



„ICH LIEBE MEINEN BERUF“

Palliative Care

Giulia De Luca hat sich ihren Arbeitsplatz ganz bewusst ausgesucht. Im kideronkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Mainz kämpft sie im Team mit Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegenden für das Leben — meistens mit Erfolg.

Es seien immer die gleichen Sätze, sagt Giulia De Luca. Wenn sie erzählt, wo sie arbeitet, höre sie oft: „Ich könnte das nicht!“ oder: „Ich würde den ganzen Tag weinen!“ Die 32-jährige Pfälzerin hat ein offenes Gesicht und ein fröhliches Lachen. Sie sieht nicht so aus, als würde sie den ganzen Tag weinen, im Gegenteil: „Ich liebe meinen Beruf!“

De Luca ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und arbeitet im kideronkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Mainz. Ihre kleinen Patienten und Patientinnen haben lebensbedrohliche Krankheiten. Ein Großteil wird geheilt, aber manchmal muss De Luca auch Kinder und Familien beim Abschiednehmen begleiten. Sie hat deshalb die Weiterbildung für



Giulia De Luca im Gespräch mit der vierjährigen Mia

Fotos: Clemens Hess

KINDER UND KREBS, KINDER UND STERBEN – DAS SIND BEGRIFFE, DIE NIEMAND ZUSAMMEN DENKEN MÖCHTE.

Onkologie und Palliative Care absolviert, wie etwa ein Fünftel der 35 Pflegefachpersonen in ihrem Team.

Giulia De Luca trägt einen blauen Hosensanzug und hat ihre schwarzen Haare zum Zopf gebunden. Es ist ein heißer Vormittag Anfang September, als sie durch die Eingangshalle der kinderonkologischen Ambulanz läuft und in viele Richtungen grüßt. Die Sonne scheint auf Schaukelpferd und Tischkicker. Neben ein paar kleineren Kindern mit ihren Eltern sitzt ein jugendlicher in weißer Sporthose und Turnschuhen auf der Stuhlbank und schaut gelangweilt aufs Smartphone. 20 bis 25 junge Patienten kommen täglich in die Ambulanz, zur Nachsorge, mit Beschwerden oder mit einem ersten verdächtigen Befund, geschickt vom Hausarzt. De Luca ist manchmal in der Ambulanz eingesetzt und manchmal auf der anliegenden A2, der Spezialstation für Pädiatrische Hämatologie/Onkologie/Hämostaseologie. Von den dortigen 18 Betten sind heute nur zehn belegt. Ambulant vor stationär – das gilt auch hier. Oft liegen die Kinder am Anfang für einige Wochen auf der Station und kommen später nur stundenweise für die Chemotherapie oder Bestrahlung ins Haus.

So machen es auch Mia* und Leonie*, die in einem Zweibettzimmer am Rande der Ambulanz schon auf De Luca warten. Zwei vierjährige Mädchen, beide in rosa gekleidet, die jungen Mütter sitzen jeweils neben ihren Betten. De Luca begrüßt alle vier wie alte Bekannte und wedelt sich mit einer Hand etwas Luft zu: „Mann, ist das heiß heute.“ Die blonde Mia im vorderen Bett schaut etwas unsicher, aber wagt ein kleines Lächeln. Sie sitzt in einem Shirt mit aufgedruckten Erdbeeren und mit geradem Rücken auf dem Bett. Die charakteristisch aufgeschwemmten Wangen zeigen, dass sie mit Cortison behandelt wurde. Sie hat Leukämie, die häufigste Krebsart im Kindesalter, gefolgt von Tumoren des Zentralen Nervensystems (ZNS). Giulia De Luca spannt eine kleine Blutdruckmanschette um Mias Kinderarm, misst Temperatur. 37,2 Grad. „In Ordnung“. Ab 37,5 Grad wird es kritisch, da muss engmaschig kontrolliert werden, denn unter der Chemo kann der kindliche Körper Temperatur nicht mehr regulieren.

