wieder in kritische Phasen, in denen es das Leichteste und Naheliegendste zu sein scheint, dem Leben ein Ende zu bereiten. Man müsste sich

dann nicht mehr mit dem immer heftig wiederkehrenden Suchtdruck, der Versuchung, das Suchtmittel wieder zu konsumieren, stellen. Man könnte sich für immer der Wirklichkeit entziehen, wie man es lange mit Hilfe von Drogen oder Alkohol getan hat. Einer Wirklichkeit, die so anstrengend und herausfordernd sein kann, und die oft an so schreckliche und schmerzhaft erlebte Erlebnisse erinnert. Dies gilt besonders für Patientinnen und Patienten, die psychisch traumatisiert wurden, denn ihnen fehlt das Suchtmittel, mit dem sie Erinnerungen und krankhafte Symptome einer Trauma-Folgeerkrankung früher bekämpft haben. Es gibt zwei weitere Konstellationen, in denen Suizidalität auftritt: in Zusammenhang mit Depressionen oder „Bilanzierend“, wenn ein Patient oder eine Patientin zu der Überzeugung kommt, „mein Leben ist verpfuscht, eine positive Wendung ist nicht zu erwarten, ich kann auch Schluss machen“. Das ist auch außerhalb einer Suchtklinik so: Ein Großteil der Menschen, die einen Suizidversuch durchführen, leiden an Depressionen, einer Sucht oder einer anderen psychischen Erkrankung.

Manche äußern Gedanken an Suizid oder lebensmüde Gedanken spontan im Laufe eines therapeutischen oder ärztlichen Gesprächs. Bei anderen aber reden nicht die Worte, sondern die Handlungen des Menschen, z.B. bei Selbstverletzung aber auch bei fehlender Selbstfürsorge, wenn der Mensch nicht mehr isst oder trinkt oder sein Leben leichtsinnig aufs Spiel setzt.

Oft kann man Suizidalität nicht direkt erkennen, man muss sie aktiv erfragen. Z.B. so: Gab es schon einmal in Ihrem Leben eine Situation, in der Sie sich das Leben nehmen wollten? Haben Sie schon mal suizidale Gedanken gehabt, haben Sie schon einmal lebensmüde Gedanken gehabt? Haben Sie diese jetzt? Wie sehen diese genau aus? Haben Sie konkrete Vorstellungen, wie Sie sich das Leben nehmen würden? Oder sind es eher vage Gedanken wie: Es wäre am besten, ich wäre nicht mehr da? Drängen sich diese Gedanken auf, auch wenn Sie es gar nicht wollen?



JETZT SCANNEN UND DIESEN
BEITRAG ANHÖREN!





In der Klinik gibt es dann ein gewisses Vorgehen, es ist im Gespräch weiter zu klären, wie groß die Gefährdung ist. Erscheint die Person „vertragsfähig“, dann kann man mit ihr vereinbaren, dass sie sich meldet, wenn die Gedanken stärker werden. Man wird mit Therapeuten/Therapeutinnen und und Pflegekräften vereinbaren, dass sie sich vermehrt um die gefährdete Person kümmern. Man wird medikamentöse Strategien besprechen. Durch das Gesamtangebot an therapeutischen Maßnahmen kann die Suizidalität abklingen und verschwinden. Nur manchmal wird eine Verlegung in eine Akut-Psychiatrie erforderlich.

Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren für Suizidalität. Hierzu gehören psychische Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie und Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen. Auch körperliche Erkrankungen können Risikofaktoren sein, etwa chronische Erkrankungen mit schlechter Prognose, Krebserkrankungen, HIV/Aids, COPD oder Niereninsuffizienz. Psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle: beispielsweise Alleineleben, häusliche Gewalt oder kürzlich belastende Lebensereignisse. Zudem gehen Kindheitstraumata, insbesondere sexueller oder körperlicher Missbrauch sowie Suizide in der Familie mit einem erhöhten Risiko einher. Davon abzugrenzen sind Warnzeichen wie Suiziddrohungen, Sprechen über Suizid, Hoffnungslosigkeit, Wut, Ärger, Rückzug von Familie, Freunden oder der Gesellschaft und Sinnlosigkeitsgefühl (zitiert nach Sucht und Suizidalität, Barbara Schneider und Tilman Wetterling, Kohlhammer- Verlag 2016).

Aber wie gehen Seelsorgende mit dieser Thematik um? Was tut man, wenn in der eigenen Praxis oder beispielsweise auf der Internistischen Station eine Suizidgefährdung deutlich wird? Auch hier wird gelten: Suizidalität muss aktiv erfragt werden, Mutmaßungen reichen nicht aus. Sollte im Gespräch der Eindruck entstehen, hier liegt wirklich eine Gefährdung vor, so muss die gefährdete Person vorsichtig und mit viel Einfühlungsvermögen aber zugleich entschlossen für weitere Maßnahmen, für professionelle Hilfe gewonnen werden:

„Es geht Dir/Ihnen so schlecht, ich glaube, wir sollten Hilfe in Anspruch nehmen“. „Ich bin (als Seelsorger oder Seelsorgerin) an Deiner/Ihrer Seite, aber ich kann die Verantwortung in dieser brenzligen Situation nicht übernehmen. Wir sollten den Hausarzt/die Psychotherapeutin einschalten, ins Krankenhaus fahren“.

ZWEI ELEMENTE ERSCHEINEN MIR BESONDERS WICHTIG IN DER PRÄVENTION UND IM UMGANG MIT SUIZIDALITÄT.

