

Andreas Heller

Sorgekulturen des Sterbens

Hospizlich-palliative Kultur vom Krankenhaus bis zur Kommune

◆ „Ich habe keine Angst vor dem Sterben, ich möchte nur nicht dabei sein, wenn es passiert“, meinte der Filmemacher Woody Allen. Das „Wie“ des Sterbens beschäftigt Menschen heute mehr als der unausweichliche Tod. Andreas Heller, international anerkannter Experte für Palliative Care, zeichnet den gesellschaftlichen wie individuellen Wandel in Fragen des Sterbens, welchen – ähnlich den Fragen des Lebens – ein Gestaltungszwang innewohnt. Pointiert nennt er Aufgaben einer „Organisationskultur des Sterbens“, weil strukturelle Defizite in Krankenhäusern oder Pflegeheimen auf Dauer nicht von engagierten Menschen kompensiert werden können und stellt die Kultur der Hospizarbeit und des Palliative Care dar. Schließlich plädiert er für soziale Gemeinschaften (*compassionate communities*), die es Sterbenden ermöglichen, „zu Hause“ bleiben zu können. (Redaktion)

1 Wir leben länger, und wir sterben länger

Unsere Lebensspanne, die durchschnittliche Lebenserwartung, hat sich in den letzten mehr als einhundert Jahren deutlich verlängert. Wir sterben mehrheitlich aufgrund unterschiedlicher, chronischer Erkrankungen (Multimorbidität). Wir leben zwar länger als unsere Vorfahren, aber wir sterben auch länger als sie. Heute dominieren in unseren Breitengraden die sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ bzw. die „degenerativen Gefäßerkrankungen“; 70 Prozent aller Todesfälle sind auf Herzkreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Lungenerkrankungen und Skelettveränderungen zurückzuführen. Die Krankheitsverläufe verändern sich verglichen mit früheren Zeiten gerade im Alter. Wir stehen heute vor der Herausforderung, das hohe Alter und das lange, langsame Sterben bewältigen zu müssen.

Daran entzündeten sich alle Diskussionen zu diesem Thema. Langes Siechtum und Sterben werden gefürchtet, individuell wie volkswirtschaftlich. Nicht der Tod als solcher und die Tatsache, sterben zu müssen beschäftigen uns daher heute, sondern die Umstände, die möglichen Arten und Weisen, das „Wie“ des Sterbens.

2 Wir sterben nicht mehr plötzlich und unerwartet, sondern langsam und vorhersehbar

Unsere Vorfahren fürchteten den plötzlichen Tod und so beteten sie jahrhundertlang: „Vor einem jähen Tod bewahre uns, o Herr.“ Das Lebensgefühl hat sich säkularisiert. Wir wollen eher kurz und bündig, schnell und schmerzlos sterben, gerade weil wir in der Regel langsam und vorhersehbar sterben werden. Das Sterben hat sich, nicht zuletzt auch wegen der

Errungenschaften der modernen Medizin zerdehnt. Die aktuelle Debatte um Sterbehilfe zeigt, dass die Bereitschaft, das Sterben beschleunigen zu wollen, zunimmt. Das hat verschiedene Gründe: Sterben scheint einfach zu lange zu dauern. Es wird als würdelos empfunden, weil bestimmte Schreckensbilder des Sterbens dominieren. Kaum jemand möchte komatös dahindämmernd, an Schläuchen hängend, Teil einer technischen Apparatedizin sein und „gestorben werden“. Betriebswirtschaftlich gesehen ist die letzte Lebensphase kosten- und personalintensiv. Zudem scheint die soziale Bereitschaft, sich mit dem Sterben anderer belasten zu wollen bzw. sich als Sterbender anderen zuzumuten, wenig ausgeprägt zu sein. Man möchte „niemandem zur Last fallen“, eine schleichende Selbst-Entsorgungsbereitschaft ist feststellbar, die dem „kurzen Prozess des Sterbens“ (Euthanasie, Suizidassistentz) Argumente liefert.

