

# Hospiz Forum



**Palliativ Care - Lebensqualität**  
**bis zuletzt**



## ***Liebe Mitglieder und Freunde der Hospizbewegung und des LebensHaus!***

DR. IRMGARD ENGELKING

Palliativmedizin – dieser relativ neue Begriff taucht zunehmend häufig in den Medien und auch in unseren hospizlichen Einrichtungen auf. Wir möchten uns in dem vorliegenden Hospizforum mit dem Thema Palliative Care in der Hospizarbeit beschäftigen. Dabei wollen wir dazu weniger theoretische Erörterungen anstellen, sondern die Palliative Care eher in ihrer praktischen Anwendung an Hand von Beiträgen aus unserer Begleitertätigkeit darstellen. Es ist uns schwer gefallen, die Palliative Care abzugrenzen oder gar im Gegensatz zur Hospizarbeit zu betrachten. Wir sind bei der intensiven Beschäftigung mit diesem Thema zu der Erkenntnis gekommen, dass es keine grundsätzlichen Unterschiede in der Verwirklichung der Hospizidee und im Praktizieren der Palliative Care gibt. Bei der letzteren steht der medizinische und pflegerische, also körperliche Aspekt mehr im Vordergrund – bei der Hospizarbeit mehr der psychosoziale und spirituelle Bereich. Beides geht Hand in Hand und beide ergänzen einander. Bei der Palliative Care arbeiten bei Bedarf mehrere Berufsgruppen zusammen – Ärzte, Pflegepersonal, Soziale Dienste, Theologen, Psychologen – wobei es sich meist um hauptamtlich Tätige handelt, die in der Regel „rund um die Uhr“ zur Verfügung stehen sollten. Ergänzt wird diese Versorgung durch Ehrenamtliche, die bei der Hospizarbeit im Vordergrund stehen.

Ziel der Palliative Care ist Erhaltung oder sogar Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen „bis zuletzt“ und darüber hinaus. Der Begriff Lebensqualität ist sehr subjektiv und lässt sich nicht objektiv messen. Er richtet sich jeweils nach den individuellen Bedürfnis-

sen des Patienten. Diese stehen im Vordergrund jeder Palliative Care und sollten weitmöglichst verwirklicht werden.

### INFO-TEAM HOSPITZBEWEGUNG

Die ambulante Hospizbewegung hat ein neues Gesicht bekommen – Der beiliegende neue Flyer ist nicht nur inhaltlich, sondern – wie auf den ersten Blick erkennbar – auch im Design überarbeitet.

Wir – d. h. das Infoteam – finden, dass das warme und sonnige Erscheinungsbild gut zur ambulanten Hospizbewegung passt. Es wird uns sicherlich helfen, die Menschen noch besser über die Arbeit der ambulanten Hospizbewegung zu informieren. Dies gilt auch für den – optisch entsprechend gestalteten – neuen Stand, dessen Anschaffung erst durch eine Großspende der Firma Bröker ermöglicht wurde und der seinen ersten Einsatz auf dem Tibus-Sommerfest bereits erfolgreich absolviert hat. Die Gäste des Sommerfestes waren vom neuen Outfit, aber auch von der Arbeit der ambulanten Hospizbewegung angetan.

Wir hoffen, dass dies – unter anderem – auch auf dem Bundeskongress Soziale Arbeit am Donnerstag, den 22. September 2005 von 12:00 bis 18:00 Uhr direkt vor dem Schloss der Fall sein wird, wo Stand und Flyer wieder „live und in Farbe“ zu sehen sein werden.





# Palliativ Care - Lebensqualität bis zuletzt



<b>EDITORIAL</b>		
DR. IRMGARD ENGELKING	2	LIEBE MITGLIEDER UND FREUNDE DER HOSPIZBEWEGUNG UND DES LEBENSHAUS
<b>THEMEN</b>		
GUDRUN GROBE RUSE	4	CICELY SAUNDERS – BEGRÜNDERIN DER HOSPIZIDEE
GUDRUN GROBE RUSE	5	HOSPIZIDEE UND PALLIATIVE CARE
ELISABETH STRICKER	7	WENN NICHTS MEHR ZU MACHEN IST, KANN PALLIATIVE CARE NOCH SEHR VIEL TUN
DR. IRMGARD ENGELKING	9	LEBENSQUALITÄT BIS ZULETZT – WIE KÖNNEN WIR EHRENAMTLICHEN STERBEBEGLEITER DAZU BEITRAGEN?
ANDREA RECKMANN	11	PALLIATIVE CARE IM HOSPIZ
ANDREA RECKMANN	12	ATEMNOT – EIN HÄUFIGES SYMPTOM IM HOSPIZ
KARIN LEITER	13	ANGST VOR DEM ERSTICKEN
GUDRUN GROBE RUSE	16	SITUATION DER PALLIATIVVERSORGUNG IN MÜNSTER: ES GIBT NOCH GROßE LÖCHER IM VERSORGNUNGSNETZ!
GUDRUN GROBE RUSE	17	DR. ÄNNA VON BEVERFOERDE- EINE FÖRDERIN DER HOSPIZARBEIT IN MÜNSTER
WALBURGA VÖLKER	18	DAS LEBENSFEST 2005
<b>SERVICE</b>	2	EIN NEUES GESICHT FÜR DIE AMBULANTE HOSPIZBEWEGUNG
REZENSIONEN	19	INTERESSANTES VOM BUCHMARKT



## *Cicely Saunders – Begründerin der Hospizidee*

GUDRUN GROBE RUSE

Cicely Saunders wurde 1918 in der Nähe von London geboren. Anfang des Krieges ließ sie sich zur Krankenschwester ausbilden, weil sie meinte, bei so viel Not gäbe es für sie keine Alternative. Als sie ihre Ausbildung gerade beendet hatte, musste sie wegen eines schweren Rückenleidens darauf verzichten, einen Arbeitsplatz zu suchen. Sie begann eine weitere Ausbildung zur Krankenfürsorgerin.

Während eines Praktikums in einem Krankenhaus im Jahre 1948 hatte sie David Tasma zu betreuen, einen polnischen Juden, der den Krieg überlebt hatte, jetzt aber hoffnungslos an Krebs erkrankt war. David war heimatlos und ohne Familie, von unsäglichen körperlichen Schmerzen gepeinigt und schrecklich allein. Sie redeten auch darüber, wie man in Zukunft Menschen in einer ähnlichen Situation beistehen könnte. **Ihre Nähe zu dem einen, der da starb, machte Cicely Saunders deutlich, dass es einer neuartigen, intensiven Pflege für Todkranke bedürfe.** In den Gesprächen mit David Tasma entstand die erste Vorstellung von einer besseren umfassenden Fürsorge in ihr. Bei seinem Tod hinterließ ihr David Tasma 500 Pfund „um damit zu einem Fenster in ihrem neuen Heim zu werden“.

