

Hospizdialog Nordrhein-Westfalen

Januar 2026 Ausgabe 106

Schwerpunkt:

ZWISCHEN INNEHALTEN UND AUFBRUCH

SCHWERPUNKT

ZWISCHEN INNEHALTEN UND AUFBRUCH

4 RESILIENZ, RESONANZ, RESSOURCEN UND REFLEKTION

So kann Verbindung entstehen

Interview mit Dr.*in Ruthmarijke Smeding

7 GEWINNUNG VON EHRENAMTLICHEN ALS ZENTRALE ZUKUNFTSAUFGABE

Einblicke in den vierten Engagementbericht
der Bundesregierung

Prof.*in Dr.*in Claudia Vogel

10 ASSISTIERTER SUIZID UND SUIZIDPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND

Wo stehen wir und was braucht es jetzt?

Prof. Dr. Alfred Simon

13 AKTUELLE FORSCHUNGEN

Diversität, Suizidassistenten und Prävention

Prof.*in Dr.*in Ute Lewitzka, Jonas Wifek,
Jonas Reinckens, Arina Vorobyeva

18 GESTALTUNG VON ÜBERGÄNGEN

Transition in der pädiatrischen

Palliativversorgung

Dr.*in Mandira Reuther

21 GESELLSCHAFTSPOLITISCHE HOFFNUNG IN KRISENZEITEN

D-A-CH Deklaration 2025 – Caring Communities

Karin Ohler

25 VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

während die Welt um uns herum geprägt ist von globaler Instabilität, Kriegsereignissen und Krisen, gilt in der Hospiz- und Palliativversorgung für den Jahreswechsel oft ein anderes Zeitmaß.

Für die Menschen, die wir begleiten, zählt nicht das Quartal oder das Jahr – es zählt der Augenblick, das Hier und Jetzt.

Gerade wenn mit dem Jahreswechsel im Außen alle Zeichen auf „Zukunft“ stehen, erinnert uns unsere tägliche Arbeit an die Tiefe der Gegenwart.

Für die erste Ausgabe des Jahres 2026 haben wir Themen ausgewählt, die uns aktuell bewegen, die Gegenstand kontroverser Diskussionen in Politik und Gesellschaft sind und die uns im Jahr 2026 und darüber hinaus begleiten – ein Wechsel zwischen Innehalten und Aufbruch.

Sei es der Wandel im Ehrenamt, die vielfältigen Aspekte der Suizidprävention, die Themen Einsamkeit sowie Versorgungslücken (hier im Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenversorgung), aber auch Chancen von Diversität und einer sorgenden Gesellschaft – die Beiträge geben Einblick in aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Strategien und setzen auf Dialog und Miteinander – etwas, das wir aktuell so dringend brauchen.

Wir wünschen Ihnen eine gute und anregende Lektüre!

RESILIENZ, RESONANZ, RESSOURCEN UND REFLEKTION

So kann Verbindung entstehen

INSA VERBECK IM GESPRÄCH MIT RUTHMARIJKE SMEDING

Insa Verbeck (IV): Liebe Frau Smeding, haben Sie vielen Dank für Ihre Bereitschaft zu einem Interview zu den Themen Trauer und Einsamkeit.

Ruthmarijke Smeding (RS): Sehr gern! Die Frage nach der Einsamkeit in Hospizarbeit und Palliative Care beschäftigt mich sehr. Im Moment wird unglaublich viel dazu geforscht und schon seit Langem wird gesagt, dass Sterben existenziell eine einsame Erfahrung ist – selbst dann, wenn jemand am Bett sitzt. Das bleibt trotzdem so. Man muss es alleine erleben, erfahren und damit umgehen. Ich denke, das ist nichts, was wir im üblichen Sinne als soziale Einsamkeit bezeichnen würden. Es handelt sich vielmehr um eine existenzielle Form von Einsamkeit, die auch bei der Geburt vorhanden ist. Sowohl das Hineingehen ins Leben als auch das Hinausgehen sind einsame Erfahrungen. Das Hinausgehen im Alter ist natürlich eine andere Art von Erfahrung, weil dabei auch Trauer eine Rolle spielt – und oft, denke ich, auch das Gefühl oder die Aufgabe, dass es nicht mehr weitergeht. Wir sehen ja heute, dass viele Menschen ihr Leben beenden möchten, weil sie sagen: Ich möchte nicht mehr weiterleben.

All das ist eine bestimmte Form von Einsamkeit, von der ich denke, dass sie nicht leicht zu lösen ist. Es ist eine sehr tiefe Erfahrung, die wir – vielleicht auch, weil uns bessere Worte fehlen – Einsamkeit nennen.

IV: Interessant! Wie sieht es mit der Perspektive der Hinterbliebenen aus?

Es gibt einen Artikel von Professor Hardinghaus, dem ehemaligen Vorsitzenden des DHPV, der – ich glaube im Juni 2024 – schreibt, dass auch Trauer eine sehr einsame Erfahrung sein kann. Und ich denke, das stimmt.

„Ein Aspekt, der immer wieder zu kurz kommt, ist die Einsamkeit trauernder Menschen“, so Hardinghaus. „Die Trauerbegleitung als Bestandteil von Hospizarbeit und Palliativversorgung ist wesentlich dem Ziel verpflichtet, der Einsamkeit der Trauernden wirkungsvoll zu begegnen. Denn der Verlust eines nahestehenden Menschen, gar der Verlust der tragenden Beziehung, ist immer mit leidvollen Erfahrungen von Einsamkeit verbunden.“

Gleichzeitig ist das aber auch eine Situation, die sich in unserer heutigen Zeit entwickelt hat, weil wir – wie ich annehme unbewusst – die Botschaft aussenden, dass Trauer ohne Ausbildung nicht mehr begleitet werden kann. Und das ist meiner Meinung nach problematisch.

Ich bin einmal in ein stationäres Hospiz gekommen, und mir kam eine Frau entgegen, die weinte.

Ich habe sie angesprochen und gefragt, ob alles in Ordnung sei. Und dann sagte sie etwas für mich sehr Merkwürdiges. Sie sagte: *Ich war gerade dabei, als meine Nachbarin ihren Mann verloren hat. Das hat mich sehr berührt.* Und dann sagte sie: *Aber ich habe keine 80 Stunden, um sie jetzt in ihrer Trauer zu begleiten.*

Da habe ich gedacht: Das ist ganz sicher nicht das, was Hospize wollen. Es ist viel Gutes daran, dass Menschen Schulungen erhalten. Und ich denke nicht, dass wir das aufheben sollten. Aber ich denke schon, dass wir daneben andere Initiativen brauchen, damit Menschen keine Angst mehr vor Trauer haben.

Ich habe den Eindruck, dass man in Deutschland große Angst hat, jemanden zu verletzen. Das führt dazu, dass viele Menschen, die eigentlich etwas tun könnten, es nicht tun, weil sie nichts falsch machen wollen. In den Niederlanden ist man da etwas experimentierfreudiger, probiert eher etwas aus und merkt dann vielleicht: Das geht nicht gut. Und dann sagt man: *Oh, Entschuldigung, das war nicht richtig. Darf ich es noch einmal versuchen? Oder: Sagen Sie mir, wie es für Sie gut wäre.*

IV: Das Thema Einsamkeit betrifft also nicht nur die Sterbenden oder die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Angehörigen und die Hinterbliebenen. Und das Phänomen wird im Moment größer, weil viele Menschen Berührungsgängste mit diesen Gefühlen und mit existenziellen Erfahrungen haben.

RS: Ja, das sehe ich als ein großes Problem. Und natürlich ist es auch so, dass wir im Hospiz und in der Palliative Care sehr stark auf die Patientinnen und Patienten fokussiert sind. Eine Frau hat einmal zu mir gesagt: *Das ist doch interessant – als mein Mann noch lebte, kamen zwölf Leute am Tag. Jetzt bin ich alleine, und es kommt niemand mehr.*

Die Patientinnen und Patienten werden versorgt mit sehr viel Expertise. Es kommt immer wieder jemand, der weiß, was zu tun ist – vielleicht nicht alles, aber zumindest, was der nächste Schritt ist. Und dann kommt die Trauer, und plötzlich kommt niemand mehr. Natürlich gibt es Angebote. Aber dann muss man selbst aktiv werden und anfangen zu suchen. Und genau das ist etwas, das in der Trauer oft nicht möglich ist. Diese innere Bewegung – *ich gehe jetzt raus und suche mir Hilfe* – die

gibt es dann häufig – zumindest am Anfang – nicht. Man ist überwältigt, man ist traurig, man kann nicht mehr, man hat Angst, ist voller Sorgen. In so einem Zustand gehe ich nicht aktiv hinaus und hole mir Unterstützung.

Ich habe auch das Gefühl, dass die Vielzahl der Angebote in Deutschland dazu führt, dass Menschen nicht mehr wissen, wohin sie gehen sollen, und es am Ende vielleicht sogar ganz lassen. Vermutlich wird vieles von dem, was in den 90ern „Trauer“ hieß, heute „Einsamkeit“ genannt – obwohl es im Kern um dasselbe geht.

IV: Kennen Sie gute internationale Initiativen, die den Themen Einsamkeit und Trauer begeben?

RS: Ich war 2016 in Schottland und bekam eine Einladung zu einem Abend mit dem Titel *„Dinner with Absent Friends“ – Abendessen mit abwesenden Freunden.* Ich dachte: Na gut, gehe ich mal hin, ohne genau zu wissen, was mich erwartet.

Die Einladung war einfach: Wir sollten Geschichten erzählen über Menschen, die wir verloren haben – egal, ob der Verlust letzte Woche passiert war oder vor 30 Jahren. Die Aufforderung lautete sinngemäß: *Bring jemanden mit, der nicht mehr da ist.* Eine Person brachte sogar ihre verstorbene Katze mit. Es ging also nicht nur um Menschen.