ES SIND BEZIEHUNG UND HOFFNUNG.

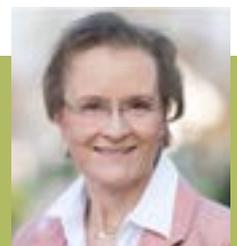
Nur in seltenen Fällen wird es notwendig sein, gegen den Willen des oder der Betroffenen zu handeln. Dies geschieht durch die Ärztin/den Arzt bzw. durch Einschalten des Rettungsdienstes.

Letzten Endes gehört Suizidalität in die Hände einer Fachfrau, eines Fachmannes, also eines Psychiaters oder einer Psychiaterin. Man muss jedoch festhalten, dass es nicht immer möglich ist, Suizidalität zu erkennen, auch nicht für darin geschulte Personen. Denn nicht jede und jeder Betroffene äußert sich dazu und nicht immer besteht ein Vertrauensverhältnis, das dies möglich macht. Daher kann auch mit aller Sorgfalt nicht jeder Suizid verhindert werden. Dies bedeutet eine schwere Last für alle, die involviert waren. Dann ist Supervision/Seelsorge dringend erforderlich.

Zwei Elemente erscheinen mir besonders wichtig in der Prävention und im Umgang mit Suizidalität. Es sind BEZIEHUNG und HOFFNUNG. Beziehung (Da sein, zuverlässig und verbindlich sein) lässt Menschen nicht allein und hilft, Krisen zu überwinden. Daher ist es von besonderer Bedeutung, in suizidalen Krisen sich selbst für einige Zeit zur Verfügung zu stellen und/ oder Menschen hinzuzuziehen, zu denen der/ die Betroffene einen engeren Kontakt bzw. Vertrauen hat.

Hoffnung lässt erwarten, dass es Veränderung zum Guten geben kann. Hier muss man sich vorsehen, nicht zu schnell Lösungen anzubieten und den Menschen damit scheinbar nicht ernst nehmen. Andererseits aber können vorsichtige Hinweis auf Möglichkeiten und Wege, die aus der Krise führen, hilfreich sein. Dabei kann der Glaube mitwirken, wenn die kostenlose, unbedingte, unabänderliche Liebe Gottes zum Ausdruck gebracht wird. ■

*Dr. med. Dorothee Deuker,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Mülheim an der Ruhr*



FÜR SIE GELESEN



WEIL JEDER ATEMZUG EIN WUNDER IST – WIE ICH UNVERHOFFT EIN NEUES LEBEN GESCHENKT BEKAM.

„Eine gesunde, sportliche Frau kann nicht mehr wie gewohnt atmen. Die niederschmetternde Diagnose: Lungenfibrose. Unheilbar. Ohne Spenderlunge keine Überlebenschance. Dann geht alles bergab: Sie wird frühverrentet, muss ihren Beruf aufgeben,

den sie liebt. Nichts ist mehr, wie sie es geplant hat, ihr Leben hängt plötzlich an einem seidenen Faden. Der einzige Ausweg ist eine Lungentransplantation, und die Chance darauf – mitten in der Corona-Pandemie – ist mehr als gering. Dennoch weigert sich Roswitha Jerusel, die Hoffnung aufzugeben. Ihr Wunsch an Gott: Einmal wieder tief und befreit Luft holen können. Und das Wunder geschieht tatsächlich... Die bewegende Biographie einer Frau, die völlig unerwartet ein neues Leben geschenkt bekam.“ So wird das Buch auf dem Cover vorgestellt und dem Leser empfohlen mit den Worten: „Eine leuchtende Ermutigung, wie man schwere Zeiten durchstehen kann, ohne die Hoffnung zu verlieren.“

In der Tat hat mich das Lesen dieses Buches sehr bewegt und bereichert. Sowohl die fachliche Kompetenz der erfahrenen Pflegepädagogin und Intensivpflege- und Palliativpflege-Fachkraft wie die beeindruckende Authentizität in der Schilderung des eigenen Krankheitserlebens eröffnen dem Leser besondere Erfahrungshorizonte. Die körperliche, psychologische, soziale und spirituelle Dimension werden dabei in ihrem vielfältigen Zusammenspiel anschaulich dargestellt und der Leser in die vielen Schritte eines bewegenden Krankheits- und Behandlungsverlaufes hineingenommen.

Es ist ein mehrdimensionales Buch, welches zum einen für Betroffene und deren Angehörige geschrieben wurde, da es viele praktische Tipps im Umgang mit existentieller Atemnot und dem „Weiterleben lernen mit einem Spenderorgan“ enthält. Es ist zum anderen aber auch für Lernende in der Aus-

Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen gedacht, weil es selbsterlebte Fallbeispiele enthält, die von der Autorin didaktisch für den Unterricht aufbereitet wurden. An den Fallbeispielen und vorbereiteten Aufgabenstellungen können so fachliche, soziale, empathische und ethische Kompetenzen im professionellen Umgang mit schwerstkranken Menschen (Spiritual Care) erarbeitet und vermittelt werden. Ich kann dieses Buch wärmstens empfehlen sowohl für die Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Menschen wie auch für unsere eigene Einstellung zur Organtransplantation und unsere Gespräche in Familie, Gemeinde und Kollegenkreis.

Dr. med. Georg Schiffner

Roswitha Jerusel, Adeo-Verlag 2023

Weil jeder Tag ein Wunder ist, Asslar, 2023, 240 Seiten, ISBN 9783863343750, 20,00 €, 29.90 Sfr

Anzeige

SeeWest

Dein Zuhause fernab von Zuhause.

