ChrisCare

MAGAZIN FÜR SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

2/2021

frei und verantwortlich

KOMPETENT

Suizidassistenz als Aufgabe im Gesundheitswesen?

S. 22-24

INSPIRIEREND

Selbstbestimmung kann zum Fluch werden

S. 7

PRAXISNAH

Gute Fürsorge auch in der Corona-Pandemie

S.15-17

Mai 2021 // (D) € 5,80 // (A) € 6,00 // (CH) SFr. 10.30 // **www.chriscare.info** // ISSN 1869-9944 // ZKZ 18 381

INHALT

EINLEITUNG

3 **Editorial & Gedanken zum Titelbild**

ERFAHRUNG

7 **Wenn Zwang unumgänglich ist**
Die Ärztin Bettina Gundlach umreißt die schwierige Abwägung, welche Grenzen die Selbstbestimmung hat.

10 **Autonomie in der Kindertherapie**
Autonomie und Alter
Erika und Georg Schiffner erleben die Fragen um Autonomie ganz unterschiedlich. Sie ist Ergotherapeutin und arbeitet mit Kindern, er ist Palliativmediziner und Geriater.

25 **Freut euch mit den Fröhlichen**
Marianne Brütsch schildert ihre Erfahrungen im Schweizerischen Modell des Assistierten Suizids.

TITELTHEMA

4 **Selbst bestimmen, was wirklich gut tut**
Der Philosoph und Pastoraltherapeut Hans-Arved Willberg warnt, dass der Segen selbstbestimmter Freiheit auch zum Fluch werden kann.

8 **Der Mensch ist autonom – wie sieht die Bibel das?**
So fragt Thomas Leyener, Theologe im Marienhospital Stuttgart, und plädiert für die Wahrung der Würde eines Menschen auch in Grenzsituationen.

12 **Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts**
Martin Teising und Reinhard Lindner nehmen aus ärztlicher Sicht Stellung zu einem umstrittenen Urteil.

19 **Selbstbestimmt?**
Die Pflegewissenschaftlerin Annette Meussling-Sentpali macht sich Gedanken über die Selbstbestimmung im Umgang mit Krankheit und Sterben.

22 **Suizidassistenz als Aufgabe im Gesundheitswesen?**
Der Palliativmediziner Sebastian Reuter warnt vor leichtfertigen Forderungen.

REPORTAGE

30 **Teilen hilft**
Die Ärztin Carina Dinkel kennt die gesundheitlichen Fragen von Frauen in Afrika.

32 **Glück auf 3 Rädern**
In Dudenhofen in der Pfalz hat man neue Wege der Zuwendung beschritten bzw. befahren.

CORONA PANDEMIE

15 **Gute Fürsorge auch in der Corona-Pandemie**
Der Haus- und Heimarzt Gerhard Nemitz wünscht sich eine „personalisierte Therapie“ für Menschen unter Pandemie-Bedingungen.

26 **Christen im Spannungsfeld**
Reinhard Köller fragt nach den Hintergründen von Verschwörungstheorien und Wissenschaftsskeptikern.

INTERVIEW

18 **Verbindlich leben in einer Diakoniegemeinschaft**
Friedhilde Bartels fragt Käte Petersen, die langjährige Sprecherin der Diakonissen in der Albertinen-Immanuel Diakonie, Hamburg, nach ihren Erfahrungen.

FÜR SIE GELESEN

34 **Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen**
Bruno Schrage: Leseempfehlung
Den Dialog wieder eröffnen
Frank Fornaçon: Empfehlenswert

PERSÖNLICH FÜR SIE

36 **Persönlich für Sie**
Die Palliativmedizinerin Monika Windsor staunt über die Vielfalt der Menschen

Redaktionskreis: Friedhilde Bartels (Hamburg), Pflegedienstleitung i. R., Referentin und Autorin für Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie; Pastor Frank Fornaçon (Ahnatal), Redaktion ChrisCare; Bettina Gundlach (Aumühle), Ärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Vorstand Christen im Gesundheitswesen (CiG); Günther Gundlach (Aumühle), Geschäftsführer CiG; Clara Plochberger, Jugendbildungsreferentin im Erzbistum Hamburg, (M.A. Prävention und Gesundheitsförderung), Hamburg; Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali, Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg; Andreas Rieck (Stuttgart), Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Marienhospital Stuttgart; Dr. med. Georg Schiffner (Aumühle), Chefarzt Geriatriezentrum Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg, Vorsitzender CiG; Pastoralreferent Bruno Schrage (Köln), Dipl. Theologe, Dipl. Caritas-wissenschaftler, Referent für Caritaspastoral im Erzbistum Köln; Dr. phil. Hans-Arved Willberg Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut (Kalrsruhe), Dr. med. Monika Windsor (Augsburg), Anästhesistin, palliative care

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

„Ich will mein Leben selbst bestimmen!“ Wer würde diesen Satz nicht für sich in Anspruch nehmen? Die Freiheit, über das eigene Leben entscheiden zu können, scheint vielen selbstverständlich. Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland heißt es in Artikel 2: „ (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ Diese Freiheitsrechte stehen nicht ohne Grund ganz am Anfang der Verfassung. Denn in den Jahren vor Gründung der Bundesrepublik hieß es: „Du bist nichts, dein Volk ist alles“. Und das Recht auf Leben wurde Juden, Roma, Russen und Behinderten abgesprochen. Die Strahlkraft des 2. Absatzes des Artikels 2 im Gundgesetz scheint inzwischen verblasst. Der 1. Absatz über die freie Entfaltung der Persönlichkeit entspricht den Wünschen vieler Menschen weit mehr.

In der aktuellen Debatte sind es vor allem zwei Bereiche, in denen wir Christen Stellung nehmen sollten: Die Freiheitsbeschränkungen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie werden als Kränkung erlebt, als Beschneidung des Selbstbestimmungsrechtes. Dabei wird übersehen, dass diese Entfaltung der eigenen Persönlichkeit seine Grenze hat im Recht des Nächsten auf Leben.

Die zweite – und weit gravierendere – Diskussion in Deutschland und Österreich ist die offene Frage nach der Zulässigkeit der Aktiven Sterbehilfe oder deutlicher gesagt, dem Assistierten Suizid. Oberflächlich betrachtet geht es hier um die Freiheit, über das eigene Leben zu befinden. Schaut man aber genauer hin, dann wird hier das Recht auf Leben auf dem Altar der Freiheit geopfert.

In den ersten Wochen dieses Jahres haben Vertreter der Diakonie für Schlagzeilen gesorgt, als sie das Recht auf den Assistierten Suizid auch in kirchlichen Einrichtungen gefordert haben. Der Widerspruch in der evangelischen und katholischen Kirche war deutlich. Aber die Forderung ist nicht vom Tisch. Sollen Christen sterbewilligen Menschen den Suizid ermöglichen? Oder sind sie nicht in ihrem Gewissen an den Wert jedes Menschenlebens gebunden? Der Wunsch nach selbstbestimmtem Leben und Sterben ist eine Herausforderung für Christinnen und Christen, das Leben lebenswert zu gestalten, von der Geburt bis zum Tod. In der Weisheit (12,1) heißt es: „Gott ist ein Liebhaber des Lebens“, ohne dass der Wert des Lebens an Bedingungen geknüpft wäre.

In dieser Ausgabe geht es um provozierende Fragen. Möchten Sie mit der Redaktion dazu ins Gespräch kommen? Am 08. Juni 2021 um 18:30 Uhr laden wir Sie zu einer digitalen Redaktionskonferenz ein. Schicken Sie uns eine E-mail und Sie erhalten einen Zugangslink (info@cig-online.de)

Ihre *Andreas Rieck & Friedhilde Bartels*

Andreas Rieck, *Theologe, Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Stuttgart*

Friedhilde Bartels, *Pflegedienstleitung i.R., Hamburg*

GEDANKEN ZUM TITELBILD

Da steht einer auf einem Fels in der Brandung. Über sich der tosende Wasserfall, rings um den Fels die Gischt. Beides kann ihm nichts anhaben. Die Freiheit ist mit Händen zu greifen. Der Mann scheint sie zu genießen. Wie frei wäre derselbe Mann, wenn sich schwere Krankheit in seine Lebensplanung einschleicht? Die Autonomie stößt dann an ihre Grenzen, wo die äußeren Umstände sich nicht ändern lassen. Die unerbittlich letzte Grenze unserer Autonomie ist der Tod. Und genau um den Weg in den Tod geht zur Zeit in Deutschland und Österreich ein erbitterter Streit. Manche meinen, im Suizid bestehe der letzte Akt von Selbstbestimmung. Ob es dabei einen Anspruch auf Assistenz beim Suizid geben soll, muss der Gesetzgeber demnächst entscheiden. Im Redaktionskreis hoffen wir auf eine Entscheidung zugunsten des Lebens und der Freiheit der Mitarbeiter im Gesundheitswesens, die nicht in Erklärungsnot geraten sollen, wenn ein mehr oder weniger kranker Patient Gift verlangt, das ihm den Suizid ermöglicht. Die aktuelle Diskussion verweist uns auf viel tiefer liegendes: Dass wir nicht nur aus Selbstvertrauen heraus autonom sind, sondern viel eher durch den festen Grund, auf den wir bauen. Für Christen ist das das Vertrauen in die Liebe Gottes, das uns Freiheit gewährt. **Frank Fornaçon**

SELBST BESTIMMEN, was wirklich gut tut

Autonomie, Verantwortung und Freiheit

„In die eigne Brust senkte dem Menschen der göttliche Geist den Funken seines Ebenbildes", schrieb Jakob Friedrich Fries, ein durchaus einflussreicher Philosoph des 19. Jahrhunderts, der seit dem 20. Jahrhundert aber weithin vergessen wurde. Damit folgte er dem von ihm hoch verehrten, aber auch konstruktiv kritisierten Immanuel Kant. Diesem lag daran, die Theorie des Erkennens und der Ethik so zu begründen, dass sie jedem denkenden Menschen einleuchten konnte, unabhängig von seiner Religion. Darum sprach er lieber nicht vom „göttlichen Geist", aber gleichwohl inhaltlich vom „Funken seines Ebenbildes", wenn er auch anders dazu sagte. Er nannte ihn das „Sittengesetz".

Das Sittengesetz, so lehrte Kant, ist das einzige überhaupt, was jeder Mensch mit Vernunft und Verstand auf jeden Fall weiß. Es ist uns sozusagen ins Herz geschrieben. Kant meint damit nichts anderes als die Stimme des Gewissens. Wir können ihm Gewalt antun, aber dennoch bleibt es dabei, immer wie ein Kompass nach Norden auf die Unterscheidung zwischen Recht und Unrecht ausgerichtet zu sein. Das tritt spätestens zutage, wenn wir selbst Unrecht erleiden. Daraus hat Kant den Grundsatz seiner Ethik hergeleitet, der als „Kategorischer Imperativ" berühmt wurde: Handle stets so, dass dein eigenes Verhalten Maßstab für das Verhalten aller Menschen sein könnte. Das liest sich sehr ähnlich wie die „Goldene Regel" in der Bergpredigt: „Alles nun, was ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch!" Kommentierend fügte Jesus hinzu: „Das ist das Gesetz und die Propheten". Damit meinte er den ethischen Sinn des ganzen Alten Testaments, vor allem aber die Kernaussage des jüdischen Gesetzes, der Thora, auf die sich alle Einzelgebote beziehen, sofern sie sinnvoll sind.

Kant und Fries wussten das sehr gut und wenn sie von Ethik sprachen, meinten sie nichts anderes. Sie wussten auch, was Paulus im zweiten Kapitel des Römerbriefs geschrieben hat: „Die Heiden", also alle möglichen Nichtchristen und Nichtjuden, „beweisen, dass in ihr Herz geschrieben ist, was im Gesetz gefordert ist", weil sie „von Natur tun, was das Gesetz fordert" (Römer 2,14-15). Das schriftlich gegebene Gesetz der Thora sagt also nach Paulus nichts anderes als das, was jeder Mensch in seinem Gewissen eigentlich schon weiß.

Die Worte für „Gewissen" im Griechischen wie im Lateinischen heißen auf Deutsch genau genommen „Mit-Wissen". Weil wir nach dem Bild Gottes geschaffen sind, ist uns als Menschen das Mit-Wissen um das Gute ins Herz geschrieben. Das hat nicht erst Paulus behauptet. Schon der griechische Philosoph Platon dachte fünfhundert Jahre früher genau so. Aber in der christlichen Theologie hatte das markante Pauluswort, das für die Auslegung des Römerbriefs viel bedeutet, einen schweren Stand, weil es der menschlichen Vernunft bedenklich viel Gewicht zu geben schien. Theologen, die davon ausgingen, dass der Mensch nach dem Sündenfall nur noch Böses wollen kann, behagte das gar nicht, denn sie gingen ebenso davon aus, dass die Menschen seither mit dem Kompass des Gewissens gar nichts Gutes mehr anzufangen wüssten, weil sie es ja auch gar nicht wollten. Also müsste den Menschen das Gesetz mithilfe des Heiligen Geistes überhaupt erst wieder beigebracht werden. Gott verleihe den Heiligen Geist zu diesem Zweck erst einmal ausgewählten Berufenen, allermeist Männern, die ihrer erleuchteten Vernunft wegen in den Stand gesetzt würden, nun auch die anderen Christen zu unterweisen. Das heißt: Wenn ich überhaupt in der Lage sein will, Recht und Unrecht zu unterscheiden, brauche ich gesalbte Lehrer, die es mir beibringen.

Die kirchliche Heteronomie

Eine solche Sicht von Gewissensbildung nennt man Fremdbestimmung oder mit dem Fremdwort „Heteronomie“. Daraus bildeten sich Struktur und Frömmigkeitspraxis der Kirche zu weiten Teilen bis zur Reformation. Als ideales Verhältnis der einzelnen Gläubigen zur Kirche wurde die absolute Unterwürfigkeit betrachtet, der blinde Gehorsam. „Kirche“ hieß in dieser Hinsicht praktisch: Die jeweiligen von der kirchliche Hierarchie beauftragten Vorgesetzten. Franz von Assisi sah das Optimum des Mönchsgehorsams darin, sich so willig zu ergeben, dass gar kein eigener Wille mehr bleibt, völlig ohne Eigenes, so wie lebendig tot. Daher kommt das Wort „Kadavergehorsam“. Ignatius von Loyola konzipierte dementsprechend seine Exerzitien. „Wir müssen, um in allem sicher zu gehen, immer festhalten“, brachte er den Meditierenden bei: „was meinen Augen weiß erscheint, halte ich für schwarz, wenn die hierarchische Kirche es so bestimmt, weil wir glauben, dass in Christus unserem Herrn, dem Bräutigam, und in der Kirche, seiner Braut, derselbe Geist wohnt, der uns zum Heil unserer Seele leitet und lenkt; denn durch den gleichen Geist und unseren Herrn, der die zehn Gebote gab, wird auch unsere heilige Mutter, die Kirche, gelenkt und geleitet.“ Bei solchen Dogmen der Fremdbestimmung sind die Machenschaften des kirchlichen Geheimdienstes der Inquisition und die brutalen Verfolgungen und gnadenlosen Veurteilungen von Abweichlern mit Folter und Scheiterhaufen gar nicht so verwunderlich, galt doch ihr Ungehorsam, ihre „Ketzerei“, als Gotteslästerung.

Das Motiv der völligen Hingabe nach dem Vorbild Jesu um der Liebe willen ist zutiefst christlich, aber es wurde zugunsten der kirchlichen Macht und, in ihrem Windschatten, immer auch gern der weltlichen angeblich „gottbegnadeten“, fatal vereinseitigt. Luthers großes Verdienst war es, wieder mutig und selbstbewusst den Standpunkt auf der andern Seite zu beziehen: „Ein Christenmensch ist ein freier Herr über alle Dinge und niemand untertan“, setzte er dem Kadavergehorsam entgegen. Die andere Seite verschwieg er nicht: „Ein Christenmensch ist ein dienstbarer Knecht und jedermann untertan.“ Ja gewiss ist er das, aber nur freiwillig, nur der persönlichen Einsicht gemäß, aufgrund eigener Entscheidung, der Stimme des eigenen Gewissens folgend.

Das wurde aber auch im Protestantismus keineswegs konsequent beherzigt. Zu stark wirkte auch dort das Dogma vom durchweg bösen Willen weiter. Die protestantische Rechtgläubigkeit trug deutlich heteronome Züge, auch der Pietismus, der zwar das „Priestertum aller Gläubigen“ ernst nahm, dafür aber andere Wege der Fremdbestimmung einschlug, etwa in der Pädagogik.

Kant und Fries waren beide pietistisch erzogen. Beide emanzipierten sich. Beide kannten die Bibel sehr gut und beiden hatten kein Interesse, sich vom christlichen Glauben zu verabschieden. Beide lehrten die Freiheit des Gewissens, aber sie ließen keinen Zweifel daran, dass die Stimme des Gewissens Verantwortung verlangt. Selbstbestimmte Verantwortung um des ins Herz geschriebenen Sittengesetzes willen, das war ihr Leitmotiv.

DIE ALTERNATIVE ZU HETERONOMIE UND ETHISCHEM ANARCHISMUS

Leonard Nelson, ein Hauptvertreter der sogenannten philosophischen „Fries-Schule“ und ein Wegbereiter der Demokratie des 20. Jahrhunderts, unterschied zwei geistige „Hauptrichtungen“ des Ringens um die Wahrheit, die „von jeher in heftigem Streit miteinander liegen.“ Die einen „gehen von der Meinung aus, das Menschengeschlecht sei von Natur aus der Wahrheit und des Guten unvermögend und daher auf höhere Offenbarung angewiesen. Eine auf dieser Grundlage beruhende Philosophie kennt nur eine heteronome Ethik“. Kennzeichen der anderen Richtung sei „die Auffassung, wonach der Mensch seinen Verstand rücksichtslos gebrauchen darf, wie er will, ohne sich an eine Autorität zu binden. Die Konsequenz der Anwendung dieses Maßstabes ist die Nichtigkeit aller höheren Verbindlichkeit überhaupt.“ Das nennt Nelson „ethischen Anarchismus“.

Kant und Fries gründeten sich entschieden auf die christliche Überlieferung und lehnten die „höhere Offenbarung“ durchaus nicht ab – die höhere Offenbarung war ihnen aber das Sittengesetz, dem Prophetenwort gemäß: „Es ist dir gesagt, Mensch, was gut ist und was der Herr von dir fordert“. Begreiflicherweise waren sie nur sehr skeptisch gegen alle angebliche Offenbarung darüber hinaus, vor allem gegen „Offenbarungen“, die der Machtausübung dienten.