An dem Abend selbst wurde nichts erklärt oder moderiert im klassischen Sinn. Ein Mann eröffnete ihn mit einem Lied, das er für einen Freund geschrieben hatte, der in den Bergen verschollen war. Beendet wurde der Abend von einer Frau, die vom Tod ihrer Großmutter erzählte – viele Jahre zuvor, also nicht akut.

Dazwischen saßen Menschen um einen Tisch, die sich nicht kannten: jemand hatte eine Mutter verloren, jemand ein Kind, jemand einen Bruder, jemand ein Haustier. Zehn fremde Menschen, ein Tisch, ein Restaurant. Das Personal war vorher gebeten worden, Gespräche nicht zu unterbrechen, wenn jemand erzählte. Aber natürlich ließe sich so ein Abend auch zu Hause organisieren – es braucht kein Restaurant.

Mich hat unglaublich beeindruckt, was in diesem Raum entstanden ist, diese Nähe.

Aus dieser kleinen Initiative ist von 2016 bis heute – also über fast zehn Jahre – ein großes Festival gewachsen. Jedes Jahr in der ersten Novemberwo-

che findet es in ganz Schottland statt. Menschen laden sich gegenseitig nach Hause ein, essen zusammen auf Dorfplätzen, singen miteinander oder teilen Geschichten. Der gemeinsame Nenner ist immer derselbe: Es geht um Menschen, die nicht mehr da sind.

„*To Absent Friends*“ bietet Menschen in ganz Schottland die Gelegenheit, sich an verstorbene Angehörige zu erinnern, Geschichten zu erzählen, zu feiern und in Erinnerungen an sie zu schwelgen. Das Volksfest „*To Absent Friends*“ – ein Festival des Geschichtenerzählens und Gedenkens – ist eine Chance, verlorene Traditionen wiederzubeleben und neue zu schaffen.

Im Kern wird hier soziale Einsamkeit über das Sprechen von Verstorbenen angesprochen. Da habe ich gedacht: Das ist eine große Stärke der Hospizarbeit. Sterben, Tod und Trauer sind ihr Metier. Wenn Hospize damit nach draußen gehen, dann passiert etwas! Es gibt in diesem Land viele Traditionen, an die man anknüpfen könnte. Gerade in Deutschland, wo der November traditionell ein Monat des Gedenkens ist, ließe sich das gut verbinden – auf eine eigene, passende Weise, nicht schottisch, sondern deutsch. Alles, was Menschen mitbringen, fließt in diese gemeinsame Perspektive ein. Und das ist etwas sehr Schönes.

Es entsteht eine doppelte Verbindung: die Verbindung zu den verstorbenen Menschen – und zugleich die Verbindung zu den anderen Anwesenden. Wir teilen eine existenzielle Erfahrung. Wir sind verbunden in Traurigkeit, Verlassenheit, Verlust und Schmerz. Diese Gefühle dürfen gemeinsam im Raum sein, ohne dass wir vor ihnen Angst haben müssen.

Im vergangenen Oktober haben wir dieses Format als „Kaffee mit verstorbenen Freunden“ auf dem Kreishospiztag in Lengerich ausprobiert. Die Atmosphäre, die dabei entstand, war wirklich besonders.

Und ich denke: Daraus können wir miteinander wachsen. Das ist nicht die einzige Antwort. Aber es ist eine mögliche Antwort – eine, mit der wir miteinander vorangehen können. Und das ist mir daran wichtig: dass sie aus den Menschen selbst kommt und nicht aus Schulungen von außen.

Nicht dieses: *Du sollst jetzt dies tun, du sollst jetzt jenes tun. Du solltest diese Forschung kennen, jene Studie gelesen haben.* Sondern: das, was in

uns selbst ist. Denn letztlich stellt sich die Frage: Welche Haltung, welche Kompetenzen braucht es, um Menschen in einsamen Lebenslagen zu begegnen? Und meine Antwort darauf ist: die eigene Menschlichkeit, das eigene Empfinden – und zu lernen, damit umzugehen.

Das ist nicht immer einfach. Es kostet Überwindung, von sich selbst zu erzählen. Aber wenn ich diesen Schritt mache, merke ich: Da entsteht Raum. Die anderen gehen mit. Es entsteht Resonanz. Mein Ansatz im Moment lässt sich gut mit den vier „R“ beschreiben: **Resilienz, Resonanz, Ressourcen und Reflexion.** All das steckt in diesen Geschichten.

IV: Ist das etwas, das Sie aktuell auch in Ihrer Arbeit mit Gruppen verfolgen?

RS: Ja. Ich erlebe, dass dieses Zurückführen auf das Eigene – mit aller Unsicherheit, mit allem Nichtwissen, mit all dem, was nicht klar oder wissenschaftlich abgesichert ist – im Moment sehr viel Wachstum ermöglicht. Die Menschen merken plötzlich: *Das geht ja. Das können wir machen. Das kann ich schon.* Und genau das ist entscheidend.

Ich schule zum Beispiel hier in der Schweiz Pflegefachpersonen. Und mir ist wichtig, dass sie am Ende sagen: Das setze ich morgen um. Weil sie sich selbst befähigt fühlen. Es muss aus den Menschen selbst herauskommen – dann kann Verbindung entstehen.

Dafür muss man mit dem anfangen, *was ist* – nicht mit dem, *was sein soll*.

Das ist für mich die Antwort: beim Vorhandenen anzusetzen.

IV: Ein schönes Schlusswort, Frau Smeding, vielen Dank!

RS: Danke Ihnen!



DIE GESPRÄCHSPARTNERIN



Dr.*in Ruthmarijke Smeding
palled@gmx.net

im Gespräch mit Insa Verbeck
(Redaktion Hospizdialog)



GEWINNUNG VON EHRENAMTLICHEN ALS ZENTRALE ZUKUNFTSAUFGABE

Einblicke in den vierten Engagementbericht der Bundesregierung

CLAUDIA VOGEL

Ehrenamtliche engagieren sich, um einem guten Zweck zu dienen und Menschen zu helfen. Im Gesundheits- und Pflegebereich ist ehrenamtliches Engagement herzlich willkommen, da pflegebedürftige und erkrankte Menschen sowie deren An- und Zugehörige Begleitung und Betreuung benötigen und wertschätzen, für die Fachkräfte im professionellen Alltag häufig zu wenig Zeit haben. Auch leben immer mehr Menschen allein, so dass Ehrenamt im Einsatz gegen Einsamkeit zunehmend wichtiger geworden ist. Im Übrigen ist das Ehrenamt auch eine gute Prävention, um selbst nicht unter Einsamkeit zu leiden. Was könnte sinnstiftender sein, als gemeinsame Zeit und gemeinsame Gespräche. Allerdings ist ein Ehrenamt im sozialen Bereich nicht ohne entsprechende Qualifizierung möglich und es ist herausfordernd, Menschen zu finden, die sich dauerhaft für eine solch verantwortungsvolle Aufgabe verpflichten.

Alle fünf Jahre lässt sich auf Basis des Freiwilligen-surveys, der größten Studie in Deutschland zum ehrenamtlichen Engagement, der Wandel des

ehrenamtlichen Engagements beschreiben (Bundeskanzleramt 2025). Die aktuellen Zahlen des Freiwilligen-surveys 2024 zeigen, dass 37 Prozent der Bevölkerung ab 14 Jahren ehrenamtlich engagiert sind. Das ist ein hoher Prozentanteil, und er ist deutlich höher als noch vor 25 Jahren (1999: 31 Prozent). Allerdings ist der Anteil ehrenamtlich Engagierter nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich stark gestiegen: Während das Engagement von Menschen mit niedriger Schulbildung auf niedrigem Niveau gleichgeblieben ist – von ihnen waren jeweils 25 Prozent engagiert im Jahr 1999 und im Jahr 2024, ist das Engagement von Menschen mit mittlerer Schulbildung (35 Prozent im Jahr 1999 und 36 Prozent im Jahr 2024) leicht und das Engagement von Menschen mit hoher Schulbildung stark angestiegen (40 Prozent im Jahr 1999 und 46 Prozent im Jahr 2024). Dieser Wandel hängt damit zusammen, dass ehrenamtliches Engagement einerseits nicht voraussetzungsfrei ist und andererseits Menschen mit hoher Schulbildung mehr Ressourcen mitbringen, um sich engagieren zu können. Kurz gesagt: Ehrenamt muss man sich auch leisten können.



©istockphoto_alvarez

Im Gespräch mit Einrichtungen, Vereinen und Verbänden kommt häufig zum Ausdruck, dass die Gewinnung neuer Ehrenamtlicher eine große Herausforderung ist. Aber wie passt das zusammen mit dem Anstieg der Engagementbeteiligung in den letzten 25 Jahren? Zunächst ist festzustellen, dass sich viele Einrichtungen, Vereine und Verbände bei der Gewinnung von Nachwuchs an jüngere Menschen richten, allerdings sind die Geburtsjahrgänge der in den 2000er-Jahren Geborenen vergleichsweise klein - erst Mitte der 2010er-Jahre kamen tendenziell wieder etwas mehr Kinder zur Welt (2005 wurden z.B. nur rund 686.000 Kinder geboren, 2015 waren es rund 738.000). Der Wettbewerb um die jungen Menschen ist stark, schließlich konkurrieren neben zahlreichen zivilgesellschaftlichen Organisationen auch Ausbildungsbetriebe und Hochschulen um sie, sowie künftig sicherlich auch vermehrt die Bundeswehr. Empfehlenswert ist stattdessen, Menschen aller Altersgruppen für das ehrenamtliche Engagement zu gewinnen; insbesondere bei den rentennahen Personen der in den 1960er-Jahren geborenen

großen Geburtsjahrgänge besteht ein großes künftiges Engagementpotenzial (1965 wurden 1.325.000 Kinder geboren).

