

# Forum sozialdiakoni- sche Ethik



## Arbeitshilfe zum Thema

# Wie lange soll der Mensch leben?

## Lebensende, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Patientenwille

Geschäftsführer des Forums sozialdiakonische Ethik  
Pastor Ulrich Jahreiß, Pillenreuther Straße 66 A  
90459 Nürnberg, Tel+Fax: (0911) 4468204  
Email: ulrich.jahreiss@emk.de

## Wie lange soll der Mensch leben ?

Das "Forum für sozialdiakonische Ethik in der EmK" hatte für den 4. Oktober 2003 zu einem Seminartag mit dem Thema  
Wie lange soll der Mensch leben ?

eingeladen.

Nachfolgend finden sie die bei dieser Tagung bearbeiteten Themenbereiche und deren Umsetzung im Seminar- geschehen. Dieses Material wird ergänzt durch eine Erörterung der Zielgruppen, für die es geeignet ist, sowie Vorschläge zur Durchführung von Seminaren auf Gemeindeebene.

Das vorliegende Material kann benutzt werden:

1. Als persönliche Information;
2. Ausgewählte "Bausteine" können an geeigneter Stelle im Gemeindeleben eingebracht werden - in Predigten, Unterweisung, Seelsorge, in Haus- und Seniorenkreisen etc.;
3. Seminare, die zu diesem Thema veranstaltet werden, können mit Hilfe dieser Bausteine konzipiert und auf der Ebene einer Gemeinde oder einem regionalen Verbund von Bezirken durchgeführt werden.

Zusätzlich sind die Bildungswerke gerne bereit, geeignete Fachleute, die eingeladen werden können, zu benennen.

Wir als Mitglieder des Leitungskreises des "Ethikforums"- Dr. Lothar Elsner, Paul Gräsle, Hans-Albert Steeger und ich - freuen uns, wenn wir eine Rückmeldung von ihnen bekommen und auf diese Weise wahrnehmen können, ob und wie unsere Arbeit "angekommen" ist.

Für den Leitungskreis des Ethikforums                      Ulrich Jahreiß

## Die Hamburger Tagung

Siebzehn TeilnehmerInnen, vornehmlich aus dem nordwestlichen Raum Deutschlands folgten der Einladung und ließen sich von kompetenten Fachpersonen in das Thema einführen und arbeiteten an ausgewählten Schwerpunkten miteinander. Das Diakoniewerk Schwesternheim Bethanien in Hamburg sorgte für einen sehr freundlichen Rahmen, danke für die gastliche Aufnahme.

Als Fachpersonen arbeiteten mit:

Frau Dr. med. Jutta Wilk und Frau Brunhilde Merk, Chefärztinnen in der Geriatrie Bethanien Hamburg;

Herr Dr. jur. Udo Heissler, Vorsitzender Richter am OLG Stuttgart;

Frau Christa Schlecht, Leiterin der Hospizgruppe Ostfildern;  
Herr Pastor Winfried Bolay, ehemals Seelsorger an der Geriatrischen Klinik Heidelberg;

Herr Pastor Erwin Ziegenheim, ZK-Sekretär für die Seniorenarbeit in der Emk;

Herr Pastor Dr. theol. Lothar Elsner, Leiter des Bildungswerks der SJK in Stuttgart.

Diese Fachgruppe traf sich am 3. Oktober 2003 - also einen Tag vor dem Seminartag. Bei dieser interdisziplinären Planung wurden die Basisinformationen jeden Spezialgebietes diskutiert sowie Inhalte und Reihenfolge der Eingaben dieser Informationen festgelegt.

## Bausteine

1. Selbstbestimmung
  - 1.1 Grundlagen: juristisch - medizinisch
  - 1.2 Sterbehilfe: aktiv - passiv
  - 1.3 Ausdrucksformen der Selbstbestimmung
    - 1.3.1 Patientenverfügung / Patiententestament
    - 1.3.2 Betreuungsverfügung
    - 1.3.3 Vorsorgevollmacht
  - 1.4 Selbstbestimmung - Fremdbestimmung
2. Betreuung und Begleitung
  - 2.1 In diesem Bereich tätige Menschen
  - 2.2 Hospizarbeit
3. Los lassen
4. Einige statistische Daten

### 1. Selbstbestimmung

- 1.1 Als Grundlage **im juristischen Sinne** dienen im Grundgesetz die Artikel 1 (Die Würde des Menschen ist unantastbar) und Artikel 2 (Unversehrtheit der Person).