Das Gegenteil von Fremdbestimmung, also von Heteronomie, ist Selbstbestimmung, mit dem Fremdwort: Autonomie. Denker und Denkerinnen wie Kant, Fries und Nelson, die alle ihren Ausgangspunkt bei Sokrates und Platon nahmen und den Grund unserer modernen Demokratie legten, verstanden unter der „ethischen Autonomie“ den sinnvollen Weg zwischen den Alternativen einer „heteronomen Ethik“ auf der einen Seite und einem „ethischen Anarchismus“ auf der andern.

Es ist eigentlich sehr erfreulich, dass sich dieser goldene Weg nach der goldenen Regel, der zunächst unter die Räder neuer heteronomer Ordnungen kam, die gottloser und menschenverachtender waren als je zuvor, nach 1945 gleich wieder aufgetan hat. Man hat jetzt verstanden, dass er alternativlos ist; ein goldenes Manifest davon ist unser Grundgesetz.

Es ist eigentlich umso erfreulicher, dass die ethische Autonomie den Nachkriegsgenerationen Mitteleuropas zur Selbstverständlichkeit wurde. Aber sie läuft Gefahr, in den ethischen Anarchismus oder neue Heteronomie umzuschlagen, oder, vielleicht noch eher, in eine Mischung von beidem. Ob sich das verhindern lässt, hängt davon ab, wie weit die Menschen lernen, glauben und verinnerlichen, dass Freiheit nur durch Verantwortung bestehen kann. Verantwortung bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als die Goldene Regel ernst zu nehmen.

» **Was will ich, das mir die Leute tun sollen? Das heißt: Was bin ich mir selbst wert und was will ich in Bezug auf mich selbst den anderen zumuten und zutrauen?**

» **Was bedeutet es, wenn ich mich dementsprechend ihnen gegenüber verhalte?**

Es geht schlicht um die Frage, was Liebe für mich sein soll und nicht nur darum, was juristisch sein darf und was nicht. Es geht um die Frage, was ich wirklich brauche, wenn ich ehrlich bin, und was die andern von mir brauchen.

Diese Fragen haben Vorrang. Wenn sie vernachlässigt werden, wird der Segen selbstbestimmter Freiheit zum Fluch, weil dann viel zu oft als gut bestimmt wird, was gar nicht mehr gut tut. ■

Anzeige

Dr. phil. Hans-Arved Willberg
Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut, Ettlingen bei Karlsruhe
www.willberg-life.consult.org

WENN ZWANG UNUMGÄNGLICH IST

Wie sich Selbstbestimmung, Zwang und die geschlossene Unterbringung in der Psychiatrie zueinander verhalten, ist ein sehr umfangreiches Thema und kann hier nur angerissen werden. Leider gibt es dazu keine allgemeingültige Ansicht oder Haltung, kein Schema F und kein Rezept, sondern wir müssen den einzelnen Menschen individuell und sehr differenziert in der je einzelnen Situation ansehen, um dann eben mal so und mal genau anders entscheiden zu können – immer jedoch FÜR ihn, auch wenn er selbst es als GEGEN sich gerichtet empfindet. Als Grundlage und Rahmen für diese Entscheidungen dient das ´Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen´ (PsychHG).

Ich strebe danach und wünsche mir für meine Arbeit in der Sozialpsychiatrie, dass mich in der Begegnung mit den kranken Menschen von der Haltung her Jesu Frage prägt, die er dem blinden Bartimäus stellt: „Was willst DU, dass ich für Dich tun soll?“ (Lukas 18, 41 und Markus 10, 51).

Leider können wir als Behandler nicht immer nach dem geäußerten Willen der Menschen handeln, sondern müssen v.a. in Krisen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung anstelle des kranken Menschen über oder gar gegen seinen Willen hinweg entscheiden und reagieren. Selbstverständlich wollen wir auch in solchen – meist für alle Beteiligten äußerst unerfreulichen – Situationen für den Menschen in seinem Sinne und zu seinem Vorteil entscheiden, aber es bleibt immer wieder mal ein Rest an Unsicherheit, ob dies gelingt. Manchmal ist es nicht eindeutig, ob eine Person noch einen von seiner Erkrankung unbeeinflussten ´freien Willen´ bilden kann oder nicht. Da ist es dann schön und ermutigend, wenn wir im Nachhinein die Zustimmung oder Dankbarkeit derjenigen Person selbst erhalten, die wir z.B. in einer Krise zu ihrem Schutz zwangsweise in der Psychiatrie untergebracht haben. Darum kann es für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung erleichternd sein, bereits in den guten Phasen gemeinsam mit Angehörigen und Behandlern eine Art Krisenplan zu erstellen für den Fall der Fälle.

Ein weiterer Punkt aus meiner Arbeit: 2016 wurde das Bundesteilhabegesetz BTHG (Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen) erlassen, das behinderten Menschen die Teilhabe am Leben der Gesellschaft zum Beispiel in Form der Gewährung von Eingliederungshilfe ermöglichen und erleichtern soll. In der letzten Änderung im Januar 2020 in Kraft getreten und von vielen begrüßt, wurden mit dem BTHG auch neue Diskussionen angefeuert, nicht nur über die Gleichstellung, sondern auch über die Möglichkeit zur Selbstbestimmung behinderter Menschen. Auch hier gilt es, den Menschen in seiner individuell sehr unterschiedlichen Situation und je nach Art der Behinderung wahrzunehmen: körperlich, psychisch oder geistig eingeschränkt.

> LASST UNS GEMEINSAM AUF DEM WEG BLEIBEN, IMMER KLARER ZU ERKENNEN, WOHER WIR KOMMEN, WER WIR SIND UND WOHIN WIR WOLLEN.

In unserer heutigen Zeit streben wir alle nach immer mehr Freiheit, Selbstbestimmung und Autonomie – und in vielen Lebensbereichen sind wir viel selbstbestimmter und freier als frühere Generationen. Aber macht uns das wirklich frei und ist das immer positiv? In meiner beruflichen Arbeit als Amtsärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst begegne ich eher denjenigen, die es z.B. nie gelernt haben, in ihrem Leben selbst zu bestimmen oder die sich damit im Gegenteil überfordert fühlen, selbst zu wählen, gar selbst zu entscheiden oder ihr Leben selbst (mit) zu gestalten. Oftmals fällt es Menschen schwer, selbst zu bestimmen und zu entscheiden, sich Hilfe zu suchen oder anzunehmen.

Selbstbestimmung ist eben nicht immer möglich, und nicht alles, was wir selbst wollen, tut uns gut oder macht uns frei… Lasst uns gemeinsam auf dem Weg bleiben, immer klarer zu erkennen, woher wir kommen, wer wir sind und wohin wir wollen. ■

Bettina Gundlach,
Ärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, CiG-Vorstand, Aumühle

DER MENSCH IST AUTONOM – wie sieht die Bibel das?

Auch wenn biblische Texte den Begriff „Autonomie" nicht kennen und dieses Wort nicht benutzen, so ist das, was damit gemeint ist, im biblischen Bild vom Menschen grundgelegt und zu finden. Dies möchte ich an vier Phänomenen und Begriffen erläutern:

1. DIALOG – GOTT REDET MIT DEM MENSCHEN
2. FREIHEIT UND LIEBE – DIE BEZIEHUNG GOTTES ZU DEN MENSCHEN
3. INDIVIDUALITÄT UND PERSONALITÄT – DEIN NAME IST IN MEINE HAND EINGESCHRIEBEN (JESAJA 49,16)
4. GESCHÖPF UND ENDLICHKEIT – WAS IST DER MENSCH, DASS DU AN IHN DENKST? (PSALM 8,5)

Schlussfolgernd werden diese Überlegungen zur Autonomie zu einem kurzen Ausblick auf ein verändertes Verständnis von „helfen" führen, um die Haltung der Sorge als zentrales Merkmal für einen zeitgemäßen Ansatz von Helfen unter der Wahrung der Autonomie zu skizzieren.

1. DIALOG

Der ältere der beiden Schöpfungserzählungen am Anfang des Alten Testamentes (Genesis 3) berichtet, dass Gott den Menschen anspricht („Adam, wo bist du?"). Gott konfrontiert nicht sofort mit dem Thema, um das es ihm geht, sondern es wirkt eher wie die Vorbereitung und Einleitung eines Gesprächs – und das in einer Situation, in der es um etwas sehr Kritisches geht, nämlich um das Essen vom Baum in der Mitte des Paradiesgartens. Es bahnt sich ein Konflikt zwischen Gott und dem Menschen an.

Aber selbst bei dieser anstehenden Konfliktklärung legt Gott es auf eine dialogische Struktur an und spricht sein Geschöpf, den Menschen, an. Kommunikativ macht er ihn damit zu einem gleichwertigen Gegenüber. Und auch die Frage „Was hast du getan?" zeigt ja viel mehr, dass Gott die freie Äußerung und die eigenständige Antwort des Menschen will, als dass Gott mit dieser Frage erst einmal nachforschend herausfinden müsste, was da vorgefallen ist.

Es wären noch viele biblische Dialog-Geschichten aufzuzählen, die alle ein Merkmal haben: Gott sieht im Menschen einen Partner, ein gleichwertiges Gegenüber und er legt den Dialog so an, dass der Mensch sich äußern kann und in diesem Dialog mit der göttlichen Macht nicht untergeht – ganz im Gegenteil: Bis hin zur Frage Jesu in den neutestamentlichen Heilungserzählungen: „was willst du, das ich dir tun soll?" Auch der, der völlig am Ende ist, kann und darf noch reden und seinen wichtigsten Wunsch ausdrücken.

Dialog in dieser Art und Qualität gibt es nur unter Gleichwertigen und „gleich-würdigen".

2. FREIHEIT UND LIEBE

Die schon genannte Schöpfungserzählung aus Genesis 2 berichtet vom Baum der Erkenntnis von Gut und Böse in der Mitte des Paradiesgartens. Gott wird diesen Baum nicht geradezu hinterlistig in die Mitte des Gartens gepflanzt haben, um die Verführung erst möglich zu machen, dass der Mensch doch von dessen Früchten isst. Dieser Baum steht für die Möglichkeit und die Freiheit, das Gute und Böse zu erkennen – und er steht für die Freiheit, sich aus Liebe für das Gute zu entscheiden. Der Dialog mit dem anderen muss diesen „frei setzen" – ihm und ihr den Freiraum geben, eigenständig in diesen Dialog einzutreten. Liebe und Freiheit sind unzertrennliche Geschwister – das eine macht das andere erst möglich. Nur in völliger Freiheit ist es möglich, einen anderen Menschen zu lieben. Jedes „du musst" ist da hinderlich bzw. ein Widerspruch. Und auch das Gute, das getan wird, ist nur dann gut, wenn es aus freiem Entschluss getan wird. So gibt Gott, der die Liebe ist und den Menschen liebt, diesen in die Freiheit frei – eben auch in eine Freiheit, die es möglich macht, sich gegen Gott, gegen das Gute, gegen die Liebe zu entscheiden – die es aber genauso möglich macht, sich dafür zu entscheiden!

3. Individualität und Personalität

Die englische Sprache stellt mit den Begriffen „I“ und „ME“ zwei Wörter zur Verfügung, die verdeutlichen, dass der Mensch einzigartig die Fähigkeit hat, sich zu sich selbst zu verhalten. Im Deutschen kann man diese Differenzierung mit dem „Ich“ und dem „Selbst“ ausdrücken: Ich denke über mich nach... Ich verstehe mich selbst nicht mehr... Ich weiß nicht, wer ich bin...

Jedes „I“ steht für die Personalität des Menschen – ein übergreifender Begriff für seine Würde, seine Fähigkeit, über sich hinaus zu fragen („Wo komme ich her? Was wird aus mir werden?“), seine Angewiesenheit auf Dialog und Gemeinschaft. Das „ME“ bezeichnet die Eigenart und Individualität – das was mich ausmacht und auch unterscheidet vom anderen Menschen. Jeder Mensch ist Person und diese wird konkret in seiner Individualität (Unteilbarkeit) – alle sind Person, aber jede und jeder ist ein Individuum. oder anders ausgedrückt: Als Personen sind wir Menschen alle gleich – als Individuen unverwechselbar verschieden.

4. Geschöpf und Endlichkeit

Die beiden alttestamentlichen Schöpfungsberichte machen deutlich, dass der Mensch Geschöpf Gottes ist. Das bedeutet nun gar nicht, dass er deswegen als klein und abhängig betrachtet werden muss – im Gegenteil: Gen 1 ist so komponiert, dass die gesamte Schöpfungserzählung auf die Schöpfung des Menschen am sechsten Tag hinausläuft und an ihre Spitze kommt. In Gen 2 wird der Mensch in die Mitte alles Geschaffenen gesetzt und es wird so seine zentrale Stellung hervorgehoben. Der Mensch ist das einzige Geschöpf, mit dem Gott in den Dialog geht, mit dem sein Schöpfer eine bewegte Liebes- und Leidensgeschichte eingeht – davon erzählt die gesamte Heilige Schrift. Und selbst als endliches Geschöpf ist dieser Mensch seinem Gott nicht gleichgültig – die Beziehungsgeschichte geht weiter, über den Tod hinaus.

Autonomie und Hilfe – oder: Geht „Helfen“ ohne Abhängigkeit?

Die Schlaglichter zum biblischen Bild vom Menschen zeigen seine einzigartige Würde und Beziehung zu seinem Gott – und eben auch die Beziehung Gottes zu seinem Geschöpf. Im Begriff der „Autonomie“ wird heute vieles gefasst, was mit dieser Würde und einzigartigen Stellung des Menschen korrespondiert. Für die helfenden Berufe ist im Kontext der Frage nach der Wahrung menschlicher Autonomie eine spezifische Psychodynamik zu beschreiben. In der Begegnung und Beziehung zwischen dem, der helfen und heilen will und der Person, die Hilfe braucht, kann sich unbeabsichtigt eine „Falle“ auftun: Wer Hilfe braucht, kommt sofort in die Lage, in einem psychologischen Sinn abhängig zu werden von dem, der Hilfe geben kann und geben mag. Er muss um Hilfe bitten oder betteln – und wenn ihm geholfen wird, dann sollte er sogar dankbar sein. Immer geht es um Situationen, die ein Beziehungsgefälle nahe legen. Wer Hilfe braucht, ist „unten“ – wer helfen kann, ist „oben“. Wenn wir in christlicher Perspektive jedoch die Würde und Autonomie jedes Menschen, auch des hilfsbedürftigen, bewahren und respektieren wollen – und gerade wenn wir es tun wollen, weil Gott selbst diese Autonomie liebevoll respektiert – dann stellt sich die Frage, ob und wie die Gefahr der Abhängigkeit bzw. des Beziehungsgefälles zwischen Helfer und Bedürftigem vermieden werden kann.

Jeder Mensch hat aufgrund seiner durch Gott gegebenen Würde eigentlich einen Anspruch darauf, dass diese Würde gesehen, bewahrt und geschützt wird. Wenn nun einer in Not oder Krankheit oder Handlungsunfähigkeit gerät, dann ist diese Würde weiterhin zu bewahren, so dass Hilfe in der Weise gewährt werden muss, dass der Mensch weder beschämt, noch verarmt noch in seiner Würde gekränkt ist. Es geht um die Haltung der Solidarität bei den helfenden Berufen. Eine solche Solidarität hilft dann nicht in der Haltung ungeschuldeter Barmherzigkeit (von „Du kannst froh sein, dass ich mich um dich kümmere“ bis „Eigentlich hätte ich erwartet, dass man mir dankbar ist“), sondern sieht Hilfe als Ausdruck geschuldeter Gerechtigkeit. (Jeder Mensch hat verdient, dass er die Hilfe bekommt, die angemessen und notwendig ist). Der Blick auf die auch biblisch zu begründende menschliche Autonomie macht deutlich, dass es in der Beziehung zwischen Helfer und Hilfsbedürftigem um den richtigen Umgang mit Macht geht. Die Helferrolle ist eine mächtige Position wegen der Gefahr, die hilfsbedürftige Person in eine abhängige Position zu bringen. Die Achtung und der Respekt vor der Autonomie schafft die Balance, den hilfsbedürftigen anderen Menschen nicht als Objekt zu behandeln, sondern seine Eigenständigkeit zu sehen und seine eigenen Handlungsmöglichkeiten – seien sie auch sehr gering – zu stützen, zu fördern und zu respektieren. In der Bibel wird diese Achtung der Autonomie erzählt, wenn Jesus den Gelähmten fragt, was er ihm denn tun solle oder wenn Autonomie körperlich symbolisiert wird, indem die gekrümmte Frau wieder aufrecht stehen kann. ■

Dr. Thomas Leyener,
Theologe, Leitung der Stabsstelle Unternehmenskultur im Marienhospital Stuttgart

Autonomie in der Kindertherapie –

EIN KOMMENTIERTER PRAXISBERICHT

Karl (Name verändert) wird seit 6 Jahren in unserer ergotherapeutischen Praxis betreut. Seit seiner Geburt vor 9 Jahren hat er eine Halbseitenlähmung. Im Verlauf kamen eine Epilepsie hinzu, ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (ADHS) und eine starke Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie).

Karl hat von Beginn seines Lebens an zwei Mal pro Woche Physiotherapie – ein anspruchsvolles Training, um Beweglichkeit zu erhalten, Wahrnehmung zu verbessern, Spastik zu hemmen, Kraft aufzubauen, letztlich eine möglichst physiologische Bewegungsentwicklung zu ermöglichen.

In der Ergotherapie bekommt er Wahrnehmungstraining, bilaterales Arbeiten zum Einbeziehen der gelähmten Seite, Aufmerksamkeitstraining, Förderung der Lese-Rechtschreibkompetenzen, Graphomotorik-Training. Uns ist besonders wichtig, seine Stärken zu fördern und zu präsentieren: helfen, schleppen, schieben, richtig zupacken, Ballspiele aller Art, Werken mit Holz… Erstaunlich, was Karl trotz der starken Einschränkungen alles schafft!

Aufgrund der Lernschwierigkeiten wiederholt Karl die 3. Klasse. In einer Phase ausgeprägter Therapiemüdigkeit hatten sich Klassenlehrerin, Eltern, Therapeuten, Schulbegleiterin und Lerntherapeutin intensiv vernetzt. Überforderung, Ausweichtaktiken und Ablehnung konnten weitgehend überwunden werden.

