

Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø (Hrsg.)

# **W**ENN NICHTS MEHR

## **ZU MACHEN IST, IST NOCH VIEL ZU TUN**

Wie alte Menschen würdig  
sterben können

**Lambertus**

3. aktualisierte und  
erweiterte Auflage

Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø (Hrsg.)

Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun

Wie alte Menschen würdig sterben können

Lambertus



Andreas Heller, Katharina Heimerl,  
Stein Husebø (Hrsg.)

Wenn nichts mehr zu machen ist,  
ist noch viel zu tun  
Wie alte Menschen würdig sterben können

Lambertus

Palliative Care und OrganisationsEthik

Band 2

Herausgegeben von Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø,  
Marina Kojer und Christian Metz

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei  
Der Deutschen Bibliothek erhältlich

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

Alle Rechte vorbehalten

© 2007, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Christa Berger, Solingen

Herstellung: Druckerei F. X. Stückle, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-1643-3

# Inhalt

|     |   |
|-----|---|
| 11  | VORWORT<br>Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun<br>Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø  |
|     | <b>Kapitel 1 – Geschichte</b>   |
| 14  | DIE GESCHICHTE EINES THEMAS<br>Andreas Heller, Katharina Heimerl  |
| 16  | MENSCHLICHES STERBEN VON ALT GEWORDENEN MENSCHEN<br>Ein Träger macht sich auf den Weg<br>Hans Bartosch  |
| 31  | INDIVIDUALITÄT ORGANISIEREN<br>ORGANISATIONSKULTUR DES STERBENS<br>Ein interventionsorientiertes Forschungs- und<br>Beratungsprojekt der IFF mit der DiD<br>Katharina Heimerl, Andreas Heller, Georg Zepke,<br>Hildegund Zimmermann-Seitz |
| 66  | MIT DEN ELTERN ÜBER DAS STERBEN REDEN<br>Die Perspektiven der Angehörigen<br>Katharina Heimerl, Andreas Heller, Georg Zepke,<br>Hildegund Zimmermann-Seitz  |
| 75  | DIE WELT DER ALTEN RESPEKTIEREN, IHRE SPRACHE<br>SPRECHEN ...<br>Was ist Palliative Geriatrie?<br>Marina Kojer  |
| 89  | DIE LETZTEN STUNDEN UND TAGE UNSERER<br>ALTEN MITMENSCHEN<br>Bettina Sandgathe-Husebø, Stein Husebø   |
| 120 | NÄHME ICH FLÜGEL DER MORGENRÖTE UND BLIEBE<br>AM ÄUSSERSTEN MEER, SO WÜRDEN AUCH DORT DEINE HAND<br>MICH HALTEN ... (PSALM 139)<br>Palliative Care in den Altenhilfeeinrichtungen der<br>Kaiserswerther Diakonie<br>Susanne Reitze-Jehle  |

## Kapitel 2 – Modelle

- 140 MODELLE SIND KEINE REZEPTE  
Andreas Heller, Katharina Heimerl
- 142 PALLIATIVE CARE IM PFLEGEHEIM:  
Leben und Sterben in Sicherheit und Geborgenheit  
Karl Bitschnau
- 159 PALLIATIVE CARE  
Qualitätskriterien im Pflegeheim  
Maya Andrey, Christoph Schmid, Beat Vogel
- 169 HOSPIZKULTUR UND MÄEUTIK  
Sigrid Beyer, Christina Hallwirth-Spörk, Andreas Heller,  
Karin Weiler
- 179 INTERDISZIPLINÄRE UND MULTIPROFESSIONELLE  
TEAMARBEIT:  
Ein Fallbeispiel aus dem CBT-Wohnhaus Upladin,  
Leverkusen-Opladen  
Wolfgang Pauls, Franz J. Stoffer

## Kapitel 3 – Themen

- 190 THEMEN ANSCHAUEN  
Andreas Heller, Katharina Heimerl
- 191 DIE EINMALIGKEIT VON MENSCHEN VERSTEHEN UND BIS  
ZULETZT BEDIENEN  
Palliative Versorgung und ihre Prinzipien  
Andreas Heller
- 209 PALLIATIVE CARE IN PFLEGEHEIMEN  
Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven  
Sabine Pleschberger
- 221 PALLIATIVE KULTUR IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE  
Andreas Heller, Stefan Dinges, Katharina Heimerl,  
Elisabeth Reitingner, Klaus Wegleitner
- 231 „DER TOD KOMMT UND ER GEHT AUCH WIEDER“  
Demenzranke Menschen und der Tod  
Marina Kojer, Gunvor Sramek

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 246                               | SCHMERZEN UND DEMENZ<br>Martina Schmidl   |
| 259                               | ÄRZTLICHE VERSORGUNG AM LEBENSENDE IM PFLEGEHEIM<br>Georg Ruppe, Andreas Heller   |
| 272                               | WIDER DIE INTEGRATION DER ANGEHÖRIGEN IN DIE<br>ARBEIT VON PFLEGEHEIMEN<br>Andreas Heller, Felix Schumann                             |
| 283                               | ALLTAG ETHIK?<br>Die „kleinen Entscheidungen“ in der Betreuung<br>alter Menschen<br>Elisabeth Reitinger, Katharina Heimerl            |
| 296                               | GUT GELAUFEN<br>Wie sich eine ethisch schwierige Situation im Pflegeheim<br>lösen ließ<br>Frank Kittelberger                          |
| 303                               | TRAUER IM HOHEN ALTER<br>Katharina Heimerl, Marina Kojer  |
| 317                               | „SEID UNBEQUEM, SEID SAND, NICHT DAS ÖL IM GETRIEBE<br>DER WELT!“<br>Haupt- und Nebenwege der Palliative Care<br>Winfried Heidrich    |
| <b>Kapitel 4 – Nachhaltigkeit</b> |   |
| 336                               | NACHHALTIGKEIT IN DEN BLICK NEHMEN<br>Andreas Heller, Katharina Heimerl   |
| 338                               | NACHHALTIGKEIT IN PALLIATIVE CARE<br>ENTWICKLUNGSPROZESSEN<br>Klaus Wegleitner  |
| 351                               | PALLIATIVE CARE IN DER (STATIONÄREN) ALTENHILFE<br>Ansätze der Implementierung<br>Andreas Heller, Klaus Wegleitner, Katharina Heimerl |
| 367                               | DAS NETZWERK PALLIATIVE BETREUUNG IM PFLEGEHEIM<br>Klaus Wegleitner, Andreas Heller, Frank Kittelberger                               |

