

Ausgabe 1 / 2019

WEGBEGLEITER

Unser Thema in diesem Heft



Vom Leben
und Sterben



Hospizbewegung
im Idsteiner Land e.V.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Suizid – Selbstmord – Freitod	3
Suizidassistentz	4
Was ist SAPV?	5
Zur Hospizbegleitung befähigt.....	6
Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten.....	8
Sterbefasten	9
Sterbehilfe.....	10
Ethische Beratung / Palliativpass	13
Buchtipps	14
Hospizstiftung.....	14
Termine 2019, 2. Halbjahr.....	15
Impressum	15

Liebe Mitglieder, liebe Freundinnen und
Freunde der Hospizbewegung!

Vor einiger Zeit sagte eine ältere Dame zu einer Hospizbegleiterin: „Sie sind doch Sterbebegleiterin. Dann bringen Sie mich bitte in die Schweiz, damit ich dort die Todesspritze bekomme.“

Sie können sich gewiß das erschrockene Gesicht der Hospizbegleiterin vorstellen. „Wir begleiten Menschen beim Sterben, aber wir bringen niemanden um und helfen ihm auch nicht dabei“, antwortete sie und meinte, dass da wohl viele Vorstellungen durcheinandergehen.

Auch in der öffentlichen Diskussion erleben wir, dass manche Menschen den Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht kennen, Sterbebegleitung und Sterbehilfe verwechseln und mit Begriffen wie Therapiezieländerung oder mit spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung (SAPV) nichts anfangen können und deshalb oft viel zu spät nach hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung fragen.

Deshalb möchten wir in diesem „Wegbegleiter“ durch Erklärungen und Beispiele aus der Praxis ein wenig zum Verständnis beitragen und das eine oder andere Missverständnis ausräumen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und gute Erkenntnisse beim Lesen und freue mich, wenn Sie Kritik, Anregungen und Wünsche äußern, damit der „Wegbegleiter“ auch weiterhin die Themen aufgreifen kann, die Ihnen wichtig sind.

Ihnen allen wünsche ich eine schöne Sommerzeit mit vielen erfreulichen Begegnungen und beglückenden Erlebnissen!

Herzliche Grüße, Heinke Geiter



Suizid – Selbstmord – Freitod

Immer mehr Menschen wollen nicht nur selbstbestimmt ihr Leben gestalten, sondern auch über ihr Lebensende bestimmen. „Wenn ich an einer unheilbaren Krankheit leide oder zum Pflegefall werde, bringe ich mich um“, ist ein häufig gehörter Satz. Ein Leben in Abhängigkeit von Anderen, in dem ihnen immer weniger Gestaltungsmöglichkeiten bleiben, die Erfüllung eigener Wünsche immer schwieriger wird, und sie Einsamkeit, Schmerzen und mangelnde Wertschätzung erleben, lassen manchmal die Angst vor dem Leben größer erscheinen als die Angst vor dem Tod.

In Deutschland sterben ungefähr genauso viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. Die Zahl der alten Menschen nimmt dabei zu.

Wenn ein Mensch sich das Leben nimmt, bezeichnen wir das als Selbstmord, Selbsttötung, Freitod oder Suizid.

Manchmal ist uns nicht bewusst, dass wir mit diesen Bezeichnungen schon eine Wertung vornehmen. Selbstmord lässt an eine Gewalttat aus niedrigen Motiven denken, denn Mord geschieht meistens aus Hass oder Gier und ist ein Verbrechen, das strafrechtlich geahndet wird. Eine Selbsttötung ist jedoch nach unserem Recht keine Straftat und ein Urteil über den Suizidanten und sein Umfeld steht uns nicht zu. Viel zu lange haben die Kirchen diese Menschen verurteilt, anstatt ihre Not zu sehen, die Hinterbliebenen zu unterstützen und die Welt menschlicher zu gestalten.

Beim Wort Freitod assoziieren wir Freiheit und Selbstbestimmung. Doch oft stehen ausweglos erlebte Situationen im Hintergrund eines Selbsttötungswunsches. Dann können Menschen in einem Weiterleben keinen Sinn mehr erkennen. Sie erleben sich in einem Zustand, in dem Gefühle von Sinnlosigkeit als unerträglich erfahren werden und wollen diesen beenden. Die Selbsttötung erscheint ihnen als Möglichkeit, dem zu entinnen. Manche Menschen haben trotz medikamentöser Versorgung chronische und zermürende Schmerzen. Auch die Auswirkungen psychischer Erkrankungen belasten Menschen stark und rufen Todeswünsche hervor.

Körperliche Hinfälligkeit und das Angewiesensein auf Hilfe und Pflege durch Andere, Einsamkeit, Hilflosigkeit und die damit verbundene Angst können als so unerträglich empfunden werden, dass sich die Perspektive zunehmend einengt und der Tod als einziger Ausweg gesehen wird. Manche meinen auch, die Ohnmacht und das Mitleiden ihres Umfeldes nicht länger ertragen zu können. Sie empfinden sich als unzumutbare Belastung für ihre Angehörigen und meinen, kein Recht auf ein Weiterleben mehr zu haben. Doch ist das dann eine wirklich freie Entscheidung? Gaukelt der Begriff Freitod uns nicht etwas vor, was es so gar nicht gibt?

Die Bezeichnungen Selbsttötung und Suizid (lat.: sich selbst fällen, töten) enthalten im Gegensatz zu Selbstmord und Freitod weder eine Abwertung noch eine Heroisierung.

Fortsetzung auf Seite 4



Suizidassistent, Beihilfe zur Selbsttötung

Die Beihilfe zum Suizid ist straffrei, wenn es sich um persönliche Hilfe handelt, da auch der Selbsttötungsversuch straffrei ist. Die geschäftsmäßige und auf Wiederholung angelegte Beihilfe ist jedoch verboten (§217 StGB). Professionelle Sterbehilfe durch Institutionen wie z. B. Dignitas in der Schweiz oder die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. sind in Deutschland nicht erlaubt. Auch Ärzte dürfen unheilbar Kranken keine Medikamente verabreichen mit dem Ziel, dadurch das Leben des Patienten beenden zu wollen.

