

Anett Mittelbach

Sterben ja - aber wie?

Der Umgang mit dem Sterben aus Sicht einer
Krankenschwester

Studienarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2015 GRIN Verlag
ISBN: 9783668788589

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/438832>

Anett Mittelbach

Sterben ja - aber wie?

Der Umgang mit dem Sterben aus Sicht einer Krankenschwester

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

Inhalt

01. Vorstellung und Einführung.....	2
02. Humor.....	3
03. Meine Wünsche-ein Reim.....	5
04. Der Tod, das Sterben – ein Streifzug durch die Geschichte.....	6
05. Sterben in Würde als gemeinschaftliche Aufgabe.....	9
06. Fallbeispiele	14
06.01. Krankenhaus 1986.....	14
06.02. Krankenhaus 1989.....	16
06.03. Arztpraxis 2000.....	18
06.04. Pflegeheim 2005.....	20
06.05. Palliative Care 2008	22
06.06. Sterben im Hospiz 2010 - 2015.....	24
07. Mein Fazit	26
08. Ausklang.....	28
09. Literaturverzeichnis.....	30

01. Vorstellung und Einführung

Mein Name ist Anett Mittelbach. Ich bin 48 Jahre alt, verheiratet und habe drei Kinder (24; 22 und 12 J.).

Mein Beruf ist für mich Berufung – ich bin Krankenschwester und seit 2010 im Hospiz Chemnitz tätig. Beruflich bin ich dort am Ziel angelangt. Bis hierhin war es ein langer, nicht immer einfacher Weg, mit Höhen und Tiefen. Schon frühzeitig musste ich mich mit dem Thema Sterben, Tod und Abschied auseinandersetzen. Bereits mit 9 Jahren erfuhr ich, dass ein Leben von heute auf morgen zu Ende sein kann, als ein Klassenkamerad beim Spielen am Steinbruch abstürzte und trotz Notoperation nicht überlebte.

Dieses Erlebnis war ein Trauma für mich, aber auch für alle anderen Klassenkameraden. Ich erfuhr einen sehr eigenartigen Schmerz, der nicht einfach zu beschreiben ist. Nach so vielen Jahren und einigen weiteren schmerzlichen Ereignissen verblassten die Gefühle zwar. Aber, wenn ich mich intensiv mit dem Thema beschäftige, ist plötzlich alles verarbeitet. Geklautes wieder da. Es rückt jedes Mal wieder nach, wenn ein weiterer Mensch verstirbt und verabschiedet wird. Ich verlor in den letzten 40 Jahren einige liebe Menschen an meiner Seite. Als ich 22 Jahre alt war, beging meine Mutti Selbstmord. Das war das Schlimmste, was ich bis jetzt überhaupt erlebte. Auch hier gab es einen Schmerz, der unbeschreiblich ist. An diesem Tag ist für mich die Welt stehen geblieben; von einer Minute auf die andere änderte sich mein Leben vollkommen. Im Schock erledigte ich mit meinem Vater das Wichtigste, wir waren eine Woche krankgeschrieben. Danach lief das Leben einfach weiter und wir unterdrückten den Schmerz, die Gefühle und Gedanken. Man muss sich ja zusammen reißen, es muss weiter gehen, niemand soll belastet werden. Wir waren allein, Seelsorge und Beratungsstellen gab es damals nicht. Diese Ereignisse haben mein Leben und meinen beruflichen Werdegang sehr geprägt. 1983 begann ich meine dreijährige Ausbildung zur Krankenschwester. Bis heute, zum Jahr 2015 liegen 32 Jahre. Das sind 32 Jahre Erfahrungen, Ereignisse, Erlebnisse in verschiedenen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen und Institutionen. Ich wurde konfrontiert mit dem Sterben im Krankenhaus, mit der Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen in der Arztpraxis sowie mit dem Sterben im Pflegeheim, zu Hause oder im Hospiz. Dabei habe ich sehr oft würdelose Zustände erlebt. Damals konnte ich daran nichts ändern – es war eben so. Und doch habe ich mich durch eigenes Interesse, Initiative und Motivation weiter entwickelt und bewusst nach anderen Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten gesucht, mit denen ich mit gutem Gewissen arbeiten konnte. Dieser Prozess hat einige Jahre in Anspruch genommen. Ich nahm an für mich wichtigen Weiterbildungen teil, wie zum Beispiel die Ausbildung zur

