

# COLUMBA.

Das **Palliativ-Portal** Magazin

## Vom Annehmen **und Hoffen**

Im Gespräch mit Professor Giovanni Maio, Philosoph und Arzt

## Wann beginnt Palliativmedizin?

Über die Würde des Menschen

## Rituale in der Begleitung

Sterben und Trauer erzeugen Stress

## Übertherapie am Lebensende –

jetzt ist die Hospizbewegung gefragt!

## Töten helfen oder Sterben zulassen?

Situationen, in denen sehr viel und sehr lange miteinander geredet und gerungen wird.



**PALLIATIV  
PORTAL**

[www.palliativ-portal.de](http://www.palliativ-portal.de)

# AMBULANT · HOSPIZ · STATIONÄR

## SOFTWARE FÜR DIE PALLIATIVVERSORGUNG



- Alles auf einen Blick – teamspezifische Übersichten
- Symptomerfassung mit Verlaufskurven
- Medikation (ifap, Rote Liste®, Hauslisten) und Verbrauch
- Pflegedokumentation (Planung und Kontakte)
- Aufgaben-, Mitteilungs- und Terminverwaltung
- Fall- und Teambesprechungen
- Schnelle Abrechnung auf Knopfdruck (KVD T, DTA)
- Individuelle Formulargenerierung (Arztbriefe etc.)
- Umfangreiche Statistiken und Kennzahlen
- OPS Unterstützung (inkl. PKMS)
- Lese- und Schreibzugriff ohne Internet
- Ende-zu-Ende-Verschlüsselung nach KBV Empfehlung

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr nähert sich schon langsam dem Ende und wenn wir so zurückblicken, war wieder einmal viel Bewegung in der Hospiz- und Palliativszene. Die Ende des letzten Jahres verabschiedeten Gesetze brachten viele neue Gedanken und Meinungen auf. Lesen Sie hierzu in dieser Ausgabe die Artikel von Dr. Sitte und Dr. Thöns.

Was Menschen in dieser letzten Phase ihres Lebens beschäftigt, was Hoffnung und Annehmen mit Ihnen macht, darüber berichtet Prof. Giovanni Maio.

Aber auch für uns war es ein sehr aufregendes Jahr, da wir mit diesem Magazin ein bis dato unbekanntes Terrain betreten wollten und haben. Ihr hohes Interesse, die Auflage von 10.000 Exemplaren, und mehr als 70 Verteilerstationen haben uns bestätigt hier weiterzumachen: Den Gedanken von Palliative Care noch mehr zu verbreiten. Und es ist auch für dieses Jahr noch nicht ganz vorbei mit unseren Projekten. Ende November wird unser Buch „Max, sein Opa und Columba. Ein Buch über Trauer, Trost und eine kleine Taube“ erscheinen, in dem wir über den Abschied eines kleinen Jungen von seinem Opa erzählen.

Nun aber wünsche ich Ihnen viele gute Momente mit der neuen Columba.



Ihr

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' followed by a 'C' and a flourish.

---

Dr. **Jörg Cuno** | Palliativmediziner und Initiator des Palliativ-Portals



## 06 | Thema

### Vom Annehmen **und Hoffen**

Im Gespräch mit Professor Giovanni Maio, Philosoph und Arzt

## 12 | Töten helfen oder Sterben zulassen?

Patienten kommen mit ihren Krankheiten zum Arzt, mit Sorgen und Problemen, mit ihrer Schwäche. Der Arzt scheint dabei in der „stärkeren“ Position zu sein.



## 18 | Übertherapie **am Lebensende**

Eigentlich wollte der 86-jährige ehemalige Schaffner Klaus seinerzeit gar nicht mehr leben, die Vorstellung einst pflegebedürftig in ein Heim zu kommen war ihm unerträglich.



## 24 | Rituale in der Begleitung **Schwerstkranker und Sterbender**

Sterben und Trauer sind Belastungen, die Menschen aus dem Gleichgewicht und an die Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bringen können.



## Inhalt

### 04|2016

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 03 | Vorwort   | 28 | Akupressur in der palliativen Versorgung |
| 06 | Thema: Vom Annehmen und Hoffen                              | 30 | Wann beginnt Palliativmedizin?           |
| 12 | Töten helfen oder Sterben zulassen?                         | 32 | Kinder- & Familientrauerbegleitung       |
| 17 | Kolumne: Was bleibt von uns?                                | 35 | Leserbriefe                              |
| 18 | Übertherapie am Lebensende                                  | 37 | Zum Innehalten                           |
| 23 | Übergabe eines Spendenschecks                               | 38 | Stellenanzeigen                          |
| 24 | Rituale in der Begleitung<br>Schwerstkranker und Sterbender | 40 | Hospize und Akademien, Apotheken         |
|    |   | 42 | Vorschau, Kontakt und Impressum          |

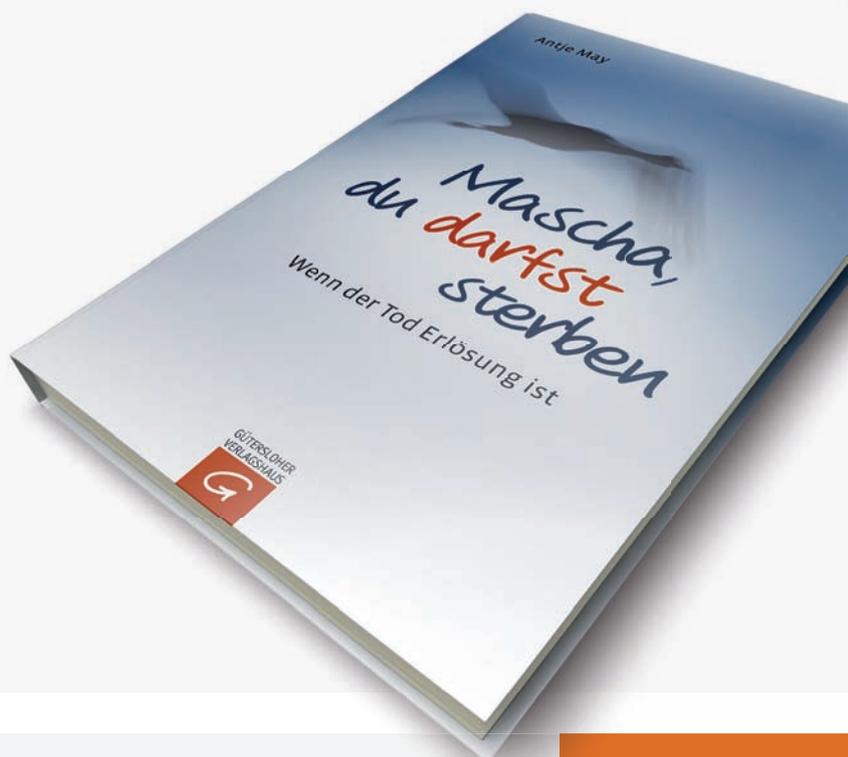
## 32 | Kinder- & Familientrauerbegleitung

Kinder sind wundervolle Lehrmeister. Mit offenen Augen, Ohren und Herzen nehmen sie achtsam wahr, was um sie herum geschieht. Sie erspüren deshalb sehr genau, wenn etwas nicht stimmt. Familien liegen mir als Trauerbegleiterin, Entspannungs- & Gesundheitspädagogin besonders am Herzen. Trauerbegleitung Vergissmeinnicht ist meine Herzensarbeit.



## 30 | Wann beginnt Palliativmedizin?

Eine Mutter fällt die schwerste Entscheidung ihres Lebens. Ein Buch über die Würde des Menschen in seiner letzten Lebensphase, aber vor allem auch ein Buch, das zeigt, wie die Liebe einer Mutter fast übermenschliche Kräfte freisetzt, um das Leiden ihrer Tochter Mascha zu beenden.



# Vom Annehmen und Hoffen

Im Gespräch mit Professor Giovanni Maio, Philosoph und Arzt

---

Von Yvonne Dauer

---

Wenn Verlust, schwere Krankheit oder auch „nur“ die Beschwerden des Alters unser Leben berühren, liegen Freude, Vertrauen und Hoffnung oft in weiter Ferne. Die Situation zu akzeptieren, anzunehmen und dabei auf die Hilfe von Mitmenschen zu vertrauen, erregt immer noch allzu oft Widerwillen und eher Verzweiflung als Versöhnung. Prof. Dr. Giovanni Maio, Philosoph, Arzt und Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg plädiert für ein Lebensverständnis, das Annehmen und Hoffen nicht als Zeichen von Schwäche deutet, sondern die Kostbarkeit des Einzelnen gerade in der Angewiesenheit auf die Gemeinschaft zu erkennen vermag.







## „Vom Annehmen und Hoffen“ –

Im Kontext von schwerer Krankheit, Sterben und Tod liest sich der Titel unseres Gespräches auf den ersten Blick wie ein Plädoyer für Verzicht. Verzicht auf Kampf, Verzicht darauf, sich der Situation entgegenzustellen und damit schlussendlich der Verzicht auf aktives Handeln. „Resignation“ kommt manch einem in den Sinn. Ihre Position ist eine andere: Wie kann es gelingen, Annehmen nicht als Verlust von Willensstärke und Mut, eben gar als Resignation wahrzunehmen, sondern als Chance auf Bereicherung?

Jeder Mensch braucht Hoffnung, um überhaupt zu handeln. Hätte er keine Hoffnung, so würde er gar keinen Ansporn haben, zu handeln. Aber Hoffnung können wir nur haben, wenn wir bereit sind, uns auf die Zukunft einzulassen. Derjenige, der sagt, dass er die Zukunft nur so und nicht anders akzeptiert, dieser hofft nicht, sondern wird bald verzweifeln, weil die Zukunft grundsätzlich offen ist. Wenn wir also nicht bereit sind, uns auf das einzulassen, was die grundsätzlich unverfügbare Zukunft uns auferlegen wird, so wären wir handlungsunfähig. Die Bereitschaft anzunehmen ist daher

eine Grundbedingung dafür, überhaupt ein gutes Leben zu führen, ein Leben jenseits der Verbissenheit und der drohenden Verzweiflung. Wenn ich die Bedeutung des Annehmens betone, ist das gerade das Gegenteil von Fatalismus. Derjenige, der hofft, ist zukunfts-gewandt und durchforstet die Zukunft nach allen Möglichkeiten, die sie bietet. Weil er dadurch nach der Zukunft auslangt, hat er einen Drang, die Zukunft von morgen heute schon zu gestalten. Der Hoffende ist derjenige, der daran glaubt, dass die Zukunft bewältigt werden kann und gerade deswegen legt er die Hände nicht in den Schoß, sondern

bereitet sich heute schon vor, aber eben nicht fixiert auf ein bestimmtes Resultat, das erzwungen werden muss, sondern zuversichtlich, dass selbst, wenn dieses Resultat nicht eintritt, die Zukunft dennoch gestaltbar und vor allem bewältigbar bleiben wird.

Sehen wir uns das andere Extrem an, ein Annehmen, das einhergeht mit dem Wunsch, dem Leben sofort ein Ende zu setzen. Sie äußern sich hierzu sehr kritisch und sprechen in Ihrem Buch *Medizin ohne Maß?* davon, „dass wir scheinbar verlernt haben, angemessen auf einen Suizid zu reagieren.“ An

anderer Stelle der Gedanke, „dass nur die Haltung des Erwartens, des Abwartens und Zulassens der angemessene Umgang mit dem Sterben als einem Teil des Lebens sein kann – und nicht die Haltung des Machens.“ Weiter, „dass dem Sterben in der Haltung des Machens nicht adäquat begegnet werden kann.“ Dürfen wir in einer derartigen, sehr individuellen, sehr subjektiven Grenzsituation Forderungen nach dem richtigen Maß stellen? Danach, ob ein Verhalten „adäquat“ ist? Begeben wir uns hier nicht in die Gefahr, ein neues Dogma zu errichten?

Das ist ein Missverständnis. Mir geht es nie um die Normierung des Verhaltens eines leidenden Menschen. Von ihm etwas zu fordern, ist doch mehr als unangemessen. Er fordert uns und nicht umgekehrt. Er fordert uns auf, angemessen auf seine Not zu reagieren. Wenn ich sage, wir haben verlernt, angemessen auf den Suizid zu reagieren, meine ich damit, dass wir kollektiv so tun, als wäre es doch vernünftig, in dieser oder jener Situation sich selbst zu töten. Ich finde, dass der Suizid eines Menschen uns aufwühlen muss und wir nicht eine Normalisierung des Suizids dergestalt vornehmen dürfen, dass wir sagen: Ja, das ist plausibel, dass er sich tötet.

Plausibel? Das heißt doch, dass wir selbst eine Bewertung vornehmen und sagen: Dieses Leben, das er jetzt als kranker Mensch gelebt hat, war in der Tat kein Leben, das es wert war, weitergelebt zu werden. Das ist der Fehler im Denken. Eine Plausibilisierung des Suizids ist eine Übernahme der Negativbewertung des Lebens, die zwar von dem Betroffenen so empfunden werden kann, die wir uns aber nicht zu eigen machen dürfen, weil das eine Resignation wäre. Wir müssen uns dafür interessieren, warum er den Tod vorzieht und dürfen uns mit den Widrigkeiten nicht zufriedengeben. Der Suizid ist

eine Aufforderung, noch mehr gegen das anzugehen, was den Suizidwunsch aufkommen ließ, gegen die kollektive Entwertung gebrechlichen Lebens, gegen die Angst, anderen zur Last zu fallen, gegen die Vorstellung, man könne nur dann ein gutes Leben führen, wenn man keine Hilfe Dritter braucht.

Gegen diese kollektiven Vorstellungen müssen wir viel entschiedener gegenteilige Signale setzen. Das meine ich mit angemessen reagieren, und es wäre nicht angemessen, dem In-Not-Seienden vorzuschreiben, wie er zu denken hat. Aber darum ringen, ihm zu zeigen, dass er uns etwas bedeutet, dass



Giovanni Maio

er nicht entwertet ist, dass es für uns eine Selbstverständlichkeit ist, ihm zu helfen, dass er uns jeden Tag so viel zurückgibt, das müsste man sagen und nicht einfach: Ich verstehe gut, dass du dich jetzt töten willst.

**Was ist notwendig, damit das Annehmen der Zukunft glücken kann und die Situation positiv verändert?**

Annehmen können wir eben nicht allein. Wir können nur dann annehmen, wenn wir uns in einer Gesellschaft wissen, die uns die Wertschätzung des Seienden vorspiegelt. Eine Gesellschaft,

die gebrechliches Leben schon vor der Geburt ausmustert und das als rationale Klugheitswahl hinstellt, eine Gesellschaft, die die Geburt von Kindern mit Behinderungen als Fehler im Reproduktionsmanagement auffasst und eine kollektive Fahndung nach Kindern mit Trisomie 21 als Fortschritt preist, eine Gesellschaft, die nicht nach der Not bedrängter alter Menschen fragt, sondern in der Tötungsspiel die adäquate Antwort sieht, eine Gesellschaft, die den gebrechlichen Menschen kollektiv als Schwundstufe des Menschseins ansieht, eine solche Gesellschaft macht es einem schwer, das Annehmen zu lernen.

Deswegen müssen wir gegen die Ströme unserer Zeit andenken und müssen die Einzigartigkeit eines jeden Lebens – in jeder Phase, in jeder Situation – hervorkehren und gegen eine Entwertung gebrechlichen Lebens entschieden vorgehen. Zugleich müssen wir für eine Kultur der Angewiesenheit eintreten, um zu verdeutlichen, dass das Angewiesensein auf die Hilfe Dritter kein Ausnahmezustand, sondern ein Normalzustand ist. Es ist das Normalste der Welt, dass man auf andere angewiesen ist, das ganze Leben hindurch, im Alter etwas mehr, aber die Angewiesenheit gehört zu unserem Leben dazu und ist nicht die Katastrophe, für die sie oft gehalten wird.

**Die Unterstützung und Fürsorge einer Gesellschaft, die eben diese Menschen auffängt, ist von immenser Wichtigkeit und doch sehen wir uns zunehmend mit Tendenzen konfrontiert, die uns nachdenklich stimmen: Sie selbst haben in einem Ihrer Bücher bereits auf einen Werbespot aufmerksam gemacht, der mit dem Slogan „Älter werden – kein Problem. Nachlassen kommt für mich nicht in Frage!“ ziemlich explizit suggeriert, dass Nachlassen (des Energieniveaus, der Gesundheit, der Optik) ein Armutszeugnis ist. Dieser Slogan ist**

geradezu ein Aufruf, den Makel des Alters doch bitte gründlich zu kompensieren – mit Energie bis zum Umfallen. Und kürzlich freute sich ein beliebtes Frauenmagazin auf eine zu erwartende „Genperfektion“ – man munkelte, ein Promipärchen erwarte Nachwuchs. Vollkommenheit, Sie haben es eben noch einmal deutlich gesagt, wird mehr und mehr zur Mindestanforderung. Wie schaffen wir es, gerade im scheinbar Unvollkommenen, das eigentlich Wertvolle wieder wahrzunehmen?

Die Vollkommenheit des Menschen liegt nicht darin, dass er perfekt ist, sondern in der Einzigartigkeit einer jeden Person, eines jeden Wesens auf unserer Welt. Das ist das Faszinierende am Leben, dass es kein doppeltes Leben gibt, sondern nur unverwechselbares Leben. Es ist sehr wichtig, den Blick dafür zu schärfen, dass jeder Mensch eben genau so gemeint ist, wie er ist. Was wir mit der Ästhetik erreichen, ist ja die Negierung der Einzigartigkeit und die Etablierung einer bestimmten Norm. Jeder Mensch ist auf seine Weise faszinierend, wenn wir nur bereit sind, uns für ihn zu interessieren, seinen Facettenreichtum zu erkunden und zu lernen, ihm mit Neugier und Staunen zu begegnen. Dann braucht der alte Mensch eben kein Lifting, keine Anti-Aging-Creme, kein Fit-sein-Müssen, sondern er kann so sein, wie er ist: Ein Mensch einer bestimmten Lebensphase, die deswegen so wichtig ist, weil die Lebensphase des alten Menschen eben auch Potentiale hat, die andere Lebensphasen nicht haben. Es gibt einen eigenen Wert des Alters. Heute glauben alle, um angenommen zu werden, müssten sie auch im Alter jugendlich sein. Ich finde das bedenklich. Ein alter Mensch darf alt sein, weil er uns als alter Mensch so viel geben kann, was ein junger Mensch nicht kann: einen unverblühten Blick auf die Wirklichkeit, einen Sinn für das Wesentliche,

einen Weitblick, eine innere Ruhe, ein Ablassen von der Geschäftigkeit, eine Betonung des Seienden vor dem Machenden...

Das heißt, dass wir auch im Zustand der Angewiesenheit Freiheit und Autonomie erfahren und leben können?

Autonomie bedeutet doch nicht, alles machen zu können, was man will. Dann wäre niemand autonom. Autonomie bedeutet, sich in ein gutes Verhältnis zu den unvermeidbaren Begrenzungen des Lebens zu bringen. Derjenige ist autonom, der in kreativer Weise mit den Begrenzungen des Lebens umgehen kann. Auch der gebrechliche Mensch bleibt autonom, aber er geht anders mit seinem Leben um. Er beharrt nicht darauf, alles noch zu können, sondern er stellt sich auf die neue Lebensphase ein und erkennt, was wirklich wichtig ist. Er entdeckt auch neue Werte: Dass es eben auch einen Wert haben kann, nicht geschäftig sein zu müssen, Dinge bewusster zu machen, weniger zu machen. Dass es einen Wert haben kann, eben „nur“ zu sprechen, da zu sein und nicht immer etwas tun zu müssen und dabei in ruhelosen Aktionismus zu verfallen.