- 382     DIE „PROJEKTWERKSTATT IMPLEMENTIERUNG“  
Ein Beitrag zur Hospizkultur und Palliativkompetenz  
von Pflegeheimen  
Frank Kittelberger
- 397     ERFAHREN, WIE ALTE MENSCHEN STERBEN WOLLEN  
Systemische Evaluation im Rahmen des Projektes  
„Organisationskultur des Sterbens“  
Katharina Heimerl
- 424     INTERVENTIONSFORSCHUNG IN PALLIATIVE CARE  
ENTWICKLUNGSPROZESSEN  
Beispiele für Herangehensweise, Instrumente und  
Methoden  
Klaus Wegleitner, Katharina Heimerl
- 445     PALLIATIVE PRAXIS  
Ein Curriculum zur Begleitung alter Menschen am Ende  
des Lebens  
Bernadette Klapper, Marina Kojer, Ulf Schwänke
- 457     PALLIATIVE CARE UND WELFARE MIX  
Thomas Klie
- 467     UNIVERSITÄRE WEITERBILDUNG IN PALLIATIVE CARE UND  
HOSPIZARBEIT  
– die Lehrgänge der IFF Abteilung Palliative Care und  
OrganisationsEthik  
Stefan Dinges, Elke Held, Andreas Heller, Erich Lehner,  
Alexandra Trafoier
- Kapitel 5 – Zu Hause**
- 478     ZU HAUSE STERBEN?!  
Andreas Heller, Katharina Heimerl
- 480     ZUR INSTITUTIONALISIERUNG UND  
DEINSTITUTIONALISIERUNG DES STERBENS ODER:  
WOLLEN WIR WIRKLICH ALLE ZU HAUSE STERBEN?  
Andreas Heller, Katharina Heimerl

|     |  |
|-----|--|
| 492 | DIE PERSPEKTIVE DER ANGEHÖRIGEN IN DER BETREUUNG<br>ZU HAUSE<br>Sabine Pleschberger  |
| 507 | AUTONOMIE ERHALTEN: GESPRÄCHE ÜBER TOD UND<br>STERBEN IN DER HAUSKRANKENPFLEGE<br>Katharina Heimerl, Elisabeth Seidl                                   |
| 524 | PALLIATIVE CARE IN DER HAUSKRANKENPFLEGE – ODER DAS<br>ÜBERWINDEN TRADITIONELLER VERSORGUNGSMUSTER<br>Klaus Wegleitner, Katharina Heimerl, Monika Wild |
|     | <b>Kapitel 6 – Schlüsseltexte</b>  |
| 542 | SCHLÜSSEL ZU DEN SCHLÜSSELTEXTEN<br>Andreas Heller, Katharina Heimerl  |
| 544 | BETTER PALLIATIVE CARE FOR OLDER PEOPLE<br>World Health Organization   |
| 554 | LEBEN BIS ZULETZT<br>Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland  |
| 563 | HOSPIZKULTUR IM ALTEN- UND PFLEGEHEIM<br>Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.   |
|     | <b>Kapitel 7 – Ein Zwischenruf</b>   |
| 576 | STIRBT DIE HOSPIZBEWEGUNG AM EIGENEN ERFOLG?<br>Ein Zwischenruf<br>Reimer Gronemeyer, Andreas Heller   |
| 587 | DIE AUTORINNEN UND AUTOREN   |



# Vorwort

Es ist erst acht Jahre her. 1999 erschien dieses Buch zum ersten Mal. Titel und Untertitel, einige Beiträge sind geblieben, Inhalte haben sich verändert, neue Themen sich entfaltet. Seitdem ist viel passiert, atemberaubend viel. Wir sind Zeugen einer Entwicklung, die vor zehn Jahren unvorstellbar war und die dennoch erst am Anfang zu sein scheint. Dramatisch schieben sich die Herausforderungen der Versorgung alter Menschen, demenziell veränderter Menschen, hoch betagt sterbender Menschen ins öffentliche Bewusstsein, in die Medienberichterstattung. Die Problemaufschichtungen erzwingen geradezu Resonanzen, fachlich und politisch, sozial und menschlich. Natürlich lässt sich diese große soziale, ja europäische Versorgungsaufgabe nicht an ein Fach, eine Berufsgruppe, an engagierte Frauen, Mütter und Töchter delegieren.

Nur mehr grenzüberschreitend in europäischen Gesamtzusammenhängen kann die Umsorge der alten und schwachen, sterbenden Menschen gelingen. Die immer wieder aufflackernden Debatten um die Legalisierung weitgehend osteuropäischer „Pflegesklavinnen“ zeigen dies deutlich. In Österreich etwa sind es Ungarinnen, Slowakinnen oder Tschechinnen, in Deutschland Polinnen, die von Pflege-Schlepperbanden eingeschleust werden und im Graulicht der Legalität ‚Pflege‘leistungen und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen. Sie sind 24 Stunden lang und sieben Tage die Woche in der Versorgung präsent. Die Bedingungen, unter denen sie arbeiten und „abgerechnet“ werden, sind teilweise skandalös und zeigen, dass hier nicht nur ein Schattenmarkt existiert, sondern weisen auf die europäische Dimensionen in der Versorgung älterer Menschen hin.

Alte, kranke verwirrte (M. Kojer) Menschen bleiben Menschen, Frauen und Männer, auch wenn sie viele Erkrankungen und Krankheiten haben können. Wir behandeln und betreuen Menschen, keine Krankheiten. Das Feld der Geriatrie ist im Fächerkanon der Medizin nicht besonders attraktiv. Ärztliche Kolleginnen, die sich hier engagieren, gelten als Randfiguren. Karriereträchtig ist das nicht. In den Studiengängen der Medizin kommt das Thema nicht vor.

Auf andere Weise ist das menschenwürdige Sterben älterer Menschen zu einem großen Thema geworden. Vor allem soziale Trägerorganisationen, also große Verbundsysteme, die Alteneinrichtungen betreiben, haben erkannt, dass hier viel zu tun ist. Hatte man in den 70er und 80er Jahren diese Häuser unter dem Akzent der Lebensorientierung konzipiert, in denen Rehabilitation und aktivierende Pflege, Hotelcharakter und Wohnqualitäten in den Vordergrund gerückt wurden, wurde in den 90er Jahren klarer, Lebensorientierung schließt die Orientierung am Sterben mit ein. Leben bis zuletzt heißt eben, Antwort auf die Frage zu

geben: Was ist gutes Leben? Was gutes Sterben? Und wie gehen wir mit den Verstorbenen und ihren Angehörigen um?

Mitarbeiterinnen machten entsprechende Weiterbildungen und man entdeckte ein Spektrum von Spezialisierungen und grundlegenden Lernfeldern. Vor allem die Pflegepersonen haben hier eine enorm breite Kompetenz erworben (Validation, basale Stimulation, hospizliche Versorgung, Rituale im Umgang mit Sterbenden und Toten, Religion und Spiritualität etc.). Die Leitungen wurden aufmerksam und registrieren, dass sich ein dramatischer Wandel in ihren Häusern vollzog. Was als Altenheim konzipiert war, ist heute ein Sterbeheim geworden. Nicht die Hotelkomponente ist wichtig, sondern eine gute umsorgliche Pflege, eine angemessene pflegerisch-ärztliche Betreuung, individuelle Aufmerksamkeit und engagierte, fachliche und emotionale Kompetenz im Umgang mit den vielschichtigen Herausforderungen älterer Menschen, eine ethische Haltung, auf die Verlass ist, der man vertrauen kann, inhaltlich und prozedural. Es ist die Realität: Das Pflegeheim ist heute das letzte Zuhause. In der Regel stirbt man im Pflegeheim, wenn man hineingegangen ist oder, immer häufiger, getragen wurde. Die Menschen kommen später, kränker und verwirrter in die Einrichtungen. Ehe dem lange Aufenthaltszeiten verkürzen sich durch ein frühes Sterben nach ein paar Monaten.

