



EVANGELISCHE
KIRCHE
IM RHEINLAND

MENSCHEN PFLEGEN – MENSCHLICHKEIT BEWAHREN

IMPULSPAPIER

Inhalt	Seite
Zum Geleit	3
I. Theologische Reflexion	
1. Wahrnehmungen	5
2. Die demographische Entwicklung: Zahlen und Erfahrungen	7
3. Pflege gehört zur Menschlichkeit	9
4. Im anderen Menschen das Ebenbild Gottes sehen	11
5. Für Leib und Seele sorgen	12
6. Freiheit achten und fördern	15
7. Liebe und Ohnmacht angesichts des Todes	18
II. Praktische Anregungen	
1. Altersbilder	22
2. Gemeinde und Menschen mit Demenz	23
3. Gemeinde und nachbarschaftliche Hilfe	24
4. Gemeinde und organisierte Pflege	25
5. Sterbebegleitung	26
6. Gemeinde und Vorsorge	28

Zum Geleit

Gemeinde und Diakonie gehören zusammen. Diakonische Arbeit geschieht in Kirchengemeinden wie Diakonischen Werken und Einrichtungen gleichermaßen. Dennoch stellt sich in den Gemeinden und ihren Diakonieausschüssen oft die Frage, was sie denn tun könnten und wo sie gebraucht würden, da doch viele Aufgaben den Diakonischen Werken und Einrichtungen überantwortet worden sind. Aber können diese die ihnen zugewiesenen Aufgaben allein bewältigen?

Gerade im Bereich der Fürsorge für und Begleitung von älteren Menschen stellen sich neue, immer umfangreichere Aufgaben, die das diakonische Engagement der ganzen Kirche nötig machen und ihre Anwaltschaft für das Leben herausfordern.

Zu diesen Aufgaben gehört die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Pflege. Pflege und die Begleitung von älteren Menschen brauchen Ressourcen: Arbeitskraft, Finanzmittel und Zeit. Kirche und Diakonie erheben deutlich Einspruch, wo eine menschenwürdige Pflege nicht mehr gewährleistet ist, weil die Ressourcen zu knapp bemessen sind.

Gleichwohl ist Pflege eine Aufgabe, die alle angeht. Deshalb konzentriert sich dieses Impulspapier darauf, für den Bereich der Pflege und Begleitung Anregungen für Gemeinden, Diakonieausschüsse und Einzelne zu geben. Der Vergewisserung über theologische Grundgedanken folgt die Erkundung von praktischen Möglichkeiten des Engagements, des Kümmerns und der Zusammenarbeit – damit Nächstenliebe sicht- und spürbar werde.



Nikolaus Schneider
Präses der Evangelischen Kirche im Rheinland

Düsseldorf, im Oktober 2010

I. Theologische Reflexion

1. Wahrnehmungen

Der barmherzige Samariter, von dem Jesus im Gleichnis erzählt (Lk 10,25-37), *sieht* den Menschen, der halbtot am Wegesrand liegt und Hilfe braucht, und *tut*, was nötig ist: Er versorgt die Wunden. Er pflegt ihn. Er bringt ihn in eine Herberge, wo er weiterhin Pflege erfahren kann. Und nicht zuletzt: Er bezahlt die Aufwendungen und Dienste, die der Wirt übernimmt. In seiner Achtsamkeit wird der Samariter zum Vorbild einer Barmherzigkeit, die im anderen den Nächsten wahrnimmt und sich von seiner Not anrühren lässt.

Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter: ein Vorbild für achtsame Pflege.

Die Verhältnisse, in denen wir heute vor der Aufgabe der Pflege stehen, haben sich in vielerlei Hinsicht gewandelt. Gleichwohl lassen sich auch im heutigen Kontext Grundzüge der biblischen Erzählung wiedererkennen: Pflege ist eine Sache der persönlichen Zuwendung; Aufmerksamkeit, Mitgefühl und Barmherzigkeit sind gefragt. Pflege ist sodann auch eine Sache der bereit zu stellenden Räume und der professionellen Hilfe; was dient der Pflege und wo findet sie den angemessenen Ort? Und schließlich: Pflege kostet Geld.

Diese Fragen stellen sich gegenwärtig mit besonderer Dringlichkeit, weil der Bedarf an Pflege gegenüber früheren Verhältnissen gestiegen ist und aller Voraussicht nach weiter steigen wird. Immer mehr Menschen werden pflegebedürftig. Und die Zeiten der Pflege werden länger. Die Pflege, um die es in den folgenden Überlegungen in erster Linie gehen soll, ist nicht diejenige, die der Wiederherstellung der Gesundheit dient und die nach kürzerer oder längerer Zeit zur Entlassung aus der stationären Behandlung führt. Gegenstand der Sorge ist vor allem die Pflege, die den chronisch erkrankten und insbesondere den alten Menschen zukommt. Pflegen heißt hier, Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten zu begleiten, ihnen so zu helfen, dass es ihnen trotz abnehmender Kräfte, trotz unheilbarer Gebrechen „wohl ergeht“. Ebenso heißt es, Menschen auf dem Weg des Sterbens so zu begleiten, dass sie den

Pflegen heißt: chronisch erkrankten und alten Menschen so zu helfen, dass es ihnen „wohl ergeht“.

letzen Lebensabschnitt in Würde erleben und in den Grenzen ihrer Möglichkeiten gestalten können.

Die Fragestellung:
Was können Christinnen und Christen, Kirche und Diakonie zur Menschlichkeit in der Pflege beitragen?

Aber können wir das leisten? Reichen die finanziellen Mittel? Haben wir die personellen Kräfte? Wer kann und will die erforderliche Pflege übernehmen? Diese Fragen stellen sich für die Gesellschaft insgesamt. Und sie stellen sich für die Kirche, die sich dem Gebot der Nächstenliebe und dem Ethos der Barmherzigkeit verpflichtet weiß, noch einmal in besonderer Weise. Zum einen bedarf es des politischen Handelns, um verlässliche und sozial gerechte Ordnungen der Daseinsvorsorge zu schaffen und weiter zu entwickeln. Am Beispiel der Pflegeversicherung lässt sich zeigen, was in dieser Hinsicht schon erreicht worden ist und welche Probleme noch zu weiteren Anstrengungen herausfordern. Soll die Pflegeversicherung allen Bürgerinnen und Bürgern garantieren, dass für sie im Fall der Pflegebedürftigkeit gesorgt wird, so ist doch auch deutlich, dass dieser Anspruch nur eingelöst werden kann, wenn sich Menschen bereit finden, den Dienst der Pflege zu übernehmen. Es geht nicht nur um finanzielle Mittel – und die für die Pflege aufzubringen, ist schon schwierig genug. Es geht *zum anderen* auch um den je persönlichen Einsatz. Nur wenn einzelne sich so wie der Samariter im Gleichnis anrühren lassen, um dann empathisch Hilfe zu leisten, ist die Menschlichkeit der Pflege zu wahren. Gerade unter diesem Gesichtspunkt sind Kirche und Diakonie nach ihrem Beitrag zu fragen. Welche Bedeutung kommt der aus christlicher Sicht gebotenen Nächstenliebe in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen zu? Was kann und was sollte Kirche und Diakonie leisten – im Spannungsfeld zwischen den Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege und dem Gebot der Nächstenliebe?

Wir befinden uns somit in einer Situation, die durch mehrfache Spannungen gekennzeichnet ist: zwischen dem wachsenden Bedarf an Pflege und den begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen, zwischen dem diakonischen Auftrag jeder und jedes

Einzelnen und der Kirchengemeinden und der verbreiteten Einstellung, dass jede und jeder für sich selbst sorgen muss, und nicht zuletzt geht es auch um die Spannung zwischen Vertrauen und Angst angesichts einer Zukunft, die wir trotz aller Vorsorge nicht sichern können. Diese Situation deutlicher wahrzunehmen und aus der Sicht des christlichen Glaubens nach Antworten und Möglichkeiten der Praxis zu suchen, ist das Anliegen des hier vorgelegten Impulspapiers.

2. Die demographische Entwicklung: Zahlen und Erfahrungen

Deutschland altert. Der Wandel hat eingesetzt. Er ist Teil der Alltagserfahrung: die Freundin, die nicht mehr zum Kegeln kommt, weil sie zuhause ihre Mutter pflegt; alt gewordene Eltern, die in den eigenen vier Wänden bleiben wollen und für die man ein soziales Netz schafft, zu dem auch der ambulante Pflegedienst der Diakoniestation gehört; die Schwierigkeit, plötzlich und in wenigen Tagen weit reichende Entscheidungen für pflegebedürftige Angehörige zu treffen; im Bekanntenkreis diskutierte Fragen nach der Würde des Lebens und seiner Qualität, wenn man erst einmal dauernde Pflege braucht.

