

# Auf dem Weg —



## Festschrift

Evangelisches Hospiz  
Frankfurt am Main



# ENTSCHEID!

(zwei auf der uhr)

Zeitlebens  
spielen sie

gegeneinander  
badminton oder

Trictrac:

die angst vor dem leben  
und die  
vor dem tod

Wer Wird  
gewinner?



Blumenstrauß

# Inhalt

---

- 04 — EDITORIAL  
Dr. Dagmar Müller
- 07 — GRUSSWORTE  
Ulrike Scherf, Dr. Achim Knecht,  
Michael Keller, Stefan Majer, Astrid Piesker  
und Dr. Carmen Berger-Zell
- 25 — IM JENSEITS  
Karl Valentin
- 14 — Porträts**
- 30 — Meilensteine**
- 46 — Projekte**
- 64 — Artikel**
- 96 — IMPRESSUM/BILDNACHWEISE/  
QUELLENANGABEN

Anmerkung: Alle auf ein biologisches Geschlecht bezogenen Formulierungen in dieser Festschrift schließen das weibliche, das männliche und alle anderen Geschlechter nicht aus.

## Editorial

---



**Dr. Dagmar Müller,**  
Geschäftsführerin  
Evangelisches Hospiz  
Frankfurt

*Im Evangelischen Hospiz sind wir gemeinsam auf einem Weg, der uns täglich herausfordert: Patientinnen und Patienten, Angehörige, Hospizmitarbeitende.*

- *Wir sind in Bewegung.*
- *Uns bewegt, was wir erfahren, erleben, aushalten (müssen).*
- *Wir gehen eine Strecke gemeinsam und trennen uns dann wieder.*
- *Wir stoßen an Grenzen unserer Fähigkeiten und Möglichkeiten.*
- *Wir lernen, wie wichtig es ist, hin und wieder eine Pause einzulegen.*
- *Wir haben Proviant dabei, um uns bei einer Rast zu stärken.*
- *Wir müssen Entscheidungen treffen, in welche Richtung wir gehen und wie schnell wir gehen.*



**A**uf der gemeinsamen Wegstrecke gibt es kein Ziel, das in der Entfernung liegt. Das Ziel ist sehr nah. Sehr konkret: Es geht um die individuelle Lebensqualität im Hier und Jetzt. Manchmal müssen wir dafür einige Mühen aufwenden, manchmal bedarf es nur eines kleinen Schrittes, eines Perspektivwechsels in die individuell »richtige« Richtung.

Die Basis für die Weggemeinschaft ist das Hospizteam, das sich immer wieder auf die schwerstkranken Menschen in der letzten Lebensphase in ihrer Individualität und ihren Bedürfnissen einlässt und – nach einer Zeit – wieder loslässt. Und das ständig bereit ist, das eigene Handeln zu reflektieren und sich persönlich und fachlich weiterzuentwickeln. Zum Hospizteam gehören auch die acht Hausärzte und Hausärztinnen, die von Beginn an

zuverlässig und engagiert die palliativmedizinische Versorgung im Hospiz sicherstellen. Ich bin sehr dankbar, ein Teil dieses motivierten und kreativen Teams zu sein.

Teil der Weggemeinschaft sind ebenso die vielen Menschen, die uns unterstützen: sei es durch ehrenamtliches Engagement im Hospiz oder im Förderverein, sei es durch Sach- und Geldspenden. Ganz herzlichen Dank dafür.

Mit der Festschrift zum zehnjährigen Jubiläum des Evangelischen Hospiz Frankfurt wollen wir Ihnen die Hospizarbeit näher bringen:

Wie hat sich unsere Arbeit entwickelt?  
Welche Themen bewegen uns?  
Welche Herausforderungen gilt es zukünftig zu gestalten?



Mitarbeitende des  
Evangelischen Hospizes

Ich danke allen, die zur Gestaltung der Festschrift beigetragen haben und wünsche Ihnen eine anregende, »bewegte« Lektüre.

Herzlichst

*Dr. D. Müller*

**Dr. Dagmar Müller**



**Pfarrer Dietrich  
mit Patient**



## Weil Sie wichtig sind. Gruß zum zehnjährigen Jubiläum



*»Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind, Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig! Und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.«*

*Cicely Saunders*

Das Evangelische Hospiz Frankfurt feiert sein zehnjähriges Bestehen. Herzliche Gratulation! Es ist für viele nicht nur ein Haus des Sterbens, sondern ein Haus des Lebens geworden: Hier wird miteinander gesprochen und geschwiegen, gelacht und geweint, geklagt und gedankt, gezweifelt und gehofft. Begegnungen finden statt und Abschiede. — Viele Menschen prägen den besonderen Geist dieses Hauses. Einen Geist, der aufmerksam und achtsam miteinander umgehen lässt, der Menschen Raum gibt für ihre Bedürfnisse. Einen Geist, der um die Würde des Lebens weiß – auch im Sterben. Einen Geist, der spürbar wird in einer liebevollen Betreuung, im Zuhören, im Dasein füreinander. Das Hospiz und die Hospizbewegung erinnern daran, dass zum Leben auch das Sterben gehört und dass jeder Moment des Lebens einmalig und kostbar ist. — Ich danke allen, die sich im Evangelischen Hospiz engagiert haben und engagieren. Sie tragen dazu bei, dass Menschen nicht nur in Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben können. — Möge das Hospiz auch weiterhin Herberge für Sterbende und ihre Angehörigen sein und ein starkes Zeichen für die Gesellschaft, dass jedes Leben eine Würde hat – bis zuletzt!

– **Ulrike Scherf**,  
Stellvertretende Kirchenpräsidentin der  
Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,



mitten in Frankfurt hat das Evangelische Hospiz vor zehn Jahren seine Pforten geöffnet. Schwerstkranke Menschen, die nur noch begrenzt Zeit im Leben haben, finden hier Geborgenheit, Betreuung und liebevolle Pflege. Oft sind es nur Wochen, manchmal auch Monate: die letzte Zeit des Lebens. — »Auf dem Weg...« lautet der Titel dieser Festschrift. Die Veränderungen auf dem Weg des Sterbens hin zum Tod sind die gravierendsten, die ein Mensch und seine Angehörigen durchleben: Abschied und loslassen, Bilanz ziehen und zurückblicken, mit Schmerzen und Momenten der Freude umgehen. — In einer Gesellschaft, die von Leistung und Expansion bestimmt ist, haben Sterben, Abschied und Tod oft keinen Raum und werden tabuisiert. Umso wichtiger ist es, Menschen individuell zu begleiten, zu stärken und mit ihnen die Fragen beim Abschied vom Leben auszuhalten. Dies ist das Anliegen aller im Evangelischen Hospiz in Frankfurt am Main: Menschen spüren zu lassen, dass Sie nicht allein »auf dem Weg« sind, dass es ein Trotzdem und ein zuversichtliches Vertrauen gibt. Der Prophet Jesaja hat das zum Ausdruck gebracht: »Gott sagt: Hört mir zu (...), die ihr von mir getragen werdet von Mutterleibe an und vom Mutterschoße an mir aufgeladen seid: Auch bis in euer Alter bin ich derselbe, und ich will euch tragen, bis ihr grau werdet. (...) ich will heben und tragen und erretten.« [Jesaja 46, 3–4]. — Dieser Zuspruch wird im Hospiz Frankfurt am Main spürbar. Dafür danke ich von Herzen. Gott segne Ihren Dienst! — Herzlich

– **Dr. Achim Knecht**,  
Evangelischer Stadtdekan für Frankfurt und  
Offenbach, Vorstandsvorsitzender Evangelischer  
Regionalverband Frankfurt und Offenbach

## Wertvolle Stütze in der letzten Lebensphase



Tod und Sterben gehören in unserer Gesellschaft zu den Tabuthemen. Kaum jemand möchte sich – mitten im Leben stehend – Gedanken darüber machen, wie die letzte Lebensphase aussehen soll. Zu groß sind dabei Angst und Unsicherheit. Da tut es gut zu wissen, dass es Orte wie das Evangelische Hospiz gibt. Im Herzen der Stadt gelegen, leistet das Evangelische Hospiz Großes: Es bietet Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein Zuhause. Es vermittelt Geborgenheit. Und es gibt dem Tod und dem Sterben Raum. — Seit nunmehr zehn Jahren trägt das Evangelische Hospiz dazu bei, dass die dort aufgenommenen Patienten loslassen können. Die fürsorgliche Betreuung im Hospiz nimmt den Patienten und ihren Angehörigen ein Stück Anspannung und Unsicherheit. Das Gefühl, überfordert zu sein, weicht hier einem Gefühl des Geborgenseins. Die letzten Tage sind befreit von zuvor allgegenwärtigen Alltagsfragen wie der richtigen Pflege und der medizinischen Versorgung und machen Platz für menschliche Nähe. Dies macht hospizliche und palliative Versorgungsangebote unverzichtbar. — Wir freuen uns über die enge Vernetzung, die zwischen dem Evangelischen Hospiz und der Palliativstation im Agaplesion Markus Krankenhaus besteht. Als Gesellschafter gratulieren wir dem gesamten Team herzlich zum zehnjährigen Jubiläum und wünschen Ihnen weiterhin viel Kraft und Ausdauer bei Ihrer beeindruckenden und wichtigen Arbeit!

— **Michael Keller,**  
*Sprecher der Geschäftsführung*  
*Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken*

## »Leben allein genügt nicht, sagte der Schmetterling; Sonnenschein, Freiheit und eine kleine Blume muss man auch haben.«

Christian Andersen



Das 2009 eröffnete Evangelische Hospiz Frankfurt am Main sieht sich in der Tradition derjenigen Herbergen, die im Mittelalter entlang der Pilger Routen in ganz Europa entstanden und zunächst gesunden und kranken Pilgern Schutz und Aufnahme boten. Erst im Laufe der letzten Zeit wurden die heutigen Hospize gegründet, die Menschen pflegen, die unheilbar krank sind und deren Lebenserwartung sehr begrenzt ist. — In Städten wie Frankfurt finden fortschreitend soziale Veränderungen statt. Menschen, vor allem Alte und Kranke, vereinsamen zunehmend. Die eigenen – analogen – sozialen Netzwerke können die Herausforderungen der Fürsorge nicht tragen. Angehörige und Freunde sind oft selbst krank oder bereits gestorben, Kinder und Kindeskiner leben an entfernten Orten. — Durch das Evangelische Hospiz wurde mitten in Frankfurt am Main ein Ort geschaffen, an dem schwerstkranke und sterbende Menschen unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit auf ihrem letzten Weg versorgt und würdevoll begleitet werden. Für das multiprofessionelle Team aus Pflege, Hauswirtschaft, Seelsorge, Ehrenamtlichen in Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten steht der Mensch in seiner Ganzheit, mit seinen Sorgen, Nöten und Ängsten im Mittelpunkt aller Bemühungen. — Ich überbringe den Patientinnen und Patienten, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meine herzlichsten Glückwünsche zum zehnjährigen Bestehen des Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main.

— **Stefan Majer,**  
*Dezernent für Personal und Gesundheit*  
*der Stadt Frankfurt am Main*

## Liebe Leserinnen und Leser,



die Hospizidee versteht das Sterben als einen natürlichen Prozess des Lebens. Mit dieser Philosophie werden die Hospizpatienten und ihre Familien im Evangelischen Hospiz begleitet. Unter dem Gesichtspunkt der Autonomie und Selbstbestimmung werden die Patienten mit viel Aufmerksamkeit und Zuwendung entsprechend ihren Wünschen und Bedürfnissen versorgt. Das Hospiz ist ein Ort des Lebens bis zum letzten Augenblick, dabei sind die Würde und die Lebensqualität maßgeblich. Das Evangelische Hospiz leistet mit den Mitarbeitern für die Patienten und ihre Familien eine hervorragende Arbeit. Gerne möchte ich auch das Engagement des Evangelischen Hospizes würdigen, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, den Hospizgedanken weiter in die Gesellschaft zu tragen. — Ich freue mich sehr, dass sich Dr. Dagmar Müller mit viel Leidenschaft für die Hospizbewegung einsetzt und durch ihre Vorstandstätigkeit im Hospiz- und Palliativverband Hessen für die Interessen der ambulanten und stationären Hospizarbeit tätig ist. Gerade in der heutigen Zeit ist es wichtig, Sterben als Teil des Lebens zu verstehen und dies in der Gesellschaft zu thematisieren. Die ehrenamtliche Sterbebegleitung ist hierbei ein wichtiger Bestandteil. — Ich möchte die Gelegenheit wahrnehmen und allen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern im Evangelischen Hospiz für ihre wertvolle und unermüdliche Einsatzbereitschaft danken.

— **Astrid Piesker,**

*Vorsitzende des Hospiz- und  
Palliativverbandes Hessen*

## Grußwort zum zehnjährigen Jubiläum des Evangelischen Hospizes in Frankfurt



»Suche Frieden und jage ihm nach«, heißt es in der Jahreslosung aus Psalm 34. Damit ist auch eine Arbeit wie die Ihre gemeint. Die Hospizbewegung in Deutschland ist untrennbar mit den Namen zweier Frauen verbunden, die für die moderne Hospizidee stehen: mit Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross. Sie setzten sich leidenschaftlich dafür ein, dass Menschen bis zuletzt am Leben teilnehmen können. Sie sollten friedvoll leben können, bis zuletzt. Das Evangelische Hospiz in Frankfurt trägt mit dazu bei, dass dies möglich ist. Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende haben sich in den zurückliegenden Jahren mit sehr viel Idealismus, hoher Fachlichkeit und mit Herzenswärme für das Wohl der Patientinnen und Patienten eingesetzt. Ihnen allen gelten meine Anerkennung und mein Dank. — Die Pflege von Menschen am Lebensende ist eine hoch anspruchsvolle und sehr vielfältige Tätigkeit, die nicht genug wertgeschätzt werden kann. Wer pflegt, versorgt nicht nur den Körper eines Menschen, sondern er wendet sich dem Menschen in seiner ganzen Person zu. Wer andere pflegen will, muss darum immer auch eine vertrauensvolle Beziehung zu einem pflegebedürftigen Menschen leben; er muss sich ihm zuwenden und achtsam auf seine Bedürfnisse eingehen. Dafür braucht es neben allem Einfühlungsvermögen vor allem eines: Es braucht Zeit. Zeit zum Zuhören, Zeit zum Pflegen und manchmal auch Zeit zum Trösten. — Zu Ihrem zehnjährigen Jubiläum gratuliere ich Ihnen ganz herzlich und wünsche Ihnen alles Gute und Gottes Segen für Ihre Arbeit.

— **Pfarrerin Dr. Carmen Berger-Zell,**

*Referentin für Hospizarbeit und Sterbebegleitung  
bei der Diakonie Hessen*





Am Scheideweg





Lichtspiel im  
Patientenzimmer



Gedenklichter  
im Foyer

Lide omi wir alle hoffen  
das es bir im jensits  
gut get ich hoffe du  
hast jimande den du  
kenst und du bist glück-  
lich.  
dein Niklas

////  
Oma ist gestorben,  
Enkel Niklas (7J.) macht einen  
Eintrag ins Gedenkbuch







# Porträts

---

Hier stellen sich einige der Menschen vor, die sich ehrenamtlich für das Evangelische Hospiz engagieren. Sie alle unterstützen die Hospizarbeit auf vielfältige Weise persönlich und materiell. Jede auf ihre und jeder auf seine Art sorgen so mit für die Gestaltung von Lebensqualität im Hospiz.

PORTRÄTTTEXTE:  
Anne Lemhöfer

BILDER:  
Rolf Oeser



## So viele spannende Lebensgeschichten

*Reinhold Petri hört zu, spielt Schach und besorgt auch mal einen Nierenspieß*

Ich arbeite seit neun Jahren ehrenamtlich im Hospiz. Manche fragen mich, ob das nicht sehr belastend sei. Oder traurig. Beides kann ich nicht bestätigen. Im Gegenteil. Es ist weniger der Tod, der meine Arbeit prägt, als das Leben. Ich begegne im Hospiz so vielen unterschiedlichen Menschen. Es sind Menschen aus allen Schichten, alte und junge. Vom Sachbearbeiter bis zur Künstlerin sind fast alle

Berufsgruppen vertreten. Und jeder von ihnen hat eine Geschichte zu erzählen: seine eigene. Die Menschen wissen, dass sie nicht mehr viel Zeit haben. Vielleicht macht sie das offener. Vielleicht merken sie auch, dass ich wirklich gerne zuhöre. Ich habe wenige Berührungsgängste mit dem Thema Tod. Mein Vater war Landarzt und ich habe schon als Kind mitbekommen, wie Menschen sterben. Es gehört zum Leben dazu. Wenn ich einmal in der Woche ins Hospiz komme, weiß ich nie, was mich erwartet. Manchmal hole ich Gehhilfen oder Rollstühle mit meinem Auto ab, manchmal mähe ich den Rasen. Ich begleite Patientinnen und Patienten zum Friseur oder zum Arzt. Oder ich kaufe mit ihnen ein. Eine Dame wollte immer einen bestimmten Schnaps haben. Für eine andere sollte ich unbedingt einen Nierenspieß auf dem Weihnachtsmarkt besorgen. Einmal bin ich mit einer Patientin zusammen Parfüm kaufen gegangen. Sie wollte gerne einen speziellen Duft, war sich aber unsicher, ob der nicht zu teuer sei. Ich habe ihr zugeraten, genau dieses Parfüm zu kaufen. Es gibt doch kaum einen besseren Moment, sich ein bisschen Luxus zu gönnen! Mit einem russischen Patienten habe ich viel Schach gespielt. Und der spielte gut. Ich lese auch vor und singe. Eine Frau konnten nicht mehr reden – aber sie hat alte Kinderlieder gesungen, mit allen Strophen, alle Wörter korrekt ausgesprochen. Das war völlig verrückt. Und schön. Ich genieße diese Arbeit sehr – aber natürlich muss man aufpassen, sich nicht zu sehr mit dem Erlebten zu identifizieren. Mir fällt das nicht schwer. Ich nehme die Geschichten aus dem Hospiz nicht mit nach Hause, auch auf Beerdigungen von Patientinnen und Patienten gehe ich nicht. Ich habe ein sehr erfülltes Leben, beruflich und privat. Die Arbeit im Hospiz gibt mir sehr viel – und ich freue mich jedes Mal, hierherzukommen.



## Die Montagmittagfrau

*Elisabeth Schmitt* sitzt seit acht Jahren im Hospiz am Empfang und organisiert Konzerte

Als ich in den Ruhestand ging, war klar: Ich will noch etwas machen, etwas für andere, ein Ehrenamt. Ich kam eher zufällig über Pfarrer Reinhold Dietrich in Kontakt mit dem Hospiz. 2011 war das, und für mich hat es sich als Glücksfall erwiesen. Es ist eine wunderbare ehrenamtliche Tätigkeit. Für mich war klar: Anders als im Beruf als Sozialpädagogin wollte ich im Hospiz nicht in der ersten Reihe arbeiten. Obwohl ich das, wörtlich genommen, jetzt tue: Ich sitze jeden Montagmittag meistens am Empfang, manche nennen mich die »Montagmittagfrau«. Ich habe viel mit Angehörigen zu tun. Mit solchen, die jemanden besuchen, aber auch mit jenen, die gerade jemanden verloren haben. Manche wollen sich auch erst einmal nur umschauchen, ihnen zeige ich die Zimmer, die Kapelle, die Sitzecke mit dem Aquarium. Ich organisiere außerdem Kulturveranstaltungen für das Hospiz – Konzerte, Lesungen, Kreativkurse. Auf der Terrasse grillen wir regelmäßig, da sind auch Patientinnen und Patienten dabei, dort sind auch Steine und ein kleiner Teich. Die Atmosphäre und die Umgebung des Hospizes sind sehr schön. Es ist ein spezieller Ort, aber auch ein normaler Ort. Ab und zu kümmere ich mich auch direkt um die Patientinnen und Patienten. Eine Frau wollte immer puzzeln, das habe ich mit ihr zusammen gemacht. Irgendwann mussten wir die Puzzles aufeinander legen, so viele waren das. Manchmal kaufe ich ein, die Menschen hier wissen oft ganz genau, was sie noch mal essen wollen. Ein Mann wollte eine bestimmte Wurst aus der Feinkostabteilung im Karstadt, die habe ich besorgt. Die Geschichten und Lebensschicksale berühren mich. Einmal habe ich eine Sinti-Frau im Rollstuhl durch den Anlagenring gefahren. Sie konnte kaum noch sprechen, und hat immer »jaja« gesagt. Aber ich habe gemerkt, dass es ihr gefallen hat. Als wir an einem Kiosk vorbeikamen, fragte ich, ob wir jetzt noch eine Brezel kaufen sollten. Sie nickte, und dann aß sie ganz erstaunt, genussvoll und sehr langsam die Brezel. Man hat genau gespürt, dass sie soviel Wohlwollen im Leben nicht oft erlebt hat. In solchen Momenten weiß ich, dass ich im Hospiz am richtigen Ort bin.