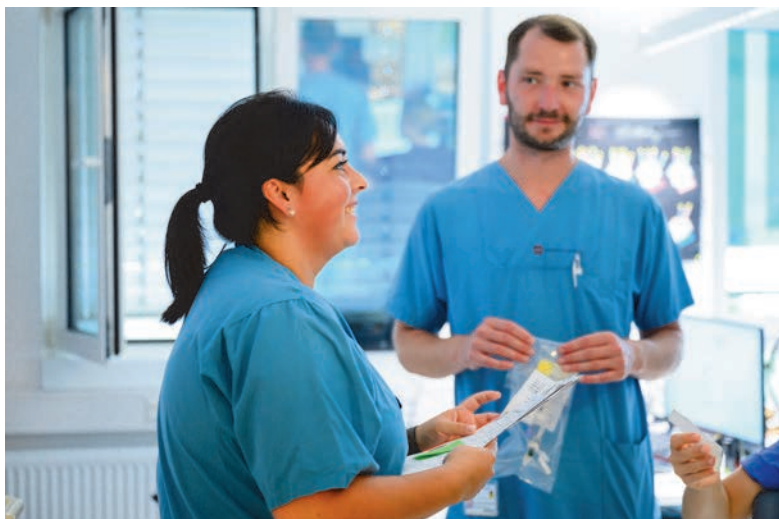
Jede Chemotherapie ist anders und wird im Verlauf auch immer wieder angepasst. Mia kriegt zurzeit fünf Tage hintereinander eine Injektion. Dafür kommt sie

*Namen der Kinder sind von der Redaktion geändert



Fast jedes Kind hat sein Kuscheltier dabei.

Ehepaar und Kollegen:
Giulia und Thomas De Luca



Im Spielzimmer treffen
sich Kinder und Eltern.



Mia hat einen Ausschlag
am Handgelenk.

morgens immer in die Klinik. „Kannst du das T-Shirt einmal hochziehen?“, bittet De Luca sie. Zum Vorschein kommt Mias „Hicki-Tasche“: ein bunter Brustbeutel aus Baumwolle, in denen die beiden Anschlüsse zum zentralen Venenkatheter verstaubt sind. Wie die meisten Kinder hier hat Mia einen Hickman-Katheter, der über eine Tunnelung zum rechten Vorhof führt und dadurch über längere Zeit recht stabil liegt. Therapien können bis zu zwei Jahre dauern. Mias begann vor rund zwei Monaten. Ihre Mutter kann genau sagen, an welchem Tag im Juni sie die Diagnose Leukämie erhielt. So ein Datum schneidet sich wie ein Messer in das Familienleben, das trotzdem nicht auseinanderfallen darf. Vorgestern feierten sie die Einschulung von Mias großem Bruder, heute sitzt sie am Bett ihrer Tochter, um deren Überleben sie bangt. Ein emotionaler Balanceakt.

Mia verzieht keine Miene, als De Luca die Spritze mit der zelltoxischen Substanz eingibt. Sie schaut zur Seite, ganz bewusst, so scheint es, als hätte sie das Wegsehen eingeübt. Im Bett nebenan wirft Leonie ein weißes Einhorn in die Luft. Ihre Mutter fängt es lachend auf und stellt vor: „Das ist Paul.“ Das zarte Mädchen mit dem rosa Rüschenkleid hat ein Ewing-Sarkom, Knochenkrebs, und ist seit einem halben Jahr in Behandlung. Sie hat keine Haare. Sie vertrage die Chemo aber sonst ganz gut, sagt ihre Mutter.

Als später die Zytostatika durchgelaufen sind, werden die Schläuche wieder sorgsam in den Hicki-Taschen verstaubt. „Braucht ihr noch was für zu Hause?“, fragt Giulia De Luca die Mütter. Schließlich pflegen sie ihre Kinder zu Hause selbst. Leonie, die gerade ihre Sommersandalen über die weißen Söckchen zieht, streckt ihre Hand hoch: „Eine Mullbinde bitte. Ein Pflaster. Und eine Spritze.“ Giulia De Luca lacht: „Na, du weißt, was du willst, was?“ Aber sie versteht schon: Paul, das Einhorn, muss nachher verarztet werden. So kann Leonie das Erlebte nachspielen und verarbeiten.