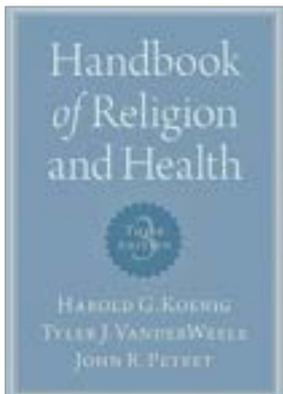
Buche jetzt deinen unvergesslichen Urlaub in der Ferienwohnung „SeeWest“ und erlebe den westlichen Bodensee von seiner schönsten Seite!

DEINE FERIEWOHNUNG AM WESTLICHEN BODENSEE.

fewo@seewest.de
www.seewest.de

♥ follow us:  





HANDBOOK OF RELIGION AND HEALTH

Die dritte Auflage dieses großen Standardwerks zu Spiritualität und Gesundheit behandelt ältere und jüngere Forschungsergebnisse zum Verhältnis von Religion und fast allen Aspekten von Gesundheit. Es setzt sich mit der Literatur zum Leib-Seele-Verhältnis auseinander

und entwickelt in diesem Zusammenhang ein Modell der Erklärung des Einflusses von Religiosität auf die körperliche Gesundheit durch den Leib-Seele-Mechanismus. Es beleuchtet die direkten Zusammenhänge von Religion und körperlicher Gesundheit und geht dabei auf Themen wie Immundefunktionen und endokrine Funktionen, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, neurologische Störungen, Krebs und Infektionen ein, es untersucht die Folgen von Krankheit einschließlich chronischer Schmerzen, Behinderung und Lebensqualität.

Fast alle der 34 Kapitel schließen mit klinischen und gesellschaftlichen Anwendungen, wodurch die Texte aktuelle Relevanz für professionelle Mitarbeiterschaft sowohl im Gesundheitswesen (ÄrztInnen, Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen in der Rehabilitation, BeraterInnen, PsychologInnen, SoziologInnen usw.) als auch in religiösen Einrichtungen (GemeindepastorInnen, KlinikseelsorgerInnen, andere in der Seelsorge tätige Personen usw.) erhält. Der ausgedehnte Anhang konzentriert sich auf die besten Studien. Er liefert eine ganz kurze Beschreibung einer jeden, die es Forschenden erlaubt, einen schnellen Überblick der aktuellen Forschungslage zu gewinnen.

Herausgeber des Handbuchs sind Harold G. Koenig, Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften an der Duke University in Durham, Tyler J. VanderWeele, Professor für Epidemiologie an der Harvard T.H. Chan School of Public Health, Professor John R. Peteet, Associate Professor an

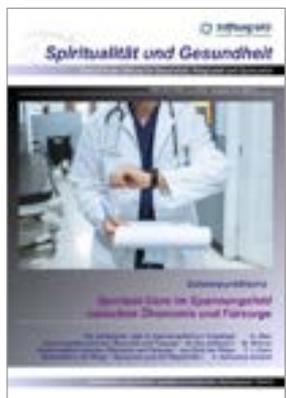
der Harvard Medical School. Das Vorwort schrieb Howard K. Koh, ehemaliger Ministerialdirektor für Gesundheitsangelegenheiten am Ministerium für Gesundheit und Human Services der USA.

Es ist keine Überraschung, dass dieses Handbuch in den vergangenen zwei Jahrzehnten das weltweit meistzitierte Werk zum Themenbereich Religion, Spiritualität und Gesundheit ist. Zweifellos wird die dritte Auflage diesen Trend fortsetzen. Das Handbuch ist zum grundlegenden Standardwerk in diesem Forschungsgebiet geworden. Man darf behaupten, dass es die fundierteste und maßgebliche Quelle für alle darstellt, die sich wünschen, das Verhältnis von Religion und Gesundheit besser zu verstehen.

Dr. phil. Hans-Arved Willberg

Koenig, Harold G., Van der Weele, Tyler J., Peteet, John R. (2023). Handbook of Religion and Health. 3. Aufl. Oxford University Press: Oxford, 147 Euro, ISBN: 9780190088859

PERSÖNLICH für Sie



SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

Mit großem Interesse habe ich die 2022 erstmalig erschienene Zeitschrift der in der Schweiz beheimateten „Stiftung GRS – Gesundheit, Religiosität und Spiritualität“ gelesen. Mit ihrem aktuellen Schwerpunktthema „Spiritual Care im Spannungsfeld zwischen Ökonomie

und Fürsorge“ ist die dritte Ausgabe wieder eine Fundgrube hochkarätiger Beiträge aus wissenschaftlicher Sicht und reflektierter Systemerfahrung im Gesundheitswesen.

Beispielhaft beleuchten in dieser Ausgabe Giovanni Maio „Die betriebliche Logik im Spannungsfeld zur Sorgelogik“ und Annette Meussling-Sentpali „Spiritualität in der Pflege – Ressource auch für Pflegekräfte?“ Mit Berichten über Forschungstagungen zu Spiritualität und Gesundheit sowie thematisch bezogenen Buchvorstellungen gibt die online beziehbare Zeitschrift nicht nur Einblick in Anliegen und Arbeitsweise der Stiftung, sondern auch über aktuelle Entwicklungen in der wichtigen Spiritual Care-Thematik im deutschsprachigen Europa und darüber hinaus.

Herausgeber und Beirat stehen für eine exzellente Qualität der Zeitschrift, deren Lektüre ich gewinnbringend empfehlen kann.

