



Göttinger Hospiz - Mitteilungen

4. Ausgabe / November 2000

Woanders sterben—

wenn es zu Hause

*nicht mehr
geht*



Hospiz an der Lutter
An der Lutter 26
37075 Göttingen

Telefon: 05 51 - 3 83 44 - 11
Fax: 05 51 - 3 83 44 - 44

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

unsere vorausgegangene Ausgabe 3/2000 befaßte sich mit dem Thema „zu Hause sterben“, in der wir versucht haben, Mut zu machen für den schwierigen Weg der Pflege und Sterbebegleitung zu Hause sowie den Möglichkeiten der pflegerischen und ärztlichen Unterstützung.

Diejenigen, die die Belastung der häuslichen Pflege auf sich nehmen, können durchaus an die Grenzen des persönlich Machbaren gelangen.

Ist dann eine Pflege und Betreuung daheim nicht mehr möglich, sei es durch fortschreitende Krankheit, erhöhten Pflegebedarf oder auch durch Ausfall der Pflegenden, stellt sich in dieser Situation plötzlich die Frage, wie es nun weitergehen soll.

Deshalb möchten wir uns in diesem Heft mit den Fragen *„wenn es zu Hause nicht mehr geht“* auseinandersetzen.

Wenn die häuslichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, wird es erforderlich, sich an Institutionen zu wenden, die die notwendige und ausreichende Betreuung des Patienten gewährleisten können. Dies kann ein Krankenhaus sein, ein Pflegeheim oder ein Hospiz. Dann ist es erforderlich, sich auf die neuen Eindrücke und Veränderungen einzulassen, sie zu erkennen und angemessen zu berücksichtigen: der vorher aktiv Pflegenden wird im schlechtesten Fall zum Zuschauer, im Idealfall zur Hilfe des Pflegepersonals und Verbindung zum Patienten, auch im Sinne seiner Interessensvertretung.

Mit dieser Ausgabe möchten wir helfen, Möglichkeiten und Wege für Betroffene und Angehörige aufzuzeigen, diese für sie neue Situation anzunehmen und besser damit umgehen zu können.

Ute Lohrengel



In diesem Heft:

Vorwort	2
von Ute Lohrengel	
Bericht	3
Hausärztliche Begleitung in der letzten Lebensphase	
Gedanken	4
Drei Jahre Arbeit im stationären Hospiz	
Gespräch	6
Ambulante Hospizarbeit in Alten- und Pflegeheimen	
Erfahrungen - Sterben in Institutionen	7
Ganz alltäglich	7
Hospiz als sinnvolle Ergänzung zum Krankenhaus	8
Sterbebegleitung im Krankenhaus ein wichtiges Thema	9
Menschen im Hospiz	10
Zwei Portraits	
Wissenswertes	12
Tips für Pflegenden und Angehörige	12
Thema Patientenverfügung	14
Essay	16
Der letzte Weg	
Poesie	5
Gebet einer Schnecke	
Erlernen gelesen	9
Todesanzeigen	17
Kurios	17
Scheintoter Hamster	
Informationen	18
Besuch der Landesbischöfin	18
Ausstellung-Karikaturen von Harald Fischer	19
Projekte	20
Hospiz-Forum	20
Impressum	20

Hausärztliche Begleitung in der letzten Lebensphase

Seit vielen Jahren gehört es zu meinen wichtigsten hausärztlichen Aufgaben, Patienten während ihrer letzten Lebensphase zu begleiten. Manchmal ahnt man gar nicht, daß es sich um den letzten Abschnitt im Leben eines Menschen handelt, da dieser sich in einem durchaus noch befriedigenden Gesundheitszustand befindet. Oft handelt es sich aber um die letzte Zeit im Verlauf eines Krankheitsgeschehens, welches nicht mehr zu einer körperlichen Gesundung führen kann.

Vielerlei Aspekte bekommen nun eine neue, wichtige Bedeutung, andere verlieren angesichts der bewußt gewordenen Endlichkeit der Lebenszeit an Gewicht. Dies gilt in erster Linie natürlich für den betroffenen Menschen, aber auch für diejenigen, die ihn in dieser Zeit begleiten.

Von der hausärztlichen Seite sind viele organisatorische Aufgaben zu bewältigen, um eine gute Versorgung des Patienten zu Hause zu gewährleisten. Dies kann beginnen bei der Aufklärung des Patienten und der pflegenden Angehörigen, über die Einleitung der Einstufung bei der Pflegeversicherung bis zur Koordination der Tätigkeiten von Pflegediensten, Physiotherapeuten, *Essen auf Rädern* und der Versorgung mit Medikamenten und anderen Hilfsmitteln. Dabei bekommt die Schmerztherapie einen immer höheren Stellenwert in der hausärztlichen Betreuung.

Ganz entscheidend ist das wiederholte intensive Gespräch mit dem Patienten und gegebenenfalls mit dessen Angehörigen über den Verlauf und die verschiedenen Aspekte dieser letzten Lebensphase. Immer wieder neu ergeben sich Fragen und Nöte, bedarf es der Hilfe und Aufklärung, aber auch einfach der Zuwendung und des Zuhörens durch den Hausarzt. Täglich kann der Zustand des Patienten sich verändern, so daß neue therapeutische Maßnahmen erforderlich werden. Die Kräfte des Patienten, mitunter auch die seiner Angehörigen, können im Verlauf der Erkrankung abnehmen und eine Überforderungssituation der Betroffenen entstehen lassen. Unter dem Druck dieser Überforderung kam es besonders in früheren Zeiten manchmal z.B. am Wochenende zu Noteinweisungen in ein Krankenhaus, wodurch Patient und Angehörige eine Entlastung erfahren. Dort muß der Patient sich notgedrungen in die Abläufe eines Krankenhauses integrieren. Dazu gehören

die dort festgelegten Zeiten ebenso wie die Unterbringung im Mehrbettzimmern und die Unruhe, welche notwendigerweise bei der Versorgung mehrerer Kranker in einem Raum entsteht. Es liegt in der Natur der Krankenhausstruktur, daß der Patient erneuten diagnostischen und apparativen Maßnahmen zugeführt wird. Diese Situation ist weder für den betroffenen Patienten noch seitens der krankenhäuslichen Versorgung wünschenswert.

Seit April 1997 haben wir in Göttingen nun die unge-

heuer große Hilfe durch das Hospiz. Dorthin können Patienten kommen, deren Angehörige nach langer Krankheits- und Pflegezeit zu Hause überfordert und überlastet sind. Gemeinsam erfahren sie dort Hilfe. Diese professionelle Unterstützung ermöglicht es Patienten und Angehörigen, die verbleibenden Kräfte auf die für sie nun essentiellen Dinge zu lenken, die jenseits der erforderlichen Versorgung und



Pflege an Wichtigkeit gewinnen. Die Beruhigung der Patienten und Angehörigen wird durch den Geist dieser Einrichtung, der durch die Hilfe und liebevolle Zuwendung und Versorgung der dort arbeitenden geschulten Fachkräfte entsteht, gewährleistet. Hier herrscht eine Atmosphäre der Ruhe, des bedingungslosen Eingehens auf die Bedürfnisse des sterbenden Patienten, der Entlastung durch die Enttabuisierung des Themas *Sterben*. All das hilft in jeder Phase, die Würde des Sterbenden zu wahren. Oft durfte ich als Hausärztin miterleben, wie Patienten in dieser Situation noch einmal auflebten, sich noch einmal den für sie wichtigen Dingen zuwenden und Gelassenheit finden konnten im Umgang mit ihren Angehörigen und auch im Hinblick auf den nun doch in absehbarer Nähe gerückten eigenen Tod.

Als Hausärztin bin ich dankbar, meine Patienten in dieser letzten Lebensphase weiter begleiten zu können. Es ist mir wichtig, jetzt für sie da zu sein. Dabei ist die ja oft über Jahre gewachsene Vertrautheit sehr hilfreich. Auch für mich tritt bei der Aufnahme des Patienten ins Hospiz eine deutliche Entlastung ein, da auch ich vieler organisatorischer Aufgaben entbunden werde. Meine Fahrstrecke bis zum Hospiz ist oft weiter als der bisherige Weg zu den Patienten. Dennoch werden die Wege nun kürzer und direkter.

Die Zusammenarbeit mit den Hospizmitarbeitern/-innen ist für mich nicht nur entlastend, sondern auch vorbildlich und menschlich aufbauend. Ihr Umgang mit den sterbenden Menschen, aber auch mit den Verstorbenen, ist geprägt von der Achtung vor der Persönlichkeit. Es ist eine immense Erweiterung unserer früheren Möglichkeiten, den Patienten die Option der Aufnahme und Versorgung im Hospiz anbieten zu können. Dort kann man lernen, wieder einige Rituale im Zusammenhang mit dem Sterben aufzunehmen und damit innere Ruhe und Sicherheit hinzugewinnen.

Almuth Klapsing-Hessenbruch

Kontaktadresse:

Dr. Almuth Klapsing-Hessenbruch
Himmelsruh 20
37085 Göttingen
Tel. 05 51 / 79 66 09

Gedanken

Das stationäre Hospiz

Nun sind es dreieinhalb Jahre. Schon ein Stück Geschichte und einige Geschichten, auf die wir zurückblicken können. Jeder im Team hat sich irgendwie verändert, wir sind noch professioneller geworden, wir haben intensive Erfahrungen gemacht; natürlich in erster Linie mit den Patienten, aber nicht zuletzt mit uns selbst und untereinander.

Wir sind jetzt zwölf. Neun Krankenschwestern und drei Krankenpfleger, die dafür sorgen, daß der Betrieb läuft.

Weiterhin gibt es kaum Fluktuation. Jedenfalls ist noch keiner gegangen, weil die Arbeit nicht mehr gestimmt hätte. Wir werden immer wieder gefragt: Wie geht das? Wie hält man diese Arbeit aus? Und wie lange?

Wie lange? - Das wissen wir auch nicht. Natürlich kann es sein, daß da ganz plötzlich der Zeitpunkt kommt, an dem man nicht mehr kann, genug hat von Sterben und Tod. Vom 'Sich-wieder-mal-Verabschieden-für-immer'.