## Eine letzte Nacht

*Yvonne Sorgius*

*hat im Hospiz Abschied von  
ihrer Mutter genommen*

Im Sommer bin ich mit meiner Mutter noch nach Norwegen gereist. Das war ihr großer Traum. Auf einem Schiff der Hurtigruten sind wir durch die Fjorde gefahren. Sie war schon sehr schwach, der Krebs weit fortgeschritten. An einem Dienstag im Oktober habe ich sie ins Hospiz begleitet. Die Atmosphäre war von Anfang an besonders. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben mit meiner Mutter gesprochen – nicht mit mir über sie. Das hatten wir im Krankenhaus auch schon anders erlebt. Ich merkte, wie ein Druck von mir abfiel. »Nun können Sie sich als Familie aufeinander konzentrieren«, sagte eine Pflegerin. Und genau so war es. Mein Bruder und ich kamen fast täglich. Meine Mutter war ganz klar. »Am Sonntag möchte ich in die Komödie gehen«, sagte sie im November. Sie ging gerne ins Theater. Wir hatten schon alles arrangiert. Doch Samstagnacht wurde sie sehr unruhig. Wir wussten intuitiv, dass es ihre letzte Nacht sein würde. Sie wusste das auch. Irgendwann fragte sie: »Sind wir in Deutschland?«, ich weiß nicht, auf welcher inneren Reise sie da war. Dann wollte meine Mutter ein Capri-Eis essen. Unbedingt dieses. Wir wären fast zur Tankstelle gefahren. Doch die Pflegerinnen haben das ganze Haus durchsucht, und in einem Kühlschrank fand sich tatsächlich das Eis. Zur Ruhe ist sie gekommen, als wir uns verabschiedet hatten. Wir sind in den frühen Morgenstunden durch Alt-Sachsenhausen gelaufen, inmitten der Feierenden. »Wenn die wüssten«, habe ich gedacht. Im Anschluss waren wir im Hospiz, haben einen Kaffee getrunken und mit der Pflegerin gesprochen, die uns sagte, unsere Mutter sei zur Ruhe gekommen. Wir wollten sie nicht mehr wecken. So sind wir nach Hause gefahren. Sie starb am Mittag, ich hatte mich gerade auf die Couch gelegt. Das war der Moment, in dem sie gehen konnte, ihre Schwester war bei ihr. Meine Mutter hat nur zehn Tage im Hospiz gewohnt. Aber diese Tage waren unglaublich intensiv und haben sich auch im Nachhinein stimmig und rund angefühlt. Ich fühle mich dem Hospiz innerlich ganz stark verbunden, denn es war auch eine gemeinsame Zeit mit den besonderen Menschen des Hospizteams. Deshalb habe ich für mich ein Ritual geschaffen: Im Dezember bringe ich eine Dose selbst gebackener Plätzchen vorbei.





## »Mein Leben hat sich verändert«

*Harald Amend sieht nach dem Tod seiner Mutter viele Dinge anders*

Meine Mutter ist im Juli 2017 im Hospiz gestorben. Ihre Krankheit war für meine Halbschwester und mich und auch für sie selbst ein Schock. Im Frühjahr waren wir noch zusammen in Venedig, meine Mutter ist über die vielen Brücken gerannt und war bester Laune. »Wahnsinn, wie fit sie ist«, sagte meine Schwester. Immerhin war sie 84 Jahre alt. Nach dem Urlaub bekam sie Rückenschmerzen. Und die stellten sich als Lungenkrebs heraus. Für meine Mutter war klar, dass sie keine aufreibende Chemotherapie mehr wollte – sondern in ein Hospiz. Das war für uns erst schwer zu akzeptieren. Aber sie ging da ganz rational heran. Außer zwei Bildern wollte sie nichts Privates mit in ihr Zimmer nehmen. »Man braucht doch nur ganz wenig«, sagte sie. Sechs Wochen hat meine Mutter im Hospiz gelebt, dann ist sie gestorben. Genau um 19.30 Uhr, zum Beginn der Hessenschau. Die hatte sie immer geschaut. Auch wenn es seltsam klingt: Es war eine gute Zeit. Meine Mutter konnte abschließen und ihren Frieden finden. Die Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben mir sehr viel gegeben. »Nicht die Länge eines Besuchs ist entscheidend, sondern die Intensität«, hat Frau Dr. Müller zu mir gesagt. Und sie hatte recht. Das Verrückte in dieser Zeit war, dass mein normales Leben einfach weiterging. Ist ja klar, aber es fühlt sich seltsam an. Ich habe in zwei Welten gelebt. Der Alltag hat mir aber auch Kraft und Struktur gegeben. Mein Leben ist nicht mehr dasselbe wie vor dem Tod meiner Mutter. Die Prioritäten haben sich verschoben. Ich habe Ballast abgeworfen, mich von vielen Dingen getrennt. Es war mir wichtig, das Hospiz mit einer Spende zu unterstützen. Die wichtige Arbeit der palliativ tätigen Hausärzte müsste auch von der Politik viel mehr honoriert werden. Es ist traurig, dass der Tod immer noch ein Tabu ist in der Gesellschaft. Dabei ist es auch für die Angehörigen so wichtig, in der Zeit des Sterbens Sicherheit zu haben. Doch statt Ressourcen in die Hospizversorgung zu stecken, reden wir über Sterbehilfe. Ich finde das schlimm. Der Tod gehört zum Leben, das ist im Hospiz deutlich zu spüren. Es hat mir gefallen, wie locker der Umgangston dort war, dass auch mal Witzchen gemacht wurden. Warum auch nicht? Wir müssen viel mehr über das Sterben reden – und zwar auf ganz normale Weise.



## Ein ganz anderes Zeitgefühl

*Susanne Hirsch spielt Cello auf den Fluren des Hospizes*

Ich arbeite ganz in der Nähe der Rechenigra-  
benstraße in einem Verlag und bin damals,  
als meine Mutter krank war, oft in der Mit-  
tagspause gekommen. Von Anfang an hat mich  
die besondere Atmosphäre erfasst, wenn ich  
durch die Tür kam. Es ist ruhiger im Hospiz,  
langsamer, es ist ein ganz anderes Zeitgefühl.  
Alle sind sehr aufmerksam miteinander. Das  
habe ich schon gemerkt, wenn ich mir in der

Küche einen Tee gemacht habe. Ich habe meine Mutter in ihren letzten Monaten begleitet, 2014 war das. Das Hospiz ist bis heute der Ort, an dem ich mich meiner Mutter in Gedanken sehr nahe fühle. Ich komme mit einem guten Gefühl hierher. Etwa zweimal im Jahr spiele ich Cello auf den Fluren im ersten und im zweiten Stock. Manchmal liest eine Freundin passende Texte. Wir versuchen das Programm nach den Jahreszeiten oder Festen auszurichten. Die Musik ist etwas, was ich geben kann. Und das tue ich gerne. Erst war ich skeptisch und dachte: Ist das nicht alles zu eng hier? Es ist ja kein gewöhnliches Konzert. Manche Patientinnen und Patienten hören vom Zimmer aus zu, manche lassen sich im Bett auf den Flur schieben, andere kommen im Rollstuhl. Doch es ist schön. Die Atmosphäre ist sehr privat, fast wie in einem Wohnzimmer. Auch Angehörige hören zu. Das Hospiz hat eine ganz wundervolle Akustik. Ich spiele ein sehr gemischtes Programm aus kurzen, eingängigen Stücken: Leichte Klassik und Salonmusik ist meist darunter. Gerne spiele ich aus den Solosuiten von Johann Sebastian Bach oder Filmmusik von Charlie Chaplin. Die Menschen hören mir sehr ruhig und aufmerksam zu, einmal ist jemand eingeschlafen. Um uns herum geht der normale Alltag weiter. Hauswirtschafterinnen und Pflegekräfte laufen über den Flur, bringen Essen oder Getränke, alles wie immer. Aber das gehört dazu. Die Arbeit des Teams beeindruckt mich sehr, auch der Kontakt zu den Ehrenamtlichen ist schön. Ich bin sehr dankbar, auf diese Weise die Verbindung zu meiner Mutter spüren zu können. Und noch etwas ist geschehen: Das Hospiz hat mir die Angst vor dem eigenen Sterben genommen.



## Kleine Könige am Krankenbett

*Gaby Gann und  
Almuth Modschiedler-Arnold begleiten  
die Sternsinger ins Hospiz*

Sternsingerinnen und Sternsinger im Hospiz? Damals, vor zehn Jahren, klang das noch gewöhnungsbedürftig. Würde der Ort die Kinder nicht zu sehr belasten? Wie kann man Kindergartenkindern vermitteln, dass die Menschen, für die sie »Wir kommen daher aus dem Morgenland« singen, bald sterben werden? »Wir haben lange mit ihnen gesprochen und erklärt, dass die Leute im Hospiz sehr krank sind und nicht mehr nach Hause kommen. Das haben die Kinder ganz unbefangen aufgenommen. Mit dem Thema Tod gehen sie ganz anders um als Erwachsene«, sagt Gaby Gann. Sie leitet den Kindergarten der katholischen Gemeinde Heilig Geist im Stadtteil Riederwald und begleitet zusammen mit Almuth Modschiedler-Arnold Jahr für Jahr die Sternsinger. Um Zulauf brauchen sich die beiden Frauen keine Sorgen zu machen. Jungen und Mädchen vom Kindergarten- bis zum Teenageralter strömen am 6. Januar gerne aus und singen als die Könige Caspar, Melchior und Baltasar verkleidet in Pflegeheimen, Krankenhäusern und den Gottesdiensten der Pfarrei. Dabei sammeln sie für arme Kinder in wechselnden Ländern, 2019 war es Peru. Und so schieben die Pflegerinnen und Pfleger im Hospiz am Dreikönigstag Betten auf die Flure im 1. und 2. Stock, Menschen in Rollstühlen kommen aus den Türen, und manchmal tönt aus den Zimmern sogar leiser Applaus. »Das sind ganz bewegende Momente, wenn wir merken, dass sich auch die Menschen freuen, die zu schwach sind, um direkt zu uns zu kommen«, sagt Almuth Modschiedler-Arnold. Die Patientinnen und Patienten reagieren sehr positiv auf die Kinder, es wird viel gelächelt, gelacht und geklatscht. »Vor allem die Bewegungslieder kommen gut an. Man merkt richtig, wie den Leuten das Herz aufgeht«, sagt Gaby Gann. Und die Kinder lassen sich von der ruhigen Atmosphäre anstecken. »Man muss sie gar nicht ermahnen, keinen Quatsch zu machen, die spüren, dass das hier nicht passt.« Die Sternsingerinnen und Sternsinger im Hospiz sind längst zum festen Programmpunkt im Jahreskalender geworden. Wie halten die Kinder das aus? Das fragt niemand mehr. Das Hospiz ist jedes Jahr der Höhepunkt der Sternsinger-Runde: Denn hier können die kleinen Melchiors, Caspars und Baltasars nach einem anstrengenden Tag bei einem leckeren Abendessen zur Ruhe kommen.



## »Würde für die letzten Tage«

*Der Frankfurter Unternehmer  
**Hermann Schlosser** unterstützt das Hospiz  
mit dem Rotary Club*

**D**as Leben war meistens sehr gut zu meiner Familie und mir. Mit meiner Frau bin ich 68 Jahre verheiratet, wir haben eine Tochter und vier wunderbare Enkelkinder. Es tut gut, etwas zurückgeben zu können. Vor 45 Jahren bin ich in den Frankfurter Rotary Club eingetreten, 1988/89 war ich Vorsitzender. Ich freue mich sehr, dass wir seit nunmehr 30 Jahren die Palliativmedizin

in Frankfurt und seit zehn Jahren das Hospiz in der Reinegrabenstraße unterstützen. Die Bedeutung der Arbeit der Ärztinnen und Ärzte dort, des Pflegeteams und der Ehrenamtlichen ist gar nicht hoch genug einzuschätzen. Mein Schwager war schwer krank, bevor er starb. Er wollte zu Hause sterben. Ein Palliativteam hat ihn ambulant betreut, dennoch war es ein Kraftakt für die Angehörigen. Die Erfahrung von Krankheit und Tod ist mir nicht fremd. Ich finde es gut und wichtig, dass die Tage, Wochen oder Monate am Lebensende eines Menschen stärker in den Fokus rücken. Ich war sehr beeindruckt, wie ein einzelnes Ehepaar seinerzeit sein ganzes Vermögen in ein privates Frankfurter Hospiz gesteckt hat. Das war lange, bevor die Krankenkassen die Hospizpflege bezahlt haben. Vier Betten gab es dort. Ein würdiges Leben in den letzten Tagen vor dem Tod ermöglichen und dabei den Menschen ganzheitlich wahrnehmen – das ist der Leitgedanke der modernen Hospizbewegung. Diesem Gedanken fühle auch ich mich eng verbunden. Menschen, die an der Schwelle zum Tod stehen, brauchen Empathie und Sicherheit. Der Hospizgedanke muss aber weiter in der Gesellschaft verankert werden. Dafür setzen wir Rotarier uns ein. Ohne Spenden kommt kein Hospiz aus. Ich habe in Offenbach Industriekaufmann gelernt. 36 Jahre lang habe ich dann bei der Degussa gearbeitet und mich mit 58 noch einmal selbstständig gemacht, mit einem Unternehmen für Infrarotsensoren. Mein Ziel war es immer, meine Bereiche so zu führen, dass die Menschen dort gerne arbeiten. Vorbild und gegenseitiger Respekt sind dafür Grundvoraussetzungen. Die Identifikation, die daraus erwächst, ist die vielleicht größte Stärke der deutschen Wirtschaft. Dass sie an vielen Stellen erodiert, macht mir Sorge.





Prof. Dr. Christoph Rosak



Prof. Dr. Ulrich Gottstein

## »Auch Hospiz-Patienten brauchen WLAN«

*Der Förderverein macht mit Spendengeldern mehr Lebensqualität möglich*

Ohne Menschen wie die beiden Mediziner Prof. Dr. Ulrich Gottstein und Prof. Dr. Christoph Rosak wäre das Hospiz nicht, was es heute ist: Ein Ort, an dem

sterbende Menschen ganzheitlich und liebevoll versorgt den letzten Lebensweg gehen können. Ulrich Gottstein ist Gründungsmitglied und Ehrenvorsitzender des Fördervereins. Christoph Rosak ist sein Vorsitzender. Die Grundversorgung der Patienten übernehmen heute die Kranken- und Pflegekassen. Vieles andere muss über Spenden finanziert werden. »Die Kassen zahlen etwa Schmerzpumpen, aber keine tragbaren, dabei sind diese für die Lebensqualität unerlässlich«, sagt Christoph Rosak. Dank des Fördervereins gibt es eine Musikanlage und Supervisionen für das Hospizteam. »Wer im Hospiz arbeitet, muss immer wieder Abschied nehmen – das geht an die Substanz«, so Rosak. Und es gibt – dank des Fördervereins – WLAN. »Als Kommunikationsmittel ist das Internet für viele Patienten heute essenziell.«

Dass die Krankenkassen überhaupt für außerklinische Palliativpflege als Grundlage für die Gründung des Hospizes aufkommen, ist nicht zuletzt Ulrich Gottstein zu verdanken. »Zunächst kam daher nur die Gründung einer klinischen Abteilung in Frage«, sagt er. Als Pionier der Palliativmedizin in Frankfurt hatte der ehemalige Chefarzt der medizinischen Klinik des Frankfurter Bürgerhospitals bereits in den 1990er Jahren die Verhandlungen mit Ministerien und Kassen aufgenommen. In der Rechnergrabenstraße baute die Evangelische Kirche 1996 das dreistöckige »Evangelisches Hospital für palliative Medizin« mit 20 Betten. »Nach 13 Jahren und der palliativmedizinischen Behandlung von über 4000 meist schwerstkranken Krebspatienten konnte 2009 dort die ursprüngliche Idee eines Hospizes umgesetzt werden, weil die Parlamentarier endlich erkannt hatten, dass auch die Kosten für Hospize von den Kassen getragen werden müssen«, erläutert Gottstein. »Die für zusätzliche Anschaffungen erforderlichen Spenden erhält der Verein von seinen Mitgliedern, von Hinterbliebenen im Hospiz Verstorbener, aus der Kollekte von Kirchengemeinden und von sonstigen privaten und institutionellen Spendern«, erklärt Rosak. »Hier ist besonders der Rotary Club Frankfurt am Main hervorzuheben.«



//////  
Nach E. Munch »Der Schrei«,  
Cornelius L., 9 Jahre

KARL VALENTIN  
(1882–1948)

## Im Jenseits

Ein Problem, das mich sehr interessierte, ist das Jenseits, oder besser gesagt, ein Weiterleben nach dem Tode. Gedanken über das Jenseits kann man natürlich nur im Diesseits haben. Im Jenseits über das Diesseits nachzudenken, ist schon zweifelhaft – vielleicht ausgeschlossen. Wenn der Mensch gestorben ist, ist er tot – das ist sicher, also todsicher, wie man so sagt. Scheint es nur so, als wäre er tot, so ist er scheinot und kann in seltenen Fällen wieder lebendig werden und später noch mal sterben. Ist ein Mensch wirklich tot, so ist natürlich nur der Körper gemeint, denn die Seele lebt weiter – aber diese ist unsichtbar, das ist wissenschaftlich einwandfrei bewiesen, da bei Röntgenaufnahmen, die alle inneren Organe des menschlichen Körpers zeigen, noch nie die Seele sichtbar gewesen ist. Die Seele flieht also unsichtbar aus dem menschlichen Körper. Aber wohin? Das wird die Seele schon selber wissen. Ins Jenseits – und da entweder in den Himmel oder in die Hölle. Die Seele muss also alleine wissen, wo sie hinflieht.

Nehmen wir zum Beispiel an, die Seele des verstorbenen braven Bäckermeisters Meier schwirrt ins Jenseits. Dem Herrn Meier ist seine liebe, unvergeßliche Frau vor vielen Jahren im Tode schon vorausgegangen, befindet sich also schon im Jenseits. Im Diesseits heißt es aber wie bekannt: Im Jenseits gibt's ein Wiedersehen. Wie kann

nun die im Jenseits angekommene unsichtbare Seele des verstorbenen Herrn Meier die ebenfalls unsichtbare Seele der schon im Jenseits umherfliegenden Frau wiedersehen? Nun, sei es wie es sei. Diese beiden wollten sich ja wiedersehn. Wie ist es aber mit der Kehrseite? Hat einer eine böse Schwiegermutter, so ein Ehemann getraut sich ja gar nicht zu sterben, aus Angst vor einem Wiedersehen im Jenseits. Sein einziger Trost ist vielleicht der, daß die böse Schwiegermutter nicht in den Himmel kommt, sondern in die Hölle. Überhaupt, wenn man mit all denen, die man im Diesseits schon nicht riechen kann, im Jenseits wieder zusammenkommen sollte, ist das allein schon ein schrecklicher Gedanke. Man denke an große Persönlichkeiten, so zum Beispiel an Karl den Großen mit Napoleon – die Päpste mit Dr. Martin Luther usw. oder an die Kollegen im Berufsleben. Besonders vom Theater! Droben im Jenseits gibt es keinen Haß und Neid, das hält doch die Seele eines Kollegen nie aus!

Nun machen sich aber viele Menschen wieder ein anderes Bild vom Jenseitshimmel. Die Engel! Wo kommen denn die her? Die sind doch nicht unsichtbar, die haben goldenes Lockenhaar, haben zwei große Flügel und sind nackend, wenigstens die kleineren, die Amoretten. Die Engel waren aber doch früher auch einmal Menschen, deren Seelen ins Jenseits geflüchtet sind. Dort haben sie Flügel bekommen. Das wird aber nur die weiblichen Wesen betreffen, vom ersten bis dreißigsten Lebensjahr. Ich könnte mir nämlich den oben benannten Herrn Bäckermeister Meier nicht so himmlisch vorstellen, wenn er nackend mit zwei großen Flügeln in den Wolken herumflattert – dann lieber unsichtbar! Die Meinungen gehen also hier sehr auseinander. Nun hat aber dieses



angenommene Weiterleben nach dem Tode noch eine andre Seite. Auf Erden lebt der Mensch durchschnittlich 60 bis 70 Jahre. Das Leben ist aber mannigfaltig und bringt durch Arbeit, Freude, Sorgen, Leid usw. Abwechslung in die Bude. Wie ist das nun im Jenseits? Hier besteht keine Altersgrenze, sondern Ewigkeit. Also in Ewigkeit nur im Jenseits umherfliegen und als einzige Beschäftigung, wie uns aus der Bibel bekannt, nur Hosianna singen, das kann die ersten acht Tage ganz unterhaltlich sein, aber, man denke sich das ewig – das muß unbedingt langweilig werden.

Nun steht wieder eine Frage offen: Werden die Seelen – oder die Engel im Jenseits auch älter, so wie dies im Diesseits der Fall ist? Wenn ja, dann muß also der erste Mensch, der selige Adam, der 7000 Jahre alt geworden ist, der erste Mensch gewesen sein, der im Paradies bei der Eröffnung des Jenseits Zutritt hatte. Der erste Mensch, der im Jenseits angekommen ist, kann aber der Adam doch nicht gewesen sein, da ihm seinerzeit der heilige Petrus mit dem Himmelsschlüssel die Pforte zum Jenseits geöffnet hat. Demzufolge muß der Petrus schon vor dem Adam im Jenseits gewesen sein. Er war sozusagen der himmlische Hausmeister, der heute noch auf seinem sicheren Posten steht und keinen hineinläßt, der im Diesseits böse war. Und doch stimmt das auch nicht! Petrus lebte doch erst lange Zeit nach der Paradiesgeschichte als Apostel auf der Welt, wurde später heiliggesprochen, und nach seinem Tode kam er erst ins Jenseits. Der Adam kam also anscheinend ohne Kontrolle ins Jenseits, weil eben der Petrus noch gar nicht da war. Weiter nachgedacht, kann aber Petrus nicht als Seele allein die Welt verlassen haben, denn die unsichtbare Seele kann doch keinen Schlüssel in die Hand nehmen, und wo kommt denn der Schlüssel

her? Im Gegensatz zu allen anderen Jenseitsbewohnern, die müßig umherfliegen, wird dem Petrus als einzigem nicht langweilig werden, denn viele Jahrtausende das Himmelstor auf- und zusperrn ist ausreichende Beschäftigung.