Dr. med. Georg Schiffner

Dr. med. René Hefti & Dr. phil. Hans-Arved Willberg, Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (GRS).
Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. Stefan Büchi, Universität Zürich, Schweiz, Prof. Dr. Jean-Marc Burgunder, Klinik Siloah, Schweiz, Prof. Dr. Stefan Huber, Universität Bern, Schweiz, Prof. Dr. Harold G. Koenig, Duke University, Durham/USA, Prof. Dr. Samuel Pfeifer, Evang. Hochschule Marburg, Deutschland, Zwei Ausgaben jährlich. Abo-Preis 20 SFR / Euro.

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

das wichtigste kommt immer am Schluss. So meine Erfahrung aus zahllosen Seelsorgebesuchen. Wenn ich aufbrechen wollte und das Ende des Gesprächs einläutete, kamen oft die eigentlichen Fragen zur Sprache, die mein Gegenüber beschäftigten. Vorher haben wir die Zeit mit netten Anekdoten, mit Alltagsfragen verbracht, haben über Gott und die Welt geplaudert. Oder eher doch nur über die Welt, weniger über Gott. Aber wenn die Zeit schon fast zu Ende ist, geht es schon einmal um die letzten Fragen des Lebens, den Sinn, die Zweifel oder auch die Geborgenheit im Glauben.

Oft – aber nicht immer – habe ich angeboten, am Ende zu beten und dieses Gebet wurde dann noch einmal Anlass, dass mein Gegenüber seine religiösen Fragen anschnitt. „Sie haben Recht, Herr Pastor, an Gottes Segen ist alles gelegen!“, hieß es dann zum Beispiel, oder ganz ohne fromme Sprache: „Morgen ist ein neuer Tag.“

Wenn es erst am Ende eines Besuchs zu solch einem Austausch kam, habe ich manchmal gedacht: Hätte wir nicht die Zeit besser nutzen können, um über wirklich Wichtiges zu sprechen? Wenn Sie selbst besucht werden, haben Sie es in der Hand, ihre tieferen Anliegen schon zu Beginn des Gesprächs offen zu legen: „Wie gut, dass Sie da sind. Lassen Sie uns doch über dieses oder jenes sprechen.“ Als Pastor habe ich mich wiederum gefragt, ob ich nicht offensiver hätte nach den wirklichen Themen suchen sollen.

Nicht immer wäre das gut gewesen, denn das Plaudern gehört auch dazu. Es baut eine Brücke, schafft Vertrauen und damit die Basis für einen offenen Austausch über sehr persönliche Anliegen.

Versuchen Sie doch, wenn Sie selbst die Besuchte sind, den Gesprächsverlauf aktiv mitzugestalten, wer weiß, ob dann der Besuch nicht noch viel mehr bewirkt als zunächst gedacht. ■

Frank Fornaçon,
Pastor i. R., Ahnatal





INDIEN

Lepra gibt es noch

Weltweit gibt es immer noch Tausende von neuen Leprafällen pro Jahr, die meisten davon in Indien. Mehr als 200.000 Menschen steckten sich laut WHO im Jahr 2019 mit der chronischen Infektionskrankheit an. Dabei ist Lepra heute gut behandelbar. „Aussatz“ ist eigentlich kein Grund mehr für Ausgrenzung. Aber die Realität sieht anders aus.

Als Manjula (Name geändert) 15 Jahre alt war, entdeckte sie einen ungewöhnlichen blassrosa Fleck auf ihrem Oberschenkel. Sie dachte sich nichts dabei, trug eine Salbe auf und kümmerte sich weiter um ihre Aufgaben. Manjulas Familie hielt ein paar Tiere und verkaufte Milch. Ein paar Tage später erschien ein weiterer Fleck auf ihrer rechten Wange. Ihre Eltern brachten sie zu einem Arzt, der ihr ein pflanzliches Mittel zur Behandlung gab. Es brachte keine Besserung. Schon bald konnte sie ihre Finger nicht mehr bewegen und verlor das Gefühl in ihren Händen. Im staatlichen Krankenhaus verwies man sie an ein Lepra-Krankenhaus. Doch Manjula weigerte sich, dorthin zu gehen: Lepra bedeutet Spott, Ausgrenzung, Leid.

KAMPF GEGEN KRANKHEIT UND STIGMATISIERUNG

In Indien gibt es weiterhin große Herausforderungen im Kampf gegen Lepra. Die Regierung stellt mittlerweile Medikamente kostenlos zur Verfügung und versucht, die Bevölkerung aufzuklären. Doch die hohe Bevölkerungsdichte und schlechte hygienische Bedingungen tragen zur Ausbreitung der Krankheit bei. Das größte Problem ist die Stigmatisierung: Niemand möchte mit „Aussätzigen“ zu tun haben.

MANJULA MUSS GEHEN

Damals war Manjula bereits mit einem Mann verlobt. Sie wollte ihr Leben nicht aufgeben, nahm weiterhin die Kräuterméizin und hoffte auf Besserung. Doch irgendwann erschienen kleine Löcher unter ihren Zehen. Sie konnte kaum noch gehen. Als die Leute herausfanden, dass die junge Frau Lepra hatte, mieden sie sie. Auch ihr Verlobter verließ sie. Schließlich ging Manjula in das Lepra-Krankenhaus, wurde dort behandelt und kehrte nach ein paar Tagen in ihr Dorf

zurück. Doch niemand, nicht einmal ihre Familie, ließ sie bei sich bleiben. Sie ging erneut in die Klinik und bat darum, länger dort zu bleiben. Die Ärzte rieten der verzweifelten Frau, in die Poolbagh-Kolonie zu gehen.