Der alte Mensch gibt uns etwa nicht nur durch sein Tun allein, sondern vor allem durch sein Sein. Er gibt uns auch dadurch etwas, dass er von seinem Leben erzählt oder uns sein Leben gar als ein Vermächtnis übergibt. Die Botschaft dieses Vermächtnisses resultiert daraus, dass er sein Leben so und nicht anders gestaltet hat. Er hat uns etwas vorgelebt – und das kann uns sehr viel geben.

Ein schöner Gedanke – dem doch leider allzu oft die Realität mit traurigen Alltäglichkeiten gegenübersteht. In Ihrem Buch *Den kranken Menschen verstehen* erzählen Sie von einer Bekannten, die eine sehr liebgewonnene Person

nicht mehr besucht, weil diese aufgrund ihrer Demenzerkrankung keine Unterhaltungen mehr führen kann...

Die Demenzerkrankung ist eben ein gutes Beispiel dafür, wie wir den Menschen reduzieren auf das, was er nicht mehr kann und eine Defizitfolie über ihn ziehen. Der Demenzpatient gibt uns sehr viel, weil auch er unverwechselbar geblieben ist. Wir sprechen von Demenz und meinen damit unwillkürlich, dass er keinen Geist, keinen eigenen Charakter, kein eigenes Wesen mehr hat. Das ist grundlegend falsch. Der Demenzpatient ist voller Erinnerungen und voller Erlebnisse, aber diese Erinnerungen sind unter einem Schleier versteckt. Wir müssen den Schleier aufreißen und das können wir eben nicht durch Smalltalk, sondern nur über andere Kommunikationswege. Wir müssen den ästhetisch-leiblichen Aspekt des Menschen dann in den Mittelpunkt stellen, ihn eben ansprechen, nicht nur durch Worte, sondern vor allem durch Berührung, durch Musik, durch Tanz, durch Düfte, durch die Zartheit eines Blickes. So vieles können wir tun, um aus einem De-Menz-Patienten einen Re-Menz-Patienten zu machen, einen Menschen, den wir wiedererkennen, dem wir Erlebnismöglichkeiten geben, und dann sehen wir, dass dieser Demenz-Patient ganz anders ist als alle anderen, weil er eigene Erinnerungen hat, die wir nur wachzurufen haben, durch eine empathische Beziehung.

Wie kann Angehörigen und Freunden bei der Sensibilisierung für diese neue Art von Kommunikation geholfen werden? Viele erfahren diese Situation anfangs sicherlich als Überforderung...

Man muss die Verzweiflung der Angehörigen sehr ernst nehmen. Der Patient braucht diese Beziehungen und er kann sich immer noch – jeden Tag – über diese gelebten zwischenmenschlichen



Engagement für das Leben

# **KYOWA KIRIN**

Kyowa Kirin GmbH

Monschauer Straße 1 | 40549 Düsseldorf | TEL: +49 (0)211 416 119-0 | FAX: +49 (0)211 416 119-20

# Was macht bei Kyowa Kirin den Unterschied?



Wir wollen nicht über Zahlen sprechen, über Unternehmenserfolge und Businesspläne. Was die meisten bewegt, ist: was bietet ein Pharmaunternehmen im Hinblick auf die Produkte, aber vor allem darüber hinaus, für einen Mehrwert – für die Patienten und Angehörigen, das Pflegepersonal und die Ärzte, die dem Unternehmen ihr Vertrauen schenken. Ist es nur ein Big Player oder gelebte Firmenphilosophie? Bas Sibeijn, Geschäftsführer von Kyowa Kirin DACH beantwortet, was hinter der Vision „Engagement für das Leben“ steckt.

## Herr Sibeijn, Engagement für das Leben – was heißt das überhaupt für Sie?

Wir möchten als ein Unternehmen gelten, das sich um Lebensqualität sorgt. So steht es in unserem Mission Statement. Aber dahinter steckt viel mehr: Wir gehen den Weg des Lebens, für jedes einzelne Leben. Und das ist es, was unsere Mitarbeiter, egal aus welcher Abteilung, bei uns sehr ernst nehmen! Jeder ist das Gesicht des Unternehmens, jeder engagiert sich mit Rat und Unterstützung, jeder weiß, wie wichtig der einzelne Kontakt ist, wie wichtig Vertrauen ist – denn dahinter steckt ein Leben.

## Vertrauen muss man sich erarbeiten, heißt es. Wie setzt Kyowa Kirin das um?

Als globales Unternehmen müssen wir das Vertrauen der Gesellschaft erwerben, indem wir Herausragendes auf dem Gebiet unserer sozialen Verantwortung leisten.

Kyowa Kirin hat das Ziel, einen Beitrag zu Gesundheit und Wohlergehen von Menschen weltweit zu leisten. Unsere Mission ist es, auf die Bedürfnisse von Patienten mit Erkrankungen, für die keine wirksamen Behandlungen existieren, zu reagieren sowie ebenso auf die Bedürfnisse ihrer Familien und des Gesundheitspersonals, das diese Erkrankungen an vorderster Front bekämpft. Wir bieten da Lösungen, wo der Leidensdruck groß ist, gerade in der Palliativmedizin.

## Wo können Sie Unterstützung bieten?

Kein Mensch sollte unnötig leiden müssen, Schmerzen ertragen oder Nebenwirkungen aushalten müssen. Daher ist der Bereich der onkologischen Supportivtherapie einer unserer therapeutischen Kernbereiche zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, z.B. zur Linderung ihrer Tumordurchbruchschmerzen.

Wir verlieren aber auch die Nebenwirkungen nicht aus dem Blick, die auftreten können, wenn Patienten für ihre starken und stärksten Schmerzen Opioide erhalten müssen oder sich einer Chemotherapie unterziehen. Deshalb bekämpfen wir mit einem kausalen Therapieansatz z.B. das komplexe Krankheitsbild der Opioid-induzierten Obstipation (OIC) und bieten alternative Darreichungsformen bei der Antiemese, um das Leiden von Patienten mit Chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen zu verringern.

## Stichwort Lebensqualität. Wie definieren Sie das?

Lebensqualität ist ein starkes Wort. Dahinter verbirgt sich aber – gerade mit Blick auf unsere Produkte – sehr viel, vor allem aber auch viel Konkretes. Für den Patienten ist es Lebenszeitgewinn, wieder Teilnahme am Leben, Zeit mit der Familie, wieder Dinge genießen können, auch wenn es nur Kleinigkeiten sind. Für die Familie ist es mitunter ein kleines Stück weniger Sorge dafür aber viel Gewinn, zu sehen, dass der geliebte Mensch wirklich profitiert und seine Lebensfreude zurückerlangt. Für das Personal und die behandelnden Ärzte ist es die Gewissheit, die richtige Therapie gewählt zu haben.

## Was ist Ihr Weg zum Erfolg?

Unsere Werte bilden die Grundlage für unseren Erfolg, sie finden ihren Niederschlag in der Stärke und dem Engagement, die unser Team jeden Tag beweist. Wir inspirieren und fordern unsere Mitarbeiter, kreativ zu denken, durch ein Zusammenwirken eine bessere Welt zu schaffen und Menschen dabei zu unterstützen, ein gesünderes und erfüllteres Leben zu leben.

Beziehungen freuen. Wir müssen den Angehörigen nur dabei helfen, ein Sensorium dafür zu entwickeln, wie sie in einer ganz anderen Weise jeden Tag in echtem tiefen Kontakt mit ihrem kranken Angehörigen bleiben können.

*Inwiefern sind an dieser Stelle auch verstärkt die behandelnden Ärzte gefragt?*

Jeder ist gefragt, die Ärzte, aber vor allem die Pflege und die ehrenamtlich Tätigen. Die Nachbarn, die Freunde, aber eben auch die Medien, die aufhören müssen, von der Demenz als einer „Reise in die Dunkelheit“ oder eines „Abschieds vom Ich“ zu sprechen. Das sind unreflektierte Stereotypen, die die Angst der Menschen schüren und eine unverantwortliche Ablehnung und Scheu vor dieser Krankheit befördern.

*Wenn es denn nun tatsächlich gelingt, wenn der Mensch gelernt hat Anzunehmen, wenn er Unterstützung durch Familie, Ärzte und die Gesellschaft er-*

*fährt, dann kann dies der Nährboden für etwas sein, das Sie als „Hoffnung“ bezeichnen. Ein Begriff, der uns allen bekannt ist, oft wahrgenommen als der letzte Strohalm: „Wenn gar nichts mehr geht, gibt es ja immer noch die Hoffnung...“. Sie hingegen beschreiben die Hoffnung als einen Anfang...*

Die Hoffnung lebt von einer Gewissheit, die für den Hoffenden eben tragend ist, und das ist die Gewissheit, dass es Sinn macht, an das Morgen zu glauben. Hoffnung ist die Negation der Sinnlosigkeit und die Affirmation von Sinn, die Affirmation des Jetzt in seiner Sinnhaftigkeit - trotz allem! Das ist das Besondere. Die Hoffnung bezieht sich auf grundsätzlich Realisierbares, sie erkennt aber, dass die Zukunft noch nicht verfügbar und vor allem nicht garantiert ist. Eben deswegen hat Hoffnung sehr viel mit Annehmen zu tun. Hoffnung ist eben nicht eine verklärte Sicht auf die Zukunft, sondern eine ganz klare Sicht auf die Zerbrechlichkeit der Existenz, in der der hoffende Mensch dennoch

einen Auftrag zur Gestaltung wahrnimmt. Eine Gestaltung allerdings, die eben nicht alleine geht, sondern nur im Bewusstsein tragender Gründe für das eigene Leben – und das sind nicht zuletzt andere Menschen.



Yvonne Dauer

## Mobile geriatrische Rehabilitation: „Reha auf Rädern“



### Und das sind die Vorteile:

- » Das Reha-Team besucht Sie zu Hause
- » Ihre Angehörigen werden mit einbezogen und ausführlich beraten
- » Individuell angepasster Therapieplan
- » Erfahrenes Team unter fachärztlicher Leitung
- » Weiterbetreuung durch Ihren Hausarzt

### Mobile geriatrische Rehabilitation – Hilfe zur Selbsthilfe



SOZIALSTIFTUNG BAMBERG

*Wenn Sie uns brauchen.*

saludis. Die Rehabilitation.

saludis. Lust auf Gesundheit.

# Töten helfen oder Sterben zulassen?

---

Von Dr. Thomas Sitte

---

## **DIE WELT schrieb am 04.03.2003 über den Tod Kafkas:**

Da die Schmerzen unerträglich geworden waren, flehte Kafka den Freund an:

„Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder!“

Man verabreichte ihm Pantopon. Als sich Klopstock vom Bett erhob – er wollte die Spritze reinigen –, bat Kafka: „Gehen Sie nicht fort“. Auf Klopstocks Antwort

„Ich gehe ja nicht fort“ erwiderte er: „Aber ich gehe fort.“

Franz Kafka schloss die Augen. Er starb an Herzlähmung.

Es war der 3. Juni 1924.



**P**antopan, das ihm sein guter Freund und ärztlicher Begleiter injizierte, ist ein Gemisch aus den verschiedensten Alkaloiden des Schlafmohns, ähnlich der Opiumtinktur. Als Wirkung der Injektion wurde Kafka müde, schlief ein, die Atmung wurde langsamer und setzte schließlich völlig aus. Die erwähnte „Herzlähmung“ war aus heutiger Sicht wohl eher die Folge des Atemstillstandes durch die Opioidinjektion. Beschrieben wird hier ein klassischer Behandlungsfall, bei dem –möglicherweise durch mangelnde Kenntnis gepaart mit dem Wunsch, schnell „Letzte

Hilfe“ zu leisten – eine Medikamentendosis verabreicht wurde, die den Tod ungewollt oder auch gewollt unmittelbar herbeiführte.

Solches Herbeiführen des Todes durch den Arzt ist etwas, was immer wieder von Patienten in ihrer Not erbeten wird. Nach meiner Erfahrung wird eine solche Medikation in Form von Infusionen, Pflastern, Injektionen u.a.m. zugleich aber auch immer wieder ohne ausreichende Patientenaufklärung – soweit der Patient sie wünscht – eingesetzt, insbesondere ohne die angemessene

Abwägung des (mutmaßlichen) Patientenwillens beim bewusstseinsgetrübten Patienten.

Vielleicht fragen Sie sich bei der Lektüre differenzierter Abhandlungen zum Thema „Sterbehilfe“: Wo bleibt die Perspektive des Patienten? Die folgende Geschichte nimmt diese Perspektive ein. Ich habe sie selber genau so (!) erlebt. Die Fakten sind natürlich so verfremdet, dass kein Rückschluss auf den Patienten gezogen werden kann.

## Bitte töten Sie mich!

Patienten kommen mit ihren Krankheiten zum Arzt, mit Sorgen und Problemen, mit ihrer Schwäche. Der Arzt scheint dabei in der „stärkeren“ Position zu sein. Oft muss er sich sehr intensiv in die Patienten hineinversetzen. Ob deren Gedanken dann genau so sind, wie der Arzt es erahnt, weiß kein Mensch. Auch in der beschriebenen Situation wurde sehr viel und sehr lange miteinander geredet und gerungen...

## Im Rollstuhl

Irgendwann komme ich in den Rollstuhl. Noch kann ich die Arme gut bewegen. Selber essen, trinken, ein Buch halten. Aber es geht sehr schnell voran; bald liege ich im Krankenhaus. Es ging zuhause nicht mehr und ein paar Komplikationen waren, wie zu erwarten, hinzugekommen. Dort in der Universitätsklinik liege ich wochenlang in einem Einzelzimmer in meinem Bett und starre stundenlang an die Decke, habe kaum noch die Kraft und Fähigkeit eine lästige Fliege zu verscheuchen. Ein junger Arzt kommt auf meine Station, nennen wir ihn Dr. S. Er kann gut zuhören, ich fasse Vertrauen zu ihm. Oft reden wir über meine Situation. Über das, was gemacht werden kann, welche Hilfsmittel es gibt. Was wir tun können, um Beschwerden zu lindern. Auch, was wir nicht mehr werden tun können...

Ich hadere mit meinem Schicksal, so hatte ich mir mein Leben nicht vorgestellt, so hätte ich nie leben wollen. Immer schwächer werdend, im Bett liegend. Den Hintern müssen mir die Schwestern und Pfleger abwischen. Das empfinde ich als zutiefst entwürdigend. Mitleid? Möchte ich nicht einmal geschenkt bekommen!

## Der Rumpelstilzchen-Effekt

Ich, Frau A., bin als junge Literatin am Anfang meiner Karriere. Aktiv, beliebt, intelligent, belesen und in dem, was der Volksmund „die Blüte meines Lebens“ nennt. Da bemerke ich, dass ich öfters einmal stolpere. Ich bin zu oft gedankenversunken, muss ein bisschen mehr aufpassen, denke ich. Aber ich bin nicht zu wenig achtsam. Ich bin krank.

Den Namen dieser Krankheit kann man ja kaum aussprechen. Aber ich bin doch belesen und kenne, wie Sie auch, das Märchen vom Rumpelstilzchen. „Ach wie gut, dass niemand weiß, dass ich Rumpelstilzchen heiß.“, so sprang singend der Gnom um das Feuer herum. Als dann der Name ausgerufen wurde, sprang Rumpelstilzchen noch einmal in die Luft und zerriss sich vor Wut in zwei Stücke. Deshalb nennen wir meine Krankheit doch einfach „A“. „A“, dieses vermaledeite Leiden – da kann man nichts, aber auch gar nichts machen, sondern nur zusehen, wie alle Muskeln nach und nach ihren Dienst versagen! Ein, nicht nur für mich, unerträglicher Gedanke...

## Meine Familie will anders als ich

Eines Morgen, als Dr. S. und ich beide ganz sicher alleine und unbelauscht sind, da wage ich es und spreche Dr. S. an: „Jetzt kann ich nicht mehr Hand an mich legen.“

Ich habe den Zeitpunkt verpasst.

Es ist zu spät. Früher, als ich es noch hätte tun können, da hat es mir mein Glaube verboten und mich zu lange davon abgehalten. Ich hätte mich darüber hinwegsetzen können, sollen. MÜSSEN! Aber jetzt ist es zu spät, um mir selber das Leben zu nehmen. Ich weiß, was kommen wird.

Aber ich will es nicht erleben.

Man wird mir auch nicht helfen. Meine Familie will erreichen, dass ich am Leben gehalten werde, solange es die moderne Medizin irgendwie möglich macht. Auch wenn ich es nicht will. Auch gegen meinen eigenen, schriftlich verfügten Willen.“

Dr. S. gibt mir Recht. Die Rechtslage, Recht haben ist eine Sache, Recht bekommen und die Umstände der Wirklichkeit sind eine andere. Auch Dr. S. glaubt, man wird mich gegen meinen Willen am Leben erhalten, wenn ich mich nicht mehr dagegen wehren kann. Die moderne Medizin ist recht weit fortgeschritten. Auch wenn sie „A“ nicht heilen kann, kann ich mit ihrer Hilfe jahrzehntelang – vollkommen unbeweglich – am Leben erhalten werden. Das will ich nicht, das will auch Dr. S. nicht. Er kann mich gut verstehen und hätte an meiner Stelle wahrscheinlich denselben Wunsch. So überlegen wir hin und her, was getan werden könnte. Wie könnte ich mir das Leben nehmen? Wer könnte mir wie helfen, es zu tun?

## Vor dem Abgrund „stehen“ wäre noch ein Glück

Letzten Sommer noch das pralle Leben, da habe ich mit den Schönen und Reichen der Stadt gefeiert – doch jetzt? Jetzt stehe ich vor dem Abgrund, dem völligen, totalen Nichts. Nicht einmal das. Ich kann doch nicht mehr stehen, schon lange nicht mehr, nur noch liegen, liegen, liegen und warten.

Damit meine Pflege für das Personal, wohl auch angeblich für mich, leichter wird, bekomme ich einen Schlauch in die Blase, aus dem mein Urin herausläuft und einen in den Magen, damit dort die Nahrung hineinfließt. Man hätte die Schläuche doch ebenso gut direkt miteinander verbinden können. Dann könnte ich mir auch die Windel ersparen, in die mein Stuhlgang kommt, ohne dass ich die Stuhlentleerung noch kontrollieren könnte. Ich fühle es, wenn der Kot kommt und ich rieche es, aber einhalten

geht nicht mehr.

Dr. S. ist sehr nett zu mir, die anderen auch alle. Ich bin schließlich ein recht beliebter Patient und Gesprächspartner. Zumindest für einige, andere gehen lieber schnell an meinem Zimmer vorbei. Lieber in kein Gespräch verwickelt werden. Auch mir selbst wird es zu anstrengend. Da höre ich von einer Schwesternschülerin, dass Dr. S., dem ich vertraue, wahrscheinlich in vier Wochen in ein anderes Krankenhaus gehen wird.

