



R U N D B R I E F





Rainer Maria Rilke

Mandelbäume in Blüte

*Unendlich staun ich euch an, ihr Seligen,
euer Benehmen,
wie ihr die schwindliche Zier traget
in ewigem Sinn.
Ach wers verstünde zu blühen:
dem wär das Herz über alle
schwachen Gefahren hinaus und in der
großen getrost.*

Ein Wort zu Beginn

Es ist Anfang Mai, als ich diese Zeilen schreibe, „Im wunderschönen Monat Mai, als alle Knospen sprangen...“, wie der Dichter Heinrich Heine singt.

Ich gehe durch den Garten und höre die Vogelbabys in den Nistkästen wispern, Laute, die mich auf seltsame Weise in Entzücken versetzen. Ich spüre die Luft, die sich weich wie Seide anfühlt und nach Blüten duftet, ich höre voller Freude den ersten Kuckucksruf. Der Frühling ist da, und der Sommer wird ihm folgen mit Wärme, mit 100 Arten von Grün und 1000 Blütenfarben. Ich nehme die Schönheit der wieder erwachten und erblühenden Natur mit allen Sinnen auf. Ich fühle mich fast trunken und spüre leidenschaftlich, dass ich da bin, dass ich lebe.

Und doch weiß ich, den Ruf im Ohr, jedes Kuckuckspaar muss dem Gebot der Natur folgen, und das bedeutet den vorzeitigen Tod für Dutzende von Vogelkindern, denn jedes Kuckucksküken im artfremdem Nest hebt seine Stiefgeschwister hinaus und sorgt dafür, dass nur es allein überlebt. So nah beieinander sind auch hier Leben und Tod, miteinander verwoben. Trotz meines Wissens darum überflutet die Freude über die Schönheit der Schöpfung in diesem Moment jedes andere Gefühl in mir, diese Schönheit, die wie eine kostbar in allen Farben gewobene funkelnde Decke über einem Untergrund von Verwandlung, Verwesung, vielleicht sogar von Schrecken gebreitet ist, auf dem und aus dem das Leben in seiner Vielfalt immer wieder entsteht.

Die Fähigkeit, Freude über die Schöpfung empfinden zu können, macht mein Leben reicher. Die Umstände meines Sterbens stehen in den Sternen. Doch wenn es überhaupt so sein wird, dass es noch eine Rolle spielen könnte: wird mir diese Fähigkeit dann nützlich sein? Oder wird sie es mir schwerer machen zu gehen, weil ich umso schmerzlicher verlassen muss, woran mein Herz hängt?

Vielleicht bleibt uns Sterblichen doch nur dies: im jetzt vergehenden Moment unseres Lebens, so weit es uns möglich ist, ganz da zu sein.

Gertie Kloster

Rose Ausländer:

Im Maifeuer

*Noch trag ich
die sterbliche Hülle
noch ist mein Atem vertraut
mit dem Atem der Erde*

*Im Maifeuer
werd ich geläutert
Gespenstern weis ich die Tür
doch manche sind stärker
und rühren erschreckend mich an
ich höre ihr Todesherz pochen*

Impressum

Herausgeber:

OMEGA Mit dem Sterben Leben e. V.

Redaktion: Inge Kunz, Mariele Averkamp, Sabine Beck, Maria Reinders

Redaktionsanschrift:

Dr. Mariele Averkamp,
Kolpingstr.5, 48734 Reken,
mail: draverma@t-online.de

Druck:

Druckerei Demming GmbH, 46414 Rhede
Auflage: 2000 Exemplare

Für den Inhalt der veröffentlichten Artikel sind die genannten Verfasser verantwortlich. Deren Meinung spiegelt nicht in jedem Fall die Ansicht der Redaktion wider.



Viele offene Fragen

Inge Kunz

In der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz ist eine neue Studie erschienen. Sie vergleicht, wie sterbensranke Menschen in Europa versorgt werden. Stationäre wie ambulante Hospizdienste und palliativmedizinische Angebote sind zwar enorm gewachsen. Dennoch ist eine Zukunft im Zeichen humaner Bedingungen für Sterbende keineswegs sicher.

Alternde Gesellschaften, zerfallende Familien und als „Krise“ bezeichnete Umverteilungen in den Gesundheits- und Sozialsystemen – alles Phänomene, mit denen die meisten europäischen Gesellschaften konfrontiert sind. Anlass für die AutorInnen der Studie um den Gießener Soziologieprofessor Reimer Gronemeyer, die Versorgung Todkranker in 16 europäischen Staaten zu untersuchen und grundlegende Fragen aufzuwerfen: Wird – in Gestalt wachsender Euthanasie-Tendenzen – eine Mentalität und Politik der „Entsorgung“ sterbenskranker Menschen um sich greifen? Oder werden sich humanere Alternativen wie Hospize und palliative Versorgung durchsetzen?

Auch diese humanen Alternativen sind durchaus zwiespältig. Palliativmedizin setzt auf Symptom- und Schmerzkontrolle und betrifft PatientInnen, deren Krankheit als nicht mehr therapierbar gilt. Könnte diese Behandlungsvariante nicht aus rein ökonomischen Motiven gefördert werden, da sie billiger ist als zum Beispiel Intensivmedizin, fragen die Gießener AutorInnen kritisch. Unter dem Begriff „Palliative Care“ werden ambulante und stationäre Hospizdienste wie auch symptomlindernde Angebote gefasst. Sie werden fast überall in Europa geregelt finanziert, schreiben die ForscherInnen: „Mehr und mehr tritt Palliative Care damit aus dem Bereich der Initiative, des persönlichen Engagements und der Spenden heraus und wird zu einer staatlichen Angelegenheit.“

Gesundheitsdienstleistungen sind „Waren“, die in Geldwert gemessen werden, und Versuche, Kosten zu begrenzen, gibt es in nahezu allen Staa-

ten. Kehrseite der öffentlichen Finanzierung, die mit Professionalisierung und Qualitätsstandards verknüpft ist, könnte das „organisierte, qualitätskontrollierte Sterben“ werden. Die AutorInnen fragen: „Gibt es über kurz oder lang ein Palliativ-Dumping? Ist es denkbar, dass kostspieliges Sterben outgesourct wird? Steht die Wahl zwischen dem Luxus-Hospiz für die Besserverdienenden und das Schlichthospiz für Sozialhilfeempfänger auf dem Programm?“

16 Länder vergleichende Studie basiert auf reichlich Daten und 150 qualitativen Interviews, welche die Gießener ForscherInnen mit HospizmitarbeiterInnen, MedizinerInnen, PatientInnen und WissenschaftlerInnen in den untersuchten Staaten geführt haben. Dabei heraus gekommen sind eine interessante Bestandsaufnahme und viele Fragen. Antworten zur Zukunft der Sterbebegleitung gibt es jedoch kaum. Denn die konkreten Folgen dessen, was PolitikerInnen hierzulande „Gesundheitsreform“ nennen, werden sich erst in einigen Jahren zeigen.

Die Hospizbewegung hatte in ihren Anfängen noch mit dem Unwillen der hiesigen, etablierten Einrichtungen der Krankenbehandlung und Pflege zu kämpfen. Das ist immer noch so, vor allem, wenn Kostenträger das Altenheim als billigere Alternative zum stationären Hospiz ansehen. Probleme gibt es auch, wenn Schwerstkranker im Hospiz nicht in einer vorgeschriebenen Zeit versterben, da die Krankenkassen dann die Hospiz - Voraussetzungen anzweifeln. Kassen wollen auch nicht zahlen, wenn PatientInnen künstlich beatmet werden, weil dies als lebensverlängernde Maßnahme aufgefasst wird, so dass die Betroffenen nicht als Hospiz-PatientInnen gelten sollen.

Für Krebskranke, die sich noch selbst versorgen können, finanzieren weder Kranken- noch Pflegekassen den Aufenthalt in Tageshospizen. Erstattet werden in der ambulanten Hospizbetreuung nur die Personalkosten für Fort- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen und Koordination. Telefongebühren und Autofahrten, die für eine Betreuung notwendig sind, werden nicht übernommen.