Für den **medizinischen Bereich** gelten folgende Grundsätze:

- \* Der/die PatientIn bestimmt die Behandlung, nicht der Arzt /die Ärztin; gerade dieser Aspekt muss viel mehr durch PatientInnen eingefordert werden - schon in "guten Zeiten".

- \* Selbstbestimmung ist zwar ein Grundrecht, aber diese Selbstbestimmung muss ausgedrückt werden, sonst wird die Lage kompliziert;
- \* Ärzte/Ärztinnen müssen gut zuhören können, was der/die PatientIn will;
- \* die ärztliche Beratung muss umfassend und verständlich sein, damit der Patient/die Patientin entscheiden kann;
- \* eine Behandlung ohne Beratung / Information des Patienten/der Patientin kann als vorsätzliche Körperverletzung geahndet werden;
- \* Probleme entstehen, wenn der Patient/die Patientin nicht (mehr) zur Artikulation seines/ihres Willens fähig ist.

## 1.2 Sterbehilfe

- \* aktive Sterbehilfe ist in Deutschland grundsätzlich verboten und strafbar;
- \* passive Sterbehilfe, z.B. medizinische Geräte nicht anschließen bzw. abschalten - der Arzt/die Ärztin muss den selbstbestimmten Willen des Patienten/der Patientin achten, bzw. zu erforschen suchen:
  - was ist der erklärte Wille des/der PatientIn ?
  - was ist der mutmassliche Wille des /der PatientIn ?
  - was würde der/die PatientIn sagen/sagen wollen ?

Die juristische Situation ist kompliziert: Abschalten eines medizinischen Gerätes durch alleinige Entscheidung des Arztes / der Ärztin ist eine ursächliche Handlung zur Herbeiführung des Todes - und das wäre direkte Sterbehilfe: Andererseits: ein/e Patient/in hat Anspruch auf Verzicht auf "Apparatemedizin",

wenn er/sie diesen Verzicht geltend macht bzw. geltend gemacht hat.

Eine weit verbreitete Form des indirekten bzw. mittelbaren Sterbehilfe ist die Verabreichung schmerzlindernder Medikamente - dies ist ärztliche Pflicht! - dies kann aber in vielen Fällen zu einem schnelleren Eintritt des Todes führen, hierbei liegt aber keine Tötungsabsicht vor!

Die Öffentlichkeit geht hier oft (vor-)schnell von Missbrauchshandlungen aus. Im Zweifelsfall muss der Staat eine Untersuchung einleiten, um Leben zu schützen.

Literatur: Der Artikel "Verantwortlich mit dem Leben umgehen" - zur Situation um die Sterbehilfe, von Heinrich-Bedford Strohm, in: Evangelische Theologie, 63. Jg., Heft 3, S. 224 - 232, bietet eine verständliche und umfassende Darstellung der juristischen und theologischen Sachlage, - kann unter [ethikforum@emk.de](mailto:ethikforum@emk.de) angefordert werden.

## 1.3 Ausdrucksformen der Selbstbestimmung

Ist der/die PatientIn im (Voll-)Besitz seiner geistigen Kräfte, so kann er/sie gegenüber dem Arzt/der Ärztin seinen/ihren Willen bezüglich Fortsetzung, Begrenzung oder Beendigung von lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen selbst äußern. Vielfach aber können PatientInnen bei schweren Erkrankungen - besonders gegen Lebensende - ihren Willen nicht mehr äußern. Für diesen kann / soll ein/e PatientIn im Sinne der Selbstbestimmung in der Form schriftlicher Willenserklärung in gesunden Tagen seinen/ihren Willen vorsorglich kund tun.