AUSWEG LEPRAKOLONIE

Bridge of Hope, Partnerorganisation von EBM INTERNATIONAL, unterstützt seit mehr als 30 Jahren Menschen in der Leprakolonie „Poolbagh“. Etwa 60 Familien erhalten dort Reis und andere Lebensmittel, sie bekommen medizinische Hilfe, Medikamente und Verbandsmaterial für ihre Geschwüre. Manjula war 22 Jahre alt, als sie dort ankam. Anfangs wohnte sie in einer einfachen Hütte aus Holz und Blättern. Die Leprakolonie wurde ihr neues Zuhause: Sie traf einen Mann, der ebenfalls Lepra hatte. Die beiden heirateten und bekamen einen Sohn, der inzwischen erwachsen ist.

ZUWENDUNG UND WÜRDE

Heute ist Manjula 45 Jahre als, verwitwet und nach wie vor von ihrer Krankheit gezeichnet. Sie lebt weiterhin in der Leprakolonie und erhält Reis und medizinische Hilfe. Mindestens genauso wertvoll ist jedoch die Zuwendung, die sie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Bridge of Hope erhält: liebevolle Worte, Unterstützung in ihrem Alltag, das Wissen, dass sie auch in ihrer Krankheit angenommen und geliebt ist.

Wenn Lepra frühzeitig erkannt wird und Betroffene eine angemessene medizinische Versorgung erhalten, kann die Krankheit geheilt werden. Ein normales Leben ist möglich. Durch die medizinische Begleitung in der Leprakolonie sind die Kinder, die dort aufwachsen, gesund. Vielleicht erleben sie tatsächlich eines Tages: Lepra gibt es nicht mehr. ■

Michael Fischbeck,
Berlin, www.ebm-international.org

TAGUNGEN, SEMINARE & KONFERENZEN

TERMINE:

SEPTEMBER

24.09., Hamburg
 Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

OKTOBER

06.10., Siegen-Geisweid
 Ökum. Patientengottesdienst
www.gebetsinitiative-siegerland.de

11.10., Frankfurt
 3x3 Trainingskurs; Gebetsseminar für Glaube und Beruf
 im Gesundheitswesen
www.cig-online.de

15.-20.10., Cuxhaven
 Bewegungsseminar „Gründe mich tief und
 führe mich weit.“
www.duenenhof.net

17.-21.10., Weitenhagen
 Stille und Heilwerden
www.weitenhagen.de

20.-21.10., Butzbach, Hessen
 Forschung in Psychotherapie, Beratung und Seelsorge
 zum Thema „Gnade und Vergebung“
www.akademieips.de

20.-22.10., Wernigerode
 Fachtagung für Ärzte und Medizinstudierende.
 Thema: Ein sicheres Fundament in stürmischen Zeiten
www.acm.smd.org

20.-22.10., Travenbrück, Kloster Nütschau
 Wochenende für Kranke und Angehörige
 im Kloster Nütschau
www.cig-online.de

22.10., Chemnitz
 Ökum. Patientengottesdienst

27.-29.10., Bischofsheim
 Hebammen-Workshop
www.cig-online.de



**Gesunder Umgang mit Krankheit –
 Schritte der Heilung gehen**
 Wochenende für Kranke und Angehörige
 20.-22.10.23 – Kloster Nütschau
 12.-14.04.24 – Kloster Nütschau

www.cig-online.de

NOVEMBER

03.-05.11., Bad Blankenburg
 Missionsmedizinische Tagung, Thema: „Von Jesus gesandt -
 Gehet hin ... und dienet“
www.smd.org/smd/smd-im-ueberblick/smd-weltweit

08.11., Frankfurt
 3x3 Christl. Heilkunde-Kurs „Beruf und Glaube“
www.cig-online.de

09.-12.11., Schloss Craheim
 Soaking Seminar „Stille im Sturm“
www.craheim.de

22.11., Ludwigshafen
 Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

25.11., Hamburg
 Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

26.11., Online
 CiGstarter Themen- und Gebetsabend
www.cig-online.de

DEZEMBER

13.12., Frankfurt
 3x3 Christl. Heilkunde-Kurs
 „Beruf und Glaube“
www.cig-online.de

IMMER AKTUELL

30 Minuten plus+, Online
 Praxisfragen im Fokus
 Aktuelle Termine siehe www.cig-online.de

Therapeuten-Café, Online
 Erfahrungsaustausch über den Berufsalltag von Therapeuten
 Aktuelle Termine siehe www.cig-online.de

Horizonte, Online
**Christen in Geriatrie, Altenpflege
 und Altenseelsorge**
 Termine siehe www.cig-online.de

ZUM VORMERKEN

01.-03.03.24, Elbingerode
**„Christ-S(ch)ein im Gesundheitswesen!? - Im Spannungsfeld
 der Menschenbilder Christsein authentisch leben“**
www.cig-online.de

15.03.24, Hamburg
Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

02.-07.04.24, Hünfelden
Ökumenische Exerzitien, Jesus-Bruderschaft
www.cig-online.de

12.-14.04.24, Travenbrück, Kloster Nütschau
Wochenende für Kranke und Angehörige
www.cig-online.de

16-18.05.24, Salzburg
"Spiritual care interventions in modern healthcare"
www.ecrsh.eu

21.-23.06.24, Duderstadt
CiG-Jahrestagung
www.cig-online.de

LESERBRIEFE @CHRISCARE

BESUCHSDIENST IN DER GEMEINDE

Einsame besuchen, Niedergeschlagene aufrichten, Trauernde trösten. – Eine schöne Aufgabe. Allerdings ist sie nicht leicht in unser Alltagsleben einzubauen.

