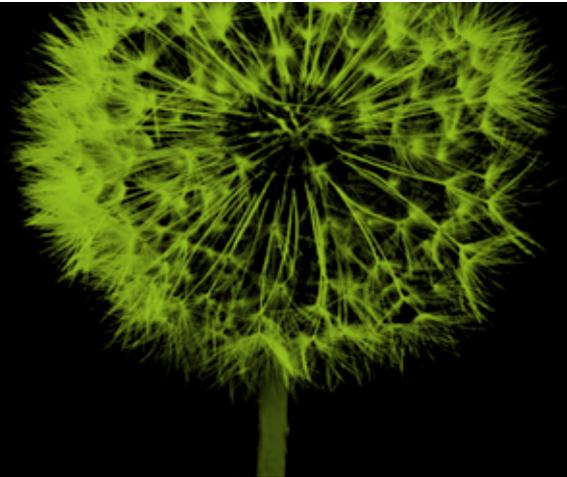


# 102 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.



## Ende gut, alles gut?!

### Gesundheitsförderung am Lebensende

**EDITORIAL »** Geht da noch was? Gesundheitsförderung am Lebensende halten möglicherweise viele Menschen für ein Paradoxon oder aber für makaber, weil wir es gewohnt sind, das Leben, das Sterben und den Tod auseinander zu denken und säuberlich zu trennen. »Der Abschied vom Leben ist eine der letzten großen biografischen Herausforderungen«, schreibt Annelie Keil in ihrem schönen Eröffnungsartikel für diese Ausgabe. Menschen mit genau diesen Herausforderungen nicht allein zu lassen, ist eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsförderung und Public Health. Unsere Gesellschaft hat das Sterben quasi in die Gesundheitsversorgung entsorgt. Etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung verstirbt im Krankenhaus. Doch erschreckenderweise sind gerade Krankenhäuser meistens nicht darauf vorbereitet, weder bezogen auf die Qualifizierung des Personals noch auf die räumlichen Rahmenbedingungen.

Die Beiträge in diesem Heft werfen einen neuen Blick auf die vitale letzte Phase des Lebens und die Trauer danach. Von besseren Einrichtungen zum Sterben mit vorbereiteten Fachkräften, von kommunalen Sorgeskulturen über Trauer am Arbeitsplatz bis hin zu Friedhöfen als gesundheitsfördernde Ressource für die Stadtentwicklung reicht die Bandbreite der Orte, die thematisiert werden. Auch über Trends und Vielfalt in der Bestattungskultur oder Leben und Sterben in Tansania berichten wir. Selten hat uns die Arbeit an einer Ausgabe so nachdenklich gestimmt, weil sich auch für die Arbeit der LVG & AFS damit viele neue Perspektiven ergeben. Wir sind deshalb auf Ihre Rückmeldungen zu dem Heft besonders gespannt!

Wie mehr Gesundheit vor Ort hergestellt werden kann, wird das Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe sein, in der es um neue Konzepte von Daseinsvorsorge und Miteinander in der Kommune gehen wird (Redaktionsschluss 19.04.2019). Die übernächste Ausgabe der Impulse wird das Schwerpunktthema »Health in all policies« haben (Redaktionsschluss 01.07.2019). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen, schon frühlingshaften Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

#### AUS DEM INHALT

Der Tod braucht Hilfe .....	02
Die Aufnahme der trauerspezifischen Diagnose in die ICD-11 .....	03
Kommunale Sorgeskultur: Gesundheitsförderung am Lebensende..	04
Friedhöfe – Nur Orte der Trauer? .....	05
Gesundheitsförderung im letzten Lebensabschnitt .....	07
Immer mehr Vielfalt bei der Bestattung.....	08
Vom Sterben und Leben lernen in Tansania .....	09
Auf das Sterben vorbereitet sein – Advance Care Planning .....	10
Freitod und Suizidbegleitung von Patient*innen .....	12
Umgang mit Tod bei Menschen mit geistiger Behinderung .....	13
Kinder trauern anders – aber wie? .....	14
Impressum .....	15
Quergedacht: Organ-»Spende« – Das andere Sterben .....	16
Die Hospizversorgung in Niedersachsen .....	17
Qualität und Anspruch des Ehrenamts in der Hospizarbeit .....	18
Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen .....	19
Alter(n) und Gesundheit .....	20
Praxis Präventionskette – Was ist beim Aufbau zu beachten?.....	21
Medizinische Versorgung für Erwachsene mit Behinderung .....	22
Projekt GreenSkills4VET an der Hochschule Osnabrück .....	23
Umgang mit Tod in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe .....	24
Mit Kindern über Leben und Sterben nachdenken .....	24
Die Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste des DKHV e.V. ...	25
Trauer am Arbeitsplatz – was stärkt? .....	26
Pflegekammer Niedersachsen und Weiterbildung .....	27
Bücher, Medien .....	28
Termine LVG & AFS .....	34
Termine .....	36