Und in Zukunft könnte die Versorgung Sterbenskranker für Kliniken noch schwieriger werden. Sollte das Fallpauschalen-System ab 2007 auch in diesem



Bereich greifen, könnte ein schnelles Sterben für Kliniken ökonomisch attraktiv werden. Die Pauschale könnte aber auch wie ein Stimulus wirken, um Sterbebegleitung ganz aus den Kliniken herauszuhalten – einfach, weil sie zu teuer ist. Palliativstationen werden mit dem neuen Abrechnungsmodellen ebenfalls kämpfen müssen. Die Verweildauer Sterbenskranker soll auf durchschnittlich drei bis fünf Tage reduziert werden. Für die Einstellung der Schmerztherapie und Symptomkontrolle brauchen Fachleute aber bis zu zehn bis vierzehn Tagen, und der Pflegebedarf von Palliativ - PatientInnen lässt sich ohnehin nicht an einer allgemeinen Norm kalkulieren – zu unterschiedlich sind die Krankheitsverläufe.

Auch international, darauf weist die Länderstudie hin, gibt es erhebliche Differenzen. In osteuropäischen Staaten dominiert das Schlichthospiz. Als vorbildlich gelten dagegen die Niederlande und Großbritannien. Die Zusammenarbeit von palliativen Zentren, Pflegeheimen, HausärztInnen und Pflegediensten ermöglicht, dass Menschen in häuslicher Umgebung sterben oder eine palliative und hospizliche Begleitung im Heim erhalten können. Angehörige, die Todkranke versorgen, haben Anspruch auf Sonderurlaub und staatliche Ersatzzahlungen für den Verdienstausfall.

In den Niederlanden gilt Tötung auf Verlangen schwer kranker Menschen als gesellschaftlich akzeptiert. Aber in Hospizen und Palliativ-Care-Häusern ist Euthanasie offenbar nicht üblich. Jedenfalls berichten die Gießener ForscherInnen, dass im Amsterdamer Hospiz Kura in den vergangenen zehn Jahren nur drei von 700 PatientInnen um Euthanasie gebeten hätten.

Allerdings scheint die klare Unterscheidung zwischen Sterbebegleitung und so genannter Sterbehilfe zu verschwimmen. Wie diffus die Konturen aktiver Lebensbeendigung geworden sind, zeigen hierzulande die Vorschläge des Bundesjustizministeriums (Siehe Seite 8). Das gilt auch für die Praxis der „terminalen Sedierung“ mit überdosierten Schmerzmitteln, die in den Niederlanden zunehmend AnhängerInnen beim medizinischen Personal findet. Doch auch in Deutschland werben viele Hospizvereinigungen für Patientenverfügungen, die tödlich wirkende Schmerzmittelrationen und Behandlungsabbrüche für den Fall schwerer Erkrankung einfordern.

Ein Zurück in familiäre oder rein ehrenamtliche Versorgungsmodelle, so viel ist sicher, wird es nicht geben. Es bedarf aber ständiger Reflexion und Einmischung, um zu verhindern, dass sich Hospiz- und Palliativversorgung in den ökonomischen Fallstricken des Gesundheitswesens verfangen.

Mutter

*In der Welt bist du unbehaust geworden
das irdische Haus zu schwer
die irdische Heimat an Freunden leer*

*Der Rücken zur Erde hin gebeugt
Fuß für Fuß zu mühsamen Schritt
den Lauf der Geschichte gehst du nicht mehr mit*

*Die Augen oft müde verirrt ohne Halt
mansche Farben so laut und grell
die Zeit viel zu flüchtig und schnell*

*Dein Weinen schlicht längst unbemerkt schon
davon*

*das Lächeln besucht dich noch manchmal im Traum
eingerollt suchst du den Ursprung und Ende
bergenden Raum*

*Einst warst auch du Hülle und Schutz
gabst Leben und Nahrung – Liebe und Trost
suchst den Heimweg nun selber nackt und bloß*

*Wir schauern und spüren den zeitenrand
dein Schritt fehlt – selbst sind wir nun Weg und Ziel
der wechselndene Kreise im Lebensspiel*

*Du bist in der Welt unbehaust geworden
übst das Fallen aus Zeit und Land
in die himmlische Wohnung in Seiner Hand*

Gisela Rest-Hartjes



Über Politische Zusammenhänge und alltägliche Erfahrungen

Interview von Erika Feyerabend, BioSkop

Rot-Grün ist angetreten, PatientInnen besser und wirtschaftlicher zu versorgen, Gleichzeitig sollen Palliativstationen und Hospize stärker gefördert und der „selbst bestimmte“, tödliche Behandlungsabbruch ermöglicht werden. Über politische Zusammenhänge und alltägliche Erfahrungen hat BioSkoplerin Erika Feyerabend mit zwei Frauen gesprochen, die sich ehrenamtlich in der Hospizvereinigung Omega engagieren: Maria-Elisabeth Averkamp, Hausärztin, und Inge Kunz, Sozialpädagogin.

BIOSKOP: Das neue Fallpauschalen-System soll die Behandlung im Krankenhaus angeblich verbessern. Wie sieht die Praxis aus?

Maria-Elisabeth Averkamp: Die Kliniken dürfen jetzt nur nach Diagnosen abrechnen und nicht mehr nach Tagessätzen, also der Dauer, die ein Patient im Krankenhaus liegt. So versuchen die Häuser, möglichst viele kostenrelevante Diagnosen auf einen Patienten zu konzentrieren. Praktisch wirkt sich das so aus: weniger Zeit für die Kranken; weniger Zeit, um Kontakt mit niedergelassenen Ärzten aufzunehmen und die ambulante Weiterbehandlung zu planen. Die Menschen werden zunehmend, wie wir sagen, „blutige Entlassungen“. Ein Operierter bleibt selten so lange, bis die Fäden gezogen werden. Er wird sehr schnell in den ambulanten Bereich verlegt, wenn möglich nach Hause, sonst in ein Pflegeheim oder ein Hospiz, um die Krankenhäuser von der weiteren kostenträchtigen Versorgung zu entlasten.

Inge Kunz: Im Zweifel werden Patienten gar nicht erst aufgenommen. Wir haben das jetzt mehrfach erlebt bei Tumorerkrankten, die nur noch palliativ versorgt werden mussten. Eine unserer Hospiz-

Begleiterinnen ist selbst erkrankt, in ihrem Körper hatte sich sehr viel Wasser eingelagert. Das Krankenhaus versuchte, sie wieder nach Hause zu schicken. Ein anderer Palliativpatient mit Lungentumoren und Luftnot wurde noch am Tag seiner Einweisung ohne Symptomerleichterung, geschweige denn Symptomkontrolle wieder nach Hause geschickt. Oder: Wenn bekannt ist, dass ein Platz im Hospiz angefragt ist, wird ebenfalls schnell entlassen.

BIOSKOP: Wer kümmert sich denn um die Palliativpatienten?

Averkamp: Ihre Versorgung erfolgt mehr schlecht als recht durch Familien, Hausärzte, Pflegedienste und Ehrenamtliche. Erst in Zukunft wird die palliative Versorgung eine Abrechnungsziffer bekommen, die sicherlich nicht kostendeckend sein wird. Praktisch greift hier die Formel: „So viel ambulant wie möglich und so viel stationär wie unbedingt nötig“. Das muss nicht schlecht sein. Doch die ambulante Versorgung ist kaum auf die vielfältigen Aufgaben vorbereitet, geschweige denn finanziell dafür ausgestattet.

Kunz: Die Wirklichkeit ist ja, dass die Leute entlassen werden und der Arzt maximal zweimal die Woche da ist, der Pflegedienst ist maximal zwei- bis dreimal am Tag da. Und dann gibt es immer noch 23 Stunden täglich, und das siebenmal die Woche. So werden Angehörige oder auch Ehrenamtler ganz schön verschlissen.

BIOSKOP: Jede/r möchte zu Hause sterben, heißt es immer wieder. Was muss dafür getan werden?

Averkamp: Wir brauchen flexible Versorgungsstrukturen, die alle an der Patientenversorgung Beteiligten begleiten. In einer Notsituation wird zum Beispiel der Notarzt herufen, der aus Unkenntnis des Falles und oder zu seiner Entlastung den Patienten erneut einweist. Das kann eine unnütze, kostenträchtige und quälende Belastung für alle Beteiligten bedeuten. Es fehlt ein Krisenmanagement mit ständiger Präsenz für eine Hilfestellung im Notfall. Die Vorbereitung der Angehörigen auf zu erwartende Situationen, die Bereitschaft des Hausarztes, seine Handynummer zu hinterlassen, die Bereitschaft der Pflegedienste sind wichtige Aspekte einer Rundumver-



sorgung, die wir uns wünschen, die aber die Beteiligten nicht nur an ökonomische Grenzen, sondern auch an die Grenze ihrer psychischen und physischen Kräfte bringen kann.