Zudem ist festzustellen, dass die zeitlichen Ressourcen, über die Menschen verfügen, sehr knapp sind. Verschiedene Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen wie Beruf, Familie und Ehrenamt müssen arrangiert werden. Immer mehr Menschen sind gestresst und klagen über Arbeitsverdichtung und hohen Aufwand für Bürokratie, wobei die Digitalisierung Fluch und Segen zugleich ist. Für das ehrenamtliche Engagement bedeutet das, sehr viele Menschen bringen sich gerne ein, aber viele nur mit einem geringen Stunden-

umfang. Laut Freiwilligen survey 2024 wenden nur 19 Prozent der Engagierten sechs oder mehr Stunden pro Woche für ihr ehrenamtliches Engagement auf, bei der überwiegenden Mehrheit von 53 Prozent sind es lediglich maximal zwei Stunden pro Woche oder weniger (Bundeskanzleramt 2025). Für Einrichtungen, Vereine und Verbände bedeutet dies, dass häufig mehr Menschen für ehrenamtliche Tätigkeiten angeleitet und begleitet werden müssen und der Organisationsaufwand insbesondere bei hoher Fluktuation entsprechend hoch ist. Auch bei denjenigen, die keine zeitlichen Verpflichtungen aus einer Erwerbsarbeit haben, nehmen Termindruck und zeitliche Belastungen zu, z.B. bei den Großeltern, die sich um die Enkelkinder kümmern, oder bei An- und Zugehörigen, die Aufgaben für Pflegebedürftige übernehmen. Es ist nichtsdestotrotz empfehlenswert, für die Gewinnung von ehrenamtlich Engagierten diejenigen anzusprechen, die in der nachberuflichen Phase sind und eine neue Aufgabe suchen, die sinnstiftend und freudebringend ist. Auch heute schon engagieren sich viele ältere Menschen für andere Ältere. Um die ehrenamtlich Engagierten

zu halten, müssen Einrichtungen, Vereine und Verbände heute aber auch stärker auf die Arbeitszeitflexibilität achten und auf die Wünsche der Engagierten, z.B. mit Blick auf Urlaubsreisen und Abwesenheiten, eingehen.

Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass Einrichtungen, Vereine und Verbände verstärkt Menschen für das ehrenamtliche Engagement ansprechen sollten, die sie bisher möglicherweise noch nicht im Blick hatten. Das können Menschen mit einer Behinderung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung sein, Menschen, die armutsbetroffen sind, Menschen, die eine niedrige Schulbildung haben, oder Menschen, die in einem anderen Land geboren wurden und sich in Deutschland einbringen möchten. Bisher haben viele Menschen aus diesen Gruppen eine hohe Motivation, sich ehrenamtlich zu engagieren, sie können es aber aufgrund bestehender Barrieren teils nicht in die Tat umsetzen - etwa aus finanziellen Gründen, da ehrenamtliches Engagement oft nicht nur die Spende von Zeit, sondern auch die Spende von Geld mitumfasst (vgl. Deutscher Bundestag 2024). Die Einrichtungen, Vereine und Verbände könnten so verstärkt neue ehrenamtlich Engagierte gewinnen, wenn sie sich für neue Gruppen öffnen.

Das setzt jedoch seitens der Organisationen auch voraus, sich öffnen zu wollen und die ehrenamtlichen Tätigkeiten noch stärker als bisher flexibel auf die vielfältigen Kompetenzen und Wünsche der zukünftigen Engagierten zuzuschneiden. Belohnt werden die Organisationen durch das Einbringen von viel Lebenserfahrung und sehr verschiedenen Perspektiven der ehrenamtlich Engagierten.

LITERATUR

Staatsministerin für Sport und Ehrenamt im Bundeskanzleramt (Hrsg.) (2025). Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Sechsten Deutschen Freiwilligensurveys (FWS 2024). Online verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/2348674/2393502/bd584f7043a033e56a1923af79abac55/2025-11-14-freiwilligen-surveys-data.pdf?download=1> [Letzter Zugriff: 19.01.2026].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2024). Vierter Engagementbericht. Online verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/141/2014120.pdf> [Letzter Zugriff: 19.01.2026].

DIE AUTORIN



Prof.*in Dr.*in Claudia Vogel
 Professorin für Soziologie und
 Methoden der quantitativen
 Sozialforschung an der Hoch-
 schule Neubrandenburg
 Mitglied der Sachverständi-
 genkommission des Vierten
 Engagementberichts
 cvogel@hs-nb.de

ASSISTIERTER SUIZID UND SUIZIDPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND

Wo stehen wir und was braucht es jetzt?

ALFRED SIMON

Die Debatte um den assistierten Suizid hat seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 neue Dynamik gewonnen. Das Gericht erklärte das 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe für verfassungswidrig und betonte das Recht auf selbstbestimmtes Sterben (Bundesverfassungsgericht, 2020). Seitdem ist die – auch wiederholte – Suizidassistenz wieder erlaubt, eine gesetzliche Regelung fehlt jedoch weiterhin.

Parallel dazu wächst der politische Druck, die Suizidprävention zu stärken. Der Bundestag forderte im Sommer 2023 in großer Einigkeit über alle Fraktionen hinweg die Bundesregierung auf, eine Strategie sowie ein Gesetz zur nationalen Suizidprävention zu erarbeiten. Ein entsprechender Referentenentwurf wurde Ende 2024 vorgelegt und vom damaligen Bundeskabinett beschlossen, schaffte es aufgrund des vorzeitigen Endes der Legislaturperiode aber nicht mehr in die parla-

mentarische Abstimmung. Nach Aussagen aus dem Kreis der Regierungsparteien soll aber noch in diesem Jahr ein Suizidpräventionsgesetz auf den Weg gebracht werden (Deutsches Ärzteblatt, 2025).

Warum brauchen wir eine wirksame Suizidprävention?

Suizid zählt zu den drängendsten, jedoch häufig unterschätzten Themen der öffentlichen Gesundheit. Die WHO weist darauf hin, dass Suizid weltweit zu den führenden Todesursachen gehört, und fordert nachdrücklich verstärkte Anstrengungen in der Suizidprävention (WHO, 2025).

Auch in Deutschland bewegt sich die Zahl der Suizidfälle seit Jahren auf einem sehr hohen Niveau. Im Jahr 2024 nahmen sich 10.372 Menschen das Leben – ein Anstieg von 0,7 % gegenüber 2023 und sogar 7,1 % über dem Durchschnitt der vergangenen zehn Jahre. Besonders auffällig ist, dass

vor allem Frauen von dieser Entwicklung betroffen sind: Ihre Suizidrate stieg um 4,7 %, während bei Männern ein leichter Rückgang von 0,9 % zu verzeichnen war. Insgesamt machten Suizide rund 1,0 % aller Todesursachen aus – ein Anteil, der sich seit Jahren kaum verändert hat (Destatis, 2025). Fachleute betonen zudem, dass die Zahl der Suizidversuche die der vollendeten Suizide um ein Vielfaches übersteigt. Schätzungen gehen von mindestens 100.000 Versuchen pro Jahr aus (NaSPro, 2026).

Ein möglicher Faktor für den Anstieg der Suizidzahlen ist die wachsende Zahl assistierter Suizide. Diese werden in Deutschland bislang nicht systematisch erfasst. Die drei großen Sterbehilfeorganisationen haben nach eigenen Angaben im Jahr 2024 in insgesamt 977 Fällen Suizidassistenz geleistet; von 2021 bis 2024 stieg die Fallzahl um 287 %. Da zudem nicht alle Anbieter ihre Daten veröffentlichen, ist davon auszugehen, dass mittlerweile mehr als jeder zehnte Suizid mit Unterstützung einer anderen Person erfolgt (NaSPro, 2026).

Eine lokale Studie aus München untersuchte assistierte und konventionelle Suizide im Zeitraum von 2020 bis 2023. Während konventionelle Suizide überwiegend von vergleichsweise jüngeren Männern mit psychiatrischen Vorerkrankungen begangen wurden, handelte es sich bei assistierten Suiziden meist um hochbetagte, pflegebedürftige Frauen, die häufiger einen akademischen Hintergrund aufwiesen. Die Studie zeigt jedoch auch Gemeinsamkeiten beider Gruppen, insbesondere im Hinblick auf dokumentierte Depressionen und frühere Suizidversuche, und unterstreicht aus Sicht der Autor*innen die Notwendigkeit einer gezielten und differenzierten Präventionsstrategie (Gleich et al., 2024).

Die Rolle von Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativangebote sind zentrale Bausteine der Suizidprävention. Sie bieten Räume, in denen Menschen am Lebensende ihre Ängste und Wünsche ausdrücken können. Gute Palliativversorgung kann den Wunsch nach assistiertem Suizid deutlich reduzieren, weil sie Leiden lindert und Selbstbestimmung stärkt.

Entscheidend ist dabei das Zusammenspiel aus medizinischer, psychosozialer und spiritueller Begleitung. Palliativteams können Schmerzen und andere belastende Symptome wirksam behandeln, aber ebenso Einsamkeit, Angst oder Trauer adressieren – Faktoren, die in der Suizidforschung als zentrale Risikodimensionen gelten.