Die Eltern haben Karl jetzt zu einer Forced-Use-Therapie angemeldet. Jahrelang hatte sich Karl dagegen gewehrt. Er wollte nicht in eine Reha-Klinik, denn die letzte Kur fand er „so schrecklich“. Jetzt ist er bereit und motiviert, sich dieser Autonomie-einschränkenden Maßnahme zu stellen, um anschließend mehr Selbständigkeit und Erfolg beim Sport zu gewinnen. Stolz erzählt er mir, dass er vier Wochen schulfrei hat und sein gesunder Arm eingegipst wird. Er hebt seinen betroffenen Arm: „Dann mach ich alles mit dieser Hand“.Nachdem im Corona-Jahr der Medien-Konsum der Familie auf viele Stunden angewachsen ist, haben sie diesen jetzt bewusst reduziert. Karl ist darüber verärgert. Als Ergotherapeutin habe ich die Familie zu diesem – insbesondere für ein ADHS-Kind – wichtigen Schritt ermutigt. Dies wird seiner Aufmerksamkeit, Lernentwicklung, Motorik und Kreativität zugutekommen.

Kommentar:

Kinder sind keine autonomen Lebewesen, Menschen keine „Nestflüchter“. Sie sind abhängig von Schutz und Fürsorge. Es braucht Eltern, Pädagogen und manches Mal Therapeuten, die mit großer Liebe und Respekt vor der Einzigartigkeit der Persönlichkeit Entwicklungen ermöglichen. Es braucht Menschen, die bereit sind, Entwicklung zu fördern, Grenzen zu setzen, Möglichkeiten und Unterstützung anzubieten. „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Martin Buber) lässt sich gerade auch in der Therapie und Begleitung von Kindern mit mehrfachen Behinderungen ablesen.

Das Autonomie-Streben ist sehr wichtig für die Entwicklung zur Selbständigkeit. Bei manchen Kindern ist es zeitweilig stärker als das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Angenommensein. Das kann für die Erwachsenen herausfordernd sein. Es braucht viel Liebe und Weisheit im Freiraum-Geben sowie Grenzen-Aushandeln und -Setzen.

Christlicher Glaube schenkt eine weite Hoffnung, eine starke Ermutigung, dass es letztendlich mehr Entwicklungsmöglichkeiten gibt als unmittelbar erkennbar. Von Eltern höre ich häufig, dass sie sich wünschen, ihr Kind möge einen Platz im Leben finden, sich selber nicht im Weg stehen, sondern seine Fähigkeiten entwickeln. Gerade aus unserem Gottvertrauen heraus können wir Eltern ermutigen. Ich glaube, dass Gott viele Ressourcen in Kinder und ihre Begleitung legt und dass immer wieder aufs Neue Zeichen der Güte Gottes erkennbar werden. Christlicher Glaube ermutigt mich zum Gebet und Loslassen festgelegter Vorstellungen für die Entwicklungsziele meiner jungen Patienten – und gleichzeitig anhaltendem Einsatz für sie. ■

Erika Schiffner
Ergotherapeutin, Psychomotorikerin, Systemische Beratung (i.A.), Aumühle

AUTONOMIE UND ALTER –

EIN KOMMENTIERTER PRAXISBERICHT

Die 88-jährige Frau S. leidet an einer schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung mit fortwährender Luftnot. Die Behandlung in einer Fachabteilung brachte subjektiv keine Verbesserung, zumal sie einen Therapieversuch mit Nicht-invasiver Atemunterstützung (NIV) nicht tolerierte. Nach Verlegung in die Geriatrische Krankenhausrehabilitation macht sie den betreuenden Ärzten deutlich, dass sie sterben wolle. Ihr Entschluss stehe fest. Der ärztlicherseits hinzugebetene und bevollmächtigte Sohn bestätigt den Sterbewunsch der Patientin. Sie entscheidet, die Therapie abzubrechen und wünscht nach entsprechender Aufklärung eine reine Palliation mit Morphin-Spritzen subcutan. Am nächsten Morgen berichtet die Krankenschwester, Frau S. habe schlecht geschlafen, sei unruhig gewesen und habe wiederholt gerufen, sie solle umgebracht werden, sie wolle die Spritze nicht haben.

Als Palliativmediziner besuche ich Frau S. am selben Morgen. Sie liegt mit Luftnot im Bett, ist aber in der Lage zu sprechen. Sie bestätigt, dass sie mit der Luftnot nicht mehr leben wolle. An die Ereignisse der Nacht (die ich als delirante Phase deute) kann sie sich nicht erinnern. Aber die Luftnot sei heute etwas besser. Ich erläutere Frau S., dass vermutlich die Morphinmedikation ihre Luftnot verbessert habe. Es sei möglich, eine optimale Dosierung zu finden, so dass sie am Leben besser teilnehmen könne. Ich spreche über die Möglichkeiten einer Hospizversorgung. Frau S. horcht auf, als sie hört, dass es in ihrer Kleinstadt ein Hospiz gibt, gar nicht weit von ihrem Sohn entfernt. Frau S. ist einverstanden, in einem erneuten Gespräch gemeinsam mit ihrem Sohn darüber nachzudenken, ob es doch für sie eine Alternative geben könnte zu ihrem Sterbewunsch. Ihr Sohn zeigt sich erleichtert – und nimmt darüber hinaus gern ein Gesprächsangebot durch die Krankenhausseelsorge an, während Frau S. dieses nicht wünscht. Sie findet jedoch wieder Lebensmut und macht erstaunliche Fortschritte in der Krankenhausrehabilitation. Mit Unterstützung ihres Sohnes und eines Pflegedienstes kann sie wieder in ihr Zuhause zurückkehren. Frau S. und ihr Sohn sind dankbar für diese Wendung. Eine vorsorgliche Anmeldung im Hospiz ist erfolgt.

KOMMENTAR

Zum Altern gehört das Nachlassen körperlicher und seelischer Ressourcen mit einer erhöhten Verletzlichkeit (Vulnerabilität). Kognitive Einschränkungen (Dementielle Entwicklung) und Gebrechlichkeit (Frailty) nehmen deutlich zu. In Umbruchsituationen können Einengung der Lebensperspektiven und scheinbare Ausweglosigkeit erlebt werden. Vertrauen zu fürsorgenden Mitmenschen und die Bereitschaft, Hilfe und Fürsorge anzunehmen, ermöglichen Teilhabe am Leben inmitten von Einschränkungen.

Gerade im hohen Lebensalter wird deutlich, wie relational, wie Beziehungsabhängig, alle „autonomen“ Entscheidungen sind. „Ich bin für keinen Menschen mehr von Bedeutung“, klagte eine alte Pflegeheim-Bewohnerin als Begründung für ihren Sterbewunsch. Von der Liebe Gottes her Menschen und ihren Begleitenden Würde und Bedeutung zuzusprechen und diese tatkräftig – auch in ihrem Miteinander – zu unterstützen, ist und bleibt christlich-diakonischer Kernauftrag.

Sterbewünsche im Sinne von Lebenssattheit oder Lebensmüdigkeit treten im Alter häufig auf. Sie fragen vor allem Begleitung und Deutungsangebote der Lebenssituation an – wesentliche Aufgaben für Seelsorge und Gesundheitsfachleute. Aktive Sterbewünsche sind meist mit hoher Symptomlast bei fortgeschrittenen Erkrankungen verbunden. Hier ist Palliativ Care geboten.

Christlicher Glaube „rechnet mit dem Unberechenbaren“ – mit Gottes Eingreifen auch in Situationen, die aussichtslos erscheinen. „Das Grab ist leer, Christus ist auferstanden“ motiviert uns als Christen im Gesundheitswesen immer wieder, nach Wegen Ausschau zu halten, die Leiden lindern und Leben ermöglichen. ■

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

DAS URTEIL

des Bundesverfassungsgerichts

zum § 217 StGB erschüttert das humanistische Menschenbild

Der 2. Senat des Bundesverfassungsgerichtes hat am 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt. Er hat festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst und die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.

Autonomie des Individuums

Das höchste Gericht betont die Autonomie des Individuums. „Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren."

Dieses Urteil ist vor dem Hintergrund entstanden, dass mit technischen Möglichkeiten immer stärker in den Sterbeprozess eingegriffen wird und die Angst vor dem Sterben zugenommen hat, weil es nicht mehr nur von der Natur, sondern ganz wesentlich auch von anderen Menschen, ihren Entscheidungen und Handlungen mit Hilfe einer als unmenschlich erlebten Medizintechnik abhängt, ob und wie gestorben wird. Die Befürchtungen, am Lebensende von Maschinen abhängig zu sein, die das Leben künstlich und grausam verlängern, führt zu dem Wunsch, das Sterben genau festzulegen und seinen Ablauf selbst in der Hand zu halten. Durch eigene Hand zu sterben verbindet sich beim assistierten Suizid mit dem Wunsch, begleitet in vertrauter Umgebung zu sterben.

Ärztliche Musterberufsordnung verbietet bislang den ärztlich assistierten Suizid

Die ärztliche Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, die in zehn der 17 Landesärztekammern im Berufsrecht umgesetzt worden ist, verbietet bisher den ärztlich assistierten Suizid. Es heißt dort in § 17: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten." Dieses Verbot war einer der Gründe für sogenannte Sterbehilfevereine, das jetzt gefällte Urteil zu erwirken. Mehr noch, das Bundesverfassungsgericht formulierte die Einschätzung, dass solange Ärzte sich der Suizidassistenz verweigerten, ein tatsächlicher „Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe" bestehe.

Das Bundesverfassungsgericht lässt es dem Gesetzgeber offen, die Suizidhilfe zu regulieren, wenn er sich „an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichtet, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und selbst zu entfalten...". Die Möglichkeiten der Regulierung „reichen von prozeduralen Sicherungsmaßnahmen, etwa gesetzlich festgeschriebenen Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe (…). Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen. Dennoch können je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden."

Vorgeschlagen wird, das Berufsrecht der Ärzte und Apotheker zu ändern und Anpassungen im Betäubungsmittelrecht vorzunehmen, nach dem derzeit der Off-Label-Use (zum Beispiel zum Mittel des Suizids) bestimmter Betäubungsmittel strengen Kriterien unterworfen ist. Hier wird allerdings auch die Möglichkeit aufgezeigt, „die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts verankerten Elemente des Verbraucher- und Missbrauchsschutzes aufrecht zu erhalten und in ein Schutzkonzept Suizidhilfe einzubringen".

Schwäche wird immer weniger toleriert

Der Eindruck des von einem autonomen Menschen Machbaren, und dazu gehört die Suizidhandlung, hat die Wahrnehmung der Begrenztheit menschlicher Möglichkeiten, letztlich die Begrenztheit des Lebens und damit die zentrale Bedeutung der Sterblichkeit als hinzunehmende Tatsache

des Lebens verdrängt. Die Verwurzelung des Menschen in und seine Abhängigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen, denen er letztlich seine Existenz verdankt, seine Bindungen und seine Gebundenheit und auch das Leben in Beziehungen als Kennzeichen menschlichen Daseins treten in den Hintergrund. Die Leugnung der Bindungserfahrung durchdringt immer mehr Lebensbereiche. Schwäche und Hilfsbedürftigkeit sowie das Angewiesensein auf andere Menschen wird immer weniger toleriert.
Die Metapher „an Schläuchen zu hängen", mit der beschrieben wird, dass Menschen von der Zufuhr von außen abhängig sind, wird zum stilisierten Horrorszenario. Das Skandalon des Menschen, äußerst hilflos geboren zu werden und oftmals bedürftig und in Abhängigkeit von anderen Menschen sterben zu müssen, scheint nicht mehr tolerabel. Diese Entwicklung wird als Ausdruck gesellschaftlichen Fortschritts erlebt.

> DIE MÖGLICHKEIT DES MENSCHEN, SICH SELBST DAS LEBEN ZU NEHMEN, WIRD ALS AUSDRUCK VON FREIHEIT UND WÜRDE INTERPRETIERT.

Die Möglichkeit des Menschen, sich selbst das Leben zu nehmen, wird hingegen als Ausdruck von Freiheit und Würde interpretiert, auch wenn ein Suizident sich gegen das in jedem Lebewesen biologisch tief verankerte Prinzip der Lebenserhaltung richtet. Er tötet seinen Körper und damit die Grundlage jeder Entscheidungsmöglichkeit und schließt jede weitere Entscheidung endgültig aus. Ambivalenz, das heißt zwischen Lebenserhaltungswünschen und Todeswünschen zu stehen, wird als unzumutbar, ja als fragwürdig abgelehnt.

Tatsächlich hat sich der Einzelne in der westlichen Welt im Rahmen immer weiter fortschreitender Individualisierung in den vergangenen Jahrzehnten von vielen herkömmlichen gesellschaftlichen Zwängen und Normen, insbesondere von denen, die das familiäre Umfeld früher vorgab, befreien können. Die Überwindung von Abhängigkeit und die Entwicklung zur Selbstständigkeit gelten als allgemein gültige Entwicklungsziele eines jeden Individuums. Die Auflösung von Bindungen, die als einengend empfunden werden, wird als Befreiung gewertet. Diese Entwicklung kommt zum Ausdruck bei individuell zu entscheidenden Fragen der sexuellen Orientierung, der sexuellen Identität, der Berufswahl, der Religion, der Form zwischenmenschlichen Zusammenlebens – und eben auch bei der Gestaltung des unausweichlichen eigenen Todes.

Zwischenmenschliche Solidarität auf der Basis der für den Menschen charakteristischen Fähigkeit, sich in den anderen einfühlen zu können und dabei doch getrennt und verschieden vom Anderen zu sein, verliert als ethischer Wert zunehmend an Bedeutung. Das Angewiesensein auf den Anderen wird reflexhaft mit hilfloser Abhängigkeit assoziiert. Fundamentale Dimensionen menschlichen Daseins werden damit verleugnet, das menschliche Beziehungs- und Bindungsbedürfnis entwertet.
Der Mensch ist aber von Anfang an ein soziales Wesen und bleibt es lebenslang, eingebettet in Beziehungen, ohne die er nicht existenzfähig ist. So ist jede individuelle Freiheit von der sicherheitsspendenden Stütze anderer Subjekte abhängig. Jeder Suizid betrifft die Mitmenschen in ganz besonderer Weise. Dem Nahestehenden vermittelt er, dass es kein Zurück gibt. In den Hinterbliebenen werden oft Schuldgefühle ausgelöst. Suizide wirken in Familien häufig über Generationen nach.

Die Abhängigkeit des Einzelnen von seinen Mitmenschen wird entgegen dem ersten Augenschein aber tatsächlich immer größer. Abläufe technischer, sozialer, ökonomischer und finanzpolitischer Natur, die unser Leben bestimmen, sind für den Einzelnen heute immer weniger durchschaubar, immer weniger nachvollziehbar und immer weniger mitbestimmbar. Welche Informationen uns für unsere Entscheidungen zur Verfügung gestellt werden, bestimmen die Algorithmen von Google. Wir müssen den Menschen immer mehr vertrauen, die hinter den Funktionsabläufen stehen, ohne sie zu kennen oder kontrollieren zu können.
Die ständige mediale Verbindung zu jedem, jederzeit und überall stellt die unabhängige Selbstständigkeit des Einzelnen infrage.

> MENSCHEN, DIE SICH SELBST DAS LEBEN NEHMEN, **SEHNEN SICH NACH RUHE UND FRIEDEN.**

Die Fähigkeit, allein zu sein und Entscheidungen zu treffen, nimmt damit ab. Wie eine Verschiebung auf ein unbelebtes Medium kann dann die dauernde Verbundenheit mit Hilfe digitaler Netzwerke als Ausdruck eines menschlichen Bindungsbedürfnisses verstanden werden, das den idealisierten Autonomiebedürfnissen entgegenwirkt. Bei Krankheit und in Notlagen werden diese regressiven Wünsche wieder besonders evident. Kranke, die sich schwach fühlen, suchen tröstenden Schutz – meist in einer haltenden menschlichen Beziehung.

In der Begegnung mit Suizidenten kann man erleben, in welch großer seelischer Not und Verzweiflung sie sich befinden. Diese Zustände können oftmals gerade nicht als frei bezeichnet werden. Suizidalität ist der Ausdruck einer psychischen Krise, in der der Mensch über sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven verzweifelt ist und seine Situation als ausweglos erlebt. Je bedrängender dieser Zustand ist, umso eingeengter ist sein Denken. Die Gefühle suizidaler Menschen sind bestimmt von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit, Scham, Schuld, Ärger und Wut.
Entscheidend für den letzten Schritt in den Suizid oder zum Suizidversuch vieler Menschen ist meist eine tiefe Verletzung des Selbstwertgefühls, die für die Betroffenen von besonders schwerwiegender Bedeutung war.

Jede Suizidentscheidung ist immer auch eine Entscheidung gegen diese Art zu leben. Eine therapeutische Aufgabe besteht darum nicht darin, den Suizidalen unter allen Umständen daran zu hindern, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, sondern ihm vielleicht zu helfen, „die Fundamentalkondition der Einsamkeit“, wie Jean Améry es nannte, zu ertragen, oder „die Fähigkeit allein zu sein“ zu erwerben und mit ihr in Beziehung zu anderen treten zu können, wie es der englische Psychoanalytiker Donald Winnicott formulierte. Die Assistenten eines Suizidenten bewerten, wenn sie tätig werden, dessen Leben als nicht mehr lebenswürdig; anderenfalls würden sie versuchen dazu beizutragen, es erträglich zu gestalten. Damit verlassen sie die Position des „Anderen“, stimmen dem Suizidalen nicht nur im Fühlen und Denken, sondern auch im Handeln zu und entziehen ihm damit die Beziehungserfahrung des zugewandten und doch nicht identischen Gegenübers. Sie signalisieren dem Suizidenten, dass sie auch ohne ihn weiterleben werden. Menschen, die sich selbst das Leben nehmen, sehnen sich nach Ruhe und Frieden. Ruhe und Frieden sind Erfahrungen aus dem Leben, mit denen die durch Abschied oder Kränkung ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung aufgehoben werden sollen. Oft möchten sie auch anderen nicht mehr zur Last fallen und fühlen sich indirekt von Angehörigen zu diesem Schritt veranlasst.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden vollendete Suizide von psychisch erkrankten Menschen begangen. Werden ihnen mit dem Verweis auf die scheinbar freie Entscheidung eines autonomen Individuums mögliche Hilfen vorenthalten, ist das ein Zeichen falsch verstandener Selbstbestimmung und fehlender mitmenschlicher Solidarität. Die ganz einseitige Sicht und Betonung der Autonomie des Individuums, die das Bundesverfassungsgericht geleitet hat, verschleiert die existenzielle Abhängigkeit des Einzelnen von psychischen Bedürfnissen, von den Gesetzen der Natur und von denen des Marktes. Die generelle Freigabe der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung macht den Suizid zu einer käuflich zu erwerbenden Ware, auf die jeder ein Recht hat. Konsequent weitergedacht, müsste jedes autonome Individuum auch das Recht haben, die Amputation eines gesunden Beines erwerben zu können, und die Möglichkeit dazu müsste ihm eröffnet werden. Es ist zu hoffen, dass die jetzt zu erwartende Diskussion der vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigten Regelungsmöglichkeiten, die sich auch auf die ärztliche Berufsordnung auswirken wird, einem Menschenbild folgt, das neben der Autonomie des Individuums das menschliche Miteinander als Grundlage seiner Existenz und die psychischen Notlagen der allermeisten Suizidenten würdigt. ■

Prof. Dr. Martin Teising
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Bad Hersfeld

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
lehrt „Soziale Therapie“ an der Universität Kassel, Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland.