Aktive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, Euthanasie

Aktive Sterbehilfe mit dem Ziel der schmerzlosen Tötung eines Menschen ist in Deutschland strafbar (§216 StGB), auch wenn es sich um einen Sterbenden oder hoffnungslos Dahinsiechenden handelt. Weder ein Todesverlangen des Lebensmüden, noch die Zustimmung seiner nächsten Angehörigen können daran etwas ändern. Auch ein Arzt macht sich strafbar, wenn er bewusst Maßnahmen ergreift, die den Eintritt des Todes beschleunigen sollen.

Lesen Sie weiter im Artikel „Sterbehilfe“ auf Seite 10.

Indirekte „Sterbehilfe“

Nicht strafbar ist die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten, wenn damit keine Verkürzung des Lebens beabsichtigt oder zu erwarten ist. Dies gilt auch dann, wenn durch die Art und Dosierung der Medikamente ein Risiko von Nebenwirkungen entsteht, die lebensverkürzend wirken könnten. Eine möglicherweise eintretende Beschleunigung des Sterbens darf nicht der Zweck des ärztlichen Handelns sein. Vielmehr geht es um Minderung von Leiden und die Steigerung der Lebensqualität.

Therapiezieländerung

Bei der Behandlung von Patienten sind in der Regel die Heilung und die Wiederherstellung der Gesundheit das Ziel. Wir sprechen von kurativer (lat. curare = heilen) Behandlung. Wenn jedoch keine Heilung mehr möglich ist, ist eine Therapiezieländerung erforderlich. Jetzt geht es nicht mehr um Heilung, sondern um Linderung all der Beschwerden, die mit der unheilbaren Grunderkrankung einhergehen, wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angstzustände, Krampfanfälle und ähnliches. Dies ist Aufgabe der Palliativmedizin. Lesen Sie weiter im Artikel „Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten“ auf Seite 8.

Palliative Care

Palliative Care (hergeleitet vom lat. pallium = Mantel, Umhang bzw. palliare = bedecken, lindern und dem englischen Wort care = Sorge, Vorsorge) bezeichnet ein umfassendes Konzept zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Zugehörigen und wird nach der aktuellen Definition der Weltgesundheitsorganisation verstanden als „Ansatz, mit dem die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fehlerlose Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“

Palliative Care ist genau wie „Hospiz“ in erster Linie eine den Menschen zugewandte Haltung. Dazu gehört es, zu den Betroffenen eine empathische Beziehung aufzubauen, die von Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit begleitet werden muss, denn das schafft Vertrauen und hilft den Mitarbeitenden des Palliative Care-Teams dabei, wahrzunehmen, was den Betroffenen sowie ihren Angehörigen wesentlich und bedeutend ist, wo ungelöste Probleme liegen und was noch zu klären ist, egal, ob es dabei um ungeklärte Beziehungen, finanzielle Probleme, oder banale Fragen des alltäglichen Lebens handelt oder ob bestimmte Lebensziele noch erreicht werden sollen.

Lesen Sie weiter im Artikel „Was ist SAPV?“ auf Seite 5.

Palliativpass

Wenn Heimbewohner in ihrer letzten Lebensphase sind, keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr wollen und eine Einweisung ins Krankenhaus ablehnen, können sie nach einer ethischen Beratung einen Palliativpass erhalten. Lesen Sie weiter im Artikel „Ethische Beratung / Palliativpass“ auf Seite 13.

Heinke Geiter



Was ist SAPV?

Die meisten Menschen möchten in ihrem Zuhause oder in ihrer gewohnten, vertrauten Umgebung sterben. Diesem Wunsch stehen oft die eigenen Ängste, aber auch die Ängste der Angehörigen entgegen: Ängste, in schwierigen Situationen, alleine zu sein.

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, kann eine **Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung** erforderlich werden. Die SAPV ist eine Ergänzung zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung und richtet sich an schwerstkranke Patienten, die an einer unheilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden.

Für die Inanspruchnahme der SAPV braucht es eine Verordnung durch den Haus- bzw. Facharzt oder das Krankenhaus.

Die SAPV ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen. Sie umfasst je nach Krankheitsbild individuelle, auf den Patienten zugeschnittene Behandlungskonzepte. Ziel ist die Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität, sowie der Selbstbestimmung des Patienten, durch eine bestmögliche symptomlindernde Therapie.

SAPV ergänzt die gewohnte Betreuung durch den Haus- oder Facharzt und den vielleicht schon eingebundenen Pflegedienst, um z. B. eine Klinikeinweisung zu vermeiden. Durch diese spezielle Versorgung soll dem Patienten ermöglicht werden, auch in schwierigen medizinischen Situationen, bis zuletzt in seiner gewohnten Umgebung zu bleiben.

Eine gute Symptomkontrolle und die Linderung belastender Symptome, wie z. B. Schmerzen, Dyspnoe (Atemnot), Unruhe und / oder Ängste, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Obstipation (Verstopfung) oder Schwäche stehen im Vordergrund unserer Arbeit.

Um das zu ermöglichen, stehen wir in regelmäßigem telefonischen und persönlichen Kontakt zu den Patienten und Angehörigen. Mindestens einmal in der Woche findet ein Besuch statt. In Krisen- und Notfallsituationen sind wir über die Rufbereitschaftsnummer jederzeit zu erreichen. Darüber hinaus sind wir Ansprechpartner bei der Lösung häuslicher Versorgungsprobleme und behilflich bei allen Fragen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung stehen.

„Wir“ – das sind das Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV) mit einem interdisziplinären Team, das sich aus Ärzten, Palliativpflegefachkräften, Mitarbeiterinnen in der Verwaltung und einer Psychologin zusammensetzt, sowie die Hospizbewegung im Idsteiner Land, mit ihren gut ausgebildeten ehrenamtlich tätigen HospizbegleiterInnen.

Wenn Sie Beratung wünschen oder Unterstützung benötigen, nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf:
Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV)
Telefon: 0611 – 4475 4470
Hospizbewegung im Idsteiner Land
Telefon: 06126 – 700 2715

Ilona Diener, Hospiz- und Palliativpflegefachkraft

Zur Hospizbegleitung befähigt

Motivation – Ausbildung – Vermittlung – Tätigkeit

Oft wurde ich schon gefragt: „Wieso bist Du Hospizbegleiterin geworden?“, „Was genau machst du in dieser Tätigkeit?“, „Braucht man dazu eine Ausbildung?“, „Wie kommt man zu einer Begleitung?“, „Ist das nicht sehr belastend?“. Gerne versuche ich hier, dies zu beantworten für alle, die auch diese oder ähnliche Fragen dazu haben.