Weil sie sich angesichts der vielfältigen Not sterbender Krebspatienten (noch ohne wirksame Schmerztherapie) als Fürsorgerin machtlos fühlte, riet ihr ein guter Freund, selbst Arzt: „Studieren sie Medizin, es sind nämlich die Ärzte, die die hoffnungslos Erkrankten im Stich lassen.“ So studierte sie noch Medizin und spezialisierte sich hinterher auf Schmerzbekämpfung bei Krebspatienten. Während ihrer Ausbildung zur Krankenschwester hatte sie in einem von irischen Schwestern geleite-

ten Heim schon einen neuen Umgang mit Schmerzmitteln kennen gelernt, der sie sehr überzeugt hatte: Die Patienten bekamen die Medikamente regelmäßig, schon bevor neue Schmerzen auftraten. Diese Methode führte sie auch auf ihrer ersten Station ein, die sie als Ärztin leitete. Eine Gruppe von Soziologiestudenten, denen sie 1960 ihre Station gezeigt hatte, schrieb in ihrem Bericht: „Es sind keine Spuren von Schmerzen oder Schläfrigkeit ersichtlich. – Die Patienten wirken lebhaft und friedlich. – Es herrscht eine unerklärliche Atmosphäre, die einem das Gefühl vermittelt, als sei der Tod nichts Schlimmes, höchstens eine Art von Heimkommen.“



Cicely Saunders selbst schrieb: „Es wird Leute geben, die sich schockiert zeigen, wenn wir von „Tod annehmen“ reden oder von „Vorbereitung auf den Tod“. Sie werden behaupten, dass beide, Arzt wie Patient, an die Heilung der Krankheit glauben und bis zum Schluss für die Erhaltung des Lebens kämpfen sollten. **Aber den Tod anzunehmen, wenn er unvermeidlich geworden ist, hat nichts mit Resignation beim Kranken zu tun, auch nichts mit Pflichtvernachlässigung auf Seiten des Arztes. Es ist für beide Seiten alles andere als Fatalismus.**

Für den Kranken besteht die Möglichkeit, in der verbliebenen Zeit noch sehr viel



mehr zu erreichen als jemals zuvor, eine Zeit der Aussöhnung und der Erfüllung daraus zu machen. Das wird mehr als alles andere auf die Angehörigen tröstlich wirken und ihnen dabei helfen, nachher ihr Leben ohne Bitterkeit weiterzuführen.“

Nach weiteren Jahren des Ringens um die Einzelheiten und die Beschaffung von Geldmitteln konnten schließlich im Juni 1967 die ersten Patienten in St. Christopher's im Süden von London einziehen. St. Christopher's ist wie ein Dorf: Neben den Abteilungen für die Sterbenskranken und die Langzeitpatienten gibt es auch ein Wohnheim für pensionierte Angestellte und eine Spielgruppe für die Kinder der Pflegenden. So entstand dort ein Ort, an dem Leben beginnt und endet, an dem Menschen lehren und lernen, pflegen und sich pflegen lassen. Er ist auch eine Antwort auf die Unpersönlichkeit des Krankenhauses.

In St. Christopher's ist die ganze Familie willkommen. Man beruhigt dort die Angehörigen, die mit Schuldgefühlen kommen, weil sie ihren Kranken nicht länger zu Hause behalten können. Für die Familien in besonderer Weise sind die angestellten Sozialarbeiter verantwortlich. Sie betrachten es als ihre Aufgabe, durch den Krankheitsfall gefährdete Familien zusammenzuhalten. Das Team ist theoretisch ständig für 120 Familien zuständig, teils von Kranken in St. Christopher's, teils von

Patienten zu Hause, die von der Hauspflege betreut werden. Das Heim betrachtet aber keineswegs seine Aufgabe mit dem Tod eines Patienten als beendet. Die Hinterbliebenen werden weiter betreut. – Auch von Anfang an wurden Freiwillige in die Arbeit mit einbezogen.



St. Christopher's genießt den Ruf, „Mutter der modernen Hospizbewegung“ zu sein, und hat sich diesen durch die Lehrtätigkeit wie auch durch die praktische Pflege und Forschungsarbeit verdient. Es ist diese einzigartige Verbindung in der Pflege von Sterbenden, die eine tatsächliche Veränderung der Grundhaltung bei Medizinern, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und in der öffentlichen Meinung herbeiführte. Langsam aber stetig wurde die Grundidee von St. Christopher's wegweisend und seine Art der Krankenpflege auch andernorts mehr und mehr praktiziert.

Aus Shirley du Boulay, Cicely Saunders  
Ein Leben für Sterbende

## ***Hospizidee und Palliative Care***

GUDRUN GROBE RUSE



Mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice 1967 in London hat Cicely Saunders einen Ort geschaffen, an dem ihre Idee vom begleiteten Sterben

verwirklicht wurde. Viele kamen dorthin, um zu lernen, und so breitete sich ihre Idee allmählich aus.

In Deutschland dauerte es ziemlich lange, bis ihre Ideen wurzeln konnten; anders als in England entstanden auch zwei unter-



schiedliche Zweige: Palliativstationen in Krankenhäusern seit 1983 und ambulante oder stationäre Hospizarbeit seit 1986, häufig initiiert durch engagierte Laien.

**Hospizarbeit und Palliativmedizin sind aber die beiden Seiten derselben Medaille:** Steht bei der palliativmedizinischen Versorgung vielleicht etwas mehr der körperliche Aspekt im Vordergrund, so liegt der Schwerpunkt der hospizlichen Begleitung wohl eher im psychosozialen und spirituellen Bereich. Beide Aspekte der ganzheitlichen Begleitung Sterbender gehören zusammen.

Wenn bei uns heute von Palliativmedizin gesprochen wird, ist damit meist ein relativ neuer Bereich der Medizin gemeint, der vor allem Möglichkeiten der Linderung von Schmerzen und anderen unangenehmen Erscheinungen erforscht. (Der Begriff Palliativmedizin kommt vom lateinischen „pallium“ = Mantel. Es soll bedeuten, dass die Linderung seiner Beschwerden wie ein schützender Mantel um den unheilbar Erkrankten gelegt wird.)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert: **„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“** Palliativmedizin soll sich dabei nicht nur auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen (auf Heilung zielenden) Therapie anwendbar.



Zwar konnte die Hospizidee nur zögernd in Deutschland Fuß fassen; aber seit den 90er Jahren hat sie sich auch bei uns sehr gut entwickelt und wurde manchmal sogar als „Bürgerbewegung“ bezeichnet. Heute gibt es in Deutschland 103 Palliativstationen, 129 stationäre Hospize und ca. 1 380 ambulante Hospizdienste. Die Vision von Cicely Saunders vom begleiteten Sterben hat unser Fühlen und Denken und auch unsere medizinischen Einrichtungen verändert. Die **Hospizidee** wurde deshalb auch als **sanfte Revolution im Gesundheitswesen** bezeichnet.

Professor Dr. Nippert (Münster) schrieb 2001 zum 10-jährigen Bestehen der Hospizbewegung Münster: „Die Hospizbewegung hat es geschafft, den Fatalismus aus der Sterbebegleitung auszuklammern, indem Macht- und Sprachlosigkeit angesichts dieses Themas ersetzt wurden durch Akzeptanz und Empathie, verbunden mit großer Professionalität. Hier wird der Tod nicht als Feind betrachtet, sondern als Herausforderung, auch in den infausten Prognosen noch eine Chance für den Patienten zu sehen, sich auf sein Schicksal vorzubereiten und zwar in Würde und mit Hoffnung.“





## Vereinfacht könnte man es so ausdrücken:

kurative Behandlung zielt auf  
**Heilung**  
bei akuter Erkrankung

palliative Behandlung zielt auf  
**Linderung**  
bei chronischer Erkrankung

**Änderung des Therapieziels mit Fortschreiten der Erkrankung**

### Die wichtigsten Ziele in der palliativen Phase sind:

- größtmögliche Selbstbestimmung und Lebensqualität
  - größtmögliche Schmerzfreiheit
- Bewahrung der Würde auch in elendem Zustand



***Wenn nichts mehr zu machen ist,  
kann Palliative Care noch sehr viel tun***

ELISABETH STRICKER

Wenn ein Arzt früher sagte. „Wir können jetzt leider nichts mehr für Sie tun!“, meinte er damit, dass keine Heilung mehr möglich war. Heute können erfahrene Ärzte dann noch sehr viel zur Erleichterung anbieten.