Frieden in deinem Herzen, um nicht verbittert zu werden.« Die Vergangenheit ernst zu nehmen, um sich der Zukunft zu stellen, bedeutet im tansanischen Sinne, sich in jeder neuen Gegenwart um ein friedvolles Leben zu bemühen – nicht ungeachtet seiner Grenzen und Widersprüchlichkeiten, sondern unter Annahme dessen. Einer Demut vor dem Leben gleich ist es dieser tansanischen Lebenshaltung also nicht fremd, Anstrengung, Schwere, Entbehrung oder Traurigkeit zu erleben, sogar zu bejahen. Aber es ist ebenso kein Widerspruch dazu, dennoch – oder vielleicht gerade deswegen – ganz intensiv zu leben, zu lachen, zu lieben.

### Kein Sterben ohne Leben

Von den Wamatengo, dem Stamm im Westen Tansanias, nahe dem Lake Njassa, sagt man, dass diese Menschen nicht nur in aller Intensität leben, sondern ebenso intensiv, aber sehr leise sterben. Als Gebot der Stunde gilt, einen Sterbenden niemals alleine zu lassen. Daher wird, sobald jemand so ernst erkrankt ist, dass mit seinem Tod zu rechnen ist, dafür gesorgt, dass Abschiednehmen möglich ist – für den Versterbenden und für die Lebenden. Alle Freunde und Verwandte werden informiert und sie versuchen, es möglich zu machen, rechtzeitig da zu sein. Man versammelt sich in der Hütte bei ihm\*ihr und verharrt in Stille in seiner\*ihrer Nähe. Zugleich wird der Tod nicht verschwiegen. Der\*die Sterbende selbst weiß zwar meist früher als alle anderen, wie es um ihn\*sie steht – nicht selten auch lange, bevor ein\*e Ärzt\*in sich dazu geäußert hat. Aber auch die Gemeinschaft, die in aller Ruhe und sehr schweigsam versammelt ist, macht der Tod nicht sprachlos. In ihrer ganz eigenen Weise weichen sie nicht aus, sondern stellen sich dieser Lebenszäsur, indem sie kommen und bleiben. Währenddessen sprechen sie über die Situation des Sterbens und der Trauer, indem sie sich über das Leben des Versterbenden austauschen, gemeinsam Erlebtes erinnern, beten oder leise singen, den Tod beklagen. Der\*die Sterbende selbst ist dabei, als Lebende\*r bis zum Schluss. Meist ist er\*sie ganz still, und

doch mit all den ihm\*ihr verbliebenen Sinnen wach. Wieder also scheinbare Widersprüchlichkeiten, die zu einem Ganzen des Lebens – auch an dessen Ende – gegossen werden. Ein\*e Sterbende\*r – eine Hütte voller Menschen, die Anteil nehmen und begleiten – und in dieser Fülle: Stille. Fragt man Imelda nach der Bedeutung dessen, erklärt sie in der ihr eigenen Weise und der Weisheit einer 68-jährigen Afrikanerin, wie sehr alle im Gebet versunken sind, um den\*die Sterbende\*n damit in den Himmel zu begleiten. Mehr als in anderen Kulturen, so schildert sie, sind die tansanischen Menschen bis heute von der Ewigkeit, die jedem Menschen zugesagt ist, überzeugt: »There is no life without hope to heaven.«