Wenn Wissenschaftler befragt werden um obige Angelegenheit des Weiterlebens, so ändert sich die Sache wiederum. Diese behaupten nämlich, daß es schon seit vielen Millionen von Jahren Menschen gibt, die inzwischen längst gestorben sind und jetzt das Jenseits bevölkern. Wie viele unzählige Trillionen Seelen im Jenseits schon weiterleben, ist niemals zu bemessen. Dabei geht das immer so weiter in aller Ewigkeit oder wenigstens so lange, als die Welt besteht. Es ist ein ewiges Kommen und Gehen und Seligwerden – also ein Fortleben nach dem Tode. Aber warum sollen wir Menschen uns darüber den Kopf zerbrechen. Wir werden es niemals ergründen. Aber, daß ein Mensch, der bereits das Diesseits verlassen hat, nicht nur im Jenseits, sondern auch im Diesseits und nicht nur seelisch, sondern genau wie er gelebt hat, weiterlebt, habe ich erst im Kino in einem älteren Film gesehen, in welchem ein vor Jahren verstorbener Filmschauspieler seine Rolle heute noch spielt. Es gibt also in unserer Gegenwart zwei Weiterleben nach dem Tode: eines im Jenseits, und eines im Kino.

////////////////////////////////////

**Karl Valentin,  
1882–1948, »Im Jenseits«**



HELENE



wovonklala



Enkelin einer  
Patientin bedankt sich  
beim Hospizteam







## Meilensteine

—

Die Mitarbeitenden des Evangelischen Hospizes verstehen ihre Geschichte als einen fortschreitenden Entwicklungsweg. Dieser Weg ist geprägt einerseits durch herausragende Ereignisse, andererseits durch den Aufbau neuer Projekte. Wir stellen Ihnen besondere Stationen auf dem zehnjährigen Entwicklungsweg vor.

# 2009

## Impressionen vom Umbau

Die Räumlichkeiten des Evangelischen Hospitals für Palliative Medizin in der Rechneigrabenstraße 12 werden für das neu gegründete Evangelische Hospiz Frankfurt umgebaut. Es entstehen zwölf Einzelzimmer, Wohntreff und Patientenbad.





Artikel aus  
»Evangelisches Frankfurt«  
im Juni 2009

Evangelisches Frankfurt

► Hospiz

Seite 5

## „Selbstbestimmung bis zum Schluss“

**Ein neues Hospiz eröffnet der Evangelische Regionalverband Frankfurt zum Jahresende: Ein Gespräch mit Geschäftsführerin Dagmar Müller und der Krankenschwester Adelheid von Herz über das Sterben und die letzte Lebensphase.**

► Frau Müller, Frau von Herz: Auf welchen Grundlagen haben Sie das pflegerische Konzept für das Hospiz entwickelt?

Von Herz: Die letzte Lebenszeit wird normalerweise medizinisch und pathologisch definiert: Da sind Menschen, die unheilbar krank sind, die in allen möglichen Symptomen leiden. Wir sagen hingegen, dass es sich um eine natürliche Lebensphase handelt.

Weshalb ist diese Unterscheidung wichtig?

Von Herz: Wenn man das Sterben nur medizinisch, also als Krankheit betrachtet, wird es oft mit der Vorstellung von Schuld verbunden. Der Patient fragt sich, ob er etwas falsch gemacht hat, dass er jetzt sterben muss. Der Arzt oder die Pflegerin überlegen, ob sie einen Fehler gemacht oder etwas übersehen haben. Dabei ist aus dem Blickfeld geraten, dass das Sterben eine normale Phase ist, die uns allen bevorsteht.

Müller: Das ist vielleicht einer der Vorteile eines Hospizes: Wer hierher kommt, weiß bereits, dass er sterbenskrank ist und eine be-

einmal zu verlängern.

Von Herz: Natürlich will niemand sterben. Aber wenn wir das immer gleich als Versagen interpretieren, kommt noch eine kulturelle Sicht auf die Dinge hinzu.

Das heißt, wir machen uns diese letzte Lebensphase schwerer, als sie sowieso schon ist?

Von Herz: Ja. Viele Menschen äußern einen Sterbewunsch, sie sagen: „Das hat ja alles keinen Sinn mehr.“ Ich frage dann nach, was genau es ist, und dann kommt als Antwort: „Ich bin Ihnen doch nur eine Last.“ Es sind also nicht Schmerzen oder medizinische Dinge, die sie belasten, sondern es ist im Grunde genommen der Verlust an Selbstbestimmung. Und das ist nun einmal kulturtypisch: In unserer Kultur ist Autonomie und Selbstbestimmung ein sehr hoher Wert. In der letzten Phase des Lebens verliert man diese Fähigkeiten, also fühlen sich die Menschen unwert.

Müller: Das ist ähnlich wie in Pflegeheimen, wo es ja noch gar nicht ums Sterben geht. Auch dort ist es der Verlust an Autonomie,



Adelheid von Herz (links) und Dagmar Müller im Gespräch mit „Evangelisches Frankfurt“.

Von Herz: Einmal wurde ein Patient auf einer Liege gebracht, begleitet von einer Angehörigen und den Rettungssanitätern. Ich fragte ihn, ob er vielleicht selbst von der Liege zum Bett gehen will, aber die Ehepartnerin sagte sofort: „Um Gottes willen, das geht nicht, der kann nicht laufen.“ Und die Rettungssanitäter: „Kein Problem, wir machen das schon“, und sie rollten sofort die Trage ans Bett. Ich hatte aber bemerkt, dass der Patient das Angebot sehr aufmerksam wahrgenommen hatte.

den, sich selbst zu beteiligen, wurden immer geringer. Aber als dann alle mit etwas anderem beschäftigt waren, rollte er sich selbstständig von der Trage ins Bett. Er hat also die Möglichkeiten, die er hatte, wahrgenommen. Das Problem ist nicht so sehr, dass die Menschen etwas nicht mehr können, sondern dass ihnen von ihrer Umgebung auch diejenigen Fähigkeiten abgesprochen werden, die sie noch haben.

Müller: Das hat natürlich auch mit den Abläufen in Krankenhäu-

zwischen Pflegepersonal und Bewohnern führen?

Von Herz: Ja, natürlich.

Mit so einer veränderten Haltung geben wir den Menschen neue Möglichkeiten, sich auszuleben, und diese Möglichkeiten nehmen sie auch wahr. Es ist doch völlig normal, dass Menschen, die sterben müssen, auch mal aggressiv sind. Manche sind zum Beispiel wütend auf uns Pflegerinnen, weil wir überleben, weil wir gesund sind, weil es uns gut geht. Und es ist ja auch wirklich so: Wir sind gesund, und sie müssen sterben. Und dabei fühlen wir uns auch noch ganz toll, weil wir anderen helfen. Es ist ein sehr vielschichtiges Feld.

Ähnlich geht es ja sicher auch den Angehörigen.

Müller: Die Familiengeschichte ist in der letzten Lebensphase sehr präsent, da kommt vieles an Erinnerungen hoch. Bei der Pflege sind wir immer nicht nur mit den Kranken konfrontiert, sondern auch mit ihrem sozialen Umfeld.

Von Herz: Ich ermutige die Angehörigen, dass sie Vertrauen zu dem oder der Sterbenden haben können. Sie oder er weiß genau, was sie braucht und was sie will. Oft sagen Angehörige: „Sie kriegt doch nichts mehr mit.“ Aber Men-

# 2010

## Eröffnung

Offizielle Eröffnung des Hospizes im Februar.

## Hausärzteteam

Es wird konzeptionell entschieden, im Hospiz mit einem Team von Hausärztinnen zur palliativmedizinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten zu arbeiten. Aus einem großen Kreis von Interessierten entsteht ein kleiner Kreis von fünf bis sechs Ärztinnen und Ärzten, die miteinander ein Konzept für die palliativmedizinische Betreuung im Hospiz entwickeln. Wichtige Grundlage ist die enge Zusammenarbeit und der vertrauensvolle Austausch pflegerischer Beobachtungen und medizinischer Einschätzungen und Anordnungen.

**Diakonie**  
Frankfurt am Main



AGAPLESION  
FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN

EINLADUNG

**EVANGELISCHES HOSPIZ**  
FRANKFURT AM MAIN



# Neue Satzung Förderverein / Ausstattung des Hospizes

Der Förderverein für das Evangelische Hospital für palliative Medizin ändert seinen Namen und seine Aufgabe: Er dient seit der Eröffnung der Förderung des Evangelischen Hospizes. Durch hohe jährliche Zuschüsse gewährleistet der Förderverein den Betrieb des Hospizes bei einem Zuschussbedarf von zunächst 10, später 5% des Tagesatzes und die Ausstattung des Hospizes über die Zuwendungen der Kostenträger hinaus.

# Erster Infobrief

**Anlass:**  
Einjähriges Bestehen; Information der Spender und Förderer des Hospizes.  
**Grundidee:**  
Drei kurze »Geschichten« von Haupt- und Ehrenamtlichen, Angehörigen, Praktikanten illustrieren das Leben im Hospiz. Themen der ersten Ausgabe: Rückblick auf das erste Jahr, Weihnachten im Hospiz, Erfahrungen einer Angehörigen. Inzwischen ist die Nummer 19 erschienen.



Erstausgabe des Infobriefes im Dezember 2010

# 2011

## Erster Jahresgedenk- gottesdienst

### »Im Strom des Lebens«

Gottesdienste nach ein bis zwei Jahren, Angehörige, Haupt- und Ehrenamtliche erinnern sich gemeinsam an Menschen, die ihnen begegnet sind. Symbolischer Abschied mit Papierschiffen in einer Flussinstallation in der Kirche, anschließend Gespräche bei Wein und Saft.



Strom des Lebens  
gemeinsam gestaltet

# 2012

## Belegung von zwölf Betten

Nachdem am Anfang wegen mangelnden Personals nur sechs bis zehn Betten belegt werden konnten, war die »Aufbauphase« abgeschlossen und das Hospiz wurde voll belegt. Seitdem ist das Hospiz ununterbrochen zu über 98% ausgelastet.

## Firmenlauf

Das Team beteiligt sich zum ersten Mal an einem Firmenlauf.



Wir halten zusammen

## Weggang der Pflegedienstleitung Schwester Regina Maria Jaskulski

Das Experiment, einer römisch-katholischen Ordensfrau die Leitungsposition einer evangelischen Einrichtung anzuvertrauen, hat zuweilen auch Verwunderung ausgelöst. Mit ihrer menschlichen Art und ihrer klaren und strukturierenden Arbeitsweise hat Schwester Regina Maria gerade in der Aufbauphase das Hospiz entscheidend geprägt.



Abschiedsbild von Schwester  
Regina Maria Jaskulski

# 2013

## Erstes Konzert »letzte Lieder«

### »Konzert mit Lesung«

Erstaufführung am 12. Mai. Aus intensiven Gesprächen mit Patientinnen und Patienten entstand das Programm eines Konzertes mit »letzten Liedern« von Menschen, die zur Zeit der Aufführung meist bereits verstorben waren. Eine Schauspielerin las die Kommentare der Interviewten. Weitere Aufführungen gab es in Zusammenarbeit mit anderen Hospizen in ganz Deutschland, auch eine Wiederholung in Frankfurt 2015.



Konzertankündigung

# 2015

## Umgestaltung des Gartens



Impressionen  
aus dem Garten



## Erste Bildungs- veranstaltung



Erste Bildungsveranstaltung zum Thema »Unruhe«. Grundlage ist ein interdisziplinärer Ansatz, sowohl der Vorbereitenden als auch der Teilnehmenden. Ziel ist eine Vernetzung zwischen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Berufsgruppen und zwischen ambulanten sowie stationären Versorgungseinrichtungen.



UNRUHE –  
einer Herausforderung begegnen



Kompetenzentwicklung für das Verständnis  
und die Begleitung von unruhigen Menschen  
in Pflegebeziehungen.

Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung  
des Evangelischen Hospizes Frankfurt und  
des Palliativmedizinischen Arbeitskreises PallAs e.V.

I. Teil 22. April 2015  
II. Teil 30. September 2015

EVANGELISCHES HOSPIZ   PallAs  
FRANKFURT AM MAIN  PallAs  
Palliativmedizinischer Arbeitskreis

Flyer für den  
ersten Fachtag

2017

# Kooperation Hermannstadt

Erster Besuch von drei Mitarbeitenden des Evangelischen Hospizes im Erwachsenen- und Kinderhospiz Hermannstadt/Sibiu, Rumänien.

alles schmerzt. Gerty Saunders nannte das den „Julian Schmerz“. Leidet ich mit starken Medikamenten den körperlichen Schmerz, dann tritt oft der davorliegende: seelische Schmerz etwas stärker hervor: der Schmerz über den Verlust meiner Selbstständigkeit, dass ich aus eigener Kraft nicht mehr an Nahrungsmittel komme, die Süßholz nicht mehr ohne Anweisung oder mit Hilfe Unterhose nicht mehr selbst anziehen kann. Das schmerzt und be-schneidet die Fähigkeit nicht mehr waschen. So möchte ich nicht gesehen werden.

**Der Erhalt der Selbstbestimmung**  
Es ist ein professioneller Auftrag der Pflegerinnen, den Patienten gerade in diesen beschämenden Situationen eine angemessene Unterstützung anzubieten. Wir im Hospiz konzentrieren uns auf diejenigen Aspekte, die für den Patienten das sub-jektiv größte Problem darstellen: den zunehmenden Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und den Wunsch nach fortgesetzter Erhaltung der Selbstbestimmung. Auch sehr geschwächte Menschen sind noch in der Lage, durch kör-perliche Signale eine Unterstützung zu steuern, sodass sie Einfluss nehmen können. Pflegende müssen jedoch bereit sein, sich auf die Signale einzulassen und nicht unter Entscheidungen zu treffen, die die Präzision des Patienten und nicht die der Pflegenden in den Vordergrund stellen.

**Ein Beispiel anhand von Frau T.**  
Unserer Patientin Frau T. war es sehr-wichtig täglich zu duschen und sich ausgebrei-tet pflegen zu können. Sie litt unter ihren Inkontinenzbeschwerden, körperlichen Verändereungen und wollte diesen etwas entgegen-setzen. Trotz fortschreitender Schwä-che bestand sie auf ihrer täglichen Dusche. Diese Tagesentscheidung Frau T. unter der Dusche sollte schwere Anstrengung sein, weil sie umgehend in ihr Bett zurücklegen, weil ich nur ihre Körperpflege hot sah. Sie bestand jedoch ausdrücklich darauf, dass ich ihr noch eine Haarkur zukommen ließ. Das nahm einige Zeit in Anspruch und war sehr anstrengend für sie. Die Patientin war bereit ihre schwere Anstrengung zu ertragen, weil in diesem Moment ihr äußeres Be-schönigungsbild für sie wichtig war.

**Pflegestunden?**  
Wichtig „unterwartet“ wurde die Pflege plötzlich zum Thema des Bundesstapwahlkampfes im Herbst. In den Agitationen der verschiedenen Parteien wurde deutlich, dass sachgerechte Pflege sehr viel zu tun hat mit der Qualifikation und vor allem der Anzahl des eingesetzten Personals – und das kostet Geld. Es bleibt zu hoffen, dass erkrankte Mängel und Schwach-stellen des deutschen Pflege-systems nicht nur ein Thema des Wahlkampfes werden, sondern auch die Politik der nächsten Jahre bestimmen.

**Die Würde achten und bewahren**  
Auch Pflegerinnen können Fremdes einen Würdevorteil empfinden, wenn sie sich nur als Dienstleister erfahren und die defizienten Leistungsmodale im Zeitalter abar-bitten. Nicht nur dem Patienten tut es gut, wenn ich ihn von vornherein mit der An-nahme belege, dass er oder sie trotz aller Schwäche und Hilflosigkeit auch Kom-petenzen und Potenziale hat, die ich wahr-scheinlich noch gar nicht entdeckt habe. Es tut auch den Pflegenden gut, den Menschen im Patienten wahrzunehmen und auch sich selbst als Mensch zu akzeptieren, im

täglichen Umgang mit Menschen, die be-fürchten, ihre Würde zu verlieren oder glauben schon verloren zu haben, ist es immer wieder wichtig sich daran zu erin-neren, dass die Würde des Menschen von Gott, von außen geschenkt und verlor-en kann. Kein anderer Mensch kann diese Würde nehmen. Wenn ich mich immer wieder bemühe, in Hilfe- und Pflegebe-dürfnis, die Menschen zu sehen, die Gottge-macht hat, werde ich ganz selbstveränd-ert sein. Wie würde ich leben und was ist der Adelhof von Herz

**Besuch in Hermannstadt**

Vom 12. bis 20. August 2017 besuchten Frau Dr. Müller, Frau Werner (Pflege) und ich Hermannstadt, das heutige Sibiu, in Siebenbürgen Rumänien. Wir folgten einer Einladung der Leitenden Otrux Rhein des „Carol Spital“ Doctor Carl Wolff, dem Dr. Carl-Wolff-Alten- und Pflegeheim.



Foto: D. Müller

Ziel dieser Reise war ein gegenseitiges Kennenlernen in Hinblick auf eine mög-liche Kooperation zwischen dem Evan-gelischen Hospiz Frankfurt und dem Senio-renheim mit angemessenem Zeitraum für palliative Pflege. Die Assistent auf viele Gespräche und die Möglichkeit des Hospizes verhalten uns spendende und in-teressante Gespräche. Besondere sind die Seniorenheim sowie das Zentrum für pal-liative Pflege vom Dr. Carl-Wolff-Alten-heim, konnte auch dem interreligiösen-christlichen Publizisten und Soziologen Dr. Carl Wolff in die Alten- und Pflegeheim in Sibiu wurde 1984 in Betrieb genommen. Die Finanzierung erfolgte größtenteils durch das Deutsche Innenministerium. Tatsäch-lich erlebte dieses Alten- und Pflegeheim in

2018

Ziel ist ein Erfahrungsaustausch und Kennlernen der Hospizarbeit unter anderen politischen und kulturellen Rahmenbedingungen.



Fortbildung Handmassage Hermannstadt/Sibiu im April 2018

Auszug aus dem Infobrief Nr. 15

2018

Zahlen und  
Fakten

## Patientenversorgung

mehr als



1470

schwerstkranke und  
sterbende Menschen  
wurden seit 2009  
im Evangelischen Hospiz  
im Alter

von ————— bis

26

103

Jahren  
aufgenommen  
und betreut.

## Hospizteam

die Vollzeitstellen  
der Pflegefachkräfte und Hauswirt-  
schafterinnen wurden

von

auf

11

20,5

in  
2010in  
2018

erweitert.

Mittlerweile  
umfasst das  
Hospizteam



26



Beschäftigte.

## Hospitationen

mehr als



200

interessierte Gruppen haben das Evangelische Hospiz besucht, um die Arbeit näher kennen-  
zulernen. Jedes Jahr hospitieren mehr als 20  
junge Auszubildende der Pflege, Schülerinnen  
und Schüler im Rahmen eines Sozialpraktikums  
oder Studenten der Sozialarbeit, Psychologie  
oder Theologie.



**Treffpunkt für  
Patienten, Angehörige  
und Freunde**



Das, wodurch alle Wesen  
verschieden sind,  
ist das Leben; das  
worin sie alle gleich sind,  
ist der Tod.

