

Thematische Einführung – Palliativ-Care-Tag GFDE

Ulrike Scherf, Stellvertretende Kirchenpräsidentin
Evangelische Kirche in Hessen und Nassau



Thematische Einführung der Schirmherrin Palliativ-Care-Tag der Gesellschaft für diakonische Einrichtungen (GFDE) 19. März 2026 in Darmstadt

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit den Themen Tod und Sterben ist es merkwürdig - die Themen sind in den Mittelpunkt gerückt, kaum eine Landschaft ist so lebendig und aktiv wie die Hospiz- und Palliativbewegung. Und dennoch ist es für viele Menschen immer noch schwierig, fast ein Tabu, darüber zu sprechen. Da kann helfen, der Scheu vieler Menschen mit Sensibilität und subtilem Humor zu begegnen, wie Sie es in der GFDE tun. Sie haben Slogans entwickelt, die wie ein Eisbrecher fungieren, um vor allem mit Angehörigen ins Gespräch zu kommen: „Übers Sterben reden, hat noch niemand umgebracht.“ Oder: „Lasst mich noch einmal verreisen, bevor ich übern Jordan gehe.“ Ein solcher Umgang, große Ernsthaftigkeit mit einer Prise Humor, kann entlasten. Das ist notwendig, weil viele das Thema meiden, bis es auf einmal nicht mehr anders geht.

Ein Grund für die Verdrängung des Todes und Sterbens in unserer Gesellschaft ist unter anderem unsere Betonung von Autonomie, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Diese Werte, die eine große Bedeutung haben, sind in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten jedoch unheimlich dominant geworden. Unsere Selbstbilder sind stark von ihnen geprägt. Wir wollen stark und von niemandem abhängig sein - auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen zu sein, ist mit das schwerste für heutige Menschen. Der Gedanke an die eigene Endlichkeit ist beinahe unerträglich. Und unsere Schwachheit widerspricht unserem Stolz und den Werten, die die Gesellschaft heute propagiert.

So machen viele sogar noch in hohem Alter die Augen zu vor dem Tod, ähnlich wie Sigmund Freud schon konstatierte: „Im Grunde glaubt niemand an seinen eigenen Tod

oder, was dasselbe ist: im Unbewussten ist jeder von uns von seiner Unsterblichkeit überzeugt.“¹

Dabei ist Sterben anders, wenn diese entscheidende Lebensphase gestaltet wird. Wie gut, dass heute wirklich viele Menschen – durch Haupt und Ehrenamtliche im Hospiz- und Palliativbereich - tatkräftige Unterstützung erfahren.

Zur Gestaltung dieser Phase gehört auch alles Wissen, das uns heute zur Verfügung steht. Und das ist enorm, schon allein bei der Bekämpfung der Symptome und bei der Schmerzmedikation ist vieles erreicht worden. Und wenn wir nicht mehr nur von „Sterbephase“ sprechen, sondern von der „letzten Lebensphase“. Davon werden wir heute noch hören.

Authentisches Fallbeispiel aus Bad Vilbel: Ruth und ihre Familie

Ich möchte Ihnen erzählen von einem Pflegeheim in Bad Vilbel. Da hat ein Kollege nicht als Pfarrer, sondern als Angehöriger eine besondere Erfahrung machen dürfen. An diesem Beispiel wird vieles deutlich, was die letzte Lebensphase auszeichnet, und wie der Umgang aussehen kann. Ich weiß aber, dass das, was der Kollege als Angehöriger erlebt hat, eine Ausnahme darstellt.

Seine Angehörige Ruth kam mit 86 Jahren nach einer schweren Operation ins Alten- und Pflegeheim auf dem Heilsberg in Bad Vilbel. Die Situation war für alle Beteiligten belastend. Die Pflege zuhause war nicht mehr möglich. In der Familie stand unausgesprochen im Raum, dass Ruth wohl *zum Sterben* ins Heim kam.