Hospizhelferin, Weiterbildung zur Pain Nurse und Absolvierung des Palliative Care Kurses. Diese Schulungen hat kein Arbeitgeber unterstützt, ich habe alles in meiner Freizeit mit eigenen finanziellen Mitteln absolviert. Und- es hat sich gelohnt. Die Qualität der Tätigkeiten in den letzten Arbeitsbereichen hat sich für mich sehr zum Positiven verändert, das wird mir immer mehr bewusst. Jetzt – im Hospiz – habe ich meinen Platz gefunden. Und trotzdem erfahre ich auch hier eine ständige Weiterentwicklung, eine Anpassung an die sich verändernden Pflege- und Sterbesituationen. Im Hospiz lebt die Sterbekultur und ist offen für alle Religionen und letzten Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Über die Entwicklung der Sterbekultur aus meiner ganz persönlichen Sicht möchte ich in dieser Hausarbeit berichten. Einige Fallbeispiele werde ich dabei vorstellen. Ich möchte auf den Umgang mit Patienten in den unterschiedlichen Einrichtungen eingehen, aber auch die Begleitung und Betreuung von Angehörigen beschreiben. Ich möchte einen Blick werfen auf die allgemeine Entwicklung des Sterbens in Deutschland, die Pflege, Beratung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie ihren Familienangehörigen. Außerdem wage ich einen vorsichtigen Blick nach vorn mit Wünschen und Gedanken für die Zukunft.

Wir können nicht entscheiden, wann wir sterben müssen und welche Todesart uns trifft, aber wir können in einem gewissen Rahmen das „WIE“ beeinflussen.

(„Sterben für Anfänger“ Susanne Conrad 2013)

02. Humor

Das Thema Sterben und Tod ist ein ziemlich Trauriges. Ich erlebe im Hospiz so viel Schmerz, Traurigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung, dass schnell Grenzen erreicht sind. Gerade deshalb ist es wichtig, einen gewissen Humor, und sei es nur der „Schwarze“, zu erhalten. In dieser Hausarbeit möchte ich also nicht nur das ganz schwarze Kapitel „Tod“ ansprechen, sondern auch immer wieder auflockernde humoristische Einwüfe mit einbringen. Der Leser und Zuhörer möge sich daher nicht wundern, wenn zwischendurch eine Karikatur oder ähnliches erscheint – er darf darüber gern schmunzeln.

„Humor ist, wenn man trotzdem lacht“. Unter dieser Devise lebe ich selbst mein Leben und so arbeite ich auch. Bei uns im Hospiz wird trotz aller Trauer vor allem gelebt und viel gelacht – natürlich kennt jeder die Grenzen dabei. Humor kann auch in den elendsten Situationen eine andere Perspektive eröffnen, eine Sicht von oben, eine Über-Sicht, eine Supervision. Wer über etwas lachen kann, steht darüber, hat eine Distanz dazu, ist nicht darin gefangen, sondern frei.

„Wer auf sein Elend tritt, steht höher“ Hölderlin

Humor ist körperlich; über 80 Muskeln sind in Aktion, wenn ein Mensch lacht mit positiven Auswirkungen auf Atmung, Nervensystem, Blutkreislauf und Verdauung. Humor ist seelisch; Lachen kann Ängste abbauen. Humor ist sozial; Lachen kann verbrüdern, anstecken, Gemeinschaft stiften und das Gruppengefühl bestärken.

Also dann- viel Spaß beim Lesen!!