Yang Zhu (3. Jhd. v. Chr.),  
Chinesischer Philosoph



EVANGELISCHES HOSPIZ   
FRANKFURT AM MAIN

## Einladung

an alle Patient(inn)en  
& Angehörige des Hospizes  
zum adventlichen Nachmittag

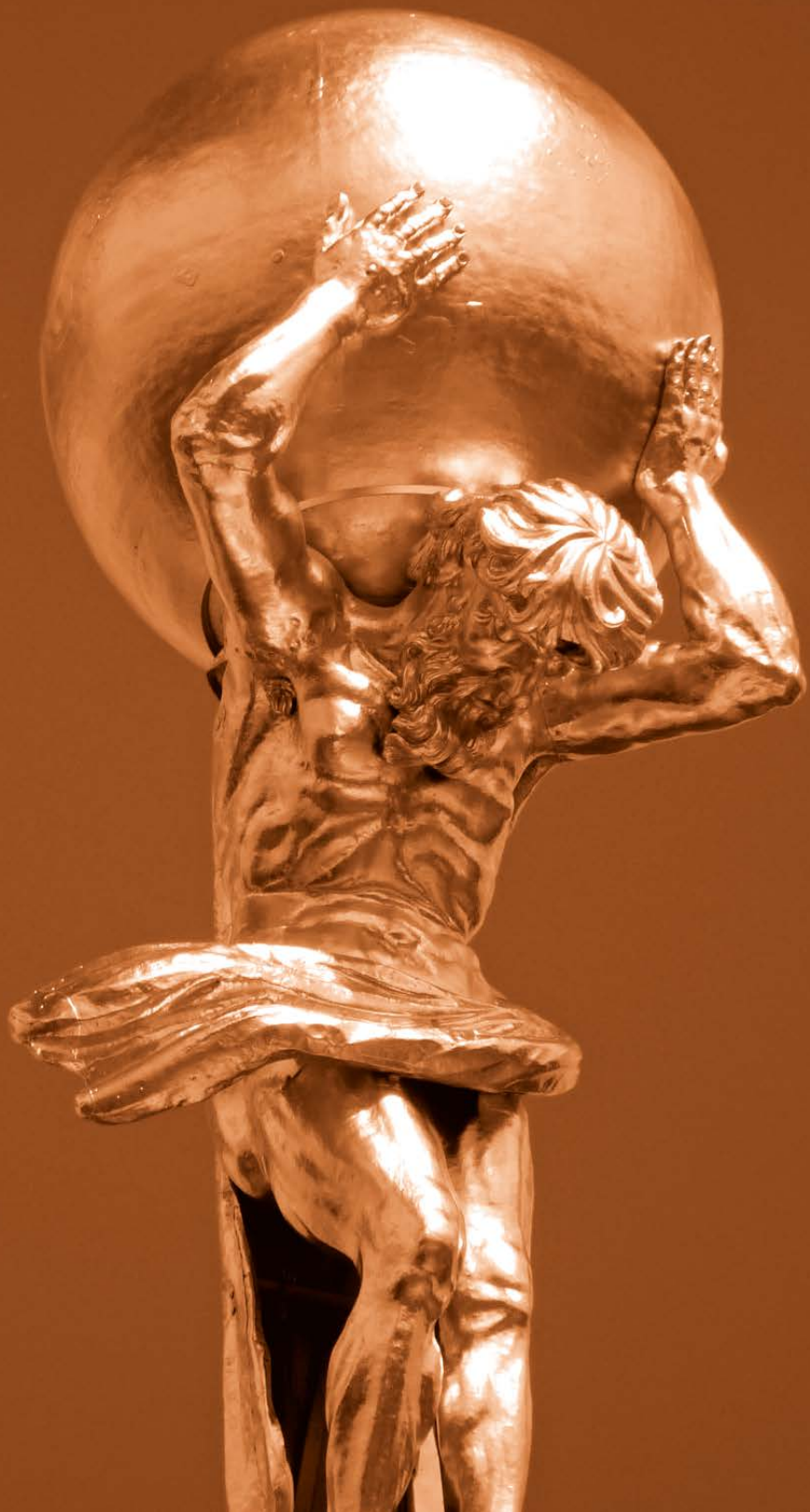
Datum: Sonntag, 11. Dezember 2011  
Beginn: 16.00 Uhr  
Ort: Wohntreff des Hospizes (I.OG)



Ehrenamtliche  
organisieren kulturelle  
Veranstaltungen



**Ergebnisse der  
Ostervorbereitungen**





## Projekte

—

Was bringt ein Team voran?  
Was bereichert den Arbeitstag?  
Zum Beispiel, wenn ich erlebe,  
dass mein Tun einen Sinn  
bekommt, wenn die Verschie-  
denartigkeit meiner Aufgaben  
mich bereichert. Alle Men-  
schen im Hospiz und darüber  
hinaus profitieren von den  
Projekten, die Mitarbeitende  
des Hospizes ins Leben rufen,  
erarbeiten und betreuen.  
Jedes Tun des Anderen zeigt  
Auswirkungen auf mich und  
auch auf andere Menschen in  
meinem, unserem Lebens-  
umfeld.

# »Wenn ich nicht weiter weiß, ...« die Bildungsarbeit des Evangelischen Hospizes

Die Bildungsarbeit des Evangelischen Hospizes baut auf den Erfahrungen in der Betreuung schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen auf. Die Zielsetzung der Betreuung ist, die bestmögliche Lebensqualität für alle Beteiligten zu erreichen. Was Lebensqualität ausmacht, bestimmt jeder Mensch selbst. Die Befindlichkeit eines schwerkranken Menschen wird durch mehrere Faktoren beeinflusst. Professionelle Leitlinien geben eine Handlungsorientierung für komplexe Situationen. Eine angemessene Einschätzung, welche Maßnahmen die aktuelle Lebensqualität des Betroffenen fördert, wird erst durch reflektierte Erfahrung gewonnen. Die Patientin entscheidet, welche Angebote ihr wichtig sind. Alle Beteiligten werden alltäglich mit ihren persönlichen und auch professionellen Grenzen konfrontiert. Sich selbst in seiner und andere Menschen in ihrer Begrenztheit und Endlichkeit wertzuschätzen, ist eine ethische Herausforderung, die mit verinnerlichten kulturellen Tabus konfrontiert. Ein konstruktiver Umgang mit diesen Grenzerfahrungen kann nur durch ein tragendes Team geleistet werden, dessen Mitglieder die Bereitschaft zeigen, die Stärken des Anderen wertzuschätzen, die eigenen Schwächen zu akzeptieren und sich fachlich und persönlich weiter zu entwickeln. Das kann man lernen. Erfahrene Mitarbeitende und Kooperationspartner des Evangelischen Hospizes bieten Bildungsangebote an mit folgenden Absichten:

*Professionelle Leitlinien geben eine Handlungsorientierung für komplexe Situationen. Eine angemessene Einschätzung, welche Maßnahmen die aktuelle Lebensqualität des Betroffenen fördert, wird erst durch reflektierte Erfahrung gewonnen.*



- insbesondere unbequeme und verdrängte Themen aufzugreifen (Kontrollverlust, Scham, Ekel, Unruhe, Schuld, Sterbewunsch, Konflikte im Team, ...),
- die Selbstfürsorge, ein tragendes Team und dadurch Nachhaltigkeit zu entwickeln,
- und immer wieder zur Überprüfung der eigenen innere Haltung anzuregen.

### Die Formate

Für im Arbeitsalltag identifizierte Lernbedarfe werden Bildungsformate definiert. Die Mitarbeiter werden in Praxislernphasen von der Qualitätsbeauftragten des Hospizes strukturiert begleitet. In wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen werden Konfliktthemen bearbeitet. Alle Mitarbeitenden werden in der Umsetzung von

### Brainstorming zu einem herausfordernden Thema

Kinaesthetics im Pflegealltag (= Förderung der Lebensqualität durch Unterstützung der Selbstwirksamkeitserfahrung) geschult. Es konnten mit weiteren diakonischen Einrichtungen der Pflege in Frankfurt, gemeinsame Veranstaltungen geplant und durchgeführt werden. Dazu gehörten: Gegenseitige Hospitationen, interdisziplinäre Workshops auch für externe Teilnehmer, institutionsübergreifende, interdisziplinäre Veröffentlichungen von fachlichen Entwicklungen im Bereich der Vernetzung zwischen Hospiz und Pflegeeinrichtungen und seit 2015 jährlich die Gestaltung eines zweiteiligen Fachtages zu Themen, die alle beteiligten Einrichtungen betraf. Die Referenten und Moderatoren kamen aus allen Berufsgruppen der beteiligten Einrichtungen.

### Die Rahmenbedingungen

Die Freistellung von Mitarbeitenden für die Bildungsarbeit ist nur möglich, weil der Förderverein des Hospizes das Projekt finanziert.

TEXT:

**Adelheid von Herz,**  
Pflegefachkraft, Kinaesthetics-  
Trainerin, Qualitätsmanagement

## »Vernetzung – auch das noch?!«



**Aufgefangen  
im Netz**

*Das Projekt  
»Vernetzung«  
des Evangeli-  
schen Hospizes*

**A**ls in der Pflege und für die Pflege Tätige stellten wir fest, dass Pflege oftmals nur am Rande der gesellschaftlichen Öffentlichkeit existiert und maßgeblich als »Mangel« oder »Kostenfaktor« wahrgenommen wird, sowohl in der landeskirchlichen, als auch in der kirchengemeindlichen Öffentlichkeit. Drei Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Evangelischen Kirche Frankfurt sind an der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Menschen beteiligt, arbeiten aber unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und

in verschiedenen Pflegezusammenhängen. Darüber bestand nur ein geringes gegenseitiges Bewusstsein. Ein fachlicher Austausch zwischen ihnen fand nicht statt. Daran etwas Grundlegendes zu ändern, hat sich das Evangelische Hospiz zum Ziel gesetzt.

Im November 2016 startete das Projekt »Vernetzung diakonischer Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Evangelischen Kirche und evangelischer Kirchengemeinden in Frankfurt am Main«. Es beteiligten sich die Diakoniestation Frankfurt, das Martha-Haus Sachsenhausen, der Palliativmedizinische Arbeitskreis sowie das Evangelische Hospiz.



**Der gemeinsame Fokus war die Sorge für Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Angehörigen. Die gemeinsamen Ziele:**

- Professionelle Weiterentwicklung durch fachlichen Erfahrungsaustausch zwischen den Pflegeeinrichtungen der Evangelischen Kirche Frankfurt.
- Die evangelischen Pflegeeinrichtungen werden von Kirche und deren Gemeinden als »ihre« Einrichtungen und somit als Ansprechpartner in Fragen rund um die Pflege wahrgenommen, verstanden und genutzt.

Seit September 2018 beteiligt sich auch das Anni-Emmerling-Haus als Einrichtung unter dem Dach des neuen Dekanats Frankfurt-Offenbach an der Vernetzung.

**Unsere bisher gewonnene Erkenntnis:**

Durch gegenseitigen Austausch im Rahmen von Hospitationen und gemeinsamen Bildungsveranstaltungen konnten die bereits vorhandenen Qualitäten und Kompetenzen der Einrichtungen identifiziert werden. Die Ausbildung einer kollegial tragenden Haltung auf allen professionellen Ebenen ist ein wichtiger Baustein für eine gelingende Weiterentwicklung in den Einrichtungen.

Das Tragende dieser Haltung ist,

- sich nicht nur auf Defizite, sondern auf die ebenfalls stets vorhandenen, jedoch oft weniger beachteten und wertgeschätzten, vielfältigen Kompetenzen der Mitarbeitenden zu fokussieren;
- die Stärken des Gegenübers wertschätzen und sich als Lernpartner, nicht als Konkurrenten für die eigene Entwicklung zu verstehen;
- im gemeinsamen Lernen liegt unser größtes Entwicklungspotenzial;
- Vernetzung schafft Synergieeffekte durch Erkennen und aktives Nutzen bereits vorhandener Potenziale. Diese zu entwickeln und zu pflegen ist elementar, um daraus als Einrichtung schöpfen zu können.

*Vernetzung gelingt*, wenn die Entscheidungsträger die Notwendigkeit erkannt haben, die vorhandenen Kompetenzen zu identifizieren, zu entwickeln und zu pflegen. *Vernetzung gelingt*, wenn Interaktionsformate auf und zwischen allen Ebenen etabliert werden, die eine Entwicklung ermöglichen.

TEXT:

**Heike Truschel,**  
Pflegedienstleitung

# Ein wertvoller Lern- und Lebensort



... Es ist so ganz anders ..., die machen da alles, auch die Aromatherapie ... und braten sogar ein Spiegelei, wenn einer der Patienten dies wünscht ... und wir haben endlich mal Zeit, uns um den Patienten zu kümmern, wir dürfen die Zeit uns nehmen und mit den Patienten sprechen und sie pflegen ...

Ja, es ist einer der wenigen Orte während meiner Ausbildung, an denen ich erfahren durfte, was individuelle Pflege bedeuten kann.« So und so ähnlich äußern sich unsere Auszubildenden, wenn sie im Evangelischen Hospiz ihren praktischen Einsatz während ihrer Pflegeausbildung absolvieren. Obwohl die Patienten dort schwer krank sind, sich in der letzten Phase ihres Lebens befinden und sterben werden, sprechen unsere Auszubildenden mit großer Anerkennung und Respekt von den Herausforderungen dieser Arbeit. Sie betonen das Besondere im Begleiten von Menschen in dieser zum Leben gehörenden Phase, in der vor allem Geduld, passende Zuwendung und Fingerspitzengefühl gefragt ist.

Und genau diese Aussagen bestätigen uns Lehrkräften in der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, dass wir allen unseren Auszubildenden diese wertvolle und eindrückliche Erfahrung in der beruflichen Sozialisation zur Fachpflegekraft ermöglichen wollen. Hierzu haben wir schon relativ früh den Schwerpunkt der palliativen Betreuung in die Pflegeausbildung aufgenommen. Eine erste Kooperation bestand seit 1991 mit dem ehemaligen Hospiz Franziskushaus und ab dem Jahr 2000 eine weitere mit dem damaligen

*Seit 2012 besteht mit drei Krankenpflege-Schulen aus Frankfurt am Main eine Ausbildungskooperative. Stellvertretend schildert hier die Leitung der Katharina-Kasper-Schule ihre Erfahrungen.*

Evangelischen Hospital für palliative Medizin. Als dann mit der Gesetzesreform des Krankenpflegegesetzes 2004 die Palliativpflege als Ausbildungsgegenstand betont und als praktisches Erfahrungsfeld gefordert wurde, haben wir die Entscheidung getroffen, dass alle unsere Auszubildenden die Möglichkeit erhalten sollen, ihre eigenen, so wertvollen Erfahrungen machen zu können. Im Jahr 2012 haben wir das neue Evangelische Hospiz als Kooperationspartner gewinnen können.

Wir dürfen heute zum zehnjährigen Jubiläum im Namen unserer Auszubildenden und Ausbildungsträger Danke sagen, dass Sie mit allen ihren Mitarbeitenden, insbesondere den pflegerischen Mitarbeitenden einen Ort gestalten, an dem die letzte Lebensphase trotz Krankheit so ausgezeichnet begleitet wird, dass ein Stück Lebensqualität oder gar Wohlbefinden möglich wird. Wir möchten uns für die gute Ausbildung unserer Auszubildenden bedanken, die durch immer wiederkehrende Reflexionsgespräche, unermüdliche Anleitung und Heranführung an die pflegerische Aufgabe der palliativ-pflegerischen Begleitung gekennzeichnet ist. Wir stellen fest, dass die einzelne Auszubildende nach dem praktischen Einsatz im Evangelischen Hospiz ein Stück, wie soll ich sagen, reifer geworden, sich mehr mit dem auseinandersetzt, was Pflege ist und bedeuten kann. Auch in anderen Kontexten stellen wir fest, dass die Erfahrung bei ihnen zur Veränderung anstößt und darauf können Sie sehr stolz sein.



TEXT:

**Monika Hutwelker,**

*Schulleitung der Katharina-Kasper-Schule und Regina-Protmann-Schule in Frankfurt am Main*

**Der gemeinsame  
Weg liegt vor uns**

# Praxisanleitung von Auszubildenden



*Erfahrungsbericht einer Mentorin, stellvertretend für alle Mitarbeiter in der Ausbildungsanleitung.*

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist ein vielfältiges Arbeitsgebiet, zu dem auch die Palliativpflege zählt. Auszubildende berichten häufig, dass sie schon im persönlichen Umfeld oder im Klinikalltag Erfahrung mit dem Thema Sterben und Tod gemacht haben. Vor dem Einsatz im Hospiz sind meist die Gefühle der Freude, Neugier aber auch Unsicherheit im Vordergrund. Dies kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Als Praxisanleiterin sehe ich es erst mal als meine Aufgabe an, den Auszubildenden die Chance zu geben, diese Gefühle zu sortieren.

Nach meiner Erfahrung ist die Vorbereitung der Auszubildenden auf den Einsatz aber auch die Aufbereitung des Themas Tod und Sterben in der Schule unterschiedlich. Häufig berichten diese von mehrtägigen »Sterbeseminaren«, in denen versucht wird alle Themen von Ethik bis zur Versorgung Verstorbener abzuhandeln. Über dieses Seminar hinaus findet das Thema Tod und Sterben wenig Raum im restlichen

Curriculum. Aus meiner Sicht als Praxisanleiterin, aber auch als Pflegepädagogin, sollte das Thema Tod und Sterben über die dreijährige Ausbildungszeit ein fester Bestandteil in Theorie und Praxis sein. Für viele Auszubildende stellt dieses Thema eines unter vielen



dar, jedoch ist es nicht alltäglich und wird häufig nicht als zum Leben dazugehörend angesehen.

Die Auszubildenden erhalten bei uns die Möglichkeit, den Umgang mit Trauer und Tod, palliative Symptomkontrolle und die Versorgung Verstorbener sowie die Angehörigenbegleitung kennenzulernen. Dieses Angebot wird häufig mit großem Interesse angenommen. Einer der wesentlichen Unterschiede zum Pflegealltag in Krankenhäusern ist die wahrgenommene »Entschleunigung« im Hospiz. Dazu zählt einerseits die Erfahrung, sich Zeit für die Patienten zu nehmen und pflegerische Tätigkeiten nach individuellen Bedürfnissen auszurichten, sowie ausreichend Zeit für Gespräche, Angehörigenbetreuung oder Aromapflege zu haben. Dies ist meist eine neue Erfahrung für die Auszubildenden. Außerdem erhalten wir die Rückmeldung, dass die Auszubildenden im interdisziplinären Hospizteam miteinbezogen und als vollwertiges Teammitglied angesehen werden. So kann der Pflegeprozess und die Entwicklung eines Patienten begleitet werden und es kommt zu einem hohen Lerneffekt. Ziel der Anleitung der Auszubildenden im Hospiz ist unter anderem auch, dass sie gegen Ende ihres Einsatzes eine Patientengruppe weitgehend eigenständig betreuen, wobei die anleitende Pflegekraft im Hintergrund immer ansprechbar ist. Dies fördert das Verständnis und die Wirksamkeit des eigenen pflegerischen Handelns und ermöglicht das erlernte Wissen anzuwenden. Abschließend ist zu sagen, dass bei der Reflexion der Auszubildenden am Ende ihres Einsatzes ein hoher Lerneffekt und ein gutes Maß an Verständnis der palliativen Pflege zu erkennen ist. Die Erfahrung der »Entschleunigung« und die Einblicke in die Aromapflege, angewandte Kinästhetik oder die basale Stimulation werden als große Bereicherung angesehen.

---

TEXT:

**Lena Budecker,**  
*Pflegefachkraft*

# Pflegeplanung im Hospiz

Es ist eher unüblich in einem Hospiz, sich Zeit zu nehmen, um für die Patienten eine Pflegeplanung (PP) zu erarbeiten. Wir im Evangelischen Hospiz arbeiten jedoch seit vielen Jahren damit. Sie lässt sich nicht mit den umfangreichen, zum Beispiel in Pflegeheimen üblichen PP vergleichen. Wir beschreiben die individuellen Maßnahmen für die einzelnen Hilfsangebote, orientiert an den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens. Ebenso liegt ein großes Augenmerk auf den Ressourcen: Was kann die Patientin selber tun, um so lange wie möglich ihre oft bereits stark beeinträchtigte Lebensqualität noch selber zu steuern? Doch es finden nicht alle vielfältigen persönlichen und gesundheitlichen Probleme der kranken Menschen Eingang in die PP. Wir beschränken uns auf zwei Hauptprobleme aus Sicht des Patienten. Was ist es, das ihn am meisten belastet – körperlich und seelisch? Diese Hauptprobleme erfahren wir im Umgang mit dem Patienten. Eventuell verbalisiert er diese gleich beim Erstkontakt: »Ich habe Angst zu ersticken«, »Ich habe keinen Appetit, mir ist oft übel«. Die Pflegekraft interpretiert auch das Verhalten der Patienten. Herr H. z. B. entwickelt einen hohen Muskeltonus bei unterstütztem Positionswechsel (PW) im Bett, er hat neben Schwindel einfach größte Angst aus dem Bett zu fallen. Hierfür kann ein formuliertes Ziel sein: Hr. H. kann sich durch eigene Zieh- und Drückimpulse aktiv am PW beteiligen. Er hat dadurch den PW besser unter Kontrolle und weniger Angst. Die hier zu beschreibenden Maßnahmen sind dann vielfältig, z. B.: PW im Bett in

*»Ja, mach nur einen Plan ...« –  
Nicht von Zitaten in die Irre  
führen lassen!  
Der Versuch, mit wenig Plan  
viel zu erreichen.*



**Letzter  
Lebensraum**

kleinen Schritten zu unterstützen, Patient bestimmt Zeit, Raum und Anstrengung der Bewegung, ggf. bietet zweite Pflegende gewünschte Sicherheit, Gestaltung der Umgebung so, dass Patient kleine Positionsänderungen auch selbstständig durchführen kann. Dies wird in der PP abgebildet, ebenso weitere allgemeine, notwendige pflegerischen und medizinisch begründeten Maßnahmen. Bei der Mittagsübergabe sind alle an der Versorgung der Patienten beteiligten Personen anwesend: Pflegen-

de, Hauswirtschafterinnen, Auszubildende, Praktikanten, Pfarrer und Personen aus dem Leitungsteam. Gemeinsam lässt sich ein Bild vom Patienten erarbeiten, das *alle wesentlichen Teile des Menschseins umfasst* (medizinisch, pflegerisch, Sozialkontakte, Seelsorge, Essen und Trinken). Hier wird gemeinsam beraten, wie neu aufgetretenen Einschränkungen oder Symptomen beim Patienten begegnet werden kann und welche Unterstützung er erhalten könnte. An zwei dieser Übergaben in der Woche werden anhand der PP auch gemeinsam die beiden Hauptprobleme besprochen. Sind sie noch aktuell? Wurde das Ziel erreicht? Gibt es ein neues, vorrangiges Problem? Dann wird die Planung entsprechend angepasst. Der Zustand der Patienten und die Art ihrer Probleme können sich unter Umständen kurzfristig deutlich ändern. Die PP hilft allen Berufsgruppen sehr dabei, bei Schichtbeginn zeitnah die aktuelle Entwicklung einzuschätzen und relevante Maßnahmen einleiten zu können.