Noch kann ich für mich sagen, daß es sich vereinbaren läßt. Die Versorgung, Betreuung, Begleitung eines Sterbenden und die eigene Hinwendung zum Leben. Wahrscheinlich ist das auch das wirklich Notwendige. Kontakt haben zu Quellen, die gut tun.

Wir haben in den dreieinhalb Jahren zweihundert Patienten auf ihrem Sterbeweg begleitet. Bei jedem sieht die Begleitung anders aus. Mit anderen Worten: ,die Begleitung' gibt es nicht.

Unser Anspruch ist die patientenorientierte, individuelle Pflege, die auf jeden Einzelnen mit seinen Bedürfnissen eingeht. Es fiel wohl keinem im Team allzu schwer, die durch jahrelanges Krankenhaustraining erlernten Arbeitsrituale und klassischen Abläufe einfach mal sein zu lassen und sich auf das Wesentliche zu beschränken. Möglicherweise ein elitärer Anspruch, den sich die Pflege aber auch leisten kann und in unserem Fall sogar leisten muß. Wir haben die denkbar günstigsten Versorgungsbedingungen. Daß es (leider) keine Selbstverständlichkeit ist, mit so viel Personal fünf bis sechs Patienten zu betreuen, muß uns immer wieder bewußt sein. Diese Tatsache ermöglicht es uns, ganz auf einen festgelegten Tagesablauf zu verzichten und dem Patienten die Bestimmung über seine Zeit zu geben.

Die Patienten sind weiterhin primär Menschen mit Tumorerkrankungen, deren Therapie abgeschlossen ist. In der Regel ist es der Wunsch des Betroffenen, mit der Chemo- oder Bestrahlungstherapie aufzuhören und die verbleibende Lebenszeit im Hospiz zu verbringen. Der Patient, der dann zu uns kommt, war zuvor entweder zu Hause oder im Krankenhaus. Nach einer ersten Kontaktaufnahme unsererseits mit dem Patienten wird die Entscheidung getroffen, ob er aufgenommen wird. Wichtig ist das völlige Einverständnis des Patienten mit der Aufnahme ins Hospiz.

Wir sollten uns immer davon überzeugen, daß der Patient genau weiß, was ein Hospiz ist. Auf keinen Fall dürfen falsche Erwartungen oder Hoffnungen gestärkt werden. Es muß klar sein, daß im Hospiz keine Therapie stattfindet, die noch mal zur Heilung führt. Das muß sowohl dem Patienten als auch seinen Angehörigen bewußt sein. Selbstverständlich kann es im Verlauf der Hospizzeit zu einem Sinneswandel kommen. Möchte der Kranke dann doch noch mal eine Therapie beginnen, ist das grundsätzlich möglich. Die Hospiztür schließt sich nicht notwendigerweise für immer hinter einem Patienten.

Im Hospiz liegen die Betreuungsschwerpunkte auf einer konsequenten Schmerzbehandlung, auf einer adäquaten Ernährungsunterstützung und einer Kontrolle der Atemsituation. Dies sind die drei Aspekte, die auch im subjektiven Empfinden des Patienten die größte Rolle spielen.

Immer noch wird die unzureichende Schmerztherapie durch Hausärzte und im Krankenhaus bemängelt. Viele Patienten klagen darüber, wochenlang Schmerzen ausgehalten zu haben. Ziel der Therapie im Hospiz ist die völlige Schmerzfremheit und damit ein erheblicher Anstieg der Lebensqualität in der verbleibenden Zeit.

In der Regel wird zur Therapie des Tumorschmerzes ein Morphin-Präparat angewandt; die

Dosis richtet sich nach den Bedürfnissen des Patienten. Nur sie können ein verlässlicher Anhalt für die tatsächliche Schmerzsituation sein. Schmerz ist immer subjektiv.

Die Verordnung der Medikamente findet durch die Ärzte statt, die die Patienten im Hospiz betreuen. Da das Hospiz keinen eigenen Stationsarzt hat, werden die Patienten in den meisten Fällen von den ihnen bekannten Hausärzten weiterbehandelt.

Das Göttinger Hospiz ist immer noch in der glücklichen Lage, durch das *Support-Team* der Uni-Klinik kompetent unterstützt zu werden. Die Ärzte und Schwestern dieses Teams sind schmerztherapeutisch besonders ausgebildet und jederzeit ansprechbar. Bei Fragen und Problemen stehen sie auch den Hausärzten zur Verfügung.

Die bisherigen drei Jahre haben uns sehr deutlich gemacht, daß Hospizarbeit auch, und oft vorwiegend, bedeutet, für die Angehörigen der Patienten da zu sein. Häufig gibt es zu ihnen einen engeren Kontakt als zu den Patienten selbst, wenn diese ihre Ruhe haben möchten, viel schlafen oder nicht ansprechbar sind. Wenn Angehörige mit einer Situation konfrontiert sind, die sie sehr verunsichert, wenn Fragen und Trauer überhand nehmen, ist es hilfreich, mit Menschen zu tun zu haben, die aufgrund ihrer nötigen professionellen Distanz Stabilität einbringen können.

Als Hospizmitarbeiter kann man für die Gelegenheit dankbar sein, immer wieder die Notwendigkeit eines offenen Gesprächsklimas innerhalb einer Familie oder Partnerschaft zu spüren.

Die vielen, oft über Jahre und Jahrzehnte ungesagten Worte fordern bis zum Schluß ihr Recht, endlich ausgesprochen zu werden. Da, wo das nicht passieren kann, erleben wir häufig viel Druck, Unruhe und Spannung. Die einzelnen Familienmitglieder oder Beziehungspartner geraten oft in ein kaum auszuhaltenes Klima der Sprachlosigkeit. Hier die Möglichkeit anzubieten, den Druck abzulassen und zum Gespräch anzuregen, ist dann die vordringliche Aufgabe der Pflege im Hospiz.

Die Vergangenheit hat uns einen großen Erfahrungsschatz geboten und befähigt uns zunehmend, diese Situationen mittragen zu können.

Eine Erfahrung hat sich sehr in den Vordergrund gestellt: daß Menschen nicht (nur) so sterben, wie sie gelebt haben, sondern gerade auch so, wie sie nicht gelebt haben. Offensichtlich kann man nicht so bequem aus dem Leben gehen, ohne eine bestimmte Lebensaufgabe vollbracht zu haben. Bei vielen von uns begleiteten Sterbeprozessen liegt die Vermutung nahe, daß

das Einverständnisein mit dem eigenen baldigen Ende zu einem vereinfachten, komplikationsfreieren Sterben beiträgt. Andererseits sind ungelöste Konflikte hemmende Faktoren auf diesem Weg. Eine nicht mehr stattfindende Begegnung, das fehlende Zeichen des Loslassens, die nicht erfüllte Sehnsucht nach wahren Abschied - all dies kann zu einem verlängerten, oft erschwerten Sterbevorgang führen.

Wenn wir anderen davon berichten, wie der Verstorbene bei uns versorgt wird, erleben wir häufig Stauern. Allein die Tatsache, daß ein Leichnam nicht im Keller oder in der Kühlkammer verschwindet, sondern in seinem Bett in seinem Zimmer bleibt, ist für viele nicht gut vorstellbar.

Die durchs Krankenhaus geprägte Vorstellung, ein Toter müsse so bald wie möglich entsorgt werden, stößt im Hospiz offenbar auf einen provokanten Gegenwurf. Hier bleibt der Verstorbene bis zu drei Tagen im Zimmer, und es kann in Ruhe und, je nach Wunsch, mit individuellen Ritualen Abschied genommen werden.

Das Brennen der Kerze im Flur nach dem Versterben eines Patienten ist zu einem immer wieder berührenden Ritual geworden.

Gregor Linnemann,

stellvertretender Leiter des stationären Hospizes

Poesie



Gebet einer Schnecke

Ich bitte um genügend Kraft, meine Last zu tragen,
daß ich beweglich bleibe, daß ich immer große Fühler habe,
daß ich nicht verletzlich bin,
daß ich mich bei Bedarf zurückziehen kann,
und daß ich eine Spur hinterlasse.

Gespräch

Ambulante Hospizarbeit in Alten- und Pflegeheimen

Gabriele Junge leitet das ambulante Hospiz an der Lutter in Göttingen. Das Gespräch führte Heike Schiller.

Wie wir aus den letzten Ausgaben der Göttinger Hospiz-Mitteilungen von Ihnen wissen, findet die ambulante Hospizarbeit schwerpunktmäßig zu Hause statt. Nun haben wir erfahren, daß sich für Sie ein ganz neues Arbeitsfeld auftut, die Arbeit in Heimen. Berichten Sie uns, wie sich die Zusammenarbeit mit den Heimen entwickelt hat.

Zu Beginn meiner Tätigkeit im Hospiz an der Lutter, mit der damals noch kleineren Gruppe von geschulten ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern/-innen, vertraten wir die Ansicht, daß wir in Alten- und Pflegeheimen nicht begleiten. Wir sahen die Heime als das Zuhause alter Menschen an, die dort durch die Anwesenheit des Personals und eventueller Angehöriger und Bekannter nicht allein sind und gut versorgt werden. Wir wollten uns vor allem auf alleinstehende Menschen zu Hause konzentrieren, auf Situationen, in denen eine Überforderung durch eine lange Erkrankung und Pflege festzustellen war. Außerdem sahen wir uns mit unserer Mannschaft von damals 25 Mitarbeitern/-innen gegenüber zwölf Alten- und Pflegeheimen in Göttingen nicht in der Lage, ein angemessenes Angebot zu unterbreiten. Wir taten also gar nichts, ließen es laufen, bis sich mit der Zeit die Situation änderte. Eines Tages fragte bei uns die Leitung eines Heimes an, die Begleitung von sterbenden Bewohnern/-innen zu übernehmen. Wir sagten dies zu. Zusätzlich veranstalteten wir ein Treffen mit dem Personal, den Altenpflegern/-innen und den Bewohnern/-innen des Hauses und stellten uns und die Inhalte unserer Arbeit vor. Nun werden wir bei Bedarf gerufen, wenn einer der alten Menschen im Sterben liegt, wenn niemand da ist, der sich kümmern kann, und das Personal zeitlich nicht in der Lage ist, diesen Menschen entsprechend den Bedürfnissen zu begleiten. Bisher konnten wir zu jeder Anfrage eine/n geeignete/n Mitarbeiter/-in schicken. Zusätzlich werden wir zunehmend von anderen in Heimen tätigen Berufsgruppen, wie z.B. von gesetzlichen Betreuern, Seelsorgern und Hausärzten angefragt.