Zum ersten Mal begegneten die Angehörigen in dieser Situation der Palliative-Care-Fachkraft des Hauses. Die hatte Zeit, zuzuhören, Unsicherheiten auszuhalten und gemeinsam mit Ruth und ihren Söhnen nach vorne zu schauen. In ruhigen Gesprächen wurde eine Patientenverfügung erarbeitet und eine Vorsorgevollmacht für die Söhne ausgefüllt. Ruth selbst war dabei wach, klar und dankbar dafür, dass sie sagen durfte, was sie wollte – und auch, was sie nicht mehr wollte.

Doch das Leben überraschte alle. Ruth erholte sich. Aus den befürchteten letzten Wochen wurden fünf erfüllte Jahre im Heim. Sie fand ihren Platz, knüpfte Beziehungen, genoss kleine Rituale und die Sicherheit, gut versorgt zu sein.

¹ In seinem Essay „[Zeitgemäßes über Krieg und Tod](#)“ aus dem Jahr 1915.

Mit über 91 Jahren wurde sie schließlich schwächer. Sie selbst brachte es in einem Satz auf den Punkt: „Ich bin alt und lebensmüde. Mein Körper will nicht mehr.“ Wieder nahm sich die Palliative-Care-Fachkraft Zeit – für Ruth und für die Familie. Es ging erneut um ihre Wünsche:

- Welche pflegerischen Maßnahmen sollen noch erfolgen?
- Soll ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden?
- Was braucht Ruth, um sich sicher und geborgen zu fühlen?

Doch ebenso wichtig waren die persönlichen Fragen: Wen möchte sie noch einmal sehen? Wem noch etwas sagen? Welche Musik soll sie hören dürfen? Wie stellt sie sich ihre Beerdigung vor? Diese Gespräche gaben Ruth Ruhe und der Familie Orientierung. Nichts musste mehr zwischen den Zeilen gelesen werden. Alles durfte ausgesprochen werden.

Ruth verstarb schließlich friedlich im Heim, begleitet von Menschen, die sie kannten und schätzten. Die Trauerfeier für die Verstorbenen des letzten Halbjahres wurde – wie im Haus üblich – von der Palliative-Care-Fachkraft vorbereitet und gemeinsam mit den Geistlichen vor Ort gestaltet. Für die Familie war diese Form des Abschiednehmens stimmig und wohltuend. Sie erlebten: Vorsorge ist nicht nur ein Dokument. Sie ist ein Weg, der Menschen entlastet – im Leben und im Sterben.

Soweit ein Beispiel – jede und jeder von Ihnen kennt ähnliche Beispiele. Mal sind es Seelsorgende, mal Palliative Care Fachkräfte, mal andere Menschen, die den entscheidenden Unterschied machen. Solch stimmige Begleitungen sollten keine Zufälle sein, damit immer mehr Menschen auf diese Weise Abschiednehmen können. In Würde bis zuletzt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hier ein gewichtiger Faktor. In dieser Erzählung des Kollegen sehe ich auch, dass dieser Mensch in seiner – um es so zu sagen - vorletzten und letzten Lebensphase ernstgenommen wurde. Und diejenigen, die als An- und Zugehörige vom Tod betroffen sind. Damit das für die meisten Menschen zugänglich wird, gibt es immer noch viel zu tun.

Auch wenn in den letzten Jahren viel erreicht worden ist, weiß ich, dass das, was der Kollege als Angehöriger erlebt hat, eine Ausnahme darstellt. Ein Ideal, das an vielen Stellen nicht verwirklicht wird, schlichtweg weil die Freistellung der Palliativ-Care-Fachkräfte nicht funktioniert. Manche Einrichtungen gehen voran – mit freigestellten

Palliative-Care-Fachkräften oder speziell qualifizierten Beraterinnen nach § 132g SGB V. Das sind Leuchttürme. Davon brauchen wir mehr.