Zum Ausdruck dieser Hoffnung auf das Leben und den Himmel leben die Wamatengo bis heute in der Zeit der Trauer nach dem Tod im biblischen Rhythmus der 40 Tage, die für Jesus in seinen 40 Wüstentagen ebenso wie für das Volk Israel auf seiner 40-jährigen Wanderung unter der Verheißung des gelobten Landes von hoher Symbolkraft waren: Wüstenzeiten sind Momente der Entbehrung und des Zweifels, des Ringens und Suchens, aber auch der neuen Erkenntnisse und der Klärung. Haben Nachbarn, Freunde und Verwandte den\*die Sterbende\*n begleitet und dessen Familie vor Ort unterstützt, indem sie mit ihnen getrauert und für die Hinterbliebenen gesorgt haben, so wird nach 40 Tagen von der Familie zum Fest der Ewigkeit eingeladen und gefeiert, dass der\*die Verstorbene nun dort angekommen ist. Leben und Sterben, Beten und Tanzen, Weinen und Lachen sind Ausdruck dieses Lebensrhythmus – Widersprüchlichkeiten des Lebens, verwandelt in ein Ganzes. Eine Dämmerung gibt es nicht – nicht zwischen Sonne und Mond und auch nicht im Lebensalltag.

Literatur bei der Verfasserin

DR. CARMEN BREUCKMANN-GIERTZ, Vorsitzende der Hospiz Stiftung Niedersachsen, Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 535 32 08, E-Mail: dr.breuckmann-hospizmeppen@gmx.de

JULIA VON HAYEK, KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL

## Auf das Sterben vorbereitet sein Advance Care Planning in der Praxis am Beispiel Pflegeheim

Nicht mehr der plötzliche Tod ist heute die Regel, sondern der lang andauernde, vorbereitete und von unterschiedlichen Personen bestmöglich gestaltete Sterbeprozess. Dabei hängt das »Wie« dieses Sterbens auch davon ab, wo es sich vollzieht. Denn je nach Qualifikation der am Sterbeprozess beteiligten Personen sowie den Gegebenheiten vor Ort, werden Notfallsituationen unterschiedlich »gemanagt«, An- und Zugehörige verschieden einbezogen und dem vielfach geforderten Anspruch auf Selbstbestimmung unterschiedlich Rechnung getragen. Um in dieser vulnerablen Phase die Menschen zu stärken und bestmöglich an allen Orten des Sterbens zu versorgen und dennoch ihrem tatsächlichen und – bei Einwilligungsunfähigkeit – dem mutmaßlichen Willen zu entsprechen, wurde 2009 das Instrument der Patientenverfügung als rechtlich verbindliche Form dieser Willensbekundung eingeführt.

### Gesundheitliche Vorausplanung statt Patientenverfügung

Allerdings hat die Praxis gezeigt, dass die Patientenverfügung, wie sie den Ärzt\*innen vorliegt, in ihren verschiedenen Varianten auf den konkreten Fall nicht immer passt beziehungsweise sie im Notfall nicht (so schnell) auffindbar ist. Auch die Verbreitung der Patientenverfügung ist je nach Kontext anders und nicht wenigen fällt es schwer, die Situationen am Lebensende zu antizipieren. Schließlich ist die Möglichkeit eines Widerrufs zwar vorgesehen, jedoch unter Umständen nicht spannungsfrei zu vorherigen Festlegungen. Um diese für alle Seiten schwierige Situation zu deeskalieren, wurde das bereits länger im angelsächsischen Raum eingeführte Instrument Advance Care Planning (ACP) in Deutschland implementiert – ins Deutsche unter anderem übersetzt mit »gesundheitlicher Vorausplanung« oder »Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung«.

Unbenommen dessen, dass die deutsche Sprache den zentralen Sorgegedanken weniger transportiert, ist diese Planung auf mehrere Gesprächsrunden hin konzipiert, weil es um einen längeren Beratungsprozess geht. Zwar werden auch gewünschte medizinische Maßnahmen von einer\*m für ACP ausgebildeten professionellen Gesprächsbegleiter\*in erläutert, im Fokus jedoch steht die Person, die hier umsorgt wird, indem genauestens vorgesorgt wird: Es geht um die Diskussion grundlegender Werte, persönlicher Themen, Beziehungsklärungen und Selbstbestimmung, die auch dazu führen können, das Leben und die Behandlungsplanung zu rekonfigurieren. Vor allem der Sorgegedanke soll inhaltlich weitergetragen werden, was je nach Ort unterschiedlich gelingen oder auch misslingen kann. Beispielsweise zeigt sich ein\*e Bewohner\*in eines Heims bisweilen zu Beginn seines\* ihres Einzugs bei diesem Thema aus Sicht der Mitarbeiter\*innen abwehrend bis aggressiv. Eine dem\*der Bewohner\*in unterstellte Tabuisierung des Themas »Sterben« und die daraufhin verweigerte Auseinandersetzung damit könnten eine mögliche Erklärung durch die Mitarbeiter\*innen sein. Eine andere allerdings könnte sich darauf beziehen, dass ein Einblick in die eigenen letzten Wünsche und Bedürfnisse einer Organisation wie dem »Heim« zu Beginn eines Einzugs (noch) nicht gewährt werden will. Denn dort, wo noch keine Vertrautheit vorherrscht, anders als eventuell im Zuhause, ist Offenheit gegenüber privaten Themen (noch) nicht möglich.