3 Obwohl wir irdisch-biologisch länger leben, ist unser Leben um eine Ewigkeit kürzer geworden

Wir leben heute länger, doch ist unsere Lebenszeit insgesamt um eine Ewigkeit kürzer geworden. Für unsere Vorfahren bestand das Leben in der Regel aus einem kurzen diesseitigen und einem ewigen jenseitigen Leben. Auf das Jenseits, den Himmel musste man sich vorbereiten, ein Leben lang. Sterben und Tod waren geprägt vom Glauben an das Jenseits, von der Hoffnung auf ein Weiterleben in der Gegenwart Gottes. Das Lebens- und Zeitgefühl war vom Jenseits her bestimmt. Um in den Himmel zu gelangen, brauchte es den Frieden mit Gott, die Versöhnung mit den Menschen und eine gute, d. h.

im Glauben getragene unmittelbare Vorbereitung auf den Tod, eine Vorbereitung auf die Sterbestunde. Der Tod bildete keine endgültige Trennung. Die Verstorbenen lebten weiter, schließlich glaubte man an die „Gemeinschaft der Lebenden und der Toten“. Dieser Glaube an eine Kontinuität des Lebens in der Gegenwart Gottes, im „Chor der Heiligen“ wird heute mehrheitlich in Europa nicht mehr geteilt. Die Vorstellungen vom Danach und ob es überhaupt Etwas gibt nach dem Tod, haben sich geändert, pluralisiert. Unterschiedliche Bilder, Jenseitsvorstellungen, Reinkarnationsphilosophien existieren und haben je verschiedenen Einfluss auf die individuelle Lebensführung. Das Leben scheint heute mit ein paar Jahrzehnten gewonnenen Jahren dennoch einfach zu kurz. Nie hat man alles gelebt in dieser kurzen Lebensspanne von maximal acht bis zehn Jahrzehnten. Die paradoxe Erwartung, am Lebensende noch ein Maximum an Therapien und medizinischen Optionen anzubieten und auszunutzen, hat möglicherweise auch mit diesem verdunstenden metaphysischen Horizont zu tun.

4 Unser Leben und Sterben ist kein Großunternehmen in öffentlicher, sondern ein Kleinunternehmen in privater Hand

In den modernen, pluralen Gesellschaften werden Leben und Sterben nicht mehr vorgeschrieben. Man muss seine Lebensgeschichte selber schreiben. An die Bürgerinnen und Bürger wird die Erwartung, als Freiheit oder Zumutung, gerichtet, selber zu entscheiden, zu wählen, wie man leben, lieben, arbeiten, reisen, sterben will. Nicht nur die Lebensgeschichte muss selbst entwickelt und „geschrieben“

werden. Wir werden gezwungen, über die Dramaturgie unseres Altwerdens und Sterbens zu „verfügen“, den Ort und das Wie des Sterbens zu wählen und über den Modus der Versorgung (Maximaltherapie vs. Minimaltherapie, kurativ vs. palliativ, im Pflegeheim, in einer Wohngemeinschaft, in betreutem Wohnen, im Hospiz, im Krankenhaus etc.), letztlich noch Vorsorge zu treffen, wer für uns sorgt, wenn wir es selber nicht mehr vermögen. Das Subjekt wird zum Projekt, das Sterben zur zu planenden Gestaltungsaufgabe.

Der moderne Mensch hat in den neuen Freiheiten nicht nur Möglichkeiten, er steht auch unter dem Zwang, wählen zu müssen. Er muss sein Leben und sein Sterben wählen, gestalten, als Projekt betrachten. Wie kann ich in Ruhe sterben? Welche Optionen gibt es? Im Krankenhaus? Dann ins Hospiz? Zu Hause? Anderswo? Mit Hilfe anderer? Durch eigene Hand? Langsam oder beschleunigt?