Hospiz- und Palliativarbeit schafft zudem eine Haltung, die für die Suizidprävention essenziell ist: Menschen werden nicht auf ihre Krankheit reduziert, sondern als ganze Personen wahrgenommen. Gespräche über Sterbewünsche werden offen geführt, ohne Tabus und ohne vorschnelle Wertung. Diese Gesprächskultur ermöglicht es, zwischen einem Ausdruck von Leid und einem tatsächlich freiverantwortlichen Sterbewunsch zu unterscheiden – eine Differenzierung, die im klinischen Alltag oft herausfordernd ist.

Für die Zukunft sind folgende Strategien entscheidend (vgl. DGP, 2021):

- Frühe Integration palliativmedizinischer Angebote, um Krisen gar nicht erst eskalieren zu lassen.
- Verbindliche Schulungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zur Einschätzung von Suizidalität.
- Stärkung ambulanter Hospizdienste, damit Unterstützung nicht erst am Lebensende greift.
- Bessere Vernetzung zwischen Palliativteams, Psychiatrie, Hausärzten und Krisendiensten.
- Gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Krisen und Sterbewünsche.

Fazit

Deutschland steht an einem entscheidenden Punkt. Die rechtliche Öffnung des assistierten Suizids macht eine starke, flächendeckende Suizidprävention unverzichtbar. Hospiz- und Palliativversorgung spielen dabei eine Schlüsselrolle – nicht als Gegenmodell, sondern als Angebot, das Leiden lindert, Alternativen eröffnet und Menschen in Krisen auffängt.



LITERATUR

Bundesverfassungsgericht. (2020). Urteil vom 26. Februar 2022. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff 15.01.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025). Suizidpräventionsgesetz soll nächstes Jahr kommen. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/suizidpraeventionsgesetz-soll-nachstes-jahr-kommen-9fb53822-9c1f-4f92-b195-fce4c7c9f724> (Zugriff 15.01.2026).

Destatis (2025). Todesursachen: Suizid. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?template-QueryString=Suizide+in+deutschland> (Zugriff 15.01.2026).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf (Zugriff 15.01.2026)

Gleich, S., Schienhammer, J., Peschel, O., Graw, M., Schäffer, B. (2024). Assistierte und konventionelle Suizide in München – ein Gruppenvergleich. Rechtsmedizin. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00194-024-00701-z> (Zugriff 15.01.2026).

Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) (2026). Daten und Fakten über Suizid und Suizidalität. Verfügbar unter: <https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten> (Zugriff 15.01.2026).

WHO (2025). Suicide worldwide in 2021 – Global health estimates. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069> (Zugriff 15.01.2026).



DER AUTOR



Prof. Dr. Alfred Simon

Akademie für Ethik in der Medizin
e. V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
info@aem-online.de



©Rolf Bürger

AKTUELLE FORSCHUNGEN

Diversität, Suizidassistenz und Prävention

UTE LEWITZKA, JONAS WIFEK, JONAS REINCKENS, ARINA VOROBYEVA

Suizid, suizidale Krisen und Suizidversuche stellen auch im hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgungskontext erhebliche Herausforderungen für Begleitung, Behandlung und Prävention dar. Hospiz- und Palliativversorgung kann einen wesentlichen Beitrag zur Suizidprävention leisten – und das nicht nur am Lebensende, sondern auch in frühen, oft belastenden Krankheitsphasen. Gut ausgestaltet, kann sie Belastungsfaktoren wirksam reduzieren – durch professionelle Symptomlinderung, kontinuierliche psychosoziale und spirituelle Begleitung sowie respektvolle Autonomieunterstützung. Eine einfühlsame, verlässliche Versorgung verringert das subjektive Leiden und kann den Wunsch nach Lebensverkürzung oder Suizidassistenz deutlich abschwächen (Hinrichs et al., 2020). Hospiz- und Palliativversorgung leistet dabei einen doppelten Beitrag: Einerseits Versorgung, Linderung und Begleitung am Lebensende, andererseits Prävention, Stabilisierung und psychosoziale Betreuung – und damit eine wichtige

Funktion im gesamten Spektrum suizidaler Belastungen.

Gerade in suizidalen Krisen zeigt sich, wie bedeutsam eine diversitätssensible Versorgung ist: Menschen erleben Krankheit, Sterben und Abschied nicht in einem einheitlichen kulturellen oder sozialen Rahmen. Erfahrungen von Ausgrenzung, Wertkonflikten oder fehlender Zugänglichkeit können die Belastung zusätzlich verstärken und suizidale Gedanken begünstigen. Nachfolgend werden zwei Forschungsprojekte vorgestellt, die das Werner-Felber-Institut für Suizidprävention e.V. in Kooperation mit verschiedenen Organisationen an der Schnittstelle von Palliativ- und Hospizarbeit und Suizidprävention durchführt.

Forschungsvorhaben Kulturelle Vielfalt und Diversität in Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Dachverbände wie der DHPV e.V. setzen sich für politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen in der Hospiz- und Palliativversorgung

ein. Dazu gehört auch die Förderung von Vielfalt und einem diskriminierungsfreien Miteinander, um allen Menschen eine würdevolle Begleitung am Lebensende zu ermöglichen. Gerade im Kontext schwerer Erkrankungen können kulturelle Zugehörigkeit, Herkunft, Sprache, familiäre Dynamiken oder religiöse Vorstellungen das Erleben von Krisen, Sterben und Abschied maßgeblich beeinflussen. Seit Herbst 2025 läuft ein exploratives Forschungsprojekt in Kooperation mit dem DHPV e.V. zur Untersuchung von Diskriminierungserfahrungen und wahrgenommenen Bedarfen von Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen in Hospiz- und Palliativeinrichtungen. In einer ersten standardisierten Erhebung wurden persönliche und beobachtete Diskriminierungserfahrungen, die subjektive Bedeutung von „kultureller Vielfalt“, individuelle Einstellungen sowie der damit verbundene Leidensdruck erfasst. Die bisherigen Analysen deuten darauf hin, dass Diskriminierung in Hospiz- und Palliativeinrichtungen im deutschsprachigen Raum insgesamt kein flächendeckend gravierendes Problem darstellt, jedoch in spezifischen Situationen relevant ist. Von den insgesamt befragten 2.016 Haupt- und Ehrenamtlichen konnten 1.656 vollständige Datensätze ausgewertet werden. Fast alle Befragten (98 %) bekräftigten die Aussage, dass alle Menschen ein gleiches Recht auf eine würdevolle Sterbebegleitung haben. Ebenso gaben 97 % an, dass Diskriminierung in ihren Einrichtungen nicht geduldet werde. Hinter den allgemeinen Zustimmungswerten werden zugleich Facetten sichtbar, die eine differenzierte Einordnung erfordern: Etwa die Hälfte der Teilnehmenden wünscht sich grundsätzlich einen sensibleren Umgang mit kultureller Vielfalt, 80 % sprechen sich für zusätzliche Fortbildungsangebote aus. 14 % der Befragten (n = 224) berichteten, mindestens einmal persönlich Diskriminierung erlebt zu haben. Benannt wurden dabei vor allem Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts (20 % der Nennungen), körperlicher oder geistiger Behinderung (11 %) sowie aufgrund von Religion oder Alter (jeweils 9 %). Als häufigste Quellen von Diskriminierung wurden Kolleg*innen (n = 104) und Vorgesetzte (n = 79) genannt; Klient*innen (n = 41) und Angehörige (n = 35) spielten eine geringere Rolle. Diskriminierung äußerte sich vor allem in Ausgrenzung (n = 80), Beschimpfung (n = 77) oder struktureller Benachteiligung (n = 66). Gegen-

über Klient*innen sei rassistische Diskriminierung am häufigsten beobachtet worden (6 %), wobei zusätzlich Faktoren wie Sprachbarrieren, soziale Notlagen, niedriger Bildungsstatus, vermutete Demenz, Drogenabhängigkeit oder mangelnde Körperhygiene zu Ungleichbehandlung führen können. Die Mehrheit der Befragten gab jedoch an, sich durch Diskriminierung am Arbeitsplatz nicht oder nur selten belastet zu fühlen (80 % nie; 3 % häufig). Suizidgedanken infolge solcher Erfahrungen traten kaum auf (1 % selten, 99 % nie). In den Freitextantworten wurde zugleich häufig hervorgehoben, dass Offenheit, Toleranz und respektvolles Miteinander in den Einrichtungen bereits als gelebte Realität erfahren werden.

Die Interpretation der Ergebnisse muss jedoch vor dem Hintergrund einer sehr homogenen Stichprobe erfolgen: Sie ist überwiegend weiblich (85 %), älter als 50 Jahre (73 %), deutsch (95 %), christlich (67 %), heterosexuell (91 %) und weiß (80 %). Diese Zusammensetzung deutet darauf hin, dass viele Befragte statistisch betrachtet weniger stark von struktureller Diskriminierung betroffen sind. Unklar bleibt, ob sich die Klient*innen in den Einrichtungen ähnlich homogen verteilen. Aus anderen Gesundheitsbereichen ist bekannt, dass Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung haben und palliative Angebote zum Teil unterrepräsentiert nutzen. In einigen kulturellen Kontexten, etwa in türkischen Familien, findet Sterbe- und Krisenbegleitung häufiger innerhalb des familiären Umfelds statt, was ebenfalls zu geringeren Kontakten mit institutioneller Hospizarbeit führen kann (Hölterhof & Aydemir, 2015).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Hospiz- und Palliativarbeit gegenwärtig überwiegend von einer relativ homogenen Personengruppe getragen wird – sowohl in der Gestaltung der Versorgung als auch bei der Inanspruchnahme der Angebote. Gleichzeitig äußerten viele Befragte den Wunsch nach einem sensibleren Umgang mit Alltagsdiskriminierung, nach kultursensibler Kommunikation sowie nach einer stärkeren Auseinandersetzung damit, wie unterrepräsentierten Gruppen der Zugang zur palliativen Versorgung erleichtert werden kann. Dies wirft die Frage auf, wie sich Strukturen weiterentwickeln lassen, um Vielfalt und Teilhabe auf allen Ebenen zu erhöhen

und ob der Hospizbegriff – im Sinne einer zeitgemäßen, diversitätssensiblen Begleitung – neu gedacht oder erweitert werden muss, um mehr Menschen zu erreichen.