### Beziehungs- und Vertrauensarbeit als Basis für den ACP-Prozess

Erscheint die letztere Deutung plausibel, wäre weniger an der Bewusstwerdung der Thematik zu arbeiten, sondern die Beziehungsarbeit von den Mitarbeiter\*innen zu den Bewohner\*innen und deren An- und Zugehörigen sollte im Zentrum stehen. Smalltalk mit den Bewohner\*innen, beispielsweise bei gemeinsamen alltäglichen Verrichtungen wie etwa während der Grundpflege, könnten dann dazu beitragen, Vertrauen herzustellen sowie Wünsche und Bedürfnisse quasi nebenbei zu ermitteln, die auf diese Weise in einen umfangreicher verstandenen ACP-Prozess einfließen könnten. Als ebenso hilfreich erweisen sich An- und Zugehörige und andere Heimbewohner\*innen im Sinne weiterer Auskunftsinstanzen über den zu ermittelnden Willen der Bewohner\*innen sowie die Erfahrung und die Einschätzung der Mitarbeiter\*innen. In einem Heim bedarf es dann vor allem »Menschenkenntnis« der dort tätigen Mitarbeiter\*innen, die aber bestenfalls nicht



zufällig einer Person zu eigen ist, sondern als professionelle Haltung an die Pflegekraft etwa durch geeignete Qualifizierungsmaßnahmen zu vermitteln ist. Eine wesentliche Aufgabe der Mitarbeiter\*innen besteht daher in der zu leistenden Beziehungs- und Vertrauensarbeit als Teil einer umfassenden Sorgeskultur im Heim. Eine solche allerdings benötigt Zeit, die bei den zunehmenden Kurzzeitpflegefällen, die heute in den Heimen zu verzeichnen sind, häufig nicht vorhanden ist. Bei aller Wichtigkeit der Behandlungsentscheidungen am Lebensende stehen vor allem die grundsätzlichen Wünsche für ein menschenwürdiges Sterben im Vordergrund und weniger spezifische ethische Dilemma-Situationen.

### Resümee

Abschließend ist zu konstatieren, dass die durch ACP gewonnene Wertkommunikation verschiedenen Akteur\*innen Sicherheit für zukünftige Entscheidungen bietet, die unter Umständen auch stellvertretend getroffen werden müssen. Die damit verbundene, nach Art und Umfang je nach Ort des Sterbengeschehens, angepasste Sorgearbeit ist anzustreben, während sich formalisierte Prozesse wie etwa Palliativbögen lediglich komplementär einsetzen lassen. Versteht man Autonomie als relational, den Menschen als soziales Wesen eingebettet in Beziehungen, so kann das Hinzuziehen der An- und Zugehörigen beziehungsweise der designierten Vertreter\*innen als sehr positiv gesehen werden. Wichtig ist, dass man nicht überplant, sondern vorbereitet sein sollte. Hier ist die Gradwanderung sicherlich nicht immer einfach und jede Vorausplanung, die die besonderen Gegebenheiten vor Ort im Blick behält und während des Sterbengeschehens berücksichtigt, nur noch begrenzt möglich. Und schließlich ist grundsätzlich zu fragen, wie das Recht auf Nichtwissen in Gestalt eines Rechts auf Nicht-planen-Müssen weiterhin gewährleistet werden kann.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL, Universität Augsburg,  
Katholisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie  
Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Tel.: (08 21) 5 98 26 36  
DR. JULIA VON HAYEK, Wissenschaftliche Geschäftsführerin,  
Universität Augsburg, ZIG – Zentrum für Interdisziplinäre  
Gesundheitsforschung, Tel.: (08 21) 5 98 54 90,  
E-Mail: von-hayek@zig.uni-augsburg.de