



Tod und Sterben im Strafvollzug – die palliativmedizinische Perspektive

Dr. med. Bernd Oliver Maier MSc.

Klinik für Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin DGP

St Josefs-Hospital Wiesbaden

Potenzielle Interessenskonflikte

	Ja	Nein
Berater (Kommerzielle Vergütung oder Unterstützung des Autors in den letzten drei Jahren in Form von Beratungsverträgen, auch Mitgliedschaft in Gremien, Beiräten, Aufsichtsräten etc.)		X
Eigentümer (Eigentümerinteresse an Arzneimittel/Medizinprodukten z.B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz, etc.		X
Investor (Finanzielles Interesse an Firmen, die eine beschriebene Ausrüstung, ein Verfahren oder Produkte liefern, z.B. Aktienbesitz, Anteilseigner etc.)		X
Mitarbeiter (Finanzielles Interesse bei der Produktvermarktung, z.B. Mitarbeiter des Produktherstellers)		X
Produkt (Finanzielles Interesse bei der Ausrüstung, dem beschriebenen Verfahren und/oder dem beschriebenen Produkt, z.B. Forschungsunterstützungen, Referentenhonorare, Reisekostenunterstützungen, Stipendien etc.)		X
Keine (Keine Interessenskonflikte; keine kommerzielle Unterstützung der vorgelegten Arbeit in irgendeiner Form)	X	

- Palliativmedizin / Palliativversorgung
- Tod und Sterben im Strafvollzug (Außenansicht / Innenansicht)
- Die Begegnung von Strafvollzug und Palliativ – und Hospizversorgung
- Thesen

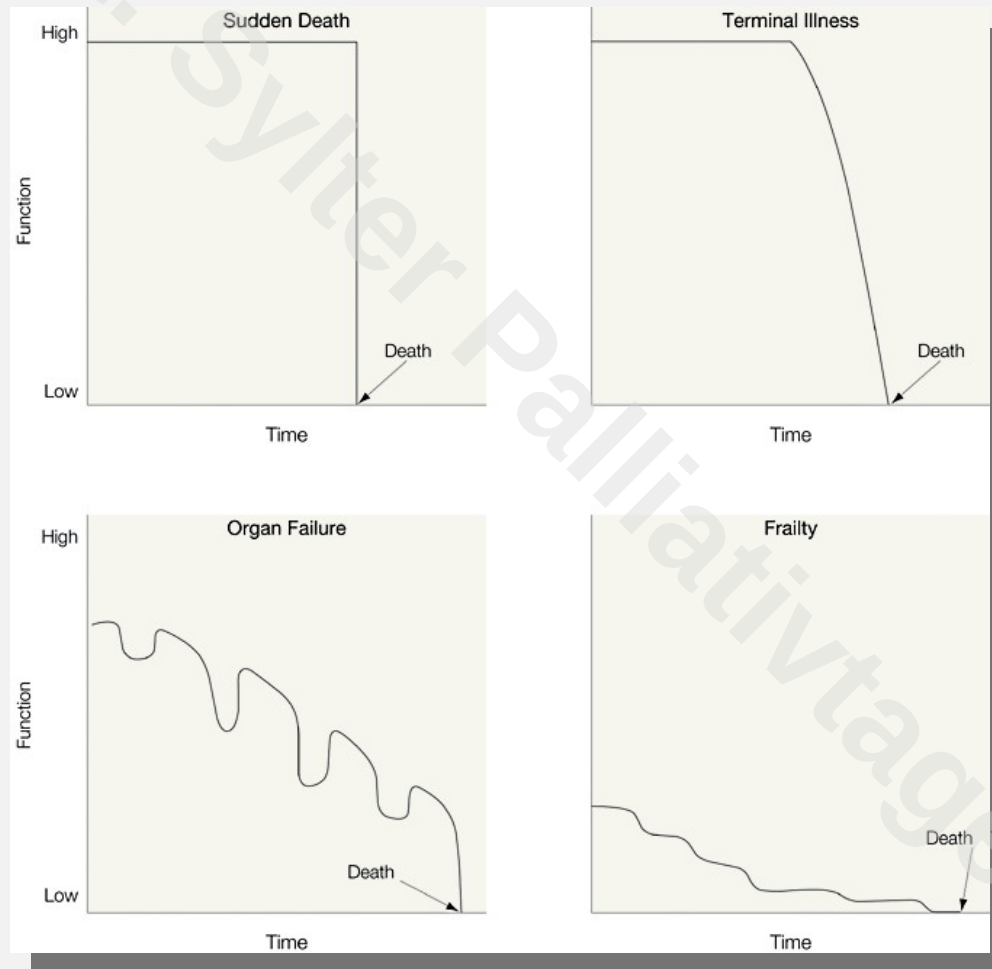
Palliativversorgung - Palliativmedizin

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf

Sterbeverläufe

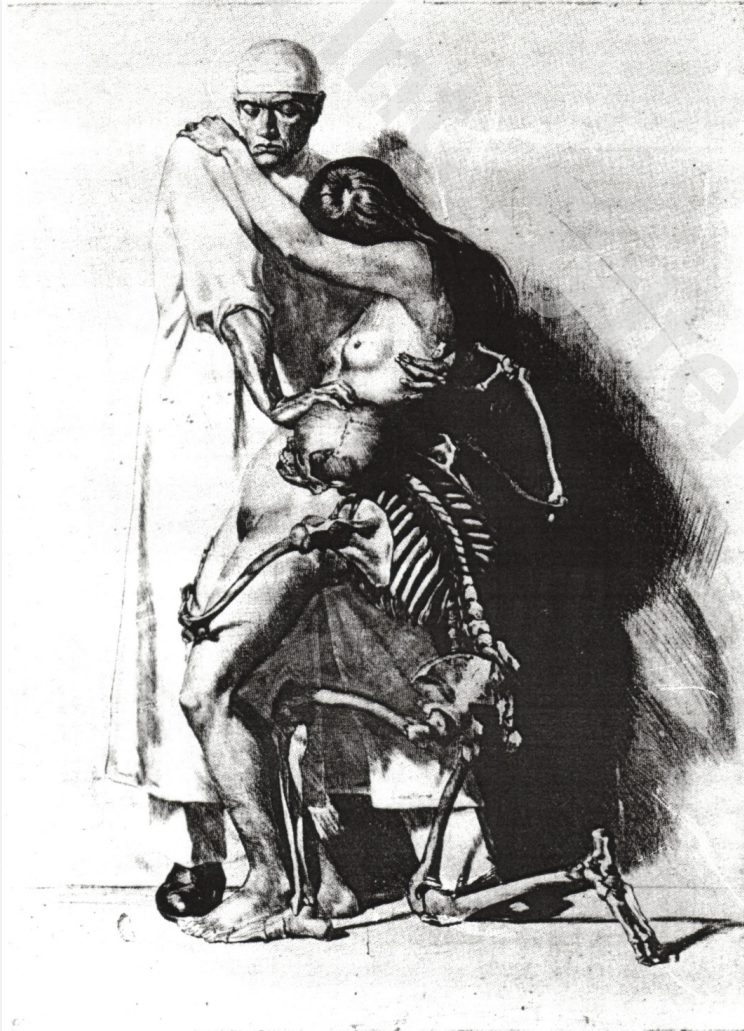


Lunney, J. R. et al. JAMA 2003;289:2387-2392.

Respekt vor dem Mensch im Patienten



Respekt vor dem Patienten im Menschen



Arzt und Tod im Kampf um eine Frau
Ivo Saliger, um 1921
aus : Mensch und Tod. Totentanzsammlung der Universität Düsseldorf aus 5 Jahrhunderten,
Katalog der Ausstellung am Städtischen Kunstmuseum Düsseldorf, 1976

Autonomie - Selbstbestimmung



WELCHES DARTU
WENN FR. DR., kommt
alles ab. schalten

Seite 2

Was begrenzt Autonomie:

- Bewusstseinsveränderungen
- Angewiesenheit auf Helfende
- Gesetze
- Menschliche Heteronomie
- Ambivalenz....

Respekt vor Individualität



➤ Tod und Sterben im Strafvollzug

Prognose

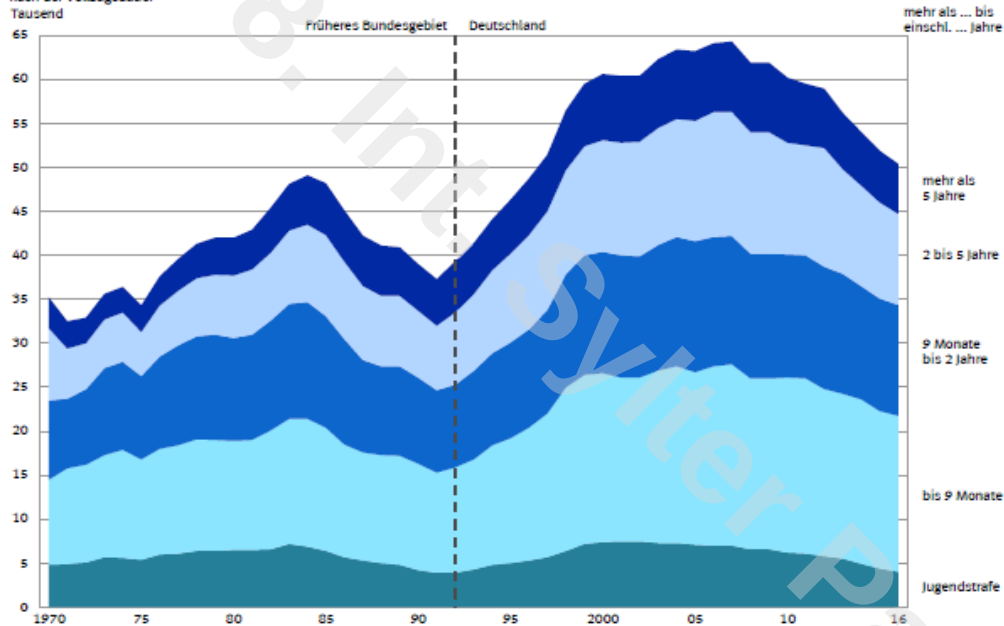
Die Zahl der Menschen, die im Gefängnis sterben werden, nimmt insbesondere im geschlossenen Vollzug stetig zu.