TEXT:

**Monika Laube,**  
Pflegesachkraft

## Schau mal über'n Tellerrand ...



**Abschiedsbild aus Hermannstadt/Sibiu, Rumänien**

gleitet, um den fachlichen und kulturellen Austausch zu fördern und die Arbeit der Einrichtungen zu unterstützen.

Das an das »Alten- und Pflegeheim Dr. Carl Wolff« angeschlossene Hospiz wurde 2006 eröffnet und verfügt über 14 Betten. Seit 2016 gibt es zudem ein Kinderhospiz mit zehn Plätzen. Die Finanzierung wird zu 40% von der staatlichen Krankenkasse übernommen, für den Rest ist das Hospiz auf Spenden angewiesen.

Früher wurden in Rumänien schwerkranke Menschen zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. Heute ist das aus vielfältigen Gründen oft nicht mehr möglich. Patienten im Krankenhaus müssen dort von ihren Angehörigen unterstützt werden, sonst fehlt es ihnen an der notwendigen pflegerischen Versorgung. Es mangelt u. a. an Pfl-

*Verantwortung für Europa wahrnehmen, auf der Ebene eines fachlichen und persönlichen Erfahrungsaustausches und der Leistung materieller Unterstützung.*

**E**rste Kontakte mit dem Hospiz in Hermannstadt/Sibiu, Rumänien wurden 2017 auf Anregung der Prodekanin Frau Dr. Schoen geknüpft. Auf diakonischer Ebene der Evangelischen Kirche in Deutschland werden solche Projekte in vielen europäischen Ländern be-



gemitteln. Frau Rhein, Leiterin dieser Einrichtungen, erklärt: »Solche Familien konnten sich gar nicht vorstellen, dass es auch einen anderen Umgang mit einem Todkranken gibt und dass ein Mensch in seiner letzten Lebenszeit ein Recht auf Würde und eine freundliche Umgebung hat.«

Von den vier festgestellten Ärzten wohnt Dr. Peter Lorand ebenso wie Ortrun Rhein auf dem Gelände. Für Frau Rhein ist es absolut nötig, im Hospiz einen festgestellten Arzt zu haben, denn Hausärzte in Rumänien würden die Betreuung nicht übernehmen. Der Pflegekräftemangel hat sich in den letzten Jahren sehr verschärft. Früher sind die Mitarbeiterinnen in der Regel lange geblieben, denn die Arbeitsbedingungen in diesen diakonischen Einrichtungen sind besser als in anderen rumänischen Pflegeeinrichtungen. Heute gibt es vor allem im Altenheim eine hohe Fluktuation. Pflegekräfte werden teilweise skrupellos ins Ausland abgeworben. Dabei spielt auch die deutsche Diakonie eine traurige Rolle.

Die Tätigkeiten der Pflegenden in Rumänien sind medizinorientiert. Das ist im Hospiz anders und es bedurfte anfangs großer Überzeugungskraft, um Mitarbeiterinnen zu gewinnen, denn patientennahe Tätigkeiten sind nicht besonders hoch angesehen. Mittlerweile ist es gelungen, ein Umdenken zu erreichen und seit vier Jahren ist das Team im Hospiz stabil. Gelegentlich werden auch Patienten betreut, die nach einer Strahlen- oder Chemotherapie noch Zeit brauchen, weil sie sich zu Hause nicht alleine versorgen können. Ein Traum von Frau Rhein ist es, im dritten Stock des Hospizes fünf Zimmer speziell dafür einzurichten, sobald sie über die für den Ausbau nötigen finanziellen Mittel verfügt. Außerdem plant sie, das Kinderhospiz als Tagesstätte für Mütter von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen zu öffnen. Diese hätten dort einen Raum zum Austausch und könnten auch den 2018 neu geschaffenen Snoezelenraum nutzen.

Wir hoffen, dass der bereichernde Austausch weitergeführt werden kann und nicht am Fachkräftemangel auf beiden Seiten scheitert.

---

TEXT:

**Andrea Hußlein,**  
*Pflegefachkraft*

# Jung – Sozial – Aktiv

Der Malteser Hilfsdienst fragte 2012 das Hospiz an wegen einer Mitarbeit im Projekt »Jung-Sozial-Aktiv«.

Im Projekt werden Schüler der 9. Klasse an die Arbeitsfelder ehrenamtlichen sozialen Engagements herangeführt. Der Malteser Hilfsdienst übernimmt ein Schuljahr lang drei Wochenstunden für die sich die Schüler freiwillig entscheiden. Im Praktikum gehen die Jugendlichen für zwei bis drei Stunden in die Einrichtung und arbeiten im täglichen Betrieb mit. Während des Praktikums gibt es eine gemeinsame Reflexion der Erlebnisse und am Ende eine Auswertung. Für ihr Engagement im Projekt bekommen die Jugendlichen eine Note, die im Jahreszeugnis steht.

Wir waren zunächst sehr unsicher: Sind 14- bis 15-Jährige nicht überfordert mit den Themen des Hospizes? Doch probeweise sollten die Jugendlichen in der Hauswirtschaft mitarbeiten. Sie kamen im zweiten Teil ihres Unterrichtstages kurz vor dem Mittagessen ins Hospiz und halfen dann mit bei der Verteilung des Essens und beim Einsammeln und Spülen des Geschirrs. Dadurch kamen die Jugendlichen in direkten Kontakt mit den Kranken, aber nicht in einer künstlich inszenierten Situation, sondern im täglichen Ablauf des Hospizes.

Der erste Schüler, der zu uns kam, ließ schnell unsere Zweifel schwinden. Ganz unbefangen ging er mit den Kranken um und die freuten sich über die Begegnung mit einer völlig anderen Welt als der des Hospizes und verwickelten ihn in Gespräche über seine Schul- und Alltagserlebnisse.

*Jugendliche als ehrenamtliche Praktikanten im Hospiz.*

*Die Schüler finden Zugang zu einem schwierigen Bereich unseres Lebens.*



Es ist Frühling

Im laufenden Schuljahr kommt der 16. Schüler zu uns. Sehr unterschiedliche Menschen haben den Alltag des Hospizes kennengelernt. Manchen fiel die praktische Tätigkeit eher schwer, andere packten ganz selbstverständlich mit an. Das Wichtigste waren die menschlichen Begegnungen. Eine Schülerin entdeckte, dass sie mit einer Patientin die Liebe zu den unterschiedlichsten Nagellackfarben teilte. Sie tauschten die schrillsten Varianten aus und ihre Begegnungen waren meist damit

gefüllt, sich gegenseitig die Nägel zu lackieren.

Ein anderer Schüler baute eine enge Beziehung zu einer Patientin auf, die wegen einer neurologischen Erkrankung nicht aktiv kommunizieren konnte. Es tat ihm leid, dass sie das Leben draußen nicht mehr mitbekam. Er erzählte ihr, dass gerade Frühling sei und beim nächsten Einsatz brachte er ein kleines selbstgepflücktes Sträußchen mit, bestehend aus Löwenzahn-, Gänseblümchen und Primeln.

Ein Schüler mit türkischen Wurzeln hätte gerne mehr für die Kranken getan. Seine große Stunde kam, als wir eine Patientin aufnahmen, die ausschließlich türkisch sprach und uns vor eine große Herausforderung stellte. Durch seine Vermittlung konnten offene Fragen geklärt werden. Er strahlte vor Stolz über seine Rolle im Team des Hospizes.

Jugendliche erfahren in diesem Projekt ganz praktisch, dass Sterben und Tod zum Leben dazugehören. Sie lernen, dass auch in der letzten Lebensphase das Leben weitergeht. Sie erleben Bestätigung, wenn ihre Anwesenheit bei anderen Freude auslöst.

TEXT:

**Petra Herfel-Stürz,**  
*Hauswirtschafterin*

**Reinhold Dietrich,**  
*Pfarrer*







Aufenthaltsraum  
mit Aquarium



## Artikel

—

Die folgenden Artikel sind von Mitarbeitenden und Kooperationspartnerinnen des Hospizes verfasst. In den Berichten wird der Zusammenhang zwischen Leben und Sterben dargestellt. Alltägliche herausfordernde Situationen machen deutlich, wie wir im Hospiz als Profi und als Mensch gefordert, aber auch bereichert werden. Wir erhalten einen Einblick in die Motivationen, sich für das Hospiz als Arbeitsplatz zu entscheiden. Abschließend wird der Blick auf Erfahrungen mit Abschied und Trauer gelenkt.



# Ich weiß doch gar nicht, wie Sterben geht ...

**Und man hofft  
ja auch, dass noch  
ein bisschen Zeit  
ist, dass es noch  
nicht so weit ist.  
Deshalb vermeidet  
man den Gedanken  
an das Ende.  
Und ganz plötzlich  
ist es soweit ...**

**»Daran haben wir nie gedacht!« –  
»Darüber haben wir nie geredet!«**

Sehr oft hören wir diese oder ähnliche Sätze bei der Aufnahme ins Hospiz. Patientinnen und Patienten sagen sie, ebenso wie Angehörige. Einerseits sind Krankheit, Sterben und Tod schwierige Themen. Sie werden gerne ausgegrenzt und vermieden. Aber manchmal ergibt es sich auch einfach nicht. Man hat so viel zu tun und zu bedenken, da fehlt einfach die Zeit, die Kraft. Und man hofft ja auch, dass noch ein bisschen Zeit ist, dass es noch nicht so weit ist. Deshalb vermeidet man den Gedanken an das Ende. Und ganz plötzlich ist es soweit ...

TEXT:

**Reinhold Dietrich,  
Pfarrer**

Menschen, die ins Hospiz kommen, egal ob als Kranke oder als Angehörige, sind in einer Lebenssituation, wie sie sie nie vorher erlebt haben, sie bringen in der Regel keinerlei Erfahrungen oder erlernte

Verhaltensmuster mit. Jeder und jede Einzelne signalisiert den Mitarbeitenden des Hospizes mehr oder weniger deutlich: Ich weiß doch gar nicht, wie Sterben geht. Bitte sagt es mir und zeigt mir den Weg!

Wie geht sterben? Wir wissen das nicht, auch wenn wir es ungezählte Male erlebt haben. Aber wir wissen – und haben es in der hospizlichen Arbeit immer wieder bestätigt bekommen – Sterben ist ein Teil des Lebens. Und deshalb frage ich zurück: Wie geht denn für Sie Leben? Was gehört für Sie dazu, was ist unverzichtbar? Und was sollte unter allen Umständen vermieden werden? Und weiter: Wo werden Sie in ihrer gegenwärtigen Situation, angesichts Ihrer schweren Erkrankung oder der eines Angehörigen daran gehindert, so zu leben, wie sie es gerne möchten? Wo brauchen Sie Hilfe und Unterstützung, um Ihr Leben angemessen und würdevoll zu gestalten? Welche Ressourcen haben Sie selber, Ihre Familie? Was können Sie alleine bewältigen? Und wo sind Sie auf Unterstützung von außen angewiesen?

Das ist ein schmaler Grat, auf dem man sich da oft bewegt. Jeder Mensch und auch jede Familie bringt Erfahrungen aus Jahrzehnten mit, Erfahrungen mit All-



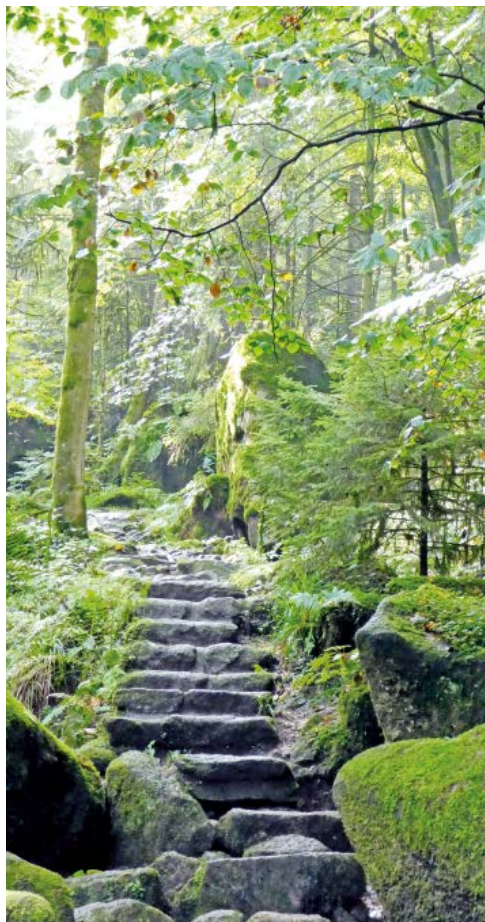
### Schwerer Aufstieg

tagserleben und mit Ausnahmesituationen, Erfahrungen aus Krisen und Konflikten wie aus freudigen Ereignissen. Die Begleitenden im Hospiz kennen diese Erfahrungen nicht, aber es ist wichtig, sie jetzt zu aktivieren und zu nutzen. Und sich nicht dazu verführen zu lassen, anderen Menschen meine eigenen Erfahrungen überzustülpen.

Manchmal helfen ganz einfache Angebote, Alltag im Hospiz zu ermöglichen. Wir bieten Angehörigen immer an, im Hospiz mitzulesen. Und plötzlich sitzt da nicht mehr eine Kranke beim Essen, das sie ohne großen Appetit zu sich nimmt und der Ehemann beobachtet sie dabei mit kritischen Blicken, sondern ein Ehepaar sitzt gemeinsam beim Abendessen, wie sie es vorher vielfach getan haben. Und in diesem – auch in der Ausnahmesituation – wiedergewonnenen Alltag spüren die Betroffenen: Es geht gar nicht darum, wie Sterben geht, es geht darum, dass wir miteinander leben, so lange wir es noch können.

Das bedeutet nicht, dass die Tatsache einer schweren und tödlichen Erkrankung ausgeblendet oder gar verdrängt wird. Sie ist da und sie bestimmt den Alltag in all den Begleitsymptomen wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Konzentrations- und Orientierungsschwierigkeiten. Aber sie ist Teil des gemeinsamen Alltags geworden, sie wird nicht mehr erlebt als Bedrohung von außen, der man hilflos ausgeliefert ist. Die Krankheit ist ein Teil meines, unseres Lebens geworden, wir erleben und bewältigen sie genauso, wie wir zuvor ungezählte Freuden und Herausforderungen des gemeinsamen Lebens erlebt haben.

»Sterben ist ein Teil des Lebens« – was das bedeuten kann, stellen sich viele Menschen in gesunden und unbeschwerten Zeiten kaum vor. Sie können es aus ihrer Erfahrung auch kaum nachvollziehen. Auch Kranke und ihre Angehörigen müssen es erst lernen, dass die Krankheit nicht eine Bedrohung von außen, sondern ein natürlicher und normaler Teil des eigenen Lebens ist. Wenn sie es schaffen, dagegen nicht anzukämpfen, sondern dieses Erleben in ihren Alltag zu integrieren, müssen sie gar nicht mehr wissen, wie Sterben geht – weil sie wissen, wie Leben geht!



# Lifestyle

**Ars Vivendi, oder »Lebenskunst«, ist das Streben des Individuums nach einer ausgewählten Maßstäben entsprechenden, gelingenden Daseinsbewältigung.**

TEXT:  
**Jennifer Bopp,**  
*Pflegefachkraft*

**Das Wort Lifestyle prägt unsere heutige Gesellschaft immer mehr. In den Medien wird uns das »ewige Leben« und die »ewige Jugend« versprochen.**

Aber was verstehen die jungen Leute unter Lebensqualität? Kann man auch in der heutigen Zeit noch mit wenig glücklich sein? Nur wenige Menschen können sich heute noch ein Leben ohne Internet, Fernsehen, Handy und sonstige Unterhaltungsmedien vorstellen. Ich selbst bin noch ohne diese Mittel groß geworden und erinnere mich gerne an diese Zeiten zurück. Doch wie wird es der nächsten Generation ergehen? Überwiegend in den Großstädten zieht das »smarte Leben« immer mehr ein. Man kennt meist nicht mal mehr seine Nachbarn. Jeder lebt für sich. Soziale Kontakte bestehen oft nur noch über Facebook, WhatsApp und Ähnliches. Jeder möchte sich dem Anderen über diese Online-Plattformen beweisen, durch Posts, die zeigen sollen, wie gut es einem doch geht, wie toll man aussieht und was für tolle Sachen man macht. Es löst bei jungen Menschen eine Art Glücksgefühl aus, wenn sie dafür reichlich »Likes« und positive Kommentare im Netz bekommen. Aber was wollen wir damit bezwecken? Versuchen wir vielleicht damit eine gewisse Fassade aufrecht zu erhalten, um nicht vollständig zu vereinsamen?

Viele junge Menschen sind mittlerweile sogar in eine Art Abhängigkeit zu dieser Art von Selbstdarstellung geraten. Sie lieben es, sich in der Öffentlichkeit mit ihren intimsten Lebensinhalten zu präsentieren, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Die Freundschaftsliste in den sozialen Plattformen kann noch so viele Freunde erhalten, doch wie viele davon sind wirklich für einen da, wenn es hart auf hart kommt?

Wir leben in einer Konsumgesellschaft, in der nur noch zählt, was man hat und nicht, wer man wirklich ist. Dies macht das Zusammenleben immer komplizierter und viele Menschen geraten in Depressionen und Vereinsamung. Daraus entwickeln sich Existenzängste, es kommen verzweifelte Fragen. Kann ich so bis ins



Weltenuhr-  
Himmelsuhr

hohe Alter leben? Kann ich es verantworten Kinder in eine solche Welt zu setzen, komme ich mit einer so hohen Verantwortung zurecht, wenn ich keinen Halt in der Gesellschaft habe? Und wer ist am Ende meines Lebens noch für mich da, wenn ich nicht alleine sein möchte, wenn ich jemanden brauche, dem ich mich anvertrauen kann? Immer öfter hört man von Fällen, bei denen man erst nach Wochen einen toten Menschen in seiner Wohnung auffindet, meist nachdem Nachbarn einen merkwürdigen Geruch im Treppenhaus festgestellt haben. Diese Dinge hören sich an wie aus einem schlechten Horrorfilm, sind aber leider Real-

lität. Unser Leben wird beherrscht von Medien und täglichen Tipps und Trends, wie man sein Leben verbessern und verlängern kann. Aber ist das Leben wirklich so »ewig«, wie es uns vorgegaukelt wird?

Die Medizin entwickelt sich immer weiter und in Krankenhäusern gilt schon lange die Devise »Sterben verboten«. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen steigt stetig an. Es werden immer neue Medikamente gegen schwere Krankheiten entwickelt, die die Lebenserwartung erhöhen. Doch erhöhen sie auch immer die Lebensqualität? Wer wird mir beistehen und vielleicht für mich entscheiden, wenn ich allein bin und »lebens-(leidens-)verlängernde Maßnahmen« für mich geplant werden? Entscheiden dann Fremde, ob mein Leben noch lebenswert ist?

In unserer Gesellschaft wird der Tod nicht gern thematisiert, da sich keiner mit diesem Tabuthema auseinandersetzen will. Erst wenn Menschen, die uns sehr nahe stehen plötzlich kein lebendiger Teil unseres Lebens mehr sind, erst dann wird uns bewusst, dass das Leben nicht ewig sondern vergänglich ist.

# Dyingstyle

**Ars moriendi, oder »die Kunst des Sterbens« ist eine im Spätmittelalter entstandene »Erbaulungsliteratur«, um das Abschied nehmen vom Leben sowie einen guten Tod einzuüben.**

TEXT:

**Monika Laube,**  
*Pflegefachkraft*

Den Lifestyle zu leben scheint ein Muss. Schau ich mich auf den Internetseiten der Bestattungsunternehmen um, habe ich schnell den Verdacht, dass es auch einen Dyingstyle gibt – wie werde ich am schönsten beerdigt – oder – wie beerdige ich meine Angehörigen am schönsten. Woher kommt dieses Bedürfnis? Ist es eine neue Marktlücke oder vielmehr unser aller Sehnsucht nach ewigem Leben und sei es in Form einer Andachtsseite im Internet, die jeder besuchen kann und als (An-)Teilnehmer auch eine virtuelle Kerze zum Leuchten bringt? Doch was befindet sich dazwischen? Was ist mit der Zeit vor dem »gestorben sein«? Möchten Sie auch »schöner sterben«?

Wo lerne ich denn »die Kunst des Sterbens«; was bedeutet das für uns Menschen heute in einer Gesellschaft, die wenige Wünsche fürs Leben offen lässt und in der alles erreichbar scheint? Wo Sterben für die meisten in den Krimis im Fernsehen stattfindet – oder in der Berichterstattung aus den Krisengebieten. Dort sterben immer die anderen – und das neuerdings live! Aber wir sind da »Gott sei Dank« nicht dabei, wir schauen nur zu. Doch zurück zu unserem Dyingstyle. Ganz die Debatte von aktiver oder passiver Sterbehilfe ignorierend, möchte ich hier meine Gedanken zu Papier bringen. Wäre »schöner Sterben« dann der plötzliche, der gewollte Tod? Oder vielleicht ein sich umsorgt wissen in der Zeit vor dem Tod? »Das Schlimmste ist das Ausgeliefertsein« sagten nicht nur eine Patientin, ein Patient zu mir. Natürlich möchte kein Mensch in seiner körperlichen und oftmals auch seelischen Schwäche wahrgenommen werden, behandelt und gepflegt sein müssen. Ausgeliefert sein, dem eigenen kranken Körper gegenüber, das kränkt einen Kranken zutiefst. Für gesunde Menschen ist das oft nicht nachvollziehbar, so dass oft der einzige Ausweg für die Seele des Kranken ist, in ein depressives Stimmungstief zu fallen. Aus dem Lifestyle gerissen sein, das Sterben steht vor der Tür – wohlgermerkt, der Tod selber. Das »Todsein« wird eher als unabwendbar gesehen und letztlich auch meist akzeptiert.