03. Meine Wünsche - ein Reim

Mein letzter Weg

Viele Menschen sehen heute noch ROT,
spricht man vom Thema Sterben und Tod.
Doch - Das geht uns alle an,
denn jeder ist mal mit dem Sterben dran.
Geh´ ich in mich und höre meine Gedanken,
komme auch ich dabei manchmal ins Wanken.
Wie soll er sein, mein Weg am Ende?
Wem leg´ ich meine letzten Wünsche in die Hände?
Ich hab´ hoffentlich noch viel Zeit bis zu jenem Tage,
doch klären muss ich vorher diese große Frage.
Meine Vorstellung ist ein sanfter Tod ohne Leid und Schmerzen,
dabei nicht allein zu sein, wünsche ich mir von ganzem Herzen.
Ich möchte liegen in einem weichen, gemütlichen Bett.
An beiden Seiten läge ein Kätzchen, das fände ich nett.
Die Vögel sollen zwitschern und die Sonne scheinen,
ihr könnt auch gerne etwas um mich weinen.
Meine Musik im Hintergrund möcht´ ich natürlich nicht missen.
Was ich gern höre, wird doch sicher noch jemand wissen.
Die Kleidung für den letzten Weg ist noch eine gute Frage,
zieht mir einfach an, was ich sonst auch gern trage!
Zu bedenken ist nur, dass ich sehr schnell friere,
und ich wünsch´ mir in den Sarg meine Kuscheltiere.
Nun zündet für mich eine Kerze an,
dann ist für alle der Leichenschmaus dran.
Es wäre schön, wenn ich in euren Gedanken bliebe,
und vergesst nicht, dass ich euch alle liebe!

Anett Mittelbach Juni 2015

04. Der Tod, das Sterben – ein Streifzug durch die Geschichte

Die Menschheit hat sich schon immer mit dem Thema Tod auseinandergesetzt. In der Frühzeit waren Mythen und Rituale für das Verständnis und den Umgang mit dem Tod sehr wichtig. Im 15. Jahrhundert entstand in Europa die Ars-Moriendi -Literatur, ein christliches Sterbebüchlein mit Texten und bildlichen Darstellungen.

„Ars Moriendi heißt die Kunst des Sterbens. Diese bedeutet eine aktive Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit bis hin zur aktiven Annahme des eigenen Todes. Durch eine angstfreie Betrachtung des eigenen Todes eröffnen sich (neue) Chancen, den Blick auf das Wesentliche im Leben zu richten und auf diese Weise intensiver zu leben. Die „ars moriendi“ bedeutet also auch, die uns gegebene beziehungsweise noch verbliebene Zeit in Erfüllung und Verantwortung bewusst zu leben. Niemand kann uns unsere Zeit nehmen – weder in guten noch in schlechten Tagen oder an unserem Lebensende: „Nur wer ein leeres Leben lebt und lebte, schreit immer noch nach mehr“.

Zitat Imhof 1991, S.174; „In Würde sterben“ S.160

Im Mittelalter war der Tod überall. Durch den „Schwarzen Tod“ – die Pest fiel ein Drittel der Bevölkerung Europas zum Opfer. Die Überlebenden mussten sich intensiv mit dem Thema Tod auseinandersetzen. J.Fest beschreibt das Szenario: „Tag und Nacht hallten die Totenglocken durch die leerer werdenden Städte. Eine wahre Prozessionsmanie erfasste die Menschen. Barfuß, mit Asche auf dem Haupt, in den Händen Kerzen und Reliquien tragend, versammelten sie sich für Tage, oft auch über Wochen, zu ausgedehnten Umzügen, weinend, psalmodierend und unter düsteren Rufen zu Umkehr und Buße mahnend, manche schlugen sich mit Henkerstricken, die sie um den Hals gelegt hatten....“

(Lehrbuch der Palliativpflege S.13; Fest 1986, zit.nach Nassehi/Weber S.115)

Die Menschen im frühen Mittelalter zeigten ihre Trauer über den Verlust eines Angehörigen deutlich nach außen hin. Beispiele dafür sind heftiges lautes Weinen und Klagen in der Öffentlichkeit. Sie schlugen sich selbst, zerrissen ihre Kleidung, zerrauften sich die Haare oder den Bart und trauerten bis hin zur Ohnmacht. Im späten Mittelalter dagegen wurden für das Nach außen-Tragen der eigenen Trauer Klageweiber* eingesetzt und sogar dafür bezahlt, dass sie das Wehklagen der Betroffenen übernahmen. Während meiner Recherchen zum Thema dieser Hausarbeit stieß ich auf einen interessanten Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, den ich gern mit einbringen möchte, siehe Anhang 1.

Tod und Sterben fand also immer in der Gemeinschaft durch Messen, Gebete – also allgemeine Zeremonien und Rituale statt. Der Sterbende war nicht allein. Es waren Angehörige, Nachbarn, Freunde anwesend.

Vor wenigen Jahrzehnten waren das Sterben und der Tod gesellschaftlich klar geregelt. Zum Umgang mit dem Tod gehörten ein aufwendiger Totenkult und eine Begräbnisliturgie.