Der Wandel von der heilenden zur lindernden Behandlung ist gefühlsmäßig nur äußerst schwer zu vollziehen. Die Reaktionen

von Patienten und ihren Angehörigen reichen vom konsequenten Verdrängen der begrenzten Lebenserwartung über die Suche nach alternativen Behandlungsmethoden in der ganzen Welt bis zur Depression. Aber auch für Ärzte und Pflegekräfte ist es nur schwer zu akzeptieren, wenn das Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr aufzuhalten ist. Dennoch hilft es nichts, den Kranken über seine Situation im Unklaren zu lassen, es sei denn, er signalisiert deutlich den Wunsch, nicht über seinen Zu-



stand aufgeklärt zu werden. Die Verarbeitung der Diagnose ist nur in einer Atmosphäre von Verständnis, Offenheit, Information und Respekt möglich.

Eine „schonende Lüge“ am Krankenbett würde einen Patienten zur Unmündigkeit und zur Einsamkeit in seiner Krankheit verurteilen. Letztlich hilft sie niemandem. Wenn es Patienten mit ihren Familien gelingt, dem nahenden Lebensende ins Auge zu blicken, dann haben sie auch die Chance, die verbleibende Zeit bewusster gemeinsam zu nutzen und sich verabschieden zu können.

### Was kann Palliative Care erreichen?

#### 1. Beispiel

Ein 38-jähriger Mann leidet an einem bösartigen Lungentumor, der bereits Absiedlungen (Metastasen) im Körper, insbesondere in den Knochen gebildet hat. Die mehrmals durchgeführte Chemotherapie hat keine Tumorverkleinerung erbracht. Zur Linderung der durch die Metastasen verursachten Schmerzen wird ambulant eine Strahlentherapie zusätzlich zu einer Schmerztherapie mit Opiaten durchgeführt. Der Patient kann nun beschwerdefrei eine Zeitlang zu Hause sein. Dann nimmt die durch den Lungentumor verursachte Luftnot stark zu. Der Patient wird auf eine Palliativstation aufgenommen. Mit Hilfe von Atemübungen und Medikamenten gelingt es, die Luftnot insgesamt zu lindern. Zudem lernen der Patient und seine Lebensgefährtin, was hilft, wenn es zu plötzlichen Luftnotattacken kommt. Die Linderung seiner Symptome ermöglicht es dem Patienten, die verbleibende Zeit mit seiner Partnerin und den Kindern bewusst zu erleben.

#### 2. Beispiel

Bei einer Patientin mit Darmkrebs im Spätstadium war die Darmpassage schon vollständig verlegt, so dass sie jede aufgenommene Nahrung erbrach. Eine Operation war bei ihr nicht mehr möglich. Der Arzt schlug ihr vor, eine Magensonde legen zu lassen, allerdings nicht, um damit

ernährt zu werden (was auch nicht mehr funktioniert hätte), sondern um durch diese Sonde normal aufgenommene Nahrung aus dem Körper zu leiten! Die Frau konnte dadurch in ihren letzten Tagen wieder essen, worauf sie schon lange hatte verzichten müssen.

### Änderung des Therapiezieles

Durch eine Krebstherapie können etwa 40 % der Patienten geheilt werden. 60 % der Krebserkrankungen sind „unheilbar“, und die vorhandenen Tumore und Metastasen können nicht mehr vollständig und dauerhaft entfernt werden. Die Diagnose „nicht heilbar“ bedeutet aber nicht das Ende der Krebstherapie, sondern sie verändert nur deren grundlegende Zielrichtung. Statt dauerhafter Heilung tritt die Verlängerung der Lebensdauer, das Hinauszögern von Krankheitsbeschwerden sowie die Linderung der krankheitsbedingten Symptome in den Mittelpunkt der Therapie. Die palliative Medizin ist als wichtige Säule der Krebstherapie heute so weit entwickelt, dass sie vielen chronisch kranken Patienten oft über Jahre hinweg ein weitestgehend beschwerdefreies Leben mit der Krankheit ermöglichen kann.



Lebensqualität bedeutet nun für die meisten Patienten zuallererst, schmerzfrei und ohne größere Beschwerden leben zu können. Insbesondere auf dem Gebiet der Schmerzbekämpfung hat die palliative Medizin eine sehr hohe Wirksamkeit erreicht. Eine qualifizierte Schmerztherapie





ist heute in der Lage, bei fast allen Krebspatienten eine befriedigende Schmerzlinde- rung, in vielen Fällen sogar völlige Schmerzfreiheit zu erreichen.

Lebensverlängerung und Erhaltung eines Höchstmaßes an Lebensqualität als Ziele der palliativen Krebstherapie können miteinander in Konflikt geraten. Der Einsatz bestimmter Behandlungsformen, z. B. einer Chemotherapie als Versuch das Leben zu verlängern, kann mit Nebenwirkungen verbunden sein, die möglicherweise stärker belasten als die Einschränkung durch die Erkrankung selbst. Die schwierige Entscheidung, ob eine Behandlung die eigene Lebenssituation wirklich verbessert, verlangt eine sorgfältige Abwägung aller Vor- und Nachteile. Vor einer Entscheidung sollte man sich daher ausführlich mit dem behandelnden Arzt beraten und gemeinsam überlegen, ob der Einsatz einer Maßnahme für einen sinnvoll ist.

### **Lebensqualität**

Wie ein Mensch die Qualität seines Lebens einschätzt, kann er nur selbst, unter Berücksichtigung seiner jeweiligen Lebensumstände, für sich bestimmen. Für die meisten chronisch kranken Patienten bedeutet Lebensqualität vor allem, mit der Erkrankung am Leben teilzunehmen. Ob dies gelingt, hängt einerseits davon ab, inwieweit die Art und das Ausmaß der Beschwerden und Einschränkungen im Alltag belasten. Genau so wichtig ist andererseits jedoch auch die innere Einstellung zu den krankheitsbedingten Erschwernissen und den Behandlungsmaßnahmen. Krebs zu haben, bedeutet nicht prinzipiell, allumfassend krank zu sein. Das Augen-

merk sollte nicht nur auf das Kranke ge- richtet sein, sondern auch auf die verblei- benden Möglichkeiten, die bei allen Ver- zichtleistungen auch noch Lebensfreude bringen: Viele Patienten berichten, dass sie durch die Erkrankung zu einem bewussten und intensiven Lebensgefühl gefunden haben.

Wichtige Voraussetzung für Lebenszufrie- denheit ist immer auch das Eingebunden- sein eines Menschen in gute und tragfähige Beziehungen innerhalb seiner Familie oder z. B. seines Freundeskreises. Wenn sich ein Patient allein gelassen fühlt, kann sich kaum ein gutes Lebensgefühl entwickeln

Palliative Care und Hospizarbeit stehen für medizinische und menschliche Begleitung und Unterstützung in der letzten Lebens- phase, für Lebensqualität und Lebenszu- friedenheit bis zum Tod, und erteilen damit der aktiven Sterbehilfe eine eindeutige Absage.