Ich bin auch erst seit einigen Monaten dabei. Bei meinen Besuchen erlebe ich viel Dankbarkeit. Ich muss dabei an unsere Jahreslosung aus 1.Mose 16,13 denken: Du bist ein Gott der mich sieht.

Dieses Gesehenwerden, die Anteilnahme und Zuwendung brauchen die Kranken und Alleinstehenden wohl noch mehr wie wir alle.

Werden sie vergessen, kann leicht Bitterkeit aufkommen und Enttäuschung. Der Mensch ist ein kommunikatives Wesen. Das Gespräch und der Austausch sind so wichtig. Auch ein längeres Telefonat schenkt der Seele Zufriedenheit. Für den Besuchsdienst wäre ein Team wünschenswert. Eines ist dabei sicher. Die Freude, die wir geben, kehrt ins eigene Herz zurück. ■

Bärbel Steffen, Hamburg

BEGEISTERT

Mich begeistert die neue Rubrik „Heilsam – Gesundheit fördern in Kirchengemeinden. Begleiten, besuchen, stärken“. Ein dickes Dankeschön dafür! Ich habe die Artikel mit großem Interesse und Freude gelesen. Sie ermutigen in einem ganz wichtigen Bereich. Bei den insbesondere durch Personalmangel knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen ist es so wichtig, das heilsame Potential von Kirchengemeinden zu entdecken und zu fördern. Seit vielen Jahren bin ich als Ärztin tätig und ehrenamtlich in einer Kirchengemeinde engagiert. Ich bin dankbar, dass Angebote meiner Gemeinde die medizinische Tätigkeit immer wieder ergänzt haben. Auch gefällt mir die Gestaltung der neuen ChrisCare-Beilage: Kurze Artikel, die teilweise mit QR-Code auch „hörbar“ gemacht werden können und Praxistipps. Das Interview mit Pastor Dr. Michael Bendorf habe ich gleich mit meinem Mann angehört, der Leitungsaufgaben in unserer Kirchengemeinde wahrnimmt. Die Möglichkeit des Ausdrucks der Beilage will ich nutzen für den Besuchsdienst und das Seelsorgeteam unserer Gemeinde. ■

*Dr. med. Elisabeth Dissmann,
 FÄ für Allgemeinmedizin, Bielefeld*

SEELSORGERLICHE BEGLEITUNG DEPRESSIV ERKRANKTER MENSCHEN

Nach seinen ersten beruflichen Erfahrungen als Gemeindepastor studierte der gelernte Krankenpfleger Bernd Stummvoll Psychologie, um dann viele Jahre als Krankenhausseelsorger zu arbeiten. ChrisCare fragte nach seinem Rat für die Begleitung von depressiv erkrankten Menschen.

Menschen sind von Diagnosen zu unterscheiden. Sie erkranken, zumal „an der Seele“, individuell als Persönlichkeiten. Begleitenden werden auch Diagnosen vertrauter. Sie geben ein Leidensbild „fachlich“ wieder. Begleite ich eine „depressive“ Person, ist Verständnis für ihre Geschichte hilfreich. Aber sie ist „bedrückt“, erlebt Isolation, ihr Zugang zu anderen ist geschwächt, auch der zu sich selbst. Sie kann das selbst kaum beeinflussen. Hierin liegen Aufgabe, Schwierigkeit und Chance der Begleitung: Kann mein Dasein diesem Menschen helfen? Bin ich erwünscht? Wie geht es mir selbst? Entschiedene, sensible und reflektierende Kontaktpflege bringt Antworten und führt weiter. Ein Telefonat, ein Besuch. Ein Austausch entwickelt sich, auch über Alltägliches, über den Glauben. Ist beidseitiges Einlassen spürbar? Ich kann dann weiteres abmachen und werde auf ein für mich zuverlässig machbares Maß achten.

Oder ist eine unsichtbare Wand da, – bin ich gar auf eine unerwartet akute Dramatik im Leben dieses anderen Menschen gestoßen? Will meine begleitete Person sich selbst gefährden oder denkt sie daran? Spricht sie davon? Schreckt mich dies ab und macht es auch mich hilflos? Der Grat zwischen Losplappern und Verstummen kann schnell schmal werden. Hinhören und nachhaken, eine Abmachung treffen. Wer ist jetzt außerdem erreichbar und in der Lage, kompetent und zeitnah stützen und klären zu helfen – auch mir?! ■

Bernd Stummvoll,
Pastor i.R.; Dipl. Psych., Velten

ChrisCare verschenken



WIR HABEN DIE PERFEKTE GESCHENKIDEE FÜR SIE:

Ideal, um Ermutigung für die Arbeit im Gesundheitswesen weiter zu geben. Schenken Sie ein Jahr lang ChrisCare zum Preis eines Blumenstraußes*!

Zum Überreichen Ihres Geschenks erhalten Sie eine Gratisausgabe mit Ihrer Wunschbanderole – oder wir senden sie direkt zu der Person, die Sie überraschen möchten. Mehr Infos unter: www.chriscare.info
(* EUR 22,00 (inkl. Versandkosten, nur in Deutschland))

Impressum

Herausgeber und Verlag: ChrisCare erscheint im Verlag Frank Fornaçon, Ahnatal, und wird von Christen im Gesundheitswesen e.V. herausgegeben.