Kunz: Besonders schwer haben es die vielen Menschen mit Atemnot, die als Dauerpatienten weder im Normalkrankenhaus noch in der Palliativstation bleiben können. Die bräuchten intensivste medizinische und pflegerische Versorgung, die im ambulanten Bereich nicht ausreichend vorhanden ist; sie werden aber dennoch nach Hause entlassen. In einem Fall hatte die Ehefrau Panik, ihren Mann zu sich zu nehmen. Im Hospiz gab es keine Plätze, also wurde er ins nächste Altenheim geschickt. Dort heißt es: Gut, wir machen die Versorgung, aber nur mit Unterstützung der Omega-Hospizgruppe. Das sind Bedingungen, die sehr quälend sind. Die Betroffenen fühlen sich dann als finanzielle Belastung und als pflegerische sowieso. Angehörige müssen entlastet werden. Da muss es andere, abrufbare Angebote geben, ohne sofort überlegen zu müssen, wie teuer beispielsweise der Sitzwächendienst ist. Das sind rund 50 Euro pro Nacht, wenn man nicht das Glück hat, auf einen ehrenamtlich Dienst zurückgreifen zu können. Wenn ich mir das als pflegende Angehörige nicht leisten kann, dann muss ich in der Nacht selbst Wache sitzen.

BIOSKOP: Kann man kurative und palliative Behandlung eindeutig unterscheiden?

Averkamp: Das ist nicht immer klar definierbar. Es gibt Patienten, die nicht mehr kurativ behandelt werden können. Wenn sich ihr Zustand verschlechtert, dann werden sie Palliativpatienten, bei denen die Linderung der Symptome ihrer Erkrankung im Vordergrund steht. Zur palliativen Systemkontrolle kann auch mal eine Chemotherapie zur Schmerzlinderung gehören, die wir eigentlich eher dem kurativen Bereich zuordnen würden. Wir wünschen uns außerdem palliativmedizinische und -pflegerische Ansätze nicht nur zur Zeit des Sterbens, sondern schon früher in der Zeit der schweren Krankheit.

BIOSKOP: Als Modellfall des Behandlungsabbruchs benennen Patientenverfügungen den Verzicht auf Therapien mit Antibiotika. Was sagt die Palliativmedizin dazu?

Averkamp: Ein Antibiotikum gehört bei einer richtigen Lungenentzündung zur Behandlung. Es wirkt ja nicht quälend lebensverlängernd. Solche Medikamente töten Bakterien ab, sie erleichtern Husten, sie zählen also zu den lindernden Maßnahmen. Durch ein Antibiotikum wird man einen Sterbeprozess nie aufhalten können. Wenn jemand im Sterben ein Antibiotikum bekommt, stirbt er trotzdem.

BIOSKOP: Einer der hartnäckigsten Verfechter von Patientenverfügungen ist der Münchner Rechtsanwalt Putz. Er hat veröffentlicht, 65 Wachkoma-Patienten zum Tod durch Abbrechen der Ernährung verholfen zu haben. (Siehe Randbemerkung) Ist das vorstellbar?

Kunz: Ich erlebe durchaus, dass Ärzte nur noch Kamillentee geben über die Sonde oder die Nadel. So war es auch bei einem unserer ersten Patienten, die aus dem Krankenhaus zu uns ins Hospiz kam. Wir haben darauf bestanden, dass ein Minimum an Eiweißzellversorgung sein muss, auch um Druckgeschwüren vorzubeugen.

Averkamp: Auch da gilt, dass man Hunger und Durst stillt. Wo man den Einzelfall ganz genau ansehen muss, ist die Zufuhr von Eiweißstoffen in der ganz engen Finalphase. Dann kann man Flüssigkeit zur Entlastung geben, aber keine Nahrung mehr, die zur Belastung werden kann. Hunger und Durst gehören aber gestillt. Wenn aber jemand im Wachkoma liegt, ist das ein anderes Problem, wir können Empfindungen weder sicher beweisen noch verneinen. Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug wie im Fall Terri Schiavo ist aktive Euthanasie.

Kunz: Der Palliativkongress in Aachen hat vor kurzem noch mal deutlich gemacht, dass Flüssigkeit und Ernährung in die palliative Versorgung gehören und diese – ähnlich wie die Antibiotika – das Leben nicht verlängern. Wer Flüssigkeit und Ernährung unterlässt, verkürzt aktiv das Leben.



Die Begleitung demenzkranker Menschen im Sterbeprozess

*Dr. Marie-Elisabeth Averkamp,
Inge Kunz*

Bis vor einigen Wochen war die 82-jährige, zarte, kleine, demente Frau laufend „unterwegs“. Unruhig, manchmal ängstlich und anlehnungsbedürftig schien sie innerlich zur Dauerbewegung getrieben zu sein; zur dauernden Suche nach Sicherheit und „Heimat“. In der Welt war sie aber längst „unbehaust“ heimatlos geworden

Inzwischen hatte ein weiterer Schlag – die Multiinfarktdemenz hatte die letzten 5 Jahre immer belastender gemacht – Frau K. von den Beinen geholt. Jetzt liegt sie im Sterben, kann nicht mehr essen und trinken. Sprechen kann sie seit einem halben Jahr nicht mehr.

Dementiell erkrankte Menschen haben ausgeprägte Gedächtnisstörungen. Sprache, Erkennen und Affektkontrolle sind reduziert. Dazu kommen Desorientiertheit, Reizbarkeit, Ängste und Persönlichkeitsveränderungen.

Am Ende ihres Lebens stehende alte Menschen leben entweder alleine zu Hause, bei pflegenden Angehörigen oder in Einrichtungen der Altenhilfe.

Dort werden sie rund um die Uhr versorgt. Das bedeutet aber auch in der Regel den Verlust der Selbständigkeit sowie der Privat- und Intimsphäre. Niemand kann es leichthin ertragen und wie selbstverständlich hinnehmen, wenn er z.B. seine Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren kann, wenn er gewaschen werden oder das Essen gereicht bekommen muss.

Viele Verluste begleiten das Leben: Eigentum, Beruf, Familie, Freunde, Partner, Selbstwertgefühl und – Achtung.

Im Alter lassen dann auch noch Fähigkeiten wie Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Fühlen nach. Hunger- und Durstgefühl nehmen ab und das Erinnerungsvermögen wird immer geringer.

Sterbende bewusstseinsklare Menschen haben zentrale Bedürfnisse wie Atmen, Essen und Trinken, Kontrolle ihrer Ausscheidungen, Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle Sicherheit für den „Notfall“, Liebe, Zärtlichkeit, Zuneigung, Achtung, Anerkennung, Respekt, Selbstachtung und nach jemandem der ihnen zuhört.

Sterbende dementiell erkrankte Menschen brauchen das alles nicht nur im gleichen, sondern in ganz besonderem Maße, vor allem auf emotionaler Ebene, auf der Ebene der Sinne. Die Erfahrung lehrt, dass alte Erinnerungen, Gefühle, Berührungen, Märchen, Musiken ungeahnte geistige Kräfte mobilisieren. Kinder- und Wanderlieder können diese Menschen „singen“ oder Gedichte aufsagen, obwohl das Sprechen sonst nicht mehr geht.

In der Begleitung dementiell erkrankter Menschen gilt es, Schwächen auszugleichen und Stärken zu nutzen. Schützende Fassaden müssen aufrecht erhalten, schwierige Gefühle ausgehalten und Restfähigkeiten unterstützt werden. Der Tag muss strukturiert werden, Ablenkungen können entlastend sein. Vor allem darf der Kranke nicht beschämt werden.

Demente ziehen sich oft resigniert in ihre als „real“ empfundene Innenwelt zurück. Sie weinen über den gerade verstorbenen Vater, der in Wirklichkeit seit einem halben Jahrhundert tot ist.