Die Motivation zu genau dieser Tätigkeit bekam ich, als meine Schwiegermutter starb. Sie hatte die Möglichkeit, die letzten Tage in einem Hospizzimmer im Krankenhaus Rüdesheim zu verbringen. Begleitet wurde sie nicht nur rund um die Uhr durch die Familie, sondern auch von der leitenden Pfarrerin und einer Hospizbegleiterin. Diese liebevolle Begleitung bis zum Schluss hat mich sehr beeindruckt. In einer Nacht kam ich ins Gespräch mit der Pfarrerin, die mir all die Fragen zur Hospizbewegung beantwortete, die mich bewegten, denn bis dahin war mir Hospizbegleitung völlig fremd. In dieser Nacht habe ich beschlossen, dass das die Tätigkeit sein soll, die ich nach meiner Berufstätigkeit ausüben möchte.

Ein Jahr vor meiner Berentung habe ich mich dann nach einer Ausbildung umgesehen und landete schließlich in Idstein. Hier hatte ich zunächst ein Gespräch mit der damaligen Koordinatorin und wurde im Grundkurs aufgenommen. Im Verlauf der Ausbildung habe ich zunächst sehr viel über mich selbst gelernt. Wir wurden nach eigenen Erlebnissen wie z. B. Tod nahestehender Personen gefragt, wie wir da-

mit umgegangen sind und was / wer uns in schweren Zeiten geholfen hat. In kleinen Arbeitsgruppen konnten wir Lösungen zu den verschiedensten Aufgaben gemeinsam erarbeiten und in der Gesamtgruppe vorstellen. Damit wurde z. B. unsere Empathie gestärkt und wir lernten, uns zurückzunehmen und uns ganz auf unser Gegenüber zu konzentrieren.

Insgesamt wurden Themen innerhalb von fünf Samstagen mit je acht Stunden behandelt:

- Persönliche Erfahrungen mit Tod und Abschied
- Sterbende verstehen und begleiten lernen
- Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen
- Kommunikation mit Sterbenden
- Spiritualität in der Sterbebegleitung

Danach konnten wir ein Praktikum von 20 Stunden absolvieren durch Einsatz in einem Hospiz, Alten- und Pflegeheim, Krankenhaus (Palliativstation) oder im Ambulanten Pflegedienst.

Im Aufbaukurs ging es dann in 48 Stunden weiter mit den Themen:

- Palliative Care und Schmerztherapie
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Aussegnung und Bestattung
- Trauer
- Demenz
- Hospizbewegung und Palliativnetz



Jetzt fehlte nur noch das Abschlussgespräch mit der Vorsitzenden und der Vertrag zwischen Hospizbewegung und mir als Hospizbegleiterin.

Nicht lange danach erhielt ich die erste Begleitung, vermittelt durch unsere Koordinatorin. Sie informierte mich kurz am Telefon, und danach trafen wir uns vor Ort zur Übergabe. Angefragt wird von Angehörigen, von Betroffenen selbst, von Ärzten oder Pflegekräften. Eine Begleitung wird grundsätzlich nur mit Einwilligung des Betroffenen begonnen, es sei denn, dass sich ein Sterbender in der Endphase befindet und sich selbst nicht mehr äußern kann. In diesem Fall entscheidet der Betreuer, meistens ein Angehöriger.

Nach dem Erstbesuch zusammen mit der Koordinatorin beginnt die Tätigkeit der Hospizbegleitung. Aufgaben sind hierbei, sowohl die Bedürfnisse des Betroffenen wie auch der Angehörigen zu berücksichtigen.

Bei den Betroffenen achten wir darauf, dass es ihnen möglichst gut geht, sie mit allem, was hilft, versorgt sind und versuchen, ihnen ein guter Gesprächspartner zu sein. Oft ist der Rückblick auf das bisherige Leben ein großes Thema, aber auch gewisse Wünsche, die sie noch haben, werden offen oder andeutungsweise geäußert. Das können ganz banale Wünsche sein, aber z. B. auch Probleme mit Kindern, die sie gerne noch geklärt hätten. Es handelt sich oft um ein umfangreiches Paket, das durch geduldiges Zuhören erkannt werden will.

Bei den Angehörigen stehen häufiger Ängste im Vordergrund, nicht alles richtig zu machen, und damit verbundene Unsicherheiten. Ebenso ist der Wunsch erkennbar, aus dem

Leben des Betroffenen erzählen zu können und Verständnis für ihre Rolle in ihrer Situation zu bekommen.

Sehr oft spüren wir auch die Angst bei den Angehörigen, dass der Sterbende verhungern könnte, wenn er nichts mehr essen kann. Hier hilft Aufklärung über die biologischen Vorgänge des Sterbens und Trost, wenn es klar wird, dass sie bald Hinterbliebene sein werden.

Oft schon konnte ich hören, dass es leichter wurde, die Situation zu ertragen, wenn Angehörige die entsprechende Erklärung über den Sterbeprozess im Vorfeld erfahren konnten. Nachdem der Tod eingetreten ist, stehen wir gerne für die ersten Stunden bereit, in denen Angehörige die Endgültigkeit des Abschieds noch nicht wahrhaben können, sich verloren fühlen und Halt suchen. Hier helfen meist auch weitere Gespräche über das vergangene Leben.

Zum Abschluss kommt eine Begleitung meist durch Teilnahme an der Trauerfeier, manchmal erfolgen auch noch zwei oder drei Begegnungen mit den Angehörigen. Danach bieten wir ihnen unsere Trauerangebote an, die auf Wunsch von ausgebildeten Trauerbegleiterinnen durchgeführt werden. Die entsprechenden HospizbegleiterInnen machen im allgemeinen keine Trauerbegleitung über den Zeitraum von vier Wochen hinaus. Sie sind, je nach entstandenem Verhältnis zum Verstorbenen, meist auch selbst betroffen und sind beeinflusst durch oft intime Gespräche mit dem inzwischen Verstorbenen.

Beate Hennig, Hospiz- und Trauerbegleiterin



Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten

Mit dem Begriff der Therapiezieländerung wird man zunächst nicht viel anfangen können. Deshalb ein konstruiertes Beispiel, wie man es in der Klinik erleben könnte.