Als ich dies erfahre, kann ich schon zwei Wochen kein Buch mehr alleine lesen. Ich brauche dazu jetzt eine Halterung und jemanden, der mir die Seiten umblättert. Ich kann meine Arme keinen einzigen Millimeter mehr anheben. Da fasse ich mir ein Herz.

## Aktive Sterbehilfe

Tötung auf Verlangen. Das wäre eine Möglichkeit. Hier in diesem Zimmer, in einem großen Krankenhaus – mit allen Möglichkeiten, dies auch wieder zu verhindern, wenn der Tötungsversuch zu früh entdeckt würde. Und am Ende ist Dr. S. und mir auch klar, es gibt nur einen Menschen, dem ich genug vertraue, nur einen, dem ich es zutraue, es erfolgreich zu tun: Dr. S. So frage ich ihn: „Würden Sie mir dabei helfen? Wir beide wissen jetzt sehr genau, es gäbe sonst niemanden auf der Welt. Und wenn Sie es nicht tun, wird mein unbeweglicher Körper noch lange am Leben erhalten werden, viel, viel länger, als wir beide es wollen würden.“

Ich flehe Sie an! Bitte, bitte, bitte, können Sie es für mich, mir zuliebe tun?“

Wir haben hin und her überlegt, es muss ja nicht sofort sein. Jeden Tag haben wir darüber gesprochen, bis der Tag des Abschiedes näher kam. Dr. S. kommt zu mir ins Zimmer, holt sich einen Stuhl und setzt sich zu mir. Da sagt dieser empathische Dr. S.: „Nein, ich werde es nicht tun. Ich kann es leider einfach nicht tun.“ Spricht dieses unerträgliche Lebensurteil aus mit der ganzen Arroganz eines Gesunden. Räumlich sitzt er zwar auf Augenhöhe neben meinem Bett, trotzdem erschlägt es mich wie von oben herab, die ich so hilflos und vollkommen wehrlos daliegen muss. Tränen fließen über mein Gesicht. Er erzählt mir irgendetwas von seinem Gewissen, auch davon, dass, wenn es herauskäme, er nicht mehr als Arzt arbeiten

können würde. Davon, dass er mir verspricht, alles dafür tun zu werden, dass Menschen wie mir geholfen werden könne in unserem Land.

Irgendwie interessiert mich das nicht. Mich hätte nur eine Antwort interessiert: „Ja!“, „Ja, ich helfe Ihnen!“, „Ja, ich töte Sie.“ Ohne Wenn und Aber.

Wahrscheinlich würde es mich in diesem Augenblick auch herzlich wenig interessieren, zu wissen, dass Dr. S. später dabei mithelfen wird, dass organisierte, geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung nicht salonfähig werden kann in Deutschland. Und dass Dr. S. stattdessen versuchen wird, echte Alternativen zu finden. Auch dass Dr. S. weiterhin Menschen mit Rat und Tat zur Seite stehen wird, wenn sie nicht mehr leben wollen. Sie werden auch am Ende, wenn sie schwach und hilflos sind, ohne Angst ihren Tod erleben können, wie sie es sich wünschen.

Sicher, das wird nicht immer völlig gelingen. Es wird auch nicht immer leicht sein. Für keinen der Beteiligten. Aber meinetwegen wird er dabei, ohne zu töten, ohne nachzuhelfen, beim Sterben beistehen und helfen.

Ob mich das jetzt tröstet? Nein, ganz sicher auch nicht das winzigste Bisschen. Aber später, wenn ich auf mein Leben zurückblicken kann, wenn es vorbei ist, wer weiß, wie ich dann an jenem Ort denken werde?

# Das Notwendige: gesetzlich regeln und praktisch ermöglichen

Echte Alternativen – wie könnten die aussehen in solch einer ausweglos erscheinenden Situation?

Jeder Mensch hat ein Recht auf Leidenslinderung. Kein Mensch darf gegen seinen Willen am Leben erhalten

dizinischen Möglichkeiten bekannt wären und zudem im Umkreis des Patienten die Umsetzung der Möglichkeiten auch etabliert wäre. Es ist völlig klar, dass in allen Punkten in weiten Bereichen Deutschlands noch deutliche De-

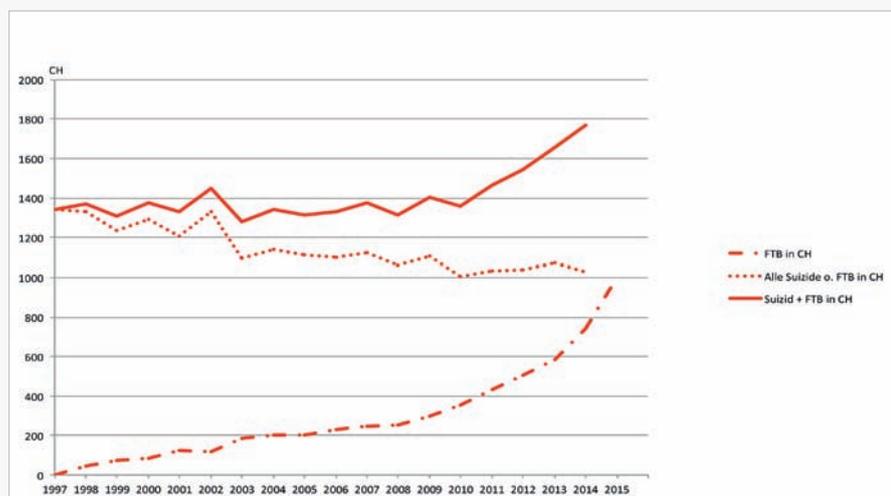
entin folgend, diese sterben zu lassen. Und zwar ohne zu töten. Eine mögliche Atemnot kann man leicht lindern, ähnlich, aber wesentlich effektiver und auch besser, als es Klopfstock bei Kafka tat. Ersticken muss heute niemand mehr. Sterben ist ein natürlicher Prozess, in den wir nicht zu sehr eingreifen sollten, belastende Symptome können fachgerecht gelindert werden.

Deutschland besitzt die wirtschaftlichen und medizinischen Möglichkeiten, jedem Bürger Zugang zu einer Behandlung zu verschaffen, die nahezu jedes Leiden wesentlich besser lindern würde, als die meisten palliativ weniger Erfahrenen es sich vorstellen können. Deshalb ist es wenig angemessen, Regelungen zu suchen, die es jedem Menschen ermöglichen sollen, leichter Zugang zur Beihilfe zur Selbsttötung zu finden. Stattdessen müssen wir unsere Energie zielgerichtet einsetzen, so dass die Zuversicht zunimmt, im Sterben gut begleitet zu werden.

Neben dem Aufbau einer wirklich flächendeckenden allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, sind zugleich von allen Beteiligten große Anstrengungen zu unternehmen, durch effektive Aufklärungsarbeit – schlicht durch zeitgemäße Werbemaßnahmen – das Wissen zu verbreiten.

Getötet werden aus Angst vor Leiden müsste niemand mehr.

FTB / Suizid Schweiz ab 1998



NUR Schweizer Bürger, keine „Suizidtouristen“

Die regierungsamtlichen Zahlen für die sogenannten Freitodbegleitungen sind in der Regel niedriger als die Summen, die von den Organisationen veröffentlicht werden.

werden. Die Verweigerung einer notwendigen Leidenslinderung ist eine strafbare Körperverletzung, ebenso die nicht gewünschte Lebensverlängerung. Das ist geltendes Recht in Deutschland und auch die medizinischen Möglichkeiten wären vorhanden!

Das Leiden der Patienten zu lindern gelingt oftmals leicht, wenn nur den Beteiligten die Rechtslage und die me-

fizite bestehen. Diese Defizite müssen in einer gemeinsamen Anstrengung beseitigt werden, damit niemand aus Angst vor Leiden, aus Angst vor einer unerwünschten Behandlung oder auch aus Angst vor Einsamkeit und dem Gefühl zur Last zu fallen, den Tod suchen muss.

Im konkreten Fall wäre es möglich gewesen, dem Willen der jungen Pati-



Dr. Thomas Sitte



## DAS IST PAUL MIT SEINER COLUMBA

Harald, der Großonkel von Paul und Onkel von Mama Julia, ist seinen letzten Weg auf einer Palliativstation gegangen und war stetig gut umsorgt von Ärzten und Pflegekräften. Auch um die Angehörigen wurde sich bestens gekümmert und es gab immer ein offenes Ohr.

„Leider darf Paul seinen Großonkel nicht mehr kennenlernen - vielleicht kennen sie sich aber schon lange. Nur eben nicht in dieser Welt.“

Was Paul mit seinem Großonkel allerdings verbindet ist die Taube Columba. Paul hat Columba von Anfang an geliebt und schläft auch heute noch gerne mit ihr im Arm.

„Und wir sind uns sicher - Paul ist gut behütet von seinem Großonkel im Himmel.“

Die Eltern Julia Grüber und  
Sven Heinhold



Kolumne

## Was bleibt von uns?

**Neulich lief ich über den Friedhof und suchte das Grab eines Mannes, der in meiner Heimatstadt gelebt hatte, von dem aber eben nur noch dieses Grab existierte. Ich fragte mich, was wird von uns bleiben, von dieser Generation, der die ganze Welt offensteht und die ihre Orte verloren hat?**

Von Juliane Uhl

Auf unserem Friedhof breitet sich die so genannte Grüne Wiese immer weiter aus. Gäbe es nicht die paar welken Rosen in den typischen Friedhofsvasen, würde man nicht erkennen, dass es sich um eine Grabfläche handelt. Nicht einmal die Namen der Verstorbenen haben hier einen Platz gefunden. Zu teuer, spielt keine Rolle, kommt eh keiner! Während die klassische Bestattungskultur des letzten Jahrhunderts der Persönlichkeit des Menschen ein Denkmal gesetzt hat, manifestieren wir mit dem anonymen Grab das Nichts. Da ist einfach nichts mehr. Immer mehr Tote werden eingäschert und immer mehr Friedhöfe verlangen sich-zersetzende Urnen. Es bleibt also nicht einmal die Option darauf, in einigen Jahrhunderten zu einem archäologischen Fund zu werden. Auf der Suche nach dem Grab des Zitherspielers, für das niemand mehr zahlt, das aber freiwillig vom Friedhofspersonal gepflegt wird, gehe ich an einer frischen Grube für eine Erdbestattung vorbei. Diese dunkle Stelle im Boden zieht mich an und ich starre in das menschengroße Loch. Es ist so düster da unten, eng und so endgültig. Ich frage mich: Was soll von mir bleiben, nachdem mein Körper in solch einem Loch verschwunden ist?

Ich will, dass aus meinem Leben Sinn für andere Leben entsteht – indem ich mein Wissen und meine Erfahrungen teile, indem ich die Welt ein bisschen besser mache (denn das hat sie dringend nötig). Doch um diesen Sinn zu erschaffen, muss ich mehr tun, als einfach nur da sein. Ich bin meinen Kindern verpflichtet und der Gemeinschaft, in der ich lebe. Seit ich mich jedoch fast täglich mit dem Tod beschäftige, ist mir vor allem auch mein Leben wichtiger geworden. Ich glaube, die Angst vor dem Tod ist oft auch die Angst vor den eigenen Möglichkeiten, die Angst, nie richtig gelebt zu haben. Nicht verwunderlich in einer Zeit, in der wir all die schönen Dinge auf später schieben. Und während ich vor diesem Grab stehe, wird mir klar, dass ich am Ende meines Lebens frei sein möchte – frei von den Erwartungen anderer und frei von Erwartungen, die ich an mich selbst habe. Zur dieser Freiheit komme ich nur, indem ich mich von dem löse, was mir andere über Prioritäten sagen. Ich glaube, den Samen für ein gutes Leben, für ein menschliches Zusammenleben, trage ich in mir, trägt jeder in sich. Jedoch fällt es oft schwer, sich vom Druck des Alltags zu lösen und auf sich selbst zu hören. Ja, am Ende möchte ich MEIN Leben gelebt haben

und durch dieses Leben Einsichten hinterlassen können, die andere Menschen zum Denken und Fühlen anregen. Ich schreibe diese Kolumne mit Sorge, denn die Spannungen der Welt sind inzwischen auch bei uns angekommen. Diese Zeit fordert jeden einzelnen von uns auf, Mensch zu sein und zu bleiben. Aus diesem Grund hoffe ich, dass wir alle wieder lernen, auf unsere innere Stimme zu hören und unser Leben in Gemeinschaft zu leben.



**Juliane Uhl**

Juliane Uhl, 36, Soziologin und Autorin, arbeitet in einem Krematorium und engagiert sich für die FUNUS Stiftung. Ihr Buch heißt "Drei Liter Tod" und erschien im August 2015. Uhl schreibt für die drunter&drüber – Das Magazin für Endlichkeitskultur und regelmäßig für die Columba. Juliane Uhl lebt und arbeitet in Halle (Saale), ist verheiratet und hat zwei kleine Töchter.



Matthias Thöns

**PATIENT  
OHNE  
VERFÜGUNG**

Das Geschäft mit  
dem Lebensende

Mit einem Vorwort  
von Karl Lauterbach

**PIPER**

# Übertherapie am Lebensende –

jetzt ist die Hospizbewegung gefragt!

Der 86-jährige ehemalige Schaffner Klaus litt schon seit Jahren unter Herzrhythmusstörungen. Insbesondere aber eine Depression und fehlender Lebensmut bereiteten Sorgen, vor allem nach dem Tod seiner Frau vor Jahren. Eigentlich wollte er seinerzeit gar nicht mehr leben, die Vorstellung einst pflegebedürftig in ein Heim zu kommen war ihm unerträglich. Zu sehr liebte er seinen kleinen Wintergarten und er versorgte liebevoll eine Katzenfamilie. Dies einzig bereitete ihm noch Freude.

---

Von Matthias Thöns

---

Im Jahr 2011 erlitt er einen schweren Schlaganfall, die Halbseitenlähmung besserte sich nur zögerlich, die geistigen Fähigkeiten nahmen ab. Die Depression steigerte sich trotz hochdosierter Gabe von Antidepressiva. 2013 folgte ein weiterer, nicht minder schlimmer Schlaganfall, fortan war er schwerst pflegebedürftig, es zeigte sich ein rasch fortschreitender geistiger Verfall. Die Diagnose einer Multiinfarktde-menz wurde gestellt. Da die drei Söhne selber un-eins und auch teilweise krank waren, wurde Klaus in ein Pflegeheim gebracht, ein Berufsbetreuer küm-mernte sich fortan um gesundheitliche und rechtliche Belange. Obgleich keine Patientenverfügung vorlag, konnten die Söhne doch einvernehmlich den Willen des Vaters kundtun, er habe sicher keine Apparate-medizin bei Pflegebedürftigkeit gewollt. Ende März 2016 verschlechterte sich der Zustand über Wochen deutlich. Während Klaus vormals zeitweise noch mit

dem Stühlchen in den Gesellschaftsraum gebracht werden konnte, war er nun vollständig bettlägerig. Er lag teilnahmslos im Bett, wurde immer schläfriger und musste wegen beginnender Druckgeschwür-bildung gelagert werden. Ein Schmerzmittel erhielt Klaus nicht, dagegen aber zwei Blutverdünner, ein Magenschutzpräparat, einen Cholesterinsenker, einen Betablocker und zwei Antidepressiva (Xarelto, Pantoprazol, Simvastatin, Metoprolol, ASS, Mirtaza-pin, Domperidon, Cymbalta). Bei der Atmung zeigte sich bereits eine leichte Rasselatmung, Sekrete wur-den also schon nicht mehr ausreichend geschluckt. Essen und Trinken anreichen dauerte zunehmend länger, teils verschluckte er sich. Der Berufsbetreuer wurde informiert, er spekulierte über Zahnschmer-zen und veranlasste die Visite eines Zahnarztes. Der Blick in den Mund zeigte einen maroden Zahnstatus, die Totalsanierung wurde angeraten. So wurde der

ehemalige Schaffner in die Zahnklinik gebracht, in einer zweistündigen Operation wurden ihm sämtliche Zähne gezogen, nach vier Tagen ging es zurück in das Pflegeheim. Doch weder

durchgeführt. Gleichwohl besserte sich der Zustand nicht wirklich. Eine Venenentzündung mit Wunde am Unterschenkel nach Venenpunktion und eine MRSA-Infektion traten hinzu.

gen Behandlung eines Sterbenden ist nach dem Berufsrecht der Ärzte das Therapieziel Leidenslinderung. Maßnahmen, die die Sterbephase in die Länge ziehen, sind nicht indiziert, daher auch nicht von einem Betreuer zu verlangen und schon gar nicht von einem Arzt durchzuführen. Leidenslinderung gehört zur Basisbetreuung und kann – genauso wie menschenwürdige Unterbringung und liebevolle Pflege – nicht einfach so von einem Betreuer abgelehnt werden. Der Schaffner starb unter guter Linderung seines Leidens wenige Wochen später. Weder die diskutierte Infusion noch die abgesetzten Tabletten hätten irgendeinen Einfluss auf den Todeszeitpunkt gehabt. Der Folgetermin beim Zahnarzt zur Anpassung der Vollprothese wurde abgesagt.



die zunehmende Bewusstseinsstörung, noch das mangelnde Essen oder Trinken ließ sich erwartungsgemäß durch die Komplettentfernung der Zähne bessern. So riefen die Schwestern der Pflegestation bereits drei Tage nach der Entlassung, nach Rücksprache mit dem Berufsbetreuer, den ärztlichen Notdienst. Dieser untersuchte den Sterbenskranken und vermutete einen möglichen neuen Schlaganfall, wollte Klaus nun mittels Krankenwagen einweisen. Als Stunden später die Krankenwagenbesatzung eintraf und den Einweisungsschein in den Händen hielt, veranlassten sie die unmittelbare Alarmierung von Notarzt und Rettungswagen. Nach 12 Kanal EKG, Sauerstoffgabe und Infusionstherapie ging es mit Blaulicht in die Klinik. Der aufnehmende Arzt beschrieb einen bewusstlosen Patienten, „nicht kontaktfähig, auf Schmerzreiz reagiert er mit Augenöffnen sowie ungezielter Abwehrreaktion“. Konkrete Zeichen eines Schlaganfalls konnte er dagegen nicht feststellen. 30 Laborwerte wurden bestimmt, ein Computertomogramm des Schädels und eine Gastroskopie erfolgten, der Blutmangel wurde mit Transfusionen ausgeglichen, umfangreiche Infusionstherapie mit künstlicher Ernährung

So wurden also eine PEG Anlage und eine Darmspiegelung dringlich angeraten. Zu deren Einwilligung konnte sich der Berufsbetreuer aber aktuell nicht durchringen. Am Folgetag erfolgte nach 14-tägiger stationärer Behandlung die Rückverlegung ins Heim unter Anordnung von acht Tabletten, Heparinspritzen und Infusionsbehandlung. Schlucken konnte Klaus ja schon lange nicht mehr. Notfallmäßig wurde noch am Entlassungstag ein Hausbesuch angefordert. Obgleich der Arztbrief von einem „gebesserten, aber weiter deutlich reduziertem Allgemeinzustand“ sprach, wurde ein Sterbender mit schneller Rasselatmung, tiefem Koma, Schweiß auf der Stirn und Tränenlaufen angetroffen. Nach Linderung der offensichtlichen Stresszeichen wurde Rücksprache mit dem Berufsbetreuer genommen. Er hatte erhebliche Probleme mit der Empfehlung, Morphium einzusetzen und die Infusionsbehandlung auf 500 ml/ Tag zu begrenzen. Sein Wissensstand war geprägt von der Verpflichtung zur umfangreichen Infusionsbehandlung bei fehlender Patientenverfügung und den angeblich schlimmen Nebenwirkungen von Morphium. Deutliche Worte wurden gefunden: Bei der nun notwendi-

## Übertherapie bei Sterbenden – ein Riesenproblem

Offenkundig haben Klaus weder die Komplettsanierung der Zähne noch die zweiwöchige intensive Krankenhausbehandlung irgendetwas genutzt, einzig haben sie viel Schmerz und Leid ausgelöst. Ob die Zähne überhaupt etwas mit den zunehmenden Schwierigkeiten bei der Nahrungsanreicherung zu tun hatten – es darf bezweifelt werden. Vielmehr lagen ja schon vorher Zeichen einer beginnenden Lebensendphase vor: tödliche Erkrankung, zunehmende Teilnahmslosigkeit, dann sogar Schläfrigkeit über Wochen, zunehmende Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. „Menschen sterben nicht, weil sie nicht essen, sondern sie essen nicht, weil sie Sterben“ hat Cicely Saunders, die Pionierin der Hospizbewegung festgestellt. Die folgende intensive Krankenhausbehandlung darf als ziellos eingestuft werden. Hinweise auf eine verbesserbare Krank-

In deutschen Kliniken wird operiert, katheterisiert, bestrahlt und beatmet, was die Gebührenordnung hergibt – bei 1.600 Euro Tagespauschale für stationäre Beatmung ein durchaus rentables Geschäft. Dr. Matthias Thöns berichtet aus seiner jahrelangen Erfahrung als ambulant tätiger Palliativmediziner von selbst erlebten Fällen, in denen Sterbenskranke mit den Mitteln der Apparatedizin behandelt wurden, obwohl kein Therapieerfolg mehr zu erwarten war. Nicht Linderung von Leid und Schmerz, sondern finanzieller Profit steht im Fokus des Interesses vieler Ärzte und Kliniken, die honoriert werden, wenn sie möglichst viele und aufwendige Eingriffe durchführen. Ändert sich nicht bald etwas, gerät das Gesundheitssystem aus seinen Fugen. Thöns' Appell lautet deshalb: Wir müssen in den Ausbau der Palliativmedizin investieren, anstatt das Leiden alter Menschen durch Übertherapie qualitativ zu verlängern.