Sterbende, demente Menschen in ihrer Hilf- und Orientierungslosigkeit, ihrem Leben in der Vergangenheit, werden oft durch falsche Maßnahmen misshandelt und schwer missachtet, weil die Betreuenden es (noch) nicht besser wissen. Das gilt besonders für ihre Selbstbestimmung. Auch demente Menschen können noch selbst bestimmen. Martin Th. Hahn formuliert in seinem Artikel „Selbstbestimmtes Leben“: „Kommunikationsbeeinträchtigungen z. B. dürfen dann nicht zum Verzicht auf Kommunikation führen, sondern zu verstärktem Bemühen um Kommunikation, so dass ein Austausch über Bedürfnisse zustande kommen



kann. Da sterbende Menschen mit Demenz bei ihrer Bedürfnisbefriedigung aber von uns abhängig sind, müssen wir lernen, sie zu verstehen und ihnen assistierend zu helfen. Das heißt, sie können etwas nicht selbst tun. Wir tun es für sie, indem wir sie bestimmen lassen, erstens: was wir tun sollen, und zweitens: wie wir es tun sollen. Selbstbestimmung wäre so gewährleistet, auch wenn sie nicht zur Selbstaussführung kommt.

Im Umgang mit sterbenden dementen Menschen müssen wir allerdings erkennen, dass eine neue Qualität notwendig, d. h. Notwendig ist, und dringend gefordert werden muss.

Das Problem ist vielerorts bekannt, die Umsetzung ist aber schwierig, weil das Personal knapp ist, Angehörige, Pfleger, Ärzte und Ehrenamtliche ungenügend ausgebildet sind, alle Beteiligten überlastet und erschöpft sind und last but not least die finanziellen Mittel fehlen.

Hier sind die Konzepte der Hospizbewegung und die Möglichkeiten der Palliativmedizin gefragt.

Im Mai letzten Jahres hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zusammen mit der Alzheimergesellschaft das Curriculum „Mit - Gefühl“ zur Begleitung Demenzerkrankter veröffentlicht, das ganz neue Aspekte für eine Tätigkeit im weit gefassten hospizlichen und palliativen Bereich eröffnet.

Die Versorgung und Begleitung von dementen und somit hilflosen Menschen ist ein Problem der Zukunft, das hohe Anforderungen an unsere Lebens- und Sterbekultur stellt. Das Menschenrecht Sterbender auf symptomkontrollierte, lebenserhaltende, achtungsvolle Versorgung darf ihnen nicht abgesprochen werden; einer aktiven Lebensverkürzung, Tötung aus Mitleid oder welcher Form einer „Alteneuthanasie“ auch immer darf in den Köpfen und Herzen kein Platz eingeräumt werden.

Mein Testament

*von Hanns-Dieter Hüsck aus:
„Das Schwere leicht gesagt“*

Teil 1

Ich komme jetzt
Zu meinem Testament
Das ich schon als Kind
Vor dem Einschlafen
An der Zimmerdecke
Wiederholt
Gelesen habe
Auch heute noch
Bin ich vor dem Einschlagen
Oft hellwach
Einmal bin ich aufgestanden
Und habe endlich
Mein Testament
Eine altmodische Pastorale
Für eine kleine Republik
In einem Gedankengang mit Gesang
Aufgeschrieben:

Ein wenig Kartoffelsalat
Ein kleines Kotelett
Ein kleiner Friedhof mit Kapelle

Dann und wann
Fährt der Landarzt
Mit seiner alten Kutsche
In unseren Hof
Und fragt
Wo wohnt hier Kerckhoffs Johanna
Da drüben rufen wir
Und laufen alle mit
Und erfahren von Kerckhoffs Wilhelm
Dass Kerckhoffs Johanna
Eine Frühgeburt hat
Auch du lieber Gott sagen wir alle
Aber es sei alles gut ausgegangen
Gott sei Dank sagen wir alle
Aber bitte keine Reden
Keine Rundbriefe
Und kein Kulturprogramm
Auf unserem Platz
Und kein Friedens-Variete
Wir haben nichts dagegen
Wenn ab und zu ein stellungsloser Pfarrer



Auftaucht und uns fragt
Ob er unser Bad zur atomwaffenfreien Zone
Erklären könne
Nichts dagegen
Wir sind sogar dafür
Aber keine Reden bitte
Und keine Rundbriefe
Spaßig soll es bei uns zugehen
Spaßig traurig und schön
Kartoffelsalat
Ein kaltes Kotelett
Und einen Friedhof mit kleiner Kapelle
Wollen wir haben
Aber kein Kulturprogramm

Einen schlitzohrigen Kaplan
Und auch ein paar ganz dumme
Soll es bei uns geben
Gutmütige Handwerker
Einen Schreiner der philosophiert
Und einen Philosophen der schreintert
Ein bis zwei Verrückte
Von denen einer immer
In seiner Jackentasche
Ein altes gelbes
Ausgefranstes
Verschlissenes
Fettfleckenabgegriffenes
Eselohrenumgeknicktes
Anbetungsschmutziges
Trostverströmendes
Reclam-Bändchen hat
Mit Phantasia - Versen von Arno Holz
Oder
Unter dem Milchwald von Dylan Thomas
Egal
Nur keine Reden bitte

Manchmal soll zu uns einer
Mit einer Violine kommen
Und uns was Schönes darauf vorkratzen
Dazu Kartoffelsalat
Ein kaltes Kotelett aus der Hand
Und die Katzen sollen den Männern
In der offenen Hemdbrust liegen
Und die Frauen haben in ihren Augen
Lange Geschichten
Liegen stundenlang in den Fenstern
Und sehen alle aus

Wie blühende Begonien
Aufgedrehte Vergissmeinnicht
Und müde gewordene fleißige Lieschen
Aber keiner erhebt sich über den anderen
Oder erniedrigt sich unter den anderen
Keiner kommt auf den Gedanken
Er sei besser oder schlechter
Wichtiger oder wertloser
Als der andere
Und die kleinen Ferkel
Haben alle Namen
Und verlaufen sich ab und zu
Sogar in der Kirche
Und bringen den Organisten zur Raserei

Spaßig traurig und schön soll es sein
Ein ehemals
Regelrecht verpfuschter Preußischer Beamter
Geht jeden Morgen um sieben
Die kleine Hauptstraße auf und ab
Alle 50 Schritt bleibt er stehen
Legt die rechte Hand an die rechte Schläfe
Und gibt das Kommando:
Exzellenz!
Ich stehe nicht mehr zur Verfügung!

Und wir wollen
Die Krankenschwester Margarethe sehen
Deren Fahrrad ständig kaputt ist
Wir wollen sehen, wie der betrunkene Dirigent
Jeden Abend aus dem „Goldenen Löwen“ fällt
und wie ihn der Apotheker
Über seine Schulter nimmt und ihn ins Bett wirft
Und wie ihn seine Frau dann auf die Stirn küsst
Und sagt
Du dummes Schwein

Wir haben nur eine Kirche
Aber da geht alles rein
Was nicht niet- und nagelfest ist
Unser Lieblingschoral
geht so:

Mensch, du armes Lebewesen
Heil'ges Schwein von Gottes Gnaden
Sklave deiner eig'nen These
Liebesschwüre Hetz-Tiraden

Fortsetzung in der nächsten Ausgabe



Patientenverfügung ohne Reichweiten- begrenzung: Eine Über- forderung der Selbst- bestimmung

(aus ICEP – Berliner Institut für christliche Ethik und Politik, 3. Ausgabe 2005 / Juni)

von **Dietmar Mieth, Professor für Theologische Ethik / Sozialethik, Universität Tübingen und Sachverständiger der Enquete-Kommission ‚Ethik und Recht der modernen Medizin**

Eine Patientenverfügung wird nicht gebraucht, solange ein Patient oder eine Patientin sich selbst artikulieren kann. Sie können dann unmittelbar sagen, welchen Behandlungen sie zustimmen und welche sie ablehnen. Viele wünschen, dass diese anerkannte Selbstbestimmung auch auf Zustände übertragen wird, in denen sie sich nicht aktuell äußern können. Das Instrument der Patientenverfügung kann dies jedoch nicht ohne weiteres befriedigend realisieren helfen.