Gründe:

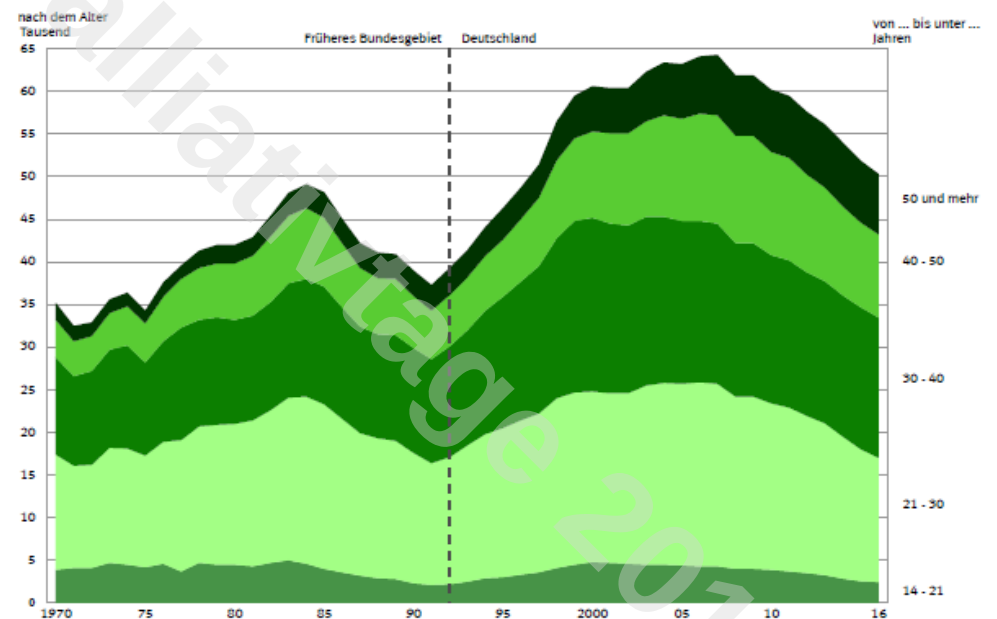
- Es werden vermehrt ältere Menschen straffällig (Schneeberger Georgescu 2006)
- Es lässt sich ein Trend zu härteren und längeren Strafen für bestimmte Straftaten verzeichnen (Kreuzer und Hürlimann 1992; Schneeberger Georgescu 2009; Wahidin 2006)
- Es existiert die Möglichkeit der lebenslangen Verwahrung.

Am 31. März in den Justizvollzugsanstalten einsitzende Strafgefangene¹

nach der Vollzugsdauer²



SEFS-HOSPITAL WIESBADEN



¹ Früheres Bundesgebiet; ab 1992 Deutschland; ² Bis einschl. 1970 Dauer der erkannten Strafe; ab 1971 voraussichtliche Vollzugsdauer (d.h. ausschl. einer angerechneten Untersuchungshaft, aber einschl. eines evtl. auszusetzenden Strafrestes).

2017 - 06 - 0175

Größenordnung

1 Straßengefängene und Sicher

1.2 Am 31.3.2016 nach Ländel

und Sicherungsverwahrte nach Altersgruppe sowie nach Art und Dauer des Vollzugs
nach Ländern

Jahr	In gesamt	ins- gesamt	Nach dem Alter			Nach der Art des Straßvollzugs			offen Vollz	Sicherungsverwahrung 2)	
			unter 25 Jahre	25 bis unter 40	40 und mehr	Frei- heits- strafe 2)	Jugend- strafe 3)	Siche- rungs- verwah- rung 4)		5 Jahre bis 15 Jahre	lebens- lange
Deutschland	Insgesamt									3 743	1 863
Baden-Württemberg	1								8	460	234
Bayern	1									589	261
Berlin	1									235	95
Brandenburg	1									73	61
Bremen	1									32	8
Hamburg	1	50 858	7 424	26 106	17 328	46 308	4 010	540		100	48
Hessen	1	5 028	892	2 423	1 713	4 624	342	62		321	183
Mecklenburg- Vorpommern	1	8 274	1 332	4 101	2 841	7 630	588	56		47	31
Niedersachsen	1	3 255	359	1 735	1 161	3 015	195	45		256	183
Nordrhein-Westfalen	11	1 106	149	607	350	1 002	94	10		967	427
Rheinland-Pfalz	1	472	48	276	148	458	14	-		165	107
Saarland	1	1 184	119	582	483	1 105	51	28		55	25
Sachsen	1	3 551	482	1 661	1 408	3 216	272	63		163	73
Sachsen-Anhalt	1									81	50
Schleswig-Holstein	1									94	40
Thüringen	1									105	37
.....		897	141	512	244	796	89	12			
.....		4 053	618	2 047	1 388	3 622	381	50			
.....		13 002	1 811	6 571	4 620	11 756	1 129	117	3		
.....		2 637	474	1 252	911	2 298	293	46			
.....		618	80	318	220	563	52	3			
.....		2 908	363	1 790	755	2 712	166	30			
.....		1 501	224	877	400	1 335	152	14			
.....		984	166	488	330	889	92	3			
.....		1 388	166	866	356	1 287	100	1			

https://www.destatis.de/...
ollzug2100410167004.p...

2 Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafgerichtlicher Anordnung Untergebrachte am 31.3. nach Alter und Familienstand *)
Früheres Bundesgebiet 1)

Jahr Land Alter Familienstand	Psychiatrisches Krankenhaus und Entziehungsanstalt zusammen			Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 2)		Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) 3)			
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	weiblich	zusammen	weiblich	darunter Fälle ohne Trunksucht	weiblich
1970	4 401	4 156	245	4 222	240	179	5	18	2
1975	3 677	3 508	169	3 494	164	183	5	30	2
1980	3 237	3 074	163	2 593	102	644	61	184	29
1985	3 462	3 294	168	2 472	104	990	64	302	41
1990	3 649	3 496	153	2 480	95	1 160	58	315	27
1995	4 275	4 107	168	2 902	111	1 373	57	537	35
1996	4 233	4 078	155	2 956	119	1 277	36	491	17
1997	4 579	4 370	209	3 214	145	1 363	64	535	33
1998	5 068	4 837	231	3 539	166	1 529	65	619	38
1999	5 495	5 227	268	3 838	195	1 657	73	758	43
2000 4)	5 872	5 554	318	4 098	223	1 774	95	789	46
2001 4)	6 219	5 886	333	4 297	257	1 922	76	985	35
2002	6 550	6 166	384	4 462	263	2 088	121	960	64
2003	7 309	6 944	455	5 118	322	2 281	133	1 189	84

2014 nach Alter (von ... bis unter ... Jahren) 6)

unter 25	813	769	44	411	27	402	17	282	14
25 - 30	1 690	1 572	118	781	62	909	56	607	28
30 - 40	3 244	3 013	231	1 822	145	1 422	86	973	56
40 - 50	2 520	2 325	195	1 759	140	761	55	454	25
50 - 60	1 525	1 392	133	1 232	106	293	27	134	12
60 - 70	418	383	35	386	32	32	3	12	-
70 und mehr	152	146	6	149	6	3	-	2	-

2014 nach Familienstand 6)

ledig	7 046	6 626	420	4 560	290	2 486	130	1 669	64
verheiratet	811	725	86	368	53	443	33	265	23
verwitwet	154	125	29	126	26	28	3	8	1
geschieden	1 011	900	111	588	64	423	47	236	25
ohne Angabe	1 340	1 224	116	898	85	442	31	286	22

25 - 30	1 690	1 572	118	781	62	909	56	607	28
30 - 40	3 244	3 013	231	1 822	145	1 422	86	973	56
40 - 50	2 520	2 325	195	1 759	140	761	55	454	25
50 - 60	1 525	1 392	133	1 232	106	293	27	134	12
60 - 70	418	383	35	386	32	32	3	12	-
70 und mehr	152	146	6	149	6	3	-	2	-

2014 nach Familienstand 6)

ledig	7 046	6 626	420	4 560	290	2 486	130	1 669	64
verheiratet	811	725	86	368	53	443	33	265	23
verwitwet	154	125	29	126	26	28	3	8	1
geschieden	1 011	900	111	588	64	423	47	236	25
ohne Angabe	1 340	1 224	116	898	85	442	31	286	22

*) Ohne einseitige Unterbringung.

1) Einschl. Berlin West, seit 1995 einschl. Gesamt-Berlin.

2) Für 1970 Anordnungen aufgrund § 42b StGB.

3) Für 1970 Anordnungen aufgrund § 42c StGB.

4) Für Rheinland-Pfalz Ergebnisse aus 1999.

5) Für Rheinland-Pfalz Ergebnisse aus 2008.