Dieses Foto wurde im Kinderhospiz Balthasar aufgenommen, es zeigt in bunten Farben Abdrücke von Händen und Füßen der Kinder, die hier ihre verbleibende Zeit verbracht haben.

## ***Lebensqualität bis zuletzt – Wie können wir ehren- amtlichen Sterbebegleiter dazu beitragen?***

DR. IRMGARD ENGELKING

Sehr wichtig ist es zunächst, die Bedürfnis- se des Sterbenden herauszufinden. Wenn

er noch in der Lage ist, diese selbst zu äu- ßern, sind sie meist leicht zu befriedigen. Ist eine sprachliche Äußerung nicht mehr möglich, gehört viel Einfühlungsvermögen



und Gespür dazu, die tatsächlichen Bedürfnisse zu erkennen. Dabei kann es hilfreich sein, Angehörige zu befragen, die Wohnung bzw. das Krankenzimmer auf Hobbys und Anhaltspunkte zu betrachten. Hinweise können z. B. sein: vorhandene Literatur, Photos, Musikinstrumente oder CDs, Nahrungs- oder Getränkevorräte, ggf. herumliegende Post, auch religiöse Bilder oder Bücher.

Da ein Sterbender im allgemeinen auf die Hilfe durch einen begleitenden Menschen bei der Erhaltung bzw. Verbesserung seiner Lebensqualität angewiesen ist, ergeben sich für den Begleiter vielfältige Möglichkeiten. Aus unseren Sterbebegleitungen möchte ich einige Beispiele anführen, wie Palliative Care praktisch aussehen kann.

*Eine schwerkranke alte Dame:* Hobbygärtnerin in ihrem großen Garten - sie konnte ihn aber seit langem nicht mehr betreten. Mit Hilfe der Begleiterin schaffte sie es mühsam von einem Beet zum nächsten, erklärte ihr alle Stauden, nannte die Namen der einzelnen Rosen, genoss deren Duft, war glücklich noch einmal ihren geliebten Garten erlebt zu haben.



*Ein sterbender alter Herr:* Er konnte nicht sprechen, war sehr unruhig, fahrig, schaute mehrfach zu seinem Nachttisch, wo die Begleiterin in der Schublade ein Andachtsbuch mit Psalmen entdeckte. Beim Lesen

eines Psalms wurde er ruhig und entspannt. Er bedankte sich durch Nicken und Händedruck.

Die geduldige und liebevolle Zuwendung bei der Nahrungsaufnahme bedeutet für viele Sterbende eine große Erleichterung, wenn sie essen oder trinken möchten, aber nicht mehr die Kraft dazu haben. Andererseits kann der Verzicht auf „Überreden“ oder gar Zwang bei dem Essenreichen für einen anderen Sterbenden eine große Erleichterung und Entspannung bedeuten.

Die einfühlsame Mundpflege mit individueller Geschmacksauswahl (z. B. Saft, Kaffee, Bier oder Wein) kann für einen Sterbenden eine Wunscherfüllung sein.

Zum Erhalt der Lebensqualität bis zuletzt trägt nach meinen Erfahrungen besonders bei, wenn ein Begleiter dem Sterbenden ein Gefühl der Sicherheit und Kompetenz vermittelt, ihm z. B. die Angst vor dem Sterben, vor Schmerzen, vor Ersticken nehmen kann – oft allein durch Informationen, ggf. durch Bereitschaft bei Bedarf schnellstmöglich und auch zu „Unzeiten“ zu kommen und zu bleiben. Die Kompetenz erfahrener Begleiter beruhigt vor allem auch Angehörige und das überträgt sich auf den Sterbenden.

Diese Zusammenstellung von Beispielen ließe sich in großer Vielfalt erweitern und soll nur eine Anregung sein zur kreativen Palliative Care im Sinne von: Lebensqualität bis zuletzt.





## *Palliative Care im Hospiz*

ANDREA RECKMANN

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“ (Cicely Saunders).

Kein Zitat beschreibt besser die Ziele und Grundsätze der Palliativmedizin/Pflege, als dieses von Cicely Saunders.

Jeder Patient wird in seiner letzten Lebensphase als Individuum geachtet und begleitet. Es sind meistens nicht einmal die großen Wünsche und Bedürfnisse, deren Erfüllung Patienten Freude bereiten. Oft beginnt es schon damit, dass der Patient auf Wunsch ausschlafen darf, dass trotz Diabetes auch Schokolade gegessen werden kann, dass die Zigarette in der Badewanne geraucht wird, dass der Hund oder die Katze mit einzieht und auch im Bett des Patienten schläft.

Die Motivation in der Palliativpflege liegt oft im „Wünsche erfüllen“, und dennoch ist es genauso wichtig, auch Abneigungen zu respektieren (z. B. wenn der Patient seine Medikamente nicht mehr nehmen möchte oder zum dritten Mal das Waschen ablehnt). Die Selbstbestimmung des Gastes sollte immer eine hohe Priorität haben, um ihm dadurch auch Wertschätzung und Achtung entgegen zu bringen.

Das interdisziplinäre Team ist eine der Grundvoraussetzungen, um auch palliativ pflegen zu können. Dazu zählen neben dem Pflegefachpersonal und den Ärzten die Seelsorge, ehrenamtliche Mitarbeiter, Kunst-, Musik- und Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Köche und Krankengymnasten. Um den komplexen und sich oft rasch ändernden physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten und deren Angehörigen zu begegnen, ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen notwendig.

Durch regelmäßige Teamsitzungen können so die Patienten noch besser betreut und versorgt werden. Denn jede dieser Berufsgruppen erlebt die Patienten und Angehörigen noch einmal anders. Zusätzlich erhalten dadurch alle wichtige Informationen, um die bestmögliche Lebensqualität für den Menschen zu erzielen.



Die Seelsorge ist für viele Patienten und deren Familien ein wichtiger Aspekt. Manchmal sind es gerade die Patienten, die lange nichts mehr mit der Kirche zu tun hatten aber jetzt intensive Betreuung wünschen. Neben Gesprächen mit Seelsorgern, Pfarrern oder Pastoren, Kirchgängen, die vom Team organisiert werden, kann es auch der Wunsch sein, wieder in die Kirche eintreten zu wollen. Manchmal wünschen auch die Angehörigen seelsorgerische Begleitung. Oft ist es auch möglich, die frühere Pfarrei mit einzuschalten. Da in Deutschland immer mehr Kulturen bestehen und leben, ist es auch wichtig, Grundsätze anderer Religionen zu kennen, um auch Hinduisten, Buddhisten, Juden und Moslems ihren Bedürfnissen entsprechend seelsorgerisch begleiten zu können.

Ziel der Seelsorge ist es nicht, den Patienten in „letzter Sekunde“ zu bekehren oder sein Leben zu „bereinigen“, sondern ihm die Unterstützung und Lebenshilfe auf seinem letzten Weg zu bieten, die er wünscht.



Palliativmedizin/pflege ist eine intensive Betreuung und Begleitung der Patienten und deren Familie in seiner letzten Lebensphase. Es gibt kein „passendes Rezept“ für die Arbeit mit Schwerkranken, aber wenn jeder, der in dieser Arbeit ein-

gebunden ist, die Individualität des Menschen wahrt und achtet, ist der richtige Weg schon eingeschlagen. Alle Grundsätze und Ziele sind nicht immer für jeden Patienten passend, aber letztlich ist alles erlaubt, was seine Lebensqualität verbessert.