**Dr. Matthias Thöns**, geboren 1967 in Witten, ist Anästhesist und seit 1998 als niedergelassener Palliativmediziner tätig. Er ist stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und war Sachverständiger im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestags zur Sterbehilfe-Debatte. Sein Anliegen vertrat er in den letzten Jahren in namhaften TV-Sendungen.



**Dr. Matthias Thöns**  
*Patient ohne Verfügung.*  
*Das Geschäft mit dem Lebensende*  
Piper Verlag 2016

heit gab es nicht, intensive Maßnahmen entsprachen nicht dem ermittelbaren Willen, keine diagnostische oder therapeutische Maßnahme konnte irgendein Therapieziel des Patienten erreichen. Und das Drängen auf eine durchzuführende Darmspiegelung oder die Anlage einer PEG Sonde sind unethisch. Letztere ist nach den jüngsten Ausführungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie bei Demenzbetroffenen schlicht nicht indiziert. Es darf spekuliert wer-

den, dass die wirtschaftlichen Ziele der Klinik im Vordergrund standen. Über wirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und „Ausweitung der Indikationen“ sowie die Durchführung von nicht indizierten Eingriffen berichten Bundesärztekammer, Bertelsmannstiftung und der Deutsche Ethikrat. Hier muss in Erinnerung gerufen werden, dass jeder ärztliche Eingriff tatbestandsmäßig eine Körperverletzung darstellt. Nur wenn er indiziert

ist und nach umfassender Aufklärung dem Willen des Patienten entspricht, ist er legitim. Dabei bedeutet „indiziert“, dass mit ihm ein für den Patienten gewolltes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreicht wird. Und dieses Problem wächst seit Anfang des Jahrtausends zu dem Hauptproblem in der Versorgung Sterbender heran. Da wurde nämlich durch eine Änderung des Abrechnungsmodus das wirtschaftliche Risiko der Kliniken im

Wesentlichen auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher die Kliniken, jeweils zum Jahresende, ihre Kosten vorrangig anhand der Verweildauer der Patienten geltend machen konnten (sog. Kostendeckungsprinzip), wird durch das neue DRG-System (diagnosis related groups) auf der Basis eines Diagnosemix und anhand der durchgeführten Prozeduren ein Entgelt bestimmt: je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto mehr Euros fließen. Über Bonusverträge werden leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. So entsteht ein hoher Fehlanreiz bei Schwerkranken und Sterbenden möglichst umfangreiche Eingriffe durchzuführen. Denn allzu groß ist das Interesse für den Ausgang der Eingriffe nicht – bezahlt wird auch bei schlechtem Resultat, fehlender Indikation oder fragwürdiger Einwilligung. Mittlerweile schätzen namhafte Experten, dass die Hälfte der Sterbenden Opfer von Übertherapie sind. Sie sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Willen kundzutun oder zu wider-

sprechen. Selbst wenn ein Schwerkranker Herr seiner Sinne ist, so ist er nach Erfahren einer schlimmen Krankheit im „Diagnoseschock“. Der Fachmann spricht von hypnoseähnlichem Zustand. Jedermann weiß, was in Hypnosezuständen passiert: Dritte können die Gedanken eines Menschen manipulieren, er ist suggestibel. Gleiches gilt übrigens auch für die Angehörigen. Damit ist ein sterbenskranker Patient ein „Patient ohne Verfügung“. So lautet auch der Titel der weiterführenden Literatur. Probleme bestehen aus Sicht eines aktiven Palliativmediziners an der Basis – bei der Versorgung von Krebskranken mit Chemotherapie, Strahlentherapie oder Operationen. Auch Patienten mit Herz-, Lungen-, Nierenversagen oder schweren Hirnerkrankungen sind betroffen. Freiwillige Selbstkontrolle greift nicht. Betrachten wir nur den kleinen Teilaspekt der Chefarztbonusverträge. Obgleich diese von Ärztetag zu Ärztetag kritisiert werden und der Gesetzgeber auf Verzicht dieser Klauseln drängt, gibt die Unternehmensberatung Kienbaum an: 2015 fanden

sich in 97% der untersuchten Chefarztverträge entsprechende Geldanreize. Bemühungen, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, wirken offenkundig nicht ausreichend. Hospiz- und Palliativinteressierte haben in den letzten Jahrzehnten eine menschlichere Versorgung Sterbender in den Fokus gerückt und Sterbebegleitung international als Rechtsanspruch durchgesetzt. Nun gilt es, diese Rechte gegen Fehlentwicklungen zu verteidigen.



**Matthias Thöns**

Palliativnetz Witten e.V.  
Wiesenstr. 14  
58452 Witten  
thoens@sapv.de

#### Literatur:

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie: „Gemeinsam Klug Entscheiden“: Empfehlungen der DGG zur Über- und Unterversorgung in Deutschland. Im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.dggeriatrie.de/home-54/aktuelle-meldungen/64-topmeldung/1050-gemeinsam-klug-entscheiden-empfehlungen-der-dgg-zur-%C3%BCber-und-unterversorgung-in-deutschland.html](http://www.dggeriatrie.de/home-54/aktuelle-meldungen/64-topmeldung/1050-gemeinsam-klug-entscheiden-empfehlungen-der-dgg-zur-%C3%BCber-und-unterversorgung-in-deutschland.html)
- Wiesing U: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“. Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1752 - A-1756, im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64](http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64)
- Bertelsmann Stiftung: Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/regionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
- Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf), 05.04.2016
- Borasio GD: Faktencheck zur Sterbehilfe. Die Zeit vom 22.09.2015. Im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwurfe](http://www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwurfe)
- Cheek DB (1962): Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. Am J Clin Hypn 4:227–236
- Thöns M: Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. Piper Verlag 2016
- § 136a Sozialgesetzbuch V
- Medizinethik: Ökonomisches Denken darf nicht im Vordergrund stehen. Dt. Ärzteblatt 113 (2016) 1078

## Die Deutsche PalliativStiftung wird Unternehmer



Anlässlich des Tages der Stiftungen am 1. Oktober stellte die Deutsche PalliativStiftung (DPS) ihr Unternehmen „R.S. Schützen und Helfen“ vor. Mit der Unternehmensübernahme reagiert die DPS auf die anhaltende Niedrigzinsphase, die Stiftungen dazu zwingt, nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen.

### Neue Finanzierungswege gefordert

Die momentane Anlage- und Zinssituation erschwert den Stiftungen ihre Arbeit. Die Erträge aus dem Grundstockvermögen der Stiftungen sind durch die anhaltende Niedrigzinsphase stark zurückgegangen. Waren vor ein paar Jahren Zinsen in Höhe von sechs Prozent üblich, so liegen sie heute bei kaum einem Prozent. Um weiterhin alle Projekte aufrechterhalten zu können, bedarf es neuer Finanzierungswege.



Vorstandsvorsitzender Dr. Thomas Sitte und seine Stellvertreterin Elke Hohmann haben sich erfolgreich für die Firmenübernahme engagiert.

### Unabhängigkeit von Fremdmitteln

Die Deutsche PalliativStiftung (DPS) hat im September 2016 die Firma R.S. Arbeitsschutz Bedarfshandelsgesellschaft mbH übernommen und dadurch für sich einen unkonventionellen Weg der Stiftungsfinanzierung gefunden. „Als Gesellschafter der Firma R.S. erhoffen wir uns, unabhängig von Fremdmitteln zu werden. Unser Ziel ist es, nachhaltig Projekte umzusetzen sowie den Stiftungsbetrieb allein durch die Gewinne der Firma zu finanzieren. So können Spenden auch weiterhin zu 100 Prozent in unsere Projekte fließen“, so Dr. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der DPS. Geschäftsführer der Firma ist der Schatzmeister des Fördervereins der DPS, Holger Franke.

### Langfristige Absicherung

Im Jahr 1982 gründete Roswitha Seibert die Firma R.S. in Kaltenkirchen (Schleswig-Holstein). Sie importierte Arbeitsschutzhandschuhe aus Südostasien und verkaufte diese vom Zentrallager am Hamburger Hafen aus an Kunden in ganz Deutschland. Die heute 72-Jährige hat das Unternehmen stets eigenverantwortlich geleitet und wurde zwischenzeitlich von einer Halbtagskraft unterstützt. Nach über 34 Jahren möchte sie ihre Firma nun abgeben. „Anfangs wollte ich die Firma noch liquidieren. Das wäre mir noch schwer gefallen. Ich hatte aber bereits die R.S. Stiftung in der PalliativStiftung gegründet und so kamen wir im Gespräch auf die Idee, mein Unternehmen nicht aufzulösen und die Erträge zu spenden, sondern der DPS mein Unternehmen zu stiften und die Projekte dadurch langfristig finanziell abzusichern“, erinnert sich Roswitha Seibert.

### Ein angenehmer Lebensabend

Warum sie sich entschieden hat, explizit die Hospiz- und Palliativarbeit zu unterstützen, ist für sie ganz klar: „Ich habe mir einige Hospize von innen angeschaut, da ist mir teilweise Angst und Bange geworden. Da besteht noch ein wirklich großer Bedarf. Ich finde die alten Menschen, die jahrzehntelang schwer gearbeitet haben und unter Umständen zwei Kriege hinter sich gebracht haben, die sollen dann auch in den Genuss eines angenehmen Lebensabend kommen.“

### Im Sinne des Stiftungsgedankens

Die Firmenübernahme einer Stiftung bringt auch Bedenken mit sich. „Wie bei jeder Firma auch, ist trotz aller Absicherung immer ein Grundrisiko vorhanden. Es gibt nie eine Garantie dafür wie gut die Firma läuft“, so Dr. Thomas Sitte. Die DPS gewährleistet, dass die Übernahme im Sinne des Stiftungsgedankens erfolgt. Die DPS hat sich u.a. dazu verpflichtet, alle Geldflüsse offenzulegen. So ist für jeden einsehbar, dass alle Erträge aus der Firma R.S. in die Arbeit der DPS fließen. Des Weiteren erfüllt die DPS ihre sozialen Verpflichtungen als Stiftung. „Es ist uns ein großes Anliegen, dass die Arbeitsbedingungen in den Produktionsstätten, von denen R.S. ihre Produkte bezieht, sozial und ökologisch korrekt sind. Das wurde schon von Frau Seibert regelmäßig kontrolliert und soll auch so beibehalten werden“, verdeutlicht Sitte. Die DPS plant die Arbeitsschutzhandschuhe mit einem entsprechenden Label auszeichnen zu lassen.

### Schützen und Helfen

Nicht allein der finanzielle Aspekt steht bei dieser Übernahme im Vordergrund. Die Firma wird darüberhinaus dazu beitragen, die Stiftungsziele weiter zu verfolgen. So ist ein elementarer Bestandteil der Arbeit der DPS, breite Kreise der Gesellschaft für das Thema Tod und Sterben zu sensibilisieren sowie die Bedeutung von Hospiz- und Palliativarbeit zu verbreiten. Die DPS verkauft die Schutzhandschuhe unter dem neuen Namen „R.S. Schützen und Helfen“ an regionale sowie überregionale Betriebe. Dadurch werden Menschen mit einer Thematik konfrontiert, die in deren Alltag allgemein wenig Platz einnimmt. Eine gute palliative Versorgung bedeutet, dass der schwerkranke Patient sein Leben bis zuletzt schmerzfrei, in Würde, nach seinen Wünschen und unter ganzheitlicher Betreuung leben kann. Schutz und Hilfe sind demnach fundamentale Begriffe, die die Stiftung mit der Firma auch auf inhaltlicher Ebene verbinden.



Insgesamt 38 Jahre importierte Gründerin Roswitha Seibert verschiedenste Arbeitsschutzhandschuhe aus Asien und verkaufte diese deutschlandweit – hier mit Stiftungsratsmitglied Hans-Dieter Meisberger.

### „Ich bin jetzt frei für mich.“

In dem Wissen darum, dass die DPS nach bestem Wissen und Gewissen nun das weiterverfolgt, was sie begonnen hat, freut sich Frau Seibert nun auf ihren wohlverdienten Ruhestand: „Ich bin jetzt frei für mich und kann jetzt endlich mal alles das machen, was ich möchte. Ich war mein Leben lang nie richtig im Urlaub und musste immer Rücksicht auf die Firma nehmen. Die Zeit für diese Pläne ist jetzt gekommen.“

Das „Handbuch“ für das Lebensende von Dr. Thomas Sitte

# Vorsorge und Begleitung für das Lebensende

Wer heutzutage mit dem Sterben eines Mitmenschen in seinem familiären Umfeld oder Freundeskreis konfrontiert wird, ist oft ratlos. Es gibt Millionen von Geburtenratgeber, aber nur eine Handvoll „Handbücher“ für das Lebensende. Dabei ist das Sterben genauso Teil des Lebens wie die Geburt. 2015 ist der Ratgeber „Vorsorge und Begleitung für das Lebensende“ von Dr. Thomas Sitte im Springer Verlag erschienen. Darin beantwortet der Palliativmediziner die wichtigsten Fragen zum Lebensende, um Betroffenen und ihren Angehörigen die Angst vorm Sterben zu nehmen

## Rezension von **Anne Schneider**

Anne Schneider, Lehrerin für Religion und Mathematik und Ehefrau des EKD-Ratsvorsitzenden Nikolaus Schneider, hat über diesen Ratgeber folgende Buchbesprechung verfasst:

„Krebs ist eine fantastische Gelegenheit, das Gesicht direkt an die Fensterscheibe der eigenen Sterblichkeit zu drücken.“ (Satz von Jason Shindeev, zitiert nach S. Mukherjee, Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biographie, DuMont Verlag Köln 2015, S. 494). Die Wahrheit dieses Satzes wurde mir im vergangenen Jahr konkret erfahrbar. Seit letztem Sommer nutze ich diese ‚fantastische Gelegenheit‘ und das Buch von Thomas Sitte ist mir dabei so etwas wie ein „Scheibenputzer“ geworden. Beim Lesen der lebensnahen Kapitel zur ‚Vorsorge und Begleitung für das Lebensende‘ klärte sich meine Sicht auf Wünsche und Vorstellungen für mein zukünftiges Sterben. Und auf das, was für mich jetzt zählt und ansteht.

Es geht in diesem Buch um Vorsorge und Nachsorge, um Phasen des Sterbens und des Trauerns, um medizinische Fakten und juristische Regelungen, um ethische Fragen und um seelsorgliche Kompetenzen. Fiktive aber alltagsnahe Lebens- und Sterbensgeschichten sorgen dafür, dass bei alle dem der Kopf wie das Herz der Lesenden angesprochen werden. Es gelingt Thomas Sitte, zu lehren „ohne zu belehren“ (S. 2). Eine kritische und selbstkritische Auseinandersetzung der Lesenden mit dem Gelesenen ist von ihm intendiert. Das wird gerade auch im Epilog und im Anhang seines Buches deutlich. Hier stellt er sich ganz explizit der gegenwärtigen Debatte um ein selbstbestimmtes Lebensende und um angemessene Regelungen für einen assistierten Suizid. Thomas Sitte positioniert sich klar gegen organisierte Beihilfe und ärztliche Assistenz zum Suizid und lehnt es „eindeutig ab, das Sterben zu beschleunigen“ (S. 157). Hier bin ich mit meinem Denken und Fühlen mehr bei der „Sicht der Dinge...“ von Elke Baezner, der Thomas Sitte in einigen Punkten widerspricht (vgl. S. 185–202). Die unaufgeregte, argumentative Form des Diskurses in diesem Buch tut aber – unabhängig von der eigenen Positionierung – einfach gut

Die vollständige Rezension finden Sie unter <http://www.palliativstiftung.de/verlag-publikationen/buchbesprechungen>



## Bestellung

Das Buch „Vorsorge und Begleitung für das Lebensende“ von Dr. Thomas Sitte kann zum Preis von 19,99 € über die Geschäftsstelle der DPS erworben werden.

Schreiben Sie dazu eine Mail an [buero@palliativstiftung.de](mailto:buero@palliativstiftung.de) oder bestellen Sie telefonisch unter **0661/48049797**.

Noch herrscht überall ein Geist des „höher, schneller, weiter“. Was wir aber brauchen, ist ein Geist des „nicht zu hoch, nicht zu schnell, nicht zu weit“. Wir brauchen eine maßvolle medizinische Versorgung. Das kann gelingen, wenn man angemessene Informationen findet. Die PalliativStiftung gibt solche im eigenen Verlag heraus. Hier ist eine Auswahl:



**Die Pflegetipps – Palliative Care**  
deutsch, deutsch-polnisch, deutsch-arabisch  
85 Seiten, kostenfrei



**Demenz und Schmerz**  
70 Seiten, € 5,-



**Ambulante Palliativversorgung**  
283 Seiten, € 10,-



**Mappe „Patientenverfügung“**  
kostenfrei



**„Sterbehilfe“ und Bedarfe beim Sterben**  
ca. 140 Seiten, € 10,-



**Forum Kinderhospiz**  
104 Seiten, € 10,-



**Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung**  
117 Seiten, € 10,-



**PalliativKalender 2017**  
41x29 cm € 15,-  
29x21 cm € 8,-

## Palliativversorgung braucht auch Ihre Unterstützung!

Bitte tragen Sie zu den Zielen der DPS bei, das geht mit Spenden, Zuweisung von Geldauflagen, dem Erwerb des Kalenders, Verteilung kostenloser Bücher u.v.m.