Eine 96-jährige Dame mit klarem Verstand wird in ein Krankenhaus eingeliefert. Es besteht eine starke Entzündung im Bereich des Fußes, bedingt durch eine Durchblutungsstörung. Die Patientin leidet an mehreren Erkrankungen, die einer größeren Operation zur Verbesserung der Durchblutung entgegenstehen. Bei einem Fortschreiten der Entzündung würde bei der Patientin eine generelle Infektion (Sepsis) entstehen und die Patientin könnte daran versterben. Sie selbst möchte behandelt werden. Deshalb ist das Ziel der folgenden Therapie, die Ausbreitung der Infektion zu verhindern. Dazu wird als ausreichend erachtet, die Zehen zu amputieren und mit Antibiotika zu behandeln.

Die Infektion lässt sich jedoch damit nicht eindämmen. Um das Therapieziel zu erreichen, müsste man eine Amputation des Unterschenkels vornehmen. Dem stimmt die Patientin nicht zu. Sie möchte eine Amputation unter keinen Umständen, auch nicht nach intensiver Aufklärung. Damit muss das Therapieziel geändert werden. Es geht jetzt nicht mehr um Heilung, sondern um Linderung von Schmerzen und anderen mit der Grunderkrankung gegebenen Symptomen. Aus einem kurativen Behandlungsansatz wird eine palliative Behandlung. Die Patientin wird mit Schmerzmitteln und Verbänden weiterbehandelt. Die Antibiotikatherapie wird nicht ausgeweitet und schließlich eingestellt.

Grundlage einer jeden Behandlung eines kranken Menschen ist die Stellung einer Behandlungsindikation. Anhand des medizinischen Wissens verknüpft mit der spezifischen

Situation des Patienten wird festgelegt, wie eine Behandlung erfolgen und was das Resultat sein soll (Therapieziel). Nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung des Patienten kann die Behandlung dann durchgeführt werden.

Im Idealfall soll die vollkommene Heilung das Therapieziel sein. Über eine Änderung des Therapieziels muss nachgedacht werden, wenn sich die Bedingungen und Chancen während einer Behandlung (grundlegend) ändern. Ein neues Therapieziel muss dann in Absprache mit dem Patienten, unter Umständen mit seinem Betreuer / Bevollmächtigten und mit dem Behandlungsteam definiert werden.

Eine Therapiezieländerung umfasst eine Reihe von Fragen, die beantwortet werden müssen, bevor man das Ziel ändert. Insbesondere muss der Wille des Patienten für ein alternatives Therapieziel erfragt werden.

Alle Beteiligten müssen in den Prozess der Therapiezieländerung mit einbezogen werden. Das neue Ziel muss definiert und auch gut mit Patienten und Angehörigen kommuniziert werden.

Die Änderung des Therapieziels von der kurativen, das heißt, heilenden Behandlung zur palliativen Versorgung kann folgendermaßen umgesetzt werden: Verzicht auf weitere kurative Maßnahmen, Verzicht auf die Ausweitung von bestehenden Maßnahmen, Reduzierung von Maßnahmen und Absetzen von bestehenden Maßnahmen. Wichtig ist dabei, dass im Rahmen der palliativen Behandlung eine gute Kontrolle der Beschwerden des Patienten erreicht wird und er noch so viel Lebensqualität wie möglich haben kann.

Dr. Thomas Umscheid, Gefäßchirurg



Sterbefasten: Eine Podiumsdiskussion zum Thema „Essen und Trinken am Lebensende“



Die Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V. hatte am 26. März Dr. Hornke, Dr. Nolte, Dr. Sailer-Pfister, und Pfarrer Struth zu einer Podiumsdiskussion über das Thema Sterbefasten in den Kulturbahnhof in Idstein eingeladen, Jürgen Schmitt moderierte die Diskussion der vier Experten, die anschließend viele Fragen aus dem zahlreich erschienenen Publikum beantworteten.

Beim Sterbefasten geht es darum, dass sterbende Menschen ihren Tod vorzeitig herbeiführen wollen, indem sie aus eigenem freien Entschluss weder Essen noch Trinken zu sich nehmen.

Wenn ein schwerkranker Mensch diesen Weg gehen möchte, muss er sich mit seiner Familie gut abstimmen, denn nur, wenn sie seinen Entschluss mitträgt, kann er gelingen, da der Sterbende sehr bald auf Hilfe und Pflege durch andere angewiesen sein wird. Eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung sind dabei notwendige Instrumente, um seinen Willen auch dann durchzusetzen, wenn der Sterbende nicht mehr für sich selbst sprechen kann.

Sinnvollerweise sollte ein Arzt dies begleiten und damit einhergehende Symptome lindern. Allerdings können den Ärzten seit 2015 dadurch strafrechtliche Probleme entstehen, denn im Gesetz zur Sterbehilfe heißt es in §217 STGB: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Es muss rechtlich geklärt werden, ob dieser Paragraph auf das Sterbefasten anzuwenden ist.

Auch für die Angehörigen ist es wichtig, dass der Arzt nach dem Sterben einen natürlichen Tod bescheinigen kann, denn anderenfalls müsste eine Untersuchung durch die Kriminalpolizei und eine Beschlagnahmung des Toten erfolgen. Auch die Auszahlung einer Lebensversicherung kann davon abhängen, wie das Sterbefasten bewertet wird.

Viele weitere Fragen der Zuhörer zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Organspende und lebensverlängernden Maßnahmen konnten von den Referenten kompetent und verständlich beantwortet werden.