## ***Atemnot – ein häufiges Symptom im Hospiz***

ANDREA RECKMANN

Die Atmung ist eine der existenziellen Funktionen des Lebens, ohne die unser Organismus nicht existieren könnte.

Viele Hospizpatienten leiden auf Grund ihrer Erkrankung unter Atemnot. Diese kann kontinuierlich bestehen oder durch akute Attacken verstärkt werden. Auslöser können Stresssituationen oder Angst sein. Immer wird die Atemnot als sehr bedrohlich erlebt, häufig verbunden mit Angst vor dem Erstickungstod.

Ein Problem bei Atemnot kann sein, dass sie in einem Teufelskreis endet, dem die Kranken meistens nicht ohne fremde Hilfe entfliehen können. Durch Angst entsteht Atemnot, was wiederum zu mehr Angst führt und dadurch wird dann wieder die Atemnot gesteigert. Aufgabe der Pflegenden ist es, diesen Teufelskreis zu versuchen zu durchbrechen.

Es gibt viele palliative Maßnahmen zur Linderung. Bei Tumorerkrankungen der Lunge oder Bronchien sind Medikamente oft unverzichtbar. Bei Patienten, die mehr unter Ängsten und Stress leiden, kann man mit alternativen Pflegemaßnahmen schon eine Menge erreichen.

Im Gespräch mit ihnen können Pflegende manchmal die zugrundeliegenden Konflikte oder unerfüllten Wünsche herausfinden. Hierbei ist es wichtig, als interdisziplinäres Team zu handeln und auf Wunsch des Kranken auch die Seelsorge oder ehrenamtliche Begleitung mit einzubeziehen. So

kann manchmal eine Krankensalbung oder ein Gespräch besser Ängste und Atemnot lindern, als eine Tablette oder der Sauerstoffapparat.

Gerade bei Atemnot und Angst ist es wichtig, dem Kranken zu vermitteln, dass er nicht alleine ist, und dass man ein Stück seines Weges mit ihm geht.

Bei Patienten, die den direkten Körperkontakt nicht scheuen, kann man mit Massagen und Einreibungen am Rücken und Brustbereich Ängste und Atemnot lindern. Mit sanften und beruhigenden Ölen (z. B. Lavendel) einer harmonischen Atmosphäre, die man mit Kerzen oder Duftlampen

schafft, vielleicht noch Musik mit einbringt, erreicht man manchmal mit einer Einreibung, dass der Kranke seine eigene Atmung wieder bewusst wahrnimmt, wodurch sogar die gesteigerte Atemfrequenz sinken kann.



Falls Patienten plötzlich akute Luftnot erleiden, ist es wichtig, dass die Pflegenden selbst die Ruhe bewahren, denn Hektik und Unsicherheit würden beim Kranken die Atemnot nur verstärken. Diesen Tipp geben wir auch Angehörigen und Begleitern mit: in solch einer Situation auf seine eigene Atmung zu achten!



Atemnot kann oft nicht ganz behoben werden. Auch können nicht immer alle zugrunde liegenden Konflikte gelöst wer-

den. Aber für jedes Problem wird nach einem Weg mit Zuwendung und Unterstützung gesucht.

## ***Angst vor dem Erstickten***

AUS KARIN LEITER  
(K)EINE ZEIT ZUM STERBEN

Ich kannte Tascha schon gut zwei Jahre. Sie war in meinem Alter und litt an Amyotrophischer Lateralsklerose (ALS). Diese auch heute noch unheilbare Erkrankung führt zu Veränderungen der motorischen Nervenzellen des gesamten Rückenmarks, des unteren Hirnstammes und der zu diesem führenden Pyramidenbahnen. Es kommt zu einer langsam zunehmenden motorischen Lähmung von Beinen und Armen, schließlich werden auch Schlucken und Sprechen unmöglich, zunehmende Ausfälle betreffen auch die Atmung. Die geistigen Funktionen bleiben aber voll erhalten. Innerhalb von zwei bis drei Jahren sterben 80 % der PatientInnen meist an einem Erstickungstod.



Tascha konnte nur noch sehr schwer sprechen, saß im Rollstuhl, die Arme waren kraftlos und nur mit äußerster Anstrengung zu bewegen. Immer wieder kam es zu heftigen Hustenattacken. Sie hatte kaum Kraft, den Schleim auszuhusten, und geriet so immer wieder in Erstickungsgefahr. Ich hatte sie einige Wochen nicht gesehen und war erschrocken über die rasante Verschlechterung ihres Zustandes. Rita, ihre

Mutter, wirkte erschöpft und uralt. Die 67-jährige saß mir gegenüber in der Küche, zwischen uns heißer Tee. Tascha hatte sich etwas hingelegt, sie war so müde in letzter Zeit.

„Du brauchst Hilfe, Rita! Das geht so nicht mehr weiter“, sagte ich leise, aber bestimmt.

Rita schaute mich aus unendlich müden und traurigen Augen an und nickte langsam: „Ich weiß, aber Tascha will das nicht. Sie schämt sich, weil sie nichts mehr sicher zum Mund bringt, und wenn sie hustet ... Sie will nicht, dass das jemand sieht. Sie hat keinen Besuch mehr zugelassen inzwischen. Hin und wieder ruft noch jemand an und fragt halt, wie's so geht. Was soll ich sagen? Ins Krankenhaus will sie auch nicht, sie hat Angst vor der Beatmungsmaschine. Aber ich kann das auch nicht mehr lange verantworten. Wenn sie erstickt ...“ Rita weinte haltlos.

„Ich rede mit Tascha!“ sagte ich und streichelte Ritas Hand.

„Ich hab mich ja gewundert, dass sie dich sehen will. Aber sie hat sofort ja gesagt, als du angerufen hast.“ Eine Stunde später war Tascha wieder wach, wir halfen ihr in den Rollstuhl und ich meinte, Rita könne ruhig einen Spaziergang machen oder einkaufen, ich bleibe auf jeden Fall länger. Die Mutter nahm das Angebot gerne an und ging. Ich suchte gerade nach den richtigen Worten, als Tascha mitten in meine Gedanken platzte: „Ich will mich umbringen. Bitte hilf mir dabei! Ich kann Mama nicht fragen, die kann es nicht tun. Aber du kannst mir helfen. Wenn ich alle Zuckertabletten



auf einmal nehme, dann muss das doch reichen. Aber ich brauche Hilfe!“

Ich horchte fast ungläubig ihren Worten nach. Seit nahezu sieben Jahren war ich jetzt in der Sterbebegleitung tätig, aber ein so deutlicher Tötungswunsch war noch nie an mich herangetragen worden. „Warum?“ fragte ich schließlich.

„Ich kann nicht mehr. Ich werde ersticken, und das ist einfach grausam! Es wird immer schlimmer, und Mama schafft das auch nicht mehr lange. Schau sie dir doch an! Sie ist fertig. Irgendwann wird sie die Rettung rufen, dann bringen die mich ins Spital und die hängen mich an die Maschine. Das will ich nicht! Das musst du doch verstehen!“ Sie weinte laut auf.



„Warum ich?“ fragte ich, denn ich konnte im Moment einfach nichts sagen. Alles schien so banal und lächerlich. Mir war entsetzlich zumute.