Drei Wege stehen hierfür zur Verfügung:

1.3.1 Mittels einer Patientenverfügung, auch Patiententestament kann eine Person ihre Wünsche in Bezug auf Behandlung, deren Begrenzung oder Abbruch im Stadium einer aussichtslosen Erkrankung, besonders in der letzten Lebensphase, äußern. Diese muss vom behandelnden Arzt/der Ärztin beachtet und respektiert werden (juristische Bedeutung); Schriftform - nicht zwingend handschriftlich - mit eigenhändiger Unterschrift, weitere Unterschrift mindestens eines Zeugen/einer Zeugin, der/die bestätigt, dass der/die Willenserklärer/in im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte ist.

Beide Unterschriften sollen in Abständen von ca. zwei Jahren erneuert werden. Eine notarielle Beurkundung ist nicht erforderlich. Die Aufbewahrung soll bei den persönlichen Unterlagen, bei Angehörigen oder Freunden erfolgen, eventuell beim Hausarzt.

Sinnvoll ist die Kombination einer Patientenverfügung und einer Betreuungsverfügung (Sinnlos ist eine Kombination von Betreuungsverfügung und einer Vorsorgevollmacht!).

Dieses "Patiententestament" darf nicht verwechselt werden mit einem herkömmlichen "Testament", das Bestimmungen für die Zeit nach dem Tod enthält.

1.3.2 Eine Betreuungsverfügung benennt eine Person des eigenen Vertrauens für den Fall, dass das Vormundschaftsgericht wegen Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit des Patienten/der Patientin einen Betreuer einsetzt.

Der VII. Zivilsenat des BGH hat im März 2003 beschlossen, dass - unter Bekräftigung der Rechtmäßigkeit von Behandlungswünschen in einer Patientenverfügung - im Falle einer Vertretung des Patientenwillens durch einen Betreuer, der eine ärztliche Nichtweiterbehandlung vertritt, dieser das Vormund-

schaftsgericht anzurufen hat. Dieses prüft vor allem, ob die Betreuerentscheidung dem Patientenwillen entspricht. Als Grundsatz hierbei gilt: Im Zweifel für das (Weiter-)Leben! Juristisch ist also eine vormundschaftliche Genehmigung erforderlich, wenn z.B. eine Behandlungsabbruch erfolgen soll. Das Vormundschaftsgericht kann die Betreuerperson offiziell bestellen bzw. bestätigen, dass diese im Interesse des PatientenInnenwillens handelt.

Schriftform etc., wie bei der Patientenverfügung, wobei der/die unterschreibende Zeuge/in nicht der/die Betreuer/in sein darf! Die Betreuungsverfügung soll so aufbewahrt werden, dass sie gegebenenfalls sofort dem Vormundschaftsgericht vorgelegt werden kann.

1.3.3 Mit einer Vorsorgevollmacht wird eine Person des Vertrauens bevollmächtigt, gegenüber dem Vormundschaftsgericht bei ärztlichen Maßnahmen (§ 1904 BGB) und bei Unterbringung (§ 1906 BGB) zu handeln - für den Fall, dass eine Person (Vollmachtgeber) zu eigener Handlung oder Entscheidung nicht (mehr) fähig ist. Rechtsgrundlage ist § 1896 BGB (Betreuung und deren Voraussetzungen). Das Vormundschaftsgericht muss vor schwer wiegenden medizinischen Maßnahmen um Genehmigung angerufen werden. Schriftform etc. und Zeugen (nicht der/die Betreuer/in!) wie bei der Patientenverfügung.

Diese drei Möglichkeiten erscheinen - jede für sich - kompliziert, doch ist der Abschluss solcher Vorsorgemaßnahmen dringend anzuraten, - Mustervorlagen sind z. B. erhältlich bei der Ärztekammer Berlin / Ethikkommission. Eine sehr umfangreiche "Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung", samt ethischen Erörterungen kann

unter [www.ekd.de/download/patientenverfuegung\\_formular.pdf](http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung_formular.pdf) eingesehen und heruntergeladen werden.

In allen Fällen ist das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen im Sinne der "passiven Sterbehilfe" maßgebend, - "aktive Sterbehilfe" ist in Deutschland in jedem Fall strafbar und verboten.