6) Für Rheinland-Pfalz Ergebnisse aus 2010.

7) Für Schleswig-Holstein teilweise Daten aus 2011.

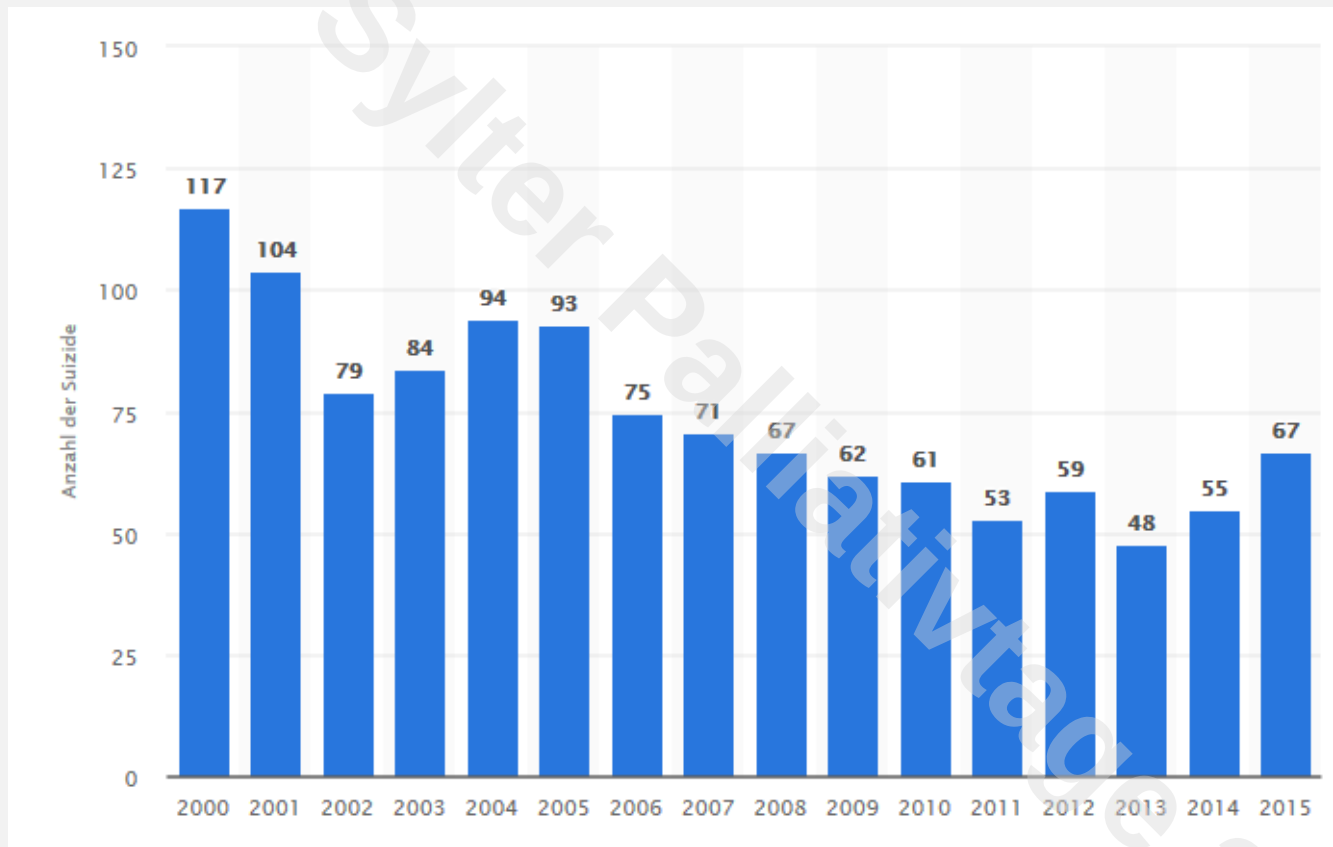
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/Strafverfolgung/Vollzug/KrankenhausMassregelvollzug.html>

Beispiel JVA Werl

- Belegungsfähigkeit von 863 Männern
- 90% Langstrafige
- 180 Gefangene unbefristet untergebracht
- 46 Sicherheitsverwahrte
 - 200 Menschen ohne Licht am Ende des Tunnels

(M. Skirl in Hospiz Dialog 2012/50)

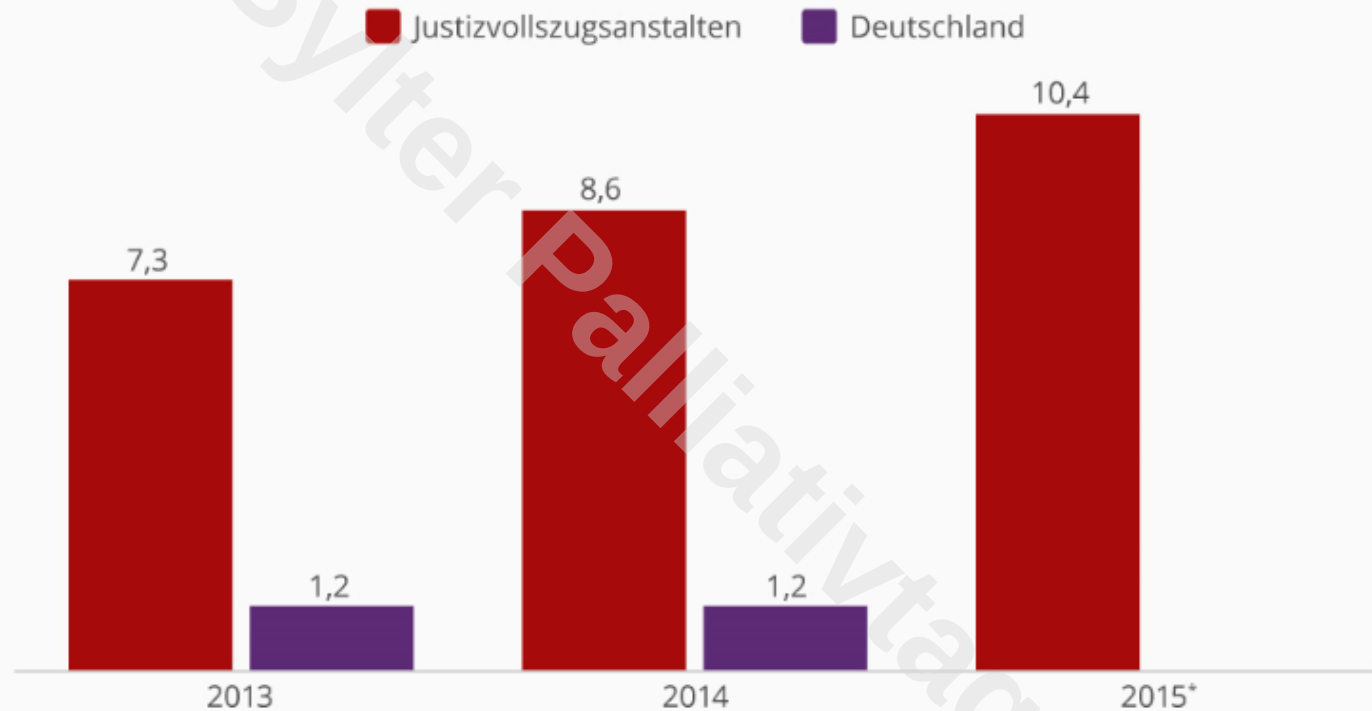
Anzahl der Suizide in Gefängnissen in Deutschland von 2000 bis 2015



<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/619604/umfrage/suizide-in-gefaengnissen-in-deutschland/>

Suizidrisiko ist hinter Gittern höher

Anzahl der Selbstmorde je 10.000 Insassen/Einwohner



* Werte für Deutschland liegen noch nicht vor



Quelle: Statista-Berechnung auf Basis von Destatis/
BAG Suizidprävention im Justizvollzug

statista

<https://de.statista.com/infografik/6235/selbstmorde-in-justizvollzugsanstalten-im-vergleich/>

Außenansicht

- Wie nimmt die Gesellschaft das Thema wahr?

MIT 80 HINTER GITTERN

Wie sieht eigentlich Knast für Alte aus?



Foto: chrisberic - Fotolia

Werden Senioren anders untergebracht als andere Häftlinge?

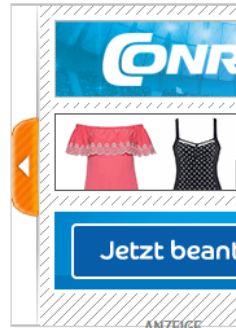
Pfeiffer: „Ja, sie werden in der Regel geschützt vor der brutalen Gefängniskultur. Um sie vor der Gewalt der anderen Insassen fernzuhalten, werden sie meist auf einem gesonderten Flur untergebracht. Sie unter jungen, straftätigen Männern zu lassen, wäre für alte Häftlinge unter Umständen sehr schwierig. Aber es gibt keine altersgerechten Zellen oder so.“

Was passiert, wenn jemand im Gefängnis pflegebedürftig wird?

Pfeiffer: „Dann kommen sie ins Gefängnis-Krankenhaus. Dort werden sie unter Umständen auch lange Zeit behandelt und gepflegt. Generell ist es so, dass diese Krankenhäuser aber nicht auf schwerwiegende Erkrankungen ausgerichtet sind. Muss jemand operiert werden, kommt er unter Bewachung in ein normales Krankenhaus. Das gilt für alle Insassen.“

Und was ist, wenn ein alter Menschen droht im Gefängnis zu sterben?