„Du weißt, was tödlich ist. Auf dich hab ich mich immer verlassen können und du hast mich auch nie angelogen. Bitte hilf mir!“ Ich nickte langsam: „Ja, ich helfe dir!“ Sie schaute mich strahlend an. Ich schluckte noch einmal und musste dann das Strahlen zerstören: „Ich helfe dir, dass du nicht erstickst! Das kann ich dir versprechen. Ich helfe auch Rita. Wir verständigen jetzt das mobile Hospiz, damit du zu Hause bleiben kannst. Keine Beatmungsmaschine und kein Ersticken, das ist sicher. Ich bin Tag und Nacht für dich da, ich lasse auch Rita nicht im Stich. Aber ich helfe dir nicht, dich umzubringen!“

Nackte Angst schrie mir entgegen. „Du brauchst mir doch nur alles vorbereiten, wenn du nicht dableiben willst, wenn ich es nehme, dann kannst du ja gehen! Bitte, Karin, lass mich nicht im Stich! Die Schmerzen in den Armen werden auch immer stärker, ich will einfach nicht mehr!“ Tascha packte mich an der Hand und starrte mich flehend an.

„Tascha, ich kann nicht! Wenn ich wüsste, du hast was genommen, würde ich alles tun, um dich zu retten. Ich bin Krankenschwester, ich bin deine Freundin. Ich kann das nicht zulassen. Du darfst das von mir nicht verlangen!“ Ich weinte.

„Dann geh! Ich will dich nicht mehr sehen! Freundin – dass ich nicht lache!“ Sie bekam einen fürchterlichen Hustenanfall und drohte zu ersticken. Sie wehrte meine Hilfe ab, hatte aber nicht genug Kraft. Und als sie schließlich erschöpft zusammenbrach, rief ich im mobilen Hospiz an und bat, dass sofort ein Arzt und eine Schwester oder ein Pfleger kommen sollten.

Ich erzählte dem befreundeten Hospizarzt unser Gespräch, nachdem wir Tascha ins Bett gebracht hatten. Sie sagte kein Wort mehr. Klaus untersuchte sie kurz, begann mit einer Kombinationstherapie, um die Schmerzen zu bekämpfen, die Schleimbildung in den Lungen zu vermindern, die Angstzustände zu beruhigen und den Hustenreiz zu nehmen.

Ich wartete an der Tür auf Rita, sie sollte nicht erschrecken, dass da fremde Menschen in der Wohnung waren. Rita kam und ich sagte ihr, dass ich das mobile Hospiz geholt hätte wegen eines schweren Hustenanfalls. Ich sagte ihr nichts von Taschas Bitte an mich. „Freiwillige HospizhelferInnen kommen und bleiben so lange, wie du oder Tascha sie brauchen. Wenn ihr wollt, auch rund um die Uhr. Der Doktor sorgt dafür, dass Tascha nicht ersticken wird. Das geht! Und sie kommt ganz bestimmt nicht an die Maschine und auch nicht ins Spital, außer sie will es selber“,



sagte ich Rita. Sie atmete tief durch und nickte erleichtert.

Während Klaus der Mutter alles erklärte und die Schwester den Pflegeplan mit ihr besprach, ging ich zu Tascha. Sie war ganz ruhig jetzt, hatte neben sich eine Sauerstoffmaske liegen, die sie selbst immer wieder vor Mund und Nase hielt, um eini-ge Atemzüge Sauerstoff zu bekommen.



„Du solltest deinen alten Freundinnen auch eine Chance geben, sich von dir zu verabschieden! Es gibt keinen Grund, sich zu schämen für die Krankheit! Versteck dich nicht vor dem Leben, Tascha, noch bist du nicht tot!“ sagte ich bewusst etwas hart.

„Kein Mensch hat mir gesagt, dass ich nicht ersticken muss, keiner hat mir gesagt, dass die Schmerzen so schnell zu beseitigen sind und ich klar im Kopf bleib, auch mit dem Morphin! Ich muss nicht ins Spital an die Maschine, ich darf daheim sterben...“ Tascha weinte und nahm meine Hand an.

In den nächsten 16 Tagen kamen die Freundinnen noch mehrfach vorbei, kauften für Rita und Tascha ein, feierten Ritas Geburtstag am Sterbebett von Tascha. Rita kam in die Trauergruppe des Hospizes und fand Menschen zum Reden, zum Halten, Menschen, die verstanden, wie es ihr ergangen war in den letzten Jahren und die wussten, wie es ihr jetzt ging.

Es war keine leichte Zeit, für uns alle nicht, aber gemeinsam konnten wir diesen Weg noch mit Tascha gehen. Sie bedankte

sich bei mir, dass sie das alles noch erleben hat können. In ihrem Beisein hatte ich noch ein langes Gespräch mit ihrem Hausarzt, der nicht gewusst hat, dass palliativ gerade das Ersticken bei Multipler Sklerose oder ALS als Erlebnis gut verhindert werden kann. Hier wird die Atemverflachung des Morphins genutzt und durch den Sauerstoff ausgeglichen. Ich konnte ihm einen Vorwurf nicht ersparen: „Wenn Sie so eine Patientin haben, dann haben Sie auch die Pflicht, sich kundig zu machen und/oder jemanden einzuschalten, der Erfahrung in der Kombinationstherapie hat, anstatt der Patientin Angst zu machen mit der Aussicht, sie müsse ersticken oder an die Beatmungsmaschine! Und wenn sie Schmerzen hat, dann muss dagegen etwas unternommen werden. Nicht nur irgendwelche Tropfen bei Bedarf! Das ist ein Kunstfehler und unterlassene Hilfeleistung!“

Er schluckte etwas, wollte zuerst auf Angriff gehen, nickte aber schließlich und meinte, er habe viel gelernt.

„Schon deshalb hat es sich gelohnt, noch am Leben zu bleiben!“ zeigte uns Tascha auf der Buchstabentafel. Reden konnte sie nicht mehr.





## ***Situation der Palliativversorgung in Münster: Es gibt noch große Löcher im Versorgungsnetz!***

GUDRUN GROBE RUSE

Die Situation in Münster ist im Vergleich zu anderen Städten schon relativ gut: Seit 1991 gibt es die ambulante Hospizbewegung und seit 1999 die beiden stationären Hospize (Johanneshospiz und Lebenshaus). In einigen Altenheimen gibt es Sitzwachengruppen, Kirchengemeinden bauen einen ambulanten Hospizdienst für ihre Gemeindemitglieder auf. Bisher gibt es noch keine Palliativ-Station.

Trotzdem sind uns noch Schwachpunkte in der Versorgung Sterbender aufgefallen: Die Entlassung aus dem Krankenhaus lässt selten genügend Zeit zur Vorbereitung der Pflege zu Hause (wenn ein Pflegebett gebraucht wird oder Spezialnahrung in ausreichender Menge über das Wochenende).