Heute ist rund ein Viertel der 82 Millionen Einwohner älter als 60 Jahre, 2030 wird es den Bevölkerungsvorausschätzungen zufolge ein gutes Drittel sein (36 Prozent) – bei prognostizierten 78 Millionen Einwohnern. Zur demographischen Entwicklung tritt die für den Einzelnen wünschenswerte und gute kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung. Die kontinuierliche Verbesserung der Lebensverhältnisse, die stabile Versorgungslage mit Nahrungsmitteln, der technische und insbesondere medizintechnische Fortschritt und die hygienischen Bedingungen haben zu einer deutlichen Steigerung der Lebenserwartung in Deutschland geführt. Eine 65-jährige Frau kann heute damit rechnen noch weitere 20 Jahre zu leben, ein gleichaltriger Mann hat statistisch noch 17 Jahre vor sich. Allerdings steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, jenseits des 60. Lebensjahres kontinuierlich an: Ist es vorher statistisch kaum wahrnehmbar, so betrifft es bis zum

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt. Doch nach dem 60. Lebensjahr steigt auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit kontinuierlich an.

80. Geburtstag eine(n) von 20 Seniorinnen oder Senioren (5 Prozent), danach ist es fast ein Drittel, das pflegebedürftig wird (29 Prozent).

Heute braucht eine(r) von 40 Bundesbürgerinnen und -bürgern dauernde Pflege. 2030 wird es eine(r) von 26 sein.

Die aktuellen vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Zahlen können andeuten, wie viele Menschen gegenwärtig und in Zukunft mit dem Thema Pflege als Betroffene oder auch als Angehörige zu tun haben. Schon heute beziehen 2,2 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung, doppelt so viele wie das Saarland Einwohnerinnen und Einwohner hat. 2030 wird es eine Million mehr sein, einer von 26 Bundesbürgerinnen und -bürgern wird dann dauernde Pflege brauchen, heute ist es einer von 40. Hinter jeder Zahl steht ein Mensch mit seinem je besonderen Lebensweg, mehr oder weniger eng verbunden mit anderen Menschen.

In der sozialen Pflegeversicherung erhalten heute etwa 55 Prozent der Bezugsberechtigten Leistungen der Pflegestufe 1, auf Pflegestufe 2 entfallen 33 Prozent der Leistungen, etwa 12 Prozent der Empfängerinnen und Empfänger sind auf Stufe 3 eingestuft. Drei von 100 schwerstpflegebedürftigen Menschen sind als Härtefall eingestuft. Besonders dramatisch ist die Entwicklung bei den Demenzerkrankungen: Sie wird von 1,1 Millionen Fällen jetzt um mehr als 50 Prozent auf 1,7 Millionen in 2030 steigen.

Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden heute ambulant gepflegt, ein Drittel stationär. Die Statistik belegt auch: Je höher die Pflegebedürftigkeit, desto näher rückt die Pflege in einer stationären Einrichtung. Etwa drei von vier Leistungsempfängerinnen und -empfängern der Stufe 1 werden zu Hause gepflegt, auf Pflegestufe 2 sind es nur noch knapp zwei Drittel. In der Pflegestufe 3 halten ambulante und stationäre Pflege sich die Waage.

Auch andere statistische Kurven steigen: Die Zahl ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen stieg von knapp 19.700 im Jahr 1999 auf rd. 22.600 Ende 2007. Entsprechend nahm die Anzahl der in allen Pflegeeinrichtungen Beschäftigten in diesem Zeitraum alle zwei Jahre um 7 Prozent zu. 2007 waren es 810.000 Kräfte, die beruflich in der Pflege arbeiteten. Dazu kamen dann noch diejenigen, die zu Hause ihre An- oder Zugehörigen pflegen: Über 430.000 Personen, zumeist Frauen, werden von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Das ist so, als wenn alle Einwohnerinnen und Einwohner von Düsseldorf, Essen, Wetzlar und St. Wendel zusammen für die Pflege tätig wären. Die Bereitschaft zur Pflege sinkt nicht. Allerdings sind die Rahmenbedingungen für die, die familiär pflegen, schwierig. Zudem wächst die Zahl derer, die keine Angehörigen haben, die sie pflegen könnten.

Damit stellen sich Fragen: Wer will und kann in Zukunft pflegen, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, die Zahl der potenziell Pflegenden aber demographisch abnimmt? Wie finanziert die Gesellschaft Pflege? Nicht nur die Renten- und Krankenkassen und das Gesundheitssystem werden finanziell vom demographischen Wandel betroffen sein, die Finanzierungsfrage wird sich in den nächsten Jahrzehnten auch in der Pflegeversicherung massiv stellen. Von 1997 bis 2009 sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung von 14,3 auf 19,3 Milliarden Euro gestiegen. Vor allem aber: Mit welchem Verständnis will sich die Gesellschaft den Pflegebedürftigen zuwenden?

3. *Pflege gehört zur Menschlichkeit*

Der Auftrag zur Pflege umfasst in einem umfassenden Sinn alles, was Menschen einander Gutes tun können und sollen, um an Leib und Seele zu gedeihen. Es kann Menschen nur gut gehen, wenn andere ihr Wohlergehen im Auge haben, wenn sie rücksichtsvoll, pfleglich miteinander umgehen und wenn sie füreinander sorgen, insbesondere in den Belangen, in Pflege brauchen alle – nicht nur dann,

Heute arbeiten so viele Menschen in der Pflege wie die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner der Städte Düsseldorf, Essen, Wetzlar und St. Wendel zusammen.

Wer will und kann in Zukunft pflegen, und wie wird die Gesellschaft Pflege finanzieren?

Pflege gehört zum Leben. Sie kann als Gradmesser der Humanität einer Gesellschaft angesehen werden.

wenn sie im engeren Sinn pflegebedürftig werden. Pflege gehört zum Leben. Und sie kommt allen zugute: nicht nur denen, die gepflegt werden, sondern auch denen, die andere pflegen, letztlich allen Mitgliedern der Gesellschaft. Alle wollen sich darauf verlassen können, dass ihnen gewährt wird, was sie in ihrer jeweiligen Bedürftigkeit brauchen. So kann die Pflege als Gradmesser der Humanität einer Gesellschaft angesehen werden.

Die Zuwendung zu den Schwachen entspricht der Menschenfreundlichkeit Gottes, wie sie in Jesus Christus offenbar wird.

Diese Hochschätzung der Pflege ist begründet im biblischen Zeugnis. Die Gemeinschaft wird hier verstanden als Gemeinschaft von Menschen mit je verschiedenen Stärken und Schwächen, die einander gerade in ihrer Verschiedenheit brauchen und so aufeinander angewiesen sind. Dabei weiß die Bibel um die Schwäche der Starken ebenso wie um die Stärke der Schwachen. Starke werden schwach, und Schwache gewinnen eine eigentümliche Kraft (Jes 40,29-31; 2 Kor 12,9f). Diese Erfahrung muss mitbedacht werden, wenn in der Bibel Bedürftige in besonderer Weise hervorgehoben werden: Ihnen gilt die Verheißung des Reiches Gottes (vgl. die Seligpreisungen Mt 5,1-10; Jak 2,5). Sie sind die Schwestern und Brüder Jesu Christi, mit denen er sich in besonderer Weise identifiziert. Das Urteil des Menschensohns im kommenden Gericht entscheidet sich daran, was Menschen seinen geringsten Brüdern und Schwestern getan haben oder schuldig geblieben sind (Mt 25,31-46). In dieser gebotenen Zuwendung zu den Schwachen entspricht das menschliche Handeln der Menschenfreundlichkeit Gottes, wie sie in Jesus Christus offenbar wird. In der Nachfolge Jesu weiß sich die christliche Gemeinde in besonderer Weise denen verpflichtet, die verloren sind, die allein gelassen werden (vgl. Joh 5,7: „Ich habe keinen Menschen“). Sie orientiert sich nicht an dem, was Menschen haben und leisten können, sie übt vielmehr Barmherzigkeit ohne Ansehen der Person, d. h. ohne ihr Verhalten abhängig zu machen von einem bestimmten gesellschaftlichen bzw. materiellen Status (vgl. Jak 2,1-13, Lk 10,25-37).

4. *Im anderen Menschen das Ebenbild Gottes sehen*

Indem die Nächstenliebe ohne Ansehen der Person geschieht, sieht sie doch tiefer: Sie sieht im anderen Menschen das Ebenbild Gottes.