Doch der Sterbeprozess, in einer oft nicht absehbaren Zeitspanne, in dem sich der Verlust an Vertrauen in den eigenen Körper täglich, manchmal stündlich manifestiert, ist nicht einfach so zu ertragen. Da hilft kein Dyingstyle, helfen keine hohlen Versprechungen von »schöner sterben«, auch nicht in einem Hospiz. Dann und dort wird anderes wichtig. Sterbenskranke Menschen haben auch immer noch Hoffnung auf ein Weiterleben, auf eine Überwindung der Krankheit. Diese Hoffnung gilt es zu akzeptieren, auch wenn wir, die im Hospiz arbeitenden Menschen meinen, es besser zu wissen.

Die Patientin annehmen, wie sie jetzt ist, sie nach Möglichkeit in ihrem Bestreben nach Eigenständigkeit zu unterstützen, manchmal auch gegen die dringlichen Wünsche der Angehörigen. Wir lassen viele Patienten die Erfahrung machen, die oft wenigen Kompetenzen, die sie noch haben zu erkennen und zu stärken. Als ein Beispiel sei hier die wichtige körperliche Bewegungskompetenz genannt. Mit der Krankheit verlieren sie nicht nur ihre Gesundheit, sondern auch das Vertrauen in die eigenen Bewegungsfähigkeiten. Die Erfahrung zu machen, doch noch aufstehen zu können, obwohl man im Krankenhaus seit fünf Wochen nur (ergeben) im Bett gelegen hat, grenzt für manche Patienten fast schon an ein Wunder,

auf jeden Fall ist es eine Freude und die ist dann auf allen Seiten groß. Die vielen menschlichen Probleme, welche die Patienten häufig persönlich noch belasten, können wir nicht lösen, auch die Patienten werden sie oftmals nicht mehr lösen können. Doch erfahren sie hier ein Angenommen sein als Mensch und nicht als Kranke, für die es keine Heilung mehr geben wird. Und wenn die Symptome der Erkrankungen zunehmen, wird deren Behandlung in den Fokus der Aufmerksamkeit aller Beteiligten rücken. Wenn's ans »Sterben« geht, brauchen wir die Kompetenz des Erkennens und richtigen Einschätzens der aktuellen Situation, sowie die Fähigkeiten und Fachlichkeit für die notwendigen Interventionen. Seien diese klassisch medikamentös oder alternativ komplementär, was gut tut, was hilft, ist richtig!



Blick in  
den Himmel

# Rund um den Mund – Pflegerische Aspekte

**Die Patientin wird in den Ablauf einbezogen, indem wir ihre Hand in die Bewegung der Pflegekraft zum Mund hin mitführen. Dadurch behält die Patientin die Kontrolle über das Geschehen, das ihr sehr nahekommt.**

TEXT:  
**Waltraud Berg-Heil,**  
*Pflegefachkraft*

## **Der Mund ist ein zentrales Sinnesorgan**

Der Mund hat vitale Bedeutung. Er gehört zu den wahrnehmungsstarken Zonen im Körper. Für viele Menschen ist der Mund ein intimer Bereich. Vorlieben und Gewohnheiten beim Essen und Trinken sagen auch viel über eine Person aus.

Wir brauchen den Mund zur Nahrungsaufnahme, zum Genuss von Speisen und Getränken, zur Kommunikation, zum Berühren und Küssen. Leider können auch negative Erfahrungen, wie ein Zahnarztbesuch, mit dem Mund in Verbindung gebracht werden. Selbst im engsten Familienkreis ist der Zahnersatz oft ein Tabuthema.

Viele Hospizpatienten leiden an Nebenwirkungen durch die Chemotherapie und/oder die Einnahme von Medikamenten wie: trockene Mundschleimhaut, gestörte Geschmacks- und Geruchswahrnehmung. Atmung durch den offenen Mund kann zusätzlich zum Austrocknen der Schleimhäute und zur Borkenbildung führen. Die Infektionsgefahr steigt dadurch. Alle genannten Ursachen können zur Minderung der Speichelproduktion führen. Es ergeben sich Schwierigkeiten beim Schlucken, Kauen, Sprechen. Dies führt zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität. Unser Ziel ist es, eine intakte, feuchte und borkenfreie Mundschleimhaut wieder herzustellen und den Speichelfluss anzuregen. Dadurch lindern wir entscheidend das Durstgefühl.

## **Durchführung einer Mundpflege bei einem bettlägerigen, sehr geschwächten Menschen.**

Wir kommen in körperlichen Kontakt mit der Patientin über eine flächige Berührung, meist an der Schulter. Die Patientin wird in den Ablauf einbezogen, indem wir ihre Hand/Arm in die Bewegung der Pflegekraft zum Mund hin mitführen. Dadurch behält die Patientin die Kontrolle über das Geschehen, das ihr sehr nahekommt. Wir benutzen zur Mundpflege Wattestäbchen oder Waschlappen, befeuchtet mit einem Lieblingsgetränk. Wir machen kreative Angebote, um bevorzugte Getränke zu finden (warm oder kalt, Saft oder Sekt). Über kleine Sprüh-

### Mundpflege mit Rotwein

flaschen (oft mehrere) gefüllt mit gewohnten Getränken oder Myrrhe-Hydrolat, kann die Mundschleimhaut öfters angefeuchtet werden. Manchmal müssen vorher Beläge der Zunge gelöst und entfernt werden, dann kommen Spatel mit Manuka-Honig zum Einsatz. Mit Manuka-Honig können auch trockene Lippen gepflegt werden.

Durch den zeitnahen Austausch der Pflegenden mit der Hauswirtschaft im Hospiz können pflegerische und hauswirtschaftliche Angebote aufeinander abgestimmt werden. Viele Patienten, die nicht mehr trinken wollen, nehmen gerne Eiswürfel (klein, abgerundet) mit unterschiedlichem Geschmack an. Auch frische Ananasstückchen (eingefroren), die in eine Kompresse eingewickelt sind, werden gerne angenommen. Eine Duftlampe bzw. ein Vernebler mit Zitronenöl ins Zimmer gestellt, kann den Speichelfluss anregen. Eine regelmäßige Lüftung des Zimmers verhindert eine zu trockene Atemluft.

Die Einbindung der Angehörigen ist ein wichtiger Teil unserer Arbeit. Hilfreich kann für sie die Aufklärung sein, dass es eine Entlastung für das Herz-Kreislaufsystem und den gesamten Verdauungstrakt ist, wenn die Nahrungszufuhr am Ende des Lebens reduziert wird. Die allmähliche Reduktion der Nahrung ist eine Entlastung für den Patienten. Unsere Aufmerksamkeit sollte beim Anreichen von Getränken und Nahrung auch auf eindeutige Signale des Patienten gerichtet sein: Wird der Mund fest verschlossen?, Sind die Lippen zusammengepresst?, Ist der Kopf zur Seite gedreht? – Diese eindeutigen Signale der Ablehnung sind zu respektieren. Hilfreich für Angehörige ist es, wenn sie in der letzten Lebensphase aktiv etwas tun können, z. B. den Mund des Schwerkranken mit feuchten Wattestäbchen (Lieblingsgetränk) zu benetzen oder über körperliche Berührung zu kommunizieren, wie die Hand, das Gesicht streicheln, Nähe und Zeit mit dem geliebten Menschen verbringen (vorlesen, beten). Am Lebensende löst sich der Mensch schrittweise in seiner persönlichen Geschwindigkeit von irdischen Bedürfnissen und spürt am Ende weder Hunger noch Durst.



# Wo Leib und Seele genährt werden

**Frau P. kommt nicht klar damit, dass sie bald sterben muss. Alles in ihr wehrt sich gegen diese Tatsache. So schimpft sie auch heute, nicht zum ersten Mal: »Das soll ein Frühstück sein? – Kein Wunder, dass es mir immer schlechter geht.«**

TEXT:  
**Petra Herfel-Stürz,**  
*Hauswirtschafterin*

## Ein Bericht aus der Hauswirtschaft

Es ist 8 Uhr morgens und ich verteile das Frühstück. Viele Patienten schlafen noch, das dürfen sie auch.

Ich klopfe an die Zimmertür von Frau G.. Ich höre keine Antwort. Leise öffne ich die Tür. Sie schläft noch. So stelle ich ihr Frühstückstablett mit dem frisch aufgebackenen Bio-Brötchen, welches mit Aprikosen- und Kirschkonfitüre bestrichen ist und dem duftenden Kaffee ans Bett. Ich schaue später noch mal nach, ob die Düfte sie geweckt haben. Weiter geht es zum nächsten Zimmer. Frau H. kann seit ein paar Tagen nichts mehr essen. Sie hat auch gar keinen Hunger. So bekommt sie Wasser und Rotwein. Das hat sie immer gerne getrunken. Essen würde sie nicht mehr nähren, sondern wäre nur eine Belastung. Das musste ich auch dem besorgten Bruder von Frau H. erklären. »Könnten Sie viel essen, wenn Sie krank sind? So geht es nun Ihrer Schwester, es ist ok.« Ich verteile das Frühstück weiter. Herr M. ist schon wach.» Wie spät ist es?«, fragt er. Sein Zeitgefühl geht langsam verloren.» Ist auf dem belegten Brötchen auch kein

Schweinefleisch?« will Herr M. wissen. Natürlich nicht. Herr M. ist Muslim und wir achten auf die religiösen Werte, wie auf alle Wünsche unserer Patienten.

Nun komme ich zu Frau P. Sie kommt nicht gut klar damit, dass sie bald sterben muss. Alles in ihr wehrt sich gegen diese Tatsache. So schimpft sie auch heute, nicht zum ersten Mal: »Das soll ein Frühstück sein? – Kein Wunder, dass es mir immer schlechter geht. Ich brauche Fleisch und Obst, ein Steak und Tomaten, aber flott«. Nun, ich werde mein Möglichstes tun: Zuerst einmal bekommt Frau P. von mir Tomaten. Ich verspreche ihr zum Mittagessen ein großes Schnitzel und damit ist sie einverstanden. Später muss ich dann alles, kaum angerührt, wieder abräumen. Wichtig war Frau P., dass sie ihrem Lebenshunger zornigen Ausdruck verleihen konnte, und ihn gewürdigt wissen will, auch wenn sie ihr Wunschessen kaum mehr verträgt.





Herzliche  
Erfrischung

Zum Schluss komme ich noch zu Herrn Z. Er hat einen Darmverschluss. Eine Entlastungssonde befördert seinen Mageninhalt in einen Ablaufbeutel. Er kann nur noch Eiswürfel lutschen und kleinste Mengen trinken. So habe ich ihm nach seinem Wunsch kleine Eiswürfel aus Fruchtsaft und Weißwein gemacht. Dazu stelle ich ihm in einer Vase einen Zweig von dem Kirschbaum vor dem Fenster, der zu grünen beginnt. Herr Z. freut sich über die sich entfaltende Natur. So beginnt der Tag für mich und die Patienten. Egal, wie lange wir leben, wir machen das Beste aus diesem heutigen Tag.

# Der letzte, gemeinsame Weg

**Häufig braucht es Zeit, bis Angehörige in der Lage sind, eine Verschlechterung des allgemeinen Zustandes des Patienten zu akzeptieren, und lernen können, ihre Lieben auf neue Art aktiv zu begleiten.**

**TEXT:**  
**Christoph Miarka,**  
*Pflegefachkraft*

Frau P. ist 68 Jahre alt und seit ein paar Wochen bei uns im Hospiz. Ihre medizinischen Diagnosen lauten: Hirntumor, diverse Metastasen, Zustand nach Operation, Bestrahlung und Chemotherapie.

Frau P. ist verheiratet, hat zwei Kinder und eine Enkelin. Die Familie zeichnet eine starke emotionale Bindung aus. Der Ehemann ist täglich zu allen Mahlzeiten zu Besuch. Die Kinder sind mehrmals in der Woche bei der Mama, meistens nach der Arbeit oder am Wochenende. Die starke Belastung der Familie ist deutlich zu spüren. Gespräche mit Herrn P. und den Kindern können nicht viel zur Entlastung beitragen. Ich habe oft das Gefühl, dass Herr P. die Gespräche eher vermeidet. Laut Tochter hofft der Papa immer noch auf eine Besserung bzw. Genesung, denn sie haben so viel gemeinsam geplant und sich auf die Zeit im Ruhestand so sehr gefreut.

Frau P. ist bettlägerig, ihr Zustand verschlechtert sich allmählich, die Symptomatik ist aber gut kontrollierbar. Das Problem, das Frau P. momentan beklagt, ist Würge- und Brechreiz beim Essen. Die Medikation dagegen hilft nur bedingt. Seit einigen Tagen lehnt Frau P. das Essen, serviert von Pflegepersonal und Hauswirtschaft, ab. Der Brechreiz ist zu belastend. Wenn aber der Ehemann kommt und ihr Essen anbietet, stimmt sie zu.

Meines Erachtens mobilisiert Frau P. alle ihre Kräfte, um das wenige Essen zu sich zu nehmen. Sie scheint dabei sehr angespannt zu sein und leidet sichtlich, da sie versucht, den Brech-



reiz zu unterdrücken. Aber auf der anderen Seite sieht sie, wie erfreut ihr Mann ist, wenn sie »gut gespeist« hat. Der Ehemann bringt für seine Frau ihr Lieblingsessen mit, in der Hoffnung, dass sie dann mehr isst und schnell wieder auf die Beine kommt. Er erkennt die fortschreitende Verschlechterung des allgemeinen Zustandes seiner Frau nicht; der Würge- reiz sei nur vorübergehend, erklärt er.

Es ist sehr schwierig für das Pflegepersonal, kaum eine Möglichkeit zu haben, die Situation ändern bzw. verbessern zu können – weder für Frau P. noch für ihren Ehemann – außer sie zu zulassen und zu ertragen. Einige Tage vergehen, bis eine Änderung eintritt. Frau P.'s Zustand hat sich soweit verschlechtert, dass sie gar keine Nahrung mehr zu sich nehmen kann. Der Ehemann hat seine Hoffnung verloren und scheint sichtlich am Boden zerstört. Er kommt weiterhin regelmäßig zu Besuch, findet aber keine Aufgaben mehr für sich. Er sitzt weit entfernt von seiner Frau und schaut regungslos in die Ferne. Und genauso erstarrt wirkt seine Ehefrau. Die Atmosphäre im Zimmer ist sehr angespannt. Erst als Herr P. von mir zu körperlicher Nähe zu seiner Frau ermutigt wird, ändert sich für beide die Situation. Ab da sitzt er am Bett seiner Frau und hält ihre Hand. Manchmal massiert er ihre Hände und Arme mit Rosenöl. Frau P. genießt diesen Kontakt, sie wirkt sichtlich entspannter und ihr Mann hat eine neue Aufgabe. Er kommt weiterhin jeden Tag und begleitet seine Frau hautnah. So können sie sich gegenseitig begleiten. Die Tochter ist aktiv in die Pflege einbezogen, sie hilft beim Positionswechsel und der Körperpflege. Sie erfährt hautnah, wie Körperrnähe und Berührung entspannend und beruhigend auf die Mutter wirken.

Häufig braucht es Zeit, bis Angehörige in der Lage sind, eine Verschlechterung des allgemeinen Zustandes der Patienten zu akzeptieren und lernen können, ihre Lieben auf neue Art aktiv zu begleiten. Es ist eine große Herausforderung für Pflegende, den Angehörigen zur richtigen Zeit eine richtige Empfehlung und Halt zu geben und ebenso eine Herausforderung ist es, manche Situationen, die mit viel Schmerz und Trauer gefüllt sind, aushalten zu können, da sie in diesem Moment nicht zu ändern sind. Erfahrungsgemäß finden wir in herausfordernden Situationen zusammen mit den Patienten und ihren Angehörigen einen Weg für alle, sich in dieser Ausnahmezeit in einem geschützten Raum gegenseitig zu erfahren und zu begleiten, ohne die eigene Autonomie aufzugeben und so diesen letzten Weg gemeinsam gehen zu können.



Bank auf magerer  
Anhöhe

# Herausforderung Hospiz

**Wir Ärzte sind dankbar, dass so gut geschultes Personal im Hospiz arbeitet. Sie können vor allem beobachten und zuhören. Palliativmedizin ist Linderung körperlicher und seelischer Symptome und führt dadurch zu einer erträglichen Lebensqualität.**

TEXT:  
**Dr. med.**  
**Annette Sedlak,**  
*Fachärztin für  
Allgemeinmedizin*

Die ärztliche Betreuung im Evangelischen Hospiz erfolgt ausschließlich durch niedergelassene Hausärztinnen. Zurzeit sind acht Hausärztinnen und Hausärzte mit einer Zusatzausbildung in Palliativmedizin im Hospiz tätig.

**Wie kommt man dazu, neben der hausärztlichen Tätigkeit auch noch Hospizpatienten zu betreuen? Was motiviert uns? Wie kann das funktionieren?**

Hausärztliche Tätigkeit bedeutet u. a. Betreuung und Begleitung von Patienten, oft auch von Familien über einen längeren Zeitraum: von der Vorsorge, der Behandlung vorübergehender Erkrankungen bis zur Betreuung bei chronischen und schweren Erkrankungen und auch bis zur Sterbebegleitung. Das ist schon sehr nahe an der Arbeit, die wir im Hospiz tätigen. Eine palliative Zusatzausbildung hilft uns dabei. Von dieser Ausbildung profitieren wir auch im hausärztlichen Bereich. Was uns motiviert, sind die gute Personalausstattung im Hospiz, die Fach- und Kommunikationskompetenz der Mitarbeitenden und die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Hospizleitung, Pflege, Psychotherapie, Pfarramt, Hauswirtschaft, Ehrenamt. Hinzu kommt die Kooperation (Urlaubsvertretung, Informationsaustausch in einem monatlichen Hausärztle-Team) mit den ärztlichen Kolleginnen. Wir sind es sonst gewohnt, als »ambulante Einzelkämpfer« entscheiden zu müssen. Die Zusam-





menarbeit entlastet physisch und auch psychisch. In diesem Zusammenhang sind das Hospizkonzept und die Haltung der Mitarbeitenden elementar. Der Respekt vor dem Leben und dem Tod, die Wertschätzung unter- und miteinander, das Engagement für diese spezielle Tätigkeit, das ist alles keine Selbstverständlichkeit, sondern Grundlage dafür, dass die Herausforderung Hospiz gemeistert werden kann.

### Wie geht das und geht das überhaupt?

Nicht alles, aber vieles ist Organisation. Die Betreuung der zwölf Hospizpatienten erfolgt nach klaren Organisationsstrukturen. Sie wurden multiprofessionell erarbeitet. An vier Tagen in der Woche finden – unter den Ärztinnen aufgeteilt – die wöchentlichen Visiten statt. Vor der Aufnahmevisite werden Arztbriefe und Behandlungsvorschläge durch das erfahrene Leitungsteam des Hospizes an die Praxen übermittelt. Das vereinfacht die Visite.

Auch haben wir zusammen Behandlungsstrategien – u. a. für Probleme und Krisen – erarbeitet, die nicht bindend, aber doch hilfreich und verlässlich sind. Wichtig für uns Ärzte: Bei Therapieänderung außerhalb der Visite (z. B. bei zunehmendem Schmerz; dafür geben wir Medikamentenanpassungen vor) gilt das 4-Augenprinzip, d. h. die kollegiale Rücksprache. Alle Ärzte sind 24 Stunden an 7 Tagen erreichbar. Selten werden wir angerufen, da Probleme und Krisen meist schon vorab erkannt und vorausschauend Interventionen eingeleitet werden können. Wir Ärzte sind dankbar, dass ein so gut geschultes Personal im Hospiz

arbeitet, die vor allem beobachten und zuhören können. Palliativmedizin ist zum größten Teil Linderung der körperlichen und seelischen Symptome und führt dadurch zu einer erträglichen Lebensqualität. Die Hospiz- und Pflegedienstleitung übernimmt auch zeitaufwendige Gespräche mit Patienten und Angehörigen, die wir in der Praxis sonst selbst übernehmen müssen. Man sollte sich klar machen, dass schwerste Erkrankung und Sterben immer eine Krise bedeutet. Obwohl es Zeit kostet, die Visite – meist in der Mittagszeit – zu machen oder an einem freien Abend oder Nachmittag an einer Fortbildung teilzunehmen, ist die Arbeit bereichernd und befriedigend.



Sicherer Gang  
über unwägbares  
Gelände

# Zur Kooperation von hausärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit im Rahmen der Hospizarbeit.

**TEXT:**  
**Heike Dittmar,**  
*Psychotherapeutin*

Nach einigen Jahren in der Niederlassung als Psychotherapeutin wurde ich seinerzeit von hausärztlicher Seite angefragt, ob ich an einer Mitarbeit im Hospiz Interesse habe. Meine Entscheidung dazu war schnell gefasst, eine Integration in das bestehende Team der hier Beschäftigten war schnell möglich. Von den psychologischen Kollegen anfangs oft verständnislos belächelt wegen des zeitlichen Mehraufwands, den ein Hospizbesuch mit sich bringt, hat sich die Einstellung zur Tätigkeit im Hospiz auch im Kollegenkreis mit zunehmendem Alter gewandelt.