Sie sehen also heute einen zusätzlichen Bedarf an Begleitungen in den Alten- und Pflegeheimen?

Ich habe den Eindruck, daß die bisherigen Anfragen nur die Spitze eines Eisberges sind. Unsere Erfahrun-

gen zeigen, daß bei der Arbeitsbelastung des hauptamtlichen Personals kaum Kapazitäten frei sind, um sterbende Menschen so, wie es der Einzelfall verlangt, zur Seite stehen zu können. Mir ist dabei aber auch be-



wußt, daß wir vom Hospiz allein mit unseren Möglichkeiten den tatsächlich vorhandenen Bedarf an Nachfragen nicht werden decken können.

Also nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Wenn die Situation so ist, daß die Möglichkeiten nicht ausreichen: welche weitergehenden Ideen haben Sie, um diesem Zustand Abhilfe zu schaffen?

Natürlich haben wir Vorstellungen und Wünsche zu einer zukünftigen Zusammenarbeit zwischen Hospiz und Pflege- und Altenheimen. Wir könnten uns vorstellen, daß feste Gesprächsgruppen mit dem Heimpersonal eingerichtet werden. Ich denke da an allgemeine Themen, die hier bearbeitet werden könnten, wie Sterben, Tod und Trauer, oder konkreter, der Umgang mit der Angst vor dem Sterben oder die Scheu, Sterbende und Verstorbene zu berühren. Es herrscht noch immer viel Unsicherheit oder auch das Tabu, sich darüber auszutauschen. Dazu können wir mit unserem Sachverstand und unseren Erfahrungen Hilfestellungen geben. Zusätzlich könnten wir uns Gespräche z.B. auch mit Krankenschwestern und Pflegern des stationären Hospizes denken. Hier wäre dann auch ein Platz, um über die eigenen Gefühle zu reden, vielleicht über die Schwierigkeiten des immerwährenden Abschiednehmenmüssens, der eigenen Trauer und vieles mehr. Vielleicht könnte man auch alte Rituale wiederbeleben, die in früheren Zeiten Menschen halfen, mit den Schrecken des Todes und der Trauer umzugehen. Auch Einzelgespräche sind möglich. Ebenso könnten gesonderte Schulungen durch das Hospiz zum Fragenkomplex 'Was ist über die Pflege hinaus in Sterbesituationen nötig' und vieles mehr angeboten werden.

Das ist ja eine Vielzahl an Vorstellungen. Wie könnte denn eine effektive Organisationsstruktur aussehen?

Wünschenswert wäre aus unserer Sicht, daß ein oder zwei Mitarbeiter/-innen als feste Bezugs- und Kontaktpersonen in dem Heim, das unsere Mitarbeit nachfragt, festgelegt werden und damit ständig als Ansprechstelle für die Leitungen sowie das Personal zur Verfügung ste-

hen und den Kontakt zum ambulanten Hospiz aufrecht halten. Die Koordination möglicher Einsätze innerhalb der Häuser würde nach wie vor von mir wahrgenommen. Auf diese Weise würde neben dem gegenseitigen Kennenlernen auch der Kontakt und das Vertrauen untereinander wachsen, was notwendig ist, um sich bei spontan ergebenden Notlagen schnellstmöglich zu verständigen und sterbenden Heimbewohnern/-innen für Tage oder vielleicht nur für Stunden beistehen zu können.

Wie stehen denn Ihre Mitarbeiter/-innen diesen neuen Aufgaben in den Heimen gegenüber?

Ich weiß, daß einige unserer Hospizler/-innen diese Art der Begleitung mögen, besonders die noch nicht so Erfahrenen oder auch ältere Mitarbeiter/-innen, die gern mit der Sicherheit der Station eines Heimes im Rücken tätig werden möchten. Sie bringen dann die Zeit mit, um in Ruhe am Bett des Sterbenden zu sitzen, miteinander zu reden, zuzuhören, vorzulesen, zusammen Musik zu hören.

Können Sie denn auch schon Probleme oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit erkennen?

Die gibt es. Es gibt zum Beispiel manchmal seitens der Heim- und Pflegeeinrichtungen und des Personals Vorbehalte gegenüber uns, darüber, daß wir uns in ihre Arbeit einmischen. Dazu ist deutlich zu sagen, daß wir uns der Situation sehr bewußt sind. Wir wissen, daß es die Pfleger/-innen vor Ort sind, die die ganze harte Alltagsarbeit bewältigen müssen. Da wollen wir nichts durcheinanderbringen, besser wissen oder uns etwa aufdrängen. Wir als Hospizmitarbeiter/-innen kommen lediglich von außen hinzu und stellen uns zur Verfügung, für die in jedem Leben besondere Situation des Sterbens, des Todes und der Trauer. Wo es nötig erscheint, helfen wir, sterbende Menschen, so gut wir es können, in der letzten Phase zu begleiten.

Frau Junge, ich danke für das Gespräch.

Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter/-innen gehen zu den Schwerkranken und Sterbenden nach Hause. In enger Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und den Hausärzten unterstützen sie die Betroffenen und deren Angehörige und Freunde.

Sie können uns zu jeder Zeit unverbindlich anrufen, um mit uns zu sprechen und auch zu beraten, ob unsere Unterstützung sinnvoll sein kann.

Kontaktadresse:
Ambulantes Hospiz
Leitung: Gabriele Junge
Tel.: 05 51 / 3 83 44-11

Erfahrungen – Sterben in Institutionen

Ganz alltäglich

Die Hospizidee ist mir vertraut und ich fühle mich ihr verbunden. Als einfache Stationsärztin in einem großen Krankenhaus kann ich natürlich keine strukturellen Änderungen bewirken. Doch was auf der rein menschlichen Ebene mitten im gewöhnlichen Betrieb möglich ist, erstaunt mich immer wieder. Auch bin ich nicht allein in dem Bemühen, den Patienten - gleichsam zwischen den Zeilen - so oft wie möglich das Gefühl zu vermitteln, das Krankenhaus sei für sie eine Herberge, wo sie angenommen sind und Geborgenheit finden. Was ich von solchen Erfahrungen erzählen kann, ist nichts Besonderes, sondern nur ganz alltäglich:

Ein Patient wird aus einem anderen Krankenhaus in das unsrige zur weitergehenden Untersuchung und Diagnosefindung seiner Krankheit überwiesen. In der Anmeldung wird er zu einer Nummer. Niemand ist über sein Kommen informiert. Von einer Station zur anderen geschickt, fühlt er sich unerwünscht und lästig. Dabei geht es ihm nicht gut: er ist krank und braucht Hilfe! Er befindet sich als Kranker in einem Krankenhaus, und es wird ihm deutlich gemacht, daß er dort überflüssig ist. Wo denn als hier sollte er hin? Hier, so hieß es doch, würde man ihm weiterhelfen? Er ist tief enttäuscht und fühlt sich verlassen, einsam.

Da kommt in sein Zimmer die Stationsärztin, setzt sich auf die Bettkante und hört sich die Geschichte an. Die Anamnese wird erhoben, wie es die Pflicht verlangt. Aber die Stimmung hat sich verändert! Mit einem Mal fühlt sich der Patient wahrgenommen, als Persönlichkeit geachtet. Insbesondere, als die Frage kommt: "Was für einen Beruf haben Sie erlernt?", antwortet er mit dem Stolz des Handwerkers: "Formschmied." Und auf die Frage hin, was ein Formschmied genau mache, erfährt die Ärztin, was den verschiedenen Schmieden eigen ist, und bekommt auch gleich ein Rätsel auf: ob sie drei Berufe ohne „*et*“ kenne? - Die Stimmung ist plötzlich hell geworden. Ein heimatliches Versehen und die Empfindung: an diesem Ort bin ich richtig, heilen ein wenig das vorher Erlebte.

Eine Tage später, im gleichen Vierbettzimmer, ereignet sich eine andere Begebenheit: Ein Mitpatient ruft um Hilfe, seinem Nachbarn gehe es plötzlich sehr schlecht. Wir stürzen hinzu und beginnen mit der Reanimation: Intubation, Beatmung, Herzdruckmassage; Nadeln werden gelegt, Medikamente gespritzt usw. - Im Eifer des Gefechts achtet niemand auf die Mitpatienten. Keine Spanische Wand wird dazwischen gestellt. Sie müssen miterleben, wie ihr Nachbar unter den so gar nicht zum friedlichen Sterben passenden

Maßnahmen diese Welt verläßt. Ein Schock! Die Seelen sind aufgerüttelt. - Der Tod wird festgestellt. Eigentlich ist jetzt alles vorbei.

Und dann steht die Stationsärztin mit der Anästhesistin am Bett des Verstorbenen. Es kehrt Ruhe ein, die Ruhe, die doch eigentlich gemäß ist. Einer der Mitpatienten schluchzt - und wir sprechen das *Vater unser*.

Wie heilend breitet sich diese Stimmung nun über die geschockten und verstörten Gemüter aus. Und - lächelt nicht auch der Tote dabei? Die Menschlichkeit zieht wieder ein.

In solchen Momenten kann das Leben auch auf Stationen wie das einer neuen Familie erscheinen. Geborgenheit und das Gefühl, verstanden und wahrgenommen zu sein, ist dabei nicht mehr an die eigenen häuslichen vier Wände gebunden; es hat viel mehr damit zu tun, daß ein Mensch dem anderen Menschen begegnet und offen für ihn ist.