Solche Forschungsprojekte leisten nicht nur einen Beitrag zu diversitätsorientierter Qualitätsentwicklung, sondern auch zur Suizidprävention: Sie helfen, Risikogruppen zu identifizieren, Zugangshürden besser zu verstehen und Begleitung so zu gestalten, dass psychosoziale Belastungen reduziert werden. Zudem gewinnt die Debatte um assistierten Suizid im Kontext von Hospiz- und Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung, wodurch Fragen von Vielfalt, Partizipation und struktureller Gerechtigkeit relevanter werden.

Register zur Erfassung assistierter Suizide in Deutschland

Über den diversitätssensiblen Zugang hinaus rückt zunehmend auch der Umgang mit assistierten Suiziden als eigenständiges Forschungsfeld in den Fokus, das für Hospiz- und Palliativeinrichtungen erhebliche ethische und praktische Fragen aufwirft. Während beim ersten Projekt der Zugang, Diskriminierungserfahrungen und kulturelle Vielfalt im Vordergrund stehen, betrifft das zweite Forschungsfeld die Frage, wie assistierte Suizide künftig besser verstanden, systematisch erfasst und gesellschaftlich eingeordnet werden können.

In mehreren Ländern ist assistierter Suizid seit Jahren gesetzlich geregelt und institutionell eingebettet. In den Niederlanden machen assistierte Suizide inzwischen über 5 % der jährlichen Todesfälle aus (Ferrer, 2024). Auch in Belgien oder der Schweiz bestehen klare rechtliche Verfahren sowie teilweise etablierte Registerstrukturen. In diesen Ländern liegen dadurch belastbare Daten vor, die nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch psychosoziale, kulturelle und versorgungspraktische Zusammenhänge sichtbar machen. Für Deutschland fehlen bislang vergleichbare Datengrundlagen, ebenso wie eine umfassende Regulierung. Entsprechend wird die gesellschaftliche, medizinische und ethische Debatte vielfach ohne systematische Fakten geführt. Vor diesem Hintergrund verfolgt das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Verbundprojekt RegAS (Register zur Erfassung assistierter Suizide in Deutschland; FKZ: ZMII2-2525FSB29B)

das Ziel, ein dauerhaftes und wissenschaftlich fundiertes Register zu etablieren, das assistierte Suizide in Deutschland systematisch erfasst. Dokumentiert werden sollen soziodemografische Merkmale (z. B. Alter und Geschlecht), medizinische Informationen zu den Grunderkrankungen sowie psychosoziale Faktoren, darunter Wohnsituation, Belastungen oder persönliche Gründe für den Sterbewunsch. Die Dateneingabe soll durch Fachkräfte (Ärzt*innen, Pflegepersonal), Angehörige oder Vertreter*innen von Sterbehilfeorganisationen erfolgen. Die gewonnenen Daten könnten dazu beitragen, Bedürfnisse und Entscheidungssituationen von Menschen, die eine Suizidassistenz in Erwägung ziehen, besser zu verstehen. Ebenso kann ein Register die politische, gesellschaftliche und medizinische Diskussion um ethische, rechtliche und versorgungsbezogene Fragen der Suizidassistenz mit systematischer Datenbasis unterstützen. In Ländern mit gesetzlicher Regulierung der Suizidassistenz bestehen – teils verpflichtende – Registerstrukturen, etwa in Österreich, der Schweiz sowie in verschiedenen US-Bundesstaaten. Diese Register unterscheiden sich im Umfang und in der Art der erfassten Merkmale; in Teilen der USA werden beispielsweise auch Bildungsstatus oder ethnische Zugehörigkeit dokumentiert (Colorado Department of Public Health and Environment, 2020).

Aus Auswertungen von Daten deutscher Sterbehilfeorganisationen ergeben sich Hinweise, dass sich Personen, die Suizidassistenz in Anspruch nehmen, soziodemografisch von in der Suizidforschung bislang beschriebenen Gruppen unterscheiden. Demnach sind überproportional häufig alte Menschen, Frauen oder Personen mit höherem Bildungsniveau vertreten. Die Daten weisen ebenfalls darauf hin, dass neurologische oder fortschreitende Erkrankungen eine Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen können (Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2025). Ein Register wie RegAS kann dazu beitragen, Muster belastbar abzubilden, Risikogruppen zu identifizieren und eine evidenzbasierte Reaktion auf deren Bedürfnisse zu ermöglichen. Auf Grundlage solcher Daten ließen sich zudem Fragen zu präventiven und unterstützenden Maßnahmen ableiten – etwa, ob bestimmte Gruppen intensivere Aufklärung, psychosoziale Begleitung

oder spezifische Programme benötigen. Ebenso könnten Entwicklungen, regionale Unterschiede, Entscheidungsgründe oder Versorgungslücken sichtbar werden und damit mittelbar Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Krankenhäusern und Hospizen geben. Der internationale Vergleich zeigt zudem, dass sich der rechtliche und praktische Umgang mit Suizidassistenten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterscheidet. In der Schweiz ist Suizidassistenten ausschließlich an Sterbehilfevereine gebunden; Hospize selbst sind nicht in die Durchführung eingebunden (Hunt & Uda, 2023). In Belgien wiederum besteht eine stärkere Verzahnung zwischen Palliativversorgung und Sterbehilfe und die flämische Fachgesellschaft akzeptiert aktive Sterbehilfe ausdrücklich als mögliche Option innerhalb palliativer Versorgung (Dierickx et al., 2018; Inghelbrecht et al., 2010). Die Erfahrungen dieser Länder sind jedoch angesichts unterschiedlicher Versorgungssysteme, Kulturen und rechtlicher Rahmenbedingungen nicht direkt übertragbar, können aber für die deutsche Debatte wichtige Orientierungspunkte liefern.

Mit einer künftig steigenden Zahl assistierter Suizide in Deutschland (Engert, 2025) – bislang ohne rechtlich bindende Regularien – ergeben sich neue ethische, kommunikative und organisatorische Fragen für Forschung und professionelle Sterbebegleitung. Dazu gehören unter anderem die Rollenverständnisse von Hospizen und Palliativeinrichtungen, der Bedarf an Beratungskompetenz im Umgang mit Sterbewünschen sowie der Schutz vor sozialer Benachteiligung oder Stigmatisierung potenzieller Risikogruppen. Eine kultursensible Sterbebegleitung und ein reflektierter Umgang mit veränderten Rahmenbedingungen gehören damit zu den Herausforderungen, denen sich die professionelle Sterbebegleitung in Deutschland in den kommenden Jahren stellen muss.

Diskussion und Ausblick

Die beiden dargestellten Forschungsbereiche unterstreichen die Vielschichtigkeit, mit der Hospiz- und Palliativversorgung auf Fragen von Suizidalität, gesellschaftlicher Teilhabe und rechtlichen Entwicklungen reagieren muss. Während das Projekt zu Diversität und Diskriminierung aufzeigt, dass eine kultursensible Versorgung als Qualitätsmerkmal zunehmend ins Bewusstsein

rückt, verdeutlicht die Registerforschung, dass das Verständnis assistierter Suizide in Deutschland noch am Anfang steht und bislang ohne systematische Datengrundlage auskommen muss. Beide Forschungsansätze machen sichtbar, dass Sterben und Krisenbewältigung nicht nur medizinische, sondern auch soziale und kulturelle Ereignisse sind – und dass strukturelle Bedingungen, Zugangschancen und kommunikative Sensibilität entscheidenden Einfluss auf das Erleben von Belastung, Autonomie und Sicherheit haben können.

Für die Hospiz- und Palliativversorgung ergeben sich daraus bedeutsame Aufgaben. So stellt sich die Frage, wie Einrichtungen künftig gewährleisten, dass auch Menschen, die gesellschaftlichen Minderheiten angehören oder strukturellen Benachteiligungen ausgesetzt sind, frühzeitig Zugang zu hospizlicher oder palliativer Unterstützung erhalten. Ein diversitätssensibler Blick kann helfen, Versorgungslücken zu erkennen, Vertrauen aufzubauen und psychosoziale Belastungen zu reduzieren. Damit besitzt solch eine Qualitätsentwicklung zugleich eine suizidpräventive Dimension, weil sie potenziell dazu beiträgt, Krisen frühzeitig zu erkennen und suizidale Gedanken nicht zu verschärfen.

Zugleich macht das Forschungsvorhaben für den Bereich der Suizidassistenten deutlich, dass sich die Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung verändern. Wenn die Zahl assistierter Suizide künftig weiter steigt, wird sich die Praxis der Hospiz- und Palliativversorgung zu Fragen der Beratung, Kommunikation und Haltung verhalten müssen – selbst dann, wenn die Durchführung der Assistenz nicht in den Einrichtungen selbst stattfindet. Hier stellt sich die grundsätzliche Aufgabe, Sterbewünsche ernst zu nehmen, ohne vorschnell pathologisierend oder normativ zu reagieren und zugleich Raum für psychosoziale Entlastung, Entscheidungsreflexion und Orientierung zu schaffen. Forschung zu Entscheidungsprozessen, Risikogruppen, psychosozialen Belastungen und Versorgungsschnittstellen kann Einrichtungen dabei unterstützen, fachlich begründete und ethisch reflektierte Handlungsspielräume zu entwickeln.