Pfeiffer: „Dann wird er in der Regel begnadigt und entlassen. Wenn von jemandem keine Gefahr mehr ausgeht, darf er Zuhause sterben.“



ANZEIGE

Deutschlands einziges Seniorengefängnis

Rentner im Knast

Von Steve Przybilla - 04. Juli 2017 - 15:05 Uhr

In der JVA Singen läuft vieles anders als in üblichen Vollzugsanstalten, denn hier ist der jüngste Häftling 62 Jahre alt, der älteste 85. Ein Besuch im bundesweit einzigen Seniorengefängnis.



Die JVA Singen hat 50 Haftplätze für Senioren.

Foto: Steve Przybilla

Singen - In Gefängnissen gehört Kraftsport zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten. Die Insassen lieben es, ihren Körper zu stählen. Sie stemmen Gewichte gegen die Langeweile, spielen Fußball, messen ihre Kräfte auf dem Sportplatz – und manchmal auch auf dem Gang. Poster mit Pin-up-Girls gehören zur Standardausstattung vieler Hafträume. Der Ausblick ist oft ernüchternd: Stacheldraht, Wachtürme. Dazu Zellengenossen, die heimlich Handys einschmuggeln oder Drogen

<https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.deutschlands-einziges-seniorengefaengnis-rentner-im-knast.4e551da5-8627-4763-a3b6-049b7024122d.html>

Abonnement
 Ticker
 Suche

Fritz K., 66 Jahre alt, leidet an Diabetes und Bluthochdruck. Er ist sich nicht so sicher, ob er die elf Jahre bis zu seiner voraussichtlichen Freilassung übersteht

Quelle: Tatjana Ebermann

Ein Gefängnis in Detmold hat seit 2008 eine Station für Senioren eingerichtet, weil die Zahl älterer Häftlinge ansteigt. Sie alle treibt die eine Frage um: Komme ich hier wieder lebend raus?

Im August 2013 hält der Tod zum ersten Mal Einzug in die Justizvollzugsanstalt Detmold. Auf dem Gefängnishof bricht ein 73-jähriger Häftling tot zusammen. Ein Aneurysma streckt den Mann nieder. Die anderen Gefangenen stehen danach unter Schock, besonders den Älteren geht das Unglück an die Nieren.

Viele zünden Kerzen für den Verstorbenen an, sprechen Gebete, der Gottesdienst ist so gut besucht wie selten. Das Ereignis führt den Häftlingen vor Augen, dass es auch sie treffen könnte, dass womöglich auch sie hinter Gittern sterben werden.

Anzeige

Die Terrasse ruft: So schön kann draußen sein

Gestalten Sie Ihre Traumterrasse. Tolle Ideen hier im Video!

<https://www.welt.de/regionales/duesseldorf/article124141977/Kein-Insasse-will-im-Knast-sterben.html>



Frankfurt

Rhein-Main

Politik

Wirtschaft

Sport

Kultur

Wissen

Leben

Panorama

FR-Service



Sterben im Gefängnis

Keine Gnade für Todkranken

Norbert S., seit 35 Jahren im Gefängnis, ist an Prostatakrebs erkrankt. In der Klinik der JVA kann man ihm kaum noch helfen. Doch die Staatsanwaltschaft Frankfurt lehnt eine Haftunterbrechung ab. Zunächst müsse geprüft werden, ob vom schwerkranken S. nicht doch noch Gefahr ausgehe.

05.01.2015 18:21 Uhr



Von Oliver Teutsch



Mailen



Im Zentralkrankenhaus der Justizvollzugsanstalt Kassel wird Norbert S. derzeit behandelt. Foto: JVA Kassel

<http://www.fr.de/rhein-main/sterben-im-gefaengnis-keine-gnade-fuer-todkranken-a-507886>



Stock photo © ecastillio

Anlässlich der Bundestagsdebatte zum medizinisch assistierten Suizid sowie zum Hospiz- und Palliativgesetz gab die Diakonie Hessen eine Handreichung zur umfassenden Begleitung von sterbenden Menschen heraus.

03.07.2015

[red](#)

Artikel: [Download PDF](#) [Drucken](#) [Teilen](#) [Feedback](#) [+](#)

Die Diakonie Hessen gibt eine Handreichung zur umfassenden Begleitung von sterbenden Menschen heraus. „Es geht um die Würde von Sterbenden“, sagt Wolfgang Gern, Vorstandsvorsitzender der Diakonie Hessen. „Und die gilt unabhängig von Lebenssituation und sozialem Status und hört bei Wohnungslosigkeit und Strafvollzug nicht auf.“ Die Broschüre „Mit Sterbenden leben – achtsam sein“ erscheint vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion im Bundestag zum medizinisch assistierten Suizid sowie zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Handreichung zeigt die Facetten des Lebens sterbender Menschen auf und stellt dar, wie Menschen am Lebensende eine würdevolle und achtsame Betreuung und Versorgung erhalten können.

„Ökonomische und sozialpolitische Maßgaben dürfen nicht bestimmen, ob oder gar wie wir Menschen am Lebensende begleiten“, sagt Wolfgang Gern. „Unsere Überzeugungen von Menschenwürde und Mitleidenschaft sind doch gerade im Blick auf das Abschiednehmen und Sterben zentral.“



KONKRET

111

Wenn der Tod ins Gefängnis kommt

Älter werden und sterben in Haft

Der demografische Wandel macht auch vor dem Gefängnis nicht halt. Immer mehr ältere Menschen kommen in Haft, werden alt, zum Teil schwer krank und sterben hier unter Umständen auch. Und so kommt es, dass der langsame Tod durch Krankheit und Altern auch ins Gefängnis kommt. Für die Gemeinschaft der Gefangenen und für die Mitarbeitenden eine neue, eine ungewöhnliche und fremde Situation.



Dr. Tobias
Müller-Monning

Wer sind diese Menschen?

Herr R. hat sich durch Raubüberfälle auf Postfilialen und kleine Banken seine kümmerliche Rente aufgebessert. Er hat nicht auf großem Fuß gelebt, er wollte einfach nur mit seinem Geld auskommen, wollte die Wohnung, in der er lebte, nicht verlieren. Die Miete konnte er nicht mehr zahlen. „Ich hab immer nur 500 Euro aus der Beute dazugetan, damit es möglichst lange reicht“, sagt er. „Ich hab auch niemandem Gewalt angetan“, sagt er. Der Richter sieht das anders. Für schweren Raub bekommt er fünf Jahre Haft, für einen 72-Jährigen viel Zeit. Herr R. ist Diabetiker, hat hohen Blutdruck und hat schon einen Herzinfarkt hinter sich. „Werde ich das Gefängnis überleben?“, fragt er.

Herr Z. hat im kommenden Monat Geburtstag, er wird 80. Herr Z. war Drogenkurier und wollte sich mit dem Lohn der Fahrt von Rom nach Berlin „etwas dazuverdienen“, erzählt er. Doch die Zollfahnder kamen dazwischen. Nun sitzt er fest. Auch er ist vorerkrankt.

Herr H. hatte mehr als die Hälfte seines Lebens im Gefängnis verbracht. Als er von seiner lebensbedrohlichen Krankheit erfährt, lehnt er zuerst jede medizinische Hilfe ab. Er droht den Bediensteten: „Bevor ich gehe, nehme ich einen von euch mit!“ Daraufhin wird er in eine Sicherheitszelle



Bilder aus Wenn der Tod ins Gefängnis kommt
<https://www.ekhn.de/aktuell/detailmagazin/news/diakonie-hessen-zu-sterbehilfe.html>

Innenansicht

- Wie erleben Strafgefangene selbst die Auseinandersetzung mit dem Lebensende?

Lebensende im Gefängnis: Vorstellungen, Ängste und Hoffnungen von Gefangenen im geschlossenen Vollzug in der Schweiz,

2014 – Marti, I., Stämpfli Verlag <http://prisonresearch.ch/>



Nationales Forschungsprojekt NFP 67

Einblick in den Alltag von älteren Personen im Freiheitsentzug

22 Interviews mit Langzeitstrafigen in den Justizvollzugsanstalten Lenzburg und Pöschwies (CH)

Fragen nach Alltag im geschlossenen Straf- und Massnahmenvollzug und Vorstellungen von einem Lebensende hinter Gittern

Einfluss des Anstaltslebens

Monotonie

„Mensch, was hätte ich alles tun können in diesen zwanzig Jahren, das ist eine sehr lange Zeit (...) doch es fühlt sich an wie nichts, als wäre das gestern gewesen oder vor einer Woche oder einem Monat“

(T., zw. 55 und 60 Jahre alt)

Lebensende im Gefängnis: Vorstellungen,
Ängste und Hoffnungen von Gefangenen im
geschlossenen Vollzug in der Schweiz, 2014 –Marti, I.

Einfluss des Anstaltslebens Perspektivlosigkeit und Sinnfrage

„B.: „Ich versuche wirklich im Hier und Jetzt zu leben und nicht gross in die Zukunft zu planen. Weil wenn du logisch überlegst, hast du keine Zukunft oder die ist so weit weg, da musst du dir jetzt wirklich keine Gedanken machen [lacht].“

I: „Also wenn Sie an die Zukunft denken, dann denken Sie eigentlich an die Zukunft draussen?“

B.: „Ja, logisch. Hier drinnen versuche ich einfach, jeden Tag so gut wie möglich über die Bühne zu bringen, wenn es geht mit Arbeit, dann geht die Zeit schneller vorbei“

(B., zw. 60 und 65 Jahre alt).