In diesem „Multioptionsdilemma des Sterbens“ steckt ein Gestaltungszwang. Zumindest entsteht in seinem Sog die Erwartung, ein individuelles Sterben „hinzulegen“, es „schön und gut“ zu machen und auch die Bestattung (Erd-, Luft-, Wasser-, Diamantenbestattung – in diesem Verfahren wird die Asche des kremierten Leichnams in Diamanten gepresst und den Hinterbliebenen zur Verfügung gestellt), eine mögliche Grabpflege vorbereitend zu planen, zu finanzieren. Und wenn man die Besuchs- und Pflegebereitschaft am Grab nicht optimistisch einschätzt, sich sinnvoller Weise anonym bestatten zu lassen, ohne „großes Nachsehen“ und ohne Kosten zu provozieren. Sterben als ein Kleinunternehmen der Selbstinszenierung, das letzte private Theater auf der Bühne des Lebens, sorgfältig choreografiert und projiziert.

5 Wir leben in einer Gesellschaft von Organisationen

Wir leben in Organisationen, wir sterben auch dort. In den Großstädten sterben bis zu 80 Prozent der Menschen im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Nur wenige haben das Privileg, im Hospiz oder auf einer Palliativstation zu sterben. Diese Realität steht in klarem Gegensatz zum Wunsch der meisten Menschen zu Hause zu sterben. Bei einer telefonischen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes gaben 66 Prozent der Befragten an, zu Hause sterben zu wollen, nur 1 Prozent möchte im Krankenhaus sterben.

Wichtige gesellschaftliche Herausforderungen – wie zum Beispiel Bildung, Gesundheit oder Recht – werden heute in und durch Organisationen bearbeitet. Organisationen nehmen unauflösbare Widersprüche menschlichen Lebens auf. Im Gesundheitssystem geht es um die Widersprüche von Gesundheit und Krankheit (Krankenhaus), von Abhängigkeit und Selbstständigkeit, von Sorge und Autonomie (Betreuungseinrichtungen z.B. der Alten- bzw. Behindertenhilfe), von Würdigung oder Demütigung im Sterben (z.B. Hospize). Diese Widersprüche sind nicht einseitig auflösbar. Die besondere Herausforderung oder die „kulturgestaltende Aufgabe“ besteht darin, eine gemeinsam getragene Sorge um betroffene Menschen an ihren individuellen Bedürfnissen auszurichten und gleichzeitig die Expertise, Kompetenz, die Regeln, Kommunikationen und Standards der jeweiligen Organisation im Blick zu haben. Eine Kultur des Sterbens in unserer ausdifferenzierten Gesellschaft ist daher vor allem eine Organisationskultur des Sterbens.

6 Sterbekultur heute ist Organisationskultur

Hospizarbeit und Palliative Care schaffen einen Rahmen für das Lernen von Organisationen. Organisationen lernen anders als Personen. Personen lernen über Bewusstseinsbildung und gefühlsmäßige Differenzierung. Organisationen haben kein Bewusstsein und keine Gefühle („kein Herz“).

Auf Dauer können engagierte Mitarbeiterinnen die strukturellen Defizite der Organisation nicht kompensieren. Das Lernen von Personen muss verbunden werden mit dem intelligenten Lernen der Organisation. Die Leitung einer Organisation muss das Thema „Sternkultur“ als wichtig setzen. Es braucht in der Regel einen Auftrag, um eine Kultur des Sterbens zu entwickeln. Die Betroffenen und die Professionellen müssen beteiligt werden. Die bisherige Kultur muss erhoben und gewürdigt werden. Ansätze für eine Weiterentwicklung können identifiziert und in Projekten bearbeitet werden (Verabschiedungsraum, konsiliarische Besprechung, ethische Gespräche mit den Betroffenen und ihren Bezugspersonen, Notfallplanung etc.).