Antworten auf gesellschaftliche Herausforderungen

Aber es gibt auch viele Herausforderungen in einer alternden Gesellschaft. Dafür wurde manches auf den Weg gebracht. Die im Jahr 2010 veröffentlichte *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*² setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit Sterben und Tod konfrontiert sind.

Ein konkretes Beispiel ist die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V – häufig als Advance Care Planning bezeichnet. Sie soll sicherstellen, dass der Wille von Bewohnerinnen und Bewohnern auch dann respektiert wird, wenn sie sich selbst nicht mehr äußern können. All dies hat den Sinn, Selbstbestimmung zu sichern und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Und, wo es geht, Versorgung in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und Handlungssicherheit zu schaffen.

Und auch ein Fachtag wie heute kann genau das sein: ein Leuchtturm. Ein Ort der Vernetzung. Ein Signal an Politik und Gesellschaft.

Wenn wir heute auch über die Verbindung zwischen christlichen Gedanken und Palliativversorgung sprechen, dann sprechen wir über mehr als ein medizinisches Konzept. Wir sprechen über eine Haltung. Über ein Menschenbild. Über eine Kultur des Lebens – gerade dann, wenn das Leben leiser wird.

Die Fundamente des christlichen Glaubens

Ebenbild Gottes

Ich möchte im Folgenden einige Punkte benennen, die für das christliche Verständnis, für die christlich motivierte Haltung konstitutiv sind. Zuerst: Im christlichen Verständnis gilt: Der Mensch ist **Ebenbild Gottes**. Wir sprechen oft vom „Wert“ eines Menschen. Tiefer geht aber das Verständnis: Der Mensch hat eine unantastbare Würde, die ihm

² https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf

Gott verleiht. Ein Mensch kann unter menschenunwürdigen Bedingungen leben und sterben. Aber die Würde als Geschenk Gottes bleibt.

Diese ist nicht von Leistungsfähigkeit, Produktivität oder Gesundheit abhängig. Sie bleibt bestehen – im Alter, in Krankheit, in Gebrechlichkeit und im Sterben. Genau hier liegt eine tiefe Verbindung zur Hospizbewegung und zur Palliativversorgung: Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht dessen Leistungsfähigkeit oder die Krankheit. Pflege und Begleitung sind Ausdruck von Respekt vor der Person und der Würde bis zuletzt.

Zur Würde des Menschen gehört auch, seine religiösen, spirituellen Bedürfnisse überhaupt in den Blick zu nehmen. Den Menschen als potentiell religiöses Wesen, dem das Angebot der religiösen Begleitung gemacht wird. Ich bin froh, dass in jeder (oder zumindest vielen) Patientenverfügung nach diesen Wünschen und Bedürfnissen gefragt wird.

Nächstenliebe

Ein weiterer zentraler Gedanke des Christentums ist die Nächstenliebe. Und daraus folgt: Fürsorge. Es geht nicht nur darum, medizinisch zu handeln, sondern menschlich da zu sein. Schmerzen zu lindern. Ängste ernst zu nehmen. Einsamkeit zu durchbrechen. Ganzheitlich zu begleiten – körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Palliativversorgung bedeutet nicht „Aufgeben“. Sie bedeutet: nicht alleine lassen. Da sein.

Leben als Geschenk Gottes und Sterbewünsche³

Die christliche Ethik versteht das Leben als Geschenk. Menschen können Leben nicht „machen“, „herstellen“, nicht darüber verfügen. Es ist unverfügbar – von Gott geschenkt. Diesen Gedanken setzt die Hospizbewegung mit Blick auf das Lebensende konsequent um. Leiden soll gelindert werden, aber nicht durch absichtliche Lebensbeendigung. Ziel ist Symptomkontrolle, nicht Lebensverkürzung, auch wenn dies teilweise zur Linderung von Symptomen in Kauf genommen wird. Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung ist immer auch Suizidprävention. Die politische Debatte über Suizidassistentz, die wichtig ist, darf niemals ohne eine ebenso starke Debatte über Suizidprävention geführt werden. Über eine umfassende Hilfe angesichts

³ https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_HomePrint.pdf

von Überforderung, Einsamkeit und Ängsten. Selbstbestimmung ernst zu nehmen bedeutet auch, Menschen Alternativen zu eröffnen – durch Beratung, Begleitung, Behandlung und soziale Unterstützung.