Gottes Liebe gilt allen Menschen gleichermaßen, denn Gott hat jeden Menschen zur Gemeinschaft mit sich bestimmt und geschaffen. Darin gründet die besondere Würde des Menschen, die als Gottebenbildlichkeit bezeichnet wird. *Gottes Ebenbild* und damit von Gott angeredete *Person* ist der Mensch dadurch, dass Gott ihn mit der besonderen irdischen Bestimmung und ewigen Verheißung auszeichnet, sein Leben vor Gott zu verantworten und Gemeinschaft mit Gott zu haben. Diese Würde gründet *nicht in empirisch feststellbaren Qualitäten*. Kein Mensch wird dieser Bestimmung im irdischen Leben voll gerecht. Letztlich wird die Gottebenbildlichkeit erst im Reich Gottes, im ewigen Sein bei Gott vollendet. Diese zukünftige Würde ist jedoch dem irdischen Leben von Gott her bereits unverlierbar *zugesprochen*. *Person* ist der Mensch allein durch das, was Gott an ihm und für ihn tut. Die Menschenwürde ist demnach eine transzendente Größe, die von Gott her dem leib-seelischen Organismus („Lebensträger“) zugleich mit dem Gegebensein von Leben, also dem gesamten menschlichen Leben unverlierbar vom Beginn bis zum Tod zukommt. Sie kann daher nicht in Verlust geraten, wie versehrt auch immer Körper, Seele und Geist durch Krankheit, Behinderung und Altersgebrechen sein mögen. Es gibt also kein Leben mit mehr oder weniger Würde oder Lebenswert, kein bloß biologisch menschliches Leben.

Im Unterschied zur *Person* können wir das, wozu der Mensch durch andere Menschen (Erziehung) und sich selbst wird, als *Persönlichkeit* bezeichnen. Sie ist in der Tat eine empirische Größe, die durch Krankheit verändert werden kann. Außerdem treten im Verlauf des Lebens unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale in den Vordergrund. Von dem Fehlen von gesellschaftlich erwünschten Persönlichkeitsmerkmalen, die u. U. in einer bestimmten Lebensphase prägend für Wahrnehmung von einer Person waren, darf aber nicht auf den Verlust

Gottes Ebenbild und damit von Gott angeredete Person ist der Mensch allein durch das, was Gott an ihm und für ihn tut. Diese besondere Würde kann der Mensch nicht verlieren.

Merkmale der Persönlichkeit ändern sich im Verlauf des Lebens. Nach dem christlichen Verständnis haben wir in und hinter der konkret wahrgenommenen

Persönlichkeit die von Gott geliebte Person zu sehen und zu achten.

des Personseins zurückgeschlossen werden. Identifiziert man die Person mit den wahrgenommenen Persönlichkeitsmerkmalen, so wird zugleich das Leben mit der Krankheit bzw. der Behinderung gleichgesetzt, der Mensch wird dann durch sie definiert, er ist Behinderter, Pflegefall usw. Solche Identifikationen ziehen vielfach negative Werturteile nach sich: Ein Leben, das durch Behinderung und Pflegebedürftigkeit definiert wird, gilt dann als ein würdeloses, bloß vegetatives oder gar als ein nicht lebenswertes Leben. Nach dem christlichen Verständnis aber haben wir über die konkret wahrgenommene Persönlichkeit hinauszuschauen und in und hinter ihr die von Gott geliebte Person zu sehen und sie entsprechend ihrer unverlierbaren Würde zu achten und zu behandeln.

5. Für Leib und Seele sorgen

Was dem Leib gut tut, lässt auch die Seele leben.

Ebenbild Gottes ist der Mensch in der Einheit von Leib, Seele und Geist. Es geht also nicht um eine rein geistige Qualität, die unabhängig von seiner Leiblichkeit bestehen könnte. Was dem Leib gut tut, lässt auch die Seele leben. Und was dem Leib vorenthalten oder an Leid zugefügt wird, trifft den Menschen auch im Inneren der Seele. Kurz: Der Mensch *hat* nicht nur einen Leib, sondern er *ist* Leib. Für die Pflege folgt daraus zweierlei:

Die Sorge für das leibliche Wohl darf in keiner Phase des Lebens vernachlässigt werden.

Zum einen: Die Sorge für das leibliche Wohl darf nicht vernachlässigt werden. Sie ist auch dann zu gewähren, wenn Heilung im medizinischen Sinne nicht mehr möglich ist, wenn also die ärztliche Kunst am Ende ihrer Möglichkeiten ist. Und sie gilt insbesondere auch denjenigen, die nur noch bedingt oder gar nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben selbstbestimmt zu führen und ihre Interessen selbstständig geltend zu machen.

Zu erinnern ist hier an das umfassende Verständnis von Heil in der christlichen Tradition: Die christliche Kirche orientierte sich in ihrem Umgang mit kranken, alten, behinderten Menschen an der Liebe Gottes, wie sie in Jesus Christus verkündigt und gelebt wurde. Als die Christinnen und Christen im Laufe des 4. Jahrhunderts zunehmend sozialen Einfluss gewannen, wurde den Bischöfen die Verpflichtung auferlegt, an ihren Bischofsitzen Hospize zu gründen. In den Hospizen wurden erstmals in der Antike diejenigen untergebracht, ärztlich und pflegerisch betreut und seelsorglich begleitet, die sonst zum großen Teil vor die Tore der Städte verbannt wurden. Mit dieser Praxis widersprach die Kirche einem Menschenbild, das sich in einseitiger Weise am geistig hoch stehenden Menschen (repräsentiert im Philosophen) und am jugendlichen, starken und schönen Menschen (repräsentiert im Athleten) orientierte und deshalb das unheilbar erkrankte und behinderte Menschen aus dem öffentlichen Leben aussonderte oder gar vernichtete. Die Sorge um das irdische Wohlergehen und die Sorge um das ewige Heil gehörten in diesen Hospizen untrennbar zusammen. Beides zusammen war ein entscheidender Faktor in der Ausbreitung des christlichen Glaubens. Viele christliche Orden sahen in der Pflege kranker, behinderter und alter Menschen ihre Aufgabe und sorgten deshalb für die Einrichtung von Hospizen und Spitälern.

Zum anderen: In der Sorge für den Leib, indem einem Menschen gegeben wird, „was dem Leibe not ist“ (Jak 2,16), ist immer die in diesem Leib lebendige Seele, die Subjektivität zu achten. Einen Menschen pflegend, achtsam zu begleiten, heißt ja, ihn so behandeln, wie es ihm selbst entspricht und zugute kommt. Fürsorge setzt insofern den Respekt vor dem pflegebedürftigen Menschen als einem Subjekt voraus, das durch noch so wohlmeinende Behandlung niemals zum bloßen Objekt herabgewürdigt oder instrumentalisiert werden darf.

Mit der Gründung von Hospizen zeigte die christliche Kirche schon im 4. Jahrhundert, dass die Sorge um das irdische Wohlergehen und die Sorge um das ewige Heil untrennbar zusammen gehören.

Einen Menschen pflegend, achtsam zu begleiten, heißt, ihn so behandeln, wie es ihm selbst entspricht und zugute kommt.

Begegnung und Kommunikation, Einfühlung in die Lebenssituation und der Aufbau Vertrauen stiftender Beziehungen fördern die Wahrnehmung des pflegebedürftigen Menschen als Person, als Subjekt.

Fürsorge unterstützt Menschen darin, ihre Interessen und Rechte geltend zu machen.

Die Fürsorge gründet in der Achtung der unverlierbaren Gottebenbildlichkeit, fragt daher immer danach, was dem *Wohlergehen* eines hilfsbedürftigen Menschen wirklich dient. Das schließt ein, dass zur Hilfe berufene Menschen nie über den anderen hinweg darüber entscheiden, was seinem Wohlergehen dient, sondern immer in der Wahrnehmung des anderen als *Person*, als *Subjekt*. Dies ist nur möglich in vielfältigen Formen der Begegnung und Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen, durch Einfühlung in seine Lebenssituation und den Aufbau *Vertrauen* stiftender Beziehungen. Wer aus solchen Beziehungen heraus hilfsbedürftige Menschen darin unterstützt, *ihre* Interessen und Rechte geltend zu machen und dazu u. U. *stellvertretend* Entscheidungen fällt, der entwürdigt einen hilfsbedürftigen Menschen nicht. Wer hilfsbedürftige Menschen so unterstützt, behandelt sie vielmehr als Subjekt und Person, übernimmt Verantwortung und nimmt eine Anwaltenschaft für ihr Leben wahr. Die Achtung der Person und der Würde schwer kranker und hilfsbedürftiger Menschen beginnt und endet nicht erst mit der Achtung ihrer autonomen Fähigkeiten, sie wird zutiefst in der Achtung der ganzen *Leiblichkeit* und der Lebensgeschichte des Menschen konkret, unabhängig davon, ob der kranke Mensch dies bewusst wahrnehmen kann.

Als „Kümmerin“ kann Gemeinde zum Wohlergehen von Menschen beitragen.