7 Sorgende Organisationen müssen sich an den Sterbenden orientieren

Für „Sorge-Organisationen“ bedeutet das, den erforderlichen Prozess der Kulturentwicklung des Sterbens zu beauftragen, zu entscheiden, zu initiieren und fortwährend zu pflegen. Hospizlich-palliative Kulturentwicklung wird in den letzten Jahren unter dem Stichwort „Implementierung von Palliative Care und Hospizkompetenz“

diskutiert und zielt in der Regelversorgung darauf ab, allen Menschen ein Sterben in Würde, ihrer Individualität entsprechend und auf dem Niveau einer umfassenden hospizlich-palliativen Kompetenz zu ermöglichen. „Radikale Betroffenenorientierung“ ist daher erforderlich. Die Reorganisation der Handlungen und Kommunikationen sind an den Betroffenen, genauer an der care-unit, also an den Betroffenen in ihrem sozialen Lebensumfeld, mit ihren Angehörigen und Zugehörigen auszurichten. Diese Aufgabe erfordert Kooperation und Kommunikation aller notwendigen Disziplinen, Professionen und Bereiche. Die Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen sind Anlass und Ausgang, sich buchstäblich zusammenzusetzen, um sich auseinander zu setzen. Diese Auseinandersetzung ist eine anspruchsvolle interdisziplinäre Verständigung und hat eine ethische Qualität, die ebenfalls organisiert werden will (Organisationsethik).

8 Hospizarbeit und Palliative Care in der Krankenhauskultur

Obwohl das Krankenhaus in vielen europäischen Regionen der statistisch häufigste Ort des Sterbens ist, hat es sich als Organisation bislang nur zögerlich und inselhaft auf das Thema Sterben eingelassen. Organisationstheoretisch ist das leicht zu erklären: Das Krankenhaus ist als Organisation an Gesundheit, Rehabilitation und maximaler Lebensverlängerung orientiert und nicht am Sterben. Sterben ist oft noch ein „Betriebsunfall“ im System, der Tod wird nach wie vor mit Todesverachtung bekämpft. Solange aber die Organisation in ihren Entwicklungen, Strategien, Budgets, Kommunikationen und Kooperationen gutes, würdiges Ster-

ben nicht als Ziel ihrer Handlungen aufnimmt, findet dieses auch nur zufällig und in der Regel nur mit hohem Aufwand von Einzelpersonen statt.

Krankenhäuser stehen mehr denn je unter hohem Handlungs- und Veränderungsdruck durch radikal gewandelte gesetzliche sowie gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen. Elektronische Kommunikation ersetzt nicht jene notwendigen Verständigungsprozesse, die für das Erkennen des Sterbens und die Bewältigung der individuellen Situation von Patientinnen und Patienten am Lebensende notwendig sind. Die Einrichtung von Palliativstationen ist eine Entwicklung der letzten mehr als zwanzig Jahre. In einer eigenen Organisationseinheit wird eine andere Kultur im Umgang mit den Sterbenden praktiziert. Das hat Vorteile, es gibt einen „Ort“ im Krankenhaus, an dem exemplarisch ein anderer, an Würde und Lebensqualität ausgerichteter Umgang mit den Betroffenen in hoher fachlicher Kompetenz und interprofessioneller Dichte realisiert werden kann. Andererseits ist es oft ein „Delegationsmodell“: Die Themen Sterben, Tod und Trauer werden an die Palliativstation implizit oder explizit ausgelagert. Das Krankenhaus als Organisation erspart sich die Auseinandersetzung mit den Sterbenden und dem Sterben, vermeidet eine Sterbekultur als Organisationskultur, die von der Aufnahme bis zur Aufbahrung in allen Bereichen, Abteilungen und Kliniken zu realisieren wäre.