Die Zuhörerin Saskia Kewitz schreibt dazu in ihrem Beitrag bei Facebook:

„Ich war positiv überrascht, wie viele Menschen sich zu diesem Thema informieren wollten – willens waren, sich damit überhaupt auseinanderzusetzen. Ich danke den Organisatoren und Referenten für den Abend, und für ihre klaren Worte und deutlichen Erklärungen zum Thema. Der Abend war übrigens kostenlos – ich hoffe, es flossen dem Hospizverein viele Spenden zu. Ich empfinde die Einrichtung von ambulanten Hospizdiensten und Hospizen als eine ganz wunderbare Sache: Tatsächlich wird hier Pflegepersonal gestellt, welches ein Sterben in Würde und Frieden ermöglicht. Einer der Palliativärzte hatte dazu klare Worte – „Es sei eine Schande, wie teils menschenunwürdig die Patienten in Krankenhäusern behandelt würden. Privatisiert, vom Profitdenken beherrscht, notorisch unterbesetzt und die Patienten aus den Augen verloren – das ist unser Gesundheitswesen. Es wäre zu wünschen, dass hier ein Umdenken stattfindet – vom Profit weg zum Menschen hin.“

Heinke Geiter

Sterbehilfe

Unheilbar krank zu sein und einen Weg des langsamen Siechtums vor sich zu haben, weil der Muskelschwund unaufhaltsam weitergeht, gehört sicher zu den schlimmsten Prognosen, mit denen ein Mensch konfrontiert ist. Die folgende Geschichte will den Blick auf genau diese Menschen lenken und helfen, die Situation aus der Sicht einer Betroffenen zu sehen.

„Frau Pfarrerin, Sie müssen etwas tun! Ich glaube, unsere Mutter will sich umbringen!“ Aufgeregt redete eine junge Frau auf mich ein. „Wissen Sie, unsere Mutter hat so merkwürdige Post aus der Schweiz bekommen. Digitas oder so ähnlich heißt der Verein, glaube ich. Die wollen Mutter helfen, wenn sie nicht mehr leben will. Ich verstehe das einfach nicht, die wollen ihr Gift geben oder so. Dabei ist das doch verboten oder nicht?“ setzte sie fragend hinzu. Ich nickte.

„Ja, in Deutschland ist jede kommerzielle Sterbehilfe verboten. Doch in der Schweiz ist das anders. „Dignitas“ versteht sich als eine „Gesellschaft für humanes Sterben“ und ihr Ziel ist es tatsächlich, dass allen geholfen wird, dass sie zu dem von ihnen selbst bestimmten Zeitpunkt sterben können.“ „Also doch!“ stöhnte die junge Frau und setzte fast entschuldigend hinzu: „Und ich hatte so sehr gehofft, dass sich da nur irgendjemand einen üblen Scherz erlauben wollte. Frau Pfarrerin, Sie müssen unbedingt mit unserer Mutter reden. Sie darf auf keinen Fall in die Schweiz fahren.“

„Wissen Sie oder ahnen Sie zumindest, warum ihre Mutter diesen Schritt erwägt?“ fragte ich zurück. Ist sie depressiv oder hat sie irgendeine andere Erkrankung?“

Unsere Mutter ist unheilbar krank. Sie hat ALS, das ist eine Krankheit, bei der immer mehr Muskeln aufhören zu funktionieren, bis sie vollständig gelähmt ist. Aber Mutter ist noch ganz im Anfangsstadium und kann sicher noch einige Zeit laufen und alles bewegen. Ich will nicht, dass sie sich umbringt.“

Ich versprach, dass ich mit ihrer Mutter reden würde, wusste aber zugleich, wie schwierig das sein könnte, denn ich hatte zufällig gerade das Buch „Ich bin eine Insel: Gefangen im eigenen Körper“ von Sandra Schadek gelesen, in dem sie über ihr Schicksal als ALS-Patientin sehr beeindruckend erzählt. Amyotrophe Lateralsklerose ist eine unheilbare fortschreitende Erkrankung des motorischen Nervensystems, das für die Steuerung der Skelettmuskulatur verantwortlich ist. Weil die motorischen Nervenzellen absterben, kommt es zu unaufhaltsam zunehmendem Muskelschwund und schließlich zu Lähmung oder Steifigkeit am ganzen Körper und zum Tod, weil die Atemmuskulatur erschlafft.

Ich stelle mir das schrecklich vor, wenn mein Körper mir plötzlich nicht mehr gehorcht, meine Beine mich nicht mehr tragen und ich aus Schwäche durch die Gegend torkele, bald nur noch im Rollstuhl sitze oder schließlich fest im Bett liege. Wenn ich alles fallen lasse, weil meine Hände nichts mehr festhalten können und ich mich nicht mehr verständlich machen kann, weil meine Sprechmuskulatur erschlafft und nur noch unverständliche Laute aus meinem Mund kommen. Wenn ich gefüttert und gewindelt werden muss und nicht den kleinsten Handgriff mehr selber



machen kann und am Ende jämmerlich erstickt – und das alles bei klarem Verstand und ungetrübtem Gefühl, denn weder das sensorische noch das vegetative Nervensystem sind betroffen, so dass die Empfindung für Berührung, Schmerz und Temperatur bleiben, und das Sehen, Hören, Riechen und Schmecken sowie auch die geistige Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sind. Heilung ist nicht möglich, allenfalls eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs.

Wahrscheinlich übersteigt es mein Vorstellungsvermögen, was das alles für die Betroffenen bedeutet, immer abhängiger von der Hilfe anderer, immer eingeschränkter in den eigenen Möglichkeiten, sozial immer isolierter, weil Menschen sich abwenden oder weil die Kommunikation immer schwieriger wird, wenn ich weder reden noch schreiben kann. Da kann ich schon verstehen, wenn ein Mensch, wie jetzt Frau Weber, nach einem Ausweg sucht und ihrem Leben ein Ende setzen möchte.

Die halbe Nacht hatte ich wach gelegen und überlegt, was ich sagen und wie ich in dieser Situation helfen könnte. Am nächsten Morgen stand Frau Weber plötzlich vor meiner Tür. Ihre Tochter habe sie geschickt, weil ich mit ihr reden wolle. Ich fühlte mich etwas überrumpelt und bot ihr erst einmal einen Kaffee an, um etwas Zeit zu gewinnen. Dann erzählte ich von dem Gespräch mit ihrer Tochter.

„Ja, das stimmt,“ bestätigte sie, „ich habe mich an Dignitas gewandt. Bitte, seien Sie nicht entsetzt, ich weiß ja, dass Sie in der Hospizbewegung tätig sind und jede aktive Sterbehilfe ablehnen. Bis ich so krank wurde, habe ich ja genauso gedacht wie Sie. Ich bin auch immer noch überzeugt davon, dass man Sterbehilfe nicht einfach erlauben darf, denn

damit wird eine wichtige Grenze überschritten und dem Missbrauch Tor und Tür geöffnet.