Aus suizidpräventiver Sicht erscheint daher beides bedeutsam: eine diskriminierungsarme, struktu-

rell zugängliche Versorgung sowie ein reflektierter, datengestützter Umgang mit Sterbewünschen und assistierten Suiziden. Beide Forschungsfelder legen nahe, dass Hospiz- und Palliativversorgung nicht nur am Lebensende eine Rolle spielt, sondern auch als niedrigschwelliges Krisen- und Präventionsangebot relevant ist. Dies schließt die Herausforderung ein, die Versorgung so zu gestalten, dass psychische Belastungen frühzeitig adressiert, soziale Isolation reduziert und Angehörige eingebunden werden. Gleichzeitig dürfte es darauf ankommen, fachliche Kompetenzen im Umgang mit Sterbewünschen, Ambivalenz und Entscheidungsdruck weiter zu schärfen und beratende Haltungen zu fördern.

Für die nächsten Jahre zeichnet sich ab, dass Palliativ- und Hospizarbeit stärker als bislang in eine gesellschaftliche und rechtliche Dynamik eingebettet sein wird. Diversitätssensible Qualitätsentwicklung, Forschung zu assistierten Suiziden, interdisziplinäre Datennutzung und psychosoziale Begleitung werden voraussichtlich zusammenwirken müssen, um Sicherheit, Transparenz und Zuverlässigkeit für Patient*innen, Angehörige und Fachkräfte zu gewährleisten. Die Professionalität der Sterbebegleitung wird daher nicht nur an medizinischen Kompetenzen zu messen sein, sondern auch an ihrer Fähigkeit, auf gesellschaftliche Vielfalt, Unsicherheit, Krisenbelastung und ethische Spannungsfelder verantwortungsvoll zu reagieren.

LITERATUR

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2018). Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: a population-based mortality follow-back study. *Palliative Medicine*, 32(1), 114-122.

Colorado Department of Public Health and Environment (2020). Colorado end-of-life options act, year five. 2021 data summary, with 2017-2021 trends and totals. Verfügbar unter: <https://www.house.mn.gov/comm/docs/UCi3al3CikGTWw-zCfPWNg.pdf> (Zugriff 28.11.2025).

Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland (2025). Freitodbegleitungen in Deutschland, 2020-2024. Verfügbar unter: <https://fowid.de/meldung/freitodbegleitungen-deutschland-2020-2024> (Zugriff 28.11.2025).

Ferrer, I. (2024). Debate ignites in the Netherlands over rise in euthanasia for mental disorders. Verfügbar unter:

<https://english.elpais.com/international/2024-04-19/debate-ignites-in-the-netherlands-over-rise-in-euthanasia-for-mental-disorders.html> (Zugriff 28.11.2025).

Engert, A. (2025). Organisation für Sterbehilfe meldet Zunahme an assistierten Suiziden. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2025-01/suizide-sterbehilfe-deutschland-depression-suizidassistentz> (Zugriff 28.11.2025).

Hinrichs, K. L., Steadman-Wood, P., & Meyerson, J. L. (2020). ACT now: The intersection of Acceptance and Commitment Therapy with palliative care in a veteran with chronic suicidal ideation. *Clinical gerontologist*, 43(1), 126-131.

Hölterhof, N. & Aydemir, H. (2015). Muslimische Sterbebegleitung: Erfahrungen aus der Begleitung von Sterbenden mit türkischem Migrationshintergrund. *Leidfaden*, 4(4), 46-51.

Hunt, J. & Uda, K. (2023). Palliativpflege im Hospiz: Sterben wie zu Hause. Verfügbar unter: <https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/palliativpflege-im-hospiz-ein-ort-zum-sterben-wie-zu-hause/48996534> (Zugriff 28.11.2025).

Inghelbrecht, E. et al. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CAMJ*, 182 (9), 905-910.

Kremeike, K., Pralong, A., Boström, K., Bausewein, C., Simon, S. T., Lindner, R., & Voltz, R. (2021). 'Desire to Die' in palliative care patients—legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3594610-3593610.

Rabe, A., van Oorschot, B. & Jentschke, E. (2020). Suizidalität bei Krebspatienten. *Onkologie* 26, 163-168.

Statistisches Bundesamt (2025). Verfügbar unter: Suizide. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Zugriff 01.12.2025)



DIE AUTOR*INNEN



Prof.*in Dr.*in Ute Lewitzka
Werner-Felber-Institut e. V.
Hallwachsstraße 5
01069 Dresden
0351 30 92 21 43
lewitzka@felberinstitut.de

M. Sc. Jonas Wifek (Soziologie)
wifek@felberinstitut.de

M. Sc. Jonas Reinckens (Psychologie)
reinckens@felberinstitut.de

M. Sc. Arina Vorobyeva (Interdisciplinary Neuroscience)
vorobyeva@felberinstitut.de



GESTALTUNG VON ÜBERGÄNGEN

Transition in der pädiatrischen Palliativversorgung

MANDIRA REUTHER

Begrifflichkeiten und Status quo

Die Transition bezeichnet den Übergang von pädiatrischen Versorgungssystemen in die Erwachsenenversorgung. Meist wird der Begriff auf den medizinischen Kontext bezogen, kann jedoch in ganzheitlicher Betrachtungsweise auch auf die psychosozialen Aspekte ausgeweitet werden.

Die Adoleszenz wird gemeinhin als Prozess der körperlichen, geistigen und emotionalen Reifung beschrieben - vom abhängigen Kind hin zu einem eigenständig agierenden, sich selbst regulierenden und für sich selbst verantwortlichen jungen Erwachsenen.

Jugendliche mit komplexen Beeinträchtigungen stehen hier größeren Anforderungen gegenüber, müssen sie doch auch für ihre Gesundheitsfürsorge besondere Sorge tragen. Um diese Jugendlichen zu unterstützen, sind in den vergangenen Jahren bereits unterschiedliche Hilfen für diesen Prozess etabliert worden. So gibt es verschiedene Schulungsprogramme, die beispielsweise von Kliniken oder anderen Organisationen angeboten werden. Hier wird besonderer Fokus auf ausführliche Education gelegt, um die Jugendlichen zu befähigen, für ihre Bedürfnisse und besonderen Bedarfe eintreten zu können.

Unterstützend wirken dabei, je nach Erkrankung und nächstgelegenen Versorgungszentrum, Angebote wie Transitionssprechstunden, in denen die Patientinnen und Patienten sowohl von pädiatrischen als auch von Fachkräften aus der Erwachsenenmedizin für einige Zeit gemeinsam betreut werden.

Besondere Schwierigkeiten bestehen allerdings in der Versorgung von Jugendlichen mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen, die nicht befähigt werden können, ihre eigene Gesundheitsfürsorge zu übernehmen.

Für sie, die ihr Leben lang in Abhängigkeit von Versorgungs- und Betreuungspersonen bleiben werden, gibt es zum einen bisher keine strukturierten Transitionsangebote, zum anderen kaum Anschlussversorgungsstrukturen in der Erwachsenenversorgung.

Menschen mit (komplexen) Beeinträchtigungen sind in vielen Bereichen des Gesundheitswesens und letztlich der Gesellschaft nicht mitgedacht. Das führt im medizinischen Bereich teilweise zu Behandlungslücken, Versorgungsabbrüchen und damit unter Umständen auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität nach dem 18. Lebensjahr.

Meist sind es die Eltern, seltener Pflegefamilien oder gesetzliche Betreuende, die die Weiterver-

sorgung in allen Belangen des Lebens organisieren müssen, weil die Jugendlichen das selbst nicht können. Neben den gesundheitlichen Aspekten spielen hier auch finanzielle, sozialrechtliche und psychosoziale Themen wie Teilhabe und Wohnperspektive eine Rolle.

Nach aktuellem Stand sind die Transitionsangebote für diese Personengruppe begrenzt und schwer zugänglich. Es stellt sich deshalb die Frage, wie sie an alle notwendigen Informationen und medizinische Unterstützung gelangen können.

Mögliche Lösungsansätze

Erste Hilfen sind zwar vorhanden, strukturelle Lösungen jedoch bisher kaum etabliert. So existieren Broschüren wie „18 werden mit Behinderung“, herausgegeben vom Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen. Zudem bietet die *Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung* (EUTB) sowohl Online- als auch persönliche Beratung in Kommunen an. Seit 2017 bestehen zunehmend „Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen“. Diese sogenannten MZEBs haben die Zielsetzung, als ergänzende spezialisierte ambulante Versorgungsstruktur die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Die besonderen Bedarfe dieser Zielgruppe, die sich aus den Beeinträchtigungen ergeben, sollen durch interdisziplinäre Angebote abgedeckt werden.

Trotz dieser Ansätze sind noch viele Schwierigkeiten zu bewältigen: Flächendeckende Angebote für die medizinische Grundversorgung fehlen in der Regel sowohl ambulant als auch stationär. Respite Care, also Entlastungspflege, lässt sich nach dem 18. Geburtstag quasi nicht mehr abbilden.

Bisherige mögliche Lösungsansätze sind der Ausbau der MZEB-Versorgungsstruktur, Weiterversorgung in pädiatrischen Versorgungssystemen bis zum 25. oder 27. Lebensjahr – beispielsweise durch Kinderärzt*innen, Kinderhospize, Kinderkliniken, persönliches Engagement Einzelner oder regionale Initiativen für junge Erwachsene. Eine systematische Erfassung der Angebote fehlt, sodass es noch schwierig ist, Kenntnis von lokalen Initiativen zu erlangen.