Kinderhospiz Bärenherz Leipzig e. V.

## Übergabe eines Spendenschecks

Wir sind tief bewegt von der Arbeit, die im Kinderhospiz Bärenherz Leipzig e. V. geleistet wird.

Anfang September haben wir eine Spende von 500 €, die wir aus dem Verkauf unserer Taubenkissen generierten, übergeben können. Zudem bekam jedes Kind ein Taubenkissen zum Spielen, Kuschneln und Trösten. Wir freuen uns, dass damit die Arbeit im Kinderhospiz etwas unterstützt werden kann.



Palliativ-Portal Taubenkissen im Shop anzeigen



franken  apotheke

Bei uns steht Ihnen ein Team qualifizierter Arzneimittelfachleute zur Verfügung, das Sie in all Ihren Gesundheitsfragen bestmöglich betreut. Regelmäßige Fortbildungen und der Erwerb von Zusatzqualifikationen unserer ApothekerInnen und PTAs sind für uns ebenso eine Selbstverständlichkeit, wie eine kompetente und vertrauensvolle Beratung.

### Zu unseren Leistungen zählen unter anderem:

- Kompressionsstrümpfe
- Lieferdienst
- Inkontinenzversorgung
- Blutdruck-Messungen
- Homöopathie und Naturheilverfahren
- Ernährungsberatung
- Kosmetik & Wellness

Gerne beraten wir Sie und helfen Ihnen in allen arzneimittel- und gesundheitsrelevanten Bereichen und darüber hinaus.

**Kontaktieren Sie uns!**

### Franken-Apotheke

Bamberger Str. 27  
91413 Neustadt a. d. Aisch

Tel.: 09161 - 87 68 07

E-Mail: [info@frankenapotheke-neustadt.de](mailto:info@frankenapotheke-neustadt.de)





Sterben und Trauer erzeugen Stress

## Rituale in der Begleitung **Schwerstkranker und Sterbender**

**Die unmittelbare Konfrontation mit Sterben und Tod bedeutet für Schwerstkranke, Sterbende, Angehörige und Hinterbliebene eine massive Kontingenzerfahrung, d.h. eine Erfahrung der Ungewissheit, Unsicherheit und Brüchigkeit der menschlichen Existenz. Sterben und Trauer sind Belastungen, die Menschen aus dem Gleichgewicht und an die Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bringen können.**

---

Von Dr. Martin Weiß

---

Eine Möglichkeit der Bewältigung dieser Stressreaktion als Sterbender oder als Angehöriger bieten Rituale. Dabei geht es keinesfalls nur um die klassischen Übergangsrituale der Religionen zu Sterben und Tod wie z.B. Krankensegnung und -salbung. Ebenso bedeutsam sind auch Rituale des Alltags, individualreligiöse Rituale, Rituale mit therapeutischem Hintergrund und „säkulare“ Abschiedsrituale. Rituale stärken das sog. „Kohärenzgefühl“ (A. Antonovsky), das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens gerade in der Gefährdung durch den Tod. Dabei setzen Rituale besonders an der Handhabbarkeit an. Sie bieten die Möglichkeit zu struk-

turiertem Handeln in der Handlungsunsicherheit. Rituelles Handeln fördert die Erfahrung von Selbstwirksamkeit – „Ich kann etwas tun“, „Ich bin nicht nur ausgeliefert“. Sie geben in der Sprachlosigkeit eine Sprachmöglichkeit und in der Unsicherheit des Sterbens wenigstens für eine gewisse Zeit Struktur und Halt.

Dieser wichtige Beitrag von Ritualen in der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden soll im Folgenden näher beleuchtet werden. Zunächst wird die allgemeine Bedeutung von Ritualen skizziert. Anschließend kommen einzelne Rituale etwas detaillierter in den Blick.

## 1. Die allgemeine Bedeutung und Funktion von Ritualen für Schwerstkranke und Sterbende

Der Begriff „Ritual“ kommt aus dem Sanskrit („rta“) und bedeutet ursprünglich „Zählung, Brauch, Ordnung“. Ein Ritual ist eine nach vorgegebenen Regeln ablaufende, sich wiederholende Handlung. Sie wird häufig von bestimmten Wortformeln und festgelegten Gesten begleitet und kann religiöser oder weltlicher Art sein. Oft ist die Handlung feierlich-festlich mit hohem Symbolgehalt. Rituale sind in unterschiedlichen Kulturen verschieden ausgeprägt. Stets haben sie sinnstiftende Funktionen.

### 1.1 Vermittlung von Halt und Orientierung

Rituale vereinfachen die Bewältigung unübersichtlicher Lebenssituationen. Durch Wiederholung von Bekanntem überführen sie verunsichernde, krisenhafte Ereignisse wie Sterben und Trauer in gewohnte Handlungsabläufe. Unsicherheit wird so zumindest zeitweise in Sicherheit verwandelt. Zudem ermöglichen Rituale die symbolische Auseinandersetzung mit Grundfragen der menschlichen Existenz wie Sterben, Tod und Schuld. Die Beichte am Sterbebett ermöglicht z.B. eine Versöhnung mit den Schattenseiten des eigenen Lebens. Sie hilft dem Sterbenden mit sich, mit Gott, mit den Mitmenschen und dem Schicksal des eigenen Lebens ins Reine zu kommen.

### 1.2 Ordnung der Zeit

Rituale gestalten Lebenswenden (z.B. Geburt, Heirat, Tod...). Sie ordnen die Lebenszeit und begleiten die Übergänge von einer Lebensphase in die

nächste. Die religiösen Sterberituale bereiten den sterbenden Menschen für den Übergang vom Leben zum Tod vor und gestalten diesen Übergang. Nicht umsonst heißt deshalb die katholische Krankenkommunion für Sterbende „Wegzehrung“.

### 1.3 Soziale Funktion

Rituale dienen der gemeinschaftlichen Krisenbewältigung. Sie stiften Ordnung und helfen bei der Aktivierung und Lenkung von Gefühlen wie Trauer, Angst, Aggression. Damit stärken sie den sozialen Gruppenzusammenhalt und das Zusammengehörigkeitsgefühl. Rituale am Sterbebett stiften demzufolge Gemeinschaft. Sie ermöglichen eine symbolisch-rituelle Kommunikation, wo die Alltagssprache sprachlos wird.

### 1.4 Unterbrechende Funktion

Rituale sind Unterbrechungen im Alltag. Sie markieren den besonderen Stellenwert einer bestimmten Situation und setzen eine Zäsur im Fluss des Alltags. Sterberituale helfen so zu verstehen, dass das Leben von Schwerstkranken massiv bedroht ist und sich eine entscheidende Lebenswende vollzieht – der letzte Weg vom Leben durch den Tod in eine neue Existenzweise. Sterberituale zeigen an, dass dieser Weg jetzt gegangen werden muss.

### 1.5 Wirklichkeitssetzende Funktion

Rituale setzen eine Wirklichkeit. Was rituell vollzogen ist, kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. Dies gilt nicht nur für das „Ja-Wort“ bei der Heirat oder für das Ritual der Unterschrift bei einer Vertragsunterzeichnung. Dies gilt auch für die Sterberituale. Das „Schließen der Augen“, das „Anhalten der Uhr“, das „Beten von Totengebeten“ (z.B. Valetsegen) markiert jeweils: Der Schwerstkranke ist jetzt tot. Es ist unabänderlich.

Alle diese sinnstiftenden Funktionen

können in Ritualen am Lebensende entdeckt werden. Dabei erschöpft sich das rituelle Handeln jedoch nicht nur im explizit religiösen Handeln, sondern ist auch im säkularen Alltag und in therapeutischen Zusammenhängen bedeutsam.

## 2. Verschiedene Arten von Ritualen in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender

### 2.1 Rituale des Alltags

Unser gesamtes Leben ist in hohem Maße ritualisiert. Sog. „Rituale des Alltags“ strukturieren unseren Tagesablauf und geben uns so Orientierung und Sicherheit. Ohne die Tasse Kaffee oder das Zeitunglesen am Morgen würde vielen von uns ein wichtiges Ritual zum Tageseinstieg fehlen und der Start in den Tag wäre zumindest holprig, wenn nicht sogar missglückt. Dieses Bedürfnis nach Alltagsritualen ist natürlich auch für Menschen am Lebensende sehr bedeutsam. Gerade da sind sie psychische Ankerpunkte für Verlässlichkeit in der Unsicherheit, die das Selbstwertgefühl stärken. In der Begleitung ist es deshalb wichtig, diesem rituellen Bedürfnis gerecht zu werden. Solche Alltagsrituale können z.B. im verlässlichen Ablauf der individuellen Grundpflege durch eine vertraute Bezugspflegerkraft oder im Ermöglichen eines langjährig gepflegten Alltagsrituals wie dem morgendlichen Zeitunglesen bestehen. Ebenso können feste Stationsrituale (z.B. Tagesimpuls, Arztvisite) Zugehörigkeit und Sicherheit vermitteln. Dem Schwerstkranken wird mit diesen „Kleinigkeiten“ signalisiert: „Ich nehme Dich ernst und gehe auf Deine Bedürfnisse ein, weil Du wertvoll bist.“

## 2.2 Religiöse Übergangsrituale

Eine weitere Bewältigungsmöglichkeit der psychischen Belastung am Lebensende kann die Hinwendung zur Religion und die religiöse Praxis sein, v.a. in Form von religiösen Ritualen. Gelebte und gefühlte Religiosität sowie die religiöse Praxis sind wichtige Bewältigungsstrategien (Coping) gegen den Stress des Sterbens. Gerade in den religiösen Ritualen zeigt sich Religion als „Kontingenzbewältigungspraxis“ (H. Lübke, N. Luhmann) im Angesicht des Todes. In dieser extremen Erfahrung von Ungewissheit gibt Religion wenigstens ein Stück Sicherheit und Halt.

Diese religiösen Sterbe- und Trauer-rituale sind „rites de passage“ (A. van Gennep) – „Übergangsrituale“. Wie alle Übergangsrituale gestalten sie eine kritische Schwelle des menschlichen Daseins: den Übergang vom Leben zum Tod. Sie geben in dieser unsicheren Lebensphase Sicherheit und Ordnung und helfen beim Wechsel von einer Existenzform in eine andere.

Die Lebensübergänge erfolgen stets in drei Phasen: Trennung vom Alten, unsichere Schwellenphase/Zwischenstadium, Angliederung an das Neue. Dementsprechend sind auch die Übergangsriten unterteilt in Trennungsriten, Schwellen- bzw. Umwandlungsriten sowie Angliederungsriten.

Diese Dreiteilung gilt auch für viele religiöse Riten am Lebensende. Hier bieten die Religionen Trennungsriten (z.B. Beichte mit Lossprechung, Krankensegnung/-salbung), Schwellenriten (z.B. letzte Krankenkommunion, auch „Wegzehrung“ genannt) und Angliederungsriten (z.B. Sterbesegen).

Sterberiten gestalten so den Übergang zwischen Leben und Tod. Sie unterstützen das Abschiednehmen und sind so für den Sterbenden, die Angehörigen und die Gesellschaft in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Die religiösen Sterberituelle erleichtern die Versöh-

nung mit sich, mit den Mitmenschen, dem Leben und mit Gott. Sie helfen bei der Lösung der irdischen Bindungen und erleichtern die Hinwendung zum Jenseits des irdischen Lebens.

## 2.3 Individual-religiöse Rituale

Individualisierung, Enttraditionalisierung und Entkirchlichung in Deutschland und Mitteleuropa sind gesellschaftliche Prozesse, die den Umgang mit tradierten Ritualen nachhaltig verändert haben und immer noch verändern. Seit Jahren werden die tradierten Rituale und Symbole immer weniger verstanden und hinterfragt, zum Teil abgelehnt oder umgedeutet. In diesem sozialen Wandlungsprozess verschwindet zwar die institutionelle Bindung der Menschen an Religionen, jedoch nicht das Bedürfnis nach religiöser bzw. spiritueller Lebensdeutung. Viele Menschen entwickeln dabei eine hoch individuelle „Patchworkreligiosität“, die sich aus Elementen unterschiedlicher Religionen und Philosophien zusammensetzen kann. Dabei entsteht für den Einzelnen ein je eigenes Sinngebäude mit z.T. neuen Symbolen und Ritualen.

In der Begegnung mit einem sterbenden Menschen trifft der Begleitende heutzutage somit viel stärker als früher auf eine unbekannte Welt hoch individueller Sinndeutungen und ritueller Bedürfnisse. In zunehmendem Maße kommt es darauf an, sich auf die individuelle Spiritualität des anderen einzulassen und zu erfragen, welche religiös-rituellen Bedürfnisse der andere hat. Mit Blick auf die rituellen Handlungsmöglichkeiten öffnet sich so ein weites Feld, auf dem es gilt, das jeweils passende Ritual zu finden. Möglich ist vieles – Salbungen, Segnungen, Lichtrituale, Rituale mit Gedichten und Texten sind nur einige Beispiele –, individuell passen wird nur manches. Ohne ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Leben und der Situation des

Schwerstkranken kann diese Passung nicht gefunden werden.

## 2.4 Rituale mit therapeutischem Hintergrund

Neben den Ritualen mit spirituellem Hintergrund können auch rituelle Handlungen aus dem therapeutischen Zusammenhang in der Begleitung Schwerstkranker bedeutsam sein. Zu nennen sind hier z.B. Rituale aus der Kunst- und Musiktherapie. Mit ihrer Hilfe können Sterbende neue Wege der emotionalen Auseinandersetzung mit ihrer Situation und neue Ausdrucksmittel und Kommunikationskanäle entdecken, die einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der letzten Lebensphase bieten können. Durch das regelmäßige Malen von Bildern und das therapeutische Gespräch über den Prozess des Malens und die Bilder selbst können beim Schwerstkranken hilfreiche seelische Entwicklungsprozesse angeregt und kommunizierbar werden. Auch Musikrituale z.B. mit Klangschalen, Trommeln oder dem Monochord können dem Menschen am Lebensende helfen, Stimmungen auszudrücken. Durch die sinnliche Erfahrung von Rhythmus und Tonstruktur kann Musik in der Unsicherheit ein struktur- und haltgebendes Medium sein. Daneben kann Musik durch die Erfahrung des Sich-aufeinander-Einschwingens im gemeinsamen Musizieren auch auf nonverbaler Ebene das Gefühl der mitmenschlichen Verbundenheit fördern.

## 2.5 „Säkulare“ Abschiedsrituale

Zu guter Letzt komme ich noch auf „säkulare“ Abschiedsrituale zu sprechen. Diese können besonders für spirituell und kreativ „unbegabte“ Menschen wichtige sinnstiftende Funktionen am Lebensende haben. Wichtige Rituale können sich auf Personen (z.B. bewusste Gestaltung eines letzten Besuchs, das Schreiben eines Abschiedsbriefs), auf Sachen (z.B. Verschenken von lieb-

gewonnenen Gegenständen an ausgewählte Personen) oder auf Tätigkeiten (z.B. ein letztes Mal eine Zigarette rauchen) beziehen. „Säkulare“ Abschiedsrituale können auch Rituale zum Umgang mit Schuld und Versöhnung sein. Als Beispiel seien hier genannt: eine Aussprache über vergangene Schuld oder das Aufschreiben und symbolische Verbrennen von belastenden Lebenserfahrungen.

Wie bereits eingangs erwähnt, unterstützen Rituale in der Regel Schwerstkranke und Sterbende bei der Bewäl-

### 3. Wichtige Rahmendaten für die rituelle Praxis

tigung ihrer Belastungen in günstiger Weise. Insofern ist ein empathischer Umgang mit den rituellen Bedürfnissen des Gegenübers sehr sinnvoll. Die „Ritualität“ des anderen als seine Coping-Strategie wertzuschätzen und ihn dabei zu unterstützen, ist Ausdruck eines ganzheitlichen Verständnisses von Sterbebegleitung und Palliative Care.

Dabei spielt die Toleranz gegenüber der Fremdheit des Gegenübers eine besonders wichtige Rolle. Um Missverständnisse beim rituellen Handeln zu vermeiden, ist es deshalb besonders wichtig, immer wieder das Gespräch mit den Betroffenen zu suchen, sei es direkt mit Worten oder nonverbal in der guten Patientenbeobachtung. Schließlich können die Betroffenen selbst am besten ausdrücken, was sie sich wünschen und was ihnen gut tut. Auch das Einbeziehen der Angehörigen kann hierbei besonders wichtig und hilfreich sein.

Um diesen rituellen Bedürfnissen in der Hospizarbeit entsprechen zu können, ist es ebenfalls bedeutsam, kontinuierlich Kontakt zu Vertretern verschiedener Religionen und Weltanschauungen zu halten, um im Bedarfsfall immer kompetente Ansprechpartner um Unterstützung bitten zu können. Ebenso hilfreich ist sicher auch ein Hospizkoffer mit religiösen „Gerätschaften“, Symbolen, Gebeten und Texten aller relevanten Religionen und Weltanschauungen, die für die Sterbebegleitung wichtig sind. Auch in der räumlichen Gestaltung von Palli-

ativstationen und Hospizen ist darauf zu achten, dass den rituellen Bedürfnissen möglichst Rechnung getragen wird. Die Möglichkeit von rituellen Waschungen für Muslime ist hierbei ebenso bedeutsam wie die Gestaltung von „Räumen der Stille“, die für jede Weltanschauung angemessen sind. So sollte es dort z.B. auch „neutrale“ Gestaltungselemente und Nischen im Raum geben, die für Atheisten akzeptabel sind.

Werden diese Rahmendaten berücksichtigt, können Rituale ihr unterstützendes Potential für Schwerstkranke und Sterbende am besten entfalten.



Dr. Martin Weiß

Lebens- und Organisationsberater in Bamberg  
[www.martinweiss-coaching.de](http://www.martinweiss-coaching.de)

## „Da würde ich gerne noch mal hinfahren ...“

Ein häufig geäußertes Satz von Menschen, deren Leben sich dem Ende neigt. Erfüllen Sie diesen Wunsch und besuchen Sie mit einem lieben Menschen wichtige Orte seines Lebens, Stationen Ihrer gemeinsamen Erinnerung.

Für diese Reise vermieten wir das entsprechende Fahrzeug mit viel Platz, auch für einen Rollstuhl.

Ob eine Spritztour, ein Wochenend-Ausflug oder eine längere Reise liegt allein in Ihrer Hand.

Schenken Sie einem Menschen die Möglichkeit, noch einmal die Orte seines Lebens zu besuchen.

## Akupressur zur Unterstützung der palliativen Versorgung

**Trotz großer Fortschritte in der Behandlung von Palliativpatienten gibt es immer wieder Momente, in denen sich deren Symptome nur unbefriedigend regulieren lassen.**

Von Dorothee Wellens-Mücher

Es kommt zu Situationen, in denen wir uns wünschen, dass es „noch etwas gibt“, wir noch etwas tun können. Das sind (spätestens) die Momente, in denen komplementäre Verfahren wie zum Beispiel Aromapflege, Homöopathie, Wickel und Auflagen sowie die Akupressur zum Einsatz kommen können.