Am Ende traut sich kein alter und gebrechlicher Mensch mehr zu sagen, dass er noch gerne lebt. Menschen mit Behinderungen werden vorwurfsvolle Blicke spüren und ausgesprochen oder unausgesprochen hören: „Warum bist du überhaupt noch auf der Welt, Du bist doch nur eine Last für andere!“ In unserer Spaßgesellschaft, die Leid und Tod so gern ausblendet, ist es doch das Einfachste und wirtschaftlich Effektivste, wenn Menschen, die aktiv nichts mehr leisten können, sich umbringen. Das dürfen wir auf keinen Fall zulassen!“ Ich nickte bestätigend.

Doch ehe ich etwas dazu sagen konnte, fuhr sie fort: „Noch vor zwei Jahren habe ich einem Bekannten die größten Vorwürfe gemacht und ihm an den Kopf geworfen, dass er ein elender Feigling sei, wenn er sich selbst umbringt. Ich habe ihm vorgehalten, wie viele Menschen gern leben würden, und der Krebs lässt ihnen keine Chance, während er kerngesund ist und nur vor seinen Problemen davonlaufen will. Ziemlich großspurig habe ich behauptet: „Wenn man das Leben als Aufgabe betrachtet, vermag man es immer zu ertragen.“ Den Satz hatte ich irgendwo gelesen und fand ihn ziemlich gut. Ich weiß gar nicht mehr, was ich noch alles gesagt habe, während ich stundenlang auf ihn einredete, um ihn von seinem Entschluss zur Selbsttötung abzubringen. Ich habe ihm vor Augen gehalten, dass seine Frau und sein Sohn sicher Schuldgefühle haben werden und er ihnen Trauer und Scham ersparen könne, wenn er sein Leben auf die Reihe bringt, anstatt es einfach wegzuworfen.

Fortsetzung auf Seite 12



Damals kam ich mir toll vor. Doch jetzt ist mir klar geworden, dass ich viel mehr meine Prinzipien durchsetzen als wirklich seine Not sehen wollte. Dass er sich dann doch nicht umgebracht hat, war bestimmt nicht mein Verdienst.

Heute weiß ich, dass Ratschläge auch Schläge sein können. Es tut einfach weh, wenn kerngesunde Menschen mir sagen wollen, was ich zu tun oder zu lassen habe, weil sie ja so genau zu wissen scheinen, was für mich gut ist. Frau Pfarrerin, Sie glauben ja nicht, was die Leute alles sagen, teils weil sie einfach nicht nachdenken, teils weil sie sich hilflos fühlen.

Andere wechseln die Straßenseite, um ja nicht fragen zu müssen, wie es mir geht. Ich habe anfangs gedacht, es sei das Beste mit meiner Familie und meinen Freunden ganz offen über meine Krankheit zu reden, aber manche wollten es einfach nicht hören und haben mich mit Sätzen abgespeist wie „Kopf hoch, das wird schon wieder“ oder „Sieh doch nicht gleich so schwarz, da gibt es sicher irgend- ein Heilmittel“ oder „Gib nicht auf, du schaffst das schon!“ und so weiter. Aber wie es mir wirklich geht und dass mein Weg schnurstracks auf den Tod zuläuft, wollte niemand hören, geschweige denn sich wirklich darauf einlassen. Da habe ich lieber meinen Mund gehalten und schnell das Thema gewechselt, wenn jemand auf meine Krankheit zu sprechen kam.“

Nach einer kurzen Pause fuhr sie fort: „Mein Mann ist vor fünf Jahren ganz plötzlich an einem Herzinfarkt gestorben, und meine erwachsenen Kinder haben eigene Schwierigkeiten in ihren Familien. Die wollte ich mit meinen Problemen nicht belasten. So fühlte ich mich ungeheuer einsam, alleingelassen mit meinen Fragen und Ängsten. Auch die Ärzte ließen sich kaum auf ein längeres Gespräch ein. Ich vermute, weil sie bei dieser Krankheit an ihre Grenzen kommen und mich nicht heilen können.

Noch sind es ja nur kleine Einschränkungen, und ich bin inzwischen ziemlich erfinderisch, wenn mir für irgendetwas die Kraft fehlt. So drehe ich zum Beispiel meine Wasserflaschen mit dem Nussknacker auf, koche nur noch Pellkartoffeln, weil mir das Schälen schwerfällt und benutze zum Einkaufen einen Wagen, auf den ich mich stützen kann und so weiter. Aber wenn ich an die Zukunft denke, merke ich, wie die Angst in mir hochkriecht bis zu richtigen Panikattacken. Nachts liege ich oft stundenlang wach und male mir in den schlimmsten Farben aus, wie mein Leben weiter geht.

Ich war immer sehr selbständig und habe nach der Devise gelebt: Ich kann alles allein schaffen.

Um Hilfe bitten zu müssen, ist mir schon immer schwer gefallen, und jetzt werde ich bald bei allen, auch den intimsten Dingen, Hilfe in Anspruch nehmen müssen und von anderen völlig abhängig sein. Ich weiß nicht, ob ich das überhaupt will.“

Plötzlich verzog sie schmerzverzerrt das Gesicht und rieb sich das Bein. „Es ist nichts Schlimmes, nur ein Wadenkrampf, aber er tut scheußlich weh. Leider gehören solche Schmerzattacken auch zu dem Krankheitsbild.“ erklärte sie. „Kann ich irgendwie helfen?“ fragte ich, doch sie schüttelte den Kopf. „Es geht schon wieder.

Wo waren wir stehengeblieben? Ach ja, bei meinen schlaflosen Nächten. Mir fällt dann immer der Bekannte ein, von dem ich ihnen eben erzählt habe. Er hatte sich wie in einem Tunnel gesehen, der immer enger wurde und aus dem es keinen Ausweg gab. Am Ende blieben nur noch Verzweiflung und Tod. Genauso kommt mir mein Weg manchmal vor. Da habe ich nach einer Alternative gesucht. Ich glaubte, es entlaste mich schon, wenn ich weiß, dass ich meinem Leben ein Ende setzen kann, wenn ich es nicht mehr ertrage. Ich brauchte einfach eine Alternative zum Weg im Tunnel. Deshalb habe ich mich an Dignitas gewandt. Meine Tochter sollte natürlich nichts davon

wissen. Zu dumm, dass Saskia diesen Brief gefunden hat, zumal ich mich bestimmt nicht an Dignitas wenden werde, weil die so unverschämt viel Geld im Voraus haben wollen. Da kann Saskia erst einmal ganz beruhigt sein.“ Mit einem Lächeln ergänzte sie dann: „Aber vielleicht hatte es auch sein Gutes, denn so bin ich zu ihnen gekommen, und es hat mir gut getan, ihnen das alles so zu erzählen.