Sonja von Lorentz

Gregor Linnemann stellte dem Stationsarzt Helmut Holle (Station M2 des *Ev. Krankenhauses Göttingen-Weende*) und der stellvertretenden Stationschwester Astrid Merkel (Station M6, ebendort) Fragen zum Verhältnis von Krankenhaus und Hospiz:

Helmut Holle: „*Hospiz als sinnvolle Ergänzung zum Krankenhaus*“

Glauben Sie als Arzt im Krankenhaus an die Notwendigkeit eines Hospizes?

Ich halte das Hospiz für eine gute Ergänzung der bisherigen Möglichkeiten der Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. Es schließt eine Lücke zwischen der häuslichen Betreuung und dem Krankenhaus, die in der jetzigen Situation sicherlich durch die vorhandenen Pflegeeinrichtungen nicht ausgefüllt werden kann. Das Hospiz stößt da an seine Grenze, wo zur palliativen Betreuung ein erheblicher medizinischer Aufwand nötig wird. Das Hospiz ist aber in der herausragenden Situation, die psychische Betreuung des Patienten in einem nahezu häuslichen Umfeld in den Vordergrund stellen zu können.

Sehen Sie Möglichkeiten, einzelne Aspekte der Hospizarbeit in den Krankenhausalltag einfließen zu lassen?

Es gibt Punkte in der Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen, die im Krankenhaus verbesserungswürdig sind und wo vom Hospiz gelernt werden kann. Durch die Position als Behandlungsinstitution ist eine vollständige Übertragbarkeit nicht gegeben. Sicherlich könnte eine bessere Ausbildung auf ärztlicher und pflegerischer Seite hier das Engagement verbessern und Ängste vermindern.

Glauben Sie, daß das Thema Sterbebegleitung in Zukunft im Krankenhaus wichtiger werden wird? Wird die Umsetzung entsprechender Ideen wohl eher schwerer oder leichter?

Das Thema hat einen Schub durch die Palliativstation und durch das Hospiz erhalten. Andererseits wird es unter dem Kostendruck schwieriger werden, räumliche und zeitliche Freiräume zu schaffen, die eine gute Betreuung erfordert. Um so wichtiger wird es sein, diesen Problemkreis im Bewußtsein der Mitarbeiter durch Ausbildung und Supervision wach zu halten und persönliches Engagement zu fördern.

Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Mängel bei der Betreuung Sterbender im Krankenhaus?

Im Krankenhaus besteht die besondere Situation, daß die Patienten oft bis zuletzt einen Behandlungs- und Heilungswunsch bzw. eine entsprechende Erwartung an den Arzt richten. Demgegenüber ist die Situation im Hospiz meistens geklärt. Für den behandelnden Arzt ist es oft nicht einfach, die Aussichtslosigkeit der Therapie zu vermitteln, auch sind hierfür zeitaufwendige und ungestörte Gespräche mit Patient und Angehörigen nötig. Im hektischen Stationsalltag ist dies oft schwierig. Auch stehen nicht immer geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung. Dennoch darf nicht vergessen werden, daß sich viele Mitarbeiter mit großem Engagement um eine gute Betreuung bemühen. Natürlich wird es aber auch immer wieder Fälle geben, in denen aus den unterschiedlichsten Gründen eine Sterbebegleitung suboptimal verläuft. Auch darf nicht vergessen werden, daß auch engagiertes Personal nicht die Begleitung durch nahe Angehörige ersetzen kann. ✓

Astrid Merkel: „Sterbebegleitung im Krankenhaus ein wichtiges Thema“

Frau Merkel, glauben Sie als Schwester im Krankenhaus an die Notwendigkeit eines Hospizes?

Ich arbeite seit fast vierzehn Jahren als examinierte Krankenschwester auf einer internistischen Station. In dieser Zeit habe ich viele Menschen sterben sehen. Einige Krankheiten mit letalem Ende haben einen schnellen Verlauf. Diese Patienten sterben nach wenigen Tagen oder Stunden. Andere Krankheiten haben einen schleppenden Verlauf, enden aber ebenso letal. Für diese Menschen fehlt in einem Akutkrankenhaus die Zeit und die ruhige Umgebung und Betreuung, die sie jetzt eigentlich benötigen. Akutkrankenhäuser können nur Diagnosen stellen und kurativ behandeln. So ist es vom Kostenträger definiert. Da sehe ich dann die Notwendigkeit des Hospizes, Menschen mit letalen Diagnosen menschlich ans Ende zu bringen, in einer ruhigen, freundlichen und warmen Umgebung. Wo Angehörige in Ruhe Abschied nehmen können, ohne Angst zu haben. Viele Angehörige werden mit dieser Situation nur schwer fertig, vor allem mit dem Patienten zu Hause. So haben sie die Möglichkeit, sich bei Fragen an das Personal zu wenden und dort Unterstützung und Hilfe zu finden.

Sehen Sie Möglichkeiten, einzelne Aspekte der Hospizarbeit in den Krankenhausalltag einfließen zu lassen?

Angehörigenbetreuung von Sterbenden wird, soweit möglich, auf unserer Station miteinbezogen. Sofern die Angehörigen es möchten, können sie Tag und Nacht bei dem Patienten bleiben, ihn mitversorgen und pflegen. Es nimmt den Patienten etwas die Angst, - vor der Krankheit, vor der fremden Umgebung, vor den fremden Menschen.

Glauben Sie, daß das Thema Sterbebegleitung in Zukunft im Krankenhaus wichtiger werden wird? Wird die Umsetzung entsprechender Ideen wohl eher schwerer oder leichter?

Sterbebegleitung war und ist auch im Krankenhaus ein wichtiges Thema. Die häufig angesprochene Anonymität des Patienten ist, zumindest im *Weender Krankenhaus*, nicht so gravierend, wie oft angenommen. Ich weiß nicht, wie das in größeren Kliniken ist.

Wir versuchen, sehr individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden einzugehen. Leider spielt da wieder der Kostenfaktor eine große Rolle. Eine Station hat einen bestimmten Stellschlüssel. Für eine angemessene Sterbebegleitung fehlt einfach manchmal das Personal bzw. die Zeit, da der Stationsablauf, also auch die Pflege der anderen Patienten, gewährleistet sein muß. Da es leider nicht mehr, sondern weniger Stel-

len geben wird, wird die Umsetzung eher schwieriger.

Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Mängel bei der Betreuung Sterbender im Krankenhaus?

Die größten Mängel liegen, zumindest bei uns auf Station, in den räumlichen Gegebenheiten. Es gibt zu wenig kleine Zimmer als Ausweichmöglichkeit, wenn abzusehen ist, daß der Patient bald versterben wird.

Der zweite Faktor ist, wie oben schon angesprochen, der Zeitfaktor. Das Personal hat nur selten Zeit, Sterbende angemessen zu begleiten. Sich vielleicht mal eine halbe Stunde ans Bett zu setzen, zu reden, die Hand zu halten, ist teilweise aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Das ist auch für uns sehr unbefriedigend. Da sind wir wirklich auf die Mithilfe der Angehörigen angewiesen. ✓

Erläutet gelesen

Ein bißchen Horror

Angeklagter:

Nach Blitz völlig kopflos

(Schlagzeile aus der *Offenbach-Post*)

„Der Verlust von drei Ringfingern aus Weißgold beziehungsweise Gold mit Brillanten im Wert von etwa 10.000 Mark sowie Ohrschmuck beklagt eine 74-jährige Frau.“

(aus dem *Mannheimer Morgen*)

„Halbe Kinder lagen zwischen den Fahrzeugen herum oder torkelten durch Bar und Festzelt.“

(aus der *Rhön- u. Saalepost*)

„Das Fleisch für die Wurstzubereitung stammt von selbst ausgesuchten Bauern, die Rezepte sind seit vielen Jahren ein gut gehütetes Geheimnis.“

(aus den *Luruper Nachrichten*)

32 Patienten in einem katholischen Krankentbett

(Schlagzeile aus der *Frankfurter Rundschau*)

Leichenhalle vorerst gestorben

(Schlagzeile aus der *Wilhelmshavener Zeitung*)

Menschen im Hospiz

Rosemarie Breiding, geb. 1946, aufgewachsen in Buenos Aires/Argentinien, seit 1966 in Göttingen:



„Meinen Schulabschluß und die Ausbildung zur Volkshochschullehrerin habe ich in Argentinien beendet. Danach habe ich in Göttingen den Beruf der Kinderkrankenschwester erlernt. Nach einigen Jahren ergab sich dann ein Wechsel in die Erwachsenen-Pflege, für mich eine Zeit der Umstellung und Gewöhnung. Mein Arbeitsweg führte mich letztlich zur Betreuung krebserkrankter Menschen im ambulanten Bereich. Nach jahrelanger Ausübung dieser Tätigkeit ergab sich dann für mich der Einstieg in das *Hospiz an der Lutter*, wo ich seit der Eröffnung dabei bin. Ich habe diese Entwicklung wie einen Faden durch meine Arbeitsbereiche empfunden, von kranken Säuglingen und Kindern zu kranken Erwachsenen, zu Schwerstkranken, zu Sterbenden, mit ihnen leben und arbeiten.

Ich möchte einige Puzzle-Teile aus meinem Alltag beschreiben, von denen jedes eine Besonderheit für mich ist, die zu einem eigenen Bild zusammengelegt werden können.

Unsere kleine Hospizstation bietet jedem die Gelegenheit, einen eigenen Raum zu finden. In diesem Raum können Kranke und Sterbende sich geborgen und gut versorgt fühlen und ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen nachgehen. Hierbei ist es etwas ganz Besonderes, daß Tages- und Nachtzeiten keine festgelegten Abläufe haben; diese Zeiten können sich nach dem Befinden und den Wünschen jedes Einzelnen verschieben. Hierzu kommt eine optimale Besetzung von zwei ausgebildeten Kräften pro Schicht, die je nach Bedarf noch durch wert- und liebevolle ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen ergänzt werden kann. Nur unter diesen Bedingungen ist es möglich, diese außergewöhnliche Betreu-

ung durchzuführen. So entsteht eine besondere Atmosphäre, die uns allen zugleich eine Oase der Besinnung und Ruhe sein kann. Dieses wird noch durch eine individuelle Raumgestaltung unterstützt. Jeder einzelne Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin ist erfahren und hat eigene Schwerpunkte, die sich wiederum mit denen der Kollegen ergänzen. Es ist uns allen ein Bedürfnis, den Erwartungen an uns gerecht zu werden.