In der Erzählung von Ruth haben wir ihre Stimme gehört. Ruth hat gesagt: „Ich bin alt und lebensmüde. Mein Körper will nicht mehr.“ Das ist sehr differenziert ausgedrückt. Es ist ihr Körper, der schwach geworden ist. Und ihre Seele ist auch müde geworden. Manche sagen einfach: „*Ich will nicht mehr leben.*“ Wir sollten diese Worte niemals vorschnell verstehen. Denn oft sagen Menschen damit etwas anderes. Sie sagen: „*So kann ich nicht mehr leben.*“ Oft verbunden mit der Angst vor dem, was kommt. Schmerz. Vielleicht Einsamkeit.

Sterbewünsche entstehen selten im luftleeren Raum. Sie entstehen dort, wo das Leben schwer geworden ist: nach einer niederschmetternden Diagnose, im Fortschreiten einer Krankheit, im Verlust von Selbstständigkeit, im Gefühl, anderen zur Last zu fallen.

Und wir wissen: Diese Wünsche sind oft zutiefst ambivalent. Menschen schwanken zwischen dem Wunsch zu sterben – und dem Wunsch, weiterzuleben. Zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Zwischen Müdigkeit und dem leisen Wunsch, doch noch gehalten zu werden.

Gerade deshalb ist Beziehung so entscheidend. Denn ein Sterbewunsch ist oft auch ein Ruf. Ein Ruf nach Gespräch. Ein Ruf nach Nähe. Ein Ruf nach jemandem, der sagt: „*Ich bleibe bei dir.*“

Hier beginnt die eigentliche Aufgabe von Palliative Care. Und Sie sehen in der Praxis immer wieder: Wenn Schmerzen gelindert werden, wenn Einsamkeit durch Beziehung ersetzt wird, wenn Menschen sich wieder gesehen fühlen – dann verändern sich Sterbewünsche. Nicht immer. Aber erstaunlich oft.

Deshalb geht es in dieser Debatte nicht nur um Selbstbestimmung. Es geht auch um Bedingungen. Um die Bedingungen, unter denen Menschen leben – und sterben.

Einsamkeit befördert Sterbewünsche

Deshalb müssen wir Einsamkeit und soziale Isolation stärker als gesundheitspolitische Herausforderung begreifen. Viele Sterbewünsche entstehen dort, wo Menschen sich

überflüssig fühlen oder den Eindruck haben, anderen zur Last zu fallen. Eine solidarische Gesellschaft darf dieses Gefühl nicht verstärken. Positiv ist: Die Politik hat erste Beauftragungen für Einsamkeit eingesetzt.

Für uns als Kirche ist das ein zentrales Thema. Zuallererst natürlich in der Seelsorge, aber auch in weiteren Bereichen kirchlicher Arbeit. Wir von der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau verschicken ein bis zweimal im Jahr eine sogenannte Impulspost an unsere Mitglieder. Im Juni letzten Jahres eben zum Thema „Einsamkeit“. Vielleicht haben einige von Ihnen sie wahrgenommen. Das Motto lautete: „Du bist nicht allein allein.“ Ein Leitspruch, der für jedes Lebensalter gilt, auch für junge Menschen, die sich einsam fühlen. Und in besonderer Weise für die Begleitung in der letzten Lebensphase.