## 1.4 Selbstbestimmung - Fremdbestimmung

Als ChristInnen glauben wir, dass Gott das Leben gibt und auch wieder zurück nimmt (Psalm 90:3 "Der du die Menschen sterben lässt und sprichst: Kommt wieder, Menschenkinder").

Heißt "Selbstbestimmung" in der letzten Phase unseres Lebens nicht, in das Recht Gottes über uns einzugreifen und selbst über uns und unser Lebensende zu bestimmen ?

Der Gegenbegriff zu "Selbstbestimmung" in dieser Phase unseres Lebens ist "Fremdbestimmung". Der Medizin stehen heute in Diagnose, Behandlung und vor allem im Bereich der Geriatrie eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, die das Leben verlängern können, ohne unserem Leben lebenswertes und würdevolles Leben verleihen zu können. Auf solche - möglichen - Maßnahmen in guten Tagen vorausschauend zu verzichten (Patiententestament etc.) steht nicht im Widerspruch zu Gottes Verfügung über unser Leben, vielmehr erkennen wir Gottes "Rückruf" an und verzichten auf Maßnahmen, die unser Lebensende hinauszögern. Das heißt: Angesichts der immer mehr erweiterten medizinischen Möglichkeiten müssen und können wir uns persönlich verantwortlich entscheiden.

Hinsichtlich der sogenannten "Apparatemedizin" darf es nicht um eine vorschnelle Verdammung gehen, vielmehr sollen oder

auch können diagnostische und therapeutische Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Wohl aber geht es um die persönliche Abwägung: Was soll noch an und mit mir vorgenommen werden ? Kann ich mein Leben abschließen, weil ich mir gewiss bin, dass ich mit meinem Gott und mit meinen Mitmenschen und auch mit mir selbst im Frieden "lebe", was will ich gegebenenfalls noch "ordnen" ?

## 2. Betreuung und Begleitung

### 2.1 In diesem Bereich tätige Menschen

\* Hier sind zuerst ÄrztInnen und Pflegepersonen zu nennen, doch schränkt der Zwang zu finanziellem Sparen von Seiten der Versicherungsträger die Betreuung der PatientInnen auf die medizinisch notwendigen Maßnahmen ein. Menschliche Zuwendung ist im finanziellen Leistungsplan nicht (mehr) drin, die medizinische Behandlung und Betreuung ist (fast) nur noch organorientiert, eine ganzheitliche Betreuung ist nur noch selten möglich.

\* In Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen arbeiten in der Regel KrankenhauseelsorgerInnen, die mehr oder weniger regelmäßig PatientInnen besuchen. Manche Einrichtungen arbeiten zusätzlich mit geschulten, ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (z.B. "Grüne Damen"), die für die Erledigung kleinerer Aufträge und für die menschliche Begleitung zur Verfügung stehen.

\* Darüber hinaus ist ein regelmäßiger Besuchsdienst von Familienangehörigen und Freunden von PatientInnen sehr wünschenswert, um dem Empfinden von Einsamkeit und Verlas-

sen- sein auf Seiten des Patienten/der Patientin zu begegnen.

Auch und gerade bei nicht mehr ansprechbaren PatientInnen ist solche "Anwesenheit" außerordentlich wichtig: Es ist heute allgemein anerkannt, dass auch komatöse PatientInnen im Unterbewusstsein eine solche Anwesenheit, z. B. durch Berühren oder gesprochene/gesungene Kommunikation von früher bekannten Texten, durchaus wahrnehmen können.

## **2.2 Die Hospizarbeit**

hat sich als Aufgabe gestellt, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten, d.h. mit Mitteln der medizinischen Betreuung und einer menschlich zugewandten Grundhaltung. Zwei Wege haben sich in Deutschland inzwischen etabliert:

\* Hospizeinrichtungen, in denen Menschen stationär betreut werden. Neben kompetenter medizinischer Betreuung wird besonders menschliche Zuwendung den in der Sterbephase befindlichen Menschen zu Teil.