Die Sorge für Leib und Seele auch über die ärztlichen Möglichkeiten in medizinischer wie in finanzieller Hinsicht hinaus gehört zu den Möglichkeiten kirchengemeindlicher Infrastruktur. Hier kann Gemeinde aus ihrem Selbstverständnis und der Tradition heraus als „Kümmerin“ zum Wohlergehen von Menschen erheblich beitragen.

Den Pflegenden ist mehr öffentliche (und finanzielle) Wertschätzung entgegenzubringen.

Nötig ist es darüber hinaus, der Pflege mehr Wertschätzung entgegenzubringen. Die Pflegenden vor allem von Menschen mit demenziellen Erkrankungen bekommen von der Gesellschaft zu wenig Solidarität und Unterstützung. Für diejenigen, die den schweren Dienst an schwerstpflegebedürftigen Menschen tun (als Angehörige, Pflegekräfte, Ärztinnen, Ärzte, Zivildienstleistende, Betreuungspersonen), ist es aber

wesentlich, dass in der Gesellschaft Klarheit darüber besteht, worin die Würde und der Lebenswert der von ihnen behandelten und betreuten Menschen besteht. Ihre Tätigkeit muss außerdem eine ihrer Schwere entsprechende öffentliche (und finanzielle) Wertschätzung erfahren. Ohne Wertschätzung der Pflegenden wird die Menschenwürde der von ihnen in oder außerhalb von Institutionen betreuten Menschen immer mehr bedroht werden.

6. Freiheit achten und fördern

Recht verstanden ist die Ethik der Fürsorge auch eine Ethik der Freiheit. Die beiden Begriffe dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Theologisch-ethisch bedingen Freiheit und Fürsorge einander; in ihrer fundamentalen Zusammengehörigkeit bilden sie die zentralen Bezugspunkte für eine Ethik der Pflege. Wir können hier anknüpfen an Einsichten der reformatorischen Theologie: Die Freiheit eines Christenmenschen gründet in der Erfahrung, dass ein Anderer, nämlich Jesus Christus, sich *für uns* eingesetzt hat; und sie bewährt sich darin, dass Menschen im Dienst der Nächstenliebe *für andere* tätig werden. Ohne die Erfahrung der Annahme und des Angesprochenwerdens gibt es keine Freiheit im Sinne christlicher Freiheit.

Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich auch lebensgeschichtliche Zusammenhänge wahrnehmen und verdeutlichen. Fürsorge geht der Entwicklung zur Selbstständigkeit voraus. Freiheit gründet in Beziehungen, in denen sich ein Mensch geborgen und um seiner selbst willen bejaht erfahren darf. Umgekehrt gründen gesunde Beziehungen in der Anerkennung und Gewährung von Freiheit. Es widerspricht der Liebe, wenn Menschen einander abhängig halten oder sich voneinander abhängig machen. Vielmehr geht es darum, einen anderen um seiner selbst willen, eine andere um ihrer selbst willen zu lieben und einander die Freiheit zur Entfaltung des je Eigenen einzuräumen. Eben das gilt auch dort, wo Menschen – insbesondere am Anfang und am Ende ihres Lebens – in der Befriedigung

Christliche Freiheit gründet in der Erfahrung der Annahme und des Angesprochenwerdens.

Als Ethik der Freiheit gewährt die Ethik der Fürsorge die Freiheit zur Entfaltung des je Eigenen.

ihrer körperlichen Grundbedürfnisse (Ernährung, Kleidung und Körperpflege) auf Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen sind. Was es bedeutet, in der Pflege die Freiheit zu achten und zu fördern, lässt sich unter drei Gesichtspunkten konkretisieren:

Pflegebedürftige Menschen sind in ihrer Individualität mit ihren je individuellen Bedürfnissen anzuerkennen.

Zum einen: Pflegebedürftige Menschen sind individuell verschieden und wollen in ihrer jeweiligen Individualität verstanden und geachtet werden. Zum *Pflegefall* erklärt und in Pflegestufen eingeordnet zu werden, darf nicht dazu führen, dass die medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sich allein nach Fallgruppen richten. In gleichartigen Situationen wollen Menschen durchaus Verschiedenes. Maßgebend sind die je individuellen Bedürfnisse, das je individuelle Wollen, so wie es sich in einer besonderen Lebensgeschichte und unter je besonderen Lebensumständen ausprägt und artikuliert.

Menschen, die in diesen Jahren alt und pflegebedürftig werden, haben oft eine lange vergessene oder verdrängte Geschichte aus den Jahren des 2. Weltkriegs, die sie als Flakhelfer und Soldaten, als Kinder auf der Flucht, als Zivilistinnen in ausgebombten Städten oder als Opfer von Vergewaltigungen erlebt und erlitten haben. Diese Erlebnisse und Traumata tauchen nicht selten im Alter wieder auf und können dazu führen, dass Betreuende widersprüchliche und verwirrende Verhaltensweisen zu deuten haben.

In der Pflege muss der Kommunikation, dem Gespräch und der Seelsorge Raum gegeben werden. In dieser Hinsicht können Ehrenamtliche Wesentliches zur Pflege beitragen.

Sich auf einen Menschen als Individuum einzustellen, ihn kennenzulernen, braucht Zeit, insbesondere dann, wenn das Kennenlernen in einer Lebensphase erfolgt, in der ein Mensch sich nur noch schwer, wenn überhaupt artikulieren kann. Die erforderliche Zeit aber wird zum knappen Gut, wenn Pflegedienste unter Kostendruck erbracht werden. Soll Pflege nicht auf berechenbare und abrechenbare Leistungen reduziert werden, soll sie dem ganzen Menschen gerecht werden, ist es unabdingbar, dass der Kommunikation, dem Gespräch und der Seelsorge Raum gegeben wird. Gerade in dieser Hinsicht können Ehrenamtliche Wesentliches zur Pflege beitragen.

Zum anderen: Die Freiheit ist nicht auf die Fähigkeit der selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung zu reduzieren. Auch einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten haben einen aktuellen Willen, den es zu erkunden und zu respektieren gilt. Der Lebenswille des Menschen ist tief in seiner Seele im Unterbewusstsein verankert, und er äußert sich auch leiblich. Zu denken ist hier an die elementaren Vollzüge der Atmung, des Herzschlags und der Nahrungsaufnahme. Auch solche Willensäußerungen sind zu beachten, auch wenn ihre Deutung und Gewichtung im Einzelnen Schwierigkeiten bereitet. Dabei ist durchaus mit der Möglichkeit zu rechnen, dass der aktuelle Wille von dem früher geäußerten Willen abweicht. Menschen sind nicht so frei, dass sie sich eine zukünftige Situation in jeder Hinsicht vorstellen und sich auf sie einstellen können. Und sie sind so frei, dass sie ihren einmal erklärten Willen unter veränderten Umständen ändern können.

Zum dritten: Was Menschen wollen, ist immer auch abhängig von den Lebensmöglichkeiten, die ihnen gewährt werden. Der Lebenswille gründet in der erfahrenen Zuwendung. Er wird geschwächt oder stirbt gar ab, wenn diese ausbleibt oder entzogen wird. Die Macht des Todes wird erfahren im Abbrechen und Absterben von Beziehungen. Dagegen wird der Wille zum Leben gestärkt, wenn Menschen die Teilnahme anderer erfahren und am Leben anderer teilnehmen können. Frei sind sie dort, wo sie sich gut aufgehoben fühlen. Sie als freie Menschen zu achten, heißt insofern Orte der Geborgenheit und Gelegenheiten zur Kommunikation zu erhalten und zu stärken.

Gewünscht wird in der Regel die häusliche, in vertrauten Verhältnissen geleistete Pflege. Bei allen unbestrittenen Vorteilen der häuslichen Pflege muss jedoch gesehen werden, welche immense Belastung sie für die Pflegenden darstellt. Überwiegend Frauen leisten die häusliche Pflege in der eigenen und in der Schwiegerfamilie und gehen dabei oft über ihre körperliche und seelische Belastbarkeit hinaus. Angemessene gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung fehlen. Auf eine eigene Berufstätigkeit und

Der aktuelle Wille ist zu erkunden und zu respektieren, auch bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Der Wille zum Leben wird gestärkt, wenn Menschen die Teilnahme anderer erfahren und am Leben anderer teilnehmen können. Frei sind sie dort, wo sie sich gut aufgehoben fühlen.

Die in der Regel gewünschte häusliche Pflege wird überwiegend innerhalb der Familie von Frauen geleistet. Angemessene gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung

der privaten Pflegeleistung fehlen.

Karriere und damit auf eigene Alterssicherung wird verzichtet. Trauer und Enttäuschung über verpasste Chancen prägen oft die eigenen mittleren und späten Jahre, werden aber aus Angst vor Unverständnis oder dem Vorwurf des Egoismus selten geäußert. Pflegenden Frauen geraten so leicht zwischen den Ansprüchen herkömmlicher und neuerer Frauenrollen in unlösbare Konflikte. Ihnen wird ein gesellschaftliches Problem persönlich aufgebürdet.