Die Akupressur bietet uns die Möglichkeit durch einfühlsamen Fingerdruck Einfluss auf das Qi, die Lebenskraft des Menschen, zu nehmen. Ist dieses Qi in ausreichendem Maße vorhanden und kann es im Organismus ungestört fließen, folgen daraus nach den Lehren der ostasiatischen Medizin Gesundheit und Wohlbefinden. Aufgrund jahrtausendlanger Erfahrung konnten bestimmte Punkte an der Körperoberfläche gefunden werden, die bei Behandlung mit Akupunktur und Akupressur jeweils unterschiedliche Symptome durch Regulierung des Qi positiv beeinflussen können. Da bei schwerstkranken Menschen meistens sehr kleine Anstöße ausreichen, um ein in dieser Situation mögliches Gleichgewicht zu finden, werden bei dem Konzept der „begleitenden Hände“ die Punkte mit sehr einfühlsamem und geringem Druck stimuliert. Dieses Konzept „begleitende Hände“ gehört zu der Methode **Medi Akupress®**

Es hat sich in der onkologischen und palliativen Pflege entwickelt, wo es ein großes Bedürfnis nach ergänzenden, einfach und schnell anzuwendenden Punktombinationen bei der Behandlung schwer zu regulierender Symptome gibt. Hier sind insbesondere Angst, Unruhe, Schmerz und Atemnot, aber

auch Obstipation, Schluckauf, Ödeme und Fieber zu nennen.

Bei Angst und Unruhe reichen meist ein oder zwei Punkte aus, um Linderung zu erzielen. Da die Anwendung für jeden leicht umzusetzen ist, werden in der Praxis gerne Angehörige angeleitet. Die Hilflosigkeit, die Angehörige von schwerstkranken Menschen häufig empfinden, kann durch die Möglichkeit, Akupressur durchzuführen, zum Teil überwunden werden. Da ein wesentlicher Aspekt der Akupressur die einfühlsame und mitfühlende Berührung ist, können auf diesem Wege Liebe und Zuneigung zum Ausdruck gebracht werden. Das Erleben, dem Patienten wohl zu tun, wird besonders von Angehörigen oft dankbar angenommen. Nicht selten sind auch die Patienten selbst daran interessiert, Punkte bei sich anzuwenden. Damit wird ihre Selbstwirksamkeit gestärkt und sie übernehmen für einen Teil der Symptomregulierung die Verantwortung. Bei Symptomen wie Obstipation, Fieber oder andauernder Atemnot ist eine regelmäßige Durchführung der Akupressur erforderlich. Auch hier können die Angehörigen oder Patienten auf verschiedene Weisen mit einbezogen werden, um die notwendige Kontinuität zu erreichen.

In manchen Situationen hat sich die Dauerstimulation von einzelnen Punkten bewährt. Besonders bei der Behandlung von zeitlich begrenzten Symptomen wie medikamentenbedingter Übelkeit, Schlaflosigkeit, Alpträumen oder Reizhusten gibt es gute Ergebnisse. Dabei wird der entsprechende

Punkt ganz genau lokalisiert. Wie auch in der Ohrakupunktur üblich, wird ein kleines Samenkorn mit einem Pflaster auf den Punkt geklebt. Es gibt genaue Regeln, wie eine derartige Behandlung durchzuführen ist. Dabei werden wieder die Patienten oder deren Angehörige mit einbezogen.

In ein- und weiterführenden Kursen kann das Konzept der „begleitenden Hände“ von allen Personen erlernt werden, die schwerkranke Menschen betreuen. Auch ehrenamtliche Mitarbeiter und Ärzte können davon profitieren. Besonders die Schulung der Mitarbeiter von Palliativstationen, Kinder- und Erwachsenenheimpfizen, Altenheimen und SAPV-Teams hat sich bewährt, um die Akupressur in deren Arbeitsbereichen zu integrieren.



**Dorothee Wellens-Mücher**

Dorothee Wellens-Mücher, geb. 1956  
Altenpflegerin, Heilpraktikerin, studiert seit 1980  
Akupressur und Qi Gong und unterrichtet seit  
1985 in Akupressur. Sie gründete die Schule  
MediAkupress® und entwickelte das Konzept  
„Begleitende Hände“. Buchveröffentlichung:  
„Akupressur in Pflege und Betreuung“ Kohlhammer  
Verlag ISBN 978-3-17-030110-8  
[www.mediakupress.de](http://www.mediakupress.de)



## Riechsalz bei Übelkeit

- 1 Medibecher mit Salz füllen (bei Kindern und Menschen mit Demenz Zucker nehmen)
- 1 Tropfen Limettendöl (Citrus aurantifolia)
- 1 Tropfen Zitronendöl (Citrus limon)
- 1 Tropfen Pfefferminzöl (Mentha piperita) darauf tropfen und dem Patienten zum Riechen geben.

Efrisch, mildert Übelkeit und metallisches Geschmacksempfinden. Voraussetzungen für die Umsetzung der Aromapflege ist geschultes Personal. Die Durchführungsverantwortung und somit die Haftung liegt bei der durchführenden Pflegekraft.



**vivere**  
S A B R I N A H E R B E R

Umfa<sup>ng</sup>reiche Informationen rund um die Aromapflege und Therapie finden Sie auf unserer Homepage.

[www.vivere-aromapflege.de](http://www.vivere-aromapflege.de)

## Peeling bei Neuropatien

- Zucker und kaltgepresstes Pflanzenöl
- Evtl. ätherische Öle z.B.: Rosmarin cineol
- Hände oder Füße damit peelen
- Mit warmen Wasser abspülen

1-2 x tägl., fördert die Durchblutung, lindert Empfindungsstörungen und fördert die Eigenwahrnehmung.



**vivere**  
S A B R I N A H E R B E R

Umfa<sup>ng</sup>reiche Informationen rund um die Aromapflege und Therapie finden Sie auf unserer Homepage.

[www.vivere-aromapflege.de](http://www.vivere-aromapflege.de)

## Duftspray bei unangenehmen Gerüchen

- 30 ml Wodka oder Weizenkorn
- 10 Tropfen Lorbeeröl (Laurus nobilis)
- 5 Tropfen Wacholderbeeröl (Juniperus communis)
- 20 Tropfen Zitronenöl (Citrus limon)
- 20 Tropfen Zirkelieferndöl (Pinus cembra)

Alles in eine Sprühflasche füllen und vor jeder Anwendung schütteln.



**vivere**  
S A B R I N A H E R B E R

Umfangreiche Informationen rund um die Aromapflege und Therapie finden Sie auf unserer Homepage.

[www.vivere-aromapflege.de](http://www.vivere-aromapflege.de)

## Duftkompressse bei Angst und emotionalem Stress

- 1 Tropfen Mandarine rot (Citrus reticulata)
- 1 Tropfen Kamille römisch (Anthemis nobilis)

Alles in eine Sprühflasche füllen und vor jeder Anwendung schütteln.



**vivere**  
S A B R I N A H E R B E R

Umfangreiche Informationen rund um die Aromapflege und Therapie finden Sie auf unserer Homepage.

[www.vivere-aromapflege.de](http://www.vivere-aromapflege.de)

# Leidfaden.ACADEMY

## TAGUNG

### „HOFFNUNG – EIN DRAHTSEILAKT“

Die Zeitschrift **Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer** versteht sich als Fortbildungsorgan für all diejenigen, die Menschen in Krisen und Trauer therapeutisch, medizinisch oder seelsorgerlich begleiten. Mit der ersten Tagung für diese Zielgruppe greifen die Herausgeber das zentrale Thema „Hoffnung“ auf, das in 8 Vorträgen und 11 Workshops aus der Perspektive verschiedener Disziplinen vorgestellt und für die Praxis erarbeitet wird.

ZIELGRUPPE	Trauerbegleiterinnen, Hospiz- und Palliativmitarbeiterinnen, Lebensberater, Seelsorger
TERMIN	10.03. – 11.03.2017
BEGINN	10.30 Uhr, Ende: 14.00 Uhr
TAGUNGSLEITUNG	Lukas Radbruch, Monika Müller und Sylvia Brathuhn
WEITERE REFERENTEN	Martina Kern, Luise Reddemann, Franziska Röseberg, Matthias Schnegg, Dorothee Bürgi u.a.
ORT	Universitätsklinikum Bonn, Venusberg
GEBÜHR	€ 180,-
ANMELDUNG BIS	<b>01.02.2017, Leidfaden Academy, Sabine Wehner (s.wehner@v-r.de)</b>
VERANSTALTER	Leidfaden Academy
IN KOOPERATION MIT	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Lehrstuhl für Palliativmedizin), ALPHA Rheinland, Bundesverband Trauerbegleitung e. V.

Das Programm der Tagung finden Sie hier:

**[www.v-r.de/leidfaden-tagung](http://www.v-r.de/leidfaden-tagung)**



Leidfaden.ACADEMY



Über die Würde des Menschen in seiner letzten Lebensphase

## Wann beginnt Palliativmedizin?

Die wenigsten Menschen machen sich Gedanken über lebensbedrohliche Erkrankungen, solange sie noch vital und gesund sind und solange niemand im eigenen Umfeld betroffen ist. Lange Zeit ging es mir genauso. Bis zu dem Tag im Februar 2009, an dem meine 17-jährige Tochter Mascha als Fußgängerin verunglückte und nach schwersten Schädel-Hirn-Verletzungen ins sogenannte Wachkoma fiel. Aus ärztlicher Sicht gab es keine Prognose, die hoffen ließ, dass sich dieser Zustand verbessern würde. Im Gegenteil, der Verlauf war fortschreitend schwer und oft lebensbedrohlich.

---

Von Antje May

---

**F**ünf Monate wurde sie intensivmedizinisch behandelt, was aus meiner Sicht einer Tortur gleichkam. Das Thema Palliativmedizin wurde weder kommuniziert, noch wurde ein Unterlassen lebenserhaltender Therapien zugelassen. Im Gegenteil. Es wurde operiert und therapiert, sogar einmal reanimiert. Oft ging es Mascha augenscheinlich schlecht. Sie behielt die Sondenkost nicht bei sich und sah gequält aus. Der vorher geäußerte Wille meiner Tochter wurde übergangen. Sie hätte niemals im Wachkoma, beatmet und über eine Magensonde ernährt, weiterleben wollen. Ich habe während dieser Zeit unendlich mitgelitten. Innerhalb meiner Familie und im Freundeskreis war jedes Gespräch maßgeblich mit der Frage beschäftigt, wie man meiner Tochter ein Leben als Wachkomapatientin ersparen könnte. Das Hoffen auf Verbesserung und die gleichzeitige Sorge, dass Mascha möglicherweise jahrzehntelang unbeweglich, mit Folgeerkrankungen dieses Dasein leben müsste, war regelrecht zum Verrücktwerden. Ich habe schließlich Gespräche mit den Ärzten gesucht, um eine Verlegung in ein Hospiz zu erreichen. Mich klar zu

positionieren, schaffte in unserem Fall eine gute Gesprächsgrundlage. Eine Notwendigkeitsbescheinigung für die Hospizaufnahme wurde ausgestellt. Was am Lebensende alles getan werden kann, um Leiden zu lindern, habe ich nach Maschas Verlegung in diese Herberge erfahren dürfen. Eine umsorgende Pflege, die darauf hinzielte den Sterbeverlauf zuzulassen und therapeutisch Problemen entgegenzuwirken, führte zu einem entspannten Allgemeinzustand meiner Tochter. Bis heute bin ich unendlich dankbar dafür. Man gab meiner Tochter dort ihre Würde zurück. Der Unfall, der Tod meiner Tochter haben mein Leben sehr verändert. Ein Jahr später habe ich mich als Palliativ Care-Fachkraft fortgebildet. Immer wieder stelle ich in Gesprächen, die sich um das Sterben drehen, fest, dass sich Menschen einen würdevollen Tod wünschen. Niemand will in der letzten Phase intensivmedizinisch künstlich am Leben gehalten werden und fremdbestimmt sein. Die Hoffnung auf Verbesserung ist vielleicht in einigen Fällen ein Aspekt, ein anderer aber eben auch „Wahrheit am Krankenbett“. Intensivmedizin ist daher in sterbens-

nahen Zuständen diagnostisch und ethisch nicht vertretbar.

Meistens wird außerhalb der Hospize gestorben. Aus diesem Grund sollten alle Menschen während dieser Phase perspektivisch überall pflegerisch und medizinisch palliativ gut begleitet werden können. Ich wünsche mir das Einbauen von Palliativ Care in allen Ausbildungsbereichen, die mit dem Thema Tod konfrontiert werden. Ich meine, dass in jeder betreuten Wohnform, in der Menschen bis zum Ende ihres Lebens verweilen, palliative Konzepte vorhanden sein müssen. Vernetzungen zu Palliativärzten inbegriffen.

Mir scheint der Tod, der ja zum Leben leider dazugehört, vielfach ausgeklammert zu werden. „Das darf nicht sein... in meiner Schicht hoffentlich nicht“, kehrt sich dann um, in Helfenwollen Leid zu verlängern.

Die Ungewissheit eine falsche Entscheidung zu treffen, vor allem als verantwortlicher Arzt, verstehe ich gut. Die Möglichkeit, in ethischen Konzilen mit den nahestehenden Menschen der Betroffenen zu kommunizieren, könnte Einzelnen die Verantwortung abnehmen und ist aus meiner Sicht der einzig richtige Weg, Therapieziele

zu überdenken. Ich habe wunderbare Sterbeverläufe begleitet. Voraussetzung war dann vor allem eine einheitliche Haltung seitens der Familien, der zuständigen Ärzte und Pflegeteams. Leiden am Lebensende zu lindern, Zuwendung, Gespräche, Zeit haben ist hier doch so wichtig. Die Sicherheit, den Patienten medizinisch und pflegerisch bestens versorgt zu wissen, existenziell.

Annahme und Loslassen sind manchmal lange Prozesse, die aber durch „Wahrheit am Krankenbett“ seitens der Mediziner unterstützt werden können und sollten.

Der Eid des Hippokrates scheint die palliativen Wege auszugrenzen. Im Zweifel für das Leben, heißt es. Wird durch intensivmedizinische Maßnahmen Leid verlängert, kann und muss ein Therapieziel immer wieder neu

überdacht werden. Therapien verantwortliche Ärzte bei einem Patienten mit einer schwerwiegenden, hoffnungslosen Prognose weiter, ist dies meiner Meinung nach ethisch nicht vertretbar.

Angesichts der heutigen Möglichkeiten, Leben intensivmedizinisch zu erhalten, also Sterben zu verhindern, möchte ich jeden Leser ermutigen, sich in der Familie und im Freundeskreis über diese existentiellen Lebensthemen auszutauschen. Was würden Sie wollen, wenn... Schreiben Sie es in Patientenverfügungen nieder. Sie nehmen ihren Lieben im Fall der Fälle einen untragbaren Berg der Verantwortung ab – die Entscheidung über Therapieziele am Lebensende, über Leben und Tod.

Meine eigenen Erfahrungen habe ich in einem Buch niedergeschrieben. Ich habe erlebt, wie unsagbar schwer

es ist, sein Kind sterben zu sehen. Es hat mich zerrissen und doch war es für meine Tochter in dieser Situation der wohl richtige Weg in ein Hospiz verlegt zu werden. Das Leid hatte hier ein Ende. Es gibt Situationen, in denen es keine guten Entscheidungen gibt... aber menschenwürdige.



**Antje May**

Examierte Altenpflegerin, Palliativ Fachkraft,  
Systemische Beraterin

## Eine Mutter fällt die schwerste Entscheidung ihres Lebens

Ein Buch über die Würde des Menschen in seiner letzten Lebensphase, aber vor allem auch ein Buch, das zeigt, wie die Liebe einer Mutter fast übermenschliche Kräfte freisetzt, um das Leiden ihrer Tochter Mascha zu beenden. Die 17 jährige

Mascha erlitt bei einem Verkehrsunfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma und lag danach im Wachkoma. Eine nervliche Zerreißprobe über viele Monate mit allen Höhen und Tiefen, die schließlich nach langem inneren Ringen und Kämpfen gegen eine Apparatedizin in einem Hospiz endete.

**Antje May**, geboren 1964, examinierte Altenpflegerin mit Fortbildung in Basaler Stimulation, Palliativ Care und Systemischer Beratung. Sie arbeitet seit vielen Jahren bei der Lebenshilfe. May war alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, als ihre Tochter Mascha 2009 verunglückte und Monate später in einem Hospiz starb.



**Antje May**

*Mascha, du darfst sterben*  
Gütersloher Verlagshaus



## Kinder- & Familientrauerbegleitung

Kinder sind wundervolle Lehrmeister. Mit offenen Augen, Ohren und Herzen nehmen sie achtsam wahr, was um sie herum geschieht. Sie erspüren deshalb sehr genau, wenn etwas nicht stimmt. Kinder sind sehr nah dran an den Schnittstellen des Lebens und verfügen über vielerlei Ressourcen und Kraftquellen. Ihr sehr gutes, stimmiges Bauchgefühl und ihr Herz zeigen ihnen ihren Weg.