9 Hospizkompetenz und Palliativkultur im Pflegeheim

Alten- und Pflegeheime sind heute Sterbeheime geworden. Die Umsetzung von

Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen wurde in den letzten Jahren in unterschiedlicher Weise vorangetrieben. Bemerkenswert ist hier, dass vor allem die Leitungskräfte in diesen Betreuungseinrichtungen das Thema aufnehmen. Sie tun das entweder mit Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, durch Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner, durch Auseinandersetzungen mit relevanten Umwelten wie zum Beispiel Bestattern oder Haus- resp. Notärzten, beziehungsweise durch Mobilisierung vorhandener und benötigter Ressourcen. Nach sorgfältigen Bestandsaufnahmen des Status Quo werden verschiedene Veränderungsprozesse initiiert sowie Instrumente und Methoden entwickelt, um eine „Hospizlich-Palliative Kultur“ zu fördern. Interessanterweise entsteht entlang der Frage nach dem Umgang mit ethischen Herausforderungen am Lebensende – wie Krankenhauseinweisung, Notarztmedizin, PEG-Sonde –, aber auch durch die kleinen Fragen des Alltags – Davonlaufen, Umgang mit dementen Menschen, Integration oder Desintegration der Angehörigen ... – Perspektiven, Hospizkompetenz und Palliative Care zu entwickeln und gleichzeitig die geteilte Verantwortung aller Betroffenen zu aktualisieren. Wenn die Altenhilfe nicht die medizinlastigen Modelle des Krankenhauses übernehmen will (Ethikbeiräte, Ethikkomitees, Medizindominanz, systematisches Ausschließen der Betroffenen in den ethischen Konsilien), dann gilt es eigene alltagsnahe und an den ethischen Nahtstellen der Organisation angesiedelte variable Verfahren der ethischen Verständigung zu den existenziellen Fragen im Alltag zu etablieren. Vor allem: Die Betroffenen müssen beteiligt oder advokatorisch vertreten werden.

10 Kultur der Hospizarbeit und Palliative Care mit und für Menschen mit Behinderung

Historisch gesehen, können Menschen mit Behinderung in Österreich und Deutschland erstmals alt werden und eines natürlichen Todes sterben. Auch haben pädagogische und psychologische Prävention sowie medizinisch-pflegerische Betreuung zu einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung geführt.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung eine angemessene hospizlich-palliative Begleitung brauchen. Palliative Care in komplexen Betreuungssituationen bedeutet intensive pflegerische und medizinische Unterstützung. Gleichwohl haben sich viele Trägerorganisationen der Behindertenhilfe auf den Weg gemacht, eine hospizlich-palliative Betreuungskultur zu entwickeln. Grundsätzlich zeigt sich ja noch immer, dass marginalisierten Bevölkerungsgruppen, wie eben auch Menschen mit Behinderung, der Zugang zum Gesundheitssystem im Allgemeinen und zu den palliativen Hilfeangeboten im Speziellen nur erschwert möglich ist.

Menschen mit Behinderung, die heute alt sind, haben aufgrund der lange in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinreichenden „Anstaltsbetreuung“ und der gesellschaftlichen Ausgrenzung vielfach Biografien, die von extremer Abhängigkeit, sozialer Benachteiligung, Vernachlässigung, Diskriminierung, nimmt man die Zeit des Nationalsozialismus in den Blick, auch Verfolgung, geprägt sind. Ein die Biografie des alten Menschen würdiger, personenzentrierter Ansatz von Kommunikation, Begleitung und Betreuung erlangt in diesem Zusammenhang

eine besondere Bedeutung. Die Wünsche und Bedürfnisse alt werdender Menschen mit Behinderung und jener ohne Behinderung unterscheiden sich wenig. Für die meisten Menschen ist es wichtig, so lange wie möglich im gewohnten Umfeld bleiben und gewachsene soziale Beziehungen weiter leben zu können. Für alle Menschen bedeutet ein Wechsel in eine andere Lebens- und Wohnform Veränderung. Das Ziel von Palliative Care in der Behindertenhilfe ist es daher, auch Menschen das würdige Sterben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Die Behindertenhilfe und Altenhilfe könn(t)en dabei viel voneinander lernen. Noch fehlen hier weitgehend eine wechselseitige Bezugnahme und der Wissensaustausch. Die Vernetzung mit hospizlich-palliativen Betreuungsangeboten ist erst dabei sich zu entwickeln.