Sinnvoll finde ich es, daß wir durch unsere Arbeit einen Beitrag leisten, der unserer Gesellschaft hilft, Ängste und Vorurteile abzubauen, die um das Thema *Tod und Sterben* leider so fest verankert sind. Es ist eine Gelegenheit, Krankheit und Tod auf eine andere Weise zu erleben. Jeder Sterbeprozess ist anders. Man wird immer wieder mit neuen Situationen konfrontiert. Jedes Problem muß individuell gelöst werden, unterstützt vom *Support-Team* oder auch dem ärztlichen Notdienst und den zuständigen Pastoren. Selbst die Bestattungsinstitute sind inzwischen auf unseren Stil eingestellt und somit zu einer Ergänzung jeder Begleitung geworden. Ich möchte an dieser Stelle erwähnen, daß hier unsere Arbeit nicht etwa aufhört, da wir über den Tod hinaus mit den Angehörigen in Verbindung bleiben.

Nach meiner bisherigen Arbeitszeit im Hospiz habe ich das Bedürfnis zu klären, daß wir nicht nur „täglich das Sterben vor Augen haben“, eine der häufigsten Vorstellungen über das Hospiz. Ich habe begriffen, wie wichtig es ist, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen. So kann man besser vorbereitet und mit eigenen Vorstellungen der letzten Etappe des Lebens entgegentreten, denn sie kommt unumgänglich auf jeden von uns zu. Mit der Geburt beginnt das Leben und zugleich auch täglich ein bißchen Sterben. Letzteres wird im allgemeinen verdrängt, bis es dann nicht mehr möglich ist. Aber auch in dieser letzten Phase sollte man dann nicht vergessen zu leben.

Nach persönlichen Erlebnissen wird häufig gefragt, vielleicht, um dadurch ein wenig die Ängste abzubauen. Eine meiner allerwichtigsten Erfahrungen ist die Erkenntnis um die Wichtigkeit des Annehmens und Zulassens der Schicksale. Loslassen zu können und letztlich bereit zu sein, von Menschen und Dingen Abschied zu nehmen. Alle Gegenwehr erschwert den Ablauf. Jeder Mensch ist anders, handelt und empfindet anders, lebt und stirbt auf seine Art. Wir können viel voneinander lernen, indem wir miteinander darüber sprechen. Das ist auch ganz wichtig für uns im Team. Der Umgang mit den Sterbenden wird auf diese Weise zu etwas, dem wir Zeit, Raum und unsere Hilfe geben. Wenn unsere Gäste sich geborgen fühlen, so ist das für unsere Arbeit eine Bestätigung, die wir zu schätzen wissen und die uns weiterhin motiviert und anspricht. Unter diesen Bedingungen macht die Arbeit wiederum auch Freude,

wovon sich jeder überzeugen kann, der einmal bei uns hereinschaut. Bei uns wird also nicht nur gestorben, sondern auch gelebt, gelacht, geweint, gefeiert und getrauert, geschwiegen und gesprochen. Die jeweilige Stimmung wird bei uns und den uns anvertrauten Menschen einfach zugelassen. Wir haben die Möglichkeit, belastende Situationen mit- und untereinander anzugehen, aufzuteilen und auch abzugeben. Wir fangen uns untereinander auf und stützen uns gegenseitig. So hat sich inzwischen eine Art Netz gebildet, das jederzeit denjenigen auffängt, der es am nötigsten hat. Und jeder achtet auf seine eigenen Grenzen und sucht sich einen geeigneten Ausgleich zur Entlastung. In regelmäßigen Abständen treffen wir uns zur Musiktherapie, wo wir unsere Erlebnisse verarbeiten können. Wir versuchen zu lernen, die schwierigen Situationen nicht so belastend zu empfinden, indem wir abwägen, was gerade am wichtigsten für den Betroffenen ist und auch für uns. *Sterben und Tod* ist ein unerschöpfliches Thema, das sich immer wieder in anderen Facetten zeigt und uns alle zwingt, darüber zu sprechen.

Ich wünsche mir, noch lange dabei bleiben zu können, und hoffe, vielen Menschen ein wenig von meinen Erkenntnissen vermitteln zu können."

Ansgar Rexhausen, geb. 1960, Abitur, Zivildienst, Eintritt in den Orden der *Augustiner*, drei Jahre Klosterzeit, Theologie-Studium, anschließend fünf Jahre katholische Pfarrgemeinde in Holzminden und Northeim.

„Ich habe dann die Altenpflege gelernt, einen Handwerksberuf, einen Beruf mit den Händen und der tagtäglichen hautnahen Begegnung mit Menschen. Diese Handwerklichkeit gibt mir große Sicherheit im täglichen Umgang mit Menschen. Während der Ausbildung hatte ich die Möglichkeit, ein Praktikum

im Hospiz zu machen, eine Arbeit, die mir von Anfang an gefallen hatte und bei der ich das Gefühl hatte, an einem guten Ort zu sein, an einem Ort, wo Menschen in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen und ernstgenommen werden, wo ihre Bedürfnisse geachtet werden, wo Leid und Trauer einen Platz haben, gelebt werden, aber auch ausgehalten werden.

Eigentlich sollte ich nun meine Ausbildung beenden und ordentlich Berufserfahrung sammeln. Aber es kam anders.

Britta Mahnke, eine Hospizschwester, trat in einen Orden ein und eine Stelle war frei, auf die ich mich bewerben konnte, und so stieg ich als Berufseinsteiger ein und bin nun schon zwei Jahre im Hospiz und gern dabei.

Die Arbeit ist deshalb eine besondere, weil kein Tag gleich ist. Dadurch, daß jeder Patient mit seinen Bedürfnissen wichtig genommen wird, gibt es kein festes Arbeitsschema und keine eingefahrenen Arbeitsabläufe, jeden Tag neu muß mit jedem Patienten der Tagesablauf neu gestaltet werden. Die Patienten sind jeden Tag anders. Schlaf und wache Phasen, krankheitsbedingte Krisen, Schmerz, Übelkeit, Angst, aber auch der Wunsch nach Spaziergängen, gemeinsamem Essen, - alles dies ordnet sich Tag für Tag neu.

Die Begegnungen sind sehr persönlich und im wahrsten Sinn hautnah. Ich begegne jeden Tag Menschen in einer für sie existentiellen Lebenssituation.



Menschen, denen ich das erste Mal begegne und die ich mit ihrer Lebensgeschichte, mit ihrer Art zu leben und zu sterben sehr nahe kenne lerne.

Die Arbeit im Hospiz bekommt ein besonderes Gewicht durch die Art der Erkrankungen, nämlich überwiegend Tumorerkrankungen, die den Sterbenden oft unerträgliche Begleiterscheinungen auferbürden und wenig von dem Bild eines friedvollen Todes beinhalten. Für mich ist dann eine wichtige Aufgabe, die Würde des Sterbenden zu wahren und zu achten, selbst Ruhe zu wahren und so etwas entlastend zu wirken, und manchmal nur noch auszuhalten.

Was läßt mich diese Arbeit machen? Ich selbst bin sehr unbefangenen mit dem Thema *Tod und Sterben* aufgewachsen. Ich habe früh das Sterben meiner Großeltern erlebt und erlebt, wie eingebettet in katholische Traditionen eine Annäherung und ein gutes Umgehen mit dem Tod, dem Sterben möglich war.

Das Erleben im Hospiz hat mich aber an neue Grenzen geführt. Männer in meinem Alter, die einen schweren Todeskampf hatten, Menschen, die unter schwierigen Bedingungen gestorben sind, haben in mir persönlich Ängste auch um mein eigenes Sterben ausgelöst und mir den Tod bedrohlich nahe gebracht.

Mir ist es wichtig, genau darüber mit Kollegen offen sprechen zu können. In unserer musikalischen Begleitung habe ich die Möglichkeit, mich ganz elementar meiner Befindlichkeit zu stellen, mich zu erleben, aber auch, mich in neue Wachstumsprozesse zu begeben.

Und dann gehört für mich dazu, in einer fröhlichen Unbefangenheit dem Leben schöne Seiten abzugewinnen. Dies auch bei der Arbeit, die zwar viele schwere Seiten hat, aber auch ebenso viele schöne, leichte und heitere Seiten, mit den Kollegen und auch den Patienten.

Ich durfte einige Menschen kennenlernen, ganz einfache, schlichte, fröhliche, die dem Tod entgegen gegangen sind, in einer ruhigen, heiteren Art, die mich bewegt und beschenkt hat."

Wissenwertes

Tips für Pflegenden und Angehörige

Die häusliche Krankenpflege bietet in vielen Bereichen Möglichkeiten, sich ganz auf die persönlichen Belange des Patienten einzurichten und darauf einzugehen. Muß der Patient in ein Krankenhaus oder Pflegeheim verlegt werden, verändert sich die Situation; dort ist das Handeln des bisher Pflegenden begrenzt, aber nicht ausgeschlossen. Unterstützung kann auch dort geleistet werden. Die Rücksichtnahme auf die Persönlichkeit und Würde des Patienten sollte in jedem Fall im Vordergrund stehen.

Die nachfolgend aufgeführten Stichpunkte sollen eine Hilfestellung bei der schwierigen Aufgabe der Pflege geben.