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
teising@t-online.de

GUTE FÜRSORGE FÜR ALTE MENSCHEN AUCH IN DER CORONA–PANDEMIE

Aus Sicht eines Haus- und Heimarztes mit geriatrischem Schwerpunkt

Der Zukunftsforscher Michael Horx schrieb am 16. März 2020 eine sog. Rückwärtsprognose. Er stellte sich vor, nach der Coronakrise auf diese zurückzuschauen und mutmaßte, was die Krise alles verändert hat. Da war erstaunlich viel Gutes bei. Ich habe daraus gelernt, dass die Herangehensweise an eine Krise nicht primär negativ-fixiert sein muss. Deshalb will ich zu Beginn drei Dinge nennen, für die ich dankbar bin:

- Es berührte mich, dass am Anfang Patienten mit für uns genähten Stoffmasken in die Praxis kamen und fragten: "Wie geht es Ihnen, Herr Doktor?"

- Bei der Entscheidung, wer zuerst den Impfstoff bekommt, hat man sich an den Schwächsten orientiert, nicht evolutionär das sichere Durchkommen der Starken gefördert.

- Die Herausforderungen haben dazu geführt, dass wir Dinge neu, anders, einfacher gemacht haben. Als Hausarzt mit einem geriatrischen Schwerpunkt gehöre ich nun nicht zu denen, die das tägliche Sterben auf den Intensivstationen begleiten müssen, ich habe bisher nicht in einem Hotspot gelebt und war darum auch nicht ans Ende meiner Kräfte gefordert.

Trotzdem hat die Krise manches im beruflichen Alltag verändert. Meine exemplarischen Beobachtungen sind nicht umfassend, aber ich möchte die Leser einfach mal mit in 3(+1) Erlebnisräume hineinnehmen. Den Namen der Räume habe ich Bibeltexte zugeordnet, die jeweils in einem Aspekt etwas ausdrücken von dem, was in diesem Raum geschieht.

VORSICHT DACHARBEITEN!

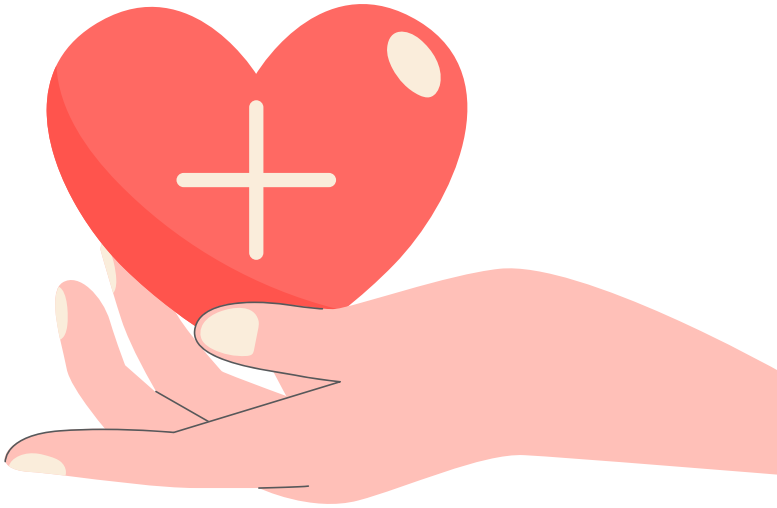
HEILUNG DES GELÄHMTEN (LUKAS 5,17-26)

In der biblischen Geschichte wollen vier Männer ihren gelähmten Freund zu Jesus bringen, damit dieser ihn heilt. Weil sie wegen der vielen Menschen nicht zu ihm vordringen können, decken sie das orientalische Flachdach ab und lassen den Kranken von oben herunter. Das Problem hat die Freunde nicht blockiert, sondern sie haben eine kreative Lösung gesucht und umgesetzt. Dies habe ich auch in der Krise erlebt:

- ganz banal: wir haben auf dem Parkplatz unserer Praxis sehr bald per Drive-in Abstriche genommen oder mit einem Set Patienten zum Selbstabstrich angeleitet – die Heilige Kuh, dass nur eine Fachkraft einen Abstrich entnehmen kann, wurde geschlachtet – mit wissenschaftlicher Evidenz.

- da haben die Enkel dem 99–jährigen Großvater, der in einer Senioreneinrichtung lebt, einen elektronischen Bilderrahmen mit einer integrierten SIM-Karte geschenkt. Nun konnten Sie ihn mit Bildern aus dem Alltag tagesaktuell bespielen und ihn trotz Kontaktbeschränkung am Leben teilhaben lassen.

- da hat man in einem "meiner" Heime bereits vor dem ersten Corona-Fall fast heimwerkermäßig, aber zupackend einen abgetrennten Bereich geschaffen, um räumlich sauber isolieren zu können. Dass in diesem Heim trotz drei Fällen auf zwei Stationen keine Katastrophe eingetreten ist, sondern es bei diesen drei Fällen blieb, habe ich mit Respekt wahrgenommen. Bewahrung und konsequentes Handeln sind zwei Seiten einer Medaille.



ZUM PETITIONSAUSSCHUSS

HAUPTMANN VON KAPERNAUM (LK. 7, 1-10)

Einer meiner ersten COVID-Patienten war Herr M., ein Mann mit fortgeschrittener MS. Ich hatte schon zuvor Hochachtung vor seiner Frau, die trotz aller Mühe immer wieder für Teilhabe ihres Mannes und ein Verbleib zuhause kämpfte. Dann erkrankte er an COVID und nach 4 Wochen Klinik war Herr K. mit seiner Grunderkrankung, der postinfektiösen Schwäche und der Muskelatrophie so bettlägerig, dass seine Frau sich die Pflege zuhause nicht mehr zutraute. Er kam in ein Heim. Aber ich hatte trotz der Bemühungen nicht das Gefühl, dass er dort so gefördert werden konnte, dass er wieder eine realistische Chance auf relevante Teilhabe hatte und dass er und seine Frau (die ja pflegerisch entlastet war) glücklich waren. So sind wir dann den Weg über eine neurogeriatrische Abteilung mit einer längeren anschließenden Frührehabilitation gegangen. Er war danach nicht auf dem Niveau wie vor der COVID-Erkrankung, aber er konnte mit Hilfe eines Pflegedienstes nach Hause und war nicht mehr ganztägig bettlägerig.

Ich denke, es wird deutlich: Dieser Patient brauchte für seine Chance Fürsprache – erst von seiner Frau, dann von uns für die Aufnahme in die Klinik, von dort für die Reha. So konnte er Hilfe (Heilung war nicht möglich) und Begleitung erfahren. Ich weiß nicht, ob ich alleine gegen die Lethargie des Leides initiativ geworden wäre, aber gemeinsam….

Dies ist auch der Bezugspunkt zur Geschichte vom Hauptmann von Kapernaum. Mir geht es hier um den Aspekt, dass da jüdische Mitbürger waren, die sich für ihn einsetzten und bei Jesus vorsprachen. Manchmal ist nur ein Anstoß notwendig und das Gute nimmt seinen Lauf.

ZUR KLAGEMAUER

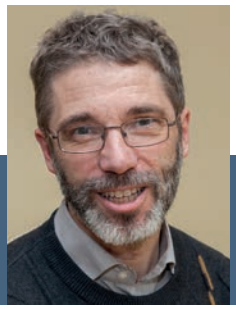
JESUS WEINT ÜBER JERUSALEM (MATTH. 23,37)

Dass infolge der Besuchsverbote in den Heimen auch schwerkranke Bewohner vermehrt alleine waren, belastete. Ich bin sehr dankbar, dass in den Heimen, die ich betreue und mit denen wir auch im Rahmen des Palliativnetzes zusammenarbeiten, sehr früh die Einsicht da war: Besuchsverbot hin oder her, bei sterbenden Patienten machen wir eine Ausnahme. Aber auch vielen anderen Bewohnern tat die Isolation nicht gut. Manchmal leiden auch die Angehörigen fast noch mehr als die Patienten. Ein Schlüsselerlebnis war für mich ein Gespräch mit einer Nichte , die sich für ihren Lieblingsonkel mit fortschreitender Demenz immer sehr eingesetzt hatte. Der Lockdown schadete ihm, aber der progressive Prozess war bereits vorher da. Doch plötzlich kam es zu einer massiven Klage der Nichte über das Heim, das sie für seine Verschlechterung verantwortlich machte . Ich hatte nicht das Gefühl, dass sich die Mitarbeiter "schlecht kümmerten", ganz im Gegenteil, sie arbeiteten m.E. noch intensiver durch die krisenbedingten Herausforderungen. Die Krise in Kombination mit der progressiven Erkrankung benötigte aber einen Projektionsort. Die Enttäuschung, die Wut konnte nicht "rational" gelenkt werden, sondern suchte

in Menschen den Schuldigen. In dieser Situation war es für mich nicht leicht zu antworten. Man stand zwischen Team und Angehörigen. Ich weiß nicht, ob ich das Gespräch in dieser Situation zu einem für die Nichte guten Zwischenergebnis geführt habe.
Mir ist aber in dieser Zeit etwas wichtig geworden: Ich stehe manchmal in Situationen, wo ich keine Lösung habe und keine Lösung weiß, aber ich darf sagen: „Herr, erbarme Dich!“ Dieses sog. Herzensgebet ist etwas, mit dem ich früher nicht viel anfangen konnte. In meiner Gemeinde hatten wir uns gerade in diesen Tagen intensiv mit dem Gebet beschäftigt und und so wurde mir deutlich, wie diese Form in einer solchen Situation erste oder letzte Hilfe sein kann. Auch Jesus hat im Gespräch mit seinem Vater seine Trauer zum Ausdruck gebracht.

DIE (EXTRA–) WÜRSTCHENBUDE

Wir haben einen kurzen Blick in 3 Räume geworfen. Klagen soll aber nicht das Letzte sein.
In der Onkologie ist die sog. „personalisierte Therapie“, d.h. ein genau auf den Tumor designtes Medikament der Hit. Eine meiner Heimpatientinnen ist körperlich fit, aber dement. An den Wochenenden, an denen ihr Mann ausblieb, weil wegen Personalknappheit keine Besuchszeit war, wurde sie extrem unruhig und betreuungsaufwendig. Hier hat das Team schnell erkannt: Einfach Coronaprinzipien durchsetzen bringt nichts. Der Patientin geht es besser und wir haben weniger Arbeit, wenn der Mann kommt. Man könnte sagen, hier wird eine Extrawurst gebraten. Oder man sagt, das ist personalisierte Therapie in der Geriatrie, auf das Krankheitsbild der Patienten zugeschnitten. Dafür muss man sich nicht schämen. Auch ein Prinzip Jesu: Er nimmt uns personalisiert – so wie wir sind!



Dr. med. Gerhard Nemitz
Arzt für Innere Medizin, Geriatrie - Palliativmedizin, Braunschweig

Anzeige

Von Fremd- zu Selbstbestimmung – behindert in Albanien leben

Von 1945 bis 1990 waren alle Albaner fremdbestimmt. Sie litten, abgeschottet von der Welt, unter einer atheistischen Diktatur. Als sich der Vorhang hob, fühlten sich die meisten hilflos, denn sie hatten nicht gelernt,wie ein selbstbestimmtes Leben gestaltet wird. Viele suchten Halt in ihren Familienclans. Der Weg zur individuellen Selbstbestimmung war lang. Nicht vergönnt war dieser den zahllosen Behinderten, auch wenn sie offiziell das Recht auf Schule, Ausbildung und Arbeit bekamen. Ihre Familien betrachteten sie oft als eine Strafe Gottes, sie schämten sich und versteckten die Behinderten. In der Öffentlichkeit waren Menschen mit Handicaps unsichtbar. Manche durften nicht einmal aus dem Haus! Der Begriff „Behindertenarbeit“ bedeutete lange Zeit nur: Behinderte machen ihren Familien nichts als Arbeit.

Ab 1994 kamen regelmäßig Teams der Medizinischen Nothilfe Albanien ins Land, erst „ambulant“, seit 2005 „stationär“ mit der Eröffnung einer Orthopädiewerkstatt. Bei Bedarf eine Prothese zu erhalten, ist unerlässlich für ein selbstbestimmtes Leben. 2003 bis 2009 führten wir drei Kurse für Pflegehilfe durch, die auch Ergo- und Physiotherapie umfassten. Die ausgebildeten Pflegehelfer suchten die Bedürftigen zuhause auf. „Behindertenarbeit“ bekam einen neuen Sinn: Mit den Behinderten wurde therapeutisch gearbeitet und die Familien bekamen Unterstützung, Anleitung und Trost.

Um die Werkstatt herum entstand ein Therapiezentrum mit albanischen Fachkräften. Behinderte werden daheim abgeholt und erhalten im Reha-Zentrum wertschätzende Förderung. In dieser Tagesbetreuung ereignet sich – nebst Therapie und viel Gemeinschaft – die dritte Bedeutung von „Behindertenarbeit“: Behinderte arbeiten gemäß ihren Möglichkeiten mit.

Im Albanischen heißt „Behinderter“: „Mensch mit eingeschränkten Fähigkeiten.“ Aber viele seiner Fähigkeiten sind nicht eingeschränkt! Überhaupt: Niemand hat uneingeschränkt alle Fähigkeiten. Wenn Menschen „nur“ behindert sind und nicht noch durch Zurücksetzung behindert werden, können sie in der Selbstbestimmung wachsen. Bei uns fertigen sie Artikel zum Verkauf und arbeiten im ersten integrativen Café des Landes mit, das wir 2013 eröffneten.

Schritt für Schritt werden Behinderte in der albanischen Gesellschaft anders wahrgenommen. Seit 2017 setzen wir mit einem weiteren Pilotprojekt noch eher an: Die Frühförderung entwicklungsverzögerter Kinder soll diesen den Weg zur größtmöglichen Selbstbestimmung im Leben ebnen.
Wenn Sie jetzt Lust zur Mitarbeit bekommen haben, kontaktieren Sie uns bitte. Auch freuen wir uns, wenn Sie unser Spendenkonto „kontaktieren“, denn ohne finanzielle Hilfe aus Deutschland ist der Weg zur Selbstbestimmung für die meisten Albaner nicht finanzierbar…

MNA Medizinische Nothilfe Albanien e.V.

Medizinische Nothilfe Albanien e.V.
Geschäftsstelle Deutschland
Kamenzer Str. 10 · 02826 Görlitz

Fon: 03581-73 85 50
Geschaeftsstelle@mna-ev.de
www.mna-ev.de

Evangelische Bank eG
IBAN: DE16 5206 0410 0006 4237 36
BIC: GENODEF1EK1

ERFAHRUNGEN DES VERBINDLICHEN LEBENS IN EINER DIAKONIEGEMEINSCHAFT

Käte Petersen lernte u.a. Krankenschwester und anschließend Hebamme. Zwei Berufe, die ihr die Möglichkeit einer 15-jährigen Tätigkeit in Kamerun durch die Europäische Baptistische Mission (EBM) ermöglichten. Wieder zurück in Deutschland arbeitete sie als Krankenschwester und Stationsleitung in einer Geriatrie, lernte das Bobath-Konzept für Pflegende kennen und war begeistert von den Erfolgen. Sie qualifizierte sich weiter und wurde Pflegedirektorin des Albertinen-Krankenhauses und der Albertinen-Haus gGmbH bis zu ihrer Rente. Doch auch damit ist lange noch nicht Schluss! Im Ehrenamt war sie u.a. stellvertretende Kuratoriumsvorsitzende, Sprecherin der Diakonissen und ist auch heute noch im Vorstand der Albertine Assor Stiftung aktiv.

WAS WAR UND IST FÜR KÄTE PETERSEN SELBSTBESTIMMUNG?

Zu diesem Thema habe ich, Friedhilde Bartels, meine langjährige Vorgesetzte im Albertinen Diakoniewerk (seit 2019...) Käte Petersen befragt.

Bartels: Selbstbestimmtes Leben und eigenverantwortliches Handeln in deinem Beruf oder besser gesagt in deinen Berufen und Funktionen war bestimmt eine Herausforderung?

Petersen: Ja, aber eine spannende Herausforderung. Ich musste weisungsgebunden agieren, doch mein Tun und Handeln war selbstbestimmt. Oft abgestimmt auf das Verhalten meines Gegenübers, z.B. aufmerksam oder auch individuell positionsbezogen zu pflegen. Selbstbestimmtes Handeln kann auch zu einer Gefahr für Machtmissbrauch werden.

Bartels: Selbstbestimmung der Patienten war mir besonders wichtig, weil:

Petersen:

- es die Grundlage einer vertrauensbildenden Beziehung ist.
- es nicht um ein stures ‚Abarbeiten' nach bestimmten Regeln oder Vorgaben geht.

Bartels: Käte, als Vorgesetzte und Verantwortliche erlebtest du auch Selbstbestimmung unter den Mitarbeitenden. Was hast du da erlebt?

Petersen: Sehr selbstbestimmte Menschen, sehr unsichere und solche, die sich z.B. hinter Zeitmangel verstecken. Es gab viele Pflegende, die sich eigenverantwortlich im Sinne des Werkes einsetzten und entsprechend handelten, auch wenn Anweisungen nicht sehr transparent waren. Sie setzten sich für sich selber ein und auch für ihre Kollegeinnen und Kollegen. Die Einforderungen bei Ungerechtigkeiten öffneten mir dabei eine andere Sichtweise.

Bartels: Es gab doch bestimmt auch Situationen, wo du unter einer begrenzten Selbstbestimmung gelitten oder Barrieren in deinem Alltag erlebt hast, oder?

Petersen: Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern haben mich immer sehr geärgert, z.B. ungleiche Bezahlung. Bereits die Frauen vor unserer Zeit haben dafür gekämpft, dass sie gleichgestellt und gleichbehandelt werden. Ich kann mich nicht erinnern, dass ich je unter einer Begrenzung der Selbstbestimmung gelitten habe. Ich persönlich bilde mir ein: „Ich bin meinen Weg gegangen!"

Bartels: Wie kommt Gott im Kontext deiner Selbstbestimmung zum Zuge?