Zwischen der aktuellen Selbstbestimmung und der Vorausverfügung für den Fall der Artikulationsunfähigkeit in schwerer Krankheit gibt es wichtige Unterschiede. Der Patient mit Bewusstsein kann seinen Willen neu fassen, der Koma-Patient nicht. Zudem: kann der Verfügende die Erfahrung seines reduzierten Zustandes wirklich vorwegnehmen? Dennoch meinen viele, u. a. der nationale Ethikrat in seiner Mehrheit, die Vorausverfügung solle sich durchsetzen, es sei denn, es gebe Anhaltspunkte für einen Widerruf.

Es geht darum, wie wir den Menschen sehen, der nicht mehr Stellung nehmen kann. Auch der Mensch im Koma ist Person mit allen Rechten, nicht nur der Mensch, der im Voraus verfügen will. Muss nicht auch eine positive Lebensäußerung des Patienten, d.h. der nicht verbale Ausdruck dafür, dass er sich wohl fühlt, als Indiz für den Willen oder gegebenenfalls für eine Willensänderung akzeptiert werden? Der Nationale Ethikrat hat dies in seiner Stellungnahme zwar akzeptiert. Aber er meint in seiner Mehrheit, dass die Wertung dieser Lebensäu-

ßerung von einer Patientenverfügung im Voraus interpretiert werden kann. Man könne verfügen, sie bei dem Menschen im Koma, der man selbst einmal sein könnte, nicht zu beachten

Selbstbestimmung, Fürsorge und Kommunikation

Nach einem inzwischen zurückgezogenen Entwurf des Bundesjustizministeriums gilt auch der mutmaßlich Wille, den man auch als allgemeine Wertvorstellung des Patienten konstruieren kann, als vorrangig gegenüber dem Grundsatz der Lebenserhaltung. Zudem kann ein schriftlich Bevollmächtigter ohne Einschränkung der Reichweite entscheiden. Wird damit eine indirekte Sterbehilfe mittels leidvermindernder Maßnahmen ermöglicht? Wenn sich der Arzt immer mehr als Vollstrecker des Patientenwillens versteht, sind seine eigene Selbstbestimmung und sein berufsständiges Ethos nicht mehr einbezogen. Durch kommunikative Überlegungen mit den Beteiligten (etwa durch ein Konsil, d.h. eine Beratung mit Pflegenden und Angehörigen) könnte man hier einen Automatismus vermeiden und weitere Gesichtspunkte einbeziehen. Selbstbestimmung ist nach Meinung der Enquete-Kommission des Bundestages zwar oberstes Kriterium, aber sie dürfe nicht kontextlos und umstandslos, gleichsam abstrakt, zu einem blinden Vollzug führen. Selbstbestimmung ist weder bei der Erstellung der Patientenverfügung noch bei der Anwendung unabhängig von den Umständen zu sehen. Um zu erkunden, wie Patientenverfügungen in konkreten Situationen gehandhabt werden und wirken, bedürfte es m. E. auch empirischer Untersuchungen – z. B. darüber, wie Menschen vorher gedacht haben, als sie ihre Verfügung verfassten, und wie sie im Eintrittsfalle, wenn sie z. B. entgegen ihrem vorausverfügten Willen überlebten, nachher über ihre Meinung bei strittigen Behandlungen denken.

Außerdem erscheint es als sinnvoll, prekäre Entscheidungen gerichtlich noch einmal überprüfen zu lassen. In vielen Fällen wäre es hilfreich, wenn die Patientenverfügung eine/n Bevollmächtigte/n benennt, der die Entscheidung trägt. Manche meinen, eine solche Entscheidung wäre für diesen eine große Belastung. Es gibt offensichtlich keinen einfachen Weg.

Eine Stellungnahme der öffentlichen Kammer der EKD macht darauf aufmerksam, dass man nach



dem christlichen Menschenbild Selbstbestimmung und Fürsorge nicht auseinander reißen sollte. Der Mensch als ein auf die Gemeinschaft bezogenes und von anderen abhängiges Wesen ist nie völlig autark. Er bedarf der Zuwendung und Fürsorge anderer. Er wäre sonst in vielen Lebenssituationen überfordert. Christlich gesehen kann sich im Vertrauen auf die Fürsorge anderer auch die Gelassenheit gegenüber dem Eigenwillen ausdrücken.

Ein Recht oder eine Zumutung

Andererseits stellt sich die berechtigte Frage, ob eine Alternative zur individuellen Vorausverfügung nicht letztlich doch auf Bevormundung und Paternalismus hinausläuft. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass sich Wünsche nach Einschränkung der Apparatedizin und einer beschwerlichen Lebensverlängerung im konkreten Fall nur schwer durchsetzen lassen. Auch von daher ist zu verstehen, dass Selbstbestimmung in diesen beschwerten Phasen des menschlichen Lebens vor Fremdbestimmung Vorrang haben und gesetzlich geschützt werden soll. Mit dem Siegeszug des Autonomie-Prinzips im Sinne der informierten Zustimmung als Dreh- und Angelpunkt in der modernen Medizin ist die Abwehr „fremder“ Entscheidungen verbunden. Andererseits besteht die Gefahr, dass man der Selbstbestimmung zuviel zumutet. Selbstbestimmung kann sich auch in einem Recht auf Nicht-Entscheidung ausdrücken, das man dem Recht auf Nichtwissen gleichstellen muss. Offensichtlich machen in den USA neun von zehn Patienten, die vor der Frage stehen, ob sie ein Verfügungsformular ausfüllen sollen, von diesem Recht Gebrauch und füllen das Formular nicht aus.

Eine mögliche schiefe Bahn?

Die Knappheit der Mittel für medizinische Betreuung und Pflege, von der überall die Rede ist, könnte sorgfältige ethische Überlegungen überlagern und statt dessen ökonomische Gesichtspunkte in die Entscheidungen hineinbringen. Es ist verständlich, dass verantwortungsbewusste Menschen auch auf ihre Angehörigen Rücksicht nehmen. Bei längeren Pflegezeiten können diese ja mit ihren Einkünften und mit ihrem Vermögen herangezogen werden. Zu bedenken ist aber, dass die in die Eigenbeteiligung verlagerte Knappheit der Mittel in der

Gesundheitsversorgung zu einer Art „Standardisierung“ führen könnte: man möchte nicht zur Last fallen, bzw. auch nicht als Last in Erinnerung bleiben. Daraus folgt, dass zwar alles auf das Individuum abgestimmt zu sein scheint, dieses sich aber selbst nicht isoliert betrachten kann. Darauf ist bei der Beratung von Patientenverfügungen zu achten. Wenn Patientenverfügungen – wie nach vielen Vorschlägen – von Formvorschriften und Beratungsnachweis weitgehend befreit werden sollen, wird dieser Gesichtspunkt vernachlässigt.

Begrenzung der Reichweite

Die Enquete-Kommission fordert mit großer Mehrheit die Anwendung einer Patientenverfügung, mit der auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wird, dass die bestehende Krankheit trotz medizinischer Behandlung irreversibel und tödlich verläuft. Denn beispielsweise hat der Entzug der Ernährung ja immer den Tod zur Folge, gleich wie krank der Patient ist. Während er aber in einem Fall das Sterben, das auch ohne diesen Entzug in absehbarer Zeit einträte, nur verkürzen würde, würde er im anderen Falle das Überleben beenden, so dass dieser Abbruch die direkte Ursache des Todes wäre.

Der Abbruch als direkte Ursache des Todes führt logisch zu der Frage, warum man dann die so stark gemachte Selbstverfügung bei aktiver Tötung nicht mehr gelten lässt. Um die bleibende Differenz zu aktiver Tötung zu markieren, wird von Befürwortern eines solchen Abbruchs ohne Reichweitenbegrenzung Folgendes geltend gemacht: Durch die ursprüngliche Maßnahme, etwa durch die künstliche Ernährung eines Komapatienten sei die Wiederherstellung seiner Selbststeuerung angestrebt. Es stelle sich dann erst später heraus, dass dies nicht zu erreichen sei. Zumutbar sei jedoch nur eine selbst gesteuerte Überlebensform, in welcher der Patient nicht bloß vegetative, bzw. sensitive „Reflexe“ zeige, sondern auch „Reaktionen“, die einen Rest von Steuerung der Person erkennen lassen. Die Unterscheidung zwischen „Reflexen“ und „Reaktionen“ ist freilich schwierig. Angehörige und Freunde werden möglicherweise darüber anders urteilen als Gehirnspezialisten. Wer das Abbrechen einer lebenserhaltenden Maßnahme, die zuvor verordnet wurde, ohne Begrenzung der Reichweite befürwortet, meint, dies sei immer noch eine passi-



ve Form des Sterbenlassens. Genau dies ist schwer nachvollziehbar. Zum einen ist ja der Betroffene nicht im absehbaren, irreversiblen Sterbeprozess, zum anderen ist die betreffende Handlung kein Unterlassen. Die Lebenserhaltung steht in der Gefahr, nur noch bedingt Ziel ärztlichen Handelns zu sein. Dieses steht dann unter dem Vorbehalt des Erhalts oder Wiedergewinnens der Selbststeuerung. Aber auch der Mensch, der sich nicht mehr sprachlich und eindeutig artikulieren kann, ist Träger der Menschenwürde. Die Beachtung dieses Grundsatzes kann nicht einfach durch den Hinweis auf eine vorhergehende Selbstbestimmung ohne weitere Bedingungen entfallen.