Pflege zu Hause

- Information von dem behandelnden Krankenhaus-/Hausarzt über Besonderheiten und evtl. Dauer der Pflege, in Abhängigkeit vom Krankheitszustand: auf dieser Grundlage entscheiden, ob die häusliche Pflege überhaupt möglich ist
- Aufklärung über die Möglichkeiten einer dem Krankheitsbild angepaßten Schmerztherapie durch den Haus-/Krankenhausarzt, möglicherweise auch in Zusammenarbeit mit Schmerztherapeuten (*SUPPORT-Team*)
- klären, wer bei Verschlechterung des Krankheitsbildes zu verständigen ist (Hausarzt/Notarzt)
- wenn möglich, Vereinbarung von regelmäßigen Hausbesuchen
- Pflegegeld von der Pflegekasse der Krankenkasse beantragen. Die Einstufung erfolgt durch den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen*
- wichtige Telefonnummern notieren: z.B. Hausarzt, Notarzt, Krankentransport, ggf. Seelsorger, Pflegedienst, für die Wochenenden *Kassenärztlicher Notdienst* (Tageszeitung) in ausreichend großer, lesbarer Schrift an definiertem Ort in der Nähe des Telefons, ggf. Telefonnummern von Kliniken vorangegangener Aufenthalte
- rechtzeitig!! mit Patienten-/Vorsorge-/Betreuungsverfügung auseinandersetzen (s.a. Artikel *Informationen zum Thema Patientenverfügung*, S.14)
- Hausnotruf (über einen Funk-Handsender ist im Notfall jederzeit Hilfe anzufordern).

Wer könnte bei der Pflege und Betreuung helfen?

- ambulante Pflegedienste
- ambulante Hospizmitarbeiter/in
- Möchte der Patient von einem (vertrauten) Seelsorger mitbetreut werden? Dann ist es sinnvoll, diesen Kontakt zeitig herzustellen

- organisierte Nachbarschaftshilfe: bei Kirchen, Gemeinden oder Sozialverbänden nachfragen
- evtl. Mittagsdienste, sog. *Essen auf Rädern*
- Fahrdienste (auch für Rollstuhlbenutzer/Rollstuhltaxi).

Krankenzimmer

- Einrichtung möglichst persönlich, freundlich, hell, wünschenswert: Blick nach draußen
- genug Platz für Bewegungsfreiheit zum Arbeiten am Bett (im Maximalfall sollte das Bett von allen Seiten zugänglich sein)
- in Abhängigkeit vom Krankheitsbild z.B. elektrisch verstellbaren Bettkasteneinsatz für vorhandenes Bett oder, wenn das Krankheitsbild eine allseitige Begehrbarkeit erfordert, Anschaffung eines Krankenbettes (höhenverstellbar, evtl. elektrisch betrieben, rollbar)
- Beistelltisch (höhenverstellbar), eventuell Gehwagen
- Pflegehilfsmittel, z.B. Toilettensitzerhöhung, Bettplanne, Urinflasche, in Abhängigkeit vom Krankheitsbild ggf. Anti-Dekubitusmatratze (bei/gegen Liegegeschwüre)
- Glocke/Klingel am Patientenbett (gibt es auch elektronisch-drahtlos)
- evtl. Telefon am Bett; Radio/Fernsehen
- Platz für Besuchersessel.

Besuch eines Kurses für häusliche Krankenpflege

- Angebote z.B. durch Krankenkassen, Volkshochschule, DRK, *Johanniter* (teilweise Kostenerstattung durch die Krankenkasse)
- Einweisung in z.B.:
 - Krankenbeobachtungen (seelische/körperliche Befindlichkeit)
 - Medikamentengabe nach Anweisung des behandelnden Arztes
 - ggf. Führen von Pflegeprotokollen (z.B. Menge der eingenommenen Flüssigkeit/Mahlzeiten, Ein-/Ausfuhr)
 - Krankenpflege (Körperpflege/Betten/Lagern/Füttern ...)
 - körperschonendes Arbeiten (Rücken ...)
 - fördernde Maßnahmen zur Selbständigkeit und Gesunderhaltung
- Rücksichtnahme auf den Patienten, ihn nicht durch übertriebene Fürsorge überfordern.

Pflege ist in vielen Bereichen auch ein gutes Stück Gefühlssache, d.h. der Pflegenden kann sich in vielen Fällen aus der Beobachtung des Kranken von seiner inneren Stimme leiten lassen (- was würde ich in diesem Moment für mich selbst als angenehm oder notwendig erachten?) und dieses Gefühl für den Patienten umsetzen, gerade auch in Kenntnis der Vorlieben oder Abnei-

gungen des Patienten (als kleines Beispiel Anfeuchten der Lippen und Eincremen).

Wenn der Pflegenden Erholung braucht:

- Einsatz von Familienpfleger/-innen
- bei Urlaub: z.B. Kurzzeitpflege für den zu Pflegenden in entsprechenden Einrichtungen
- sich ohne schlechtes Gewissen eine Pause gönnen und dafür Unterstützung anfordern/annehmen, denn Krankenpflege kann Schwerarbeit sein.

Pflege im Krankenhaus

- Medikamentenplan mitgeben (rechtzeitig vom Hausarzt besorgen)
- es ist hilfreich, die Krankengeschichte stichwortartig zusammenzustellen und dem aufnehmenden Arzt so schnell einen Überblick zu ermöglichen, ggf. Kopie des letzten Krankenhausentlassungsbriefes (sofern der Patient nicht schon bekannt ist)
- Besprechen des weiteren Vorgehens:
 - Hinterlassen der Telefonnummer/n, unter der/denen man zu erreichen ist
 - Bitte um Benachrichtigung in kritischen Situationen
 - mit Arzt und Pflegepersonal klären, wann die beste Zeit für Fragen/Gespräche ist
 - das Pflegepersonal über Vorlieben/Abneigungen des Patienten informieren (wird oft schon erfragt)
 - mit Pflegepersonal klären, wie man den Aufenthalt für den Patienten so angenehm wie möglich gestalten kann (Lieblingskissen ...)
 - Gibt es Beschränkungen der zeitlichen Anwesenheit (Besuchszeiten)?
 - Welche Möglichkeiten bestehen, bei kritischem Zustand möglicherweise über Nacht im Krankenhaus zu bleiben (im besten Fall Bett beim Patienten; evtl. Aufenthaltsraum)?
- eventuell Einbeziehung bei der Pflege (wenn der Wunsch besteht):
 - Was kann ich übernehmen und anbieten?
 - Womit kann ich das Pflegepersonal entlasten? Welchen Kompromiß gibt es zu eigenen Vorstellungen (Intensivstation/Bettenstation)?
 - Was ist erwünscht und machbar, wo bin ich im Wege (Intensivstation)?
 - Auch die eigenen Grenzen erkennen!
 - Und auch hier: Rücksichtnahme auf den Patienten, ihn nicht durch übertriebene Fürsorge überfordern.
 - Rücksichtnahme auf Mit-Patienten.

Natürlich kann diese kurze Aufstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Viele der genann-

ten Tips werden bereits bekannt sein und manche als selbstverständlich angesehen werden.

Bei Fragen sollte sich niemand scheuen, Ärzte oder Pfleger, die Sozialdienste der Krankenhäuser und die Krankenkasse anzusprechen.

Ute Lohrengel

Informationen zum Thema Patientenverfügung

Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin wächst auch die Angst vor erzwungener Sterbens- und Leidensverlängerung. Einerseits soll der Arzt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten. Andererseits sind viele Patienten in der letzten Lebensphase nicht mehr ansprechbar, können nicht mehr selbst entscheiden. Eine Patientenverfügung kann in dieser Situation eine wichtige Hilfestellung für den Arzt sein, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und entsprechend diesem Willen zu handeln.

Im folgenden versuche ich, einige der häufigsten Fragen im Zusammenhang mit Patientenverfügungen zu beantworten.

Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung, in der Sie Ihren Willen formulieren für den Fall, daß Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen oder diese abzulehnen. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn Sie aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls längere Zeit bewußtlos sind oder eine schwere Hirnschädigung erlitten haben.

Was muß ich bei der Abfassung einer Patientenverfügung berücksichtigen?

Ihre Patientenverfügung soll dem behandelnden Arzt in einer konkreten Situation Hinweis auf Ihren mutmaßlichen Willen geben. Daraus ergibt sich, daß sie möglichst individuell gestaltet sein sollte. Gesetzliche Vorschriften, was die Form oder den Inhalt von Patientenverfügungen betrifft, gibt es bislang nicht. Es lassen sich

jedoch einige Punkte benennen, die eine Patientenverfügung zumindest enthalten sollte:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum
- Anlaß und persönliche (Wert-)Vorstellungen:
Was veranlaßt Sie, eine Patientenverfügung zu erstellen (z.B. Tod eines nahen Angehörigen, eine schwere Erkrankung)? Welche Ängste, Erwartungen und Hoffnungen haben Sie in Bezug auf Ihr Lebensende?
- Aktueller Gesundheitszustand, persönliche Krankenvorgeschichte:
Wie ist Ihr aktueller Gesundheitszustand? Wenn Sie an einer schweren oder möglicherweise sogar zum Tode führenden Krankheit leiden: Wie lautet die Prognose? Wie weit fortgeschritten ist die Erkrankung? (Mein Tip: Besprechen Sie diese Fragen am besten mit einem Arzt Ihres Vertrauens; geben Sie Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes an.)
- Situationen, für die Ihre Verfügung gelten soll:
Einige Vordrucke für Patientenverfügungen, wie z.B. die *Christliche Patientenverfügung der Deutschen Bischofskonferenz* und des *Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, beschränken sich in ihren Formulierungen auf den unmittelbaren Sterbeprozess. Sie bietet dem Arzt somit keine Hilfestellung bei Therapieentscheidungen im Vorfeld des Sterbens. Da dies wenig sinnvoll ist, empfehle ich, die Formulierungen entsprechend zu ergänzen oder andere Vordrucke zu verwenden (z.B. die alte *Christliche Patientenverfügung der Ev.-luth. Landeskirche in Bayern*).
- Art und Ausmaß der gewünschten Behandlungsbegrenzung:
In vielen Patientenverfügungen findet man die Formulierung: *„Ich wünsche keine lebensverlängernden Maßnahmen“*. Damit können aber ganz unterschiedliche Handlungen gemeint sein, z.B. die Nichteinleitung einer „sinnlos“ gewordenen Intensivbehandlung; das Einstellen einer zunächst erfolgversprechenden, nun aber aussichtslosen Therapie; die Nichtbehandlung einer zusätzlich zur Grunderkrankung auftretenden Komplikation; der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung (z.B. das Einstellen der künstlichen Ernährung). Geben Sie daher unbedingt an, welche der genannten Handlungen Sie meinen.
- Vorschlag für einen Bevollmächtigten:
Eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung bildet die Vorsorgevollmacht. Mit ihr können Sie schriftlich eine Person Ihres Vertrauens ermäch-

tigen, Ihre persönlichen Interessen zu vertreten, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Der Bevollmächtigte kann dann für Sie in eine Behandlung einwilligen oder diese ablehnen. In diesem Zusammenhang erscheint es mir wichtig, darauf hinzuweisen, daß ohne eine solche Vollmacht selbst nahe Angehörige kein Recht haben, über eine Therapie mitzuentcheiden; ihre Aussagen haben für den Arzt lediglich hinweisenden Charakter darauf, was in der konkreten Situation Ihr mutmaßlicher Wille sein könnte.