Einfluss des Anstaltslebens Isolation

„Hier würdest du abkratzen [lacht] mitten in der Nacht, keine Ahnung wie, ist ja niemand da, der dir noch die Hand hält oder irgendwie etwas Nettes sagt oder was auch immer“

(P., zw. 55 und 60 Jahre alt).

Lebensende im Gefängnis: Vorstellungen,
Ängste und Hoffnungen von Gefangenen im
geschlossenen Vollzug in der Schweiz, 2014 –Marti, I.

Einfluss des Anstaltslebens

Anstaltsinterner Umgang mit dem Lebensende

- Gesundheitliche Ereignisse stören Betriebsroutine
- Pflegeaufgaben werden zur Aufgabe von Wachpersonal
- Späte Zuweisung zu anderen Institutionen mangels Verfügbarkeit angemessener Plätze
- Keine verlässliche Kommunikation bzgl. Versterben von Mitinsassen

Einfluss des Anstaltslebens

Anstaltsinterner Umgang mit dem Lebensende

„(...) von uns hatte er gerne Hilfe angenommen, er vertraute uns (...) wir haben das heimlich machen müssen, der hat wirklich nichts mehr machen können am Schluss, hat sich nicht mehr selber duschen, sich nicht mehr selber umziehen können, konnte nicht mehr selber auf die Toilette, wir haben ihm bei allem helfen müssen – aber immer heimlich, mit Wachestehen“

(H., zw. 65 und 70 Jahre alt).

Einfluss des Anstaltslebens

Selbstbestimmung

- 7/22 Inhaftierten haben Patientenverfügung mit Anstaltsleiter erstellt (teilweise ergänzt um PV mit eigenem Anwalt)
- 2/7 Mitglied bei EXIT (Sterbehilfeorganisation)
(offene Frage in der Schweiz: Haben Gefangene ein Anrecht auf Suizidbeihilfe?)
- Sterbewünsche häufiges Thema

Nachrichten > Panorama > Gesellschaft > Sterbehilfe > Belgien: Sterbehilfe für Sexualstraftäter Frank Van Den Bleeken

Tod durch Giftspritze

Belgischer Sexualstraftäter soll offenbar im Januar sterben

Kaum ein Fall von Sterbehilfe ist so umstritten wie dieser: Der belgische Sexualstraftäter Frank Van Den Bleeken soll laut einem Medienbericht am 11. Januar durch eine Giftinjektion sterben - auf eigenen Wunsch. Kritiker sprechen von "Töten statt Therapie".



Archivfoto aus 2013: Frank Van Den Bleeken vor Gericht in Brüssel

6. Januar 2015, 15:39 Uhr Frank Van Den Bleeken

Belgischer Sexualtäter bekommt doch keine Sterbehilfe

- Der belgische Sexualstraftäter Frank Van Den Bleeken bekommt doch keine Sterbehilfe.
- Van Den Bleeken soll nun zunächst in eine psychiatrische Einrichtung verlegt werden.
- In Belgien nahmen 2013 insgesamt 1807 Menschen die Möglichkeit zur Sterbehilfe in Anspruch.

Belgischer Sexualstraftäter bekommt doch keine Sterbehilfe

Der belgische Sexualstraftäter Frank Van Den Bleeken bekommt doch keine [Sterbehilfe](#). Stattdessen wird er aus dem Gefängnis in Brügge in ein psychiatrisches Behandlungszentrum verlegt, wie Belgiens Justizminister Koen Geens überraschend in Brüssel mitteilte.

Zuvor hatte es heftige Diskussionen über die erwartete aktive Sterbehilfe gegeben, die Van Den Bleeken selbst beantragt hatte. Nach einem Bericht der flämischen Tageszeitung *De Morgen* war die tödliche Injektion eigentlich für kommenden Sonntag im Gefängnis von [Brügge](#) geplant.

Justizminister Geens erklärte nun, die behandelnden Ärzte hätten die Prozedur zur Sterbehilfe nicht weiter verfolgt. In Belgien entscheiden der Patient und die Mediziner, nicht die Behörden, über den Schritt. "Die persönlichen Motive dieser

Einfluss des Anstaltslebens Vorstellungen vom „guten Sterben“

- Nicht primär ortsgebunden
- In Freiheit (nicht zwingend rechtlich, eher gefühlt)

„Das ist mein Wunsch, dass ich bei einem Baum sterben kann. (...) Aber ich habe nicht Angst, ob ich jetzt hier drinnen sterben muss oder wo anders. Jedenfalls will ich nicht in einem Spital sterben. Lieber da [im Gefängnis] im Garten draussen“

(A., zw. 60 und 65 Jahre alt)

„als guter Mensch“

(D., zw. 55 und 60 Jahre alt)

Innensicht - Zusammenfassung

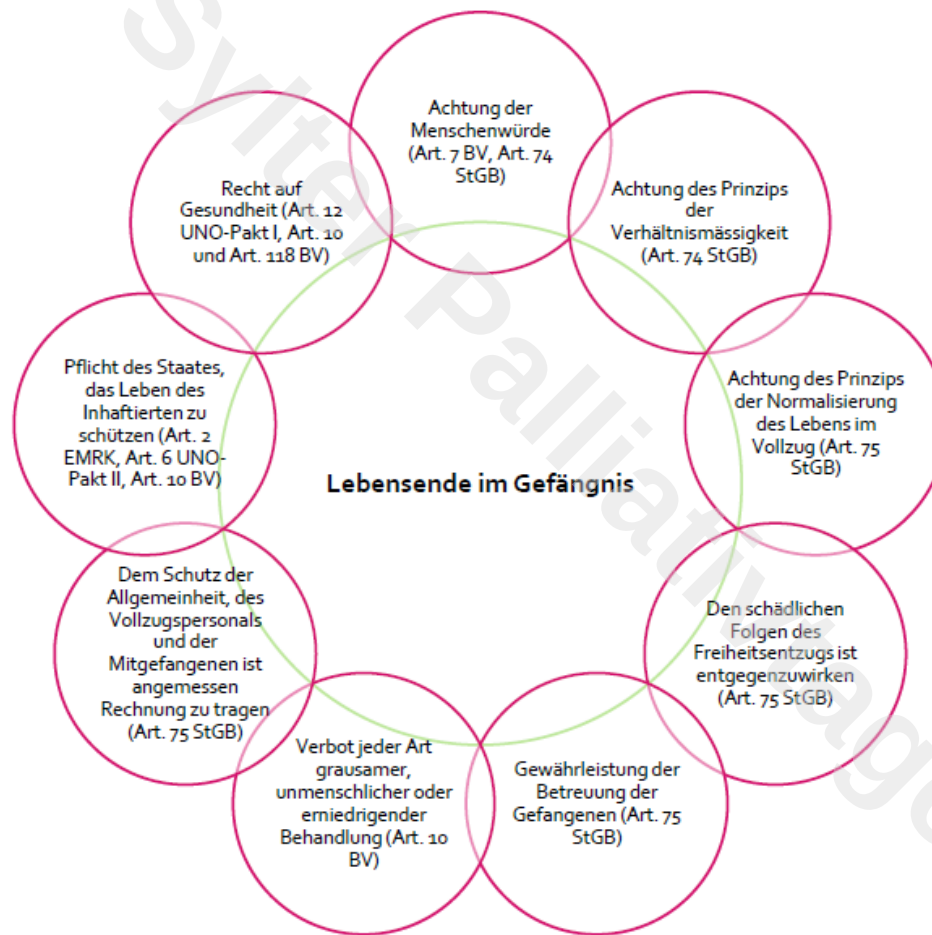
- Prägender Einfluss von Ereignislosigkeit, Perspektivlosigkeit, Fremdbestimmung und Isolation
- Miterleben hinterlässt Eindruck ungenügender Versorgung /Behandlung
- Transparente Information bei Ereignissen erwünscht
- Vorsorgeplanung trotz unsicherer Rechtslage
- Sterbewunschhäufigkeit in Abhängigkeit vom Strafmaß

Kategorien

- Inhaftierte Sterbende
- Inhaftierte Suizidenten
- Inhaftierte Todesfälle
- Inhaftierte Angehörige
- Inhaftierte unheilbar Kranke
- Inhaftierte Lebensmüde
- Inhaftierte Alte
- Inhaftierte Trauernde
- ...

➤ Die Begegnung von Strafvollzug und Palliativ- und Hospizversorgung

Relevante Rechtsgrundsätze



¹ BV: Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft; EMRK: Europäische Menschenrechtskonvention; StGB: Schweizerisches Strafgesetzbuch; UNO-Pakt I: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; UNO-Pakt II: Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte.

„...aus der Literatur ist bekannt, dass mit dem Lebensende neue Herausforderungen in den Strafvollzugsalltag Eingang finden und dass diese zum Teil mit den existierenden Abläufen und Normen konfliktieren.“

Lebensende im geschlossenen Strafvollzug: Ambivalenzen von „care“ und „custody“

Marina RICHTER, Ueli HOSTETTLER, und Irene MARTI; 2014 Newsletter Studienbereich Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit, Nr. 15: 18–24

Forschungsthema

Versorgungssicherheit und (Versorgungs-)Forschung sollen neben der Palliativversorgung von Tumorkranken explizit auch der nachhaltigen Verbesserung der Palliativversorgung von Betroffenen mit anderen Erkrankungen dienen: multimorbiden Patienten, Demenzerkrankten, Menschen mit Behinderungen, Betroffenen aller Altersstufen und sozialer Situationen, einschließlich Bewohnern von Pflegeheimen, Personen im Strafvollzug und Menschen ohne festen Wohnsitz.