Dafür Sorge zu tragen, dass denen, die häusliche Pflege leisten, alle notwendige Unterstützung und Fürsorge zukommt, ist zweifellos auch eine Aufgabe für Diakonie und Seelsorge.

Es gibt Familienkonstellationen, in denen die häusliche Pflege nicht die bessere Alternative ist, auch wird sie angesichts der demografischen Entwicklung immer schwieriger zu realisieren sein. Die eigentliche Frage ist also: Wie kann dem Wunsch, in vertrautem Umfeld zu leben und zu sterben, entsprochen werden, ohne dass die Pflegenden an dieser Aufgabe zerbrechen? Dafür Sorge zu tragen, dass denen, die häusliche Pflege leisten, alle notwendige wirtschaftliche, personelle und menschliche Unterstützung und Fürsorge zukommt, ist zweifellos auch eine Aufgabe für Diakonie und Seelsorge. Auch wenn die gewünschte Pflege zu Hause nicht geleistet werden kann, bleibt die „häusliche“ Gestaltung des Ortes, an dem Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, eine Aufgabe von kaum zu überschätzender Bedeutung.

Es gibt heute kaum Gelegenheit, die Begegnung mit dem Sterben und die Auseinandersetzung mit dem Tod zu üben.

7. *Liebe und Ohnmacht angesichts des Todes*

Noch im 19. Jahrhundert gehörte der Tod zu den alltäglichen Erfahrungen. Heute begegnen wir dem Tod – statistisch gesehen – in unserem nahen Umfeld nur noch alle 15 – 20 Jahre. Aus einer alltäglichen Erfahrung ist eine besondere geworden, und wir haben viel weniger Gelegenheit, die Begegnung mit dem Sterben und die Auseinandersetzung mit dem Tod zu üben. Mit den modernen medizinischen Möglichkeiten ist in unserer Gesellschaft eine Einstellung gewachsen, die Gesundheit, Vitalität und autonome Lebensführung als ein Gut ansieht, das realistisch und selbstverständlich bis ins hohe Alter erhalten werden kann. Je weiter sich diese Einstellung verbreitet, umso schwieriger wird es zu akzeptieren, dass wir letztlich keine Verfügungsgewalt über die biologischen Grenzen des Lebens haben.

Nach dem Zeugnis der Bibel liegt die Entscheidung über Leben und Tod in Gottes Macht. Und es hat verhängnisvolle Konsequenzen, wenn der Mensch diese Entscheidung, die Gott sich vorbehalten hat, an sich zieht, wenn er sich also zum Richter über Leben und Tod erhebt (vgl. den Zusammenhang in der Urgeschichte Gen 3 und 4). Auf diesem Hintergrund gilt das strikte Tötungsverbot, das auch ein prinzipielles Nein zum vermeintlichen Recht auf Selbsttötung in sich schließt. Wenn im 5. Gebot (bzw. nach reformierter Zählung im 6. Gebot) das Töten in jeder Form und unter Einschluss der tödlich wirkenden Gedanken und Worte (Mt 5,21-26) verboten wird, so sind Handlungen und Verhaltensweisen gemeint, die das Leben eines anderen gewaltsam verletzen und zerstören. Wir dürfen, wie Luther es im Kleinen Katechismus formuliert, „unserem Nächsten an seinem Leibe keinen Schaden noch Leid tun“, wir sollen vielmehr „ihm helfen und fördern in allen Leibesnöten“. In diesem Sinne ist das Tötungsverbot auf das Liebesgebot hin und von ihm her auszulegen.

Die Entscheidung über Leben und Tod liegt in Gottes Macht. Das strikte biblische Tötungsverbot ist auf das Liebesgebot hin und von ihm her auszulegen.

Was aber heißt es, einem anderen Menschen in der leiblichen und seelischen Not des Sterbens zu helfen?

Auch hier ist zunächst das 5. bzw. 6. Gebot als Tötungsverbot ernst zu nehmen. Grundsätzlich ist alles zu unterlassen, was einem anderen Menschen Gewalt antut, was seine leibliche Integrität verletzt und seine Lebenskräfte zerstört. Ausnahmen sind nur zulässig, wenn medizinische Eingriffe in Übereinstimmung mit dem Willen und möglichst mit dem ausdrücklichen erklärten Einverständnis der Patientin/des Patienten erfolgen. Keinesfalls darf der Tod gegen den Lebenswillen eines Menschen herbeigeführt werden. Dabei ist zu bedenken, dass der Tod eines anderen Menschen auch durch Unterlassen herbeigeführt werden kann.

Alles, was einem anderen Menschen Gewalt antut, was seine leibliche Integrität verletzt und seine Lebenskräfte zerstört, ist zu unterlassen.

Positiv ist ein Verhalten gefordert, das sich dem anderen in Liebe zuwendet und ihm zukommen lässt, was ihm zum Leben verhilft.

Gelingt es, Sterbende auf ihrem Weg zu begleiten, dann wird dem Tod gleichsam ein Stück erfülltes Leben abgetrotzt.

Gerade wenn wir Gott als den Herrn über Leben und Tod achten, als den, „der die Menschen sterben lässt“ (Ps 90,3), kann es geboten sein, dem Kommen des Todes stattzugeben.

Wenn Menschen am Tod eines anderen auch durch Unterlassen schuldig werden können, so ist *positiv* ein Verhalten gefordert, das sich dem anderen in Liebe zuwendet. Christliche Nächstenliebe, wie sie in der Beispielerzählung vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25-37) deutlich wird, ist eben dadurch charakterisiert, dass sie den halbtot Daliegenden nicht seinem Schicksal überlässt, sondern ihm zukommen lässt, was ihm zum Leben verhilft. Solche Zuwendung erschöpft sich nicht im Einsatz von Heilmitteln, die das Leben in Gesundheit wiederherstellen. Auch und gerade dann, wenn Heilung nicht mehr möglich ist, bleiben die Aufgaben der Pflege: Schmerzen zu lindern, d. h. die Möglichkeiten der Palliativmedizin einzusetzen und den Sterbenden auf seinem Weg zu begleiten. Gelingt eine solche Weggemeinschaft, dann wird dem Tod gleichsam ein Stück erfülltes Leben abgetrotzt. Paradoxaerweise kann sich gerade dort, wo sich Menschen gemeinsam bewusst auf den Tod vorbereiten, die Erfahrung einstellen, dass die Liebe stärker ist als der Tod.

Sich so auf den Tod einzustellen, bedeutet nicht, ihn zu bejahen oder seine lebensfeindliche Gewalt zu verkennen. Zugleich gilt es aber, nüchtern zu sehen, dass die menschlichen Möglichkeiten im Kampf gegen den Tod begrenzt sind und dass seine Überwindung letztlich allein in Gottes Macht liegt. Dieses Eingeständnis hat zum einen Konsequenzen für das ärztliche Handeln: Der Verzicht auf therapeutische Maßnahmen kann zulässig oder gar geboten sein, wenn diese lediglich lebensverlängernd wirken, ohne das aller Voraussicht nach zum Tode führende Leiden beheben zu können. Hier liegt es in der ärztlichen Verantwortung, das Behandlungsziel zu ändern und an die Stelle der Lebensverlängerung die palliativ-medizinische Versorgung und Pflege treten zu lassen (so auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004). Zum anderen ist den betroffenen Patienten zugemutet, sich auf das unabwendbar gewordene Todesgeschick einzustellen, also einzuwilligen in das, was sich trotz aller Anstrengungen im Kampf gegen den Tod nicht überwinden lässt. In diesem Sinne gibt es ein Sterben wollen, das von

Seiten der Angehörigen, der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden zu respektieren und, sofern es eine Erleichterung auf dem Weg des Sterbens bedeutet, zu unterstützen ist. Gerade wenn wir Gott als den Herrn über Leben und Tod achten, als den, „der die Menschen sterben lässt“ (Ps 90,3), kann es geboten sein, dem Kommen des Todes stattzugeben.

II. Praktische Anregungen

Den Raum des Möglichen erkunden – dazu wollen die folgenden Akzente und Anregungen vor allem auf gemeindlicher Ebene einladen. Der Katalog der Aufgaben und Möglichkeiten lässt sich ergänzen. Was hier beispielhaft genannt wird, bedarf in jeder Region, in jeder Gemeinde der Konkretisierung und der Überprüfung. Die Evangelische Kirche im Rheinland lädt dazu ein, sich an diesem Prozess zu beteiligen, auch, diesen Prozess auf anderen Ebenen, in Fachgesprächen diakonischer Verbände, in politischen Zusammenhängen und Auseinandersetzungen um das Verständnis sozialer Gerechtigkeit zu befördern und engagiert zu gestalten.