Nach hausärztlicher Einschätzung zum Bedarf einer psychotherapeutischen Unterstützung bei den Betroffenen, z. B. zur Bewältigung der mit dem Thema Sterben verbundenen Ängste, oder zur Lösung innerpsychischer Konflikte und nach Rücksprache mit der Patientin, oder aber auch auf deren eigenen Wunsch hin, findet die psychotherapeutische Behandlung wegen des hohen Unterstützungsbedarfs ausschließlich im Hospiz statt. Oft sind es die hausärztlichen Empfehlungen an die Patienten, die meinen Einsatz im Hospiz begründen. Unabdingbar ist hierbei der Austausch zwischen den Hausärzten, den Pflegekräften und der Therapeutin. Durch die Verschmelzung körperlicher und psychischer Betreuung kann die Patientin in ihrer Ganzheit betrachtet, und es können die für sie erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden. Oft ist es hilfreich für die Patientin, eine externe Ansprechpartnerin im Hospiz zur Verfügung zu haben. Ist doch der Aufenthalt dort, oft mit sehr vielen, auch negativen Emotionen verbunden: oft wird das Erleben des Kontrollverlustes im körperlichen und kommunikativen Bereich der Sterbenden in Beziehung zu den Pflegenden gesetzt. Das Hospiz, als sozusagen letztes Zuhause, bietet für viele einen familiären Rahmen, in welchem aber analog zur realen Familie entsprechende Konflikte in Extremsituationen auftreten können. Dies können unbewältigte, eigene Konflikte sein, die in den heutigen Rahmen übertragen werden. Eine therapeutische Intervention kann zu einer Neubewertung und Lösung dieses Konfliktes führen, sofern dieses Angebot angenommen werden kann. Jedoch sind auch in diesem Rahmen den Möglichkeiten Grenzen gesetzt, so dass oft auch nach weiteren Interventionsmöglichkeiten gesucht werden muss.



Hausärztin mit  
Katze auf Visite  
im Hospiz

Für viele Patienten haben in dieser letzten Lebensphase Berührungen eine wichtige Bedeutung. Diese können sowohl emotionaler, als auch körperlicher Natur sein. Eine besondere Form der Berührungen findet oft im nonverbalen Kontakt, z. B. zu einem vierbeinigen Besucher im Hospiz, einem jungen Kater, statt. Sie kann mit dem Einverständnis der Patienten als hausärztliche Co-Therapie eingesetzt werden.

Die Patienten im Hospiz werden von Angehörigen, sofern sie zu Besuch kommen, eher wenig berührt. Sie erfahren Berührungen hauptsächlich von Pflegenden, zumeist im Zusammenhang mit ihrem Kontrollverlust,

beim Positionswechsel im Bett oder beim Ausscheiden. Berührungen können Angst auslösen, als beschämend, schmerzhaft erfahren werden. Berührungen können aber auch als wohltuend wahrgenommen werden, wie beispielsweise eine Fußmassage. Stets ist die Patientin dem Können und Wohlwollen der Berührenden passiv ausgeliefert.

Anders ist es, wenn das Katerle, der Begleiter von Frau Dr. Hoppe, zu Besuch kommt. Der Kater betreut dann sein eigenes Revier. Er wird gezielt zu Patienten geführt, die dem Kater Gesellschaft leisten wollen, bis Frau Dr. Hoppe ihre Visite beendet hat. Insbesondere besucht er zwei Damen, die nur wenig menschlichen Besuch bekommen. Der Kater macht es sich dann auf dem Schoß von Frau A. bzw. im Bett von Frau T. bequem und genießt die ihm gewidmete Zuwendung schnurrend in vollen Zügen. Die Damen blühen auf, hier besucht sie ein lebendes Wesen, das absichtslos ihre Zuwendung genießt und bietet den Damen etwas, das sie auf menschlicher Ebene am Ende ihres Lebens sonst nicht mehr erleben: Sie können einem anderen Lebewesen liebevolle Zärtlichkeit geben und dieses Lebewesen genießt das. Die Damen erfahren sich dabei nicht als Patientin, sondern als Freundin. Das ist heilsam. Das legt sich wie Balsam auf die vielen emotionalen Wunden und Narben, die sie ins Hospiz mitgebracht haben.

# Auf der Suche nach einem roten Faden

**Bei all diesen Tätigkeiten und Auseinandersetzungen mit den unterschiedlichen Aspekten der Medizin ist mir jedoch nie die Frage gestellt worden: Was hat das alles mit dir zu tun? – Diese Frage wurde mir das erste Mal im Hospiz gestellt.**

TEXT:  
**Christiane Klein,**  
*Fachärztin für  
Allgemeinmedizin*

## **Ein persönlicher Blick auf die Tätigkeit als Medizinerin im Hospiz**

Im Laufe meiner medizinischen Ausbildung und Entwicklung hat es naturgemäß unterschiedliche Phasen von Begeisterung für die vielen verschiedenen Aspekte der Medizin gegeben. Anfangs war es die intellektuelle Herausforderung, die Akkumulation von Wissen und die Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Medizin. Im weiteren Verlauf der Zugewinn von praktischen Fähigkeiten, eine gewisse Faszination für die chirurgischen Fächer, das Wiederherstellen von Gesundheit durch operative Lösungen. Schließlich in meiner Tätigkeit als niedergelassene Allgemeinmedizinerin die Anteilnahme an den Schicksalen meiner Patienten, die Verbesserung und Heilung von Krankheiten durch »sprechende« Medizin, also Empathie, Kommunikation, Anleitung und Edukation.

Bei all diesen Tätigkeiten und Auseinandersetzungen mit den unterschiedlichen Aspekten der Medizin ist mir jedoch nie die Frage gestellt worden: Was hat das alles mit dir zu tun? – Diese Frage wurde mir das erste Mal im Hospiz gestellt. Da war ich schon eine

Weile als teilnehmende Hausärztin im Hospiz beschäftigt und sie war Bestandteil einer hospizinternen Weiterbildung. Ich fühlte mich wie vom Schlag getroffen: Medizin war etwas, was man machte und etwas, was einen begeisterte und ausfüllte als Beruf, aber wieso musste ich, meine eigene Person, dabei ins Spiel kommen? Nicht nur die Frage, sondern auch die emotionale Beunruhigung durch diese Frage verwirrten mich einigermaßen.

Vielleicht ist es die Frage aller Fragen, die jeder sich stellen sollte, wenn man eine Tätigkeit nahe am Menschen ausübt. Tatsache ist, dass sie viel zu selten gestellt wird, dass man ihr ausweicht, weil die Gefahr besteht, sich auf unsicheres Terrain zu begeben. Weil man möglicherweise auch Antworten findet, die schwer auszuhalten sind.



Ich habe für mich die Frage so beantwortet, dass Medizin über viele Jahre meines Lebens der Kampf gegen das Leid und den Tod bedeutete, das war für mich die Motivation und der eigentliche Sinn meiner Tätigkeit, weil der Tod ein Abschiednehmen bedeutete und Abschiede konnte ich nicht gut aushalten. Im Laufe der Berufsausübung wurde mir zunehmend bewusst, dass man mit der Medizin auch Leiden verlängern oder verantwortlich sein kann für den vorzeitigen Tod eines Menschen, indem man zu viel oder zu wenig Medizin einbringt. Das ließ mich vorsichtiger werden und die Zweifel an der Macht der Medizin schlichen sich ein – Zweifel sind auch schwer auszuhalten.

Wenn ich heute sage, dass ich Fragen und Zweifel besser begegnen kann, dann hat das viel mit der Frage aller Fragen zu tun, der Frage, die mir im Hospiz gestellt wurde und der ich mich immer wieder stellen muss. Ich habe heute einen anderen Blick auf die Medizin und mich als Medizinerin. Die Macht ist begrenzt, das Leiden linderbar, aber nicht vermeidbar, der Tod etwas, das sich nicht bekämpfen, sondern bestenfalls verschieben lässt und Abschiednehmen kann auch voller Trost und Zuversicht sein.



Tragfähige  
Konstruktion

# Ich weiß, was gut für Sie ist ...

**Im gemeinsamen Austausch unserer verschiedenen Interpretationen der Wahrnehmung prüfen wir, ob das erkannte Problem das Problem des Patienten oder der Pflegekraft ist. Wie gehen wir damit um? Was ist das Ziel im Sinne des Patienten? Welche Maßnahmen müssen wir ergreifen, um dieses Ziel zu erreichen ohne die Würde des Patienten zu verletzen?**

**TEXT:**  
**Heike Koch,**  
*stellvertretende  
Pflegedienstleitung*

Über mehrere Jahre habe ich als internistische Krankenschwester in verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet, Fortbildungen besucht und einen Palliative-Care-Kurs absolviert.

Hochmotiviert, voller Ideen und erworbenem Fachwissen fing ich 2011 im Evangelischen Hospiz als Pflegefachkraft an. Ich wollte den Patienten im Hospiz all meine Erfahrungen und mein Wissen zu Gute kommen lassen, um ihnen die letzte Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten. Schon nach kurzer Zeit musste ich erfahren, dass es mir schwer fiel, mit all meiner fachlichen Exzellenz die Wünsche und Bedürfnisse mancher Patienten zu akzeptieren. Wir hatten unterschiedliche Auffassungen davon, was Lebensqualität ausmacht. Dem Wissen, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden müssten oder könnten, um die Symptome der Erkrankung, wie Atemnot, Verstopfung oder Schmerzen zu lindern, steht mitunter die Ablehnung durch den Patienten gegenüber.

Für Pflegende kann dieser Konflikt zu einer inneren Belastung werden. Ich könnte dem Wunsch der Patienten ja einfach nachkommen. Aber die Erfahrung hat mich gelehrt, dass hinter der Ablehnung auch Ursachen stecken können, die ich gar nicht vermute. Der eigentliche Grund ist nicht immer sofort ersichtlich. Lehnt die Patientin die Körperpflege vielleicht ab, weil sie sich auf Grund ihres veränderten Körperbildes, zum Beispiel durch Gewichtszunahme oder einen nach außen wuchernden Tumors, schämt? Möchte sie die Zimmertür immer geschlossen haben, weil ich ihre Hilflosigkeit nicht sehen soll? Lehnt sie Abführmaßnahmen ab, weil sie anschließend nicht selbstständig zur Toilette gehen kann? Wie viel Schmerzen möchte sie aushalten, um sich zu spüren oder sich kraftvoll zu fühlen?

An dieser Stelle müssen wir gemeinsam mit der Patientin klären, warum Maßnahmen abgelehnt werden. Empathie, Sensibilität und Wertschätzung seitens der Pflegekräfte sind gefragt. Im Team tauschen wir unsere Wahrnehmungen auf



Nein,  
heute nicht!

Grund von Beobachtungen und Gesprächen aus. Wir haben gelernt, uns und den Wahrnehmungen der Sterbenden zu vertrauen, auch wenn wir den Sinn der Ablehnung nicht immer gleich verstehen. Hilfreich ist, gemeinsam im Team zu schauen, wie sich die

Patientin in ihrer aktuellen Situation wahrnimmt. Wie ergeht es der Patientin, wenn sie fachlichen Rat nicht annehmen möchte? Welche Konsequenzen entstehen für die Patientin im weiteren Verlauf? Können wir die eigentlichen Gründe der Ablehnung finden? Gemeinsam besprechen wir das weitere Vorgehen. Natürlich gibt es Situationen, in denen wir auch gegen den Willen der Patientin eingreifen müssen, um größere Not abzuwenden. So kann es sein, dass die Patientin, die immer ihre Zimmertür geschlossen haben möchte, auf Grund einer allgemeinen Verschlechterung mehrfach stürzt, ohne sich selber helfen zu können. Pflegekräfte haben eine Fürsorgepflicht. Im Gespräch mit der Patientin wird nach einer für alle tragbaren Lösung gesucht. Ein Lösungsvorschlag könnte sein, einen engmaschigeren Kontakt herzustellen. Der nächste Schritt wäre, die Zimmertür bleibt angelehnt, um schneller auf unvorhergesehene Situationen aufmerksam zu werden. Weiterhin wird die Patientin darin unterstützt, so viel wie möglich selber zu tun. In unserer Arbeit müssen wir täglich prüfen: Aus welcher Perspektive nehmen wir ein »Problem« wahr?

Unter diesem Aspekt schreiben wir auch die Pflegeplanungen für jeden einzelnen Patienten. Im gemeinsamen Austausch unserer verschiedenen Interpretationen der Wahrnehmung prüfen wir, ob das erkannte Problem, das Problem des Patienten oder der Pflegekraft ist. Wie gehen wir damit um? Was ist das Ziel im Sinne des Patienten. Welche Maßnahmen müssen wir ergreifen, um dieses Ziel zu erreichen ohne die Würde des Patienten zu verletzen. Fazit: Ich glaube zu wissen, wie ich der Patientin bei bestimmten Symptomen helfen kann, was ihr gut tun würde. Aber letzten Endes muss ich respektieren, dass die Patientin selber entscheidet, was für sie Lebensqualität bedeutet. Ich kann sie nur begleiten und meine Unterstützung anbieten.

# Das Dilemma vom Leben am Ort des Sterbens

**Nach Hospizaufnahme stabilisieren sich Patienten oft noch einmal körperlich: alte Kräfte kehren zurück, Symptome sind rückläufig und Bedürfnisse werden wieder geweckt. Das sorgt für Verwunderung und kann eine Herausforderung darstellen, für die Patienten, deren Angehörige und das betreuende Team.**

TEXT:  
**Sarah Berger,**  
*Pflegefachkraft*

Immer wieder erfahre ich Verwunderung darüber, wie »normal« ein Tag im Hospiz aussehen kann. Sei es in meinem privaten Umfeld, wenn ich von meiner Arbeit erzähle oder auch von Besuchern und Patienten, die in das Hospiz kommen. Ich vermute, dieser Verwunderung liegt die Vorstellung zugrunde, die jeder Einzelne vom Sterben hat. Es scheint irritierend zu sein, dass gerade an einem Ort zum Sterben so viel Leben stattfinden kann. Und dies wird dann scheinbar auch noch bewusst gefördert. Im Hospiz, einem dem Sterben zgedachten Ort.

Das Sterben ist der Abschnitt des Lebens, welchen ich in meiner professionellen Rolle als Pflegende bei Patienten begleite. Dieser Abschnitt wird medizinisch definiert als Erleiden einer nicht mehr heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung, die voraussichtlich in absehbarer Zeit (in Tagen – Monaten) zum Tode führen wird. Dieser Zeitabschnitt gestaltet sich von Patient zu Patient individuell, da unsere pflegerische Aufmerksamkeit nicht nur den Krankheitssymptomen gilt, sondern vor allem den vielfältigen individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten. Im Laufe der dem Hospizaufenthalt vorausgegangenen Tage war das Leben des Patienten und dessen Begleiter geprägt durch Krankheitserfahrung und vielfältige Einschränkungen, auch durch medizinische Maßnahmen. Das Leid, sowohl seelisch als auch körperlich, war in den Lebensmittelpunkt des Patienten gerückt. Im Zentrum der Gedanken stand

oft die nächste medizinische Behandlung, Therapie oder aber auch Trauer und Verlust einst vorhandener Ressourcen und weniger das, was das Leben, trotz allem, immer noch lebenswert macht (z. B. Genuss des Lieblingsessens, eine Spazierfahrt im Frühling, eine wohltuende Massage, ...).

Bei meiner Arbeit erlebe ich oftmals, dass die Patienten sich körperlich noch einmal stabilisieren, nachdem sie im Hospiz aufgenommen wurden: Dass alte Kräfte neu entstehen, Symptome rückläufig sind und Bedürfnisse wieder wahrgenom-





Das tut gut.

men werden. Dieses Phänomen sorgt oft für Verwunderung und gerade das kann auch eine besondere Herausforderung darstellen, sowohl für die Patienten als auch für Angehörige sowie für das betreuende Team. Letzteres hat das Ziel der Lebensqualität im Fokus, welches z.B. durch eine gute Symptomkontrolle erreicht werden kann. Jedoch gestaltet sich diese Aufgabe für das Team mitunter auch schwierig. Man muss lernen auszuhalten, dass eine Situation aus Sicht der Pflege anders wahrgenommen wird, als aus Sicht der Patienten. Meine objektive, fachliche Betrachtungsweise muss sich immer an meinem gleichzeitigen Bewusstsein der Bedeutung der subjektiven Lebensqualität für die Patienten messen: es kann beispielsweise für eine Patientin das Wichtigste sein, eine Zigarette zu rauchen. Das bedeutet für sie in dem Moment einfach Lebensqualität. Objektiv betrachtet sehe ich aus der professionellen Sicht im ersten Moment jemanden, der aufgrund bestehender Schwäche Sturzgefahr in Kauf nimmt und trotz Luftnot, die durch die Belastung des Laufens verstärkt wird, sich auf den Weg zum Raucherbereich macht. Ich sehe die gewonnene Lebensqualität durch die autonome Bewegung und das Rauchen, ebenso wie ich auch die Luftnot, Schwäche und Sturzgefahr wahrnehme. Wann muss ich aktiv werden? Was ist richtig oder falsch? Muss ich helfen oder verhalte ich mich dann übergriffig? Soll ich sie rauchen lassen oder es verbieten? Ist es wirklich ein Verbot oder ist es vielmehr meine Fürsorgepflicht, die ich der Patientin gegenüber habe? Diese Art der Dilemma-Situationen ist ein immer wiederkehrender Teil unserer Arbeit. Umso wichtiger ist es, sich darüber im Klaren zu sein, dass es eben ein Dilemma ist. Es geht in der Arbeit nicht um die Bewertung, ob richtig oder falsch, sondern darum, wie ich einen Beitrag zur bestmöglichen Lebensqualität leisten kann. Denn gerade dieser Teil unserer Arbeit ist vielen Außenstehenden nicht bewusst: eben die Zeit vor dem Sterben, das Leben vor dem Sterben, mit Qualität zu füllen.

# Auf dem Weg von der Intensivstation ins Hospiz

**Ich habe gelernt, wie wichtig es ist, die Situation der Patienten aus ihrer Perspektive zu verstehen und meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, was für sie Lebensqualität bedeutet.**

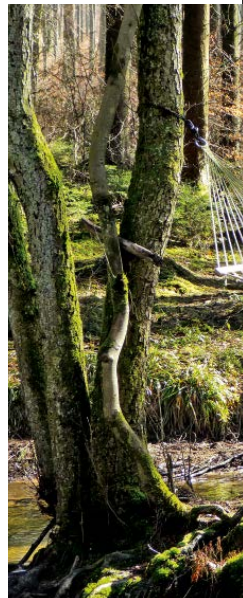
TEXT:  
**Doris Kömpel,**  
*Pflegefachkraft*

Nach langem Einsatz als Krankenschwester auf einer Intensivstation entschied ich, dass dies nicht mehr der richtige Arbeitsplatz für mich ist. Nach meinem Empfinden verlor sich in der Arbeit der Lebensrettung um jeden Preis oft die Lebensqualität: Der Patient – der Mensch – verlor sich in dieser hoch technisierten Intensiv-Welt voll Lärm, Stress und Hektik. /// Die Bemühungen, Leben zu retten, verlängerten oft nur Leiden. /// Mir kamen zunehmend Zweifel, ob vorhandene Patientenverfügungen bei Entscheidungen berücksichtigt wurden. /// Ich bekam den Eindruck, Entscheidungen werden aus wirtschaftlichen Interessen und nicht zum Wohle des Patienten getroffen. /// Die hierarchische Struktur im Haus empfand ich als starr. /// Mangelnde Kommunikation führte zu Informationsverlusten. /// Dadurch wurde auch der Umgangston untereinander und gegenüber den Patienten teilweise respektlos. /// Durch fehlende Wertschätzung fühlten sich viele Pflegekräfte unzufrieden, frustriert und ausgebrannt.

Wo wollte ich also hin? Ich wollte nicht mehr mit aller Macht und um jeden Preis versuchen Menschenleben zu retten, sondern Menschen in Krisensituationen am Ende ihres Lebens begleiten und versuchen, ihnen ein Leben und einen Abschied in Ruhe und Würde zu ermöglichen. Folglich entschied ich mich für das Hospiz.

## **Nach einem Jahr im Evangelischen Hospiz stelle ich fest:**

Es war anstrengender, als ich dachte, aus der gewohnten Routine zu finden. /// Ich habe gelernt, wie wichtig es ist, die Situation der Patienten aus ihrer Perspektive zu verstehen und meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, was für sie Lebensqualität bedeutet. /// Um die Ressourcen der Patienten zu erkennen, wertzuschätzen und zu



fördern, musste ich mich entschleunigen. /// Es ist nicht leicht, manche Arbeiten liegen zu lassen, weil andere Dinge aktuell wichtiger sind, oder weil es so dem Wunsch des Patienten entspricht. /// Es wird stressig, wenn mehrere Patienten plötzlich gleichzeitig Wünsche haben oder eine einzelne Patientin so betreuungsintensiv ist, dass man sich fast ausschließlich um sie kümmern muss. Auch können sich plötzlich Krisensituationen entwickeln, auf die sofort reagiert werden muss. /// Der Stress, den ich erlebe, ist ein anderer als auf der Intensivstation. Ich kann besser damit umgehen und empfinde ihn als weniger belastend. /// Menschen und ihre Angehörigen, die ins Hospiz kommen, wissen, dass sie unheilbar krank sind und sich hier auf ihren letzten Weg begeben. Trotzdem fechten einige schwere Kämpfe aus, hängen am Leben, bevor sie und vor allem ihre Angehörigen »loslassen« können. Diese Prozesse zu begleiten, die richtigen Worte zu finden, bedeutet für mich manchmal Schwerstarbeit. /// Wenn Fehler passieren, wird nicht nach Schuldigen gesucht, sondern gemeinsam versucht eine Lösung zu finden, um Fehler zukünftig zu vermeiden. /// Natürlich gibt es auch im Hospiz Unzufriedenheit mit der einen oder anderen Angelegenheit, aber diese überwiegt nicht und verdirbt nicht die Arbeitsatmosphäre. /// Durch die Neueinstellung von sieben Kollegen in den letzten zwei Jahren ist eine gewisse Unruhe ins Team gekommen, die die »alten« Kollegen mittragen müssen, was nicht immer leicht ist.