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften



Februar 2015
Stellungnahme

Palliativversorgung in Deutschland

Perspektiven für Praxis und Forschung

https://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf
; Seite 8

Special Section: End of Life in Correctional Settings in France, Switzerland, UK, and the United States

Human Rights and Dignity Behind Bars: A Reflection on Death and Dying in World Prisons

Journal of Correctional Health Care

2017, Vol. 23(1) 76-82

© The Author(s) 2016

Reprints and permission:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1078345816685116

journals.sagepub.com/home/jcx



Tina Maschi, PhD, LCSW¹, and Marina Richter, PhD²

Abstract

Death and dying in prisons constitute a topic of growing importance across the globe. Based on the contributions made in this special issue, we reflect on current debates and outline recommendations

254,0 mm

Lösungsansätze international:

- Spezialisierte Abteilungen (Demenz NY)
- EHE (Enhancing the Healing) Programme (GB)
- Peer Support (Verschiedene)
 - Beispiele: San Francisco, Luis Obispo
Angola Prison Hospice Program
Hocking Correctional Facility
Community Reintegration Program

Internationaler Vergleich

Ungefähr zeitgleich mit Ihrem Modell wurde in den USA ein Projekt mit dem Namen ‚Prison Hospice Movement‘ durchgeführt. Hier wurden u. a. Mitgefangene hospizlich geschult und haben ihrerseits die sterbenden Mitgefangenen begleitet. Ist das, was Sie gemacht haben, vergleichbar?

Michael Skirl: Dazu möchte ich generell sagen, dass wir ein solches System, in dem ein Gefangener Einfluss auf einen anderen hat, in dem Hierarchien, Über- oder Unterordnung gepflegt werden, hier als ein Tabu betrachten, das möchten wir nicht. Auch wenn es unter den Langstrafigen ganz selten mal einen ‚Bürgerlichen‘, z. B. einen Arzt, geben sollte, würden wir ihn nie einsetzen, auch nicht als Hilfsarbeiter im Krankenrevier. Nein, bei uns sind die praktizierenden Ärzte, die Geistlichen eingebunden, die Psychologen oder andere Fachdienste.

<https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/50-hospiz-dialog-januar-2012.pdf>

Diskussionsthema: Sterbende Randgruppen

zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung im Landesteil

Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157-159

48153 Münster

Gerlinde Dingerkus

Mary Wottawa

Sigrid Olowinsky-Kiessling

Tel.: 02 51 – 23 08 48

Fax: 02 51 – 23 65 76

E-mail: alpha@muenster.de

Internet: www.alpha-nrw.de

Praktikerbeirat

Ute Aßbrock, Minden

Jürgen Goldmann, Bonn

Christiane Rädcl, Herne

Maria Reinders, Kleve

Layout:

Art Applied und

Graphische Dienstleistungen

Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage:

2500

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

Felix Grützner

SCHWERPUNKT

GESELLSCHAFTLICHE RANDGRUPPEN

Sterben im Knast

11

Interview mit Michael Skirl und Joe Bausch

Sterben, Tod und Trauer bei wohnungslosen Menschen

15

Bernhard Mülbrecht, Mathias Rohlfing, Andreas Schmalbrock und Nadja Zülsdorf

Altersheime für Junkies?

18

Ingrid Strobl

Pflegebedürftige Suchtkranke

20

Susanne Dietze und Ariane Rother

Veröffentlichungen

22

Veranstaltungen

23

Modellprojekte / Initiativen

GESELLSCHAFT

Joe Bausch: Wir müssen aber dazu sagen, dass Sterbebegleitung bei uns nicht so häufig notwendig ist, es gibt nur wenig Fälle von entsprechenden Krankheitsbildern. Der plötzliche Tod kommt häufiger vor. Dennoch hielten wir eine Auseinandersetzung mit dem Thema, auch nach außen sichtbar, für wichtig. Es ist leichter, um es mal ganz klar zu sagen, es ist viel leichter, das zu machen, was wir jahrzehntelang gemacht haben: das Sterben, den Tod wegzuschaffen, aus den Augen aus dem Sinn.

12

Hospiz-Dialog NRW - Januar 2012/50

<https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/50-hospiz-dialog-januar-2012.pdf>

Gibt es bei den Inhaftierten das Bedürfnis, für die letzte Phase des Lebens herauszukommen, möglicherweise auch den Gedanken, in ein stationäres Hospiz zu gehen?

Joe Bausch: Das Problem, das wir haben, ist ja, dass diese Patienten bei der Frage nach dem Hospiz oftmals sagen: „Da will ich nicht hin, denn da schlagen mir Vorbehalte entgegen.“ Man muss auch einfach akzeptieren, dass ein Zivilmensch, der niemals in seinem Leben Straffällige gesehen und allenfalls etwas in der Zeitung gelesen hat, Berührungsängste hat. Und natürlich ist es nachvollziehbar, dass jemand ängstlich ist, wenn er jemanden neben sich weiß, der Menschen umgebracht hat.

Der Betreffende erlebt sich natürlich auch als nicht so angenommen. Und wenn du zum Sterben alleine schon nicht angenommen wirst und im Leben wurdest du ja auch nicht zugelassen, dann kommt es dazu, dass sie das dann eher ablehnen und lieber hier bleiben. Natürlich ist es aber so, dass, wenn sich jemand entscheidet, hier zu sterben und dann

Preisträger

Preisträger 2016

"Trauerbegleitung hinter Gefängnismauern" der
Ökumenischen Hospizhilfe Mannheim



links: JVA-Leiter Schmitt, mittig Josefine Lammer, Prof. Hardinghaus, Angelika Kaiser, z.v.r.: Seelsorger Gernhard Ding

Das Angebot der Hospiz- und Palliativdienste gilt jedem Menschen, der diese Hilfe benötigt und sie in Anspruch nehmen möchte, unabhängig von der Herkunft oder Religion eines Menschen oder auch dem, was im bisherigen Leben war. Hospizarbeit richtet sich vorurteilsfrei an jeden Menschen und damit auch Menschen im Straf- und Maßregelvollzug.

Der DHP-Stiftungspreis 2016 geht an die Ökumenische Hospizhilfe Mannheim und die hier ehrenamtlich tätige Trauerbegleiterin Angelika Kaiser für das Projekt "Trauerbegleitung hinter Gefängnismauern".

Seit April 2012 begleitet Angelika Kaiser Inhaftierte der JVA Mannheim, die einen Trauerfall in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis zu beklagen haben in ihrer Trauer und wenn gewünscht auch nach der Haftentlassung. Einmal pro Woche stellt sie ihre Erfahrung als Trauerbegleiterin in einem geschützten Raum in der JVA zur Verfügung, begleiten die betroffenen Männer durch ihre Trauer und unterstützen sie auch beim Besuch der Grabstätte, ob bei einem begleiteten Ausgang oder nach der Entlassung. Dabei folgt sie dem zentralen Credo der Hospiz- und Trauerarbeit: Sie bietet wertfreie Begleitung und Haltung, denn: Jeder Mensch, egal welcher soziale Stellung, Weltanschauung, Religion oder Lebenssituation, hat das Recht auf Unterstützung und tabulose Begleitung. „Es zählt der Mensch und nicht die Tat.“

Auch wenn Angelika Kaiser den Stein ins Rollen gebracht hat, gab es Unterstützer*innen, die das