11 Sterbekultur in speziellen Hospizen und Palliativeinrichtungen

Historisch betrachtet, wurden Hospize als Gegenwelten zum menschenunwürdigen Umgang des Krankenhauses mit den Sterbenden gegründet. Es war in der Tat organisationsgeschichtlich eine enorme Innovation, eigene Organisationen, in denen das Sterben als ein natürlicher Teil des Lebens akzeptiert wird, zu schaffen, um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Palliative Care erwächst aus der Internationalen Hospizbewegung, die sich im deutschsprachigen Raum etwas zeitversetzt zur englischen und amerikanischen Entwicklung in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts durchzusetzen beginnt und sich für ein Sterben in Würde („to die in dignity and character“) einsetzt.

Im Hospizbegriff lebt die Idee der europäischen und altorientalischen Gast-

freundschaft fort, in der menschliches Leben als Pilgerschaft begriffen wird, und auf Gastfreundschaft angewiesen ist, um Weg und Ziel zu finden. Hospize fungieren in diesem Sinn als Orte der absichtslosen Gastfreundschaft. Hospizlichkeit ist zunächst eben kein Gebäude, sondern eine Haltung von Personen und eine Kultur in der Gesellschaft.

Historisch ist die Hospizbewegung zunächst eine Bürgerinnen- und Bürgerbewegung, getragen von ehrenamtlich engagierten Menschen, die sich für das Recht und die Möglichkeit auf ein gutes, würdiges und individuelles Sterben am Lebensende einsetzt, unabhängig von Religion, Rasse, Geschlecht und Ökonomie. Palliative Care (in Deutschland als Palliativmedizin übersetzt) leitet schließlich einen tiefgreifenden Prozess der Professionalisierung, dominiert durch Medikalisierung und Institutionalisierung in den deutsch-

sprachigen Ländern ein, der bis heute prägend ist. In der überarbeiteten Fassung der ursprünglichen WHO-Definition aus dem Jahr 1990 wird dezidiert hervorgehoben, dass Palliative Care als Ansatz bereits sehr früh im Krankheitsverlauf, und zwar parallel zu kurativen Maßnahmen, zur Geltung kommen sollte (WHO 2002). Wie diese konzeptionellen Bausteine in den verschiedenen Gesundheitssystemen umzusetzen sind, bleibt offen: Und so haben sich vielfältige Strukturen und Angebotsformen in den letzten zwanzig Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz herausgebildet.

Das revolutionäre an diesem Ansatz einer „neuen Sorgeskultur am Lebensende“ besteht u. a. darin, dass die einzelne Person – ob als Frau, als Mann, als Kind, als Jugendlicher (s. Kinderhospizbewegung) – in ihrem sozialen Lebenszusammenhang gesehen wird. Die „care unit“ ist also das soziale System, nicht allein das Individuum. Gemäß der Vorstellung und „Entdeckung“ von Cicely Saunders leiden Menschen umfassend (Konzept von „total pain“), also bio-psycho-sozial und spirituell. Diese Multidimensionalität in der Anthropologie von Caring stellt in der Tat eine Revolution nicht nur der modernen Medizin dar. Sie macht eine interdisziplinäre Arbeitskultur in Praxis und Theorie unbedingt erforderlich. Diese ist folgerichtig eine auf Komplementarität ausgelegte Interprofessionalität, in der auch die sog. Ehrenamtlichen (Bürgerinnen und Bürger) die Kontinuität der Sorge aufrecht erhalten.