Hoffnung

Der Mensch ist Ebenbild Gottes. Hat Würde. Das Leben ist ein Geschenk Gottes. Das sind die christlichen Fundamente. Und dann ist da noch die Hoffnung. Wir leben momentan in der Passionszeit. Sieben Wochen, in denen Christinnen und Christen dem Leiden von Jesus Christus nachgehen. Es entspricht unserem Glauben, Leid und Sterben nicht auszublenden, sondern zu bedenken. Und besprechbar zu machen. Und das mit großer Hoffnung. Bilder aus der Bibel helfen dabei. Etwa vom Weizenkorn, das in die Erde gelegt wird und stirbt. Gott lässt daraus neues Leben wachsen.

Die Auferstehungshoffnung im christlichen Glauben sagt: Der Tod ist nicht das endgültige Ende. Hoffnung bedeutet in der Palliativbegleitung nicht Heilung um jeden Preis – sondern Sinn, Versöhnung, Frieden. Was kann dabei helfen? Gespräche, Rituale und Gebete können Halt geben. Sie öffnen einen Horizont über das Sichtbare und Sagbare hinaus.

Historisch ist diese Haltung tief verwurzelt. Ich denke an Cicely Saunders (1918-2005). Sie hat die moderne Hospizbewegung maßgeblich geprägt. Sie verstand Sterbebegleitung als ganzheitliche Aufgabe von Körper, Seele und Geist. Viele Hospize und Palliativstationen in Europa stehen bis heute in kirchlicher Trägerschaft. Und die gesamte Hospizbewegung weiß sich dem Erbe von Cicely Saunders bis heute verpflichtet.

Der Blick in die Praxis

Das sind jetzt viele positive Aspekte, die unsere Haltung prägen. Aber ich muss Ihnen nicht aufzählen, wie viele erhebliche Hürden es in der Praxis gibt. Sie alle haben immer wieder damit zu tun: mit der aufwändigen Qualifizierung von Personal, mit Personalmangel und Wertschätzung, mit Integration dieser Ziele in den Pflegealltag und nicht immer vorhandenen gut eingespielten Strukturen. Und natürlich mit den ganz konkreten Belastungen im Dienst – Tag für Tag.

Es gibt viel zu tun: Pflege gilt es zukunftsweisend zu gestalten. Alle Hospizarbeit und unsere Palliativversorgung müssen patientenorientiert weiterentwickelt werden. Dazu gehört, den Hospizgedanken und die Palliativversorgung als Qualitätsmerkmal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen weiter zu etablieren.

Dass die GFDE die Begleitung in der letzten Lebensphase und die Palliativversorgung als bedeutsames Thema sieht und angeht, unterstütze ich sehr.

Flexible Modelle der Versorgung

Wenn wir über gute Begleitung am Lebensende sprechen, dann müssen wir auch über neue und flexible Modelle der Versorgung sprechen. Denn die Lebensrealitäten der Menschen sind unterschiedlich. Nicht jeder kann oder möchte seine letzte Lebensphase im stationären Hospiz verbringen. Nicht jede Familie kann die Begleitung zu Hause allein leisten.

Und nicht jede Region verfügt über ausreichend Plätze. Deshalb brauchen wir mehr Flexibilität in unseren Strukturen.

Dazu gehören zum Beispiel teilstationäre Formen wie Tageshospize. Orte, an denen schwerkranke Menschen tagsüber begleitet werden können – medizinisch, pflegerisch, seelsorglich – und abends wieder in ihr vertrautes Umfeld zurückkehren.

Solche Modelle können Angehörige entlasten, Einsamkeit verhindern und zugleich ein hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglichen.

Gerade hier, bei Tageshospizen, muss der rechtlich-politische Rahmen geklärt werden. Das Klientel ist sehr unterschiedlich: Menschen, die nur in den letzten Tagen und Wochen ihres Lebens das Hospiz aufsuchen; andere, die über einen längeren

Zeitraum die Einrichtung besuchen. Manche Bedingungen, die vorgehalten werden müssen, sind momentan nicht leistbar. Hier wäre eine stärkere Flexibilisierung wünschenswert.