■ Ort, Datum, Unterschrift:

Keinesfalls fehlen dürfen Ort, Datum und Unterschrift. Sinnvoll ist ferner, wenn zwei Zeugen durch ihre Unterschrift bestätigen, daß Sie bei klarem Verstand und ohne Zwang die Patientenverfügung erstellt haben.

Wie verbindlich ist die Patientenverfügung für den Arzt?

Was die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen betrifft, so gibt es dazu eine klare Aussage der *Bundesärztekammer*. Diese hat in ihren Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen erklärt, daß der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten gilt, sofern keine konkreten Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine Willensänderung des Patienten schließen lassen.

Um Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen zu beseitigen, empfiehlt es sich, diese in regelmäßigen Abständen zu bestätigen oder zu ergänzen.

Wo soll ich meine Patientenverfügung hinterlegen?

Die beste Patientenverfügung nützt nichts, wenn sie zu Hause im Safe eingeschlossen ist und niemand davon weiß. Erstellen Sie Kopien Ihrer Patientenverfügung und verteilen Sie diese an Ihnen nahestehende Personen. Ein Exemplar sollte auch bei Krankenseinweisung bzw. Übersiedelung in ein Altenheim zu den Papieren gegeben werden. Tragen Sie stets einen Hinweis auf Ihre Patientenverfügung, z.B. in Form einer kleinen Karte, bei sich, auf der steht, bei wem Sie Ihre Verfügung hinterlegt haben und wer im Notfall zu verständigen ist.

Wo bekomme ich Hilfe bei der Abfassung einer Patientenverfügung?

Hilfe beim Abfassen einer Patientenverfügung bieten entsprechende Vordrucke, die von verschiedenen Or-

ganisationen angeboten werden. Bei den einfachsten Vordrucken müssen Sie nur Namen und Adresse einfügen und Ihre Unterschrift unter den vorformulierten Text setzen. Andere Vordrucke bieten die Möglichkeit, verschiedene Optionen anzukreuzen oder aus vorgegebenen Formulierungsvorschlägen eine persönliche Verfügung zusammenzustellen.

Das *Hospiz an der Lutter* hat mehrere solcher Vordrucke gesammelt und berät Sie gern bei der Erstellung einer individuellen Patientenverfügung.

Alfred Simon



Dr. Alfred Simon ist Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. und ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter.

Kontaktadresse:
Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Tel. 05 51 / 39 - 96 80

Der letzte Weg

Im Krankenhaus ist jemand gestorben. Man weiß, was nun geschieht. Nun geht es den Weg des Leichnams. Es gruselt bei dem Gedanken. Hinunter mit dem Aufzug, Heizungsrohre weisen die Richtung, einen dunklen Gang entlang. Unten im Erdgeschoß bückt man sich wie automatisch, es riecht nach Desinfektionsmittel. Man schweigt, dann ein leer geräumter Keller, weiß gestrichen, als Aufbewahrungsraum hergerichtet. Man ahnt es noch, links die Kiste, Kartoffeln bedeckt mit sterilem Pulver gegen die Fäulnis, rechts das Regal mit dem Eingemachten. Spinnweben hängen von der sauberen Decke, und das feste Türschloß verhindert jede Flucht, Endstation. Sackgasse, nur ein kleines, verdrahtetes Fenster zeigt den Weg nach draußen. In der Mitte des Raumes steht ein kniehohes Tisch, bedeckt mit einer grünen Matte, die an einen Kunststoffrasen erinnert. Dort legt man den toten Körper ab, zündet vielleicht noch eine Kerze an, wenn die Angehörigen kommen. Deponie der Toten, könnte man denken oder auch schreien, denn hier unten ist es still, totenstill. Schalldicht auch der Raum nebenan, dort, wo die weißen Bündel liegen, im Kühlraum, im Regal, auf Holzbrettern, die nicht mehr die Welt bedeuten. Kalt leuchtet das Neonlicht, kein guter Platz hier für die Lebenden, das Blut gefriert in den Adern. Hier sind sie unter sich, die Gestorbenen, sind wie Glühwürmchen in der Nacht und müssen doch frieren. Schreien möchte man, wenn da nicht die Zähne so laut klapperten und es gespenstisch hallte. Gut, daß bald die Bestatter kommen, Männer in grauen Kitteln, die die Leiche im eisernen Sarg nach oben transportieren und sie in ein schönes schwarzes Auto mit Gardinen schieben. „*Halte!*“, möchte man rufen, „*Hier oben ist das Lebert!*“, doch die Fahrt geht schnell vorbei, und schon legen sie die Leiche im Kühltrakt der Friedhofskapelle ab, dort, wo sogar die Kunststoffdecken vor Kälte knistern. Nun gilt es zu warten, warten auf die



Beerdigung, auf die Trauerfeier, die vielleicht gar nicht mehr stattfindet, ausfällt, weil niemand kommt und die Musik alleine spielt. Wer weiß. Doch sie sind immer da, die Männer in den schwarzen Uniformen, die den Sarg holen kommen und auf einen rollenden Untersatz stellen, der mit einer schwarzen edlen Samtdecke verhüllt ist, und vor sich her schieben. Man könnte von oben herab huldvoll grüßen und lächeln, wie eine Königin oder ein Prinz, könnte, doch der Deckel bleibt unwiederbringlich verschlossen. Vielleicht werden noch ein paar Worte gesprochen oder auch nicht, die Stille ist kurz, die sie gewähren, nachdem der Sarg in dem rechteckigen Loch verschwunden ist. Dann gehen die Männer und die Gäste und die Zeremonie ist zu Ende. Nur wenig später schon rückt der Bagger an und füllt das Loch mit dem noch frischen Boden. Man weiß, was nun geschieht, könnte schreien, wenn da nicht die Trauer wäre und die Hoffnung. Immergrün sind die Pflanzen, die sie setzen, pflegeleicht und anspruchslos. Das Holzkreuz trägt keinen Namen, verwittert langsam.

Heike Schiller

Aus

Todesanzeigen unserer Zeit

Je mehr Du gedacht,
je mehr Du getan hast,
desto länger hast Du gelebt.

Immanuel Kant



Steht nicht an meinem Grab und weint,
ich bin hier nicht, ich schlafe nicht.
Ich bin die tausend Winde,
das Diamantglitzern auf dem Schnee.
Ich bin der Sonnenschein auf reifem Korn,
ich bin der sanfte Herbstregen.
Wenn ihr aufwacht in der Morgenstille,
bin ich der schnelle Flügelschlag
stiller Vögel in kreisendem Flug.
Ich bin der Stern, sein mildes Licht in der Nacht.
Steht nicht an meinem Grab und weint,
ich bin hier nicht.

n.n.

Unser Erdenleben ist nur eine kleine
Strecke auf der ganzen Bahn unserer Existenz.

Matthias Claudius

Es wird aussehen, als wäre ich tot, und das wird nicht
wahr sein ...

Und wenn Du Dich getröstet hast,
wirst Du froh sein, mich gekannt zu haben.
Du wirst Lust haben, mit mir zu lachen.
Und Du wirst manchmal Dein Fenster öffnen,
gerade so zum Vergnügen ...
Und Deine Freunde werden erstaunt sein,
wenn sie sehen, daß Du den Himmel anblickst und lachst.

Antoine de Saint-Exupéry

Des Menschen Seele
gleicht dem Wasser.
Vom Himmel kommt es,
zum Himmel steigt es.

Goethe

Kurios

Scheintoter Hamster nagt sich aus Grab

Eine dreijährige Hamsterdame im nordenglischen Manchester hat es geschafft: Die Besitzer hatten *Claudia* für tot gehalten und in einer Schachtel vergraben. Jedoch hatte der Hamster nur Winterschlaf gehalten und sich aus der Schachtel wieder heraus und durch einen halben Meter Erdschicht ans Tageslicht genagt. Nachdem *Claudia* zwei Gärten durchquert, zwei Zäune überwunden und eine viel befahrene Straße überlebt hatte, kratzte sie an der Terrassentür der Besitzerfamilie ...

(aus *Göttinger Tageblatt* vom 22.1.2000)

Informationen

Landesbischöfin Dr. Margot Käbmann besucht das Hospiz an der Lutter

Am 15. September 2000 feierte das *Evangelische Krankenhaus Göttingen-Weendesein* fünfzigjähriges Bestehen. Die Landesbischöfin Dr. Margot Käbmann war zu diesem Anlaß eingeladen. Zuvor besuchte sie das *Hospiz an der Lutter*. In einem halbstündigen Gespräch mit Maria Ankermann, Pastor Paul Gerhard Langenbruch sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des stationären und des ambulanten Hospizes wurden die Schwerpunkte und wesentlichen Fragen der Hospizarbeit vor Ort dargestellt.