Wir haben in diesem völlig neu bearbeiteten Band in Projekten und Beiträgen eine Entwicklung aufgenommen, die eindrucksvoll, bemerkenswert und vor einem Jahrzehnt noch völlig unvorstellbar war und insofern wirklich revolutionär ist. In einer eindrucksvollen Weise wurden die Verbindung von Hospizlichkeit und Pflegeheim, von Hospizkultur und Mäeutik, von Palliativversorgung und Alter, von palliativer Geriatrie oder geriatrischer Palliativversorgung, vom würdigen Leben bis zuletzt, ein gesellschaftliches und fachliches Thema.

Es braucht natürlich politische und konzeptuelle Überlegungen vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich das Sozial- und Gesundheitssystem in einem Schub der Verbetriebswirtschaftlichung befinden. Es zählt, was gezählt werden kann: Die Qualitätsdiskussionen dominieren und die Kostenfrage stellt sich dramatisch. Manchmal lassen sie in den Hintergrund treten, worum es geht: Die Würde der Alten und Schwachen ist die Würde der Jungen und Starken (Klaus Dörner).

Unser Dank gilt Ilona Wenger für ihre ebenso geduldige wie engagierte Betreuung dieses Buches.

Wien, im Juni 2007

Andreas Heller

Katharina Heimerl

Stein Husebø

# **Kapitel 1**

## **GESCHICHTE**

## Die Geschichte eines Themas

Andreas Heller, Katharina Heimerl

Die Geschichte von Hospizarbeit und Palliative Care in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – in Pflegeheimen – muss für den deutschsprachigen Raum noch geschrieben werden. Schon jetzt ist erkennbar, es gibt diese Geschichte nicht im Singular. Die Geschichte ist eine Geschichte von Geschichten, von unterschiedlichen Akteuren aus den verschiedensten Berufsgruppen und von großartigen Pionieren, von selbstbewussten Einrichtungen, die in der Tradition ihres Selbstverständnisses immer schon bemüht waren, Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, die sich in Modellprojekten auf den Weg gemacht haben und das Sterben, den Tod und die Trauer einfach zum Thema gemacht haben. Und sie ist eine junge Geschichte, Modelle und Projekte die gerade erst zehn Jahre alt sind, sind schon „historisch“ und finden sich im Kapitel „Geschichte“ wieder. Ein Zeichen dafür, dass Entwicklungen in diesem Bereich im Gang sind.

Die Erkenntnis, wie wichtig es ist, Sterben, Tod und Trauer zu thematisieren, zieht sich wie ein roter Faden als Initialzündung durch alle Projekte. Man glaubt es nicht. In den Häusern der Altenhilfe, die heute mehr oder weniger zu den Sterbehäusern der modernen Gesellschaft geworden sind, ändert sich vieles, wenn über das Sterben gesprochen, wenn das Sterben besprochen, angesprochen und ausgesprochen werden kann. Energie wird frei, belastende Situationen werden entspannter. Von der Leitung bis zur Hilfskraft in der Küche, von der Verwaltung bis zur Pflegehelferin entsteht oft eine neue gemeinsame Herausforderung, eine tragende Motivation für die Aufgabe, fremden Menschen in den letzten Monaten, Wochen und Tagen ihres Lebens nahe zu sein, multi-professionell, fachlich, menschlich.

Im folgenden Kapitel stellen wir in Beiträgen aus verschiedenen europäischen Ländern wichtige „historische“ Projekte der Ideen- und Wirkungsgeschichte, der Integration von Hospizarbeit und Palliative Care in Pflegeheimen vor. Allen gemeinsam ist die integrierende Kompetenz, Personen zu sensibilisieren und entsprechende strukturelle Kontexte zu schaffen, die Häuser nicht nur an Rehabilitation, sondern auch am Sterben neu auszurichten. Aus den Projekten ist Alltag geworden. Sie sind

übernommen worden in neuen, anders geschnittenen Modellen, haben sich selber weiterentwickelt und ausdifferenziert und in einem guten Sinne etabliert. Jeder Zugang hat eine individuelle Note und Nuance. Ineinander gelesen, vermitteln sie ein eindrucksvolles Bild einer dynamischen und an Menschenwürde bis zuletzt orientierten Gesamtentwicklung, die in Europa erst begonnen hat.

## Menschliches Sterben von alt gewordenen Menschen\*

### Ein Träger macht sich auf den Weg

Hans Bartosch

*... dass die Altenheime nicht unversehens wieder zu Siechenhäusern werden, zu Sterbehäusern im klammen und bedrückenden Sinn.  
... und dass die Pflege, speziell die Altenpflege, nicht zur Entsorgung derer gerät, mit denen sonst keiner mehr etwas anzufangen weiß.  
... und dass die Diakonie – immerhin 150 Jahre alt geworden – nicht geradewegs ein Thema und eine Aufgabe verschläft, zu denen sie vielleicht noch mehr zu sagen weiß, als sie selbst manchmal glaubt.  
Daher hat sich der Träger ‚Diakonie in Düsseldorf‘ auf den Weg gemacht.*

Als eine erste Zäsur kann das Jahr 1992 gelten, als auf einer Tagung des Landes Nordrhein-Westfalen zum Thema „Sterben und Hospiz“ ausschließlich von Hospiz als passendem und würdigem Sterbeort die Rede war. Von Altenheimen und Krankenhäusern wurde nur im Negativen gesprochen<sup>1</sup>.

Irritation, Ärger und Neugier ließen bei *Diakonie in Düsseldorf* die Frage laut werden: Wie ist es denn bei uns als großem Altenhilfe-Träger um eine Kultur des Sterbens bestellt? Wie sieht unser Alltag aus, welches sind die Ziele, auf die hin wir unsere Organisation verändern und verbessern wollen?

Als eine zweite Zäsur kann das Jahr 1998 gelten. Gemeinsam mit der IFF entwickelte *Diakonie in Düsseldorf* eine Befragung von BewohnerInnen und PatientInnen ihrer Einrichtungen: Was möchten Sie, wenn es zu Ende geht? Die Veröffentlichung der Ergebnisse brachte innerhalb und außerhalb der Diakonie ein erstaunliches und ermutigendes Echo.

---

\* Dieser Text und die folgenden beiden Texte wurden unverändert aus der ersten Auflage übernommen bzw. leicht modifiziert.

<sup>1</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Sterben und Hospiz, Dokumentation der Fachtagung, Düsseldorf, 1992.

## Der Rahmen

*Diakonie in Düsseldorf*, gegründet 1916, ist die größte Stadtdiakonie im Rheinland, eine der größten Stadtdiakonien in Deutschland. Im Unterschied zu den großen Einrichtungen der Anstaltdiakonie (wie Bethel, Rummelsberg, Kaiserswerth und andere) fällt einerseits ihre starke Einbettung in kommunale und Stadtteil bezogene Strukturen auf, andererseits der Umstand, dass es die 25 evangelischen Kirchengemeinden Düsseldorfs sind, die unmittelbarer Rechtsträger der Diakonie sind. Im Stadtgebiet von Düsseldorf (1998: 572.000 Einwohner) arbeitet *Diakonie in Düsseldorf* an ca. 60 Adressen in fast allen Stadtteilen.