Petersen: „Gott ist mein Herr und ihm will ich dienen!", das war die Grundtendenz der Diakonissen und ist auch meine. Als sich das Diakoniewerk 1970 umstellte, von der Vollversorgung der Diakonisse zur angestellten Mitarbeiterin, bin ich diesen Weg mitgegangen. Selbstbestimmung war für Albertine Assor – unsere Gründerin – ein Grundprinzip für ihre Mitschwestern.

Bartels: Liebe Käte, danke für dieses Interview! Du hast viel zu sagen. Enden möchte ich mit deinem letzten Satz des Interviews: Ich habe mein Leben voll ausgelebt! Wer kann das schon von sich sagen! ■

SELBSTBESTIMMT?

Gedanken über die Selbstbestimmung im Umgang mit Krankheit und Sterben

Wenn ich über den Begriff „Selbstbestimmung“ nachdenke, kommen mir sofort Gespräche mit Pflegekräften und Pflegestudierenden in den Sinn, von denen ich hier ein paar Gedanken weitergeben möchte. Ich halte Fortbildungen zu Ethischen Fallbesprechungen und lehre unter anderem Palliative Care und Ethik. In den Veranstaltungen wird auch das Ausbalancieren zwischen Autonomie und Fürsorge thematisiert und es stellen sich in den Fallbeispielen die klassischen ethischen Fragen: „Was können wir tun?“ „Was dürfen wir tun?“ „Was hat Sinn?“ „Was ist im Sinne der Betroffenen?“ Und letztendlich „Wie ist zu entscheiden?“. Unterschwellig schwingt hier immer die Frage mit: „Was würde ich tun? Was würde ich wollen und wie würde ich, wenn es um mich persönlich geht, entscheiden?“ Diese Diskussionen gehen dann zwangsläufig unter die Haut und sie stoßen die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Werten an.

Ich beobachte dabei ganz praktisch, was für unsere Zeit und unsere Gesellschaft häufig beschrieben wird – nämlich, welch hohen Stellenwert die Selbstbestimmung für die Menschen hat und welche Ängste die Vorstellung von Abhängigkeit und „Sorge-Bedürftigkeit“ auslöst. Hierbei stehen m.E. zwei Irrtümer im Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass wir erstens die Möglichkeit völliger Autonomie, bzw. uneingeschränkt autonomer Entscheidungen haben und dass wir zweitens unser Leben (und Sterben!) wie ein Projekt managen können.

Selbstbestimmtheit hat eine Vielzahl von Voraussetzungen. Da braucht es die Kompetenz in seiner doppelten Bedeutung von Fähigkeit und Zuständigkeit, ebenso wichtig sind aber auch Rahmenbedingungen und Wahlmöglichkeiten. Um mit den beiden bioethischen Prinzipien zu argumentieren: Autonomie ist nicht ohne Fürsorge möglich. Wir können Menschen zur Selbstbestimmtheit helfen, sie aber auch mit dem Argument der Selbstbestimmung überfordern, alleine lassen und die Solidarität mit ihnen aufkündigen.

Besonders jungen Studenten scheint es undenkbar, dass sich ihre derzeitigen Annahmen über ein gutes, lebenswertes Leben wandeln könnten oder später evtl. nicht mehr gültig sind. Dabei fällt es am schwersten, sich vorzustellen, dass es Freude am Leben geben kann, obwohl die Selbstbestimmung eingeschränkt ist, kognitive Fähigkeiten reduziert oder anders ausgeprägt sind und ein Leben in Angewiesenheit geführt wird. Mir begegnet diese Haltung auch in Gesprächen zur Vorsorgeplanung und sie verunsichert mich. Einerseits sollten sich auch Christen Gedanken machen, in welchen Situationen sie bspw. lebensverlängernde Maßnahmen in Anspruch nehmen und wann sie das Sterben zulassen möchten. Andererseits blendet aber diese „strategische“ Planung aus, dass nicht alles vorhersehbar und selbstbestimmt (oft auch alleine) zu entscheiden ist. Vielleicht ist es besser, für Situationen, in die wir uns nicht wirklich hineinversetzen können, keine selbstbestimmten Entscheidungen im Voraus zu treffen?

> „LASST UNS DEM LEBEN TRAUEN, WEIL WIR ES NICHT ALLEIN ZU LEBEN HABEN, SONDERN GOTT ES MIT UNS LEBT!“

Wir können mit unseren Ängsten auf sehr unterschiedliche Weise umgehen: Wir blenden sie aus und verdrängen sie, wir begegnen ihnen aktiv mit Maßnahmen, um das Eintreten bestimmter Situationen zu verhindern, oder zumindest unwahrscheinlicher zu machen oder wir nehmen unseren Befürchtungen die Kraft, indem wir darüber sprechen und Gott vertrauen. Vielleicht brauchen wir von allem etwas: ein bisschen Aussitzen und das Leben jetzt feiern, unsere Angehörigen entlasten und bevollmächtigen, indem wir ihnen sagen, welche Wünsche wir haben und wie sie ggf. für uns entscheiden können. Und gleichzeitig dem Leben vertrauen, sich auf Gott verlassen, ihm zutrauen, dass er an unserer Seite bleibt und uns nicht verlässt. Oder mit den Worten von Pater Alfred Delp SJ, der 1945 in Plötzensee ermordet wurde: „Lasst uns dem Leben trauen, weil wir es nicht allein zu leben haben, sondern Gott es mit uns lebt.“ ■

Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali
Professorin für Pflegewissenschaft, OTH Regensburg

ChrisCare

WER FREUDE GENIEßEN WILL, MUSS SIE TEILEN.
DAS GLÜCK WURDE ALS ZWILLING GEBOREN.

Lord George G. Byron, englische Dichter, 1788 - 1824

WAS FOLGT AUF § 217 STGB

Suizidassistenz

als Aufgabe im Gesundheitswesen?

Am 26. Februar 2021 jährte sich das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB. Damit ist die Diskussion über den assistierten Suizid wieder zum Thema für Medien, Politik, Kirche und medizinische Fachgesellschaften geworden. In vielen Umfragen stimmen große Teile der Bevölkerung in Deutschland dafür, dass Suizidbeihilfe von Ärzten straffrei bleibt. „Mein Tod gehört mir", scheint die gesellschaftliche Meinung zu sein. Auf der anderen Seite stehen die Erfahrungen aus dem Bereich der Palliativmedizin. Wiewohl hier des Öfteren Wünsche nach der „erlösenden Spritze" an das Behandlungsteam herangetragen werden, treten innerhalb der Begleitung und unter fachgerechter Therapie der Symptome Sterbewünsche häufig in den Hintergrund. Wie kann es gelingen, Selbstbestimmungsrecht und Fürsorge für die Schwächsten der Gesellschaft in Einklang zu bringen?

EIN PATIENTENBEISPIEL AUS EIGENER ERFAHRUNG: DIE GESCHICHTE VON FRAU Ö.

Bei dieser Patientin handelt es sich um eine 98-jährige Frau, die uns vom Hausarzt in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) überwiesen wurde. Sie leidet an einer Herzschwäche, Diabetes mellitus Typ II und einer chronischen Nierenschwäche. Bekannt ist außerdem ein Suizidversuch aus dem Jahr 2018. Frau Ö. hatte eine Überdosis Beruhigungsmedikamente genommen und wurde von ihrem Sohn und der Schwiegertochter gefunden. Frau Ö. wurde daraufhin ins Krankenhaus eingewiesen, auf einer Intensivstation überwacht und überlebte diesen Suizidversuch ohne bleibende Schäden. Sie konnte nach der Behandlung wieder entlassen werden. Frau Ö. ist Witwe. Ihr Mann ist bereits vor Jahren verstorben. Sie lebt mit ihrem Sohn und dessen Frau in einem Einfamilienhaus. Ein Pflegedienst ist nicht in die Versorgung einbezogen aus Angst der Schwiegertochter vor einer eventuellen Coronainfektion. Seit dem Tod des Mannes hatte Frau Ö. immer wieder den Wunsch geäußert zu sterben. Dies war auch der Grund der Überweisung zur SAPV. Ich habe Frau Ö. zweimal angetroffen, da sie neben mir noch von einer Kollegin versorgt wurde. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist Frau Ö. noch mit Hilfe in der Wohnung mobil. Sie sitzt die meiste Zeit im Sessel, hat keine Schmerzen, Angst oder

> WAS SIND WIRKLICH DIE GRÜNDE, DASS SIE NICHT MEHR LEBEN MÖCHTE?

andere schwere körperliche Symptome. Sie lächelt mich an und sagt: „Ach, erfüllen sie mir doch meinen Wunsch, geben sie mir eine Spritze.“ Im Gespräch versuche ich den Sterbewunsch von Frau Ö. zu verstehen. Was für ein Mensch ist sie? Was belastet sie im Moment? Was sind wirklich die Gründe, dass sie nicht mehr leben möchte? Letztlich gibt es keinen eindeutigen Grund. Trifft es vielleicht das Wort „lebenssatt“, um den Zustand von Frau Ö. zu beschreiben?
Wichtig ist mir im Gespräch mit Frau Ö., dass sie spürt, ich nehme ihren Wunsch ernst. Ich versuche nicht, ihr den Wunsch auszureden, und auch eine moralische Wertung verbietet sich. Ich stelle aber auch „einfühlsame Störfragen“, wie Professor Andreas Kruse sie genannt hat. Ich erläutere Frau Ö. meine Position. Ich sage ihr, was derzeit mein Standesrecht festschreibt: Denn in Sachsen ist die Verordnung von Medikamenten zur Suizidassistenz durch die Landesärztekammer verboten. Ich sage Frau Ö. auch, dass ich Christ bin. Die letzte Verfügung über das Leben nehme ich nicht in meine Hand. Aber es ist mir wichtig, mit Frau Ö. in Beziehung zu bleiben. Sie soll wissen, dass ich nicht alles mache, was sie möchte. Aber ich lasse sie nicht allein, unter keinen Umständen.

Was tue ich? Frau Ö. bekommt immer noch die Medikation zur Behandlung ihrer Herzschwäche. Diese beende ich und gebe ihr stattdessen zur Behandlung der leichten Luftnot Morphiumtropfen.

Drei bis vier Wochen später treffe ich Frau Ö. wieder. Sie lächelt und wiederholt ihren Wunsch, den sie schon bei unserer ersten Begegnung hatte. Sohn und Schwiegertochter sind vor Ort – besorgt, aber auch an ihrer Belastungsgrenze. Ich empfinde die Beziehung nicht als unproblematisch. Hat eine ausreichende Mutter-Sohn-Ablösung stattgefunden? Woher kommt die Ablehnung jeglicher Hilfe bei der Pflege? Im Gespräch wird ebenfalls deutlich, Frau Ö. möchte eigentlich Tötung auf Verlangen und keine Suizidassistenz. Ich spreche mit Frau Ö. und der Familie über die weiteren Möglichkeiten der Unterstützung. Ein Grund, sterben zu wollen, ist, dass sie ihrer Familie nicht zur Last fallen möchte. Am Ende des Gesprächs kann sich Frau Ö. vorstellen, in ein Pflegeheim umzuziehen, welches ihr während der Kurzzeitpflege gefallen hat. Vielleicht hilft der Kontakt zu anderen Menschen? Trotz des Sterbewunsches gibt es plötzlich Perspektiven. Gäbe es diese auch, wenn ich schon im ersten Gespräch den Wunsch als Handlungsaufforderung verstanden hätte? Wie geschieht eine Betreuung von Patienten, die auch der Ambivalenz Rechnung trägt, welche hinter vielen Suizidwünschen steht: die Ambivalenz des „SO will ich nicht leben, aber ich will leben“. Frau Ö. musste nicht in ein Pflegeheim umziehen, sondern ist kurze Zeit nach unserer zweiten Begegnung an der Herzschwäche gestorben.

Berechtigung zu Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen: Wie sieht es in anderen Ländern aus?

Der Sterbewunsch von Frau Ö. war ohne Zweifel dauerhaft, anhaltend und freiverfügt – die Kriterien, nach denen Suizidbeihilfe in Frage kommt. Auf dieser Basis werden aktuell verschiedene Gesetzesvorhaben diskutiert. In anderen Ländern, in denen solche Gesetze bereits erlassen wurden, sind drei Dinge auffällig:

1. Wenn Tötung auf Verlangen oder Suizidassistenz möglich ist, steigen die Fallzahlen (siehe Schweiz mit erlaubter Suizidassistenz oder Benelux-Länder mit erlaubter Suizidassistenz sowie Tötung auf Verlangen). In den Niederlanden sind bereits jetzt 4,2 % der Sterbefälle der Tötung auf Verlangen (Suizidassistenz spielt kaum eine Rolle) zuzuschreiben. Ebenfalls wird eine Ausweitung der Indikation sowohl auf psychisch Kranke als auch Kinder und Jugendliche sichtbar. Es gibt gar Fallberichte, in denen die Einwilligung des Patienten nicht eindeutig vorlag. Wenn die Entwicklung in den Niederlanden in dieser Art weitergeht, stellt hier Suizid bald ein vollkommen normales Lebensende dar. Das möchte in Deutschland niemand. Aber wo ist die Grenze?

2. Die Rollenbilder in der Medizin verändern sich. Der Arzt und die Ärztin war früher ein Garant für das Leben. Medizin soll all das ihr Mögliche tun, um Leben zu erhalten, zu schützen, zu verlängern, und, wo das nicht möglich ist, das Sterben zu begleiten. Was aber geschieht, wo dieses Primat des Lebensschutzes nicht mehr gilt? Wir Ärzte und Ärztinnen befinden uns aktuell in einer problematischen Rolle. Wir kommen aus einer Zeit, in der paternalistisch über Patienten vom Arzt entschieden wurde, und drohen jetzt auf der anderen Seite zu straucheln. Der Patient und seine Wünsche sind scheinbar das alles Entscheidende. Patienten werden zu Kunden und Auftraggebern. Dies entspricht aber keiner Medizin, die den Menschen im Mittelpunk hat, wie der Medizinethiker Giovanni Maio schreibt. Zudem bilden sich Strukturen, die zu einer Normalisierung des Suizids als Lebensende beitragen. Es würde eine Kassenleistung, überspitzt ausgedrückt. Es würde in der medizinischen Ausbildung gelehrt werden. Es würde in bestimmten Einrichtungen durchgeführt werden. Es gäbe Spezialisten dafür. Das Thema Tod würde dabei jedoch wieder fast klassisch vermieden. Doch es gehört in die Mitte der Gesellschaft und bedarf eines menschenwürdigen Umgangs.

Trends einer Gesellschaft, die zu 80 Prozent für Suizidassistenz stimmt

In der Diskussion über „Sterbehilfe“ wird oft das Leid des einzelnen in den Mittelpunkt gestellt. Das ist auch richtig. Trotzdem müssen wir schauen, in welcher Zeit wir leben, und auf aktuelle Entwicklungen achten. Wie kommt es dazu, dass 80% der Menschen in Deutschland Suizidassistenz befürworten? Der Philosoph Byung Chul Han spricht von unserer Gesellschaft als Palliativgesellschaft. Er diagnostiziert eine Algophobie. Es scheint so, dass Schmerzen und jeglicher Verlust als entwürdigend betrachtet werden. Leiden wird mit aller Macht aus dem Leben gedrängt. Eine Gesellschaft, die Leiden an den Rand drängt, ist in Gefahr, die Leidenden an den Rand zu drängen. Handelt es sich aber dann noch um eine Gesellschaft, die die Menschwürde achtet? Als Palliativmediziner habe ich gelernt, dass wir lernen müssen, Leiden auszuhalten. Wir werden nicht auf alle Fragen des Leides eine Antwort bekommen. Gerade als Christ ist es aber meine Bestimmung, nicht davonzulaufen und keinen Menschen in seinem Leiden, auch nicht wenn er den Wunsch hat zu Sterben, allein zu lassen.

Ein weiterer Trend unserer Zeit ist die Vereinsamung. Wir leben trotz vieler Bekanntschaften in einer beziehungsarmen Zeit. Das zeigen die Erhebungen des statistischen Bundesamtes über die Singlehaushalte und ebenso über die Vereinsamung im Alter. Alte Menschen fürchten sich häufig davor, anderen zur Last zu fallen. Aber was ist das für eine Gesellschaft, die alten Menschen dieses Gefühl gibt? Weil Menschen nicht mehr leistungsfähig sind, weniger konsumorientiert oder was wir noch als wichtig empfinden, sind sie weniger wert? Sie haben Würde! Wir als Gesellschaft müssen alles daran setzen, dass alte Menschen, wenn sie sich selbst als Last empfinden, nicht den Suizid als Ausweg erwägen.

Als Christ darf ich erfahren, dass ich getragen bin. Das entscheidende habe ich nicht selbst getan. Ich bin auch in vielen Fällen eine Last. Jesus hat meine Last getragen, ihm bin ich Last. Ich hoffe und bete, dass wir es uns erlauben Last zu sein. Dann bekommen wir vielleicht auch einen anderen Blick auf das Thema Suizidassistenz. Und so verstehe ich Sterbewünsche. Ich will Menschen den Horizont öffnen, in dem sie sich erlauben Last zu sein. Das beinhaltet die Fürsorge, gute Schmerzlinderung, Schweigen, gelegentlich ein Gebet mit dem Patienten, aber auf alle Fälle meine Fürbitte. ■

Sebastian Reuter
Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Tätigkeit als Arzt in der SAPV, Mitarbeiter bei Christen im Gesundheitswesen in Chemnitz

Anzeige

FREUT EUCH MIT DEN FRÖHLICHEN – WEINT MIT DEN WEINENDEN.

Als ich meine Arbeitsstelle vom Akutspital in ein Alterszentrum wechselte, wurde mir bewusst, dass mein Pflegealltag nie mehr der sein wird, der er bis dahin war. In der Schweiz ist es in den meisten Altersinstitutionen möglich, mit EXIT (Freitodwunsch) aus dem Leben zu scheiden. Meine erste Begegnung mit diesem Thema, die Betreuung einer Frau bis zum Tag X, hinterließ in mir schmerzhafte Gedanken und den Wunsch, so schnell wie möglich wieder eine Arbeitsstelle im Spital zu suchen, weil es dort nicht möglich ist, den Freitod zu wählen.