Kinder und Krebs, Kinder und Sterben – das sind Begriffe, die niemand zusammen denken möchte, die Angst machen. Giulia De Luca hat sich diesen Arbeitsplatz vor acht Jahren dennoch bewusst ausgesucht. Nach einer Lehre als Verwaltungsfachkraft merkt sie schnell: Das passt nicht. Sie will mit Menschen zu tun haben. Dahin, wo es wirklich zählt. In einem kleinen Krankenhaus in Bad Kreuznach machte sie die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und wagt danach den großen Sprung: Landeshauptstadt,

Universitätsmedizin, Kinderonkologie. Hier spürt sie schnell, dass sie am rechten Platz ist. Auch privat: Sie verliebte sich in ihren Kollegen Thomas, der heute Bereichsleiter der Kinderonkologie ist. Die beiden heirateten und bekamen vor eineinhalb Jahren einen kleinen Sohn. Das habe sie empfindsamer gemacht für die Nöte der betroffenen Familien, sagt De Luca. „Ich muss jetzt noch mehr aufpassen, mich abzugrenzen.“

Wie macht sie das? „Ich gebe zum Beispiel meine private Handynummer nie raus. Auch wenn ich die Leute gerne mag.“ Man müsse darauf achten, zwischendurch ganz abzuschalten. Eine andere Strategie aber ging nicht auf: Anfangs haderte sie damit, dass viele Eltern sie duzten. Sie wollte mehr Distanz, siezte bewusst zurück. „Aber das wurde irgendwann künstlich. Und setzte sich auch nicht durch.“ Mittlerweile akzeptiere sie einfach den familiären Ton mit den Eltern. Er passe hierher. „Wir

Palliativ oder Hospiz

Palliative Care, so schreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Definition, soll die Lebensqualität von Patienten und Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind, verbessern – physisch, psychisch, sozial oder auch spirituell. Als Oberbegriff kann Palliative Care damit sowohl die palliative Versorgung im Sinne von Palliativmedizin und Palliativpflege als auch die hospizliche Begleitung oder Hospizpflege umfassen. Beides sind Teile einer ganzheitlichen und multiprofessionellen Begleitung schwerkranker Menschen. Auch wenn die Begriffe mitunter synonym verwendet werden, sind sie doch nicht deckungsgleich.

Die **Palliativversorgung** kann bereits früh im Krankheitsverlauf und insbesondere parallel zu kurativen Behandlungen aufgenommen werden. Sie soll die Lebensqualität der Betroffenen durch das Lindern von Symptomen und das Mindern von Schmerzen verbessern. Dazu arbeiten Mediziner, Pflegende und weitere Berufsgruppen wie etwa Sozialarbeiter, Psychologen oder Physiotherapeuten in interdisziplinären oder multiprofessionellen Teams zusammen, um eine bestmögliche und vollumfängliche Versorgung zu gewährleisten. Dabei kann die Palliativversorgung sowohl in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder der häuslichen Umgebung erfolgen.

Auch die **Hospizpflege oder hospizliche Begleitung** ist mittlerweile ambulant und nicht mehr nur in einem Hospiz möglich. Anders als die Palliativversorgung ist sie aber auf die letzte Lebensphase ausgerichtet und kommt in der Regel zur Anwendung, wenn kurative Behandlungen nicht mehr im Vordergrund stehen und Patientinnen oder Patienten eine Lebenserwartung von sechs Monaten oder weniger haben. Auch die Hospizpflege zielt darauf ab, Symptome und Schmerzen weitestgehend zu lindern und ein Sterben in friedlicher und würdevoller Umgebung zu ermöglichen.

Während es bei der Palliativversorgung also um die umfassende Betreuung von Patienten mit schweren Erkrankungen unabhängig von ihrer Lebenserwartung geht, konzentriert sich die Hospizpflege oder hospizliche Begleitung auf die Betreuung Sterbender in der letzten Lebensphase, wenn kurative Behandlungen nicht mehr im Vordergrund stehen.

rücken alle sehr nahe“, sagt Giulia De Luca. „Wir reden über Paw Patrol oder Fußball genauso wie über die Ängste und Schmerzen. Wir schimpfen zusammen über das doofe Schicksal. Vor allem aber kämpfen wir gemeinsam – für das Überleben.“ Mit wir meint sie nicht nur die Familien, sondern auch das Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und 35 Pflegenden.

IM ABWÄGEN UM TUN UND LASSEN SPIELE EINE GROSSE ROLLE, WAS DIE KINDER SELBST WOLLEN, SAGT DE LUCA.