Einrichtungen der Jugendhilfe, der Familienhilfe, der Suchtkrankenhilfe, der Wohnungslosenhilfe und der Behindertenhilfe stehen neben dem Fachbereich „Leben im Alter“, der zahlenmäßig etwa die Hälfte der Diakonie ausmacht. 1100 hauptamtlichen stehen 750 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Seite.

In ihrem 1998 veröffentlichten Leitbild wird die Selbstaussage getroffen, dass *Diakonie in Düsseldorf* ihre zentrale Aufgabe darin sieht, „Sinnperspektiven und die Hoffnung, dass das Leben zu meistern ist, wach zu halten und erfinderisch zu bleiben für vielfältige Lebensentwürfe und Chancen“.

Vor diesem Hintergrund hat sich der spezielle innovative Charakter der Fachabteilung „Leben im Alter“ im vergangenen Jahrzehnt herausgebildet, die sich mit der Situation sterbender Menschen auseinandersetzt.

## Was unruhig gemacht hat

Seit die ersten Altenheime in den 20er Jahren eingerichtet wurden, ist es natürlich, dass dort Menschen sterben. Neu allerdings ist das Zahlenverhältnis: Seit ungefähr sieben Jahren sterben jährlich mehr als 200 von den circa 600 Menschen, die in den ‚Leben im Alter-Zentren‘ der Diakonie wohnen und dort stationär gepflegt werden.

Diese schleichende Entwicklung ist vergleichbar mit den Verhältnissen in ähnlichen geriatrischen Versorgungseinrichtungen. Erstaunlich erscheint allerdings, dass alle geriatrischen Versorgungseinrichtungen (einschließlich der *Diakonie in Düsseldorf*) zunächst der Hospizbewegung den Vortritt gelassen haben, um das Thema „Sterben“ öffentlichkeitswirksam und profiliert zu thematisieren.

Es bedurfte bei *Diakonie in Düsseldorf* erst der Irritation und des Ärgers bei oben genannter NRW-Tagung zu „Sterben und Hospiz“, um auf das Thema aufmerksam zu werden.

Im Zuge der organisatorischen Ausgestaltung und Profilierung der Fachabteilung „Leben im Alter“ wurde daraufhin ein „Arbeitskreis Sterbende begleiten“ gebildet. Zunächst war dieser Arbeitskreis interdisziplinär besetzt mit verschiedenen Pflegefachkräften, Ärzten, Seelsorgern und einer Heimleiterin. Er erhielt Supervision unter externer Moderation einer Theologin. Seit 1994 hat der Verfasser diesen Arbeitskreis geleitet.

Auftrag dieses Arbeitskreises war einerseits die Erhebung relevanten Datenmaterials zu „Sterben und Tod in den Einrichtungen der *Diakonie in Düsseldorf*“, andererseits die Entwicklung von Standards, Visionen und Maßnahmen zum Umgang mit diesem Thema.

Die zentrale und unruhig stimmende Frage des Arbeitskreises und der Diakonie lautete: Was heißt es, wenn jährlich 200 von 600 Menschen in der stationären Pflege sterben?

Sterben gehört demnach immer deutlicher zum Alltag in den ‚Leben im Alter-Zentren‘. Sterben gehört zum Leben genauso wie Essen und Schlafen, wie Besuch empfangen oder unbesucht bleiben, wie Tanzen und Karneval feiern.

Das Sterben ist immer wahrnehmbarer ein Teil des Lebens geworden, sowohl von den äußeren Abläufen in den Einrichtungen als auch vom Erleben und vom Bewusstsein derer, die dort leben, die dort arbeiten und derjenigen, die dort als Gäste oder Lieferanten und andere ein und aus gehen.

Es war schon erstaunlich, dass die Auseinandersetzung mit den nüchternen Zahlen, die in den Statistiken der Heime halb lakonisch halb zynisch als „Abgänge“ geführt werden, dass diese Auseinandersetzung sehr aufklärend gewirkt hat.

Vor allem hat diese Auseinandersetzung für die im weiteren Verlauf der 90er Jahre sich noch beschleunigende Entwicklung sensibilisiert. Die durchschnittliche Verweildauer der Menschen in den Heimen hat sich allein zwischen 1992 und 1996 um knapp 1 ½ Jahre verkürzt auf ca. 2 Jahre. Das Eintrittsalter in die Einrichtungen ist im selben Zeitraum (!) um 1 ½ Jahre auf ca. 85,2 Jahre gestiegen. Vergleicht man diese Daten von Verweildauer und Eintrittsalter mit Daten aus den 60er und 70er Jahren wird deutlich: Die durchschnittliche Verweildauer hat sich mittlerweile halbiert, das durchschnittliche Eintrittsalter liegt um 5–6 Jahre höher. Diese Daten sind gemeinsam mit der

Fachhochschule Düsseldorf (Prof. Kähler, Dr. Heidbrink) erhoben worden<sup>2</sup>.

Nach dem 1. Juli 1996, also der Zuständigkeit der Pflegeversicherung für die Leistungsabrechnung von stationärer Pflege, haben sich diese Zahlen noch ein weiteres Mal dramatisiert. Auf Grund von Umbaumaßnahmen, veränderten Berechnungsmaßstäben und bislang ausstehender externer Begleitung kann hier nur als Beobachtung und vorläufige Analyse wiedergegeben werden, dass die Entwicklung bei „Verweildauer“ und „Eintrittsalter“ sich weiterhin zuspitzt.<sup>3</sup>

Die nüchternen Zahlen bringen eines zum Ausdruck: Ohne eine öffentliche, politische oder gar leistungsrechtliche Würdigung hat sich der Alltag geriatrischer Versorgungseinrichtungen bedeutsam verschoben. Jede Altenpflegerin und jeder Altenpfleger, viele Angehörige und vor allem viele hoch betagte Bewohnerinnen und Bewohner konnten und können diese Zahlen auf den Punkt bringen: „Hier geht der Tod ein und aus.“

Unruhig gemacht hat diese schleichende Entwicklung in ihrer Ambivalenz. Die Alltäglichkeit des Sterbens war für viele zur Normalität geworden, für nicht wenige Bewohner sicherlich auch zur Erlösung und für manche Angehörige zur guten und kompetenten Begleitung.

Zugleich aber hat die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben“ erst spät eingesetzt. „Sterben“ wurde im Zusammenhang mit AIDS und mit Krebs, mit Kindern und mit Leukämie diskutiert – erstaunlich selten aber mit der „ganz normalen“ Hochaltrigkeit. Das Altenheim, oft genug in einem Atemzug mit dem Krankenhaus genannt, stand und steht dessen ungeachtet in dem latenten oder auch laut ausgesprochenen Verdacht, das Sterben unmenschlich, inkompetent und technisch zu bewältigen.<sup>4</sup>

Den Träger der *Diakonie in Düsseldorf* hat diese Entwicklung aufgerüttelt. Im Grunde stand er am Scheideweg. Entweder konnte man sich halb nüchtern, halb resignativ von dem durch demographische Entwick-

---

<sup>2</sup> Jahresberichte der einzelnen Heime und Einrichtungen der Diakonie in Düsseldorf 1990 – 1994, sowie Heidbrink, *Sterben im Altenheim*, 1995 (unveröffentlicht).