Wir haben uns dann noch lange darüber unterhalten, was ihr helfen würde, und an wen sie sich wenden kann. Ich habe ihr von dem Buch von Sandra Schadek erzählt und Adressen von Selbsthilfegruppen im Internet herausgesucht. Zum Schluss hat sie versprochen, sich an keine weitere Institution für Sterbehilfe zu wenden und bestimmt keinen Suizidversuch zu unternehmen, bevor sie nicht noch einmal mit mir geredet hat.

Heinke Geiter

„Um Hilfe bitten zu müssen, ist mir schon immer schwer gefallen, und jetzt werde ich bald bei allen, auch den intimsten Dingen, Hilfe in Anspruch nehmen müssen und von anderen völlig abhängig sein. Ich weiß nicht, ob ich das überhaupt will.“

Ethische Beratung und Palliativpass

Ziel dieses Notfallpasses ist es, eine Krankenhauseinweisung in einer Notfallsituation bei einem schwerstkranken Menschen zu vermeiden, der selber nicht mehr ins Krankenhaus eingeliefert werden möchte. So ist der Wiesbadener Palliativpass eine verkürzte Patientenverfügung, die dem Rettungsdienst und Notarzt auf einen Blick signalisiert, dass der Mensch im Falle einer medizinischen Notlage nicht mehr maximal notärztlich behandelt und zumeist vor Ort weiter versorgt werden möchte. Diese schriftlichen Festlegungen im Palliativpass sind für alle Beteiligten ebenso verbindlich wie eine Patientenverfügung.

Dieser Notfallausweis ist nur für Menschen gedacht, die lebenssatt, chronisch schwer krank sind und nicht mehr von einer Wiederbelebung und Krankenhausbehandlung profitieren (wollen). Häufig ist diesem Menschen ein Vorsorgebevollmächtigter bzw. Betreuer zur Seite gestellt, da der Betroffene nicht mehr allein über seine Versorgung entscheiden kann. Hinzu kommt, dass er schon mehrfach wegen Komplikationen wie Wassereinlagerungen, Atemnot, Lungenentzündung oder Schmerzen notfallmäßig im Krankenhaus gewesen ist und in dem Gefühl entlassen wurde, dass die Behandlung im Krankenhaus nicht, nur wenig oder auch nur kurzfristig geholfen hatte.

Wichtig ist, dass dem Ausstellen des Palliativpasses eine intensive haus- und / oder palliativärztliche Beratung mit dem Betroffenen und / oder dessen Vorsorgebevollmächtigten vorausgeht. In diesem ethischen Gespräch wird der Beteiligte über die Absicht sowie über Vorteile und Risiken des Passes aufgeklärt. Erst wenn dies alles geklärt ist, wird besprochen, was der Betroffene im Notfall möchte. Hierbei ist die Mitwirkung des Hausarztes als Arzt des Vertrauens unverzichtbar, der nicht zuletzt mit seiner Unterschrift unter den Pass seine Zustimmung zum Ausdruck bringt.

Kosten für gesetzlich Versicherte fallen nicht an. Honoriert wird das ethische Beratungsgespräch des Palliativteams über die Verordnung einer SAPV-Beratungsleistung, die der Hausarzt verordnet. Als weitere Besonderheit kann mit den Angehörigen und eventuell auch mit dem Altenpflegeheim vereinbart werden, dass das beratende SAPV-Team auch im Notfall mit der Weiterversorgung des Palliativpassträgers beauftragt wird. Der Notarzt vor Ort informiert das SAPV-Team über seinen Einsatz und seine Maßnahmen und übergibt den Patienten zur Weiterbehandlung an das SAPV-Team, vor allem zu Nachtzeiten oder am Wochenende, wenn der Hausarzt zur Weiterversorgung nicht erreichbar ist.

Diese Regelung gewährleistet eine lückenlose Versorgung über den Notarzteinsatz hinaus. Im Alltag hat dies bereits dazu geführt, dass gerade Pflegeheimmitarbeiter bei einem Palliativ-Pass-Inhaber oft direkt über die Ruf- und Einsatzbereitschaft das zuständige SAPV-Team über den Notfall eines Pass-Inhabers informieren und das SAPV-Team mit der Versorgung beauftragen.

Seit 2014 bis heute wurden über 200 Beratungen in Wiesbaden sowie im Idsteiner Land durchgeführt und Palliativpässe ausgestellt. Davon sind 115 Menschen inzwischen verstorben, nur drei Personen sind entgegen ihrer ursprünglichen Festlegung im Palliativpass im Krankenhaus verstorben. Zusammengefasst kann man sagen, dass der Palliativpass sich von einem Pilotprojekt zum festen Bestandteil einer erweiterten Vorsorgeplanung entwickelt hat, vielen Menschen unnötige Krankenhauseinweisungen erspart und eine optimale Versorgung im Pflegeheim gewährleistet.

*Dr. Thomas Nolte, Palliativarzt, ZAPV GmbH
Zentrum für ambulante Palliativversorgung*



Buchtipp

„So sterben wir – Unser Ende und was wir darüber wissen sollten“
von Roland Schulz, Erschienen im Piper-Verlag 2018



„Tage vor deinem Tod, wenn noch niemand deine Sterbestunde kennt, hört dein Herz auf, Blut bis in die Fingerspitzen zu pumpen. (...) Deine Füße werden kalt. Dein Atem verflacht. Die Sinne schwinden. Dein Körper leitet den Abschied vom Leben ein.“

Mit diesen Worten nimmt Roland Schulz den Leser mit auf die letzte Reise.

Eindringlich beschreibt er, was wir während unserer letzten Tage und Stunden erleben. Er verfolgt die Reise des Körpers von der Leichenschau bis zur Bestattung und fragt schließlich, was Sterben und Tod für diejenigen bedeutet, die zurückbleiben: Wie trauern wir – und wie können wir weiterleben. Indem er uns direkt anspricht, fordert er uns immer wieder zur eigenen Auseinandersetzung mit unserem Sterben heraus.