Marianne Brütsch, *Pflegefachfrau in einem Alters- und Pflegezentrum im Großraum Zürich CH*

Einige Monate später, ich hatte eine Stelle im Akutspital gefunden und musste nur noch den Arbeitsvertrag unterschreiben, erwachte ich mitten in der Nacht und war innerlich unruhig und aufgewühlt. An das Schlafen war nicht mehr zu denken und ich stand auf, um meine Gedanken zu ordnen. Im Gespräch mit Gott wurde ich ruhiger und ich vernahm die leise Frage an mich: "Liebst du mich, oder liebst du dein Ruhm und Ansehen mehr?" Mir wurde zutiefst bewusst, dass ich an meiner jetzigen Arbeitsstelle bleiben sollte und dass Gott mit mir ist und mich nicht im Stich lässt. In diesem Vertrauen sagte ich am nächsten Tag die neue Stelle ab. Als Pflegefachfrau mit der Zusatzausbildung in palliative care bin ich verantwortlich für die Pflege, Betreuung und Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen. So kam es, dass ich erneut für einen Patienten (Bewohner) zuständig war, der den Wunsch äußerte, mit EXIT aus dem Leben zu scheiden. In meiner Aufgabe darf ich nichts unternehmen, was den Wunsch mit EXIT aus dem Leben zu scheiden, unterstützen würde (z.B. Termine vereinbaren mit der Sterbeorganisation). Dennoch ist das Pflegepersonal in die Begleitung bis zum Tag X involviert, weil die Menschen mit Freitodwunsch meist durch Höhen und Tiefen gehen und es unzählige Gespräche und Krisenbegleitungen benötigt. In meinem Glauben an Gott möchte ich mich besonders in den anderen hineinversetzen, seine Probleme und Bedürfnisse verstehen, sein Leid und seine Freuden mit ihm teilen, mich dem Gegenüber ganz zuwenden.

Ich spürte plötzlich inneren Widerstand in der Betreuung dieses Patienten/Bewohners. So ertappte ich mich, als ich am PC meine Schreibarbeit erledigte, dass ich beim Bewohnerruf/Klingel in der Versuchung war, ein wenig länger sitzen zu bleiben in der Hoffnung, dass eine meiner Kolleginnen auf die Glocke ging. Jedoch war mir bewusst, dass dies nicht meiner christlichen Haltung entsprach und so machte ich mich auf den Weg zu seinem Zimmer. Ich wollte dem Bewohner Herr R. in liebender, offenen Haltung begegnen. Wir hatten in der Vergangenheit einige intensive Gespräche und dieses Mal wollte er mit mir über sein Sterben reden. Nach kurzem Zuhören fragte ich ihn, ob er einen Glauben habe. Er äußerte, dass er Agnostiker sei, aber die Bibel gut kenne. Doch im Alten Testament werde einem Angst gemacht. Ich versuchte ihm empathisch und mit Liebe zuzuhören. Im Verlauf des Gespräches sagte er, dass er spüre, dass ich an Gott glaube und dass ich keine Angst vor dem Sterben habe. Er schätze es, dass er mit mir über alles sprechen kann und er werde noch vor Weihnachten mit EXIT aus dem Leben scheiden. Zwei Tage später ging es ihm bedeutend schlechter und er war gezeichnet von seiner schweren Krankheit. Ich kniete bei ihm am Bett, da sank er plötzlich in sich zusammen und sein Kopf lag auf meiner Schulter, während ich Herrn R. in meinen Armen hielt und still betete. Nach einem Moment holte er tief Luft und sagte, er sei noch da und er habe gespürt, dass ich keine Angst habe. Dies helfe ihm sehr. Kurze Zeit später telefonierte ich mit dem Arzt, der dann vorbei kam. Der Bewohner saß am Bettrand und fragte, wann er sterben werde. Der Arzt meinte, dass er das nicht so genau sagen kann. Herr R. hatte Tränen in den Augen und schaute mich dennoch lächelnd an und äußerte: Dann gehe ich ja vielleicht heute schon zu Gott! Bei einer späteren Begegnung offenbarte er, dass er hoffe, auf normale Weise sterben zu können, vor dem Termin, der mit EXIT vereinbart ist.

Zwei Tage später schlief Herr R. auf meiner Spätschicht auf natürliche Weise für immer ein. Für mich war es eine tiefe Gotteserfahrung. Wenn ich mich menschlich empfunden nicht in die Handlung eines Mitmenschen hineinversetzen kann, ja sogar diese Handlung ablehne, so darf ich daran glauben, dass Gott mir hilft, dass seine unendliche Liebe spürbar wird. ■

Christen im Spannungsfeld

von Verschwörungsmythen, Erlösungsbedürftigkeit und Weltoffenheit

In der Neuzeit bis ins 20. Jahrhundert gab es gravierende Wandlungsprozesse in Gesellschaft, Politik und Kultur. Sie prägten das Denken und Handeln der Menschen in puncto Werte und Ziele, in Wissenschaft, Politik und Kirche, in Kultur und Bildung in ihrer Zeit und teilweise weit darüber hinaus bis heute. Als Christen agieren und reagieren wir auf die Entwicklungen in Gesellschaft und Kirche, beeinflussen diese und werden durch sie beeinflusst. So forderte der „aufgeklärte" Befreiungsschlag aus der „selbstverschuldeten Unmündigkeit" (Kant) eine Auseinandersetzung auch innerhalb der christlichen Glaubensbewegungen, die – das kann man sich denken – nicht spannungsfrei verlief:

Der Graben verlief zwischen einem innerkirchlichen Festhalten an hierarchischen und patriarchalen Führungsstrukturen und der Vermittlung eines rationalen, vernünftigen, praktischen Christsein mit Entwürfen für einen aufgeklärten, weltoffenen gelebten Glauben.

Nach den beiden Weltkriegen gab es mit der „68er Bewegung" in der Gesellschaft erneut starke Auf- und Umbrüche gegen den Strukturkonservatismus, gegen etablierte Moralvorstellungen etc., die teilweise bis in unsere Zeit hinein weiterwirken (z.B. Bürgerinitiativen, Umweltbewegungen…).

Auch in den Kirchen gewannen Aufbrüche an Einfluss: z.B. durch die Lausanner Bewegung mit ihrer festen Verknüpfung von Weltevangelisation und sozialer Verantwortung; die Ökumene; den konziliaren Prozess für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung…). Das Zweite Vatikanische Konzil induzierte eine innerkirchliche Reformbewegung und eine Öffnung zur Welt hin. Hier kamen selbst als unumstößlich geltende Positionen wie z.B. das Tabu der Frauenordination zur Sprache.

Zwischen Weltbejahung und Weltverneinung

Der Soziologe Max Weber hat die dialektischen Positionen des Christentums einmal in vier Grundpositionen eingeteilt. Sie werden von einzelnen Christen, Kirchen und Bewegungen unterschiedlich gefüllt und repräsentiert:

Weltbejahung	Weltverneinung
Aktive Weltveränderung	passiver Rückzug aus der Welt

Es ist eine Frage unterschiedlicher Persönlichkeiten und Typen von Menschen, wie sie mit der Dialektik im Leben, mit Spannungen und Ängsten umgehen. Ein Ausbalancieren zwischen Vertrauen und paranoidem Misstrauen, zwischen Vorsicht und naiver Vertrauensseligkeit. Oder dem Bedürfnis nach Autonomie und der Angewiesenheit auf Gemeinschaft. Dem Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung einerseits und dem Bedürfnis nach Veränderung und Weiterentwicklung andererseits. Religion schwingt hier immer mit. Sie kann kompensierende als auch verstärkende Wirkung auf meine Persönlichkeitsentwicklung haben. Sie kann herausfordern und (de-)stabilisieren.

Nicht von der Welt, sondern in der Welt

Das Christentum ist im Kern von jeher eine dialektische Religion: Sie ist nicht von der Welt, aber sie wirkt mitten hinein in diese unsere Welt. Eine Religion zwischen Weltbejahung mit Förderung sozialer, kultureller und gesellschaftlicher Erneuerung als sichtbare Zeichen des Reiches Gottes in dieser Welt und Weltverneinung mit der Wahrnehmung einer „bösen Welt", die erlösungsbedürftig ist. Im Zugehen auf einen baldigen Weltuntergang gilt es, die „Kirche", die Gemeinschaft der Gläubigen als Institution, vor einer vermeintlichen „Verwässerung" der biblischen Botschaft und anderen Einflüssen des Bösen zu schützen. Die Globalisierung der Welt schreitet voran, globale Themen suchen nach Lösungen, der Lebensraum scheint für Mensch, Tier und Pflanze enger zu werden. Die Komplexität von Wissenschaft und Technik, Gesellschaft und Politik, von Kapital und Wirtschaft als auch die wachsende Kluft zwischen Arm

und Reich, Jung und Alt, Nord und Süd verstärken existentielle Ängste und bieten Raum für apokalyptische Zukunftsszenarien. Der bisweilen schwierige Balanceakt zwischen einem gesunden Realitätssinn im Vertrauen („Gott ist mitten unter uns in dieser Welt und in seiner Schöpfung“) und dem Wissen um die Erlösungsbedürftigkeit dieser Welt kann Schlagseite bekommen. Raumgreifende Lehren und Prophetien über das Böse und den „Antichristen“ verstärken Tendenzen zur Weltverneinung und gehen einher mit einem wachsenden Misstrauen in innerweltliche Institutionen.

„Faktencheck" – die Grauzone zwischen Sachebene und Deutungsebene

Wie deuten und bewerten wir erschreckende Ereignisse wie der Einsturz des World Trade Centers 2001 oder die Nachricht von gravierenden Wahlmanipulationen in den USA durch nordkoreanische oder russische „Aktivisten“? Hinweise für eine digitale Einflussnahme und das gewachsene persönliche Misstrauen in die Verantwortungsträger unserer Gesellschaft extrapolieren „Weltverneiner“ bis hin zur Phantasie von fremdgesteuerten Menschen durch eingepflanzte Computerchips.

Apokalyptische Deutungen und Verschwörungsmythen sind von jeher Werkzeug von Menschen, die sich am Rand der Gesellschaft erleben. Sind Christen in dieser Hinsicht besser „geerdet“?

Mit einer gigantischen Auflage von über 30 Millionen Exemplaren verkaufte sich seit 1970 das von den Evangelikalen Hal Lindsey und Carole Carlson herausgegebene Buch „Alter Planet Erde wohin?“ Die Angst vor einem dritten Weltkrieg, der sich durch eine Verdichtung des russischen und chinesischen Kommunismus, der Bedrohung durch atomare Raketen, durch die geballte Aggression von Arabern gegen Israel und andere Einflüsse innerhalb der nächsten 30 Jahre ereignen würde, wurde aufgegriffen und anhand von vielen Bibelstellen prophetisch „belegt“. Inzwischen liegen 50 Jahre seit dem Erscheinen der 1. Auflage des Buches hinter uns. Kaum eine dieser „Prophetien“ wurde wahr. Mythen aber finden immer wieder neue Themen. Seit 2015 war es die verbreitete Phantasie, „die Flüchtlingsströme nach Europa seien ein groß angelegter Versuch, die ansässige Bevölkerung auszutauschen und die abendländische christliche Kultur abzuschaffen. Am Ende stehe dann die Islamisierung Europas“.

Die global bedrohliche, verunsichernde, unsere Freiheiten einengende, pandemische Ausbreitung des SARS-CoV-2 Coronavirus ist für uns ein beängstigendes Geschehen. Auf der Suche nach (Ver-) Ursache(r)n und Lösungsmöglichkeiten regt es unsere Phantasie an: „Corona ist ein Plan dunkler Mächte, wird durch 5G Strahlen übertragen und am Ende lässt Bill Gates uns alle chippen“, kann man im Internet lesen. Kleine und größere Gruppen gläubiger Christen klinken sich in diese Bewegungen von Querdenkern und Verschwörungsmythen ein.

Die Coronapandemie mobilisiert in unserer Gesellschaft ein Zusammenstehen und Solidarität in bemerkenswerter Weise. Zugleich wirkt sie als Brandbeschleuniger für kleinere Gruppierungen, die sich eher am Rande der Gesellschaft lebend wahrnehmen. Sie suchen sich ihresgleichen, um Halt und Bedeutung zu finden. Es fehlt ihnen der Wille und die Kraft, handfeste Nöte und Probleme im Diskurs verschiedenster Meinungen und Lösungsansätze wirklichkeitsnah zu bewältigen. Sie werden so z. B. zu Impfgegnern, Klimaleugnern, Fremdenfeinden, Islamphobikern oder Antisemiten. Sie sind auf dem Rückzug aus der spannungsvollen Realität dieser Welt und entwickeln sich bisweilen hin zu einer gefährlichen Radikalisierung.

Sieben Strategien von der Information zur Desinformation, von der Wirklichkeit zum Mythos

An dieser Stelle ist es sicher hilfreich, die Strategien der Skeptiker bzw. Mechanismen der „Desinformation“ zu benennen, die im Kontext der Klimaleugner erforscht wurden und jetzt erneut „zum Einsatz kommen“:

1. Publicity von „selbsternannten" Experten, Pseudoexperten.

Es treten Wissenschaftler oder Akademiker mit Titel auf, die zunächst berechtigte sachliche Kritik an wissenschaftlichen Informationen und Publikationen vortragen. Neben sinnvoller Kritik an der Expertenvoten stehen unsachliche Spekulationen, offensichtliche Unwahrheiten und befremdliche Schlussfolgerungen. Sie bekommen durch die „Pseudoexperten“ jedoch einen „seriösen Anstrich“. Und: Statt das interne Gespräch und den Diskurs mit Experten zu suchen, wenden sie sich direkt an die breite Öffentlichkeit.

2. Logikfehler:

Vorbringen von Argumentationen, die sich genau genommen als unlogisch erweisen. Aus einer sachlich korrekten Information werden falsche oder unberechtigte Schlüsse gezogen. Wissenschaftliche Daten werden überinterpretiert oder fehlinterpretiert. In der Regel wird dieser Desinformations-„Trick“ ebenfalls gerne von „selbsternannten“ Experten vorgetragen.

3. Zielgerichteter Einsatz mehrdeutiger Begriffe mit ebenfalls unlogischen Schlussfolgerungen:

Ein Beispiel ist der Satz „Wir müssen mit dem Virus leben lernen“. Was verschwiegen wird: Wir können erst mit dem Virus und seinen Mutanten leben lernen, wenn wir eine hinreichende Immunität in unserer Population erreicht haben. Desinformative Schlussfolgerung nach diesem Satz: Wenn wir hinreichend aufpassen, kann uns der Virus nicht viel anhaben und wir können weitgehend zu einem normalen Leben zurückkehren.

4. „Blendgranaten":

Es werden Lösungsvorschläge für ein Gesamtproblem gemacht, die wesentliche Aspekte des selben Problems ausblenden und damit Raum für unsachliche Schlussfolgerungen geben.

5. Unerfüllbare Erwartungen an die Wissenschaft

Hier werden Erwartungen an die Wissenschaft gestellt, die niemals erfüllbar sind. Im Kontext der Pandemie zum Beispiel zu erwarten, dass eingesetzte Virustests 100%ige Sicherheit bieten, oder dass hochgerechnete Entwicklungen genauso eintreffen, wie sie prognostiziert werden. Zudem: Wissenschaft ist im Wandel, entwickelt sich weiter, ist selbstkritisch und korrigiert die eigenen Aussagen von gestern, wenn sie sich morgen als unstimmig erweisen.

6. „Rosinenpickerei":

Vielleicht einer der am meisten verbreiteten und beliebtesten Strategien, die übrigens auch gerne von der Wirtschaft und Industrie und Interessenverbänden genutzt wird: Man sucht sich die Studien heraus, die die eigene Aussage unterstützen und kehrt jene „unter den Tisch“, die Zweifel aufkommen lassen. Hintergründig ist der Publikations-Bias zu nennen, der auch unter Wissenschaftlern als Fehler-

quelle seine Bedeutung hat. Dieses Phänomen meint eine „Verzerrung der Datenlage zu einer bestimmten Fragestellung, die dadurch entsteht, dass positive Ergebnisse mit größerer Wahrscheinlichkeit und schneller veröffentlicht werden als negative oder schwache Ergebnisse“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte).

7. Verschwörungsmythen:

Siehe meine Nennungen in diesem Artikel. Beispielsweise werden Wissenschaftlern gerne wirtschaftliche Verflechtungen vorgeworfen, die so gar nicht existieren. Aber für die breite Zuhörerschaft sind sie ein überzeugendes Argument, aus dem man „überzeugend“ gravierend falsche Schlussfolgerungen ziehen kann.

Wir Menschen haben das Bedürfnis, einschneidende Ereignisse in einen größeren Kontext zu stellen, eine Bedeutungsmatrix, die uns letztlich „Halt“ verschafft, Ängste zu lindern scheint und uns hilft, uns zu positionieren. Wissen, das wir nicht verstehen und ergründen können, wirkt bedrohlich. Wer eine verständliche und einleuchtende, wenn auch verdrehte Interpretation bereithält, bekommt Zustimmung. „Selbsternannte Experten“ verbreiten ja immer auch eine Portion Wahrheit! Neben sinnvoller Kritik an der offiziellen Experteneinschätzung werden Spekulationen bis zu ausdrücklichen Unwahrheiten und befremdliche Schlussfolgerungen gereiht. Solche Pseudoexperten suchen jedoch nicht die sachliche Auseinandersetzung innerhalb der wissenschaftlichen Community, sondern sie wenden sich bewusst und direkt an die Öffentlichkeit und suchen Popularität. Plausibel zu Papier gebracht, finden die warnenden Stimmen bei vielen Menschen einen fruchtbaren Boden. In seinen Publikationen bietet der österreichische Gesundheitsökonom Clemens Arvay nahezu alle Phänomene, die ich oben als Desinformationsstrategie genannt habe. Dabei formuliert er sehr subtil und wirkt mit seinem Narrativ sehr überzeugend. Seine Botschaft: Überlegt euch gut, euch mit einem staatlich und von der Melinda und Bill Gates Stiftung geförderten, mit Profitstreben generierten und im Eilverfahren zugelassenen Impfstoff – mit einem in der Medizin bisher kaum angewandten Verfahren – impfen zu lassen! Setzt eure Gesundheit nicht aufs Spiel!

Jesus begegnet uns gerade im Ansehen unserer Begrenztheit und Hilflosigkeit

Ich möchte hier nicht in die Diskussion zur Gefährlichkeit/Pathogenität des Sars CoV-2 Virus und seiner Mutanten einsteigen und die Verträglichkeit der Impfstoffe, die weltweit zur Anwendung kommen. Jeder (Christ) kann sich sachbezogen informieren und wird im Vertrauen (auf vertrauenswürdige Menschen und im Vertrauen auf Gottes Führung) aus freien Stücken für sich eine Entscheidung treffen (müssen).