Keine Lösung für alle Fragen

Patientenverfügungen lösen nicht schon allein durch ihre Existenz die unbestreitbaren Probleme für die Beteiligten und für die ganze Gesellschaft. Deshalb bedarf es einer intensiven, öffentlichen Debatte über die inzwischen im Bundestag erarbeiteten Alternativen, damit nach gründlicher, ethischer Abwägung nötige, rechtliche Klarheit erreicht wird.

Patientenverfügung?

Wir, die Regional-Gruppe Norderstedt, machten in April 2004 einen Anfang mit der Diskussion über die Patientenverfügung. Im Monat August 2004 setzen wir die Gespräche fort, jetzt auch mit der „spirituellen Verfügung“ von Franco Rest.

Wir nahmen uns einige seiner Stellungnahmen an und fanden es doch sehr schwierig, sofort feste Meinungen zu formen. Also bekam jeder ein Heft von Franco Rest zur weiteren Bearbeitung mit nach Hause, damit wir im Januar 2005 abschließend darüber diskutieren können.

Auch in Januar war es noch immer nicht einfach. Also öffneten wir die Auseinandersetzung, die engagiert geführt wurden. Wir fragten uns, ob wir uns in den Texten wiederfinden können. Und was für uns wichtig ist und was überflüssig. Oder, wenn das Heft ein Leitfaden für Gespräche mit dem Betroffenen sein soll, trifft das dann auf alle Punkte zu? Einige Teile riefen Irritationen auf, aber wir stellten fest, dass das nicht relevant ist. Auch Irritationen können einen Gedankenaustausch anregen und helfen, manche Ideen zu überdenken, wo man sonst vielleicht nicht darauf gekommen wäre.

Wir meinten, dass eine Bearbeitung sämtlicher Punkte auch befreiend sein kann für eine von uns zu begleitende Person oder auch ihr Anregungen geben könnte.

Insgesamt war die Gruppe der Meinung, dass der Text von Franco Rest gut zu gebrauchen ist als Hilfe zur Meinungsbildung, Gedankenaustausch und als Leitfaden für ein Begleitungsgespräch. Nach einer intensiven, inneren Auseinandersetzung mit dem Begleiter kann eine Patientenverfügung sehr wohl überflüssig sein. Vielleicht stellt der Mensch dann fest, dass er viele Ängste und Unsicherheiten im Gespräch zumindest insoweit hat bearbeiten können, dass sie nicht mehr sehr wirksam sind oder aber tatsächlich unwichtig wurden. In einem weiteren oder anderen Schritt kann auch das Vertrauen entstehen und bestehen bleiben, dass die Menschen, die einen in der letzten Lebensphase ‚behandeln‘, dieses wahrhaftig nach besten Wissen und Gewissen tun werden.

Auch unterstützen wir, dass Omega zukünftig keine eigene Patientenverfügung ausgibt. Trotzdem kam die Bitte an den Vorstand, Patientenverfügungen zu benennen, welche ‚brauchbar‘ erscheinen, sollte jemand auf eine solche bestehen wollen. Die Wichtigkeit einer Vorsorgevollmacht (für den Bereich Gesundheit) wurde von allen betont.

*Christl Verschragen, Angelika Schwerin
OMEGA-Norderstedt*



Kein Nachruf

Zum Ausscheiden von Maria Reinders aus dem Bundesvorstand

Es ist auf den ersten Blick eine undankbare Aufgabe, mit der ich hier betraut wurde, nämlich zum Ausscheiden von Maria Reinders aus dem Bundesvorstand ein paar passende Worte im Namen desselben zu finden. Das ist fast so wie einen Nachruf schreiben, also heißt es, nur Positives zu bringen, und das wird dann fast nicht mehr geglaubt, und schon gar nicht von jemandem, der ihren Posten übernommen hat. Und doch.

Den Bundesvorstand hat Maria auf eigenen Wunsch verlassen, weil die Aufgaben, die in ihrer Stadt, in ihrer Region zum Segen dieser Region nun auf sie warteten, vom Zeitlichen her einfach nicht mehr mit der Arbeit eines Bundesvorstandsmitglie-

des zu vereinbaren waren. Gehen konnte sie erst, nachdem sie sicher sein konnte, dass für Nachfolge gesorgt war. Sie war ein engagiertes Vorstandsmitglied, dem so schnell nichts zu viel wurde. In der Hospizarbeit von hervorragender Fachlichkeit, mit Sachlichkeit, wo diese verlangt wurde, und mit Leidenschaft, wo es wirklich darauf ankam. So trug sie auch den Titel „Schatzmeisterin“ mit einem lachenden und einem sorgenden Auge, denn das Kümern um die Finanzen ist ja nicht der beliebteste Posten in der Vereinsarbeit, aber was kann man schon tun ohne Geld? Ihre Integrität half ihr und den anderen Vorstandsmitgliedern auch durch eine schwierige Zeit.

Ich kenne Maria nun seit Jahren und schätze mich glücklich deswegen. Ihr Kern besteht aus Menschenfreundlichkeit. Es tut gut, wenn man im Kontakt mit ihr etwas von dieser Freundlichkeit abbekommt. Ich wünsche mir, dass ich in Zukunft noch lange und häufig die Möglichkeit dazu haben werde.

Im Namen aller Vorstandsmitglieder:
Gertie Kloster

F • A • C • H • T • A • G • U • N • G

ESA (Europäische Seniorenakademie) und OMEGA – mit dem Sterben leben e.V.

Zwang zum Wert

Leben und Sterben zwischen Ethik und Ökonomie

am 21./22. Oktober 2005 in Bocholt

In Zeiten der Globalisierung und immer knapper werdender Ressourcen müssen sich Organisationen fragen lassen: Was ist ihnen ihre (Sterbe-)Kultur wert?

Was ist eine Gesellschaft bereit, sich Ihre Werte und Moral kosten zu lassen? Wer bestimmt den Wert menschlichen Lebens? Bleibt Leben bis zuletzt erlaubt?

Fachlich versierte und ethisch vertretbare Sterbegleitung kostet, nicht immer nur Geld, aber auch Geld, das über die gemeinschaftliche Solidarität finanziert werden muss. Wie lange trägt dieser Solidargedanke noch? Womit müssen/können wir rechnen? Was sollten/müssen wir befürchten?

Veranstaltungsort:
KOLPINGHAUS, Kolpingstr. 3 – 5, 46399 Bocholt

Das detaillierte Programm geht Ihnen gesondert zu.