Roland Schulz hat ausführlich recherchiert. Er hat mit Sterbenden, mit deren Freunden und Angehörigen gesprochen. Er hat eine Ärztin bei der Totenschau begleitet. Er hat die Beamtin im Sterberegister besucht. Er war in Pflegeheimen und Hospizen. Er hat sich das Sterben von Palliativmediziner erklären lassen und hat beim Bestatter hospitiert.

All das fließt ein in seine genaue Beschreibung des Sterbevorgangs und all der Dinge, die danach notwendig sind. Er spricht ebenso von den Prozessen des Verfalls, vom Herzstillstand und letzten Atemzug über den Hirntod bis zum klinischen Tod, wie von der Arbeit der Mediziner und Bestatter, von Leichenschau und Friedhof und der Trauer der Hinterbliebenen.

Es ist kein „schönes“ aber ein sehr informatives und absolut lesenswertes Buch.

Heinke Geiter

Gründung der Hospizstiftung Idstein

Herzliche Einladung am Dienstag, 3. September 19:30 Uhr im Gerberhaus, Löherplatz in Idstein

Die Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V. hat beschlossen, eine Stiftung zu gründen, um die Arbeit unseres Hospiz- und Palliativdienstes auch für die Zukunft finanziell abzusichern. Wir hoffen auf Zustifter, die es vielleicht ermöglichen, dass irgendwann in der Zukunft in Idstein auch ein stationäres Hospiz gebaut werden kann.

Kernpunkt unserer Arbeit wird die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in den Familien und Pflegeheimen bleiben. Aber wir sehen auch, dass manchmal eine Aufnahme in ein Hospiz für alle die bessere Lösung sein kann. Da unsere Vorsitzende Mitglied im Kuratorium der Diakoniestiftung ist, haben wir uns entschieden, mit der Diakonie Hessen zusammenzuarbeiten und dort eine Unterstiftung zu errichten.

Schon jetzt sind Sie herzlich eingeladen, mit uns die Stiftungsgründung zu feiern und Näheres über die Stiftung zu erfahren. Kommen Sie am 3. September um 19.30 Uhr ins Gerberhaus nach Idstein.

Dort wollen wir gemeinsam mit Ihnen die Gründung der Stiftung bekannt machen. Wir hoffen, dass auch dadurch immer mehr Menschen im Idsteiner Land auf die Arbeit unseres Hospiz- und Palliativdienstes aufmerksam werden und für sich und ihre Angehörigen die Unterstützung durch die Hospizbewegung in Anspruch nehmen.

Termine 2019, 2. Halbjahr

Dienstag, 03. Sept. 19:30 Uhr	Gründungsfeier der Hospizstiftung (s. Artikel Seite 14)
Dienstag, 17. Sept. 19 Uhr	Offener Themenabend: „Leben bis wir Abschied nehmen ...“ Referentin: Heinke Geiter, Haus der Kirche und Diakonie, Konferenzraum
Montag, 04. Nov. 19:30 Uhr	Kinoabend – In Zusammenarbeit mit dem Taunus Kinocenter Idstein Gezeigt wird der Film: „Adelheid, Kornelius & die Töde“
Dienstag, 12. Nov. 19 Uhr	Offener Themenabend: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht Referenten: Heinke Geiter und Dr. Thomas Umscheid, Gerberhaus Idstein.
12. und 19. Nov. von 19 bis 21 Uhr	Das kleine 1 x 1 des Sterbens, Ein Angebot in Kooperation mit der VHS
Donnerstag, 21. Nov. 19 Uhr	Offener Themenabend: Palliative Erkrankung – Wer leidet mit? Referentinnen: Alexandra Knobloch und Ilona Diener, Gerberhaus Idstein
Samstag, 23. Nov. 9:30 bis 12 Uhr	Zweigeabgabe: Idsteiner Fußgängerzone
Donnerstag, 28. Nov. 19 Uhr	Ökumenischer Trauergottesdienst in der Unionskirche Idstein
Sonntagscafé für Trauernde	14.07. 11.08. 08.09. 13.10. 10.11. und 08.12.2019 Jeden 2. Sonntag im Monat im Haus der Kirche und Diakonie
Wanderung für Trauernde	18.08. 20.10.2019 – Treffpunkt jeweils 14 Uhr auf dem Parkplatz am Schlossteich hinter dem PSI Gymnasium
Bastelnachmittag für Trauernde	27. Nov. 2019 von 13 bis 16 Uhr im Haus der Kirche und Diakonie

Die Offenen Themenabende finden in Zusammenarbeit mit dem Seniorenbüro der Stadt Idstein statt!
Der Eintritt ist kostenfrei! Ihre Spende herzlich willkommen!

Impressum

Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V.
Fürstin-Henriette-Dorothea Weg 1, 65510 Idstein

Vereinsregisternummer: 5178
Telefonnummer: 06126-700 2713
E-Mail: info@hospizbewegung-idstein.de
Internet: www.hospizbewegung-idstein.de

V.i.S.d.P: Heinke Geiter und Anna C. Stassen
Layout: Mile Penava
Fotos: Pieper Verlag, Pixabay
Druck: Mühlsteyn Druck + Verlag in Elben
Erscheint: 2 x jährlich, Bezug: kostenlos

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin / des Autors wieder.
Wir danken Kiki Hagelweiß fürs Korrekturlesen!

Möchten Sie den Dienst der Hospizbewegung in Anspruch nehmen?
Benötigen Sie Hilfe oder eine Beratung?
Dies ist jederzeit möglich!

Wenn Sie möchten, fördern Sie unsere Arbeit durch eine Geldspende. Auf Wunsch erhalten Sie eine Spendenbescheinigung.

Spendenkonto:
vr Bank Untertaunus eG
IBAN: DE81510917000012116403
BIC: VRBUDE51

Wir freuen uns über jedes neue Mitglied!
Der monatliche Mindestbeitrag beträgt 2 Euro.

*“... Lange saßen sie dort und
hatten es schwer, aber sie
hatten es gemeinsam schwer
und das war ein Trost.*

Leicht war es trotzdem nicht ...”

*Astrid Lindgren,
„Ronja Räubertochter“*



Hospizbewegung
im Idsteiner Land e.V.