### Ein kurzes Schlusswort:

Ich war von Anfang an sehr beeindruckt von der Haltung, die im Hospiz waltet und gelebt wird. Bei aller Arbeit, bei allem was passieren kann, erfahren alle Mitarbeitenden einen sehr hohen Stellenwert. Ich fühlte mich von Anfang an wertgeschätzt, sowohl von Kollegen als auch von Vorgesetzten und Ärzten. Ich konnte stets mit Fragen und Problemen zu ihnen allen kommen. Es herrscht mit allen ein sehr freundlicher Umgang. Jeder kann seine Meinung äußern. Jeder wird ernst genommen. Ich habe das Gefühl, in einem sehr gesunden Arbeitsklima tätig zu sein. Ich weiß das umso mehr zu schätzen, als ich ganz andere Verhältnisse gewohnt war.



Ein wirklich ruhiges Plätzchen

# Am Ende ins Hospiz! – Ist das Hospiz das Ende?

**Wer im Hospiz arbeitet, lernt viel über die Endlichkeit und Einzigartigkeit des Lebens. Die Pflegenden, die eigentlich Hebammen werden wollte, steht nun an der anderen Schwelle des Lebens. Unsere Patienten lehren uns dabei, das Leben zu schätzen. – Bis zum Ende!**

**TEXT:**  
**Beatrix Biewald,**  
*Pflegefachkraft*

Den Patienten im Hospiz ist gemeinsam, dass sie mit einer schweren Erkrankung leben, an der sie im Hospiz sterben. Darüber hinaus sind ihre Lebensgeschichten so individuell und bunt wie überall, wo fremde Menschen zusammenkommen. Aber was verbindet die Menschen, die im Hospiz pflegen? Was unterscheidet sie?

Im Vergleich zu Teams anderer Gesundheitsbereiche sind wir ein recht altes Pflorgeteam. Im Moment beträgt das Durchschnittsalter 48,2 Jahre. Trauen sich die Pflege von Sterbenden also eher Personen mit viel Lebens- und Berufserfahrung zu? – Nicht nur, denn auch das Altersspektrum ist groß, von U-30- bis Ü-60-Jährigen. Es arbeiten Pflegenden, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand eintreten werden, zusammen mit Kolleginnen, die sich beruflich weiterqualifizieren oder gerade eine Familie gründen. Zuhause könnten sie Mutter und Tochter sein, im Hospiz sind sie Kolleginnen.

Im Laufe der Jahre hat sich das Team verändert. Einige haben schon die Aufbauphase miterlebt. Andere sind erst im letzten Jahr dazugekommen. Die vier Männer sorgen dafür, dass die Pflege längst nicht mehr rein weiblich ist. Für die Jüngeren unter uns gehören Einblicke in der Palliativpflege bereits zur Grundausbildung. Die meisten sind aber erst im Laufe des Berufslebens mit diesem Tätigkeitsfeld in Berührung gekommen – im Rahmen einer Weiterbildung, weil die Pflege auf der Intensivstation nicht zulässt, das Sterben angemessen zu begleiten oder weil man im persönlichen Umfeld den Tod eines Freundes miterlebt hat. Die Erfahrungen aus verschiedenen sozialen Bereichen, wie der Altenpflege, Arbeit mit Behinderten oder der Trauerbegleitung, sind wertvolle Elemente, die die Hospizpflege bereichern. Die Enttäuschung, in der Pflege oft nicht zufriedenstellend arbeiten zu können, hat Kolleginnen bewogen, sich im Hospiz zu bewerben. Sie wollten nicht mehr überbordende Dokumentation, Personalmangel und vernachlässigte Selbstbestimmung hinnehmen.





Von dort  
nach hier

Von kulturellen Unterschieden im Umgang mit dem Tod berichtet eine afrikanische Kollegin. Ihre Familie in Afrika akzeptiert es nicht, dass sie freiwillig mit Sterbenden und Toten umgeht, weil das in ihrer Gesellschaft ein Tabu ist. Wenn ich jedoch immer wieder höre:

»Gut, dass es Leute wie Sie gibt, ich könnte das nicht.« frage ich mich, welchen Platz der Tod in *unserer* Gesellschaft hat. Und ob viele nicht doch froh sind, dass es professionelle Einrichtungen gibt, deren Kerngeschäft der Umgang mit dem Tod ist.

Weil nicht die Diagnose behandelt, sondern der sterbensranke Mensch mit seinen ganz persönlichen Präferenzen gepflegt wird, können und müssen wir Pflegenden unser Handeln immer wieder individuell gestalten. Bei einem guten Verlauf wird das den Wünschen der Patienten und den Fähigkeiten der Pflegenden gerecht. Die Menschen, die als Patienten ins Hospiz kommen, wissen, dass ihr Leben dort zu Ende geht. Gemeinsam bemühen wir uns, diese Zeit als besondere Lebenszeit zu gestalten, damit der Tod am Ende kommen darf, um das Leben zu vollenden. Einige Pflegende werden im Hospiz das Ende ihrer Berufstätigkeit erleben. Sie haben für die letzten Berufsjahre diesen Wechsel riskiert und sich noch einmal auf etwas Neues eingelassen. Sie haben nicht einfach das Ende abgewartet, sondern sich weiterentwickelt. Andere werden im Lauf der Zeit das Hospiz verlassen, um an anderen Orten zu arbeiten. Dorthin nehmen sie mit, was sie hier eingeübt haben.

Wer später Pflegende ausbildet, wird sie sensibilisieren, dass Patienten Menschen mit Bedürfnissen, Vorlieben und Ängsten sind, die nicht schon gut versorgt sind, wenn alle Pflegestandards erfüllt sind. Wer im Hospiz arbeitet, lernt viel über die Endlichkeit und Einzigartigkeit des Lebens. Wer gerne auch Architektin geworden wäre, sorgt für die nötige Tragfähigkeit, die Musikerin macht das Schwere leichter und die Pflegende, die eigentlich Hebamme werden wollte, steht nun an der anderen Schwelle des Lebens. Unsere Patienten lehren uns dabei, das Leben zu schätzen. – Bis zum Ende!

# Wann fängt der Abschied an?

**Sterbende und Angehörige wissen um das bevorstehende Ende des Lebens, doch keiner will es dem anderen gegenüber aussprechen. Endgültiger Abschied tut weh. Wir haben doch noch Zeit – oder?**

TEXT:  
**Adelheid von Herz,**  
*Pflegefachkraft*

Wenn ich das Zimmer einer Patientin im Hospiz verlasse, weiß ich nie, ob ich sie am nächsten Tag wieder lebend antreffen werde. Ich verabschiede mich deshalb nicht mit »Auf Wiedersehen, bis morgen«, sondern ich wünsche ihr »einen schönen Nachmittag« oder »eine gute Nacht«. Die Patienten fragen mich manchmal, ob ich noch mal reinschaue oder wann wir uns wiedersehen. Ich höre aus dieser Frage: »Gibt es ein Wiedersehen?«

Angehörige der Patienten möchten informiert werden »wenn sich der Zustand verschlechtert«. Frage ich nach, ob sie mit »Verschlechterung« den bevorstehenden Tod meinen, löst diese Frage oft eine emotionale Reaktion aus und – ja, sie meinen den bevorstehenden Tod. Es ist wichtig, das Wort »Tod« auszusprechen. Dann ist benannt, womit wir in nächster Zeit konfrontiert sind: mit dem endgültigen, unwiederbringlichen Verlust eines Menschen.

## **Keiner will darüber reden**

Sterbende und Angehörige wissen um das bevorstehende Ende des Lebens, doch keiner will es dem anderen gegenüber aussprechen, ihm nicht weh tun. Nein, es ist noch nicht so weit. – Wann ist es denn soweit? Endgültiger Abschied tut weh, schmerzt körperlich: es brennt, schießt ein, schneidet scharf, treibt die Tränen raus und nimmt mir den Atem. Das will ich dem anderen nicht antun! Überhaupt nicht. Nicht heute. Nicht jetzt. Wir haben doch noch Zeit, oder? Wann fängt das Abschied nehmen an? Welche Erfahrungen habe ich mit Abschieden in meinem Leben? Was ist mit dem Abschied von meiner Jugend, meiner Gesundheit, meinen Träumen, meinen Lebensplänen? Wie habe ich bisher meine Abschiede gestaltet von Menschen, die mir wichtig waren und die mir unwiederbringlich abhanden kamen? Wie ging es mir, erfahren zu müssen, dass ein mir lieb gewordener Mensch unerwartet gestorben ist?

Wir erleben unsere Ohnmacht gegenüber dem Unwiederbringlichen. Vielleicht fühlen wir auch Schuld und Scham, etwas versäumt zu haben. Manchmal spüren wir, dass der Tod des anderen Menschen auch eine Befreiung ist – zumindest vom

Miterleben seines Leidens und seiner Bedürftigkeit – und gestehen uns dieses Gefühl nicht zu. Vom Tod eines nahestehenden Menschen zu erfahren oder diesen mitzerleben, konfrontiert uns mit einer mitunter überraschenden Vielfalt an Gefühlen. Wir werden uns der Bedeutung bewusst, die dieser Mensch für uns hatte und kommen in direkten Kontakt mit unserer eigenen Endlichkeit.

### Bevor es zu spät ist ...

Warum soll ich mir das nicht bewusst machen und warum soll dieser Mensch meine Gefühle nicht erfahren, bevor er gestorben ist? Das wäre dann: einen Abschied zu geben! Das kann ich auch tun, wenn der andere noch nicht bereit ist, zum Abschied geben, wenn er mich noch keinen Abschied von ihm nehmen lässt. Aber warum denn »einen« Abschied? Abschiednehmen ist ein Prozess in vielen kleinen Schritten. Und da es eine große Herausforderung ist, sich endgültig von einem unwiederbringlichen Menschen zu verabschieden, muss ich beizeiten anfangen, diesen Abschied zu üben. Beizeiten ist jetzt.

In der Palliativpflege ist mir klar geworden, dass ich meine Arbeit so gestalten muss, als gäbe es kein Morgen. Es gilt nur der gegenwärtige Moment, den ich gestalte. Dieser gegenwärtige Moment ist unwiederholbar und unwiederbringlich. Er genießt meine ganze Aufmerksamkeit.

Wenn ich mich von Patienten oder Angehörigen verabschiede, ist es immer ein Abschied für immer. Auch wenn es voraussichtlich ein Wiedersehen geben kann. Kann ich mir sicher sein? Kann ich mir sicher sein, wenn ich mich morgens von meinem Mann verabschiede, dass ich ihn am Abend lebend wiedersehe? In der Palliativpflege, wie überhaupt im Leben, gilt nur der jeweils gegenwärtige Moment, die Vergangenheit ist weg, die Zukunft noch nicht da, auch wenn ich wahrscheinlich noch zukünftig gegenwärtige Momente erfahren darf. Kann ich mir sicher sein? Besser ist: der gegenwärtige, unwiederholbare, unwiederbringliche Moment genießt meine gesamte Aufmerksamkeit. Das ist: Abschied leben.



Die Koffer sind gepackt

# »Gott, sammle meine Tränen in deinen Krug«

**In der deutschen Bestattungskultur ist ein tief greifender Wandel zu beobachten: Individualisierung der Gesellschaft, Liberalisierung der regionalen Bestattungsgesetze sowie kulturelle und religiöse Pluralisierung der gesellschaftlichen Lebensformen sind wichtige Faktoren dieses Wandels.**

TEXT:

**Dr. Ursula Schoen,**  
*Prodekanin des  
Evangelischen Stadt-  
dekanats Frankfurt  
und Offenbach*

Der Trauerzug bewegt sich langsam über den Friedhof. Das Grab liegt unter einer großen Platane. Die Pfarrerin spricht am offenen Grab das Vaterunser. Die Witwe schaut auf den Grabstein. Acht Namen aus der Familie des Verstorbenen stehen dort. »Hier ist er gut aufgehoben bei seinen Eltern und Brüdern.«

Wie eine »anständige« Bestattung auszusehen hätte, darüber gab es Jahrhunderte lang einen festen gesellschaftlichen Konsens. Eine zentrale Rolle hatten dabei die Kirchen. Eine Beerdigung ohne Pfarrerin oder Pfarrer waren nicht denkbar. Gedenken des Verstorbenen, Trost durch die Verkündigung der Auferstehung und Erdbestattung auf dem Friedhof gehörten zu den zentralen Elementen einer Trauerfeier. Die Beisetzung im Familiengrab gab den Toten ihren Ort im Familiengedächtnis. Ein festes Ritual trug die Trauernden.

In der deutschen Bestattungskultur ist seit längerem ein tief greifender Wandel zu beobachten. Die Individualisierung der Gesellschaft und die Liberalisierung der regionalen Bestattungsgesetze, aber auch die kulturelle und religiöse Pluralisierung der gesellschaftlichen Lebensformen sind wichtige Faktoren dieses Wandels. Dabei spielt auch die anonyme Bestattung eine immer größere Rolle. Wo keiner mehr ein Grab pflegen kann, verliert es als Erinnerungsort seinen Sinn. Die Gestaltungsmöglichkeiten einer Bestattung sind heute breit gefächert: Grabarten, Bestattungsorte, weltanschauliche Ausrichtung und besondere Rituale. Alles kann frei gewählt und nach persönlichen Wünschen zusammengestellt werden. Ein Regelwerk für Bestattungen wird nur noch von den christlichen Kirchen und anderen Religionsgemeinschaften vorgegeben. Ein eigener weltlicher Markt der Bestattungskultur ist entstanden, der sich an den



Mit  
Meeresblick

Interessen der Kunden und nicht mehr an Traditionen und religiösen Vorgaben orientiert. Pragmatische Kosten-Nutzen-Rechnungen werden nicht mehr als pietätlos empfunden.

Mit den Wahlmöglichkeiten wächst auch der Druck auf Angehörige und Menschen in der letzten Lebensphase, der Bestattung ein individuelles Gesicht zu geben. Was vorher in festgelegten Bahnen verlief, wird jetzt aus Einzelbausteinen zusammengesetzt, je nach Familienstand und Lebenssituation. Die Wahl der eigenen Bestattungsformen wird dabei als letzter Augenblick der persönlichen Selbstbestimmung verstanden. Diese steht auch im Fokus der aktuellen politischen Debatten um die deutsche Bestattungskultur. An die Stelle kollektiv definierter Abschiedsformen, ist die individuelle Gestaltung des Abschieds getreten. Darin liegt die große Chance dem Schmerz und der Trauer einen sehr persönlichen Ausdruck zu geben. Gleichzeitig aber werden Tod und Trauer zunehmend aus dem Bereich der öffentlichen und damit auch gemeinschaftlichen Wahrnehmung gezogen. Trauerorte, Trauerzeiten und allgemein verbindliche Regeln für den Umgang mit Trauernden gehen verloren. Trauer zieht sich ins Private zurück. Anteilnahme verliert ihre allgemein gültigen Sprach- und Ausdrucksformen. Und doch bleibt das Bedürfnis von Trauernden Ausdruck und Gehör zu finden für ihre Trauer im Wandel der Zeiten und der Formen.

# Impressum/ Bildnachweise/ Quellenangaben

---

## HERAUSGEBER

Evangelisches Hospiz  
Frankfurt am Main gGmbH  
Rechneigrabenstraße 12  
60311 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 / 299 879 0  
Telefax: 069 / 299 879 60  
E-Mail: [info@hospiz-frankfurt.de](mailto:info@hospiz-frankfurt.de)  
[www.hospiz-frankfurt.de](http://www.hospiz-frankfurt.de)

## KONZEPT, GESTALTUNG UND SATZ

la kritzer – design, visuelle Kommunikation  
Antje Kroll-Witzer, 8274 Tägerwilten, Schweiz  
[www.la-kritzer.ch](http://www.la-kritzer.ch)

## TEXTE

Seite 1: Dr. Walter Windisch-Laube / Seite 4, 5, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41: Dr. Dagmar Müller / Seite 7: Ulrike Scherf (li.), Dr. Achim Knecht (re.) / Seite 8: Michael Keller (li.) / Stefan Majer (re.) / Seite 9: Astrid Piesker (li.) / Dr. Carmen Berger-Zell (re.) / Seite 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23: Anne Lemhöfer / Seite 25, 26, 27, 28: Karl Valentin / Seite 33: Antje Schrupp / Seite 15, 31, 48, 49, 65, 92, 93: Adelheid von Herz / Seite 50, 51: Heike Truschel / Seite 52, 53: Monika Hutwelker / Seite 54, 55: Lena Budecker / Seite 47, 56, 57, 70, 71: Monika Laube / Seite 58, 59: Andrea Hußlein / Seite 60, 61, 74, 75: Petra Herfel-Stürz / Seite 60, 61, 66, 67: Reinhold Dietrich / Seite 68, 69: Jennifer Bopp / Seite 72, 73: Waltraud Berg-Heil / Seite 76, 77: Christoph Miarka / Seite 78, 79: Dr. med. Annette Sedlak / Seite 80, 81: Heike Dittmar / Seite 82, 83: Christiane Klein / Seite 84, 85: Heike Koch / Seite 86, 87: Sarah Berger / Seite 88, 89: Doris Kömpel / Seite 90, 91: Beatrix Biewald / Seite 94, 95: Dr. Ursula Schoen

## QUELLEN/AUSZÜGE

Seite 1: Walter Windisch-Laube, 1958, *Entscheid*, Aus: *Fenster und Tüten, Gedichte und Prosa*, S. 89, Elf Uhr Verlag, Lauterbach 2009, erste Auflage;

mit Genehmigung des Verfassers, Verlag erloschen / Seite 25, 26, 27, 28: Karl Valentin (1882–1948), *Im Jenseits*, Aus: *Ders., Sämtliche Werke in 9 Bänden*. Bd. I., © 2007 Piper Verlag GmbH, München / Seite 40: Aus: Infobrief, Nr. 15 / Seite 41: Statistik, Angaben vom Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main / Seite 43: Das, wodurch ..., aus: [www.aphorismen.de/zitat/198427](http://www.aphorismen.de/zitat/198427)

## BILDER

Seite 2, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 53, 54, 57, 61, 62, 63, 67, 69, 73, 75, 76, 77, 81, 83, 85, 87, 88, 89, 93, 95, Umschlag (Innenseite): Dr. Dagmar Müller / Seite 7: EKHN (li.), Evangelische Kirche Frankfurt und Offenbach (re.) / Seite 8: Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken (li.), Stadt Frankfurt (re.) / Seite 9: Privat (li.), Diakonie Hessen (re.) / Seite 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23: Rolf Oeser / Seite 24, 30, 64, 71, 78, 79, 91: Monika Laube / Seite 40: Andrea Hußlein (2. und 3. Bild, re.) / Seite 29: Brief (Privat) / Seite 4, 9, 58: Privat / Seite 33: Ilona Surrey / Seite 34: Evangelisches Hospiz Frankfurt am Main

## IDEE, KONZEPTION UND KORREKTORAT

Dr. Dagmar Müller, Monika Laube,  
Adelheid von Herz, Reinhold Dietrich

## DRUCK

[www.print24.de](http://www.print24.de), Radebeul

## PAPIER

Gestrichenes Papier (Bilderdruck matt)  
in 135 g/m<sup>2</sup> und 270 g/m<sup>2</sup>

## AUFLAGE

1500 Stück

## SCHUTZRECHTE

Die Bild- und Textrechte liegen beim Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main (EHF) bzw. bei den im Textnachweis namenthaft gemachten Personen. Jegliche Nutzung oder Verwendung bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Herausgeber.

© EHF 2019, Frankfurt/M.

## SPENDENKONTO:

Förderverein für das  
Evangelische Hospiz Frankfurt am Main  
IBAN: DE 86 5206 0410 0004 0024 23  
Stichwort: Spende



**Träger und Kontakt:**

Evangelisches Hospiz  
Frankfurt am Main gGmbH  
Rechneigrabenstraße 12  
60311 Frankfurt/Main  
Telefon: 069 / 299 879 0  
Telefax: 069 / 299 879 60  
E-Mail: [info@hospiz-frankfurt.de](mailto:info@hospiz-frankfurt.de)  
[www.hospiz-frankfurt.de](http://www.hospiz-frankfurt.de)

**Gesellschafter:**

Evangelischer Regionalverband  
Kurt-Schumacher-Straße 23  
60311 Frankfurt am Main  
Agaplesion Frankfurter Diakonie-Kliniken  
gemeinnützige GmbH  
Ginnheimer Landstraße 94  
60487 Frankfurt am Main

**Spendenkonto:**

Förderverein für das Evangelische  
Hospiz Frankfurt am Main  
IBAN: DE 86 5206 0410 0004 0024 23  
Stichwort: Spende