1. Altersbilder

1.1 Beschreibung

Persönliche Erfahrungen und gesellschaftliche Meinungen prägen die Bilder, die sich jede und jeder einzelne vom Alter macht. Begriffe wie z. B. Altersweisheit, alte Alte, junge Alte, langsame Alte oder agile Alte rufen unterschiedliche Bilder auf. Altersbilder bestimmen, was alten Menschen zugetraut wird und welche sozialen Rollen ihnen zugestanden werden. Doch die Lebensentwürfe und die Wünsche für die Gestaltung des Alltags, die kulturellen Vorlieben und die religiöse Beheimatung, das Empfinden von Lebenslust und -last, emotionale und kognitive Bedürfnisse, die Gestaltung der gesellschaftlichen Teilhabe und die Einbindung in soziale Verantwortung sind so unterschiedlich wie in jedem anderen Lebensalter auch. Es gibt weder „die Alten“ noch „die Hochbetagten“ als eigene Gruppe, im Alter ist die Gesellschaft ebenso heterogen wie in der Jugend.

1.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Es ist zuerst einmal nötig, die heimlichen Altersbilder, die die Angebote und Konzeptionen der Kirchengemeinden und die diakonischen Unterstützungs- und Pflegeangebote bestimmen, zu reflektieren, sie in allen Altersstufen (Kindertagesstätte, Konfirmandenarbeit, Gruppen und Kreise) und mit allen Mitarbeitenden (Pflegekräften, Assistenzkräften und ehrenamtlich Mitarbeitenden) zu thematisieren und zu überprüfen, ob sie der gesellschaftlichen Realität noch entsprechen. Dazu leistet die theologische Auseinandersetzung mit biblischen Altersbildern in Gottesdiensten und Gesprächskreisen Hilfe.

Darüber hinaus ist zu überlegen, inwieweit die Altersbeschränkung für die Übernahme von Leitungsaufgaben in der Landeskirche gerechtfertigt ist und wie es möglich ist, Rahmenbedingungen zu gestalten, die es alten Menschen ermöglichen, in Politik, Wirtschaft, Kirche und Gesellschaft die von ihnen gewünschte soziale Rolle einzunehmen.

2. Gemeinde und Menschen mit Demenz

2.1 Beschreibung

Demenzerkrankungen machen Angst: Die Sorge, selbst zu erkranken und die Unsicherheit im Umgang mit demenzkranken Mitmenschen machen ratlos und führen zur Tabuisierung. Darum ist Reflexion über die eigene Einstellung zu Demenz nötig: „Können Sie die Besonderheit dieser Menschen respektieren und die Originalität ihrer Ausdrucksweisen anerkennen oder sind Sie durch das Kranksein dieser Menschen verunsichert? Können Sie die Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen mit Demenz sehen oder bleibt Ihr Blick an dem haften, was Menschen mit Demenz durch ihre Krankheit aufgeben mussten? Sind Sie bereit, sich auf eine Kommunikation einzulassen, die nicht allein auf Vernunft und Sprache beruht, sondern die Raum lässt für Emotionalität und sinnliche Erfahrung?“ (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe: Ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar, Menschen mit Demenz feiern Gottesdienst, S. 3f)

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sind gezwungen, sich in einer schweren und außergewöhnlichen Situation zurechtzufinden und ihr Leben darin zu gestalten. Für Betroffene hat die Tabuisierung oft gesellschaftliche Isolierung zur Folge. Schamgefühle, Angst und Verunsicherung führen bei Erkrankten und Angehörigen sowie beim gesellschaftlichen Umfeld zum Rückzug, so dass betroffene Familien häufig vereinsamen.

Menschen mit Demenz wollen wie andere alte Menschen auch möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld leben. Gerade bei ihnen, die immer wieder starken Verunsicherungen ausgesetzt sind, gibt alles Vertraute Sicherheit und hilfreiche Struktur und ermöglicht somit, möglichst lange noch am Alltag teilzuhaben.

Um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, sollte überall ein ortsnahe Unterstützungssystem für Menschen mit Demenz aufgebaut werden, in dem pflegende Angehörige, professionell Pflegende und ehrenamtlich Mitarbeitende kooperieren. Ehrenamtliche werden in diesem Setting zu Partnern der Angehörigen, um die Betreuungslasten zu verteilen, aber auch um sich austauschen zu können. Es sollten Gesprächsangebote für betroffene Angehörige etabliert werden.

Um ein solch effektives wohnortnahe Unterstützungssystem aufbauen zu können, braucht es mehrere Kooperationspartner.

2.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Kirchengemeinden und diakonische Einrichtungen können „demenzfreundliche“ Gemeinden werden, in denen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen wahrgenommen und willkommen geheißen werden.

Kirchengemeinden haben viele Möglichkeiten und Ressourcen, gemeinsam mit Kooperationspartnern Betroffenen zur Seite zu stehen, sie zu unterstützen, zu begleiten und zu entlasten:

Sie können dabei helfen, das Thema Demenz zu enttabuisieren, indem sie es zum Thema in Kreisen und Gottesdiensten machen und breit gefächert Informationen zur Verfügung stellen (Gemeindebrief, Broschüren, Gesprächskreise,

Fachtage und Ähnliches; wenn möglich in Kooperation mit der Diakonie oder anderer Organisationen, z. B. Alzheimer Gesellschaft, Lokale Bündnisse Demenz). Sie können gemeinsam mit diakonischen Einrichtungen Informationsabende zum Thema veranstalten, die Menschen in der Gemeinde mit dem Thema vertraut machen und in Kontakt mit betroffenen Angehörigen bringen. Kirchengemeinden können die Begegnung mit Menschen mit Demenz in Stadtteilkonferenzen einbringen und gemeinsam mit allen Beteiligten Netzwerke und Maßnahmen für einen „demenzfreundlichen“ Stadtteil entwickeln: z. B. Grundwissen Demenz für Polizei, Feuerwehr, Vereine, Wohnungsbaugesellschaften, Personal in Geschäften, usw.

Kirchengemeinden können Menschen zur ehrenamtlichen Mitarbeit in der Betreuung von Menschen mit Demenz gewinnen. Zu denken ist hier an Besuche bei Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen und in Privatwohnungen, aber auch bei pflegenden Angehörigen, die so auf dem Laufenden bleiben und ihre Kontakte nicht verlieren. Gemeinden können darüber hinaus in Kooperation mit anderen Institutionen Demenzbegleiter-Ausbildungen oder Ausbildungen zu Seniorenbegleitern organisieren.

Kirchengemeinden können Räume für niedrigschwellige Betreuungsangebote zur Verfügung stellen, wie z. B. ein Betreuungscafé, eine Angehörigengruppe oder ein ehrenamtliches häusliches Betreuungsteam.

3. *Gemeinde und nachbarschaftliche Hilfe*

3.1 Beschreibung

Das unmittelbare Wohnumfeld spielt für älter werdende Menschen eine immer größere Rolle. Gerade hochbetagte ältere Menschen brauchen ein tragfähiges Netz, wenn der Bewegungsspielraum immer enger wird, wenn Kinder oder Verwandte weiter weg wohnen. Dabei ist Lebensqualität im Alter nicht nur eine Frage der Gesundheit und der jeweiligen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Zufriedenheit im Alter hängt im Wesentlichen von der Qualität und dem Umfang persönlicher und sozialer Beziehungen zu den Mitmenschen und der Umwelt ab. Gerade aktivere ältere Menschen wollen sich gerne für das Gemeinwesen engagieren. Eine gemeinwesenorientierte Altenarbeit muss ein differenziertes Angebot für verschiedene Lebenslagen etablieren. So gilt es auf der einen Seite, den Menschen Halt zu geben, sie zu stabilisieren und auf der anderen Seite nach Wegen der Neuorientierung zu suchen. Gerade Hochbetagte brauchen Angebote der Betreuung und Beratung, wie sie in Altentagesstätten und Altenclubs angeboten werden. Sie sind Drehscheiben für gelingendes Älterwerden. Hier kann Selbstinitiative und Selbstreflexion gefördert werden. Für Menschen, die nicht gerne an Gruppen teilnehmen, müssen Angebote einer zugehenden Altenarbeit entwickelt werden. Die Besuchsdienste bieten hier gute und ausbaufähige Angebote, wenn man sie mit neuen Begegnungsformen wie z. B. Kultur auf Rädern verbindet. Soziale Netzwerke im Stadtteil, die von und für Senioren entwickelt werden, können das Versorgungs- und Betreuungsnetzwerk in der Kommune erweitern. Sie verstehen sich als ehrenamtliche Dienstleistungsunternehmen im Stadtteil,

basieren auf Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement und werden in vielen Kommunen seit langen Jahren erfolgreich betrieben; sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur sozialen Vorsorge und Begleitung alter Menschen. Insbesondere intergenerative Projekte mit Kindern und Jugendlichen fördern nicht nur das Verständnis füreinander, sondern organisieren konkrete Tandemhilfsprojekte. Runde Tische Altenarbeit können die Interessen von älteren Menschen bündeln und somit gemeinsam mit Akteuren der Altenarbeit zur Verdichtung eines verlässlichen Hilfenetzes führen. Gerade Kirchengemeinden bilden (noch) ein flächendeckendes Netz mit einer Infrastruktur, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit für ältere Menschen garantieren könnte.