Ein anderes Beispiel: Auch Klöster überlegen heute wieder neu, ob sie Menschen von außen aufnehmen können, die in ihrer letzten Lebensphase einen geschützten Ort suchen – Orte der Ruhe, der Spiritualität, der Begleitung.

Oder denken wir an Mehrgenerationenhäuser, an denen zum Beispiel auch Trauerarbeit ihren Platz hat, an denen ein Hospizdienst tätig ist, und ein Trauercafé entsteht, in dem Menschen miteinander sprechen können.

Neue Kooperationen

Aber flexible Modelle entstehen nicht nur durch neue Einrichtungen. Sie entstehen vor allem dort, wo Menschen beginnen, anders zu kooperieren. Christlich geprägte Hospizvereine leisten hier einen unschätzbaren Beitrag. Aber sie können diese Aufgabe nicht allein tragen – und sie sollten es auch nicht. Wir brauchen Partnerschaften mit Gemeindepflegerinnen, mit Einrichtungen der Behindertenhilfe, mit sozialen Diensten, mit Kommunen, mit Bildungsträgern, die Fortbildungen anbieten. Sterbebegleitung gelingt dort am besten, wo sich Netzwerke bilden. Netzwerke, in denen medizinische Kompetenz, pflegerische Erfahrung, soziale Unterstützung und seelsorgliche Begleitung zusammenkommen.

Denn am Ende geht es um eine einfache, aber entscheidende Frage: Wie schaffen wir Orte, an denen Menschen in ihrer letzten Lebensphase nicht nur versorgt werden – sondern wirklich begleitet sind? Flexible Modelle und mutige Kooperationen können genau solche Orte entstehen lassen.

Ich denke auch an den Bereich der schwerkranken Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien, wo noch viel ausgebaut werden kann.

Trauerbegleitung wird immer wichtiger. Auch hier sind die Kirchen sehr präsent und arbeiten häufig mit den Hospizinitiativen Hand in Hand. Aber es ist auch eine öffentliche Aufgabe, die finanzielle Mittel braucht. Hier ist Handlungsbedarf, dringend.

Es braucht finanzielle Mittel, es braucht genügend Personal und nicht zuletzt braucht es eine Kultur der Offenheit für das Thema Sterben – im Team, bei Angehörigen, in der Gesellschaft.

Rahmenbedingungen: Demographie und Sorgeethik

Wenn wir über Palliativ- und Hospizhaltung sprechen, dann sprechen wir auch über Rahmenbedingungen. Über Personalbemessung. Über Mitarbeitengewinnung, ihre Ausbildung und Bindung. Über Arbeitsbedingungen. Über faire Entgelte. Über Qualitätssicherung in Teams mit hoher Diversität von Nationalitäten und Kulturen. Auch Sie bei der GFDE haben sehr viele Mitarbeitende mit Migrationshintergrund: 75% aller Mitarbeitenden. 72 unterschiedliche Nationalitäten. Deshalb sagen Sie: „Wir sind viele, wir sind bunt!“ Gleichzeitig stehen Sie vor großen Herausforderungen, weil manche Mitarbeitende nicht gut Deutsch sprechen und aus vielen Kulturen kommen, die einen jeweils anderen Umgang mit Sterben und Tod haben.

Gleichzeitig sind auch die Menschen, die hier alt werden und gepflegt werden müssen, immer diverser, was ihren kulturellen Hintergrund betrifft.

Wir sprechen auch über die Herausforderung, einen komplexen Berufsalltag sinnhaft und tragbar zu gestalten und in hochsensiblen Aufgaben nicht abzustumpfen. Sie kennen bestimmt Prof. Dr. Giovanni Mayo aus Freiburg. Der Medizinethiker spricht von Sorgeethik und Sorgekultur⁴ – Gedanken, die dem Hospizgedanken eng verwandt sind und den heutigen gesellschaftlichen Tendenzen zuwiderlaufen. Es geht um Menschlichkeit, Haltung, Fürsorge und Solidarität. Sterben wird nie einfach sein, aber menschenwürdig und geborgen sein. Und das wissen wir alle: Die demographische Entwicklung erhöht den Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung schwerstkranker Menschen dramatisch, darauf müssen wir uns in Gesellschaft, in Kirchen und Politik einstellen.