---

Von Martina Hosse-Dolega

---

Das Wesentliche – insbesondere auch während der Trauerbegleitungen – ist es, den Kindern Informationen zu geben, sie teilhaben zu lassen. Eine große Verunsicherung und noch größere Selbstzweifel können entstehen, wenn Kinder die Situation erspüren, auf ihre Nachfragen jedoch keine zufriedenstellenden und glaubhaften Antworten erhalten (häufig bekommen sie die unbefriedigende Antwort, dass alles ok sei). Kinder zweifeln dann an sich, ihren Gefühlen und an ihrer Wahrnehmung. Ihr Bauchgefühl, das – meiner Erfahrung nach bei Kindern jeden Alters – außergewöhnlich gut vorhanden ist, wird so verlernt. Die Kinder verlieren das Vertrauen in sich selbst. Darin liegt sicher auch die Ursache, dass Erwachsene ihr Bauchgefühl allzu häufig missachten. Es ist also wesentlich, dass wir Kinder ihr Bauchge-

fühl achtsam wahrnehmen lassen und zuhören, was es ihnen sagt. Oftmals werden wir sehr kurzfristig kontaktiert. Dadurch bleibt manchmal nur sehr wenig Zeit (wenige Tage, Stunden). Einige Krankheitsverläufe und familiäre Konstellationen erfordern sofortiges Handeln, ja zwingen gerade dazu. Um in dieser kurzen Zeit die Begleitung einer Familie auf "stabilere Füße" stellen zu können, ist in einigen Familien eine intensive Begleitung unumgänglich. Die Anforderungen, die Krankheit und Sterben – ganzheitlich betrachtet – an die Kinder und ebenso auch an die Erwachsenen stellen, sind enorm. Durch unser Da-sein können wir in dieser Zeit zur Entlastung und Unterstützung beitragen. In der Kindertrauerbegleitung liegt es an uns, sowohl die Kinder als auch die Familie zu stärken. Das tun wir, indem wir Informationen al-

tersentsprechend vermitteln und den Kindern (und Bezugspersonen) den erforderlichen Raum für ihre Gefühle und Gedanken geben sowie kreativen Ausdruck ermöglichen. So schaffen wir die Basis für ein Leben und eine Zukunft, in der der Tod des Papas oder der Mama seinen Platz in der Erinnerung erhält, das Leben jedoch dennoch bunt, liebens- und lebenswert erlebt werden kann. Es gilt die Distanz der Kinder, bedingt durch die Erkrankung und die Veränderung der erkrankten Person (und durch das Einwirken des oftmals verunsicherten Umfelds), zu verringern. Wir richten unseren Blick auf die Beziehung, das Miteinander, das gemeinsam Erlebte, auf das evtl. noch zu Klärende, die schönen Erlebnisse, das Schaffen von Erinnerungen, auf das, was für das Kind und auch für die bald sterbende Mama oder den Papa von

Bedeutung ist. In Gesprächen und insbesondere während spielerischer Beschäftigung (an vertrauten Orten oder Lieblingsorten der Kinder) stellen die Kinder viele Fragen und erzählen von ihren Vorstellungen (so erklärte mir

Information. Kinder sollten die Möglichkeit erhalten, sich verabschieden zu dürfen (auch jüngere Kinder fordern das durchaus eindringlich und durchdacht ein). Wesentlich ist in dieser Situation eine gute Vorbereitung

begleitet werden! So wie die letzte gemeinsame Zeit (ob Zuhause, im Krankenhaus oder Hospiz) davon geprägt sein sollte, positive Bilder zu sammeln, um die Schatztruhe der Erinnerungen zu füllen, so ist auch die Trauerfeier /

Trauer begegnet uns überall. Erwachsene und auch Kinder werden damit konfrontiert. Trauer braucht Zeit, Raum, Ausdruck und ein verstehendes Gegenüber. Trauer ist eine Ressource, die uns befähigt und unterstützt, Abschiede, Tiefpunkte und Wandlungsphasen in unserem Leben zu überleben und zu durchleben. Als Trauerbegleiterin, Entspannungs- & Gesundheitspädagogin liegen mir besonders Familien am Herzen. Trauerbegleitung Vergissmeinnicht ist meine Herzensarbeit.



ein 7-jähriges Mädchen und ebenso ein 10-jähriger Junge bereits anschaulich das Leben und die Himmelswelt – ein wundervolles Geschenk). Während einer solchen Unterhaltung malen oder spielen die Kinder zeitweise, auch um sich zu entlasten und um die Situation besser aushalten zu können. Die Kinder und der geliebte erkrankte Familienangehörige sollten sich weiterhin sehen und fühlen können, sollten sich nah sein dürfen. Teilhaben zu können ist für Kinder von allergrößter Wichtigkeit, ebenso ehrliche, kindgerechte

(u.a. auch der Umgebung – Krankenschwestern und -pfleger leisten hier oftmals Wunderbares). Dass Kinder zu Trauerfeier und Beerdigung mitgehen dürfen und in die Abschiedsgestaltung mit einbezogen werden, sollte unterstützt und begleitet werden! Hierzu gibt es ein breites Spektrum kindgerechter Möglichkeiten. WICHTIG: Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld, ob und welche Erfahrungen der Bestatter mit der Begleitung von Kindern und Familien hat! Nur so ist gewährleistet, dass das Kind und seine Familie achtsam

Beerdigung ein wesentlicher Ort, um genau dies zu ermöglichen. Eine Sensibilität und Aufgeschlossenheit für die Themen Trauer und Tod zu erreichen, ist ebenso in Kindergärten und Schulen wesentlich. Oftmals erlebe ich eine große Unsicherheit im Umgang mit den trauernden Kindern, den Eltern und Bezugspersonen und dem Themengebiet Tod und Trauer, jedoch auch eine große Bereitschaft, sich damit zu beschäftigen. In diesen Fällen helfen wir u.a. Elternbriefe zu entwickeln bzw. Elternabende vorzubereiten. 



**ERGOTHERAPIE**  
Franziska Dinkel

■ **Behandlung von Kindern bei Entwicklungsverzögerung im Bereich**

- der Grobmotorik (balancieren, hüpfen, fangen, werfen)
- der Feinmotorik (Stifthaltung, Schere, malen, Schriftbild)
- Auffälligkeiten im Bereich Koordination, Konzentration, Ausdauer, Selbständigkeit
- Lese- und Rechtschreibproblemen/Matheverständnis

■ **Kursangebot u.a. auch Präventionskurse, die zu 80% von der Krankenkasse bezahlt werden.**

(Yoga für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Lese- und Rechtschreibkurs für Kinder, Konzentrationskurs für Kinder, autogenes Training, PME nach Jacobsen)

■ **Behandlung von Erwachsenen**

- Demenz/Alzheimer
- Parkinson
- Schlaganfall/Hirnblutung
- Multiple Sklerose
- Gangstörung
- Rheuma/Arthrose/Osteoporose
- Psychische Erkrankungen

■ **Hausbesuch möglich**

# Hören wir zu, was die Kinder uns zu erzählen haben! Und trauen wir ihnen einiges zu!

Dazu noch diese kleine Geschichte: Ein buddhistischer Mönch und ein kleines Mädchen gingen im Wald spazieren. Sie blieben vor einem Baum stehen und das Mädchen fragte: "Lieber Mönch, sage mir, welche Farbe hat dieser Baum!" Und der Mönch antwortete: "Er hat die Farbe, die Du siehst!"

Wenn wir einander mit dem Herzen zuhören, entwickelt sich Verstehen. Sich angenommen und gehört, eben verstanden zu fühlen, ist ein warmes und gutes Gefühl – für Kinder ebenso, wie für Erwachsene. Die ungeteilte Aufmerksamkeit zu bekommen, ermöglicht es, sich auch auf emotionale Themen einlassen zu können. Im Palliativnetz Bochum e.V. unterstützt uns unter anderem unser Samson (große Handpuppe), der als Freund und Zuhörer, als Vertrauter u.a. auch bei den Kindern zuhause bleibt und schwierige

Zeiten begleitet. Neben Samson sind es aber auch Tiere (wunderbare Fellpötchen) – die eigenen Haustiere, aber ebenso die zauberhaften Alpakas von Daniels kleiner Farm, die mit ihren wunderbaren Fähigkeiten die Herzenstüren der Kinder (und der Erwachsenen) öffnen. Darüber sind wir sehr glücklich. Zu der Begleitung trauernder Kinder gehört für uns im Palliativnetz Bochum e.V. die Förderung der Erinnerung an den geliebten Menschen, die Schaffung persönlicher Erinnerungen und eines persönlichen

Erinnerungsstückes. Die MaPaPu (MamaPapaPuppe), genäht aus Lieblings-T-Shirts des geliebten Menschen, erleben wir als wirksamen Seelenfreund, als Unterstützung in der Trauer, als be-greifbare Erinnerung, als wundervoll und voller Wunder.

Durch die Kindertrauerbegleitung des Palliativnetz Bochum e.V. ist es möglich, dass die Kinder mutig und gestärkt – mit Zuversicht und Hoffnung – in ihre Zukunft gehen. Und es sind genau diese Kinder, die morgen die Erwachsenen unserer Gesellschaft sind.

## Trauernde Kinder

**T**rauerbegleitung ist eine wertvolle Unterstützung für trauernde Kinder und deren Familien. Eine Herzenssache, die immer noch zu wenig Öffentlichkeit und Unterstützung erfährt. In vielen Bereichen finanziert sich die Trauerbegleitung zu 100 % über Spenden. Grundsätzlich ist eine Verbesserung der Finanzierung jedoch unumgänglich, denn Trauerbegleitung muss bezahlt werden und sollte u.a. auch von den Krankenkassen finanziert werden. Bereits im Kindergarten und in der Schule bieten sich hervorragen

de Möglichkeiten sich den Themen Tod und Trauer interessiert und ohne bestehende Akutsituation zu nähern. Denn auch Kinder werden in ihrem Umfeld immer wieder mit Trauer konfrontiert. Das muss nicht zwangsläufig der Tod eines lieben Menschen sein. Die Unterstützung von Kindern, Eltern, Familien und ganz besonders der Geschwisterkinder ist von unschätzbarem Wert – nicht nur im Hinblick auf eine Akutsituation, sondern auch im Hinblick auf das weitere Leben. Der Aufbau und die Unterstützung von entsprechenden Angeboten sollten und müssen weiter in den Fokus rücken! Einmal erkannt, lässt sich der Bedarf an trauerbegleitenden Angeboten nicht ausklammern, sondern weckt nicht selten den Wunsch, sich mehr zu engagieren. Auf diese Thematik aufmerksam zu machen, ist mir ein Her-

zensanliegen, denn es ist an der Zeit, dass qualifizierte Trauerbegleitung Förderung durch Politik und Krankenkassen erhält. Trauerbegleitung ist auf achtsame Menschen, Förderer und Unterstützer angewiesen. Ich freue mich, dass es Menschen gibt, die sich von Herzen engagieren, die sich Gedanken darüber machen, wie sie ihr Umfeld sensibilisieren können, die über ihre Erfahrungen sprechen und weitere Unterstützer begeistern. Ich bin dankbar, dass es Firmen gibt, die sich für Projekte einsetzen, die Kindern zugute kommen. Wir können Kindern durchaus viel zutrauen, ihnen Raum geben und wir können und sollten dafür Sorge tragen, dass Kinder und deren Familien in allen Lebenssituationen auf unsere Unterstützung zählen können – das gilt auch und insbesondere für die Kindertrauerbegleitung!

# Mit Engagement für das Leben

Nach der Definition der WHO (World Health Organization) ist die Palliativmedizin „[...] ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

## Wir möchten eine kurze Übersicht über therapeutische Optionen zur Therapie von Schmerzen und therapiebedingten Nebenwirkungen geben.

Rund ein Drittel aller Krebspatienten leiden bereits bei Erstdiagnose unter Tumorschmerzen, bei fortgeschrittener Erkrankung, insbesondere in der palliativen Situation, sind es 75-90%. Diese dauerhaften tumorbedingten Basisschmerzen können in der Regel mit schwach bzw. stark wirksamen opioid-haltigen Präparaten gut kontrolliert und adäquat behandelt werden.

Unabhängig vom Tumor-Basisschmerz kann es zusätzlich zu plötzlich auftretenden, einschießenden Durchbruchschmerzattacken kommen, die nicht vollständig von der Basismedikation abgedeckt werden können. Trotz kontrolliertem Basisschmerz haben 23-93% der Tumorpatienten im Durchschnitt drei bis vier Tumordurchbruchschmerz-Episoden pro Tag.

### Schmerzen am Maximum

Tumordurchbruchschmerzen äußern sich in plötzlich auftretenden, extrem starken Schmerzen (mittlere Intensität auf der NRS 7-10), deren Intensität ihr Maximum im Durchschnitt nach 3-5 Minuten erreicht und die über einen Zeitraum von 15 bis etwa 60 Minuten andauern. Eine typische Durchbruchschmerz-Episode dauert dabei in der Regel ca. 35 Minuten.<sup>1</sup> Benötigt werden daher Präparate, die im Hinblick auf die Schnelligkeit der Analgesie maximal auf dieses Zeitfenster zugeschnitten sind.

Die häufig als Bedarfs-Medikation bei Tumordurchbruchschmerzen eingesetzten nicht-retardierten Opiode (SAO) weisen in dem Zusammenhang kein adäquates Wirkprofil auf. Sie fluten für den akuten Bedarf des Patienten deutlich zu langsam an und entfalten ihre schmerzlindernde Wirkung erst nach etwa 30-45 Minuten. Die analgetische Wirkung hält dann über die eigentliche Schmerzepisode hinaus bis zu 4 Stunden an.<sup>2</sup> Patienten erfahren somit nicht nur eine verzögerte Schmerzanalgesie, sondern müssen auch mit einem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen rechnen. Durch die lange Halbwertszeit der Opiode besteht noch mehrere Stunden nach Einnahme ein erhöhter Plasmaspiegel. Dieser Effekt kumuliert bei erneuter Opioid-Gabe, wodurch es zu einem erhöhten Nebenwirkungsrisiko und anhaltendem Dämmerzustand kommen kann.

## Kontrolle schafft Erleichterung

Deshalb bedarf es bei Patienten mit tumorbedingtem Durchbruchschmerz zusätzlich wirkungsvoller Präparate zur effektiven Kontrolle der akuten Schmerzexazerbationen. Dies kann heute vor allem mit schnellwirksamen Fentanyl (ROO) erzielt werden. Die momentan verfügbaren Fentanyl-Präparate entfalten ihre Wirkung bereits innerhalb der ersten 5-10 Minuten und verschaffen dem Patienten somit die benötigte akute Schmerzlinderung. Die Wirkdauer ist dabei mit 1-2 Stunden optimal der Länge einer typischen Durchbruchschmerz-Episode angepasst.

## Verbesserung der Lebensqualität

Ganz auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet, gibt es schnellwirksames Fentanyl in oraler oder nasaler Darreichungsform. Moderne Präparate setzen dabei vor allem auf eine spezielle Galenik, die eine schnelle und kontinuierliche Wirkstoffaufnahme über die Schleimhaut garantiert. Sollte die Gabe von Fentanyl-Tabletten, die sich unmittelbar im Mund auflösen, durch orale Komplikationen erschwert werden, ist ein Wechsel der Schmerztherapie auf eine alternative Darreichungsform problemlos möglich. Pektin-haltiges Nasenspray z.B. ermöglicht eine optimale Haftung des Wirkstoffs direkt an der Nasenschleimhaut, sodass ein Herauslaufen oder Verschlucken verhindert werden kann.

## Opioid-induzierte Obstipation: mehr als nur Verstopfung

Im Rahmen einer Schmerztherapie mit Opioiden stellt die Opioid-induzierte Obstipation (OIC) die häufigste Nebenwirkung dar.<sup>3</sup> Dabei werden die peripheren  $\mu$ -Rezeptoren im Darm über die gesamte Therapiedauer blockiert, d.h., die Patienten entwickeln keine Toleranz über die Zeit. Die Symptome sind vielschichtig und die Lebensqualität der Betroffenen deutlich eingeschränkt: Sie leiden u.a. unter Schmerzen während des Toilettengangs, unter hartem Stuhlgang, Blähungen, Sodbrennen bis hin zu völligem Appetitverlust. Häufig treten aber auch atypische Symptome auf, die nicht unmittelbar mit einer OIC in Verbindung gebracht werden. Dazu zählen Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe oder Hämorrhoidenblutungen. Therapeutische Strategien sind zu Beginn einer OIC-Behandlung die Gabe von sog. Laxanzien wie z.B. Macrogolen. Studien zeigen jedoch, dass diese Präparate aufgrund ihres differenten Wirkmechanismus keine ausreichende Wirksamkeit zeigen, da sie nicht ursächlich sondern lediglich symptomatisch ansetzen. Hier bedarf es therapeutischer Strategien, um das komplexe Krankheitsbild der OIC grundsätzlich und dauerhaft zu behandeln. Dies ist heute mit der neuen Wirkstoffklasse der PAMORA (peripher agierender  $\mu$ -Rezeptor-Antagonist), die die Erkrankung kausal behandeln, möglich.

### Literatur:

1 Gómez-Batiste X et al. J Pain Symptom Manage 2002; 24(1): 45-52

2 Bennett D et al. Pharmacol. Ther. 2005; 30(6): 354-52

3 Tack J et al. United European Gastroenterol J 2015; 3(5): 471-480

**KYOWA KIRIN**

Kyowa Kirin GmbH

Anzeige

# Lesermeinungen

## Über Columba

Ich freue mich über jede Ausgabe von Columba, weil das Magazin des Palliativ-Portals sehr vielseitig und gesellschaftsnah eine für viele Menschen sehr schwierige Thematik näher bringt. Die Themen und Geschichten werden im Magazin sehr berührend und sachlich zugleich behandelt. Diese einmalige und besondere Art bringt mich zum Nachdenken, für eine Sache einzustehen, die doch eigentlich selbstverständlich sein sollte. Ich freue mich auf das Magazin, das überall in den Apotheken und Wartezimmern ausgelegt werden sollte- und unterstützt werden muss. Daher verteile ich dies sehr gern in meiner Region: Für eine aufgeklärte und gut informierte Gesellschaft

Mark Castens  
Ovelgönne



## Problemen ein anderes Gewicht geben

(Ausgabe 03 | 2016)

„Mit Negativität lässt sich Macht herstellen.“ (Zit. Dr. med. Hans Hermann Ehrat, S.15, Z. 21 f. )

Dieser eine Satz, der so viel aussagt - die Hierarchie der Gesellschaft quasi. Was hat da ein Schwerstkranker, Sterbender noch für eine Selbstbestimmung? Dieser eine Satz, der mich jeden Tag bewegt und mir zeigt, wie wichtig Kommunikation auf Augenhöhe ist. Columba ist nicht einfach eine Zeitschrift, sie ist persönlich, echt und vor allem ehrlich. Sie greift ein Thema auf, welches in unserer Gesellschaft noch immer tabuisiert wird: Die Angst vor dem Tod, die Angst die letzte Phase des Lebens gemeinsam würdevoll zu gestalten, keine Scheu vor Berührungen zu haben, die Wünsche und Bedürfnisse jedes einzelnen zu respektieren - auch die der Angehörigen. Manchmal erscheint ein Weg unüberwindbar, man muss ihn nur gehen, um es herauszufinden.

Julia Sommerlade  
Köthen



## Lesermeinungen



### spiritual care und Kommunikation

Markus Starklauf hat m. E. in leichten Schritten erklärt, wie weit wir kommen können in einer Welt voller achtsam und wertschätzend ausgesprochener, gedachter und gewünschter Worte. Was es dazu braucht – nämlich oftmals auch die Distanz, weil diese Nähe schafft. Und wie Nähe (oftmals seitens der unmittelbaren Bezugsmenschen) Distanz schaffen kann. Wichtig empfand ich auch sein anfängliches Hervorheben der Bedeutung von Stille/Ruhe und Pausen, die wir doch alle benötigen. In Zeiten innerer Unsicherheit ist es unendlich schwieriger, die Stille als Kommunikationspartner auszuhalten. Gelungene Kommunikation hat somit auch mit Mut zu tun; Mut über eigene Schatten zu springen. Mich hat der Artikel freundlichst angestupst, mich tagtäglich neu für den lebensbejahenden Moment in aller Stille, mit aller Wortkraft und mit aller Menschenliebe zu entscheiden.

Peggy Hoffmann  
Coburg



### Über Columba

Ein wirklich ungewöhnliches und v.a. ästhetisch schönes Magazin! Es erscheint so lichtvoll gestaltet, so hell und klar – läßt in der Gestaltung viel Raum für die eigenen inneren Bilder und Gedanken. Columba, die Taube als auch ein weiblich venusisches Symbol für Eros, Schönheit und Zärtlichkeit, lädt mich ein, sie auch einfach berühren zu wollen. Eine Einladung, die glückt! Ich streiche sinnlich über das angeraute Papier und will berühren. Allein das! Ganz zu schweigen von der Tiefe und dem Informationsgehalt der Texte. Nicht zu lange, gut zu begreifende Texte und einfach umsetzbare Anregungen, die ich auch gerne an meine Palliativteam-Kollegen weitergeben möchte. Danke dafür!