3.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Kirchengemeinden und diakonische Einrichtungen können niedrigschwellige Einrichtungen zur Kommunikation, Partizipation, Betreuung und Begleitung älterer Menschen im Stadtteil ins Leben rufen.

Mit Zukunftswerkstätten und Runden Tischen Altenarbeit können sie sowohl den Bedarf als auch die Engagementbereitschaft älterer Menschen herausfinden und in das gemeindliche Leben integrieren.

Sie können in ihren Gemeindehäusern stationäre Mittagstische und Begegnungscafés einrichten. Sie können offene Räume für Kunst, Kultur und Bildung zur Verfügung stellen. Sie können gerade für arme und einsame ältere Menschen einen Wegweiser für preiswerte oder kostenlose Begegnungs- oder Beratungsangebote aufzeigen. Sie können preiswerte Wohnungen und Wohnprojekte an das Gemeindeleben andocken. Kontakt- und Beratungsstellen für alle Fragen des Älterwerdens können in Kooperation mit einer Kirchengemeinde oder diakonischen Einrichtung installiert werden. Soziale Netzwerke können sich in den Gemeinden beheimaten und soziale Dienstleistungen für sich und andere entwickeln (z. B. Handwerkergruppe, Beratungsgruppe, Kulturarbeit, Reisen und Freizeit, Trauergruppen und Erzählcafés).

Kirchengemeinden können sich öffentlich zu den ethischen Herausforderungen einer menschenwürdigen Pflege und Betreuung alter Menschen äußern und pflegende Angehörige bei ihrer schweren Arbeit mit Beratung und Begleitung unterstützen (z. B. Pflegekurse, Gesprächskreise, Urlaub von und mit der Pflege). Sie können über Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen informieren und den jeweiligen persönlichen Prozess in der Auseinandersetzung mit diesen Themen seelsorglich begleiten.

4. *Gemeinde und organisierte Pflege*

4.1 Beschreibung

Das Spektrum, in dem professionelle Pflege in Anspruch genommen werden kann, ist weit. Sie kann für einen überschaubaren Zeitraum der Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt nötig sein, sie kann sich auf medizinische Maßnahmen beschränken, sie kann dauerhafte Unterstützung bei der Körperpflege sein oder umfassende Assistenz bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens beinhalten.

Menschen, die ambulante Pflege in Anspruch nehmen, führen ihr Leben in vertrauter Umgebung und bleiben oft in ihre sozialen Netze eingebunden. Ihre Wohnungen sind aber oft nicht barrierefrei gestaltet, die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben kann bei fehlender körperlicher Mobilität erheblich erschwert sein. Häufig wirken in der ambulanten Pflege Angehörige sowie Bezugspersonen mit professionell pflegenden und hauswirtschaftlichen Kräften zusammen. Dies gilt ebenso bei Inanspruchnahme von Tages- oder Kurzzeitpflegeangeboten.

Der Umzug in eine stationäre Einrichtung bedeutet den Abschied vom eigenen Zuhause und fordert von den in der Regel hoch betagten, gesundheitlich stark eingeschränkten Menschen eine hohe Anpassungsleistung. Eine andere Umgebung, ein neuer Tagesrhythmus und fremde Bezugspersonen bestimmen das neue Leben.

Dennoch erfolgt der Umzug in der Regel innerhalb der alten Gemeinde. Hier kann es Aufgabe der Gemeinde sein, bestehende Kontakte aufrechtzuerhalten oder sogar auszubauen, Angehörige in dieser Phase seelsorglich zu unterstützen und über den Aufbau eines Netzes ehrenamtlicher Begleiterinnen und Begleiter den Betroffenen zu unterstützen.

4.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Kirchengemeinden können es sich zur Aufgabe machen, pflegebedürftigen Gemeindegliedern soweit wie möglich weiterhin Teilhabe am Gemeindeleben zu ermöglichen. Sie können dazu Gottesdienstbegleitdienste, Friedhofsbegleitdienste, Besuchsdienste, Einkaufsdienste und Ähnliches einrichten und damit besonders allein stehende Menschen unterstützen. Sie können darüber hinaus helfen, letzte Wünsche zu erfüllen (Ich möchte noch einmal ...).

Ferner sollte eine Vernetzung zwischen Kirchengemeinden und professionellen Anbietern von Pflegeleistungen ein vertrauensvolles Miteinander schaffen, den Informationsfluss verbessern und möglicherweise vorhandene Ängste bei Betroffenen abbauen helfen.

Professionelle Angebote im Gesundheits- und Sozialwesen sind darüber hinaus ein ideales Lernfeld für junge Mitglieder der Kirchengemeinden bzgl. deren sozialer Engagements. Ein frühes Kennenlernen, z. B. im Rahmen der Konfirmandenarbeit, ist für alle Beteiligten ein Gewinn.

5. Sterbebegleitung

5.1 Beschreibung

Alles menschliche Leben steht unter dem Vorzeichen, dass es sterben muss. Weil der Tod jederzeit eintreten kann und weil wir nicht wissen, wie nahe unser Ende ist, gilt es, sich Zeit unseres Lebens auf den Tod einzustellen. Wenn wir von Sterbebegleitung reden, denken wir allerdings an eine besondere Phase des Lebens. Es geht um den Weg, der unabwendbar dem Tod zuläuft. Vor dem physischen Ende des Lebens erfahren wir – mehr oder weniger deutlich – das Ende unserer Möglichkeiten, Krankheiten zu heilen und Prozesse der Desintegration umzukehren oder auch nur aufzuhalten. Auch wenn diese Phase des

akuten Sterbens nicht genau abgegrenzt werden kann, stellt sie doch besondere Anforderungen an die Sterbenden und an die Menschen, die sie auf dieser letzten Wegstrecke zu begleiten suchen.

Grundsätzlich gilt: Auch diese letzte Wegstrecke gehört zum Leben. Und das nicht nur im Sinn des physischen, biologischen Lebens, sondern auch im Sinn des Lebens, das wir als menschlich erfahren und wertschätzen. Aus der Sicht des christlichen Glaubens heißt das: Die Gaben und Kräfte, die wir dem Wirken des heiligen Geistes verdanken, Glaube, Liebe und Hoffnung „bleiben“, auch dann noch, wenn andere Kräfte vergehen (1 Kor 13,13). Möglicherweise werden sie gerade in Zeiten, in denen sich Menschen angesichts des Todes als schwach erfahren, in besonderer Intensität und Stärke erfahren. Immer wieder erfahren Menschen, die im Rahmen der Hospizarbeit Sterbende begleiten, so etwas wie eine Geistgemeinschaft, die sie selbst als Bereicherung wahrnehmen. Wer hier gibt und wer empfängt, ist dabei nicht einfach aufzuteilen, handelt es sich doch um ein wechselseitiges Geben und Nehmen. Das Wesentliche ist in dieser Hinsicht die Kommunikation, wobei nicht nur an verbale Kommunikation zu denken ist, sondern auch und insbesondere an Gesten, Zeichen und Symbole.

Einen Menschen auf dem Weg des Sterbens zu begleiten, heißt zu akzeptieren, dass jeder und jede einen eigenen Weg zu gehen hat. In den Worten Luthers: „Wir sind allesamt zu dem Tode gefordert und wird keiner für den andern sterben. Sondern ein jeglicher wird in eigener Person für sich mit dem Tode kämpfen. In die Ohren können wirs wohl schreien, aber ein jeglicher muß für sich selber bereit sein in der Zeit des Todes: Ich werde dann nicht bei dir sein noch du bei mir.“ (Martin Luther, Invokavit-Predigt 1522) Sterbebegleitung heißt dann: dabei helfen, dass ein Mensch seinen eigenen Weg finden und gehen kann. Dazu gehört einerseits Ermutigung zum Leben, Stärkung des Lebenswillens, mithin alles, was dazu beiträgt, dass ein Mensch sein Leben in den gesetzten Grenzen bejahen kann. Dazu gehört aber auch die Bereitschaft, den anderen seinen eigenen Weg gehen zu lassen.