Chefredaktion: Frank Fornaçon (FF) (V.i.S.d.P.), Korrektorat Julia Eberwein. Die Beiträge wurden sorgfältig ausgewählt, dennoch übernimmt die Redaktion keine Haftung für die Inhalte. Verantwortlich ist der jeweilige Autor. Zur leichteren Lesbarkeit wird bei Begriffen, die männlich und weiblich gemeint sind, in der Regel eine gemeinsame Form verwendet, z.B. „Patienten“. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernimmt der Verlag keine Haftung.

Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare wird in CareLit ausgewertet: www.carelit.de

Redaktionsanschrift: Verlag Frank Fornaçon, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal, Deutschland, Tel.: (+49) (0) 56 09 806 26, Fornacon-Medien@web.de, www.verlagff.de

Gestaltung: hallo!rot, Werner-von-Siemens-Str. 25, 78224 Singen, Deutschland, www.hallo-rot.de

Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz GmbH, Werner-Heisenberg-Straße 7, 34123 Kassel

Anzeigenverwaltung Deutschland und Österreich: Verantwortlich: Georg Schiffner, Christen im Gesundheitswesen e.V., Nelkenstr. 6, 21465 Reinbek, Tel.: (+49) (0) 4104 91 709 30, info@cig-online.de, www.cig-online.de.

Anzeigenverwaltung Schweiz: Verantwortlich: Niklaus Mosimann, SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 15, werben@bvmedia.ch, www.bvmedia.ch. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 1/2012. Trotz sorgfältiger Prüfung kann der Verlag keine Verantwortung für die veröffentlichten Anzeigen, Beilagen und Beihefter übernehmen. ChrisCare erscheint jeweils in der Mitte eines Quartals.

Preise: Einzelheft € (D) 5,80, € (A) 6,00, SFr. (CH) 10.30. Jahresabonnement (4 Ausgaben), € (D) 19,20, € (A) 19,80, SFr. (CH) 31.30, jeweils zuzüglich Versandkosten. Anschriftenänderungen sind rechtzeitig vor Erscheinen des nächsten Heftes dem ChrisCare-Aboservice in Deutschland oder dem SCM Bundes-Verlag (Schweiz) in der Schweiz mitzuteilen. Die Post liefert Zeitschriften nicht automatisch an die neue Anschrift.

Bestellungen aus Deutschland und Österreich: Nelkenstr. 6 21465 Reinbek, info@cig-online.de, Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39, Vertrieb auch über die J.G.Oncken Versandbuchhandlung, Postfach 20 01 52, 34080 Kassel, Tel.: (+49) (0) 561 5 20 05-0, Zeitschriften@oncken.de

Bestellungen aus der Schweiz: SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, abo@scm-bundes-verlag.ch, www.scm-bundes-verlag.ch, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 10, Fax: (+41) (0) 43 288 80 11

Konto Deutschland: Christen im Gesundheitswesen, Evangelische Bank, IBAN: DE55 5206 0410 0206 4161 79, BIC: GENODEF1EK1

Konto Schweiz: Postkonto 85-622703-0, IBAN: CH90 0000 8562 2703 0, BIC: POFICHBEXXX

Fotos: Freepik: Titel, S. 9, 14, 16, 22, 38, Pexels: S. 10, 20, 21, 23, Unsplash: S. 6, 11, 28, 29, Thomas Lambert: S. 24, alle anderen Bilddaten: privat und hallo!rot

Illustrationen: hallo!rot (www.hallo-rot.de), Freepik: S. 12, 13, 17, 18, 23, 30

Fachbeirat: Dr. theol. Peter Bartmann (Berlin), Gesundheitsökonom, Diakonie Bundesverband; Reinhild Bohlmann (Kassel), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V., Leiterin der Fortbildungsakademie; Prof. Dr. med. Andreas Broocks (Schwerin), Äztl. Direktor Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, HELIOS-Kliniken; Ulrike Döring (Wiesbaden), Vorsitzende des Evangelischen Berufsverbandes Pflege; Paul Donders (Niederlande), Leitung xpanD international; Prof. Dr. Ralf Dziewas (Bernau), Professor für Diakoniawissenschaft und Sozialtheologie; Heribert Elfgen (Aachen), Physiotherapeut, Dipl. Musiktherapeut; Claudia Elwert (Karlsruhe), Physiotherapeutin, Mitarbeiterin Zentrum für Gesundheit-Therapie-Heilung; Sr. Hildegard Faupel (Springe), Theologin, Pädagogin; Dr. theol. Astrid Giebel (Berlin), Diplom-Diakoniawissenschaftlerin, Pastorin, Krankenschwester, Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband; Dr. med. Martin Grabe (Oberursel), Chefarzt Psychosomatik Klinik Hohe Mark, Akademie für Psychotherapie und Seelsorge e.V.; Dr. med. René Hefti (Langenthal), Ärztlicher Consultant und Leiter Forschungsinstitut Spiritualität & Gesundheit; Sr. M. Basina Kloos (Waldbreitbach), Franziskanerin, Generaloberin; Sr. Anna Luisa Kotz (Untermarchtal), Vorstand Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul; Reinhard Köller (Aumühle), Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren; Dr. med. Gabriele Müller (Frankfurt a. M.), Anästhesistin am Schmerz- und Palliativzentrum Rhein-Main; Rolf Nussbaumer (Herisau), Schule für christliche Gesundheits- und Lebensberatung; Weihbischof Thomas Maria Renz (Rottenburg), Diözese Rottenburg-Stuttgart; Dr. theol. Heinrich-Christian Rust (Braunschweig); Dr. med. Claudia Scharck (Kassel); Oberin Andrea Trenner (Berlin), Oberin Johanniter Schwesternschaft; Dr. phil. Michael Utsch (Berlin), Psychotherapeut, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen

Info



CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN (CiG)

CiG e.V. ist ein bundesweites konfessionsverbindendes Netzwerk von Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen: Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Mitarbeitende aus Management und Verwaltung, Seelsorger, Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

Basis der Zusammenarbeit sind die Bibel, das apostolische Glaubensbekenntnis sowie die Achtung des Einzelnen in seiner jeweiligen Konfessionszugehörigkeit.