Und meistens gewinnen sie auch. In Deutschland erkranken jährlich etwa 2.200 Kinder und Jugendliche an Krebs. „Etwa 80 Prozent können heute dauerhaft geheilt werden“, sagt Prof. Dr. Jörg Faber, der Ärztliche Leiter des kideronkologischen Zentrums: „Bei einigen Leukämien liegt die Heilungschance bei 90 Prozent, bei kindlichen Nierentumoren sogar bei bis zu 95 Prozent.“ Er betont: „Durch Forschung und verbesserte Therapien hat

die Überlebenswahrscheinlichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.“

De Lucas Arbeitsplatz gehört zu den onkologischen Spitzenzentren in Deutschland, in Rheinland-Pfalz ist es die einzige universitäre Einrichtung ihrer Art, hier werden fortlaufend mehr als 500 Kinder stationär und ambulant versorgt. Es laufen nationale und internationale Studien, Fördervereine und Stiftungen unterstützen die Arbeit, sammeln Geld für Sporttherapien, Weihnachtsgeschenke, Ausflüge: so viel Kompetenz, so viel Engagement, so viel Hoffnung, Hochleistungsmedizin und -pflege. Aber was ist, wenn sich abzeichnet, dass der Kampf mal nicht zu gewinnen ist? Wenn deutlich wird, dass ein Kind nicht überleben wird? Wann und wie gibt man auf, an einem Ort wie diesem?

Giulia De Luca hat in der Weiterbildung für Onkologie und Palliative Care auf verschiedenen Stationen der Erwachsenenpflege gearbeitet. Sie weiß: Bei Kindern falle es besonders schwer, von dem Gedanken loszulassen, man könne noch etwas tun. Auch den Pflegenden. „Unser Fokus liegt auf dem Retten.“ Dennoch müsse man der Wahrheit ins Gesicht sehen, um zu überlegen, was dem Kind nun wirklich guttut. Mit palliativer Begleitung ist nicht nur die terminale Phase gemeint. Manchmal sei eine Prognose von Anfang an so schlecht, dass eine vollständige Heilung ausgeschlossen ist. Trotzdem entscheide man sich noch für Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlungen, um Beschwerden zu lindern und um die Lebenszeit um einige Monate oder Jahre zu verlängern. Im Abwägen um Tun und Lassen spiele eine große Rolle, was die Kinder selbst wollen, sagt De Luca: „Manche haben Ziele: Noch einmal Weihnachten erleben oder mit der Familie in den Urlaub fahren zum Beispiel. Neulich aber hatte ich einen 13-Jährigen, der nach zwei Rezi-diven klipp und klar sagte, es ist genug.“

Und dann war da Tom*, der Siebenjährige, der vor wenigen Wochen auf der Station A2 verstarb. Giulia De Luca kannte ihn schon mehrere Jahre. 2020 war er als Dreijähriger das erste Mal in die Universitätsmedizin gekommen. Diagnose: Rhabdomyosarkom, ein bösartiger Tumor, der vom Muskelgewebe ausgeht, der häufigste Weichteiltumor im Kindesalter. Bei Tom war die Raumforderung so groß und ungünstig gelegen, dass er nicht entfernt werden konnte. Die Chemo schlug von Anfang an nicht gut an. Die Heilungschancen waren sehr niedrig. Tom hatte einen älteren Bruder. Die Eltern wirkten auffallend stark und souverän, erinnert sich De Luca, die Mutter war Psychologin.

🔦 Übersicht: Pädiatrische Palliative Versorgung

In Deutschland leben etwa 100.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Erkrankungen. Von diesen sterben jährlich zwischen 1.500 und 3.000. Etwa 550 von ihnen sind an Krebs erkrankt, die meisten aber an neurologischen Erkrankungen oder an Erkrankungen infolge einer extrem frühen Geburt.

Schwerstranke Kinder und ihre Familien brauchen oft jahre- und manchmal jahrzehntelange Unterstützung im Sinne einer „Ummantelung“. Die allgemeine Grundversorgung erfolgt durch Kinderärzte und Kinderärztinnen sowie ambulante Kinderkrankenpflegedienste. Psychosoziale und alltägliche Unterstützung finden die Familien vor allem durch ambulante Kinderhospizdienste, aber auch bei zwischenzeitlichen Aufenthalten in stationären Kinderhospizen.

Bei fortschreitender Erkrankung, in Krisensituationen sowie am Lebensende kommen multiprofessionelle Teams der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) nach Hause. Stationär können Familien in dieser Phase in einem Kinderhospiz aufgenommen werden oder, wie in diesem Beitrag beschrieben, in eine Kinderklinik gehen, die ihnen vertraut ist. Spezielle Kinderpalliativstationen gibt es deutschlandweit nur drei (Datteln, München und Berlin).



Fotos: Clemens Hess

Die geschulten Pflegepersonen bereiten die Zytostatika vor und applizieren sie selbst.