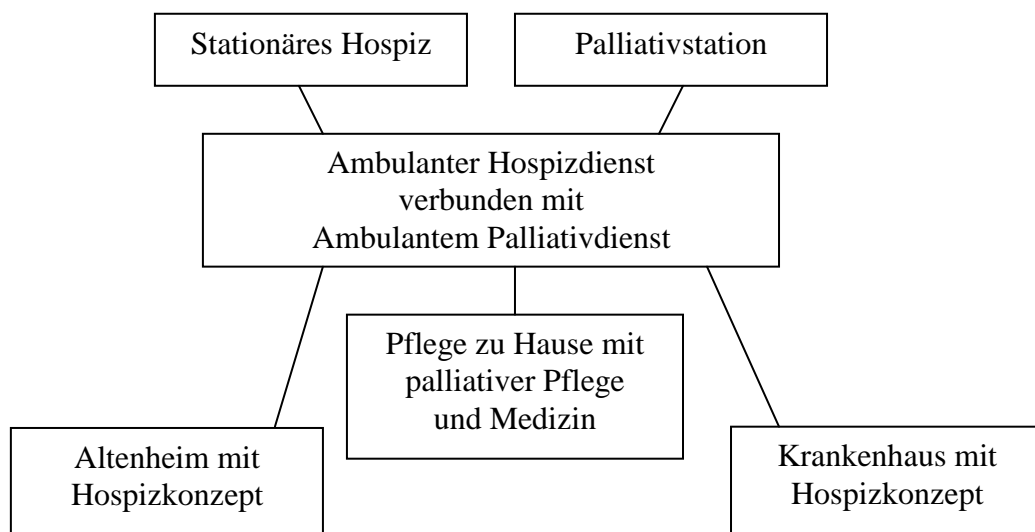
Bei Alleinlebenden ist die ambulante Begleitung bis zuletzt sehr schwierig, weil Pflegedienste nur abrechenbare Leistungen

erbringen können und es noch kaum bezahlbare Sitzwachenangebote gibt. Außerdem sind Mittwoch nachmittags, an Wochenenden und nachts Hausärzte oft nicht erreichbar. Wenn dann der Notarzt gerufen wird, erfolgt oft wieder eine Einweisung ins Krankenhaus, was für Sterbende aber selten der richtige Ort ist.

Noch längst nicht alle Pflegedienste haben genug Erfahrung in Palliative Care. Noch ist es Glücksache, ob Sterbende palliativ angemessen versorgt werden. Es sollte aber für alle selbstverständlich und einklagbares Recht werden!

Um ein „Zwei-Klassen-Sterben“ zu vermeiden, muss die Hospizidee flächendeckend in den traditionellen Sterbeorten Krankenhaus und Pflegeheim eingeführt und umgesetzt werden. Mindestens genau so wichtig ist die Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen, wobei die Vernetzung aller Beteiligten höchste Priorität haben muss!

### **Struktur eines Hospizkonzeptes für alle**







## ***Dr. Anna von Beverfoerde – eine Förderin der Hospizarbeit in Münster***

GUDRUN GROBE RUSE

Im Mai diesen Jahres ist Anna von Beverfoerde gestorben. Nur wenige ehrenamtliche Mitarbeiter kannten sie, denn Anna wollte nicht, dass man über ihre Wohltaten für die Hospizarbeit in Münster sprach (deshalb waren die Recherchen auch wenig ergiebig).



Anne Winkler, eine der ersten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen der Hospizbewegung, erinnert sich noch gut an einige Begegnungen mit ihr Anfang der 90er Jahre: Sie hatte Bürodienst in dem kleinen Büro am Prozessionsweg. Da kam eine etwa 70-jährige Dame ins Büro und brachte eine Kassette mit, auf der sie eine Radiosendung aufgenommen hatte, die sie den Hospizmitarbeitern schenken wollte.

Einige Zeit danach kam dieselbe Dame wieder und sagte, sie wolle für die Hospizarbeit in Münster spenden: an wen sie sich wenden solle und welches Konto das Richtige sei. Anne vermittelte den Kontakt zum damaligen Vorstand. Wieder ein anderes Mal kam Anna von Beverfoerde ins Büro, als Anne Telefondienst hatte und brachte ihr eine Schale Erdbeeren mit, die sie auf dem Feld gepflückt hatte, um sie ihr zu schenken.

Das Protokoll einer Vorstandssitzung aus dem Jahr 1992 berichtet von einem Gespräch des Vorstands mit Dr. Anna von Beverfoerde: Sie habe schon lange den

Wunsch gehabt, Geld für die Begleitung Sterbender einzusetzen. Bisher hätte ihr dafür eine geeignete Organisation gefehlt. Die Hospizbewegung Münster entspräche ihren Vorstellungen, weil das Geld in Münster bliebe und nicht durch einen Verwaltungsapparat verschlungen würde. Die Spende war zweckgebunden für ein stationäres Hospiz und wurde dem Vorstand treuhänderisch übergeben mit der Erlaubnis, die Zinsen bis zur Errichtung eines Hospizes nutzen zu dürfen.

Bei der Eröffnung des Lebenshauses 1999 war Anna von Beverfoerde natürlich auch dabei. Aber sie wollte keine großen Worte hören. Nur von einer ihr vertrauten Mitarbeiterin ließ sie sich eine Umarmung gefallen mit den Worten „Ohne Dich wäre das hier nicht möglich gewesen!“ Auch die Stiftung Hospizarbeit in Münster wurde von ihr unterstützt.



1994 hat Anna von Beverfoerde eine Vorbereitung zur Sterbebegleiterin mitgemacht und anschließend zwei Jahre ehrenamtlich mitgearbeitet. - Die letzten Jahre lebte Anna von Beverfoerde in ihrer Heimatgemeinde Ostbevern erst im Betreuten Wohnen, die letzte Zeit im Pflegeheim. Eine unserer ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen besuchte sie regelmäßig, so dass der Kontakt nie abbrach.

Anna von Beverfoerde wird einen Ehrenplatz in unserem Herzen behalten!



## *Das Lebensfest 2005*

WALBURGA VÖLKER

Als neue Mitarbeiterin im Hospiz *lebensHAUS* seit August 2004 ging ich das erste Mal zum Lebensfest. Ich freute mich schon Tage vorher und war sehr gespannt, wie es wird. Mit den neuen Kollegen zu feiern fand ich aufregend, Angehörige zu treffen, ehrenamtliche Kolleginnen und Kollegen, unsere Hospizärzte und ich hoffte viele, viele Freunde und Bekannte zu sehen!

Schon im Foyer der Halle Münsterland war ich beeindruckt: An den runden Stehtischen standen kleine Gruppen von Menschen plaudernd, tranken Sekt, liefen herum und jeder hielt Ausschau nach bekannten Gesichtern. Nachdem ich den praktischen Teil des Festes, das Loswerden des Mantels an der Garderobe absolviert hatte, konnte ich mich entspannt in die Menschenmenge begeben.

Im Foyer selber waren einige Angebote, die ich mir in Ruhe anschaute, da bis zum Beginn der Vorstellungen im Saal noch Zeit war. Das *lebensHAUS* stellte sich mit einem Infostand vor, Kollegen und ehrenamtliche Kolleginnen und Kollegen gaben dort interessierten Festgästen nähere Auskunft. Dann konnte man sich schon die Preise anschauen, die später über den Losverkauf erworben werden konnten. Da gab es Einiges zu gewinnen.

Für das leibliche Wohl war auch ausreichend gesorgt. Die Dekoration der Stehtische war liebevoll arrangiert, kleine Schokoladenmaikäfer lagen dort neben frischen Birkenzweigen. Diese Dekoration setzte sich im Saal an den langen Tischen mit weißen Tischdecken fort.

Nachdem ich das Foyer ausgekundschaftet, überall kleine Gespräche geführt hatte, war es an der Zeit, einen Platz im Saal an ei-

nem der Tische zu organisieren. Ich gesellte mich zu meinen Kollegen, wir redeten, lachten und schauten, ob man noch jemand Vertrauten sieht. Das Wunderbare an so großen Festen ist ja auch, einfach den Blick schweifen zu lassen und sich die verschiedenen Garderoben der Damen und natürlich auch der Herren anzuschauen. Es waren viele schick gekleidete Menschen im Saal, die Frauen in Kostümen, schönen Kleidern, die Männer im Anzug, selbst wer keine Lust hatte in Abendgarderobe zu kommen, auch gut.