Orientierungshilfe durch etablierte Regelversorgung

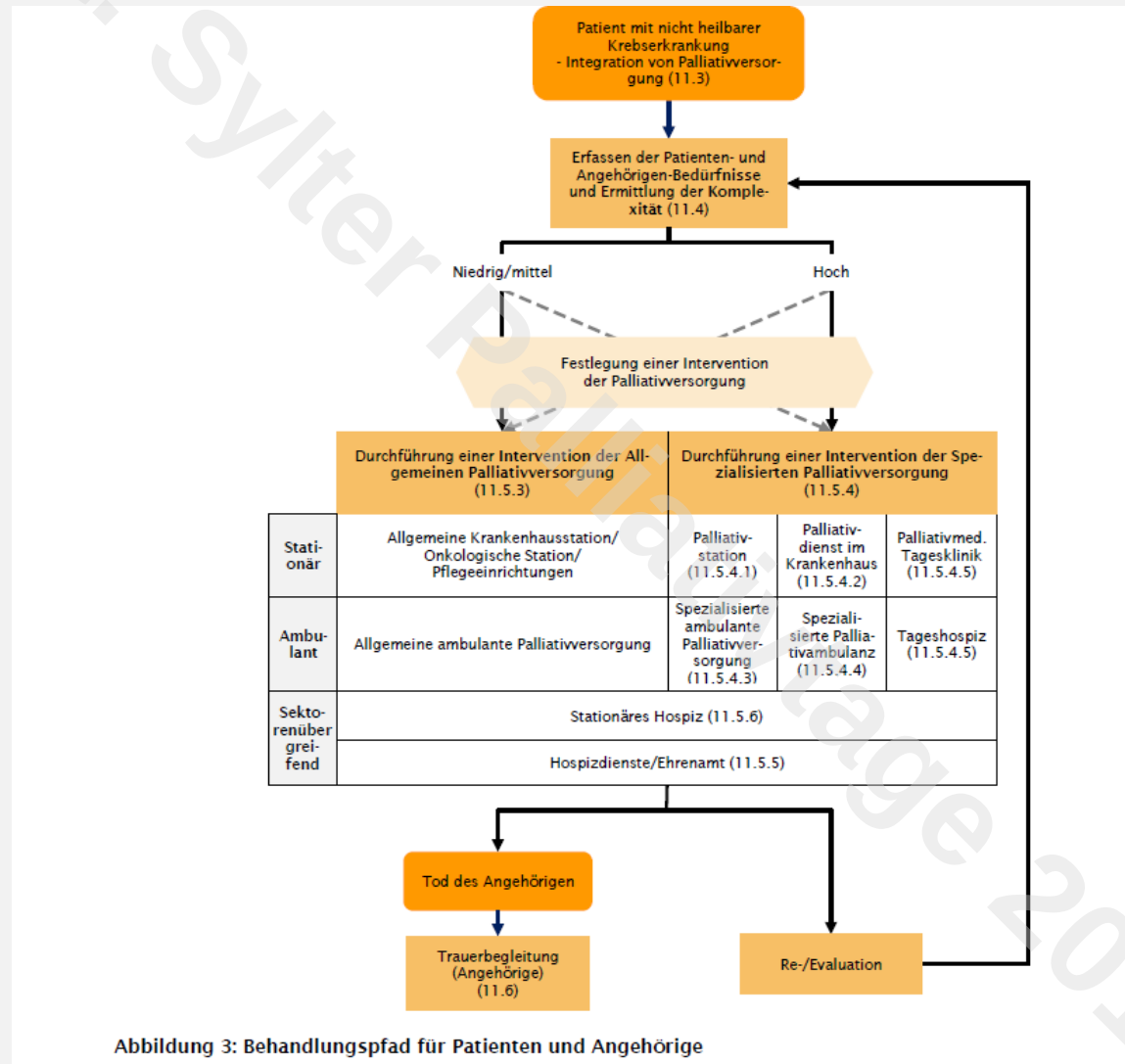


Abbildung 3: Behandlungspfad für Patienten und Angehörige

➤ Thesen

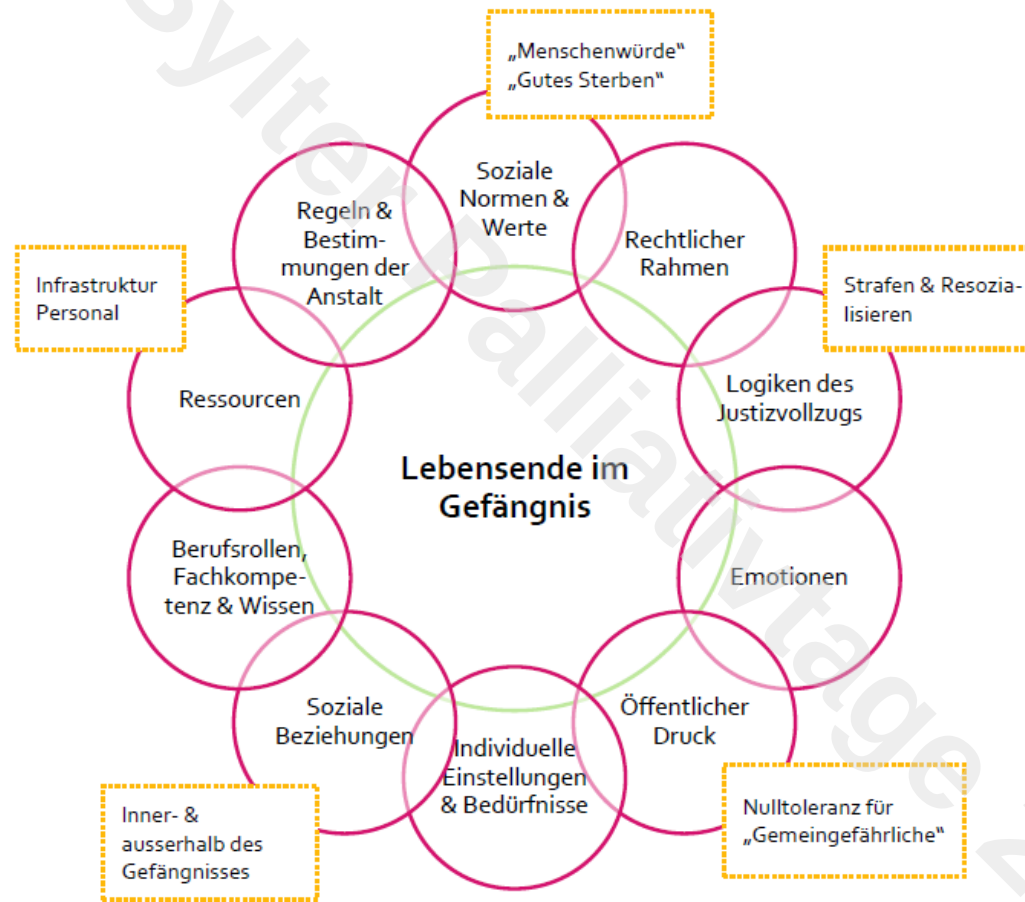
These 1: Systembruch

Strafe aufrecht zu erhalten
und authentische hospizlich-palliative
Begleitung/Behandlung zu gewähren
widerspricht sich in Teilen,
behindert sich immer.

Dilemma: Sinnlosigkeit der Strafe für Sterbende?

Wo wollen Sie denn einen 70-Jährigen hinresozialisieren? Ab einem bestimmten Alter ist es reine Verwahrung.

(Bruno Fuhs, Rechtsanwalt, Passau Zitat aus Lebenslänglich von Toni Wölfl BAG-S Infodienst 2017)



https://boris.unibe.ch/88026/1/NFP67_Brosch%C3%BCre_20150626.pdf

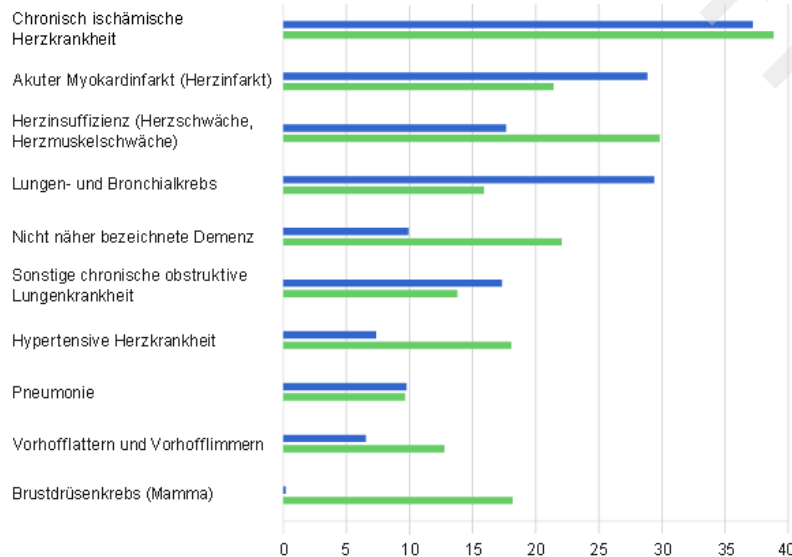
These 2:

Das Problem ist qualitativer und nicht quantitativer Natur.

Verhältnis ca. 1:5000

Häufigste Todesursachen 2015
in Tsd.

■ Männlich ■ Weiblich



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

2016:

910.902 Tote in Deutschland

24.578

Unfalltote

Ca. 250.000

Krebstote

...

ca.100 Sterbende im Justizvollzug (Wulf).
(in Abgrenzung zu Todesfälle!)

Leipzig > Polizeiticker > Polizeiticker Leipzig > 20 Todesfälle seit 2015 in sächsischen Gefängnissen – vier davon in Leipzig

PARTNER IM
RND
REDAKTIONSNETZWERK
DEUTSCHLAND

DAS NEUE
SIEGEL FÜR

MEHR TIERWOHL.

Polizeiticker Leipzig / 14 Suizide

15:18 Uhr / 08.09.2017

20 Todesfälle seit 2015 in sächsischen Gefängnissen – vier davon in Leipzig

Neben dem für Aufsehen sorgenden Selbstmord des mutmaßlichen Terroristen Jaber al-Bakr starben in den vergangenen drei Jahren noch drei weitere Häftlinge im Leipziger Justizvollzug.



Todesfälle in Justizvollzugsanstalten

Jahr	Todesfälle		
	insgesamt	darunter Suizide	
			davon Untersuchungs- gefangene*
1980	40	22	-
1985	22	17	-
1990	27	23	15
1995	29	18	12
2000	33	22	8
2001	33	20	15
2002	40	13	7
2003	45	19	12
2004	32	17	6
2005	32	12	5
2006	30	13	8
2007	30	11	3
2008	43	18	6
2009	30	9	5
2010	34	16	2
2011	21	12	6
2012	20	11	5
2013	35	11	4
2014	37	11	5
2015	25	9	5
2016	40	19	7

https://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/zahlen_fakten/statistiken/justizvollzug/todesfaelle.pdf

These 3:

Es geht um das Selbstverständnis einer humanen Gesellschaft.

Im Umgang mit sterbenden Gefangenen erkennt man den Zustand eines Staates.