<sup>3</sup> Vgl. dazu die hervorragende Studie: H. Bickel, „Das letzte Lebensjahr“. Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31 (1998) 193–204.

<sup>4</sup> Vgl. als weiterführend an diesem Punkt: Arnold, K. Hospize und die „Hospiz-Idee“ in: *Einrichtungen der Altenhilfe. Vom Lebenskampf der Orte zum Sterben – ein Tagungsbericht*, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Frankfurt, 2/1998, 59–62.

lung und durch leistungsrechtliche Verschiebungen und Verknappungen gezeichneten äußeren Bedingungsrahmen leiten lassen. Oder man könnte fragen: Welche Ressourcen haben wir? Was können wir aktiv gestalten? Welche Wurzeln haben wir und welche Visionen? Welche Verbündete können wir gewinnen?

*Diakonie in Düsseldorf* entschied sich für die zweite Variante.

## Die Frage nach den Ressourcen

Das Wort „Ressource“ stammt aus der Ökonomie und erscheint zunächst ungeeignet, um würdige und angemessene Begleitung sterbender Menschen zum Ausdruck zu bringen.<sup>5</sup>

Dennoch soll an dieser Stelle bewusst von „Ressource“ gesprochen werden, um auszudrücken, dass im Folgenden von Sterben in Organisationen die Rede ist, also im Bedingungsgefüge von Handlungsabläufen, Organisationszielen und Wirtschaftsfaktoren.

Die entscheidende Größe in Unternehmungen des Gesundheits- und Sozialwesens stellt die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar, die sich alltäglich, reflektiert oder auch unbewusst in Gesten, Einrichtungen, Worten und Atmosphären ausdrückt. Um in Organisationen etwas zu bewegen, muss sich die Leitungsebene an die Spitze der Bewegung setzen und muss zugleich die Motivation der Mitarbeitenden sensibel ermittelt, unterstützt und impulsiert werden. Um beides hat *Diakonie in Düsseldorf* sich bemüht.

Die Leitungen der ‚Leben im Alter-Zentren‘ haben sehr bald erkannt, dass eine kompetente Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterbende begleiten“ zu den unverwechselbaren Markenzeichen einer diakonischen Altenpflege-Einrichtung gehören kann und muss. Diese Erkenntnis vollzog sich zwar durchaus im Kontext professioneller Marketinganalysen, rekurierte aber im bedeutenderen Maße auf der intrinsischen Motivation dieser Leitungsebene.

Wofür man dereinst in den Beruf und schließlich konkret in die Leitungsstelle eingetreten war, das hatte und hat zu tun mit Vorstellungen und Visionen eines würdigen Altwerdens und Lebensabends. Diese Überzeugung ermöglichte über viele Jahre eine ausdrückliche Förde-

---

<sup>5</sup> Auch wenn in Psychologie und Sozialarbeit seit vielen Jahren ebenfalls von „Ressource“ gesprochen wird, spitzt vorliegender Beitrag im Kontext des gesamten Buches bewusst die „Ressourcen“-Thematik auf den ökonomischen-organisatorischen Referenzrahmen zu.

rung sämtlicher Fortbildungen, Gespräche und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Sterbebegleitung in den jeweiligen Zentren.

Schließlich haben sich auch die geschäftsführende und die aufsichtliche Leitungsebene mehrfach intensiv mit dem Thema „Sterbebegleitung“ beschäftigt, sich öffentlich für alle Entwicklungsschritte eingesetzt und auch die notwendigen Investitionen in Beratung und Fortbildung unterstützt. In Zeiten rigider Sparmaßnahmen ist dies alles andere als selbstverständlich.

So erfreulich die Offenheit der Leitungsebene zu sehen ist, so erstaunlich ist geradezu der Nachdruck, mit dem viele Mitarbeitende der ‚Leben im Alter-Zentren‘ das Thema nach vorne gebracht sehen wollten.

Der Verfasser hat mehrfach im Rahmen seiner Tätigkeit als Fortbildungsreferent mit den 25 Pflgeteams der *Diakonie in Düsseldorf* (Wohngruppenteams, häusliche Pflege-Teams, Tagespflege-Teams) in deren Dienstzimmern zusammen gesessen, um zunächst den Ist-Stand von Sterbebegleitung zu erheben. Das Erstaunliche dieser Erhebung war die fast uneingeschränkte Bereitschaft, sich diesem Thema zu stellen. Nur ganz wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben hier „gekniffen“ – teilweise aus persönlichen und gut nachvollziehbaren Gründen.

Deutlich wurde bei dieser Erhebung, dass in der Mitarbeiterschaft bereits vielfältige Berührungen mit Sterbenden gegeben waren – bei der Diakonie oder auch bei vorhergehenden Arbeitgeberern oder auch privat. Es wurde bald klar: Hier sitzen Fachleute – so weit man (und dies ist eine andere Frage) angesichts des Sterbens von Fachleuten reden kann. Diese Fachlichkeit kam zum Ausdruck in einer relativen Sicherheit, Konzepte lindernder Pflege zu handhaben. Das Waschen und Betten, die Mundpflege und die Dekubitus-Prophylaxe stellen die klassischen pflegerischen Begegnungsorte in der Terminalpflege dar und bieten am Lebensende viel an Berührung und Wahrnehmung, andererseits natürlich auch an Anstrengung, Belastung und Konfrontation mit sich selbst. Ebenfalls fand (und findet) sich in den Pflgeteams eine Offenheit, Angehörige in den umfassenden Pflege- und Betreuungsphasen als notwendige Partner ernst- und anzunehmen.

Die Interaktion hat sich hier in den letzten 10 Jahren überwiegend positiv verändert. Über Sterben wurde mit Angehörigen überwiegend offen gesprochen, Gesten des Trostes und der Nähe kamen häufig vor. Die gemeinsame Tasse Kaffee im Dienstzimmer angesichts der Nöte beim Abschiednehmen oder nach eingetretenem Tod stellte auch für die Pflegenden ein wichtiges Moment menschlicher und fachkompetenter Bestätigung dar.

Ferner ergaben diese Erhebungs-Gespräche eine Vertrautheit vieler (nicht aller!) Pflegenden mit der Versorgung der Verstorbenen. Waschen und Kleiden, aber auch wachsamer Umgang mit dem Bestattungspersonal waren die Regel. Bis hin zur Nachlassverwaltung, zum guten Umgang mit hinterlassenen Kleidern und Möbeln, fanden sich praxisnahe und gleichzeitig einfühlsame Erfahrungen.

Dies alles sind erstaunliche und entscheidende Ressourcen. Sie nötigen von selbst Respekt ab vor denjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die teilweise über viele Jahre und teilweise sehr häufig mit sterbenden Menschen in Berührung kommen.