Gunilla Göttlicher M.A., Berlin  
Kunsttherapeutin im Bereich Palliative Care

## Zum Innehalten

Mit etwas Glück können Sie in dieser Ausgabe eines von drei Kinderbüchern

„Max, sein Opa und Columba. Ein Buch über Trauer, Trost und eine kleine Taube.“ gewinnen.

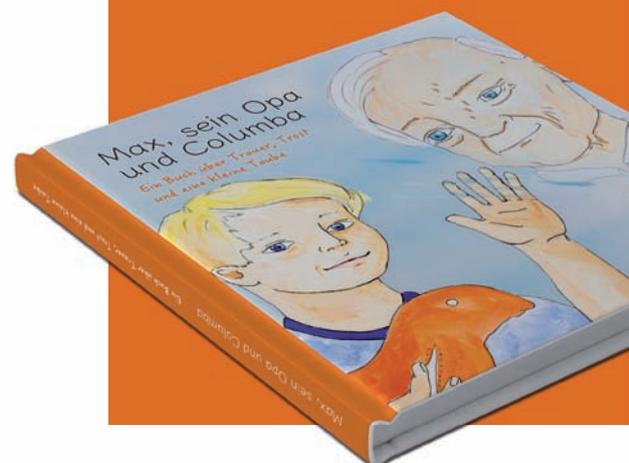
Schicken Sie die richtige Lösung bis zum 31.01.2017 mit Ihrer Lieferanschrift unter dem Stichwort „Columba“ an [gewinnspiel@palliativ-portal.de](mailto:gewinnspiel@palliativ-portal.de) oder schreiben Sie uns eine Nachricht auf Facebook. Der/Die Gewinner/in wird schriftlich per Post benachrichtigt.

Vervielfältiger	hoherBerg	in Ordnung	Verb substantivieren	leichter Galopp
afrikani. Religion	unumstößlich	griechische Insel	Hauptstadt Lettland	Verhüllung
6		Plattenaufleger	Staat in Asien	
Gewichtseinheit		Milchprodukt (-h)	Verzicht	
Musikauftritt		ich kann nicht ...	8	
Laufvogel		Störung		
Muskelanspannung	2	Zahl	Tonarten	7
			Abholzen	
Zahl	3	In diesem Raum		Wärme abgebend
		Währung		
		Kosmetikfarbe		
Lokal wo man was trinkt	Dativ wir	Wahrnehmung	alte Währung	jemand der sucht
	Hauptstadt von Eritrea		Regulator	
		Irländer ausgeschlossen	4	Kreis-Soest KFZ
				Raubfisch
Kopfbedeckung	5			
Hektometer		dicht		
		Obstbrei	Ausruf	
Amerikaner			Zahl	
Fischart		Leihhaus		9
		direkte Anrede		
			männliche Person	
alt-römische Münze		ursprüngliche Form	1	

Dr. Jörg Cuno & Esther-Anna Feldbaum

### Max, sein Opa und Columba

Max liebt seinen Opa über alles. Jeden Mittwoch holt er den Fünffährigen vom Kindergarten ab. Doch als Opa plötzlich krank wird, so krank, dass die Ärzte ihn nicht mehr gesund machen können, wird alles anders. Wie Max und seine Familie mit dem Abschiednehmen-Müssen umgehen und wie eine Taube ihnen dabei hilft, erzählt dieses Buch.



### Lösungswort

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Die Gewinner des Rätsels aus Ausgabe 3 sind:  
Ingrid Pfalzgraf, Ulrike Assmann

**Herzlichen Glückwunsch!**

## Examierte Pflegekraft

(m/w) für den SAPV Stützpunkt in Naila  
in Voll- oder Teilzeit



### Ihr Profil

- Examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w) oder Altenpfleger (m/w)
- Abgeschlossener 160 Stunden Palliative Care Kurs mind. 12 Monate Berufserfahrung in Palliativstation, stationärem Hospiz oder SAPV
- Gute regionale Vernetzung und Fähigkeit zur Netzwerkarbeit
- Hohe soziale Kompetenz, Kommunikations- und Teamfähigkeit
- Belastbarkeit, Einfühlungsvermögen, Engagement
- Bereitschaft zu regelmäßiger Fort- und Weiterbildung und Supervision
- Bereitschaft zur Teilnahme am Rufdienst
- Orts Nähe zum Altlandkreis Naila wünschenswert
- EDV-Kenntnisse
- Führerschein Klasse III

### Ihre Aufgaben

- Pflegerische und psychosoziale Beratung, Behandlung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen sowie Mitarbeitern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen
- Netzwerkarbeit mit verschiedenen Anbietern und Einrichtungen des regionalen Gesundheitswesens

Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Dr. med. Jörg Cuno, Chefarzt des Hospiz- und Palliativzentrums, unter der Rufnummer (0951) 503-14700 gerne zur Verfügung. Ihre schriftliche Bewerbung mit aussagefähigen Unterlagen richten Sie bitte an:

#### Sozialstiftung Bamberg

#### Personalabteilung

Buger Straße 80

96049 Bamberg

E-Mail: [personal@sozialstiftung-bamberg.de](mailto:personal@sozialstiftung-bamberg.de)

[www.sozialstiftung-bamberg.de](http://www.sozialstiftung-bamberg.de)



### Wir suchen im Diakoniewerk TABEA:

- Pflegefachkräfte (m/w)
- Pflegehilfskräfte (m/w)

Das Diakoniewerk TABEA betreibt u.a. vier Pflegeeinrichtungen:

- Lurup (Hamburg)
- Am Isfeld (Hamburg)
- Insel Fehmarn
- Heiligenstadt i. Ofr.

# TABEA

### Bewerben Sie sich noch heute!

Wir freuen uns schon darauf, von Ihnen zu hören.  
Ihr TABEA-TEAM

Kontakt: [info@tabea.de](mailto:info@tabea.de)  
[www.tabea.de](http://www.tabea.de)



## Ärztin/Arzt

für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

in Voll- oder Teilzeit (mind. 50%)

Die Sozialstiftung Bamberg verknüpft mit einem Klinikum an drei Standorten mit 1.013 Betten (Schwerpunkt Krankenhaus), Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen der Altenpflege und der ambulanten Therapie die akute Gesundheitsversorgung, Prävention und Rehabilitation sowie Wohnen und Leben im Alter sinnvoll miteinander. Jährlich werden zurzeit 43.000 stationäre Patienten und 130.000 ambulante/teilstationäre Patienten behandelt. Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

### Ihr Profil

- Facharztausbildung
- Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Erfahrung in der (ambulanten) Palliativversorgung oder klinische palliativmedizinische Tätigkeit in einer Palliativabteilung eines Krankenhauses
- Bereitschaft zu flexiblen Arbeitszeiten, Rufbereitschaft und Hintergrunddienst
- Führerschein Klasse III
- Eine aufgeschlossene Persönlichkeit
- Ausgeprägte Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Belastbarkeit, Einfühlungsvermögen, Engagement
- Kreatives Denken, Flexibilität und Teamfähigkeit

### Ihre Aufgaben

- Medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, Hausärzten und Pflegediensten im ambulanten Bereich
- Teilnahme am ärztlichen Rufdienst

Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Dr. med. Jörg Cuno, Chefarzt des Hospiz- und Palliativzentrums, unter der Rufnummer (0951) 503-14700 gerne zur Verfügung. Ihre schriftliche Bewerbung mit aussagefähigen Unterlagen richten Sie bitte an:



Sozialstiftung Bamberg

Personalabteilung

Buger Straße 80

96049 Bamberg

E-Mail: [personal@sozialstiftung-bamberg.de](mailto:personal@sozialstiftung-bamberg.de)

[www.sozialstiftung-bamberg.de](http://www.sozialstiftung-bamberg.de)



In Kooperation mit dem  
SAPV-Team in Bamberg

## Hospiz Naila

*... ein Haus des Lebens, der Freude und der Trauer*

Hospiz Naila  
Neulandstraße 12  
95119 Naila

Tel.: 09282/ 96 38 10  
info@hospiz-naila.de  
www.hospiz-naila.de

Anfragen zu Spenden und Stiftung:

**Diakonie**   
**Martinsberg**

Tel.: 09282/ 69 25  
info@dw-martinsberg.de

Hospiz-Akademie  
Bamberg



### Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH

Akademie für Aus-, Fort- und Weiterbildung  
in allen Bereichen der Hospizarbeit,  
Palliativpflege und Palliativmedizin

**Kontakt:**

Lobenhofferstraße 10  
96049 Bamberg

Tel. 09 51 / 955 07 22

Fax 09 51 / 955 07 25

E-Mail: [kontakt@hospiz-akademie.de](mailto:kontakt@hospiz-akademie.de)

[www.hospiz-akademie.de](http://www.hospiz-akademie.de)

HOSPIZARBEIT  
TRAUERARBEIT  
PFLEGE  
MEDIZIN  
SEELSORGE – SPIRITUALITÄT – ETHIK  
LEBENSWEISE

Wir stehen als Bildungseinrichtung auch für externe Klausuren,  
Einkehrtage und Fortbildungstage/-wochenenden zur Verfügung.

*Den Tod bedenken – das Leben verstehen*

# Apotheke — am Grau- turm

Herbert Stang  
Marktplatz 38  
96106 Ebern  
Tel.: (09531) 92 33 0  
Fax: (09531) 92 33 29  
Internet: [www.apogt.de](http://www.apogt.de)



**Neue Apotheke**  
Ihre Insel der Gesundheit

## Zentrum für Gesundheit und Prävention

- Arzneimittel
- Kosmetik
- Blutuntersuchen
- Rezeptbelieferung
- Homöopathie
- und vieles mehr!

Mit gutem Service und kompetenter Beratung versuchen wir den Weg zu Ihrer Gesundheit so angenehm und erfolgreich wie möglich zu gestalten.

Unsere Kunden wissen, dass man bei uns nicht nur Rezepte einlösen kann. **Sie auch?**

## Bettina Thiel

Apothekerin · Heilpraktikerin

Bamberger Str. 24  
96135 Stegaurach

Tel.: 0951 / 297 17 95

Fax: 0951 / 297 17 96

E-Mail: [info@neue-apotheke-stegaurach.de](mailto:info@neue-apotheke-stegaurach.de)

[www.neue-apotheke-stegaurach.de](http://www.neue-apotheke-stegaurach.de)

Stadt  **Apotheke**  
Inh. Apotheker Christian Redmann e.K.

Nehmen Sie Kontakt auf!

@ [info@stadtapotheke-eps.de](mailto:info@stadtapotheke-eps.de)

WhatsApp + Festnetz  
09194 — 333

## Kompetenz durch ständige Weiterbildung:

- geriatrische Pharmazie
- Homöopathie und Naturheilverfahren
- Palliativpharmazie (zertifiziert)
- Betreuung von Asthma und COPD-Patienten (zertifiziert)
- Abnahme genetischer Untersuchungen (Stratipharm, zertifiziert)
- geprüft zur Leitung für Heimversorgung (AMI)



Ihr Vortragspartner bei  
**Palliativthemen**  
und **geriatrischer**  
**Pharmazie**



Zeit für Ihre Gesundheit!



Ausgabe 01 | 2017 unter anderem mit diesen Themen

## Dem Himmel so nah

fühle ich mich seit den Ereignissen in den Jahren 1993 und 1994, die mich und mein Leben – und natürlich auch das meiner Familie – für alle Zeit prägten.

## Männer und die Trauer – von wegen kalter Klumpen

Es gibt tatsächlich eine Sache, in der Männer und Frauen grundsätzlich verschieden sind – und das ist das Bearbeiten von Leid und Trauer. Während Frauen ihre Gefühle mitteilen und darüber reden müssen, ziehen sich Männer ins Innere zurück. Und vergrößern dadurch ihr eigenes Leid noch mehr. Männer trauern. Durchaus intensiv. Nur anders.

## Anthropologie und Humanität im Mittelpunkt

Ein Beitrag zur Philosophie der Palliativmedizin und die Frage nach dem Menschen in Palliativmedizin und Philosophie

In dieser Ausgabe vorgestelltes Buch

Giovanni Maio: *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*  
224 Seiten, Trias 2014, ISBN: 978-3-8304-6749-6

Giovanni Maio: *Die Kunst des Hoffens. Kranksein zwischen Erschütterung und Neuorientierung*  
352 Seiten, Herder 2015. ISBN: 978-3-451-34827-3

Giovanni Maio: *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung*, 224 Seiten, Herder 2016, ISBN: 978-3-451-30687-7

Dr. Matthias Thöns: *Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende*, 320 Seiten, Piper Verlag 2016, ISBN: 978-3-492-05776-9

Antje May: *Mascha, du darfst sterben: Wenn der Tod Erlösung ist*, 192 Seiten, Gütersloher Verlags-haus 2016, ISBN: 978-3-579-08634-7



## Impressum

Das Palliativ-Portal Magazin erscheint vierteljährlich. Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen unter Verantwortung der Verfasser und geben nicht automatisch die Meinung der Redaktion wieder.

### Herausgeber

Palliativ-Portal - Dr. med. Jörg Cuno  
Oberer Stephansberg 37  
96049 Bamberg  
Tel.: (0951) 30945699  
info@palliativ-portal.de | www.palliativ-portal.de

### Redaktion

Dr. Jörg Cuno, Markus Starklauf,  
Tatjana Düring, Esther Feldbaum

### Satz und Layout

mdm medien | www.mdmmedien.com

### Druck

Druckerei Distler GbR  
Oberer Löserweg 2  
96114 Hirschaid

### Bestellung

Nachbestellung des Magazins per E-Mail unter info@palliativ-portal.de

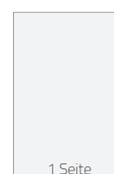
### Bildnachweis

Titelbild: shutterstock.de  
Seite 3: Dr. Jörg Cuno, privat  
Seiten 4, 5, 11, 17, 18, 20, 24, 30, 32, 42: fotolia.de  
Seiten 5, 8, 18, 20, 31 Fotomontage, mdm medien  
Seite 9: Prof. Giovanni Maio, Fotografin Silke Wernet  
Seite 11: Yvonne Dauer privat  
Seite 16: Dr. Thomas Sitte, privat  
Seite 17: Juliane Uhl, privat  
Seite 22: Matthias Thöns, privat  
Seite 23: Dr. Jörg Cuno, privat  
Seite 27: Dr. Martin Weiß, privat  
Seite 28: Dorothee Wellens-Mücher, privat  
Seite 31: Antje Mayr, privat  
Seite 33: Martina Hosse-Dolega, privat

In eigener Sache

### Werden Sie Werbepartner

Sie erreichen uns unter info@palliativ-portal.de.





[www.tabea.de](http://www.tabea.de)



#### **TABEA – Leben in Geborgenheit**

Am Isfeld 19  
22589 Hamburg  
Tel. (040) 80 92 - 0



#### **TABEA – Leben bei Freunden**

Luruper Hauptstraße 119  
22547 Hamburg  
Tel. (040) 84 05 23 - 0



#### **Alten- und Pflegeheim TABEA**

Kästnerstraße 2  
23769 Fehmarn  
Tel. (04371) 503 - 300



#### **TABEA – Leben in Heiligenstadt**

Familienzentrum 6  
91332 Heiligenstadt  
Tel. (09198) 808 - 0



#### **PalliativPartner Hamburg C.A.P.E**

Mühlenberger Weg 64  
22587 Hamburg  
Tel. (040) 86 02 88

# TABEA

Das Diakoniewerk TABEA befasst sich seit vielen Jahren in seinen stationären Pflegeeinrichtungen mit Hospizkultur – und Palliativkompetenz.

Bewohner und Angehörige werden durch Palliativ Care Pflegefachkräfte, ehrenamtliche Hospizbegleitung und Unterstützung der Seelsorger beratend, respektvoll und behutsam begleitet. Durch die Weiterentwicklung der medizinisch/pflegerischen Versorgung und die Spezialisierung der ambulanten Palliativversorgung gibt es in den TABEA Einrichtungen eine gute Vernetzung aller Professionen. Die TABEA Einrichtungen haben Kooperationsverträge mit den SAPV Teams vor Ort und die Hamburger Einrichtungen sind zudem Teil des Netzwerks Palliative Geriatrie Hamburg.

Wir pflegen, leben und entwickeln Hospizkultur und Palliativkompetenz weiter. Denn:

*Wir bewahren Lebensqualität.*

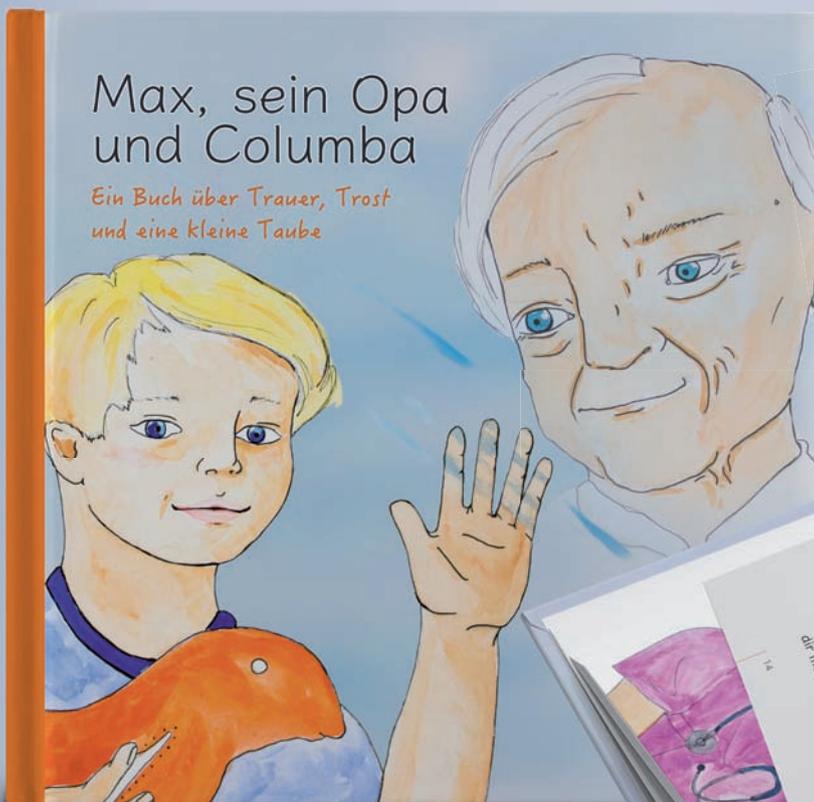
Dr. Jörg Cuno & Esther-Anna Feldbaum

# Max, sein Opa und Columba

Ein Buch über Trauer, Trost und eine kleine Taube

Max liebt seinen Opa über alles. Jeden Mittwoch holt er den Fünfjährigen vom Kindergarten ab. Doch als Opa plötzlich krank wird, so krank, dass die Ärzte ihn nicht mehr gesund machen können, wird alles anders. Wie Max und seine Familie mit dem Abschiednehmen-Müssen umgehen und wie eine Taube ihnen dabei hilft, erzählt dieses Buch.

Mit Illustrationen von Randi Mabry



Mehr zum Buch unter  
[www.columbabuch.de](http://www.columbabuch.de)

48 Seiten, Hardcover  
ISBN 978-3-00-053973-2



**PALLIATIV**  
PORTAL SHOP



Dieser und weitere Artikel unter [shop.palliativ-portal.de](http://shop.palliativ-portal.de)