\* Mehr oder weniger gewinnt die ambulante Hospizarbeit an Bedeutung: So lange und so weit irgend möglich bleiben sterbende Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung und werden von Angehörigen und - häufig ehrenamtlichen - MitarbeiterInnen betreut. Sehr oft sind dies Frauen, oft schon im Ruhestand, die in ein- bis eineinhalbjährigen Kursen für die Arbeit geschult werden und dann Angehörige in der Begleitung unterstützen. Bei dieser Vorgehensweise ist die Mitarbeit der Hausärztin/ des Hausarztes unerlässlich.

In der Hospizarbeit wird die begleitende Arbeit der Angehörigen von PatientInnen sehr ernst genommen, besonders im ambulanten Bereich. Es geht um sensibles Wahrnehmen: Was will

der /die Sterbende? Reden? Schweigen? Welche körperlichen Bedürfnisse sind zu beachten? Wie kann Erleichterung verschafft werden? Wann ist - neben den regelmäßigen Hausbesuchen der HospizmitarbeiterInnen - Hilfe anzufordern?

Der Schmerz-/Palliativbehandlung kommt heute sehr große Bedeutung zu: Vielfache pharmazeutische Möglichkeiten stehen zur Verfügung. Jedoch muss deutlich zur Kenntnis genommen werden, dass z.B. bei der Behandlung von krebskranken Sterbenden höhere Dosen von Schmerzmitteln lebensverkürzend wirken können.

### 3. Loslassen lernen

Alte Menschen - besonders in der kommerziellen Werbung - erwecken den Eindruck von Aktivität und Wohlbefinden. Das darf nicht darüber hinweg täuschen, dass physische und psychische Kräfte im Alter nachlassen, dass altersbedingte Krankheiten auftreten, schließlich menschliches Leben vom Tod begrenzt wird.

Diese Veränderungsprozesse werden gewöhnlich als entscheidende Einschränkung von Autonomie und damit als Verlust persönlicher Lebensqualität erlebt, aber es gehört zur Würde unseres Menschseins, sich darauf einzustellen, d.h. diese Verluste einzuüben und die eigene Endlichkeit zu akzeptieren. Phasen des sich dagegen Aufbäumens und der Resignation, die von Angehörigen und auch Pflegepersonen oft als beschwerlich erlebt werden, werden durchlaufen. Vielen Menschen ist es geschenkt, mit Hilfe aufmerksamer und sensibler Begleitung das Abnehmen körperlicher und seelischer Kräfte anzunehmen und das Nahen des Todes zu akzeptieren.

Loslassen können ist ein Geschenk, für das wir in "guten Zeiten" unseres Lebens auch etwas tun können: Es gilt, mit meinem Leben etwas anzufangen, mir immer wieder etwas Gutes zu tun, andere Menschen an meinem Leben freigiebig Anteil haben zu lassen, so dass am Ende auch die Aussage stehen kann: Ich habe mein Leben gelebt!

Dazu gehört auch, nicht Geleistetes im Leben (an-) zu erkennen, Trauer über Ungelebtes zu empfinden, Versagen gegenüber unseren Mitmenschen einzugestehen und gegebenenfalls auch Vergebung zu erbitten.

Krankheit und Leiden können auch einen Sinn haben, dass wir uns fragen: Was trägt mein Leben im Letzten?

Krankes und leidendes Leben ist nicht unwertes Leben, weil wir nun nichts oder nur mehr wenig leisten können. Unsere Geburt und unser Sterben sind von der schenkenden Liebe und Barmherzigkeit Gottes umschlossen und deshalb kommt unserem ganzen Leben bis zu seinem Ende von Gott her Würde zu.

Für Menschen, die in einer Glaubensbeziehung mit Jesus Christus leben, stellt sich diese Aufgabe, seine Endlichkeit zu akzeptieren, in zwei Richtungen:  
Zum einen das "es ist dem Menschen bestimmt einmal zu sterben ..." (Hebräer 9, 27) für sich selbst anzunehmen;  
Zum andern: zur Begleitung von Menschen in dieser Abschiedsphase bereit zu sein.

Hier stellt sich kirchlich auch die Aufgabe in Predigt, Seelsorge und Unterweisung in sensibler Weise "Loslassen" zum Thema zu machen.