Sie erkannten den Ernst der Lage und versuchten dennoch, dem Schicksal so viel Leben wie möglich für Tom abzutrotzen, ein gutes, kindgerechtes Leben. „Zwischen verschiedenen Behandlungsterminen wohnte Tom zu Hause, ging mit der Hicki-Tasche auf den Spielplatz oder zum Bolzen. Um richtig im Verein Fußball zu spielen, fehlte ihm die Kraft.“ Giulia De Luca und ihre Kollegen sahen ihn alle paar Monate. Sie hängten ihm Infusionen an, holten ihn aus OP-Sälen ab, freuten sich mit ihm über die Geburt seiner kleinen Schwester und waren beeindruckt, wie er sich immer wieder aufrappelte.

Und dann tauchte er vor fünf Wochen wieder in der Ambulanz auf, blass und schlapp, mit diffusen Schmerzen. Es ging ihm gar nicht gut. Ein Ganzkörper-MRT zeigte dann erschreckend deutlich, warum: „Es hat überall geleuchtet“, erinnert sich Giulia De Luca. Sie beschreibt es in der medi-

zinischen Fachsprache: „Ein massiver Progress.“ Der ganze Körper war voll mit Metastasen. Allen war in diesem Moment klar, was das heißt. Tom sagte: „Dann muss ich jetzt bald sterben.“

Wie schnell es gehen würde, konnte man nicht sagen. Seine Mutter wollte zu Hause alles vorbereiten, um ihn dort zu pflegen und zog mit ihm erstmal in ein Einzelzimmer. Auf der A2 gibt es keinen Extra-Palliativbereich, aber Räume, die etwas abseits vom Trubel liegen und eine bessere Raumlüftung haben. Tom konnte bald nicht mehr aufstehen, er lag im Bett, schaute mal ein bisschen fern, spielte am Tablet, aber das wurde weniger. Er schlief immer mehr. Er war sehr genügsam gewesen, sagt De Luca, hatte wenig Wünsche: seine Familie um sich haben und ab und zu mal einen Kakao. Den trank er gerne. Giulia De Luca und ihre Kollegen hielten sich im Hintergrund. Ihre Aufgabe

Versorgung für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendhospizarbeit sowie der pädiatrischen Palliativversorgung

	Anzahl deutschlandweit
Stationär	
Kinderpalliativstation	2 (Datteln, München), Berlin ist ein Palliativteam für Neonatologie
Stationäre Kinder- und Jugendhospize	19
Ambulant	
Spezialisierte ambulante Palliativdienste für Kinder und Jugendliche (SAPV-K)	36
Ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste	170 (236 inkl. Erwachsenenhospizdienste in Kooperation mit einem Kinder- und Jugendhospizdienst)

Quellen: <https://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de> (Stand 8. August 2024)

als Pflegefachperson: Dafür zu sorgen, dass die Familie ihre Ruhe hat und etwas abgeschildert vom Klinikalltag ist. Sie informiert die Reinigungskräfte und bittet darum, sensibel zu sein. Bei der Visite weist sie darauf hin, „dass man jetzt nicht zu zehnt dort reingehen muss“. Wenn es im Zimmer klingelt, geht nicht irgendwer hinein, sondern möglichst nur die Bezugspflegerin. „Jede Familie ist anders. Diese regelte viel unter sich, die wandten sich nicht viel an uns.“ Dennoch war es wichtig, immer wieder zu zeigen: „Ich bin da, wenn Ihr mich braucht.“

Sicherheit und Ruhe vermitteln, Schmerzen und Ängste lindern – darin unterscheidet sich die pädiatrische Palliativpflege nicht von der für die Erwachsenen. Zwei Dinge aber sind anders: Zum einen kennen die professionell Pflegenden die Kinder oft schon relativ lange – und stehen ihnen dadurch emotional nahe. Zum anderen sind die Kinder in der Regel fest eingebunden in ihre Familien. Die Pflegekraft muss die Eltern mit einbeziehen und in ihren Entscheidungen respektieren. Nicht immer ist das einfach. Giulia De Luca erlebt manchmal, dass die Eltern mit ihren schwerkranken Kindern nicht offen sprechen. Einem älteren Mädchen mit einem Tumor im Bauchraum wurde gesagt: „Du hast ein Luftballon im Bauch.“ Pflegefachpersonen und Therapeuten durften das Mädchen auch nicht genauer aufklären, denn Vater und Mutter bestimmen, was ihre Kinder wissen dürfen. „Wir versuchen immer zu vermitteln, dass Kinder die Wahrheit längst erahnen. Es quält sie, wenn sie nicht darüber sprechen dürfen.“