Der dramatisch steigende Sorgebedarf muss neu gedacht und konzipiert werden. Sterben ist keine Krankheit, sondern Teil des Lebens. Die Sterbenden sollten auch Teil der sozialen Gemeinschaft, also „zu Hause“ bleiben können. Kirchengemein-

Weiterführende Literatur:

Klaus Wegleitner u. a. (Hg.), *Zu Hause sterben*, Ludwigsburg 2012. Das umfassendste Buch zur Frage, wie Menschen zu Hause sterben können, mit anregenden Beispielen und theoretischen Reflexionen aus dem mitteleuropäischen Sprachraum.

Andreas Heller (Hg.), *PRAXIS PALLIATIV CARE*. Für ein gutes Leben bis zuletzt, Hannover. Die Themen rund um das Sterben (z. B.: Der Schmerz hat viele Gesichter, Trauern kann dauern, Sterben erkennen, Sterbende anerkennen, Reden und Schweigen angesichts des Sterbens, In Ruhe sterben oder Palliatives Sedieren etc.) werden regelmäßig für Interessierte allgemeinverständlich, fachlich differenziert und praxisnah in der Zeitschrift „Praxis Palliative Care“ aufgenommen.

den, Bürger und Bürgerinnen beginnen die Sorgen ihrer Mitmenschen zu den eigenen Sorgen zu machen. In Modellprojekten wird derzeit international mit großem Erfolg versucht, sorgende Gemeinden, mitfühlende Gemeinschaften, mitsorgende Städte zu impulsieren. In diesem Ansatz (compassionate communities) liegen viele Verbindungen für eine diakonische Aktivierung auch christlicher Gemeinden.

Der Autor: Prof. Mag. Dr. Andreas Heller M.A., geb. 1956, ist habilitierter Pastoraltheologe und hat den Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik an der

Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt, Wien und Graz in Wien inne, er leitet den Internationalen Masterstudiengang Palliative Care, den Internationalen Universitätslehrgang Organisationsethik und das interdisziplinäre DoktorandInnenkolleg; jüngere Publikationen: zus. mit Reimer Gronemeyer, In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München 2014; zus. mit Birgit Heller, Spiritualität und Spiritual Care, Bern 2014; zus. mit Klaus Wegleitner u. a. (Hg.), Tod – Kein Thema für Kinder?, Ludwigsburg 2014.

Weitere ausgewählte Literatur zum Thema:

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin / Deutscher Hospiz- und Palliativverband* (Hg.), Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Berlin 2012.
- Reimer Gronemeyer*, Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt a. M. 2007.
- Katharina Heimerl / Sabine Pleschberger*, Palliative Care in Deutschland und Österreich. Angebote und Strukturen, in: *Sabine Pleschberger / Katharina Heimerl / Monika Wild* (Hg.), Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht, Wien 2005.
- Andreas Heller* (Hg.), Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg i. Br. 1994, 2. erw. Aufl. 2000.
- Andreas Heller / Katharina Heimerl / Stein Husebø* (Hg.), Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, Freiburg i. Br. 3. überarb. u. erw. Aufl. 2007.
- Andreas Heller / Cornelia Knipping*, Palliative Care – Haltungen und Orientierungen, in: *Cornelia Knipping* (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Bern 2007, 39–47.
- Martha C. Nussbaum*, Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Frankfurt a. M. 2010.
- Elisabeth Reitingner / Andreas Heller*, Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen, in: *Thomas Krobath / Andreas Heller*, Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik, Freiburg i. Br. 2010, 737–765.
- Elisabeth Reitingner / Andreas Heller / Clemens Tesch-Römer / Peter Zeman*, Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen, Freiburg i. Br. 2004.
- Klaus Wegleitner / Katharina Heimerl / Andreas Heller* (Hg.), Zu Hause sterben – Der Tod hält sich nicht an Dienstpläne, Ludwigsburg 2012.