Überwiegend sind dies die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege. Aber auch Sozialdienst, Hauswirtschaft, Hausmeister und Verwaltung haben mit dem Thema „Sterben“ zu tun. Auch mit diesen Berufsgruppen fanden Gespräche statt, wurden Ressourcen aufgedeckt. Der Sozialdienst hat in Einzelgesprächen und Einzelbetreuung, aber auch in Gruppenarbeit und bei Angehörigenabenden nicht wenig Berührung mit „Sterben“. Die oft langjährigen Mitarbeiterinnen aus der Hauswirtschaft sind als Vertrauenspersonen „abseits der Wohngruppe“ bewusst einbezogen. Die Hausmeister haben immer häufiger Nachlassversorgungen durchzuführen. Für halbwegs sensible Verwaltungsmitarbeitende sind die häufig auch persönlich bekannten Bewohner noch etwas ganz anderes als statistisch zu führende „Abgänge“.

Ressourcen . . . viele kleine, zunächst unscheinbare Details. Wenn sie zusammengebracht und überhaupt einmal zusammen gesehen werden, entsteht für einen Träger Respekt vor einer überwiegend kompetenten und offenen Mitarbeiterschaft und der Wille und die Kraft, eben nicht lethargisch einer Degradierung eines ‚Leben im Alter-Zentrums‘ zum Siechen- und Sterbehau zuzusehen.

## **Die Frage nach Gestaltung**

So problematisch sich das Wort „Ressource“ für die Sterbebegleitung darstellt, so unpassend wird dies u. U. auch bei „Gestaltung“ empfunden werden.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Auch „Gestaltung“ steht hier im organisationstheoretischen und organisationspraktischen Fokus. K. Lückel, Gespräche mit Sterbenden, München, 1989 hat noch einen ganz anderen und faszinierenden „Gestalt“ – Begriff in den Zusammenhang der Sterbebegleitung gebracht, der sich aus Gestalttherapie und Gestaltseelsorge speist.

Das ganze Wort „Sterbebegleitung“ stellt ja letztlich eine Anmaßung dar. Einen Sterbenden kann ich nicht begleiten, seine sämtlichen Empfindungen wirklich zu verstehen, kommt mir nicht an.

In der Auseinandersetzung mit Sterbenden werden zunächst alle pflegfachlichen, seelsorgerischen, therapeutischen und auch ärztlichen Handwerkszeuge aus der Hand geschlagen. Und das ist gut so. Erst danach stellt sich die Frage: Und was tun wir jetzt – mit allem Wissen um die Besonderheit allen Tuns im Umkreis des Sterbebettes?

Auch hier muss beachtet werden, dass im Folgenden von Sterben im Kontext von Institution und Organisation die Rede ist. Neben einer Erhebung und Prüfung von Ressourcen geht es um Festlegung und Umsetzung von Zielen, um aktive Gestaltung.

*Diakonie in Düsseldorf* hat nach der Erhebung der Ressourcen sich für dreierlei entschlossen als Etappenziele einer zu etablierenden ‚Organisationskultur des Sterbens‘:<sup>7</sup> (1) Dienstleistungsstandards „Sterbende begleiten“ (2) Öffentlichkeitsaktion „Happy end“ (3) Rituale.

In den Dienstleistungsstandards wurden in den Jahren 1995/96 sämtliche Pflege- und Betreuungsleistungen in den ‚Leben im Alter – Zentren‘ zusammengefasst und systematisiert. Dabei orientierte man sich an den AEDLs, zusammen gefasst vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in der Fassung von Monika Krohwinkel<sup>8</sup>. Der oben genannte Arbeitskreis „Sterbende begleiten“ entwickelte in diesem Zusammenhang die entsprechenden Dienstleistungsstandards.<sup>9</sup>

Grundlage waren die Ergebnisse der Ressourcenerhebung und die Alltagspraxis der im Arbeitskreis vertretenen Pflegefachkräfte. Es entstand als Standard ein Kompendium von der Heim/Pflegeaufnahme bis hin zur Nachlassverwaltung. Die Ziele und Rahmenbedingungen einer „lindernden Pflege“ fanden in gleicher Weise Eingang wie die Versorgungs- und Aufnahmepraxis.

Im Zusammenhang mit der Standarderstellung und -erprobung stellten sich exemplarisch zwei Fragen, die einer mehrjährigen Bearbeitung bedurften. Das eine war das Problem: Wann und wie und mit wem sprechen wir anlässlich der Heim/Pflegeaufnahme über das Sterben? Hier

---

<sup>7</sup> Das Wort „Organisationskultur des Sterbens“ ist entstanden als Keyword zum Auftakt der DiD-IFF-Beratung im März 1998. Es kann aber auch als zentrale Figur verstanden werden für den gesamten hier beschriebenen Qualitätsprozess.

<sup>8</sup> Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), AEDL, Wandbild und Erläuterungen, Köln, 1995.

<sup>9</sup> Diakonie in Düsseldorf, Sterbende begleiten, Leitfaden und Dokumentation, o. J., 1995 (zu beziehen über: Diakonie in Düsseldorf, Langerstr. 20 a, 40233 Düsseldorf).

lagen sehr unterschiedliche Erfahrungen, Abwehrhaltungen, Ideen und Vorsichten vor, die erst mit dem DiD-IFF-Projekt 1998 zu einer gewissen Klärung und systematischeren Handhabung kamen.

Grundsätzlich ist im Verlauf der Jahre die Überzeugung und dann die Praxis gewonnen worden, viel selbstverständlicher und angstfreier mit hoch betagten Menschen selbst über das Sterben zu sprechen. Es bedurfte zunächst vieler Schutzräume und Gespräche der Professionellen untereinander, um gute und unverkrampfte Wege in das Gespräch mit den Betroffenen zu finden – so sehr immer schon nicht wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr souverän Gespräche führten. Aber diese Gespräche wurden selten als zentrales Qualitätsmerkmal der Organisation erlebt, sondern entstammten überwiegend der Gesprächsführungskompetenz der Einzelnen.

Neben den Suchbewegungen zum Standard „Gespräch“ (vor allem anlässlich der Schwellensituation Heimaufnahme) gab es verschiedene Versuche und Erfahrungen mit der Aufbahrung. Zunächst erschien das Ziel „Aufbahrungsraum“ als maßgebend. In eine ansprechendere Gestaltung der ehemals als Leichenraum (nach Heimmindestbauverordnung) gebauten und sehr unglücklich ausgestatteten Kubaturen (nackte Kacheln, Waschbecken und sonst nichts) war sinnvollerweise einiges investiert worden: neue Kacheln in warmen Tönen, Kandelaber, Immergrün, Sitzgelegenheiten, Kreuzifix.

Immer wieder wurden und werden diese erneuerten Räume auch genutzt. Aber es hat sich im Verlauf der letzten Jahre durchgesetzt, das Hauptaugenmerk auf die Aufbahrung im Zimmer zu setzen. Hier geschieht der letzte Atemzug, hier setzt die Totenruhe ein. Hier war die letzte Wohnung. Diese Entwicklung geschah auch auf Grund von Wünschen der Angehörigen, die sich auf ein angemessenes Zusammensein mit ihren Verstorbenen in den Wohnräumen besser einlassen konnten als in einem bis dato unbekanntem Aufbahrungsraum.

Die Arbeit mit Standards innerhalb der Organisation führte verständlicherweise zu vielen Fragen, ob denn nun bei der Diakonie das standardisierte Sterben verordnet werde – im Einklang mit der vielerorts als ebenso oberflächlich standardisierend erlebten Einstufungspraxis des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen.