Welche weiteren Lösungen sind denkbar? Hier ist die Pädiatrie gefragt: Sie sollte Anstoß geben

für weitere Schritte in der Transition. Von hier aus müssen Gespräche und Zusammenarbeit gesucht werden für gute Übergaben, und um Bedenken auf allen Seiten abzubauen. Auf politischer Ebene müssen Strukturen vereinfacht und zuallererst einmal geschaffen werden, sodass sich eine Versorgung dieser komplex erkrankten Menschen auch finanziell besser abbilden lässt, ambulant wie stationär.

Transitionsinitiativen sollten sichtbarer werden, damit sie leichter gefunden werden können. Ein weiterer Ausbau der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen ist anzustreben. Die Kenntnisse um die Erkrankungen, die daraus resultierenden Bedarfe und der psychosoziale Kontext der Menschen mit Einschränkungen sollten zunehmend aus der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung weitergegeben werden.

Auch die medizinische Infrastruktur für regelhafte Kontrolluntersuchungen sowie die flächendeckende Versorgung bei Akuterkrankungen müssen optimiert werden. Forschungsprojekte wie etwa Lotsenprojekte für Transition in verschiedenen Bundesländern wären hilfreich, um vorhandene, sinnvoll nutzbare Strukturen zu identifizieren, und daraus notwendige Prozesse für eine verbesserte Versorgung und politische Entscheidungen abzuleiten.



LITERATUR

Fraser, L. K., Miller, M., Hain, R., Norman, P., Aldridge, J., & McKinney, P. A. (2012). Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics*, 129 (4), 923–929.

Hartmann, R., Müller, S., & Schneider, T. (2023). Transition und Transfer bei seltenen chronischen Erkrankungen. *Journal Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 16, 34–40.

Betz, C. L. (2023). Health care transition planning for adolescents and emerging adults with intellectual disabilities and developmental disabilities: Distinctions and challenges. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 28.

Bredel-Geißler, S., & Peters, C. (2022). Vom Sozialpädiatrischen Zentrum zum Zentrum für Erwachsene mit Behinderung – Transition bei Menschen mit komplexen Behinderungen. *Der Nervenarzt*, 93, 351–358.

Ellison, S., Fisher, L., & Morris, R. (2022). Parents' experiences with health care transition of their adolescents and young adults

with medically complex conditions: A scoping review. Journal of Pediatric Nursing, 66, 70–78.

Grasemann, H., Weber, J., & Schmidt, P. (2022). Ein strukturierter Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer seltenen Erkrankung. Monatsschrift Kinderheilkunde, 170, 61–69.

S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (2021). AWMF-Registernummer 186 – 001. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/186-001.html> (Zugriff 09.12.2025).

DIE AUTORIN



Dr.*in Mandira Reuther

Kinderpalliativzentrum und
Deutsches Kinderschmerzzen-
trum Datteln
Vestische Kinder- und Jugend-
klinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln
02363 - 97 57 00
m.reuther@kinderklinik-datteln.de



©istockphoto_Dilok Klaisataporn



GESELLSCHAFTSPOLITISCHE HOFFNUNG IN KRISENZEITEN

D-A-CH DEKLARATION 2025 - CARING COMMUNITIES

KARIN OHLER

Das Konzept Caring Community steht für einen neuen gesellschaftlichen Ansatz, der Sorge als gemeinsame Aufgabe begreift und Menschen darin bestärkt, füreinander da zu sein – getragen von der Einsicht, dass Zusammenhalt, Würde und Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft nur in geteilter Verantwortung möglich sind.

Auf dem Caring Community Kongress D-A-CH 2025 entstand im November die D-A-CH-DEKLARATION 2025 – CARING COMMUNITIES, die eine gemeinsame Vision für eine sorgende Gesellschaft formuliert. Sie reagiert auf die tiefgreifenden Veränderungen in den Bereichen schwere Krankheit, Sterben, Tod und Trauer und versteht diese als zentrale gesellschaftliche Aufgabe unserer Zeit.

Inmitten multipler Krisen betont sie die Bedeutung von Gemeinschaft, Solidarität und geteilter Verantwortung. Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer wird dabei nicht als private Angelegenheit

oder reine professionelle Dienstleistung verstanden, sondern als Grundlage sozialer Beziehungen, demokratischer Teilhabe und gesellschaftlicher Zukunftsfähigkeit.

Die Erklärung setzt auf Dialog und Verbundenheit zwischen Menschen mit unterschiedlichen Erfahrungen, zwischen Praxis und Wissenschaft, zwischen zivilgesellschaftlichem Engagement, institutionellen Strukturen und politischer Verantwortung. Sie richtet sich bewusst an eine breite gesellschaftliche Öffentlichkeit – über Fach- und Versorgungssysteme hinaus – und möchte auch jene ansprechen, die sich bislang wenig mit Fragen

von Endlichkeit und Verantwortung füreinander befasst haben. Sie ermutigt zur Mitgestaltung sorgender Gemeinschaften in Nachbarschaften, Organisationen, Kommunen und politischen Entscheidungsprozessen. Ihre politische Anschlussfähigkeit ist dabei ein zentrales Anliegen: Die Erklärung will Orientierung geben, Debatten anstoßen und Impulse für nachhaltige strukturelle Veränderungen setzen.

Die Deklaration ist das Ergebnis eines gemeinsamen Prozesses von Fachpersonen, Organisationen und Akteur*innen der Zivilgesellschaft aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. In ihr wurden Impulse aus allen Kongressformaten – etwa Plenarsitzungen und Ideen-Werkstätten –

zusammengeführt und verdichtet. Final ausgearbeitet wurde sie von Andreas Heller, Kerstin Kremeike und Claudia Zürcher.

DIE AUTORIN



Karin Ohler
 Projektleitung
 Caring Community Köln
 info@caringcommunity.koeln
 www.caringcommunity.koeln

D-A-CH DEKLARATION 2025 - CARING COMMUNITIES

Gesellschaftspolitische Hoffnung in Krisenzeiten
 Initiative von Fachpersonen, Organisationen und der Zivilgesellschaft aus Deutschland, Österreich und der Schweiz anlässlich des Caring Community Kongresses 2025 D-A-CH

Datum: 2025 | **Orte:** Bern, Köln, Wien

Präambel

Die D-A-CH Deklaration 2025 reiht sich ein in internationale Bemühungen, Caring Communities – oder anders benannte fürsorgende Gemeinschaften – zu stärken und die Kompetenz im Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer (*Death and Grief Literacy*) in Alltag, Institutionen und Kommunen zu verankern.

Der **Bericht der Lancet Commission „The Value of Death“ (2022)** kann als Grundlage für diese Bemühungen gesehen werden; er enthält Leitprinzipien für Gespräche über Sterben, Tod und Trauer sowie für sorgende Netzwerke. Die **Handlungsempfehlung im Sinne der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2025)** übersetzt diese Prinzipien in praxisnahe Schritte für Kommunen, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die Zivilgesellschaft sowie die Politik.

Die D-A-CH Deklaration ruft – anknüpfend an die **Bern Declaration (2024)** – dazu auf, Gemeinschaft kohärent zu stärken und regional weiterzuentwickeln.

Sie versteht Sorge als Fundament sozialer und ökologischer Nachhaltigkeit: Wer für Menschen sorgt, übernimmt zugleich Verantwortung für die Welt, in der sie leben. So verbindet sich Sorge mit Zukunftsverantwortung für kommende Generationen.

1. Angst und Vereinsamung in Krisenzeiten

Krisen erzeugen Ohnmacht und machen Angst. Ohnmacht führt zum Rückzug. Angst vereinsamt. Beides lässt keine Gemeinschaft entstehen. Doch gerade Krisen können auch die Hoffnung auf eine Gesellschaft der Solidarität und Sorge wecken. Denn Hoffnung stärkt das



Gemeinsame, das Gemeinwohl. Wir hoffen auf ein gutes Leben bis zuletzt – nicht nur für uns selbst.

Wir Menschen sind soziale Lebewesen und auf soziale Resonanzen sowie Kooperationen angewiesen. Wir engagieren uns deshalb nicht nur für und mit denen, „die zu uns gehören“, sondern auch für andere und für Fremde.



Wir übernehmen Verantwortung.

Wir bauen mit an einer sorgenden Gesellschaft.

Wir bilden sorgende Gemeinschaften und engagieren uns für die weitere Entwicklung der sozialen Infrastrukturen. Dabei knüpfen wir an vorhandene Traditionen und Initiativen an.

Die hospizlich-palliative Orientierung eröffnet wichtige praktische Perspektiven für die Zukunft unserer Gesellschaften: **Hinschauen – Hinwenden – Zuhören – Handeln.**

So entsteht Vertrauen und Verbundenheit über Grenzen hinweg.

2. Caring Communities

Caring Communities sind Gemeinschaften, in denen Menschen füreinander Sorge tragen – in guten Zeiten und in Krisenzeiten, im Alltag und am Lebensende. Sie entstehen dort, wo zivilgesellschaftliche, privatwirtschaftliche und politische Akteur:innen Verantwortung teilen, sich gegenseitig unterstützen und sich solidarisch verbinden.

So entstehen **Reflexionsräume und Netzwerke, die Menschen stärken, sie enteinsamen und das Zusammenleben verbessern** – lokal, über Grenzen hinweg und überall dort, wo Menschen Verantwortung für- und miteinander übernehmen.

3. Was wir tun können

Wir verstehen diese Entwicklung als einen **demokratischen, partizipativen, diversen und inklusiven Prozess**. Jede Beteiligung ist erwünscht und schafft eine bessere Zukunft.