Zu Beginn vertrat ich die These, dass Christen in der dialektischen Spannung des „Himmelreiches“ (Nicht von der Welt, aber in der Welt) leben und in den Gleichnissen und Reden Jesu zum Reich Gottes Orientierung finden können. Ich möchte ermutigen, diese Spannungen nicht nur auszuhalten, sondern als gestaltende Kraft zu nutzen: Mit dem kreativen Wort, der erneuernden Kraft und verändernden Liebe des Reiches Gottes hineinzuwirken in diese Welt mit all ihrer Not, Unvollkommenheit und Vergänglichkeit. Damit sind wir nach Max Weber weltoffene Menschen, die ihre Kraft und Hoffnung aus dem Glauben an den auferstandenen Sohn Gottes beziehen. Der unverfügbare Gott kommt mitten hinein in unsere Realität und Gebrochenheit. ■

Die vollständige Fassung dieses Beitrags kann bei der Redaktion angefordert oder unter www.chriscare.info heruntergeladen werden.

Reinhard Köller, *Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, Hamburg*

Offene Redaktionskonferenz mit Ihnen

Die Redaktion von ChrisCare freut sich über Leser, die aktiv an der Diskussion der Heftinhalte mitwirken. Die nächste "Offene Redaktionssitzung" findet am 08.06.21 digital (per Zoom) statt. Sie dauert von 18.30 bis 20.00 Uhr.

Interessenten melden sich unter info@cig-online.de an und bekommen kurzfristig den Zugangslink geschickt.

TEILEN HILFT **ein selbstbestimmtes Leben** IN WÜRDE ZU FÜHREN

Amara ist schwanger. Sie freut sich. Es ist ihr erstes Kind. Damit wird sie endlich in den Kreis der Müttergemeinschaft ihres Dorfes aufgenommen werden. Die nächste Gesundheitsstation ist über einen Tagesmarsch entfernt. Daher wird sie zu Hause entbinden, so wie schon ihre Mutter und ihre Großmutter. Doch als die Wehen einsetzen, kommt plötzlich auch Blut, viel Blut. Wenig später ist Amara tot.

Difäm – DEUTSCHES INSTITUT FÜR ÄRZTLICHE MISSION E.V., TÜBINGEN. *Das Difäm unterstützt Gemeindegesundheitsprojekte u.a. in Liberia, Sierra Leone, Malawi und der Demokratischen Republik Kongo.*

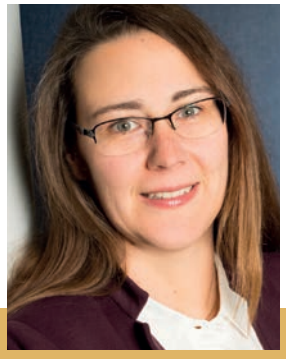
In Deutschland verlassen wir uns auf ein gutes Gesundheitssystem. Es ist selbstverständlich, dass wir unsere Ärzte frei wählen dürfen, in der Apotheke benötigte Medikamente holen können und im Fall eines Krankenhausaufenthaltes die Kosten von der Versicherung übernommen werden. Wir müssen uns keine Sorgen machen, wie wir im Falle eines Unfalls ins Krankenhaus transportiert werden oder dass Mutter und Kind liegen gelassen werden, wenn wir das nötige Geld für einen Kaiserschnitt nicht im Voraus zahlen können. Unser Gesundheitssystem, auch wenn es nicht perfekt ist, befreit uns von vielen Sorgen und Nöten. Jedoch ist das in vielen Ländern der Welt nicht der Normalfall. Dort ist eine Erkrankung oder ein Unfall ein Schicksalsschlag, der in vielen Fällen das normale Leben beendet.

Tulibako hat den Krieg erlebt. Auf der Flucht wurde sie grausam vergewaltigt. Seitdem ist sie eine Ausgestoßene, denn sie wurde so sehr verletzt, dass sie nun den Urin nicht mehr halten kann. Er rinnt immerzu an ihrem Bein hinab. Das kann jeder riechen. Daher muss Tulibako abgesondert von allen anderen leben. Niemand darf sich ihr nähern oder ihr bei der Feldarbeit helfen. Sie versucht, mit der Arbeit ihrer beiden Hände ihre 5 Kinder zu ernähren, aber die werden immer dünner und dünner.
Oft leiden nicht nur die direkt Betroffenen, sondern auch deren Familien unter der Situation. Andauernde Krankheit führt zu Einkommensverlust, so bleibt gerade für Frauen nur Betteln oder Prostitution, um die Familie noch zu versorgen. Wenn das Geld fehlt, dann wird auch die Nahrung knapp. Es stimmt, dass Krankheit in vielen Fällen in die Armut führt. Und Armut wiederum macht krank. Ein Teufelskreis, der viele Menschen in Abhängigkeiten und Unfreiheit führt.

Judith ist 11 Jahre alt. Sie träumt davon, so wie die anderen Mädchen in die Schule gehen zu dürfen. Aber das geht nicht. Sie hat einen Hautausschlag, schon seit frühester Kindheit. Damit sieht sie anders aus als alle anderen Kinder. Die Leute im Dorf sagen, sie sei verflucht. Und der Dorflehrer hat verboten, dass sie sich dem Schulgebäude auch nur nähert. Er will den Teufel nicht in seiner Nähe haben, sagt er, und dass er sie schon gesehen hätte, wie sie andere Kinder verhexen würde. Gerade chronische oder nach außen sichtbare Symptome werden zudem oft nicht als Erkrankungen, sondern als gerechte Strafe Gottes oder Merkmal dunkler Hexerei interpretiert. Die Betroffenen gelten als verflucht oder werden gleich selbst als Zauberer und Hexen gebrandmarkt. Meist bleibt den Erkrankten nichts anderes übrig, als dieses zusätzliche religiöse und soziale Stigma auch noch zu tragen.
Da Krankheit zu Stigmatisierung, Ausgrenzung, Armut, Abhängigkeit und damit in die Unfreiheit führen kann, ist es seit jeher ein Anliegen der christlichen Kirchen, sich in der Gesundheitsfürsorge zu engagieren. Neben unzähligen christlichen Krankenhäusern, die in Ländern des globalen Südens einen unschätzbaren Beitrag zur Versorgung der Menschen v.a. in ländlichen Gebieten leisten, sind es auch Initiativen auf Gemeindebasis, die Menschen ein gesundes, würdevolles, selbstbestimmtes Leben ermöglichen wollen.

In Liberia sind in den Gemeinden rund um das methodistische Ganta Krankenhaus sogenannte life saving clubs entstanden. Die Menschen überlegen zusammen, wo die drängendsten Probleme in ihrer Gesundheitsversorgung liegen und was sie selbst zur Verbesserung beitragen können. Durch einen Sparfonds in der Gemeinde, in den alle Schwangeren einzahlen, kann im Not-

fall der Transport auch in das sonst nicht erreichbare Krankenhaus ermöglicht werden. So können Schicksale wie das von Amara verhindert werden. Gesundheitsaufklärung unter Einbeziehung der Ältesten und Pastoren als Multiplikatoren kann Stigmatisierung und soziale Isolation von Menschen wie Tulibako oder Judith verbessern. In den life saving clubs übernehmen die Menschen Verantwortung für sich selbst, entscheiden frei, was ihnen am dringlichsten erscheint und entwickeln gemeinsam Lösungsstrategien. Christen sind bereit, ihre eigenen knappen Ressourcen für ihre Nächsten zu teilen, um ihnen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und so Gottes Liebe in dieser Welt sicht- und spürbar zu machen. ■



Carina Dinkel
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gesundheitsreferentin, Difäm,
Tübingen

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

CiG Christen im Gesundheitswesen

REPORTAGE

GLÜCK AUF 3 RÄDERN UND WIND IN DEN HAAREN – MIT DER KIRCHEN-RIKSCHA UNTERWEGS

Radfahren ist eine schöne Freizeitbeschäftigung. Man genießt die Sonne im Gesicht, den Wind in den Haaren, die Landschaft, die vorüberzieht oder auch das Innehalten an einem schönen Ort. Solch eine wundervolle Erfahrung bleibt vielen Menschen aufgrund ihres Alters oder einer Erkrankung versagt. Sie vermissen diese Sinneserfahrungen im Freien – das konnte ich aus vielen Gesprächen mit Betroffenen in meiner Tätigkeit als Pflegefachkraft immer wieder heraushören.

Das Bild einer Senioren-Rikscha in einer Zeitschrift gab daher den Impuls. Welch eine großartige Idee, Menschen mit Einschränkungen in der Mobilität, ob jung oder alt, einen Ausflug ins Grüne zu ermöglichen. Die Planung begann 2018. Im Sommer 2019 konnten wir schließlich unter dem Dach der Evangelischen Kirchengemeinde Dudenhofen und dem Projekt "Vis-a-vis Gemeindediakonie" unsere für zwei Personen zugelassene Kirchen-Rikscha einführen. Beratende Unterstützung bekamen wir dabei vom Verein „Radeln-ohne-Alter“ aus Bonn, deren Ziel es ist, diese Idee deutschlandweit bekannt zu machen und zu fördern. In sehr kurzer Zeit konnte ein Team von 10 ehrenamtlichen Mitgliedern aufgebaut werden, die seitdem sehr motiviert das Projekt mit Leben füllen.

Das Angebot steht seitdem Menschen aus drei umliegenden Ortsgemeinden mit starken Mobilitätseinschränkungen offen. Dazu zählen Betroffene, die zuhause leben, aber auch Bewohner*innen einer ortsansässigen Pflegeeinrichtung, die in die Fahrten mit eingebunden sind. Auch jüngere Menschen, die beispielsweise aufgrund einer MS-Erkrankung nicht mehr Radfahren können, sind angesprochen und nutzen gerne diese besondere Möglichkeit der Fahrt ins Grüne.

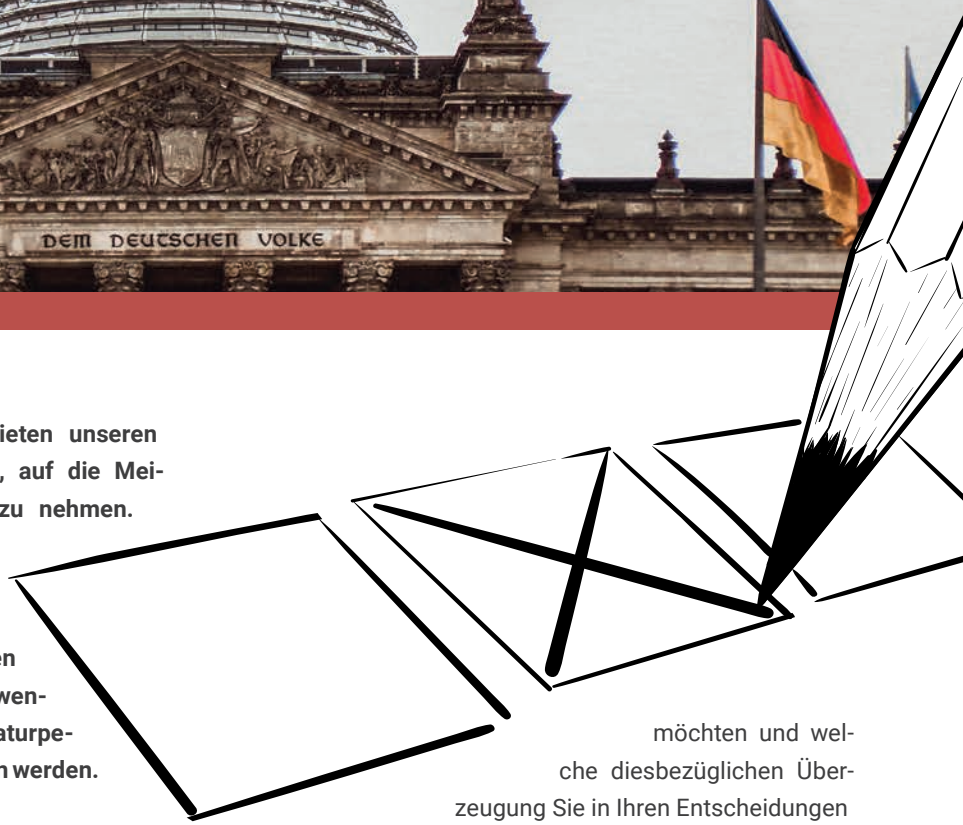
Die Freude bleibt dabei nicht auf die Passagiere beschränkt. Auch die „Piloten“ genannten Fahrer*innen kommen stets erfüllt von ihren Fahrten und den dabei bereichernden Gesprächen zurück.

Eine Tour mit der Rikscha ist ein Erlebnis für alle Sinne, schenkt Lebensfreude und ist ein Abenteuer in einem meist nicht mehr sehr abwechslungsreichen Alltag. Aber auch Fahrten zum oder vom Gottesdienst sind eine bereichernde Ergänzung des Gemeindelebens. Die Kontakte, die während der Touren durch kurze Gespräche oder Zuwinken von Passanten entstehen, ermöglichen Teilhabe und sind Lichtblicke in der so häufig erlebten Einsamkeit. Durch die Isolation, in der nun schon so lange andauernden Corona-Zeit, bekommt dieser Aspekt einen noch höheren Stellenwert. Außer in Zeiten sehr hoher Infektionszahlen und harten Lockdown-Zeiten konnten wir Fahrten unter Einhaltung eines Hygienekonzepts anbieten. Glücksgefühle bereitete vor Corona vielen Passagieren eine Picknick-Pause mit Kaffee und Kuchen an einem schönen Platz am Wegesrand. Gelegenheit auch für Gespräche über Glaubens – und Lebensfragen. Wir hoffen, dass wir das alles bald wieder einplanen können, ebenso wie das fröhliche Singen, nicht selten von bekannten Kirchenliedern, während der Tour. Eine Passagierin schrieb: „Dankeschön, dass wir zu den Auserwählten gehörten, die diese Fahrt mitmachen durften. Vom Beginn bis zur Punktlandung am Dom waren wir dem Himmel ein Stückchen näher.” Dem ist nichts mehr hinzuzufügen und wir wünschen uns, dass diese Idee auch andernorts noch viele Freunde findet.

Monika Kreckel

Weitere Informationen: www.visavis-gemeindediakonie.de oder www.evang-gemeinde-dudenhofen.de unter „Radeln ohne Alter“ Hilfe beim Aufbau eines Standortes gibt es unter www.radelnohnealter.de

Sie haben etwas zu sagen!



Die Wahlen zum Deutschen Bundestag bieten unseren Lesern in Deutschland gute Möglichkeiten, auf die Meinungsbildung der Abgeordneten Einfluss zu nehmen. Nutzen Sie die Gelegenheit und bitten Sie die Kandidaten Ihres Wahlkreises, Stellung zu nehmen. Sie finden die Adressen der Wahlkreisbüros rasch im Internet. Aber Sie können sich auch an die derzeitigen Abgeordneten wenden, die voraussichtlich noch in dieser Legislaturperiode über den Assistierten Suizid entscheiden werden. Deren Namen und Anschrift finden Sie unter: www.bundestag.de/abgeordnete.
Mein eigener Brief an die Bewerber im Wahlkreis Kassel könnte eine Anregung sein. In ihm konzentriere ich mich auf die gegenwärtige Debatte um den Assistierten Suizid.

Sehr geehrte Frau …, mich beschäftigt derzeit die aktuelle Debatte um den Assistierten Suizid, mit der auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Aktiven Sterbehilfe reagiert wird.
Ich plädiere dagegen, den Assistierten Suizid ins Angebot des Gesundheitssystems zu etablieren. Der Sorge von Menschen, am Ende des Lebens unter Schmerzen zu leiden und die Würde zu verlieren, kann weit besser als durch den Assistierten Suizid durch einen Ausbau palliativmedizinischer ambulanter und stationärer Angebote begegnet werden.
Außerdem ist es mir sehr wichtig, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen vor dem Druck zu bewahren, an der Tötung von Menschen mitzuwirken. Die im Christentum begründete medizinische und pflegerische Begleitung von Patienten ist immer dem Leben verpflichtet. Zu dessen unverlierbaren Würde gehört es, auch in der letzten Phase des Lebens nicht allein gelassen zu werden. Die Hilfe beim Suizid dient dem Leben nicht. Mich interessiert, wie Sie den Schutz des Lebens und der Würde am Ende des Lebens schützen möchten und welche diesbezüglichen Überzeugung Sie in Ihren Entscheidungen im Parlament leiten.

Und wie Sie den Schutz der Mitarbeitenden vor der Teilnahme am Assistierten Suizid sichern würden, wenn dieser künftig ermöglicht werden sollte.
Wie Sie den Ausbau der Palliativversorgung fördern möchten.
Ich danke Ihnen, dass Sie sich als Abgeordnete oder Bewerberin um einen Sitz im Deutschen Bundestag für unser demokratisches Gemeinwesen einsetzen und werde Sie in Ihrer verantwortungsvollen Aufgabe im Gebet unterstützen. Ich wünsche Ihnen in Ihrer Aufgabe und auch persönlich Gottes Segen.

Mit freundlichen Grüßen
Frank Fornaçon

Pastor Frank Fornaçon,
Ahnatal, Redakteur
ChrisCare, Magazin für
Spiritualität und Gesundheit.

FÜR SIE GELESEN

ZUKUNFT DER SEELSORGE IM GESUNDHEITSWESEN, MICHAEL FISCHER

Zu Recht galt die Seelsorge der Kirchen im Gesundheitswesen lange als innovative Speerspitze und Lernfeld der pastoralen Entwicklung. Gerade hier sind die Kirchen dicht an den existenziellen Herausforderungen von Krankheit, Leben mit Handicap, existenziellen Krisensituation, Alter und Multimorbidität, Heilungshoffnung und zugleich Leiden, Trauer, Sterben und Tod. Diese kategoriale Seelsorge entwickelte im interdisziplinären Dialog für hauptamtliche Seelsorger ausformulierte Standards und Beschreibungen des Dienstleistungsspektrums, eigene Qualifizierungsmodelle und spezifische pastorale Konzepte. Michael Fischer arbeitet für eine große konfessionelle Gesundheitsanbieterin an den christlichen Identitätsfragen und ist zugleich Professor für Qualitätsmanagement und Pastoraltheologie.