In vielen Gesprächen konnte geklärt werden, dass die Standardisierung, Verschriftlichung und Transparenz von sensiblen Organisationsprozessen geradezu Grundvoraussetzung bildet für gelasseneren, sensibleren und damit individuelleren Umgang mit dem Sterben jedes einzelnen Menschen.

Für Oktober 1995 planten Vorstand und Leitungskonferenz der Diakonie ein „Düsseldorfer Stadtgespräch“ und setzten es unter das Thema „Sterbende begleiten“. Ein Planungsausschuss aus Mitarbeitenden „vor Ort“ bekam weitgehende Planungsvollmacht.

Das „Düsseldorfer Stadtgespräch“ geschah im Rahmen einer Aktionswoche mit folgenden Akzenten:

- 500 Großflächenplakate mit dem Text „Happy end. Leben. Bis zum Tod.“
- Eine öffentliche Diskussion auf einem der großen Plätze Düsseldorfs zu dem Themenkreis Tod und Sterben, moderiert von einem Rundfunkjournalisten.
- Einige thematische Veranstaltungen in der Stadtkirche.
- Eine Telefonaktion mit einer Düsseldorfer Tageszeitung.
- Eine Ärztin, eine Heimleiterin und ein Pastor stellten sich Leserfragen zur Sterbebegleitung.
- Je eine Sendung des Lokalfernsehens und des Lokalfunks.

Speziell die Großflächenplakate regten eine sehr emotionale Diskussion an. Natürlich war es sehr ambivalent, ein sensibles Thema konfrontativ in den Straßenraum und in die Öffentlichkeit zu stellen. Und vielleicht konnte dies nicht ohne Verletzungen geschehen.

Andererseits erbrachte die Öffentlichkeitsaktion einen erheblichen Schub nach vorn, weil von nun an viele neue Verbündete (s. u.) in den Dialog mit der Diakonie kamen und das Thema innerhalb der Organisation an Verbindlichkeit gewann. Die Öffentlichkeitsaktion im Herbst 1995 war darüber hinaus Auftakt für weitere Berichte in Presse und Fernsehen sowie in Fachzeitschriften, auch in einer zentralen Publikation der Werbegraphik.

### **Wurzeln und Visionen**

Unter dem Punkt der „Gestaltung“ war von Standards und Öffentlichkeitsarbeit die Rede. Darüber hinaus ist von Ritualen zu sprechen, die seit 1995 in vielen ‚Leben im Alter-Zentren‘ entstanden sind.

Diese Rituale haben im Hintergrund die Fragen und Wünsche von nicht wenigen Pflegenden und Angehörigen, dass auch religiöse Formen in der Begleitung sterbender Menschen selbstverständlicher zum Ausdruck kommen.

Der Träger selber hat über viele Jahrzehnte einen bewusst spröden Umgang mit religiösen Formen gepflegt und ist bewusst in die Gesell-

schaft „eingewandert“,<sup>10</sup> in die Großstadt mit der ihr eigenen Großzügigkeit gegenüber vielfältigen Lebensentwürfen. Ohne dass der Träger seine religiöse und kirchliche Prägung je verschwiegen hat, sie etwa der Kommune gegenüber auch offen vertrat, wurde allerdings nach innen in die Mitarbeiterschaft ein Signal der Toleranz und Pluralität gesendet. Anders wäre auch das enorme Anwachsen der Mitarbeiterschaft in der Zeit von 1960 bis 1990 nicht zu bewältigen gewesen.

Nun stellte sich u. a. auf Grund der systematischeren Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben“ auch das Thema „Rituale“ neu.

Nachdem vor 30–40 Jahren genauso systematisch (und damals wohl auch befreiend) ritualisierte Gebete und Situationen aus dem Alltag konfessioneller Einrichtungen weitgehend verschwanden und sich auf wenige Festtage konzentrieren, ist die allgemeine Renaissance der Symbole und Rituale auch im kirchlichen Umfeld seit längerem festzustellen.

Solche Rituale aus der Experimentierphase in die Alltäglichkeit zurück-zuholen, kann als beredtes Anliegen der letzten 5 Jahre bei *Diakonie in Düsseldorf* angeführt werden.

Die Herausgabe der Broschüre „Rituale“<sup>11</sup> pünktlich zur Öffentlichkeitsaktion im Herbst 1995 hatte überraschende Folgen, da das öffentliche und fachöffentliche Interesse stark auf dieses Thema „Rituale“ sich konzentrierte und Acht zu geben war, dass der Zusammenhang von Ritual und Politik nicht zu kurz kam.

Denn ein konfessioneller Träger kann die oben skizzierten neuartigen quantitativen und qualitativen Aufgaben mit der Sterbebegleitung keinesfalls allein durch die Etablierung alter oder neuer Rituale lösen. Die Würde hoch betagter Menschen und daher ihre kompetente und sensible Versorgung bis zuletzt stellen zunächst ein zentrales sozialetisches Thema dar, welches Kirchen und freie Wohlfahrtsverbände deutlich und vernehmbar zu kommunizieren haben.

Aber eine Öffentlichkeit erwartet von konfessionellen Trägern zu Recht auch einen unverkrampften Umgang mit Ritualen.

Die ‚Leben im Alter-Zentren‘ haben Erfahrungen gesammelt mit den Ritualen der Segnung der Sterbenden, mit Aufbahrung und mit Verabschiedung von den Verstorbenen. Diese Erfahrungen sind in drei Ritual-

---

<sup>10</sup> Vgl. Matthes, Klaus, *Die Auswanderung der Kirche aus der Gesellschaft*, München, 1957.

<sup>11</sup> Die Broschüre „Rituale“ kann bezogen werden bei Diakonie in Düsseldorf, Lan-gerstr. 20 a, 40233 Düsseldorf.

komplexe geronnen. Der Verfasser hat in seiner Funktion als Seelsorger in einem der ‚Leben im Alter-Zentren‘ hier unmittelbar mitgewirkt.<sup>12</sup>

Was schwer fällt, das ist das Ritual der Aussegnung der Sterbenden. Diese Situation verlangt besonders viel Fingerspitzengefühl. Aber als wichtig hat sich herausgestellt: In der manchmal langen Phase des Sterbens kann und muss es stille und bewusste Momente geben, sich gemeinsam um den Sterbenden zu sammeln, als Pflegende, Angehörige, Seelsorger. Einmal war auch der Hausarzt dabei, einmal die Putzfrau, mehrmals MitbewohnerInnen.

Gemeinsam mit Angehörigen wurde das Ritual der Aufbahrung neu gestaltet – sowohl für den Aufbahrungsraum als auch für den Wohnraum. Stille, Kerze, Gebet, Weinen, Reden, Waschen und letztes Berühren, Verneigen und Loslassen – das Einfache ist oft genug das Schwere und doch das Heilsame.

Die Scheu, hier „tätig“ zu werden, ist mit der Zeit gewichen. Ein offener und bewusster Umgang mit dem und im Angesicht des Verstorbenen wird erfreulicherweise langsam zur Regel. Heim- und Pflegedienstleitungen, SeelsorgerInnen und einzelne Pflegende brauchen aber nach wie vor ausreichende Rollenklarheit, das Ritual auch wirklich „anzusetzen“ in Uhrzeit und Ort, Rahmen und Länge.