(Rüdiger Wulf, Referatsleiter Justizministerium Baden Württemberg)

„Menschenwürdig sterben ist, wenn man in Freiheit und Frieden sterben kann. (...) Ein menschenwürdiges Sterben im Strafvollzug gibt es nicht.“

Die Menschenwürde ist, nach Düring, immer dann verletzt, wenn der Mensch zum Objekt des Staates wird. Auf Inhaftierte trifft das meiner Meinung nach aus folgenden Gründen zu:

- Inhaftierte haben keine freie Arztwahl, sie müssen für ihre Palliativmedizin und Sterbebegleitung den Arzt nehmen, der im Gefängnis tätig ist.
- Inhaftierte haben keine freie Wahl des Seelsorgers. Auch wenn in Ausnahmen der Besuch des Seelsorgers des Vertrauens ermöglicht wird, gilt der Grundsatz, dass es diesen rechtlichen Anspruch nicht gibt.
- Inhaftierte haben keinen Anspruch darauf, die Menschen am Lebensende um sich herum zu haben, die ihnen wichtig sind.
- Inhaftierte können den Sterbeort nicht selber wählen. Sie müssen oftmals im Gefängnis oder im Vollzugskrankenhaus sterben.



CHARTA zur Betreuung
schwerstkranker und sterbender
Menschen in Deutschland

Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie

Träger und Herausgeber



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e. V.



Leitseite 2 75
Handlungsfeld 2

Palliativversorgung und hospizliche Begleitung für Menschen in Vollzugseinrichtungen

1. AUSGANGSSITUATION

Die demographische Entwicklung und vor allem der Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung machen auch vor dem Vollzug – Justizvollzug und Maßregelvollzug – nicht Halt und führen zu einer Veränderung der Alters- und Lebenssituation der Menschen in Vollzugseinrichtungen.

Längere Strafen bis hin zur Sicherungsverwahrung und Ersttäterchaften im Alter über 50 Jahren zusammen mit einer Verlängerung der Lebensdauer führen zu einer zunehmenden Zahl älterer Gefangener im Strafvollzug¹⁾. Dieser Prozess ist auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten. Am Beispiel England ist zu sehen, dass die Entwicklung sehr schnell gehen kann. Hier hat sich die Zahl der Gefangenen über 60 Jahre kontinuierlich um insgesamt 250 % zwischen 1998 und 2001 erhöht²⁾.

Ähnliches gilt für den psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB), in dem psychisch kranke Straftäter untergebracht sind. Die Verweildauern steigen an, nicht zuletzt mit dem Effekt, dass immer mehr ältere Patienten im Maßregelvollzug eine umfassende gesundheitliche Versorgung und Pflege benötigen und zum Teil dort auch versterben werden³⁾.

In der geriatrischen Diskussion innerhalb der Geriatrie und Gerontologie ist die Gruppe der älteren Gefangenen bzw. Untergebrachten weitgehend unbeachtet geblieben, weshalb wir wenig über ihre gesundheitlich-sozialen Bedarfe wissen. In den letzten Jahren nehmen aber die Politik und die Wissenschaft davon zunehmend Kenntnis.

Vor allem ältere, zum Teil aber auch bereits jüngere Gefangene bzw. Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten leiden unter chronischen gesundheitlichen Belastungen, die häufig durch ihre riskanten Lebensweisen wie z. B. den früheren (häufig auch in der Haft fortgesetzten) Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegale Drogen ausgelöst wurden. Existentiell bedrohliche Erkrankungen wie Hepatitis oder HIV/AIDS sowie die Folgen dieser Erkrankungen oder Nebenwirkungen der Medikamente usw. treten gehäuft auf. Der zunehmende Verlust der körperlichen Reserven macht ältere Menschen in Haft anfälliger für weitere neue Krisen.

Psychische Belastungen und Erkrankungen, z. B. Depressionen, sind bei älteren Inhaftierten stark verbreitet. Diese psychische Belastung wird durch die Inhaftierung anders verarbeitet als außerhalb der „Mauern“, es gibt weniger „Ablenkung“⁴⁾. Viele ältere Menschen in Vollzugseinrichtungen leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Zu den gesundheitlichen Belastungen kommen soziale Problemlagen, die sich z. B. in größeren Anpassungsproblemen, Isolation, Altersarmut oder Übergangsproblemen in der Entlassungsphase ausdrücken. Teilweise werden daher in den Vollzugseinrichtungen spezielle Behandlungsangebote für ältere Gefangene vorgehalten – auch unter Berücksichtigung der themenbereichs Arbeit, Freizeit und Gesundheitsvorsorge. Eine weitere Herausforderung kann die Unterbringung von Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen in den Einrichtungen darstellen.

¹⁾ siehe hierzu Pohlmann, S. (2009): Alterskriminalität in Informationsdienst Altersfragen 06/2009, Seite 7-11
https://www.dra.de/fileadmin/user_upload/06_2009_November_Diesember_2009_gesamt.pdf (abgerufen am 19.09.2016)

²⁾ Fazel, Hope, O' Donnell, Piper & Jacoby, 2001; Hayes & Shaw, 2001; PSI, 2001.

³⁾ Statistische Angaben zu den aufgrund strafgerichtlicher Anordnung im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt untergebrachten Personen (Maßregelvollzug) – gibt das Statistische Bundesamt (2013/2014). <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtssystem/Strafverfolgung/Vollzug/KrankenhauserMaßregelvollzug.html?storkid=94CD98043D61778739F028C12690BCDEca4>

Danach waren in 2013 insgesamt 10.875 Personen untergebracht. Nach einem Bericht der Bundeszentrale für politische Bildung aus dem Jahr 2010

(<http://www.bpb.de/apuz/32973/psychiatrische-maßregelbehandlung-p-all>) hat sich „die Zahl der nach § 63 und § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten (hat sich) von 1987 bis 2007 mehr als verdoppelt. ... Das Durchschnittsalter der Maßregelpatienten beträgt etwa 39 Jahre, der Anteil der über 60-jährigen nimmt allerdings zu. ... In der Realität ist dagegen ein Anstieg der mittleren Verweildauer im Maßregelvollzug in den vergangenen Jahren festzustellen, wobei es zwischen den Bundesländern teilweise erhebliche Unterschiede gibt. Untersuchungen der Kriminologischen Zentralstelle ergaben eine mittlere Aufenthaltsdauer der entlassenen Patienten 2002 bei 3,22 Jahren (Median 2,83), 2003 bei 4,37 Jahren (Median 5,08) und 2006 bei 6,5 Jahren (Median 5,33). Deutlich gestiegen ist der Anteil der Patienten, die länger als zehn Jahre untergebracht sind.“

⁴⁾ Prof. Dr. Bernice Elger (Universität Basel) Prof. Dr. Norbert Nedopil (Forensische Psychiatrie am Klinikum der Universität München)

Adressat:**Die Einrichtungen des Strafvollzugs und des Maßregelvollzugs**

Sie sind aufgerufen,

- *eine Strategie für eine würdevolle Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die aus strafprozessualen und rechtlichen Gründen nicht entlassen werden können, zu entwickeln und dazu die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen zu überprüfen. Hierbei sind die folgenden Aspekte bedeutsam:*
- *Fragen von Organisation und Abläufen einer würdevollen Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Gefangener bzw. Untergebrachter, die aufgrund ihrer ungünstigen Kriminalprognose weder beurlaubt noch entlassen werden können, innerhalb der Einrichtung selbst sowie in der Zusammenarbeit mit den ambulanten und stationären Einrichtungen der Krankenbehandlung und der Pflege innerhalb und außerhalb des Vollzugs*
- *ein intensiver Austausch und die Zusammenarbeit der Vollzugseinrichtungen untereinander, z. B. auch in Form von Erfahrungsaustausch, Konferenzen und Symposien sowie Evaluation und Transparenz über Entwicklungen und Erfahrungen*
- *Fragen der Qualifizierung der Mitarbeitenden im Sinne einer palliativ-hospizischen Grundbefähigung. Dazu bedarf es des Einbezugs der Bildungseinrichtungen des Vollzugs bzw. der Schulen für den Justizvollzugsdienst. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob eventuell einzelnen Personen, insbesondere in den Pflegeberufen, eine ggf. spezifische Palliative-Care-Weiterbildung ermöglicht werden kann/sollte.*
- *die Entwicklung einer Abschiedskultur. Das Versterben eines Inhaftierten bzw. Untergebrachten kann bei Mitgefangenen wie auch bei den zuständigen Beamtinnen und Beamten bzw. den Betreuenden auch Trauer auslösen, da hier oft langjährige Bindungen gewachsen sind.*
- *die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Akteuren des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes. Dabei sollten sich die Vollzugseinrichtungen in regionale Netzwerke einbringen und den Austausch und die Kooperation auch von ihrer Seite aus unterstützen. Besonders wichtig ist eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten sowie den SAPV-Teams.*
- *Nahestehende sind in die Begleitung einzubeziehen, soweit dies möglich und von den sterbenden Menschen und ihnen selbst gewünscht wird.*

https://www.koordinierung-hospiz-palliativ.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf

These 4

Wir wissen, dass wir nicht viel wissen.

Wir wissen, dass wir handeln müssen.

Wir sollten das Suchen nach Lösungen nicht mit dem Finden von Lösungen verwechseln.

Ideen:

- Regionale Netzwerke
- Realistische Dimensionierung/Erwartung
- Fachlich – institutionalisierte Zusammenarbeit
- Vorurteilsfreie Meinungsbildung
- Anerkennen möglicher Dilemmasituationen

**9. – 12. SEPT
2020
WIESBADEN**

13. DGP KONGRESS

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

KONTROVERSE AM LEBENSENDE