Kenntnisreich markiert er für die Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen „zwei Bruchstellen" als maßgebliche Herausforderungen: zum einen die veränderte „Wahrnehmung der Spiritualität durch die Professionen der Gesundheitsberufe" in einer pluralen Gesellschaft und zum anderen die entsprechende Erweiterung der „Rollenträger_innen in der Seelsorge" der Kirche. Beides verlangt neue Denk- und Handlungsmodelle auf Bistums-, Träger- und Einrichtungsebene. Nach einer kurzen Situationsanalyse behandelt Fischer im zweiten Teil vier Themenfelder für eine zukunftsfähige christliche Seelsorge: Charisma, Professionalität, Kompetenz und Qualität. Diese werden nicht nur theologisch, sondern in ihrem sozialwissenschaftlichen Kontext entwickelt. So entsteht eine konzeptionelle Grundlage für ein alle Professionen im Gesundheitswesen und ebenso Ehrenamtliche einbeziehendes Modell von Seelsorge. Im dritten Teil wird dies anhand einer empirischen Studie aus dem Bistum Münster zu Erfahrungen der seelsorglichen Qualifizierung von ehrenamtlichen und teilfreigestellten beruflichen Mitarbeitenden im Krankenhaus, der stationären Alten- und Behindertenhilfe verifiziert. Damit liegen erstmalig valide Daten zu den Motiven, Rollen, der Zusammenarbeit der bisherigen und neuen Akteure in diesem kategorialen Seelsorgefeld vor. So zeigt das Buch die Chancen auf, die heutige hauptamtliche Seelsorge im Gesundheitswesen um neue Formen von seelsorglichen Diensten und Qualifizierungen in den Gesundheitsberufen zu erweitern.
Es ist das Verdienst des Buches, diesen sich abzeichnenden dynamischen Professionalitätswandel klar zu analysieren und auf der Basis empirischer Daten den Wandel aufzuzeigen. Das Buch geht weit über gekannte, pastoraltheoretisch-normative Zukunftsvisionen hinaus.

Es entwickelt auf der Basis von neuen Praxismodellen ein integratives Verständnis von Seelsorge als Ausdruck einer dynamischen Professionalitätsstrategie. Das Professionalitätsverständnis der Seelsorge erweitert sich hinsichtlich der Rollenträger, integrativer Rollenbilder, entsprechender Qualifizierungsmodelle und der Notwendigkeit Sektor- und Kategorien übergreifender Seelsorgemodelle. Dies geschieht ohne Abwertung der gekannten hohen Professionalität hauptamtlicher Pastoraler Dienste. Vielmehr zeigt Michael Fischer, wie sehr diese künftig die Wegbereiter und notwendigen Akteure einer zukunftsfähigen Seelsorge im Gesundheitswesen sind. Es kommt Bewegung in das Thema Seelsorge im Gesundheitswesen – eine klare Leseempfehlung.

Bruno Schrage

LITERATUR

WEITERE EMPFEHLUNGEN

- Die Diakonie Hessen hat gemeinsam mit den beiden evangelischen Landeskirchen in Hessen eine ausgesprochen hilfreiche Broschüre herausgeben: (Für)Sorge am Lebensende. Der kostenlose Download lohnt sich. https://www.diakonie-hessen.de/karriere/aktuelles-detailseite/neue-broschuere-fuersorge-am-lebensende/

- Der Nationale Suizid Programm, ein Zusammenschluss zahlreicher Organisationen in Deutschland, die mit dem Thema Suizid befasst sind, hat sich bereits im September 2020 an Bundesgesundheitsminister Spahn gewandt und fordert anstelle des Assistierten Suizids eine bessere Suizidprophylaxe: https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-Assistierter-Suizid-Spahn.pdf

- Bioethik-online.at ist ein Portal, das einen guten Einblick in die in Österreich geführte Debatte um den Assistierten Suizid und andere ethische Themen aus katholischer Sicht bietet: http://www.bioethik-online.at/de/bibliothek/

- Auf ein Sterbenswort – wie eine alternde Gesellschaft mit dem Sterben umgeht. Eine Untersuchung der Körber-Stiftung und des Berlin-Instituts bietet wichtige Einsichten in die Veränderung der Gesellschaft in Deutschland: http://www.berlin-institut.org

- Die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner in Deutschland hat ihre Position zum Assistierten Suizid beschrieben: https://acm.smd.org/ethische-arbeit/ethische-arbeit/

- Eine Erklärung der Ärzte-Liga zum Assistierten Suizid: http://aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de/

- Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, EKD-Texte 97, 2008 www.ekd.de/ekd_texte_97_2.htm

- Der Gesprächskreis für Soziale Fragen des Bundes freier evangelischer Gemeinden hat eine Erklärung verfasst: https://feg.de/wp-content/uploads/2021/03/2021_03_FeG_GSF_Sebstbestimmtes_Sterben.pdf

- Orientierungshilfe zur „geschäftsmäßigen Förderung der "Selbsttötung" (Diakonie Baden und Württemberg) https://www.elk-wue.de/fileadmin/News/2020/Orientierungshilfe_der_Diakonie_Wuerttemberg_zum_assistierten_Suizid.pdf

WERTEGELEITETE UNTERNEHMENSFÜHRUNG

Wann ist ein christliches Unternehmen ein christliches Unternehmen? Die Vorstellungen darüber gehen weit auseinander, je nachdem, welche Erfahrungen und Interessen man hat. Die wissenschaftliche Beantwortung der Frage erfordert genaues Hinsehen. Und das lehren die Autoren des vorliegenden Bandes. Ihnen geht es um die Theorie-Praxis-Bindung in Unternehmen, wobei nicht nur diakonische Einrichtungen, sondern auch nichtdiakonische Unternehmen (von der Steuerberaterpraxis bis zu Volkswagen) in den Blick genommen werden. Die Frage nach wertegeleitetem Management wird Führungspersönlichkeiten dieser Unternehmen gestellt. Deren Antworten werden dann unter Fragestellungen ausgewertet, wie „Wo lassen sich in Ihrer Organisation Werte wahrnehmen? Welche sind das? Welche Wertekonflikte begegnen Ihnen dabei? Wie gestalten Sie auf der Basis dieser Werte Ihre Organisation? Welche Instrumente nutzen Sie dafür?“ Die Ergebnisse können an dieser Stelle nicht referiert werden, aber einige Stichpunkte seien herausgegriffen: Ein zentraler Wert ist das Vertrauen von Mitarbeitenden in ihr Unternehmen und umgekehrt, sowie das Vertrauen der Kunden. „Wertegeleitete Unternehmensführung heißt wertegeleitete Strategie, Struktur und Kulturwandel“. „Unsere Empfehlung ist simpel: Unternehmen sollten sich der normativen Grundlagen ihres Handelns bewusst sein: Es geht um den Dreiklang aus Haltung, Handlung und Wirkung. Wer es hingegen schafft, seine Haltung in die entsprechende Handlung zu überführen und damit eine sinnvolle Wirkung zu erzielen, den bezeichnen wir als purpose leader. In Zeiten des Fachkräftemangels werden diese Unternehmen sich durchsetzen. Wertegeleitete Unternehmensführung wird auch hier zum Schlüssel zum Erfolg zukunftsorientierter Unternehmen.“ Das Buch ist für jene zu empfehlen, die im Management und Aufsichtsbereich diakonische Unternehmen führen oder sich auf solche Führungsaufgaben vorbereiten.

Martin Büscher, Jens Rannenberg, Dierk Starnitzke, Wertegeleitete Unternehmensführung. Empirie und Theorie diakonischer und privatwirtschaftlicher Unternehmen. Baden-Baden, 2020 ISBN 9783848763436, 301 Seiten, 48 €, 71.90 Sfr

Frank Fornaçon

PERSÖNLICH für Sie

LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

ich möchte Sie in Gedanken hineinnehmen, die sich vor allem an die im Gesundheitswesen beruflich Tägigen richten, aber auch für alle interessant sein könnten.
Wenn man es recht bedenkt, geht es uns als Menschenwesen doch sehr gut: frei, etwas zu tun oder zu lassen und doch auch die Verantwortung zu tragen für sich und andere, was die Konsequenzen betrifft. Es ist bemerkenswert, dass wir in Freiheit und gleichzeitig in starker Wechselwirkung mit anderen Menschen leben und nur leben können. Es liegt wohl an der Gottesebenbildlichkeit: jeder ein Geschenk für den anderen. Ich frage mich, liegt es daran, dass Gott dreifaltig ist?
In meiner langjährigen, auch medizinischen Erfahrung habe ich immer gestaunt, wie verschieden die Menschen sind, was ja ein Reichtum ist, aber nicht selten auch Mühe macht. Jetzt in Corona-Zeiten, aber auch in Zeiten von Diskussionen über Selbsttötung und Hilfestellung dazu, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, scheint es mir besonders wichtig, dass jede/r überlegt, was für sie/ihn gut wäre. In der palliativmedizinischen Begleitung habe ich z.B. gesehen, dass der eine ganz viele Behandlungen (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, Blutgabe u.v.m.) wollte, ein anderer eher gar nichts dieser Art, sondern nahe Begleitung, Schmerzbehandlung und eher wenig Nahrung. Ich habe gemerkt, dass ich nicht sagen konnte, der eine macht es besser als der andere, sondern dass jeder „seinen Weg“ finden musste und damit dann zufrieden war.

Wir können uns gegenseitig bei schweren Entscheidungen helfen, indem wir nicht eine Meinung hochhalten, sondern uns bemühen, so gut zuzuhören, dass der andere besser versteht. Das heißt nicht, dass ich keine sachlichen oder fachlichen Argumente oder auch praktische Erfahrungen einbringen darf, aber nur als bedenkenswert, nicht als einzig richtig und vernünftig. D.h. gemeinsam sind wir stärker als allein! Dann ist da noch der wichtige Aspekt des Gottvertrauens! Es passiert nicht immer das Fürchterlichste, was möglich wäre. Sehr viele Menschen haben „Schutzengelerfahrungen“. Ich komme gerade zu dem Doktor oder der pflegenden Person, mit der ich mich verstehe, treffe gerade einen Mitpatienten, der mir hilft oder dem ich helfen kann usw. Und sollte es wirklich ans Sterben gehen, wird Gott mich wie immer nicht allein lassen, sondern durch „die Tür“ begleiten.
Ihre Dr. med. Monika Windsor

Dr. med. Monika Windsor
Anästhesistin, Palliativ Care, Frankfurt am Main

TAGUNGEN, SEMINARE & KONFERENZEN

TERMINE:

JUNI

06.06.2021, Chemnitz
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

11.-12.06.2021, ONLINE
CiG Online-Jahrestagung
www.cig-online.de

21.- 22.06.2021, Zürich
Sterben und Tod, Praktische, ethische und rechtliche Vorraussetzungen guten Sterbens in der Schweiz – Kurs für Ärztinen und Ärtzte
www.dialog-ethik.ch/

28.06.- 01.07.2021, Hünfelden
Berufen zum Helfen – leidend am Gesundheitswesen?
https://www.kloster-gnadenthal.de/

JULI

02.-04.07.2021, Selbitz
Wochenende für Kranke und Angehörige
www.cig-online.de

CiG Christen im Gesundheitswesen

Wochenende für Kranke und Angehörige 2021
02. – 04. Juli '21 Christusbruderschaft Selbitz
22. – 24. Okt. '21 Kloster Nütschau

www.cig-online.de

SEP.

12.09.2021, Hamburg
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

OKT.

22.-24.10.2021, Travenbrück
Wochenende für Kranke und Angehörige
www.cig-online.de

28.-31.10.2021, Stadtlauringen
Soaking, Stille im Sturm
www.craheim.de

29.-30.10.2021, Marburg
Fachtagung Empirische Forschung zu Glaube, Psychotherapie und Seelsorge
www.akademieps.de

29.-31.10.2021, Heiligenstadt
Hebammen-Workshop
www.cig-online.de

NOV.

05.-06.11.2021, NRW/Paderborn
Hybrid-Fachtagung „Pflege und Seelsorge“
www.pflegeundseelsorge.de

07.11.2021, Hamburg
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

12.-14.11.2021, Elbingerode/Online
CiG Starter Wochenende
www.cig-online.de

2022

16.-22.01.2022, ONLINE
8. Christlicher Gesundheitskongress
www.christlicher-gesundheitskongress.de

19.-24.04.2022, Hünfelden
Ökumenische Exerzitien
www.cig-online.de

ChrisCare abonnieren

ABONNEMENT BESTELLEN

Abo für 4x jährlich, € (D) 19,20 / € (A) 19,80 / SFr. 31.30, Einzelheft € (D) 5,80 / € (A) 6,00 / SFr. 10.30 (zzgl. Versandkosten). Die Ausgaben können jederzeit einzeln bestellt werden (solange der Vorrat reicht). Tragen Sie die entsprechende Ausgabennummer ein.

Alle Ausgaben finden Sie unter: www.chriscare.info

BESTELLUNGEN AN:

D + A: ChrisCare-Aboservice, Bergstraße 25, D-21521 Aumühle, Telefon: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39, info@cig-online.de, www.cig-online.de
CH: SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 10, Fax: (+41) (0) 43 288 80 11, abo@scm-bundes-verlag.ch, www.scm-bundes-verlag.ch

ChrisCare

[Kleinanzeigen]

Hausarzt werden? Lust auf neue Perspektiven, rheinländisches Lebensgefühl und die Metropolregion Düsseldorf? Gemeinschaftspraxis in 40764 Langenfeld sucht altersbedingt einen/eine Nachfolger/in für Sommer 2023. Ideal wäre ein/eine Internist/in mit hausärztlichem Schwerpunkt. Kollegin ist FA Allgemeinmedizin.
Tel. 0171 8251566 oder E-Mail: gschinke@web.de

Kleinanzeige ab 3 Zeilen möglich. Für Anbieter 19 € / Zeile; für Suchende 9,50 € / Zeile. Chiffregebühr: 5 €.
Alle Mediadaten unter: www.chriscare.info

Postweg: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare, Chiffre-Nr., Bergstr. 25, 21521 Aumühle
E-Mail: info@cig-online.de, Angabe der Chiffre-Nr. im Betreff

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: Günther Gundlach, Christen im Gesundheitswesen e.V., Aumühle, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, Tel.: (+49) (0) 4104 91 709 30, Fax: (+49) (0) 4104 91 709 39, 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: ChrisCare-Aboservice, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, 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: Unsplash: Titel, S.4, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 20, 22, 25, 27, 28, 33, S. 17: Dieter Sibold, Braunschweig, alle anderen Bilddaten: privat und hallo!rot
Illustrationen: hallo!rot (www.hallo-rot.de), Freepik: S. 7, 15, 16, 30, 33
Nachdruck: S. 12- 14: Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Hessischen Ärzteblattes.
Fachbeirat: Dr. theol. Peter Bartmann (Berlin), Gesundheitsökonom, Diakonie Bundesverband; Reinhild Bohlmann (Kassel), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V.; Prof. Dr. med. Andreas Broocks (Schwerin), Ärztl. 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 Diakoniewissenschaft 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-Diakoniewissenschaftlerin, Pastorin, Krankenschwester, Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband; Dr. med. Martin Grabe (Oberursel), Chefarzt Psychosomatik Klinik Hohe Mark, Vorsitzender 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; Pfarrer Ulrich Laepple (Berlin); 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), Pastor der Evangelisch Freikirchlichen Gemeinde Braunschweig, Friedenskirche; Dr. med. Claudia Schark (Kassel); Oberin Andrea Trenner (Berlin), Oberin Johanniter Schwesternschaft; Dr. phil. Michael Utsch (Berlin), Psychotherapeut, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen

Info

Christen im Gesundheitswesen

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 – inzwischen rund 10.000 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 Aumühle bei Hamburg wird die Arbeit koordiniert. Hauptamtliche, geringfügig Beschäftigte und rund 120 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.
Bergstraße 25, D-21521 Aumühle
Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39
E-Mail: info@cig-online.de, Internet: www.cig-online.de

DGD KLINIKEN

Klinik Hohe Mark

FACHLICH KOMPETENT
CHRISTLICH ENGAGIERT
HERZLICH ZUGEWANDT

„Gesundheit und Zukunft sind unsere Leidenschaft. Gemeinsam mit Ihnen, weil Sie einen Beruf haben, den Sie lieben!"

www.bewerben-bei-hohemark.de

Beste Arbeitgeber™ Deutschland Great Place To Work. 2021

Beste Arbeitgeber™ Gesundheit & Soziales Great Place To Work. Deutschland 2021

Beste Arbeitgeber™ Kliniken Great Place To Work. Deutschland 2021

Psychiatrie – Psychotherapie
Psychosomatik – Suchtmedizin

Oberursel (Taunus) – Frankfurt am Main

www.bewerben-bei-hohemark.de

DGD-Kliniken
Mehr als Medizin

BARMHERZIGE BRÜDER
Klinikum St. Elisabeth
Straubing

KLINIKUM ST. ELISABETH STRAUBING

2021 wieder unter den Top Kliniken

HOHE VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Kliniklisten bescheinigen dem Klinikum eine hohe Versorgungsqualität. Die Qualitätsmessungen Initiative Qualitätsmedizin, Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser sowie die Offenlegung der Qualitätsdaten sind die Basis.

PATIENTENSICHERHEIT

Als eines der 100 Top-Krankenhäuser steht die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten im Klinikum an erster Stelle. Effektive Sicherheitsmaßnahmen werden engagiert umgesetzt. Bestnoten gibt es auch für die hygienischen Standards.

EMPFEHLUNGEN

Überdurchschnittlich viele Empfehlungen zuweisender Fachärzte und überdurchschnittliche Leistung zeichnen das Klinikum aus. Die Experten befinden mit ihrem Fachwissen die medizinische Qualität der Behandlung in unserem Haus für sehr gut.

QUALITÄTSKRITERIEN

Bei den weiteren Faktoren der Klinikliste schneidet das Klinikum sehr gut ab: Fallzahlen, Behandlungserfolg bei Operationen, technische Ausstattung, Anzahl der betreuenden Ärzte sowie Qualifikation der Pfleger.

WORLD'S BEST

Als einziges Krankenhaus in Niederbayern unter den Top 100 steht das Klinikum wegen seiner erstklassigen Patientenversorgung auf der Weltbestenliste von Newsweek. Hohes Ansehen genießt unser Haus bei Patienten und in der Gesundheitsbranche.

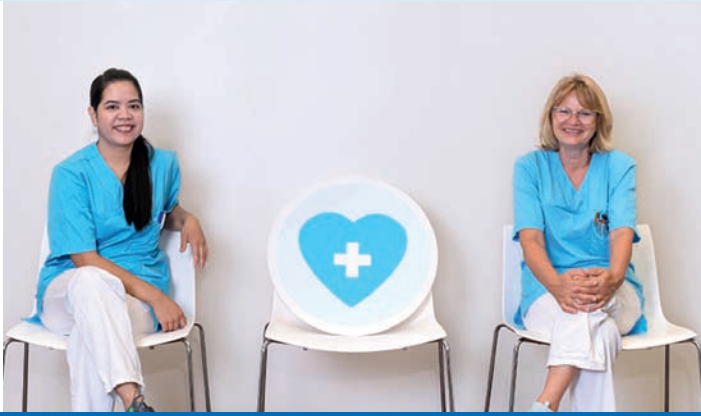
Gemeinsam für Menschen. Und Sie mittendrin.

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



www.klinikum-straubing.de

Klinikum St. Elisabeth Straubing
St.-Elisabeth-Straße 23 · 94315 Straubing · Tel.: 09421 710 - 0 · info@klinikum-straubing.de