## 4 Einige statistische Daten

Durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland:

1800: für Frauen und Männer 28 Jahre  
1900: für Frauen und Männer 47 Jahre  
1950: für Frauen: 68 Jahre, für Männer: 66 Jahre  
1999: für Frauen: 81 Jahre, für Männer: 75 Jahre  
2050 (Prognose): für Frauen: 84, für Männer 78 Jahre

Mit einem bereits erreichten höheren Lebensalter steigt auch die weitere Lebenserwartung:

Heute 20 Jahre alte Männer haben statistisch noch 55 Jahre vor sich, - Frauen noch 51 Jahre;  
heute 40jährige Männer noch 36,6 Jahre, Frauen noch 42 Jahre;  
heute 60jährige Männer noch 19 Jahre, Frauen noch 23,5 Jahre;  
heute 65jährige Männer nach 15,5 Jahre, Frauen noch 29 Jahre.

Pflegebedürftige Personen in Deutschland:

1998: 1, 8 Millionen;  
2010 (Prognose): 2, 14 Millionen;  
2030 (Prognose): 2, 5 Millionen;  
2050 (Prognose): 4, 7 Millionen.

(Quellen: Statistisches Bundesamt; Facts and Figures, Z\_punkt GmbH, weitere Daten über Suchmaschine im internet).

## Wir haben bei der Hamburger Tagung folgende Vorgehensweise gewählt:

Wir haben ein Fallbeispiel (erhältlich im Internet [www.emk-bildungswerk.de](http://www.emk-bildungswerk.de) oder beim Bildungswerk Süd, Giebelstr. 16, 70499 Stuttgart, Tel: 0711/8600-691 Fax: -699 ) als roten Faden für unsere Arbeit benutzt, d.h. wir haben auf Referate verzichtet und folgten folgender Vorgehensweise:

1. Welche Fragen im Zusammenhang mit dem Thema beschäftigen mich besonders ? Sammeln - an einer Pinwand befestigen.
2. Vorstellen des Fallbeispiels (In unserem Fall: "Will Frau S. noch leben?"); Was berührt mich an dieser Geschichte ?
  - 2.1 Die Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin:  
Plenum: \* Welche Möglichkeiten bestehen ?  
\* Welche Grenzen bestehen  
- aus der Sicht der Behandelnden ?  
- aus der Sicht des Juristen/der Juristin ?  
- aus der Sicht der Seelsorgerin/ des Seelsorgers?  
Einzelarbeit: Was wäre mir in dieser Situation wichtig ?
  - 2.2 Wir betrachten die Rolle(n) der Bezugspersonen:
    - 2.2.1 Gruppenarbeit: - Wie kann ich "begleiten" ?  
- Was brauche ich dazu ?  
  
Plenum: Vorstellen der Hospizarbeit / ambulante Hilfen:  
MitarbeiterInnen, Familienangehörige,  
ÄrztInnen



2.2.2 Wir betrachten die Rollen der Behandelnden:  
ÄrztInnen, Pflegepersonal - was kann getan werden ?  
Entscheiden - Handeln - Begleiten

3 Welche ethischen Maßstäbe leiten uns?  
Erst Kleingruppen, dann Plenum:

Wie würden wir - im Fallbeispiel - entscheiden und  
unsere Entscheidung begründen ?

4 Welche notwendigen Konsequenzen sehen / ziehen wir?  
- im kirchlichen Bereich ?  
- im öffentlich - politischen Bereich ?  
- für uns / für mich persönlich ?

## **Wer kommt als Zielgruppe für dieses Thema in Frage ?**

1. An erster Stelle sicher die Gemeinde als Ganze. Gegenüber früheren Jahrzehnten oder gar Jahrhunderten steigt statistisch die Lebenserwartung stetig an, d.h. heute junge Menschen können oder müssen sich auf das Erreichen eines hohen Lebensalters einstellen. Das bedeutet: die ganze Gemeinde muss für dieses Thema sensibilisiert werden.

Das kann z.B. durch einen Artikel im Gemeindebrief erfolgen, der dazu ermuntert, sich "voraus schauend" auf diese Situation einzustellen bzw. sich darauf vorzubereiten - nicht nur in finanzieller Hinsicht.