Bischöfin Dr. Käbmann, vertraut mit Hospizarbeit, erkundigte sich nach der Trägerschaft bzw. nach Verbindung und Abgrenzung zum *Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende*. Ihr besonderes Interesse galt dem ambulanten Hospiz, über dessen Struktur und Arbeitsweise sie sich informierte. Ihre Frage nach der Finanzierung der ambulanten Hospizarbeit nahm Pastor Langenbruch zum Anlaß, die Problematik fehlender Gesetzgebung zu umreißen: Der Betrieb eines stationären Hospizes wird nur genehmigt, wenn parallel dazu ein ambulanter Hospizdienst vorhanden ist. „Es gibt aber bisher keine Regelung, daß die Versicherungsträger einen Teil der Kosten ambulanter Hospizarbeit übernehmen.“

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesprächs war die Arbeit im stationären Hospiz. Hier fragte die Landesbischöfin nach Personalschlüssel, Belegung sowie Alter und durchschnittlicher Verweildauer der Patienten. Maria Ankermann berichtete von den Verhandlungen mit den Krankenkassen über den hohen Personalbedarf, der sich als Hauptkostenfaktor erweist. Die gute Besetzung aber ist unverzichtbar für die Sicherstellung einer ganz an den Bedürfnissen der sterbenden Patienten ausgerichteten Pflege. Der mit den Kranken- und Pflegekassen vereinbarte Tagessatz deckt die Kosten nicht. Von den Patienten oder ihren Angehörigen wird daher ein Eigenbeitrag erbeten. Darüber hinaus sind

Spendengelder notwendig, um die Finanzierung eines Hospizaufenthalts sicherzustellen.

Nach dem sehr offenen und konzentrierten Gespräch nahm sich die Landesbischöfin noch Zeit, die Hospizstation und den Hospizgarten zu besichtigen.

Ausstellung 'Last minute'

Das **Museum für Sepulkralkultur Kassel** zeigt vom **21. Oktober 2000 bis zum 28. Februar 2001** eine **Ausstellung zu Sterben und Tod**.

Öffnungszeiten: Dienstag bis Sonntag 10 - 17 Uhr, Mittwoch 10 - 20 Uhr.

Die Ausstellung *Last minute* „*nähert sich dem Thema Sterben aus der Sicht der heute Lebenden.*“ Zahlreichen Fragen wird nachgespürt: *„Wie gehen Menschen verschiedener Generationen und Kulturen hier und heute mit dem Sterben um? Was bedeutet ihnen der Tod? Und: was bedeutet er mir persönlich? Wie hat sich das Verhältnis zum Tod geändert? Mit welchen Konsequenzen? Entsteht in der postindustriellen Gesellschaft eine neue Sterbekultur? Was versprechen wir uns davon?“*

Die Ausstellung ermöglicht ... einen unverkrampten und sinnlichen Zugang zum Thema und verschafft eine Vielzahl von Einblicken in wenig bekannte Fachgebiete. Sie vermittelt lebensnah einen Überblick über die Sterbekultur unserer Gesellschaft.“ Darüber hinaus fragt sie *„nach neuen Entwicklungen in der Sterbe- und Bestattungskultur, beleuchtet die Professionalisierung im Umgang mit Sterben und Tod und stellt aktuelle politische Debatten zu Themen wie Sterbehilfe und Organtransplantation in einen größeren Zusammenhang. Und immer wieder weckt sie Fragen: nach den eigenen Vorstellungen von Sterben, Tod, Bestatten, Trauern, Jenseitsbildern – und führt damit mitten ins Leben.“*

(Zitate aus dem Poster zur Ausstellung)

Das Hospiz an der Lutter lädt ein zu einem gemeinsamen Besuch dieser Ausstellung am Mittwoch, d. 29. November 2000, um 16 Uhr

Treffpunkt: Haus 3 im Bereich des
Ev. Krankenhauses Göttingen-Weende
Rückkehr gegen 21 Uhr

Preis für Busfahrt, Eintritt und Führung: 25,00 DM

Anmeldung bei

P. G. Langenbruch, Tel. 05 51 / 50 34 - 292

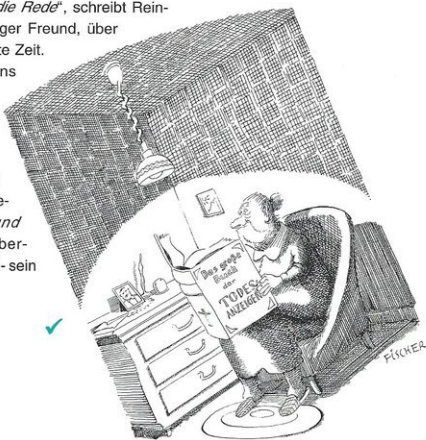
**Ausstellung - Karikaturen von Harald Fischer im
Städtischen Museum in Göttingen**
- in memoriam -

Das Städtische Museum in Göttingen präsentiert vom 24. September bis zum 29. Oktober 2000 eine Ausstellung mit Karikaturen von Harald Fischer. Der 1959 in Volksmarsen (Nordhessen) geborene Cartoonist lebte und arbeitete in Göttingen. Seine Zeichnungen erschienen in der *Süddeutschen Zeitung*, in der *Hannoverschen Allgemeine*, in verschiedenen Stadtmagazinen und Satirezeitschriften sowie in eigenen Büchern.

Harald Fischer wurde schwer krank, und medizinisch konnte ihm nicht mehr geholfen werden. Er entschloß sich, in unser Hospiz zu gehen, und wir haben seine letzte Lebenszeit miterlebt. Am 8. April 2000 starb er.

„Vom Tod war nie die Rede“, schreibt Reinhard Umbach, ein enger Freund, über die gemeinsam gelebte Zeit.

Mit seinen Cartoons greift Fischer meist andere Bereiche des Lebens auf, - gern 'Fußball' und 'Soziales'. Wann immer er aber dem Thema *Sterben, Tod und Trauer* nachspürt, überrascht - und provoziert - sein Blickpunkt ...



Tag der Ehrenamtlichen Stadt Göttingen

Die Stadt Göttingen hatte am 23. Oktober 2000 zum ersten Mal zum *Tag der Ehrenamtlichen* eingeladen, um die vielfältige Arbeit der Ehrenamtlichen in Göttingen zu würdigen. In der Lokhalle kamen rund 300 Gäste zusammen, - darunter sieben Mitarbeiter/-innen vom ambulanten Hospiz an der Lutter, die von Oberbürgermeister Jürgen Danielowski begrüßt wurden. Nach einem Vortrag des Sozialwissenschaftlers Prof. Dr. Rainer

Hoffmann (Uni Göttingen) und der Ehrung für besonders engagierte Bürger und Bürgerinnen, die stellvertretend für alle Gruppen standen, wurde unter musikalischer Untermalung ein reichhaltiges Buffet eröffnet. Wenn auch der äußere Rahmen nicht allen gefiel, sind wir doch der Meinung, daß diese Veranstaltung auch beim nächsten Mal besucht und für Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden sollte.

Projekte

Adventsbasar 2000

Der **Adventsbasar** findet in diesem Jahr am **28.11.2000 von 9.00 bis 16.30 Uhr in der Westhalle des Klinikums der Universität** statt. Zum Kauf angeboten werden Strick- und Handarbeiten, Kunsthandwerkliches, Konfitüren und Gebäck. Der Erlös kommt dem *Hospiz an der Lutter* zu.



Flohmarkt

Ein- bis zweimal jährlich halten ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen Flohmarkt vor der *Deutschen Bank* am Markt. Auch hier wird der Erlös in voller Höhe an das *Hospiz an der Lutter* weitergegeben.

Der nächste Flohmarkt ist für Mai oder Juni 2001 geplant. Sollten Sie das *Projekt Flohmarkt* mit einer Spende von ansprechenden, ausgefallenen, nützlichen oder einfach nur schönen Gegenständen unterstützen, wären wir sehr dankbar. Bitte nehmen Sie Kontakt auf mit Helma Riemen-schneider, Tel. 05 51 / 8 18 11.

Unseren ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen sei an dieser Stelle für ihren Einsatz in diesen Projekten sehr herzlich gedankt!



Hospiz-Forum

Das *Hospiz an der Lutter* lädt ein zum *Hospiz-Forum*, monatlich am 2. Mittwoch von 20.00 Uhr bis 21.30 Uhr, Ort: *Hospiz an der Lutter*, An der Lutter 26, Haus 3 Erdgeschoss (im Bereich des Evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende).

Termine und Themen:

08.11.2000: „Die Medizin und der gute Tod“ - Zur Geschichte der Euthanasie (*Dr. Andreas Frewe*)

13.12.2000: Zur Entstehung des Weihnachtsoratoriums von Johann Sebastian Bach (*Dr. Alfred Dürr*)

10.01.2001: Die Demenzerkrankung - Ursachen, Krankheitsbild, Therapie und Umgang mit den Erkrankten (*Dr. Renate Wollek*)

Für die Termine und Themen ab Februar 2001 wird ein Programm erscheinen.



Impressum

Die *Göttinger Hospiz-Mitteilungen* erscheinen halbjährlich.

Herausgeber und Versand: *Hospiz an der Lutter*, An der Lutter 26, D-37075 Göttingen-Weende
Bankverbindung: Sparkasse Göttingen, BLZ 260 500 01, Konto-Nr. 44 300 770

Redaktion: Gregor Linnemann, Ute Lohregel, Heike Schiller

Redaktionsbeirat: Maria Ankermann, Gabriele Junge, Paul Gerhard Langenbruch, Alfred Simon

Fotos: Kathrin Leven-Keesen (S. 6, 10 u. 18), Alfred Simon (S. 15), privat.

Gestaltung: Kathrin Leven-Keesen

Belichtung und Druck: *pachnicke-druck*, Güterbahnhofstr. 9, 37073 Göttingen

Die Redaktion spricht Herrn Klaus Czytko ihren herzlichsten Dank für die graphische Gestaltung der Titelseite aus.

Quellennachweis:

Abbildung S. 5: Turnowsky's Art, S 135, W. Turnowsky LTD. Tel Aviv; Cartoons S. 19, in: Harald Fischer, *Vielen Dank!! Keine Ursache*, Oldenburg 1994 (Lappan Verlag).