Das Haus des Sterbenden wurde durch die Kirche zum öffentlichen Haus. Der Priester kam und spendete dem Sterbenden die letzte Ölung, die heute unter der Krankensalbung verstanden wird. Es wurde Totenwache gehalten, Kerzen angezündet, und die Totenglocken läuteten. Jeder konnte sich von dem Sterbenden verabschieden, ganz gleich, ob man ihn kannte oder nicht. Die Klostersgemeinschaften widmeten sich fast ausschließlich dem Gebet für die Verstorbenen. Ein üblicher Ablauf wurde auch durch sogenannte „Notnachbarn“ organisiert. Diese hatten die Aufgabe, die Bestattung durchzuführen. Sie übernahmen die Waschung und das Anziehen der Leiche. Auf dem Weg zum Friedhof zog der Leichenzug durch die ganze Gemeinde und jeder hielt inne, an dem die Trauergesellschaft vorbei ging.

Der Tod gehört zum Leben – auch in der heutigen Gesellschaft?

Heute werden die Menschen durch Krimis und Berichte im Fernsehen, durch die Presse oder durch Kriegsspiele am Computer regelmäßig mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert. Aber das ist für alle weit weg und betrifft nicht persönlich. Somit gehört es nicht zum wahren Leben. Befragungen haben ergeben, dass ein 15-jähriger Deutscher im Durchschnitt schon einige hunderttausend Menschen auf Bildschirmen sterben sehen hat, seine Großmutter aber ist alleine im Pflegeheim verstorben, ohne dass er sie nochmal zu Gesicht bekommen hätte.

Das selbstverständliche Sterben hat sich heute in ein medizinisch Kontrolliertes gewandelt. Es hat sich in Krankenhäuser und Pflegeheime verlagert; die Zeit, sich um Sterbende zu kümmern, fehlt. Außerdem ist der letzte Abschnitt im Leben der Teuerste geworden. Laut Krankenkassen fallen durchschnittlich zwei Drittel der Krankenhauskosten in den letzten Lebenswochen bzw. -monaten an.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass viele Sterbende noch in ihren letzten Stunden über den Notarzt von zu Hause weg oder aus dem Pflegeheim in Krankenhäuser gebracht werden, in der Hoffnung, doch noch gerettet zu werden und das Leben verlängern zu können. Dort werden teure Maschinen, wie Beatmungsgeräte, Ernährungs sonden usw. sowie jede Menge Medikamente angeordnet, dessen Einsatz oftmals nicht zu vertreten sind. Die medizinische Versorgung am Lebensende wurde immer perfekter, professioneller. Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal sind dadurch verunsichert, denn es gibt Fragen, die sich niemand gern stellt. Wann darf Sterben zugelassen und wie kann die Würde des Menschen bis zum Schluss gewahrt werden? Wird durch die Medizin nicht allzu oft das Sterben verlängert statt das Leben? Die meisten Menschen wollen keine sinnlose Verlängerung ihres Lebens. Sterben sollte als selbstverständlicher Teil des Lebens angesehen werden.

Die Menschen brauchen am Lebensende Zuwendung, Liebe, Geborgenheit, Sicherheit, Schmerzfreiheit. Sie möchten ihre Identität und Würde bewahren und bis zum Schluss akzeptiert und respektiert werden.

Die Hospizbewegung geht neue Wege und wirkt dem Ausgrenzen des Todes in unserer Gesellschaft entgegen. Dadurch kann das Sterben wieder mehr als natürlicher Bestandteil des Lebens und somit in unsere Gemeinschaft zurück geholt werden. Krankenhäuser haben palliativmedizinische Abteilungen eingerichtet und somit neue Formen der Schmerzbekämpfung entwickelt. Dort kann mehr auf die Bedürfnisse der Schwerstkranken und Sterbenden eingegangen werden. Palliativmediziner spezialisieren sich auf die besonderen ärztlichen Aufgaben am Lebensende. Es gibt medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Beistand. Ehrenamtliche Helfer und professionell Pflegende werden zu Sterbebegleitern ausgebildet. Ambulante und stationäre Hospizdienste bieten Sterbebegleitung an. Außerdem kümmern sich Trauerbegleiter um die Hinterbliebenen.