Am leichtesten gelang die Etablierung des Rituals der Verabschiedung. Für jede und jeden, die/der geht, versammeln sich die, die es angeht, eine Woche nach dem Sterben im Wohnzimmer der Wohngruppe: Mitbewohnerinnen, Pflegende, Angehörige, Seelsorger, zuweilen Ehrenamtliche, manchmal Gäste.

Eine Kerze, ein Blumenstrauß, ein Bild, ein Choral, lebhaftes Erzählen, Vaterunser, Segensbitte. Gerade mit diesem Ritual gelang eine glückliche Verknüpfung zweier schwieriger Aufgabenkreise: Sterbebegleitung und Gerontopsychiatrie.

Im Vorhergehenden war noch wenig von dieser doppelten Problematik die Rede.

Angesichts des Verabschiedungsrituals ist allerdings festzustellen, dass auch für gerontopsychiatrisch bestimmte Menschen hier „Inseln“ des Kontaktes entstehen, sogar Gedächtnisleistungen an die real Verstorbenen aktiviert werden, die mehrmals die Professionellen aus Pflege und Seelsorge in Staunen versetzten. Deutlich macht dies auch, dass zwar

---

<sup>12</sup> Wichtige Prägung für das hier zugrunde liegende Ritual-Verständnis erfolgt durch die Gedanken von Manfred Josuttis, s. vor allem: Der Weg in das Leben, 1995 und: „Unsere Volkskirche“ und die Gemeinde der Heiligen, Göttingen, 1997.

klassische Seelsorgegespräche mit gerontoemphatisch bestimmten Menschen kaum oder selten möglich sind, begleitendes seelsorgliches und emphatisches Handeln aber nach wie vor „ankommt“. Und Rituale spielen dabei eine, wenn auch nicht die einzige bedeutsame Rolle. Rituale schaffen Orte und Räume. Sie kennzeichnen einen Träger. Sie impulsieren ihn, sich auf den Weg zu machen zu seinen eigenen Wurzeln und Visionen. Ökumenische Offenheit und Fingerspitzengefühl gegenüber denjenigen, denen jegliche konfessionelle Gestaltung abhold ist, muss Ehrensache bleiben. Niemandem darf jemals ein Ritual übergestülpt werden. Aber vielleicht vermitteln sensibel gestaltete Rituale ja auch noch ein ganz anderes und neues Bild von Kirche als seelenlos abgepulpte Bittgebete für die Toten in so manchem Gottesdienst.

## Die Verbündeten

Das Thema „Sterben“ kann nur im interprofessionellen und gesamtgesellschaftlichen Dialog erörtert werden. Und dieser Dialog gehört vermehrt auf die Alltagsebene der Organisationen, weniger auf die akademische Tagungsebene, auch wenn er dort vielleicht angestoßen werden kann.

Konkrete Vernetzungs-Erfahrungen hat *Diakonie in Düsseldorf* an einigen Stellen sammeln können. Immer schon arbeiten Altenheime und Bestattungsinstitute zusammen. Und sie haben ihre Bilder und Urteile übereinander – zu Recht oder zu Unrecht.

Seit fünf Jahren kommen Heimleitungen und Bestattungsunternehmungen zusammen, um sich von Entwicklungen in ihren jeweiligen Bereichen zu berichten, Critical incidents beim Namen zu nennen und gemeinsame Ziele zu setzen. Dass hier auch wechselseitig Marketing-Interessen herrschen und dass ein gutes Essen hier nicht fehl am Platz ist, muss diese Begegnung nicht ethisch kompromittieren.

Die Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten und deren für Altenheime oft furchtbaren Logik von Notfallmedizin konnte an vielen Stellen verbessert werden. Die Etablierung des Dienstleistungsstandards und damit einer verbesserten Pflege-Dokumentation waren hilfreich, sowohl was die Dokumentation von Bewohnerwünschen anbelangt, was Angehörigenadressen, als auch was hausärztliche Verordnungen und Erreichbarkeits-/Vertretungsregelungen anbelangt. Mehrere Gespräche mit dem städtischen Rettungsdienst und auch mit der ökumenischen Notfallseelsorge waren hilfreich – für die andere Seite andererseits auch der offensive Umgang mit „Sterben“ bei der Diakonie.

Die Kontakte mit den Kirchengemeinden, die in der Regel die seelsorgliche Begleitung der Bewohnerinnen und Patienten vornehmen, gestaltete sich unterschiedlich. Einige Gemeinden unterstützen durch Pfarrerrinnen und Pfarrer als auch durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen die Bemühungen der Diakonie vor Ort, waren erfinderisch und hilfreich im Umgang mit Ritualen und neugierig auf die Erfahrungen der Pflegenden. Andere Gemeinden erschienen irritiert, dass in diakonischen Institutionen eigenständige theologische und religiöse Kompetenz gewachsen ist.

Einzelne und gute Kontakte gab es zum Friedhofsamt. Ein zunächst konkurrierender, später aber sehr befruchtender Kontakt hat mit stationärem Hospiz und ehrenamtlichen Hospizdiensten eingesetzt.

Die Einrichtungen und Dienste der Jugend-, Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe bei *Diakonie in Düsseldorf* begannen zusehends, eigene Berührungspunkte zum „Sterben“ zu entwickeln.

Die trägerinterne Auseinandersetzung mit dem Diakonie-Betreuungsverein ergab alltagspraktisch einen sehr viel konsistenteren Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Zwei entscheidende Gruppen fehlen noch im Qualitätsnetzwerk: die alles entscheidende – die Bewohnerinnen und Patienten selbst und die wichtigste Referenzgruppe aller Pflegenden, die Ärztinnen und Ärzte. Die Bewohnerbefragung, das IFF-DiD-Projekt, hat dem Träger in puncto „radikalierter Kundenorientierung“ so manches Auge geöffnet. Auch hier wird der Weg noch weit sein, zugleich mutig und sensibel Gesprächsräume und -zeiten über die „letzten Dinge“ zu finden. Deutlich geworden ist dabei, dass der Kern aller Bemühungen die Würde des hoch betagten Menschen selbst sein muss. Und was Würde ist, leitet sich nicht zuletzt von dem ab, was es für hoch betagte Menschen selbst heißt „gefragt“ und „gemeint“ zu sein, betriebswirtschaftlich als Kunde, organisationstheoretisch als Fachfrau/mann in eigener Sache, theologisch als „Nächster“ und Kind Gottes.

In puncto Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten liegen noch die meisten Fragen und Nöte offen, muss noch das meiste an Kooperation von beiden Seiten gelernt werden. Siebzig verschiedene Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten nach dem nach wie vor sinnvollen Prinzip der freien Arztwahl bei *Diakonie in Düsseldorf* – mit siebzig unterschiedlichen palliativ-geriatrischen Konzepten.

Wenn denn Palliative Care in ihrem Regelfall der Palliativgeriatrie ernst genommen werden will bei *Diakonie in Düsseldorf*, wenn darüber hinaus die so notwendige Verzahnung mit der Gerontopsychiatrie einset-