Der Auftritt des Überraschungsgastes Chris Howland mit der Götz Alsmann Band war der Höhepunkt des diesjährigen *lebensFEST*-Programms. Mr. Pumpernickel eroberte die Herzen des Publikums innerhalb weniger Takte.

Dann endlich ging es los. Wie jedes Jahr moderierte Götz Alsmann das Programm. Mit Witz und Charme kommentierte er seine Ansagen, es war ein Vergnügen ihm zuzuhören. Das Programm war eine gute Mischung aus Musik, Pantomime, Comedy, Akrobatik - für jeden Geschmack war etwas dabei.

Viele bekannte Künstler aus Münster traten auf, z. B. Romy Camerun, Sängerin, oder der Pantomime Klaus Renzel. Der Comedybeitrag von Irmhild Willenbrink ist mir persönlich besonders aufgefallen. Die Geschichte der Marzipantorte war klasse, wir haben ohne Ende gelacht, herrlich! Am Ende des Programmes wurden die Gewin-



ner des Losverkaufes von Götz Alsmann auf die Bühne gebeten, der erste Preis war ein Fahrrad, der zweite eine Ballonfahrt. Auch diese Situation nutzte Götz Alsmann für ein paar charmante Einlagen.



Die Formation „Blanca Nieves“ gehört zum Besten, was die Münsteraner Flamenco-Szene zu bieten hat.

Nach dem Programm wurde die Tanzfläche eröffnet. Bei der guten Musik konnte man einfach nicht still sitzen bleiben – der DJ verstand es, fast jeden Musikgeschmack zu treffen. So tanzten wir noch lange und hatten weiter Spaß.

Erwähnen möchte ich an dieser Stelle, dass ohne die Hilfe vieler ehrenamtlicher Kolleginnen und Kollegen das Fest so nicht hätte gelingen können. Viele Menschen haben am Gelingen des Festes aktiv beigetragen, danke! Auch hoffe ich, dass das *lebensHAUS* durch das Fest viele Spenden eingenommen hat, um weiter gute Arbeit leisten zu können.

Ich freue mich schon aufs nächste Lebensfest am Samstag, 25. März 2006 wieder im Kongress-Saal der Halle Münsterland. Der Vorverkauf beginnt ab Anfang Dezember diesen Jahres.

## DIE BÜCHER-ECKE



P. F. Thomése: Schattenkind,  
Berlin Verlag

„Alles, was ich gelernt habe, ist auf einen Schlag ungültig geworden. Erfahrung verfällt. Nichts, was ich für wichtig hielt, zählt noch. Meine Gefühle, auf Zimmertemperatur, sind der Kälte nicht gewachsen. Meine Hände, meine Arme lassen zu viele Schlupflöcher offen, als dass ich an meine Brust pressen könnte, was verloren geht. Es gibt nur noch Wörter, die mit Un- und Ent- anfangen, also



Wörter, die sich von etwas lösen, die etwas *nicht* zu sagen versuchen.“

Der Autor P. F. Thomése schreibt über das vielleicht Schlimmste, was einem Menschen widerfahren kann – er schreibt über den Tod seines eigenen Kindes, ringt um Worte für seinen Schmerz, seine Trauer. Schattenkind ist ein sehr dichtes, ein sehr ergreifendes Buch. Thomése gelingt es das Unbegreifliche, das Unfassbare eines solchen Verlustes in Sprache zu fassen – damit schafft er „ein Loch in die Wortmauer, durch das wir atmen können.“

# hospizbewegung

# lebensHAUS

Münster

Sonnenstraße 80 - 48143 Münster  
Tel.: 0251-519874 / Fax: 0251-4828246  
Spendenkonto: Hospizbewegung-Förderkreis  
Nr. 18 221 100 - (BLZ: 400 602 65)  
Darlehenskasse Münster

Dorbaumstraße 215 - 48157 Münster  
Tel.: 0251-89935-10 / Fax: 0251-89935-19  
Spendenkonto: Förderverein Hospiz *lebensHAUS* e. V.  
Nr. 24 008 153 - (BLZ: 400 501 50)  
Sparkasse Münsterland-Ost

**„Wer sich auf den Bau und Betrieb eines Hospizes einlässt,  
muss von vornherein wissen, dass er etwas beginnt,  
was heutzutage gar nicht zu bezahlen ist, was aber das  
Unbezahlbare im Menschen ans Licht holt:**

**seine Barmherzigkeit, seine Solidarität mit dem,  
dessen Not größer ist als die eigene.“**

Pfarrer Paul Türks 1986 bei der Gründung des Hospizes in Aachen

## IMPRESSUM

### *Hospiz Forum*

E-Mail:  
[info@hospizbewegung-muenster.de](mailto:info@hospizbewegung-muenster.de)  
[www.hospizbewegung-muenster.de](http://www.hospizbewegung-muenster.de)  
[Elisabeth-udo.mueller@t-online.de](mailto:Elisabeth-udo.mueller@t-online.de)

Ausgabe:  
August 26/2005

Herausgeber:  
Hospizbewegung Münster e. V.  
Sonnenstraße 80  
48143 Münster  
Telefon: 0251-519874  
Fax: 0251-4828246

Fotonachweise:  
Titelfoto: Marc Chagall: [www.kath.-kirche-kaernten.at](http://www.kath.-kirche-kaernten.at)  
Cicely Saunders: [www.library.ucla.edu](http://www.library.ucla.edu), S. 4  
St. Christopher's Hospice: [www.stchristophers.org](http://www.stchristophers.org), S. 5  
Logo – St. Christopher's: [www.stchristophers.org](http://www.stchristophers.org), S. 5  
Damen: [www.ghgimasb.de](http://www.ghgimasb.de), S. 6  
Dame, tanzend: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de), S. 8  
Kinderfüße und Hände: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de), S. 9

Redaktion /  
Gestaltung:  
Dieter Broekmann  
Dr. Irmgard Engelking  
Gudrun Große Ruse  
Elisabeth Stricker  
Christa Wübbelt

Textbeiträge:  
Andrea Reckmann  
Walburga Völker

Fotonachweise:  
Dame mit Schirm: [www.puzzlenet.de](http://www.puzzlenet.de) S. 10  
Pfleger: Hospiz *lebensHaus*, S. 11  
Ärzteteam: [www.spitalaffoltern.ch](http://www.spitalaffoltern.ch), S. 7  
Luftballon: [www.sherpa-schule-bamti.de](http://www.sherpa-schule-bamti.de), S. 13  
Farbige Federn – Foto: photonica/Johner, S. 14  
Pustebblume: [www.onlinekunst.de](http://www.onlinekunst.de), S. 15  
Schultafel: [www.geschenke-der-hoffnung.org](http://www.geschenke-der-hoffnung.org), S. 15

Bezugsquelle  
(kostenlos erhältlich):  
Versand an alle Mitglieder

Hospizbewegung Münster  
*lebensHAUS*, Münster

Auflagenhöhe: 1.600

Nächster Erscheinungstermin:  
Februar 2006

Druck:  
Copy Center CCC  
Coerdestraße, Münster

Fotonachweise:  
Anna von Beverfoerde, Hospizbewegung, S. 17  
Chris Howland: Hospiz *lebensHaus*, S. 18  
Blanca Nieves: Hospiz *lebensHaus*, S. 19