05. Sterben in Würde als gemeinschaftliche Aufgabe

Vom Wunsch eines Menschen ausgehend, zu Hause sterben zu wollen, besteht die große Aufgabe in der ärztlichen und pflegerischen Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im stetigen Auf- und Ausbau eines gut funktionierenden flächendeckenden Netzwerkes. Es müssen verschiedene Institutionen und Einrichtungen einbezogen werden, wobei es an einigen Schnittpunkten immer wieder zu teilweise unüberwindbaren Problemen kommt.

Ich möchte die wichtigsten Anlaufstellen hier kurz aufführen und einen Blick auf die Schwierigkeiten werfen, die aus meiner Sicht immer noch viel zu oft entstehen und die es in der Zukunft zu beheben gilt.

Niedergelassene Haus- und Fachärzte

Der Hausarzt ist und bleibt der erste und wichtigste Ansprechpartner für den Betroffenen und spielt somit eine bedeutende Rolle in der Sterbebegleitung. Der Patient hat zu seinen Haus- und Fachärzten oftmals über Jahre hinweg Kontakt. Für die niedergelassenen Ärzte ist die Betreuung am Lebensende eine wichtige und ernst zu nehmende Aufgabe. Doch allein die Schmerzbehandlung stößt hier an ihre Grenzen. Einige Ärzte verfügen nicht über BTM-Rezepte (Betäubungsmittel) oder sie verschreiben die Medikamente nicht, auf die der Patient eingestellt ist, oftmals durch den begrenzten Etat. Professionelle Schmerzkontrolle nach Krankenhausentlassung erfolgt nicht immer. Umsetzungen des Schmerzmittels auf einfache, leichtere Medikamente haben erneute Einweisungen ins Krankenhaus zur Folge. Auch die strukturellen Voraussetzungen müssen stark verbessert werden. Die Arbeit der Allgemeinmediziner, die neben ihrer Praxistätigkeit bei Hausbesuchen physisch, emotional und logistisch an ihre Grenzen stoßen, wird nicht genügend honoriert. Es gibt trotzdem engagierte und idealistische Ärzte, die diese Strapazen auf sich nehmen.

Krankenhaus

Die meisten Todesfälle ereignen sich im Krankenhaus. Das hat mehrere Gründe. Zum einen sind die Angehörigen oftmals der Meinung, dass der Sterbenskranke im Krankenhaus besser aufgehoben wäre, weil dort die medizinisch-pflegerische Betreuung rund um die Uhr und an allen Tagen gewährleistet ist. Außerdem sind die zu Hause Pflegenden meist ungeübt und werden von Professionellen auf Station entlastet. Ein Problem stellt auch die eingeschränkte räumliche Kapazität zu Hause dar. Der Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen hat sich zwar auch im Krankenhaus bereits gewandelt. Es wird über Sterbebegleitung und Ausbildung zu diesem Thema nachgedacht. Leider kommt es trotzdem immer wieder vor, dass Sterbende aufgrund des Kostendrucks in ihren letzten Stunden noch verlegt werden.

Dabei ist es kein Einzelfall, wenn die Patienten nach nur sehr kurzer Zeit oder vielleicht sogar noch im Krankenwagen versterben. Seitdem ich im Hospiz arbeite, das ist jetzt über fünf Jahre, habe ich bedauerlicherweise schon ziemlich oft erlebt, dass wir die Patienten im sterbenden Zustand aufnehmen müssen. Meistens kommen sie aus Krankenhäusern, die eigentlich über die notwendigen kompetenten Mitarbeiter verfügen sollten, den Menschen würdevoll in seinen letzten Stunden begleiten zu können und ihm die Strapazen des Transportes zu ersparen.

Weil Krankheit stets nach Heilung schrie, ersann der Mensch die Therapie. Die kann durchaus ein Segen sein. Doch gilt das durchweg? Leider nein. Robert Gernhardt