5.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Sterbebegleitung geschieht an verschiedenen Orten: in den Häusern, in der Nachbarschaft, in Krankenhäusern, in Pflegeheimen, in Hospizen. Kennen wir die Orte? Und was können wir dazu beitragen, um geeignete Räume zu schaffen und zu gestalten?

Menschen, deren Leben in die Phase des Sterbens eintritt, brauchen allermeist professionelle Hilfe, wie sie von Ärztinnen und Ärzten (insbes. Palliativmedizin) und fachlich qualifizierten Pflegekräften geleistet wird; und sie wollen in der Regel die Begleitung durch ihnen vertraute Menschen, vielleicht aber wollen sie auch allein sterben. In jedem Fall ist von Ehrenamtlichen, die sich in der Sterbebegleitung engagieren, zu erwarten, dass sie um die Grenzen dessen wissen, was sie für andere tun können. Und zugleich gilt: Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung: von der Zuwendung zu den Sterbenden (Besuche, Zuhören, Dasein, Bettwache) über die Gestaltung des

Raumes und der Atmosphäre (Zeichen setzen, Kunst und Musik) bis hin zur Hilfe bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens (Entlastung von pflegenden Angehörigen durch Kochen, Besorgungen).

Die Gemeinde könnte so verschiedene Dienste vermitteln. Konkret: Wer in der Gemeinde weiß, wo Hilfe gebraucht wird, und wer kennt die potenziellen Helferinnen und Helfer mit ihren jeweiligen Gaben? Brauchen wir dafür einen besonderen Ausschuss oder eine besondere Beauftragung? Die Gemeinde könnte der Ort werden, an dem Menschen ihre Lebenserfahrungen, die sie in der Begleitung von Sterbenden und in Auseinandersetzung mit Sterben und Tod gewonnen haben, austauschen. Wo geschieht das: im Gottesdienst, im Café für Trauernde, in Gesprächskreisen?

6. Gemeinde und Vorsorge

6.1 Beschreibung

Für immer mehr Menschen ist es von großer Bedeutung, bis zum Lebensende ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Sie wollen insbesondere in Gesundheitsangelegenheiten im Voraus Festlegungen für den Fall treffen, dass sie ihren Willen nicht mehr bilden oder äußern können.

Dazu können Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie die Betreuungsverfügung dienen. Mit einer Patientenverfügung kann jede und jeder schriftlich für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie sie oder er in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden will. Für die Beachtung und Durchsetzung des Patientenwillens kommt es nicht auf Art und Stadium der Erkrankung an. Die Verfügung gilt in jeder Lebensphase.

Zur wirksamen Durchsetzung des Willens für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit kann eine Person des eigenen Vertrauens als Vertretung bestimmt werden (Vorsorgevollmacht). Im Wege einer Betreuungsverfügung kann auch für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung eingerichtet werden muss, eine Person vorgeschlagen werden.

Tritt die in der Patientenverfügung beschriebene Situation ein und hat die Patientin oder der Patient die Erklärung zwischenzeitlich nicht widerrufen, so ist die gesetzliche Betreuerin oder der Betreuer (bzw. die oder der von ihr oder ihm selbst Bevollmächtigte) verpflichtet, dem ausgedrückten Willen Geltung zu verschaffen. Treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, ist es Aufgabe der Betreuenden oder Bevollmächtigten zu prüfen, ob zumindest ein mutmaßlicher Wille der Betroffenen feststellbar ist und unter Beachtung dieses Willens anstelle der Betroffenen zu entscheiden.

6.2 Anregungen zur Weiterarbeit

Eine fachkundige Beratung (rechtlich und medizinisch) ist, obwohl sehr zu empfehlen, keine Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung. Kirchengemeinden können hier mit Informations- und Vortragsveranstaltungen dazu beitragen, dass Menschen sich gut informiert für oder gegen die Abfassung einer Vorsorgeverfügung entscheiden können. Dazu ist es zunächst für

den Einzelnen und die Einzelne wichtig zu klären, was im Leben und für das Sterben für sie persönlich Bedeutung hat. Kirchengemeinden können dem Thema „ Tod und Sterben“ Raum geben und mit Menschen darüber reden, was diese im Leben trägt und sie in diesen Fragen seelsorglich begleiten.

Die Klärung dessen, was Menschen je persönlich im Leben bis in die letzte Lebensphase als wichtig und wohltuend empfinden, ist ganz besonders auch für diejenigen von Bedeutung, die nicht im rechtlichen Sinne „einwilligungsfähig“ sind, z. B. kann dies bei Menschen mit einer Behinderung oder demenziellen Erkrankung der Fall sein. Sie sind häufig darauf angewiesen, dass andere Menschen, z.B. Betreuende, Angehörige oder Mitarbeitende in Einrichtungen ihrem Willen Geltung verschaffen. Hier kann die Kirchengemeinde einen Rahmen schaffen (z. B. Durchführung eines Projektes), in dem diesen existenziellen Fragen gemeinsam nachgegangen wird.

Literatur

Alte und Alter - eine gemeindepädagogische Herausforderung,

in: Praxis Gemeindepädagogik 1/2006, www.praxis-gemeindepaedagogik.de, aufgerufen am 30.8.2010.

Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/10),

http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010.pdf, aufgerufen am 17.8.2010.

Depping, Klaus: Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten.

Bd 1: Hintergründe - Zugänge - Begegnungsebenen, Hannover 1993.

Dörner, Klaus: Leben und sterben, wo ich hingehöre.

Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Neumünster 2007.

Ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar, Menschen mit Demenz feiern Gottesdienst, Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. Geschäftsbereich Pflege, Alten- und Behindertenarbeit (Hg.), o.O. 2008, http://www.diakonie-rwl.de/cms/media//pdf/arbeitsbereiche/leben_im_alter/seelsorge_altenhilfe/publikationen/Gottesdienste_Demenz.pdf, aufgerufen am 30.8.2010.

Dem Menschen sein Ansehen geben. Die Begleitung von demenzkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Eine Handreichung für betreuende Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die demenzerkrankte Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V. (Hg.), o.O., o.J., http://eeb-nordrhein.alias.e-k-i-r.de/typo3conf/ext/bzb_securelink/pushFile.php?cuid=65&file=fileadmin%2FInhalte%2Fdokumente%2Farbeitshilfe_ansehen.pdf, aufgerufen am 30.8.2010.

Da war doch noch was – Angebote der Diakoniestationen für demenziell Erkrankte, Tagungsdokumentation, Evangelischer Fachverband Ambulante Pflege für NRW in den Diakonischen Werken der Ev. Kirche im Rheinland, der Ev. Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche (Hg.), o.O. 2009, http://www.diakonie-rwl.de/cms/media//pdf/arbeitsbereiche/leben_im_alter/ambulante_pflege/publikationen/20090622_Tagungsdokumentation.pdf, aufgerufen am 30.8.2010.

Heetderks, Jan-Gerrit u.a.: Lebensräume im Alter,

Kirchliches Handlungskonzept zur Seelsorge in der gemeinwesenorientierten, teilstationären, stationären und ambulanten Altenarbeit, Entwurf einer Arbeitshilfe 2002,

<http://www.ekir.de/altenheimseelsorge/altseso.pdf>, aufgerufen am 30.8.2010.

Im Alter neu werden können, Evangelische Perspektiven für Individuum, Gesellschaft und Kirche. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Kirchenamt der EKD (Hg.), Gütersloh 2009, http://www.ekd.de/download/im_alter_neu_werden_koennen.pdf, aufgerufen am 17.8.2010.

Ulrich Körtner: Wie lange noch, wie lange? Neukirchen-Vluyn 2002.

Kobler-von Komorowski, Susanne, Schmidt, Heinz: Seelsorge im Alter. Herausforderung für den Pflegealltag, in: Veröffentlichungen des diakoniewissenschaftlichen Instituts Band 24, Heidelberg 2005.

Lammer, Kerstin: Den Tod begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn 2006.

Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2009,
http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsempfaenger-insgesamt,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Leistungsempfaenger-insgesamt.pdf, aufgerufen am 17.8.2010.

Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Statistische Ämter des Bundes und der Länder; Ausgabe 2008, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateld=renderPrint.psml>, aufgerufen am 17.8.2010.

Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, Statistisches Bundesamt, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf, aufgerufen am 17.8.2010.

Erarbeitet vom Ständigen Theologischen Ausschuss, Seelsorgeausschuss und Diakonieausschuss der Evangelischen Kirche im Rheinland unter Hinzuziehung von Beratung durch Antje Chiout-Teske, Ralf Kraemer und Gabriele Winter (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe) sowie Jochen Börnke (Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein)

IMPRESSUM

Herausgeberin:
Evangelische Kirche im Rheinland
Das Landeskirchenamt
Abteilung II/Dezernat II.1
Hans-Böckler-Str. 7
40476 Düsseldorf