Tom durfte das. „Er wusste, wo die Reise hingeh.“ Hatte er Angst? „Er wollte keine Schmerzen

haben, davor hat er sich gefürchtet. Er wollte sicher sein, dass jemand da ist, der sich darum kümmert.“ Seine Entlassung rückte näher, Toms Mutter hatte mithilfe der Mitarbeitenden alles gut organisiert. Das Kinderzentrum kooperiert mit einem spezialisierten ambulanten Palliativteam für Kinder – dem ersten in Rheinland-Pfalz, es wurde 2021 gegründet. Die Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen würden regelmäßig zu ihnen nach Hause kommen und sind in Krisenfällen rund um die Uhr erreichbar. Tom aber war nicht so erpicht darauf, beobachtete Giulia De Luca: „Er wollte lieber hierbleiben.“ Warum? „Ich kann es nur vermuten“, sagt sie: Toms Oma lag zu der gleichen Zeit ebenfalls im Sterben, sie war in einem Hospiz. Toms Mutter war hin- und hergerissen, und wünschte sich, beide bei sich zu haben. Sie plante sogar ein Abschiedsfest für ihre Liebsten. „Tom hat vielleicht gespürt, dass ihn der Wechsel überfordert. Uns kannte er, die Umgebung war ihm vertraut. Hier fühlte er sich sicher.“

Es kam dann auch nicht mehr dazu. An einem Dienstag sollte Tom nach Hause gehen. Am Sonntag davor hatte Giulia De Luca Spätdienst. Toms Zustand verschlechterte sich deutlich, er bekam nicht mehr gut Luft. Trotz Sauerstoffbrille war die Sättigung so weit unten, dass sie eigentlich hätte voll aufdrehen müssen. Aber er konnte den stärkeren Luftzug an den Nasenflügeln nicht ertragen. Überhaupt wollte er keine Berührung mehr und Ruhe haben. Als De Luca am Abend nach Hause ging, wusste sie, dass sie den Siebenjährigen nicht mehr lebend sehen würde. Sie verabschiedete sich trotzdem ohne große Worte. „Das war nicht der Moment dafür. Ich war da jetzt nicht wichtig.“

Tom starb in der Nacht zum Montag. Seine Großmutter folgte ihm ein paar Tage später. Giulia De Luca erinnert sich, dass Tom ihr einmal erzählt hatte: „Auf zwei Dinge freue ich mich im Himmel: dass ich Fußballspielen kann. Und dass ich die Oma wiedersehe.“

Giulia De Luca muss schlucken, als sie das erzählt. Im Dienst habe man sie noch nie weinen sehen, sagt sie. „Es darf nie dazu kommen, dass eine Mutter, deren Kind im Sterben liegt, mich trösten muss.“ Aber natürlich gehe ihr so etwas nahe und zu Hause „verdrücke ich dann auch mal Tränen. Ich bin ja nicht aus Stein.“ Zum Glück kann sie mit ihrem Mann über all das reden. Er teilt den Klinikalltag, kennt die Kinder, liebt die Arbeit ebenso wie sie. Er versteht, warum sie nicht den ganzen Tag weinen muss, wie die anderen Leute vermuten – und hin und wieder eben doch mal. *hl*

Letzte Hilfe

Immer mehr Kliniken, medizinische, kirchliche oder soziale Einrichtungen und sogar Schulen bieten sie mittlerweile an: die sogenannten „Letzte Hilfe“-Kurse. In diesen soll Menschen, die mit dem bevorstehenden Tod ihnen Nahestehender konfrontiert sind, das Rüstzeug an die Hand gegeben werden, das Sterben zu begleiten. Zu den Kursinhalten zählen deshalb ebenso konkretes Wissen zu Sterben und Sterbebegleitung wie praktische Tipps. Beides soll Betroffene befähigen, in der letzten Lebensphase zu unterstützen und zu helfen, vor allem aber ermutigen, sich Sterbenden zuzuwenden.

Mehr zum Konzept der
„Letzten Hilfe“
Letzte Hilfe – Menschen
am Lebensende begleiten



Kurssuche nach
Bundesland
Kurse – Letzte Hilfe