Soziales Umfeld/ Familie

Das persönliche Umfeld ist immer noch der Ort, an dem die meisten Menschen sterben möchten. Oftmals scheitert dieser Wunsch leider schon an der eigenen Familie. Viele Menschen haben keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen, sind total verstritten ohne Aussicht auf Aussöhnung in den letzten Wochen/Tagen/Stunden oder aber die Familie ist überhaupt nicht mehr da. Doch es gibt auch intakte und liebevolle Familien, die alles dafür tun würden, ihre lieben Angehörigen bis zuletzt zu Hause betreuen zu können. Hier fehlt manchmal die gute Unterstützung und Beratung durch die ambulanten Hospizdienste, sei es aufgrund fehlender Informationen oder ungenügender Absprache mit den Krankenhäusern. Dadurch kommt es vor, dass pflegende Angehörige einfach zu überlastet und am Rande ihrer physischen und psychischen Kräfte sind und die allerletzte Phase zu Hause nicht mehr aushalten. Dazu kommen Ängste der Angehörigen und Betroffenen vor schwierigen Situationen und Krisen, weil teilweise die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Auch räumliche Voraussetzungen sind manchmal nicht gegeben, um eine gute Pflege gewährleisten zu können. Es fehlt der Platz für ein Pflegebett oder die Räume sind zu klein für ein Pflegebett. Manchmal möchte der Sterbende dann selbst keine „Last“ mehr sein für seine Lieben und es kommt doch noch zur Verlegung ins Krankenhaus oder Hospiz.

Pflegeheim

Den Lebensabend im Pflegeheim zu verbringen, ist für viele Menschen eine unerträgliche Vorstellung. Dabei gibt es wie in den Krankenhäusern sehr große qualitative Unterschiede, was auch die Sterbebegleitung angeht. Nicht jeder alte Mensch ist schwerstkrank und bedarf der Unterbringung im Hospiz. Die Meisten sind hochbetagt und sicherlich multimorbide. Ihnen steht genauso eine würdevolle medizinische und pflegerische Betreuung und Begleitung bis zuletzt zu. Es ist wichtig, dass auch das Personal im

Pflegeheim eine Chance bekommt, umzudenken. Der Personalschlüssel reicht meistens nicht aus, um die notwendige Zeit für Fürsorge, Zuwendung und Gespräche aufzubringen. Die AltenpflegerInnen opfern sich auf und arbeiten oftmals am Limit ihrer Kräfte. Sie wünschen sich mehr Zeit für die Sterbenden. Ihnen stehen Fortbildungsmöglichkeiten zu, wie zum Beispiel zum Hospizhelfer oder aber auch der Palliativkurs.

Wichtig zur Entlastung der Mitarbeiter im täglichen Umgang mit den alten Menschen sind Teambesprechungen und Supervisionen. Die Angebote von ambulanten Hospizdiensten werden nur zögerlich wahrgenommen oder sind nicht ausreichend bekannt. Allgemein muss in vielen Pflegeheimen das Thema Sterbe- und Trauerbegleitung großzügiger in die Konzeption aufgenommen und ausgearbeitet werden.

Hospiz

Der Begriff „Hospiz“ wurde schon bei den Römern verwendet. Kranke, Sterbende und Bedürftige fanden damals Unterkunft und Verpflegung in diesen Einrichtungen. Gian Domenico Borasio beschreibt das Hospiz als „kleine, hochspezialisierte Pflegeheime für Sterbende mit acht bis sechzehn Betten unter pflegerischer Leitung“. Das Hospiz versteht sich als Herberge für Menschen auf ihrer letzten Reise. Die Erhaltung von Würde und Selbstbestimmung der Sterbenden ist der Grundgedanke der Hospizbewegung. Dabei stehen der sterbenskranke Mensch mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen im Mittelpunkt. Durch den Fortschritt der technisierten Medizin wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Betreuung von Sterbenden zunächst vernachlässigt. Unheilbar Kranke waren teuer und dadurch in Krankenhäusern nicht mehr willkommen. Ihre Wünsche und Bedürfnisse in der letzten Lebensphase wurden nicht beachtet. Die heute weltweite Hospizbewegung wurde von Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross begründet und geprägt.

Cicely Saunders war Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin in England. Sie setzte sich dafür ein, dass den Schwerstkranken ein Sterben zu Hause ermöglicht und dass das Sterben als natürlicher Lauf des Lebens betrachtet wurde. Sie kritisierte die fehlende Nähe und Zuwendung für Sterbende durch die fortschreitende moderne Apparatedizin. 1967 gründete sie in London das St. Christopher's Hospice, ein Meilenstein für die heutige weltweite Hospizbewegung. Durch ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal, SozialarbeiterInnen und ehrenamtliche HelferInnen breitete sich der Hospizgedanke seitdem in über 80 Ländern aus.

Elisabeth Kübler-Ross war eine Psychiaterin in der Schweiz. Sie setzte sich intensiv dafür ein, dass das Thema Sterben wieder in die Öffentlichkeit gebracht wird und kein Tabu mehr darstellt. Bekannt wurde sie vor allem durch ihr Buch „Interviews mit Sterbenden“.