Mit allen, die hier leben und wohnen, sehen wir, was die Sorgen sind, und was Not tut. Wir sind neugierig und offen für die Perspektiven und Erfahrungen anderer. Wir sorgen für andere und uns selbst. So fördern wir Auf- und Ausbau einer sorgenden Gesellschaft – durch kleine wie große Initiativen, Nachbarschaftshilfe, intergenerationelle Projekte und freiwilliges Engagement; unterstützt durch Politik, Verwaltung, Bildung, Kirchen, Religionsgemeinschaften und am Arbeitsplatz. Dies ermöglicht gemeinsame solidarische Sorge in den Krisen menschlichen Lebens, besonders in der letzten Lebensphase.

So entsteht eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung, in der Sorge nicht delegiert und Care-Ungerechtigkeiten verfestigt, sondern Carearbeit gerecht(er) geteilt wird.

4. Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in sorgenden Gesellschaften

Ein offener und respektvoller Umgang mit den von schwerer Krankheit Betroffenen, mit Sterben, Tod und Trauer (*Death and Grief Literacy*) ist dabei zentral, um soziale Prozesse kompetent, empathisch und unterstützend zu begleiten.

Eine sorgende Gesellschaft stärkt Death und Grief Literacy, indem sie **Gespräche über Sterben, Tod und Trauer selbstverständlich** macht. Sie öffnet Räume für Begegnung, (selbst-)kritischen Austausch und kontinuierliches Lernen.

Durch **Veranstaltungen und kreative Projekte** wird die Bevölkerung für diese Themen sensibilisiert: Stadtfeste, Kunstaktionen im öffentlichen Raum, Film- und Musikprojekte oder Bildungsangebote wie Letzte Hilfe-Kurse fördern eine Kultur des Sprechens, Zuhörens und Handelns. Auch Humor darf hier seinen Platz haben – er verbindet und entlastet.



Partizipation und Kooperation, Selbstbestimmung und Solidarität prägen die Gestaltung von Formaten am Lebensende. Hospize, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, soziale Dienste, Schulen, Vereine und Kommunen arbeiten zusammen. Wissenschaft und Praxis entwickeln gemeinsam neue Ansätze und Austauschformate – von lokalen Symposien bis zu transnationalen Netzwerken, und fördern gegenseitiges Lernen.

Transdisziplinäre Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und politische Unterstützung stärken die Reflexion in sorgenden Gesellschaften. So wird der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer als Teil unseres sozialen Lebens verankert.

5. Die soziale Frage der Gegenwart

Das ist die gesellschaftspolitische Aufgabe der Stunde. Das ist der Weg als Antwort auf die Frage: **In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?**

Wir sind inspiriert und überzeugt: Nur eine Gesellschaft der Solidarität, Gerechtigkeit und Sorge – miteinander und füreinander – kann diese Zukunft sichern, die wir groß denken und in kleinen Schritten umsetzen.

Wir rufen alle Menschen, Institutionen und Entscheidungsträger:innen in Deutschland, Österreich und der Schweiz dazu auf, sich zu engagieren, Caring Communities zu stärken und Verantwortung für sich und miteinander zu übernehmen. Gemeinsam gestalten wir eine menschliche Gesellschaft, in der niemand allein gelassen wird und Sorge füreinander selbstverständlich ist.

Caring Communities – für eine Gesellschaft, in der Menschlichkeit System hat.

Veranstaltungen

- 30./31.01.2026 Aachen 20.04. – 03.07.2026 (2 x 5 Tage) Köln
Palliative Care Plus rund um das Herz
 Bildungswerk Aachen
 Tel.: 0241 – 51 27 22
 info@bildungswerkaachen.de
 www.bildungswerkaachen.de
Führungskompetenz in der Hospizarbeit
§39 SGB V
 Caritas-Akademie Köln-Hohenlind GmbH
 Frau Nuray Arslan
 Tel.: 0221 – 46 86 00-141
 arslan@caritas-akademie-koeln.de
 www.caritas-akademie-koeln.de
02. – 06.02.2026 Würzburg
Koordination ambulanter Hospizdienste
 Juliusspital Palliativakademie
 Tel.: 0931 – 393 17 00
 palliativakademie@juliusspital.de
 24.04. – 04.10.2026 (3 x 3 Tage) Bonn
Kunsttherapie in der Begleitung von
Patient:innen, Angehörigen und Trauernden
 Haus Giersberg
 Tel.: 0228 – 966 37 80
 info@haus-giersberg.de
- 23.02.2026 – 17.02.2027 Datteln
Spezialisierungsbildung
Pflege Kinder und Jugendliche
 Pflegeakademie Datteln
 Tel.: 02363 108 26 75
 info@pflegeakademie-datteln.de
 22. – 26.06.2026 Würzburg
"Palliative Care" für Mitarbeiter in
Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
 Juliusspital Palliativakademie Würzburg
 Frau Birgit Müller-Kolbert
 Tel.: 0931 – 393 17 00
 palliativakademie@juliusspital.de
 www.juliusspital-palliativakademie.de
09. – 13.03.2026 Hamburg
Koordination in der Hospizarbeit
 Malteser Hospiz-Zentrum
 Anmeldung online über
 www.malteser-akademie.de
- 16./17.03.2026 Aachen
Ethischen Konfliktsituationen im
beruflichen Alltag begegnen
 Bildungswerk Aachen
 Tel.: 0241 – 51 27 22
 info@bildungswerkaachen.de
 www.bildungswerkaachen.de
- 26./27.03.2026 Würzburg
Spiritual Care für nicht seelsorgliche
Berufe in „Palliative Care“
 Juliusspital Palliativakademie
 Tel.: 0931 – 393 17 00
 palliativakademie@juliusspital.de

IMPRESSUM

Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Redaktion

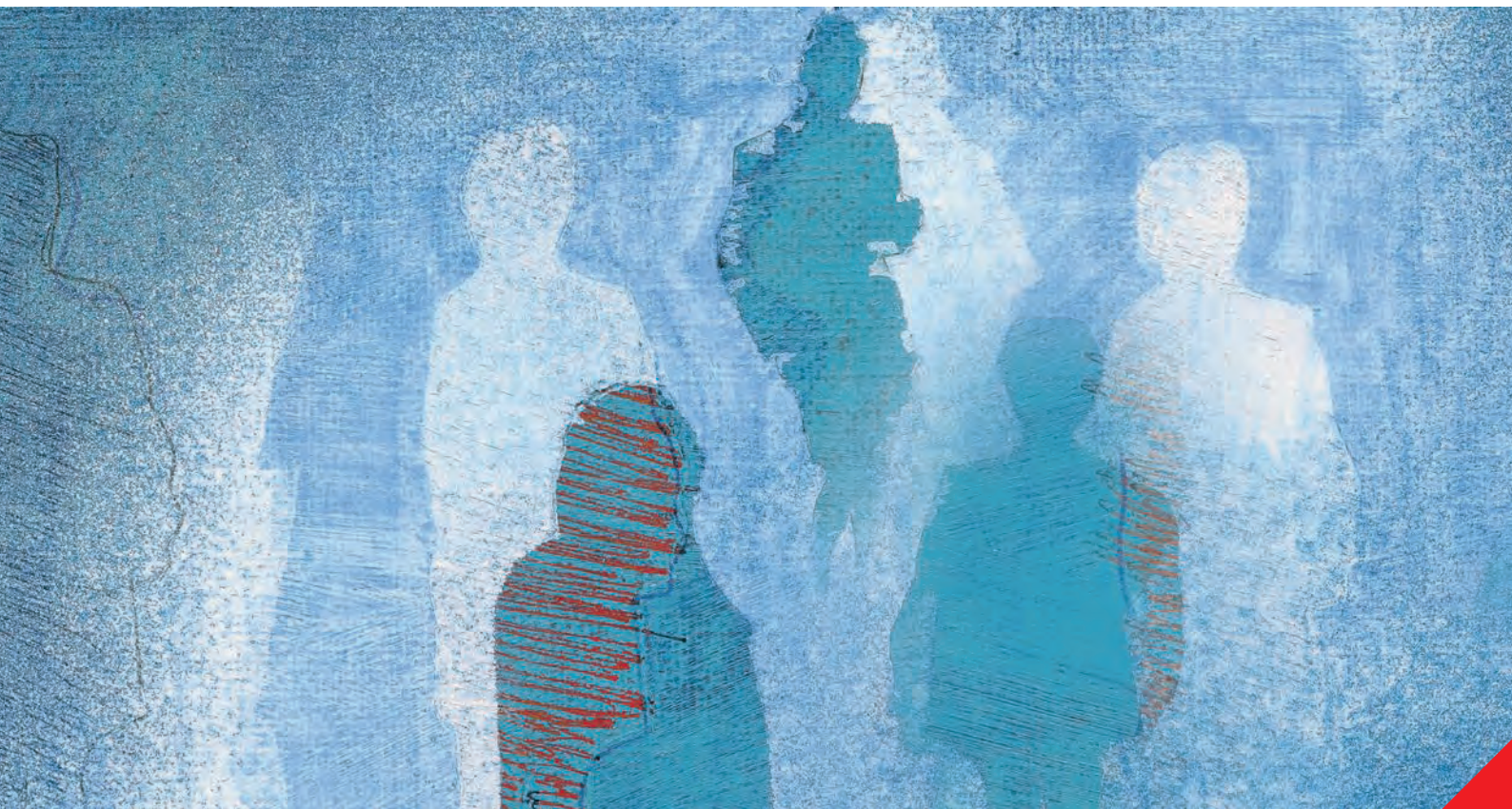
Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Heidi Mertens-Bürger, Anne-Katrin Teichmüller,
Insa Verbeck, Uschi Schepers,
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Satz & Druck

Druckerei Joh. Burlage, Meesenstiege 151, 48165 Münster

Die im Hospizdialog NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber*innen wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autorinnen und Autoren sind mit Zustimmung der abgebildeten Person veröffentlicht.



**ALPHA Rheinland**

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
02 28 - 74 65 47
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