T • E • R • M • I • N • E

OMEGA Recklinghausen

Patientenverfügung: Nutzen und Probleme

Montag, 01. August 2005, 19.30 Uhr

Referentin: Liesel Kohte, Recklinghausen

Männer und Trauer

Montag, 05. Sept. 2005, 20.00 Uhr

Referent: Uwe Sanneck, Verwaiste Eltern Hamburg

Alter und Weisheit im Märchen

Montag, 10. Okt. 2005, 19.30 Uhr

Referentin: Erika Waida, Recklinghausen

Veranstaltungsort:

Gemeindezentrum, Limperstr., Recklinghausen

OMEGA Unna

Offener Gesprächsabend – mt Film „Leben im Hospiz“

Dienstag, 02. August 2005, 19.30 Uhr

„Wo bist du Gott, wenn ich leide“ – die Geschichte Hiobs

Dienstag, 06. Sept. 2005, 19.30 Uhr

Referentin: Pfarrerin Helga Henz-Gieselmann

Tanz- und Wohlfühltag – nicht nur für Hospizmitarbeiter/innen

Samstag, 17. Sept. 2005, 10.00 bis 16.00 Uhr

Ort: Evang. Gemeindehaus „Die Arche“, Unna-Hemmerde. Näheres und Anmeldung unter Tel.: 02308 – 2203

Veranstaltungsort: (außer 17.09.05)

Kapelle des Evangelischen Krankenhauses Unna, Holbeinstr. 10

OMEGA Hamburg

Wir lieben Dich und werden Dir auf Deiner Reise beistehen

Montag, 08. August 2005, 18.30 Uhr

Referent: Bernhard Biedermann, Omega Hamburg

Lebe so glücklich wie du kannst, dann wird der Tod dich weniger schrecken

Montag, 05. Sept. 2005, 18.30 Uhr

Referent: Pastor Hartmut Hedemann, Krankenhaus Bethanien

Vorstellung des Hausnotrufes

Montag, 10. Oktober 2005, 18.30 Uhr

Referent: Dirk Brekow, Malteser Hilfsdienst

Veranstaltungsort: Altentagesstätte Eppendorfer Weg 232, Hamburg

20 Jahre OMEGA

20 Jahre Geben und Nehmen

Samstag, 22. Oktober 2005

19.00 Uhr Feier im Historischen Rathaus der Stadt Bocholt

unter Schirmherrschaft von Renate Schmidt, Ministerin

unter Mitwirkung der „3 Damen mit M“ (Gesang)

Einladungen und Programme gehen gesondert zu.)



20 Jahre Omega – Mit dem Sterben leben

Vor 20 Jahren war Omega – Mit dem Sterben leben e.V. die erste Hospizinitiative für ambulante ehrenamtliche Sterbebegleitung in Deutschland. Ziel war zunächst, den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer stärker im gesellschaftlichen Bewusstsein zu verankern. Vieles ist in dieser Richtung durch die gesamte deutsche Hospizbewegung erreicht worden, viele Aufgaben stehen noch an.

Zu diesen Aufgaben gehört es, in Zeiten sozialen Wandels in der Gesellschaft, an tragfähigen Lösungsmodellen zu arbeiten. Bürgerschaftliches Engagement ist dabei ein wesentlicher Faktor.

Omega – Mit dem Sterben leben verfügt über langjährige Erfahrung in diesem Bereich. Wir aktivieren, organisieren und entwickeln gesellschaftliche Ressourcen, die von den sozialen Institutionen nicht zu erreichen sind. Wir sprechen Menschen an, die auf der Suche sind, das Thema Sterben, Tod und Trauer zu bearbeiten, Menschen, die sich in die Gemeinschaft einbringen wollen und Menschen, die mit ihrer Kapazität ein kreatives soziales Projekt unterstützen wollen.

Der Weg zu einem sinnvollen und effizienten bürgerschaftlichen Engagement ist eine anspruchsvolle Herausforderung. Profis aus den verschiedenen gesellschaftlichen Arbeitsfeldern arbeiten ehrenamtlich an der Konzeptentwicklung. Es gilt, einige Hürden zu überwinden und mit Ausdauer, ein Ziel zu verfolgen, das ohne erkennbare Alternative ist.

Σ Die Menschen, die sich engagieren, gewinnen für ihren weiteren Lebensweg an wichtigen Erfahrungen und an Kompetenz für den Umgang mit schwierigen Lebenslagen. Dies gilt für die, die in der Sterbebegleitung aktiv sind genauso wie für die, die unsere Arbeit auf andere Weise unterstützen.

Σ Die Menschen, die begleitet werden, erfahren solidarische Unterstützung, damit sie bis zuletzt ihr Leben selbstbestimmt gestalten und wenn möglich

zu Hause sterben können.

Σ Die soziale Gemeinschaft profitiert von der Aktivierung kreativen Potentials, das sich am besten in der praktischen Arbeit entfalten kann.

Σ Die Arbeit der sozialen Institutionen wird ergänzt durch ein bürgerschaftliches Element, das ein wichtiges Bindeglied in der Gesellschaft darstellt.

Omega- mit dem Sterben leben ist Mitglied im DPWW und arbeitet in der BAG-Hospiz mit. Unsere Organisation bietet seit 20 Jahre einen Rahmen, in dem vor Ort in den Regionalgruppen bürgerschaftliches Engagement entwickelt wird, das sich an den jeweiligen Voraussetzungen orientiert. Die vielfältigen Ansätze befruchten sich gegenseitig und haben zu verschiedenen Kooperationsmodellen mit anderen Organisationen im sozialen Bereich geführt.

Auf dem vor uns liegenden Weg arbeiten wir weiter an der Vernetzung von Ehrenamt und Hauptamt, an der Implementierung palliativer und hospizlicher Pflege in der Kranken- und Altenpflege und daran, die integrative Hospizarbeit zu einem eigenständigen Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems zu machen.

Klaus Koppenberg



Regelmäßige Treffen der OMEGA-Regional- gruppen und ihre Ansprechpartner/innen

Bundesbüro Gelsenkirchen

Dickampstraße 12
45879 Gelsenkirchen

Ansprechpartnerinnen:
Barbara Gorecki/Ingrid Bodden

Bürozeiten:

Montag – Freitag 9:00 – 14:00 Uhr

☎ 02 09 / 9 13 28 - 13

Fax 02 09 / 9 13 28 - 33

Regionalgruppenbetreuung

Ansprechpartnerin:
Sabine Beck
Waldschmidtstr. 9
34537 Bad Wildungen
☎ 0 56 21 / 54 37
Fax 0 56 26 / 8 79 11

Vorstand:

Inge Kunz, Bocholt, Vorsitzende
Dr. Mariele Averkamp, Reken, Schriftführerin
Gertie Kloster, Stadtlohn, Schatzmeisterin
Sabine Beck, Bad Wildungen
Klaus Koppenberg, Unna
(nähere Daten über das Bundesbüro)

Ahaus

Jeden 2. Montag im Monat im Caritas-Haus in der
Ridderstraße

Ansprechpartnerinnen:
Irmgard Roosmann ☎ 0 25 61 / 97 16 34

Bad Lauterberg

Jeden 2. Dienstag im Monat um 20:00 Uhr im
Gemeindesaal der St. Petri-Kirche in Barbis

Ansprechpartner:
Hans Nebel ☎ 0 55 24 / 68 66
Christian Langer ☎ 0 55 24 / 34 72

Bedburg-Hau

Jeden 2. Montag im Monat, 20:00 Uhr im
St.-Antonius-Pfarrheim, Alte Landstraße

Ansprechpartnerin:
Catharina Meijer ☎ 0 28 21 / 2 68 81
Maria Falk-Winkelmann ☎ 0 28 21 / 66 88 88

Bocholt

Gesprächskreis: Jeden 3. Montag im Monat
Fortbildungskreis: Jeden 1. Montag im Monat

Ansprechpartner/in:
Inge Kunz ☎ 0 28 71 / 2 37 93 80
Sr. Marthrud Berkemeier ☎ 0 28 71 / 21 47 30

Dinslaken

Jeden 1. Donnerstag im Monat um 19:30 Uhr im
Johanna-Haus, Duisburger Straße 34
Jeden 2. Dienstag im Monat um 18:00 Uhr Trauer-
gesprächskreis in der Matthias-Claudius-Str. 8

Ansprechpartner/in:
Marianne Domsel ☎ 0 20 64 / 5 67 03
Peter Anton Becker ☎ 0 28 55 / 66 39
Karola-Claudia Behlert ☎ 0 20 64 / 42 78 64
Ursula Roskam ☎ 02 81 / 1 63 82 32
Karl-J. Sönnichsen ☎ 0 20 64 / 9 04 20

Goslar

Jeden 4. Donnerstag im Monat
Ansprechpartnerin: Barbara Trumpfheller
Christopherus-Haus Hospiz, Robert-Koch-Str. 42,
38642 Goslar, Tel. 05321 / 84899



Hamburg

Regelmäßige öffentliche Veranstaltungen jeden 1. Montag im Monat ab 18.30 Uhr, jeden 3. Montag im Monat Sprechstunde von 18:30–20:30 Uhr für Trauernde und Angehörige, die Sterbende begleiten, in der Altentagesstätte Eppendorfer Weg 232–234