Hospizarbeit und Palliativmedizin müssen in Deutschland in allen Bereichen weiter gestärkt werden - in der Aus- und Weiterbildung, in der Ausstattung, in Forschung und Entwicklung.

Hospizbewegung und Palliativmedizin

⁴ Giovanni Mayo, Ethik der Verletzlichkeit, Freiburg 2024.

Anders als in anderen Ländern haben sich in Deutschland Hospizbewegung und Palliativmedizin zum Teil getrennt voneinander entwickelt. Aber längst ist eine enge Vernetzung entstanden. Aus Distanz ist Zusammenarbeit und Lernen voneinander geworden. Für Patientinnen und Patienten ist genau das am besten - dass Hospizbewegung und Palliativmedizin, Palliativpflege, Hauptamt und Ehrenamt mit ihren je eigenen Ressourcen und Kompetenzen in der letzten Lebensphase zum Tragen kommen.

Fazit

Christliches Fundament und Signale an Politik und Gesellschaft

Mit-Tragen, was Einzelne nicht allein tragen können. Sorgeskultur und christliche Nächstenliebe, plurale Offenheit und genaues Wahrnehmen der Bedürfnisse: Das sind Komponenten, die den entscheidenden Unterschied machen. Und dazu dürfen, auch an einem Tag wie diesen, noch viel mehr Netzwerke gebildet werden.

Ein Fachtag wie dieser ist daher auch ein Signal an Politik und Gesellschaft. Ein Leuchtturm, den wir brauchen.

Deshalb: Erstens: Gute Hospiz- und Palliativversorgung darf kein Privileg sein. Sie muss für alle Menschen erreichbar sein – unabhängig davon, wo sie leben.

Zweitens: Gute Sterbebegleitung braucht Zeit. Und Zeit braucht Personal. Deshalb brauchen Pflege und Palliative Care bessere Rahmenbedingungen, verlässliche Finanzierung und ausreichend qualifizierte Fachkräfte.

Drittens: Wir brauchen mehr Flexibilität in unseren Versorgungsstrukturen – etwa durch Tageshospize, ambulante Hospizdienste und neue Formen gemeinschaftlicher Begleitung am Lebensende.

Viertens: Sterbebegleitung ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Sie gelingt dort am besten, wo starke Netzwerke entstehen – zwischen Hospizdiensten, Pflege, Seelsorge, Kommunen und sozialen Einrichtungen.

Und fünftens: Eine humane Gesellschaft stärkt die Suizidprävention und nimmt Einsamkeit ernst. Menschen brauchen Alternativen zum Sterbewunsch – Begleitung, Unterstützung und das Gefühl, nicht allein zu sein.

Denn am Ende geht es um eine einfache, aber entscheidende Frage:
Wie gehen wir als Gesellschaft mit den verletzlichsten Menschen um?

Ich wünsche mir eine Gesellschaft, in der jeder Mensch, wenn das Leben leiser wird,
sagen kann:

Ich werde gesehen.

Ich werde begleitet.

Und ich bin nicht allein.

Ihnen allen, die Sie auf welche Weise auch immer für die Hospizarbeit brennen und
daran arbeiten, dass Menschen bis zuletzt erfahren: Ich bin gesehen und begleitet –
Ihnen gilt mein besonderer und ausdrücklicher Dank!

Ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen, segensreichen Fachtag.

EVANGELISCHE KIRCHE IN HESSEN UND NASSAU
DIE STELLVERTRETENDE KIRCHENPRÄSIDENTIN
Pfarrerin Ulrike Scherf
Paulusplatz 1 · 64285 Darmstadt