Die ökumenische Arbeit von CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN verbindet seit über 30 Jahren Christen im Umfeld des Gesundheitswesens – in regionaler sowie in bundesweiter Vernetzung.

Wichtiges Element sind die CiG-Regionalgruppen, die von Mitarbeitenden vor Ort geleitet und verantwortet werden und die sich in unterschiedlichen, z.B. monatlichen Abständen treffen. Beruflicher Austausch, biblischer Impuls und Gebet sind wiederkehrende Bestandteile der Treffen. Einige Gruppen bieten Regionalveranstaltungen an, zu denen öffentlich eingeladen wird. Kontakt zu den Regionalgruppen vermittelt die Geschäftsstelle.

Seminare zu berufsspezifischen Themen aus christlicher Sicht, Fachgruppen wie auch Angebote für Kranke und Angehörige werden dezentral meist in Zusammenarbeit mit den CiG-Regionalgruppen angeboten. Jährlich findet eine Jahrestagung statt, alle zwei Jahre wird der Christliche Gesundheitskongress mitgestaltet.

Die bundesweit ausgerichtete Arbeit von Christen im Gesundheitswesen wird von rund 20 Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Bundesweiten Leitungskreis verantwortet und geleitet.

In der Geschäftsstelle in Reinbek bei Hamburg wird die Arbeit koordiniert. Hauptamtliche, geringfügig Beschäftigte und rund 150 Ehrenamtliche sorgen für die Umsetzung von Projekten und unterstützen die Arbeit des Bundesweiten Leitungskreises.

Die Arbeit von CiG finanziert sich wesentlich aus Spenden. Ein Kreis von rund 450 Fördernden bildet hierfür die Grundlage, indem sie den gemeinnützigen Verein jeweils mit einem Mindestbeitrag von 10 € im Monat finanziell unterstützen. Die Fördernden erhalten das ChrisCare-Abo kostenfrei. Wir laden Sie herzlich ein, dem Förderkreis beizutreten! ■

CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN e.V.

Nelkenstr. 6, 21465 Reinbek

Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30

E-Mail: info@cig-online.de, Internet: www.cig-online.de



PROFIS MIT



ARBEITEN IM KLINIKUM ST. ELISABETH STRAUBING

WIR SIND

... ein akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München. Mit 475 Planbetten sind wir das größte katholische Krankenhaus in Niederbayern.

Elf Fachrichtungen, mehrere spezialisierte Bereiche, rund zwanzig medizinische Zentren und das ambulante MVZ machen uns zu einem interessanten und vielseitigen Arbeitgeber – dem größten unserer Stadt.

WORLD'S BEST

Unser Klinikum ist als einziges Krankenhaus Niederbayerns unter den TOP 100 (FOCUS Gesundheit). Des Weiteren ist es aufgrund seiner erstklassigen Patientenversorgung auf der Weltbestenliste von Newsweek.

PROFIS MIT HERZ

In unserem Klinikum warten anspruchsvolle Aufgaben und individuelle Entwicklungsperspektiven - ob im Ärztlichen Dienst, in der Pflege oder anderen Bereichen wie dem Medizinisch Techn. Dienst, dem Funktionsdienst oder in der Verwaltung.

Wir bieten Ihnen ein breites Spektrum an persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten und vielfältiger Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Jobs, die zukunftssicher, vielseitig und sinnstiftend sind - in einer bezahlbaren Stadt.

Neben der Förderung fachlicher Kompetenzen legen wir großen Wert auf Ihre Einarbeitung und unterstützen Sie z. B. bei der Suche nach einer Wohnung.

VIELZAHL AN SOZIALLEISTUNGEN

Zusätzlich zu einer leistungsgerechten, tariflichen Vergütung (AVR Caritas) haben Sie als Mitarbeiter unserer Dienstgemeinschaft auch zahlreiche zusätzliche Sozialleistungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld, Betriebliche Altersvorsorge, Beihilfe für Zahnersatz und Heilpraktiker und Geburtsbeihilfe.

Darüber hinaus erhalten Sie Zugang zu vielen freiwilligen Sozialleistungen, wie z.B. Mitarbeiter-Boni und Mitarbeiter-Benefits (Fitnessstudios, Einkaufsvergünstigungen, E-Bike Leasing uvm.)



Gemeinsam für Menschen. Und Sie mittendrin.

Unterstützen Sie uns zum nächstmöglichen Termin

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Als Gesundheits- und Krankenpfleger/in übernehmen Sie eine patientenorientierte Pflege innerhalb einer Station. Zudem gewähren Sie die fachgerechte Durchführung der ärztlichen Anordnungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich. Sie bringen eine interdisziplinäre Arbeitsweise, hohe Sozialkompetenz, Einsatzbereitschaft, Teamfähigkeit mit und Sie identifizieren sich mit den Zielsetzungen eines katholischen Krankenhauses. Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter:



www.klinikum-straubing.de/karriere