Ansprechpartner/in:

Albrecht Simon ☎ 0 40 / 88 16 95 63
Erika Kath ☎ 0 40 / 4 80 73 49

Norderstedt

Jeden 2. Mittwoch im Monat um 18:30 Uhr im DRK, Ochsenzoller Straße 124, Norderstedt

Ansprechpartner/innen:

Heidi Fischer ☎ 0 41 06 / 60 334
Ursula Kaltentaler ☎ 0 40 / 98 76 54 29
Angelika Schwerin ☎ 0 40 / 5 23 56 98
Christel Verschragen ☎ 0 4191 / 77 253

Recklinghausen

Jeden 1. Montag im Monat um 19:30 Uhr im Gemeinde-Zentrum Christuskirche, Limperstraße 15

Ansprechpartner/innen:

Liesel Kohte ☎ 0 23 61 / 20 62 42
Wolfgang Fromme ☎ 0 23 61 / 5 75 86

Unna

Jeden 1. Dienstag im Monat ab 19:30 Uhr in der Kapelle des Evangelischen Krankenhauses in Unna

Ansprechpartnerinnen:

Hildegard Hündlings ☎ 0 23 08 / 22 03
Brunhild Manegold ☎ 0 23 08 / 21 78
Klaus Koppenberg ☎ 0 23 03 / 4 03 10

Vreden

Jeden 2. Montag im Monat, 20.00 Uhr: offenes Treffen für Alle zu festen Themen;

jeden 3. Mittwoch im Monat, 19.30 Uhr: Treffen der BegleiterInnen

jeweils im „Treffpunkt St. Ludger“, An't Lindeken 100 (am Marien-Hospital)

Ansprechpartner/in:

Dr. Werner Ihling ☎ 0 25 64 / 60 10
Marianne Zieverink ☎ 0 25 64 / 821

Omega Arbeitsgruppen

Alfeld/Leine

Jeden 4. Montag im Kalandhaus um 20:00 Uhr

Ansprechpartnerinnen:

Helga Schuck ☎ 0 51 81 / 55 19

Bad Wildungen

Einmal im Monat im „Treffpunkt“ um 20:00 Uhr

Ansprechpartnerinnen:

Sabine Beck ☎ 0 56 21 / 54 37

Dingden

Ansprechpartner/innen:

Gretel Fischer ☎ 0 28 52 / 24 36
Doris Rieger ☎ 0 28 52 / 23 53

Oberpfalz

Die Arbeitsgruppe Oberpfalz trifft sich einmal im Monat

Ansprechpartnerin:

Antonie Oberem ☎ 0 96 04 / 22 37

Zu den hier aufgeführten Treffen der Regional- und Arbeitsgruppen unserer Omegamitarbeiter sind interessierte Gastteilnehmer jederzeit herzlich willkommen.

Auch zu den angekündigten Veranstaltungen der einzelnen Gruppen würden wir uns über Besucher, die sich durch solche Abende vielleicht zu einem Mittag bei Omega entschließen könnten, freuen. Natürlich ist die Teilnahme am Gruppenabend oder an Veranstaltungen völlig unverbindlich.



Omega- Kontaktadressen

Berlin

Kontaktadresse:

Dr. Sigrid Siezen ☎ 0 30 / 8 02 69 16

Buchankündigungen:

Gisela Rest-Hartjes:

„Wörter bauen Brücken“

Handbuch zur Poesietherapie,

Verlag Books on Demand, Norderstedt, Jan. 2005
ISBN 3-8334-2256-4

Poesie kann Brücken über Abgründe des Lebens bauen – unzugängliche Wege begehbar machen. Das Handbuch richtet sich an Poesieinteressierte, Trauernd, Kranke und andere Betroffene sowie an



Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen (Kranken- und Altenpflege, Hospiz- und Sozialarbeit u. a.). Es zeigt Anwendungsmöglichkeiten der Poesietherapie systematisch nach Altersstufen, beginnend mit den Kindern und Jugendlichen bis zu alten Menschen kurz vor ihrem Sterben. Durch

Alwine Paessens-Deege (Hrsg.)

Lasst uns END-LICH LEBEN

Santiago Verlag Goch, ISBN 3-937212-01-9

Der Inhalt des Buches ist eine Sammlung von alten und neuen Märchen, symbolischen Geschichten, Gedichten und Beiträgen aus unterschiedlichen Kulturen, zusammengestellt für Menschen, die sich mit der Endlichkeit des Lebens beschäftigen wollen oder müssen.

Aurich

Kontaktadresse

Lina Bohlen ☎ 0 49 28 / 81 55

Bergisch Gladbach

Kontakt:

Ursula Nantke ☎ 0 22 04 / 6 88 13

eine reichhaltige Materialsammlung im zweiten Teil des Buches ist es Lehr- und Lesebuch zugleich. Auf diese Weise wird die Palette der Alternativtherapien bereichert und intensiviert. Eine ausführliche Liste kommentierter Literaturhinweise bietet ein breites Angebot zu Vertiefung und Weiterarbeit.

Gisela Rest- Hartjes

Schriftstellerin und Lyrikerin, geb. 1942; Studium der Germanistik, Anglistik und Pädagogik in Münster und Dortmund.

Seit 1976 Poesietherapie mit Kindern und Jugendlichen, seit 1991 mit Erwachsenen und seit 1996 mit Hörgeschädigten.

1989 Lyrikpreis im TIP (Theater im Pott), Oberhausen.

Zahlreiche Veröffentlichungen zur Poesiepädagogik, Sozial- und Friedensarbeit, Lyriktherapie bei Schwerkranken, Trauernden u. a.

Buchveröffentlichung: „Am Brunnen deiner Oase“ – 1992

und last but not least OMEGA – Mitbegründerin in Hann. Münden im Oktober 1985

Die Texte handeln vom Abschied und vom Loslassen, von der Vergänglichkeit, von der Kostbarkeit des Lebens, dem Sterben, vom Geheimnis des Todes und von der heilsamen Kraft des Trauerns, von der Frage nach dem Sinn und der Hoffnung auf ein Jenseits.

Bei diesem Buch überrascht am meisten der Titel. Das Wortspiel „Endlich / End – lich“ ist reizend und in seinem Grund ein tiefer philosophischer Gedanke.

Das Buch eignet sich als Lektüre für alle, die auf der Suche nach Trostreichem sind für sich persönlich oder für Menschen, denen sie in schweren Lebenslagen beistehen. Gertie Kloster

Meine Grossmutter

*Meine Grossmutter roch nach Johannisbeeren,
diesen kleinen, runden Gemeinschaftsfrüchten,
die immer zu zehn oder zwölf an einer Traube
mir schon von ferne im Chor entgegenlachten.*

*Ihr Garten war groß und sorgsam bestellt
mit Kartoffeln, Karotten, Lauch und Zwiebeln,
mit Rosen, Dahlien und Tränenden Herzen,
doch am liebsten waren mir die Johannisbeeren.*

*Die roten waren am stärksten vertreten,
sie hingen wie lauter Rubine am Strauch und
waren im heißen Sommer mir tausendfach
willkommener als der kostbarste Schmuck.*

*Die unscheinbar weißen waren zweifach sanft,
vom Aussehen als auch dem milden Geschmack
lockten sie nur die Kenner an, wie
Perlentaucher ins Blattwerk zu kriechen.*

*Die schwarzen hatten den stärksten Duft,
der betörend selbst aus Holz und Blättern
die Sommerabendluft erfüllte, doch
schon die Schwermut des Herbstes enthielt.*

*Meine Großmutter roch nach Johannisbeeren,
die roten lachten fröhlich aus all ihrem Tun,
die weißen lagen hinter den Augenwinkeln,
wenn sie sanft meinen wirren Haarschopf strich.*

*Die schwarzen Beeren klangen abendtief,
wenn Großmutter ihre Lieder sang mit
Geschichten von Königskindern und Lieb',
von Trauer und Abschied, da wurde mir bang.*

*Ich pflanze Johannisbeeren auf ihr Grab
statt Rosen, Dahlien und Tränende Herzen,
so hat sie im Sommer einen duftenden Strauß
von Rubinen, Perlen und tönenden Liedern.*