2. Menschen, die von dieser Fragestellung direkt betroffen sind: Alte Menschen, Verwitwete, allein Lebende, aber auch Paare. Diese Altersgruppe ist am ehesten in bestehenden Seniorenkreisen anzutreffen.

Doch wäre es falsch, diese Thematik sich nur "für später" vorzunehmen. Eine sinnvolle Einübung ins Altwerden erfolgt sicherlich besser in mittleren Lebensjahren, - ja, auch für junge Menschen ist es gut, Lebensplanungen nicht nur für kurze, überschaubare Zeitabschnitte vorzunehmen.

3. Interessierte Menschen, die sich aktiv in diesem Bereich selbst betätigen wollen - etwa in der Hospizarbeit oder in der Begleitung älterer Menschen.

Hierbei ist es sehr empfehlenswert, sich über örtliche Einrichtungen bzw. Institutionen zu informieren, die hier bereits tätig oder im Aufbau begriffen sind.

## Vorschlag für einen Seminartag

1. Für die Planung und Durchführung eines Seminars ist ein engagiertes Team erforderlich, das
  - \* mögliche Fragen potentieller TagungsteilnehmerInnen überdenkt, oder auch direkt erhebt;
  - \* das vorliegende Material durcharbeitet, auswählt und durch weiter gehende Informationen ergänzt, sowie erforderliche Unterlagen, z.B. "Patientenverfügung" etc. beschafft;
  - \* Absprachen trifft, wer welche Basisinformationen eingibt, die Arbeit in Gruppen strukturiert und die Arbeitsergebnisse der jeweiligen Einheiten bündelt. .... und dann einlädt!

2. Das Thema kann an einem Seminartag, etwa an einem Samstag, mit einer Gesamtdauer von sechs bis sieben Stunden erarbeitet werden, oder auch auf vier Nachmittage oder Abende verteilt werden.

Eine grobe Einteilung kann dann so aussehen:

1. Sensibilisierende Einstimmung, z. B anhand einer Fotografie "eine alte Person mit Teddybär im Bett".
  - \* was spricht mich an ?
  - \* wo / wie fühle ich mich persönlich betroffen ?
  - \* welche Fragen in Bezug auf mein eigenes Leben und Sterben steigen in mir auf ?
2. In den zwei folgenden Einheiten werden aus den "Bausteinen" die ausgewählten Inhalte bearbeitet.
  - \* Sinnvoll ist in (fast) allen Fällen zuerst eine stille Zeit

zur individuellen Begegnung mit dem Themenbereich einzuräumen,

- \* dann in einer kleinen Gruppe von drei oder vier Personen Eindrücke auszutauschen, die dann
- \* in der Gesamtgruppe angesprochen, durch den Austausch angereichert und dann gebündelt werden.

Je nach Wünschen der Teilnehmenden können weitere Problembereiche eingebracht werden.

3. In der vierten Einheit wird erarbeitet:
  - \* Was sind meine persönlichen Schritte, die ich als wichtig erachte, und wie setze ich sie in persönliches Handeln um?
  - \* Was muss und will ich in Gang setzen, um mich auf mein Alt- und eventuell Gebrechlich-werden angemessen vorzubereiten.

Grundsätzlich gilt - nach den Erkenntnissen der Lernpsychologie: Die gemeinsame Erarbeitung im angeleiteten Gespräch hat einen weitaus höheren Lerneffekt als der Vortrag von Referaten mit anschließender Möglichkeit zu "Rückfragen".

### **Material aus dem eigenkirchlichen Bereich:**

- \* Soziale Grundsätze der EmK, Stuttgart 2002:
  - 2.13: Menschenwürdiges Sterben und Sterbebegleitung
  - 3:5: Rechte der älteren Menschenwürdiges
- \* Unterwegs mit Christus, ein Glaubensbuch der EmK. Stuttgart 1991:
  - Abschnitt 6.8: Gelebte Heiligung - Leben und Sterben
  - Abschnitt 7.3: Der letzte Feind, der überwunden wird