Hauptsächlich durch die Arbeit dieser beiden Frauen entwickelte sich auch in Deutschland Ende der 1970er Jahre der Hospizgedanke. Es entstanden Hospizgruppen. In Deutschland setzte sich der Hospizgedanke jedoch erst Anfang der 1980er Jahre durch.

Durch den Film „Noch 16 Tage“ über das St. Christophers Hospice wurde damals der Eindruck vermittelt, dass ein Hospiz eine Sterbeklinik ist. Dadurch entstanden die Vorurteile, die Sterbenden würden abgeschoben und es kam zu Protesten und Ablehnung.

Die Hospizversorgung ist inzwischen gesetzlich verankert im § 39a SGB V und kann ambulant und stationär erfolgen.

Ziel der Hospizbewegung ist nach Aussage des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. eine neue Kultur des Lebens und des Sterbens. Das Konzept der Versorgung Sterbender beinhaltet die ärztliche, pflegerische und psychologische Versorgung und die soziale und spirituelle Begleitung. Stationäre Hospize sind meist an verschiedene Vereine gebunden und finanzieren sich zum Teil mit gesetzlich festgelegten Beträgen der Krankenkassen und Spenden. Es werden bis zu 16 Schwerstkranke und Sterbende rund um die Uhr von speziell geschulten Pflegekräften betreut. Dadurch können Krisensituationen bewältigt und Angehörige entlastet werden.

Ambulante Hospizdienste

Der ambulante Hospizdienst wird geleitet von einem hauptamtlichen, fachlich qualifizierten Koordinator, der Hospizhelfer schult, Öffentlichkeitsarbeit leistet, z.Bsp. an Schulen und psychosoziale Beratung anbietet. Ehrenamtliche Hospizhelfer übernehmen zu Hause Sterbe-, -Angehörigen- und Trauerbegleitung. Diese Leistungen sind für die Betroffenen kostenlos; der Hospizdienst finanziert sich in einem Verein über Spendengelder.

Die Palliativversorgung

Für die Palliativmedizin gibt es mehrere Definitionen. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bezeichnet diese als „...Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“ Sie bezeichnet die Tätigkeit aller Ärzte und anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die sich mit der Betreuung von Kranken mit palliativmedizinischen Bedürfnissen und Problemen beschäftigen. Seit April 2007 ist auch die palliative Versorgung Bestandteil der staatlichen Fürsorge. Dabei haben die gesetzlich Versicherten Anspruch auf Leistungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die von Palliative Care Fachkräften erbracht werden.

SAPV-Teams

Seit 2007 mit der Gesundheitsreform gilt ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten für die SAPV. Seit dem werden in Deutschland sogenannte SAPV-Teams gebildet, die sich aus Ärzten und Krankenschwestern mit Spezialausbildung zusammen setzen. Damit sollen die Hausärzte bei ihrer häuslichen Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden unterstützt und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Somit wird der Wunsch der Patienten, zu Hause sterben zu wollen, oftmals Realität. Trotzdem haben auch die SAPV-Teams teilweise noch Probleme, sich im deutschen Gesundheitswesen durchzusetzen. Es gibt einen ständigen Kampf mit den Krankenkassen, die leider immer wieder dazu neigen, den Patienten die SAPV-Versorgung zu verwehren, also auch nicht zu finanzieren. Es gab auch schon Fälle, bei denen die Familien vor die Wahl gestellt werden, entweder einen ambulanten Pflegedienst oder das Palliativteam als Unterstützung zu wählen. Die SAPV soll aber gerade nicht die Grund- und Behandlungspflege leisten und ist somit auch für ambulante Pflegedienste keine Konkurrenz. Sie wurde ganz bewusst als zusätzliche Leistung geschaffen, um die Qualität der Versorgung Sterbender zu verbessern.

Palliativstation

Selbst einigen Ärzten ist noch nicht richtig klar, welchen Unterschied es zwischen einer Palliativstation und einem Hospiz gibt. Auf der Palliativstation steht nicht die Begleitung der Patienten in der Sterbephase im Vordergrund, sondern die Stabilisierung Schwerstkranker, die zu Hause in Krisensituationen geraten sind. Diese schweren Situationen entstehen, wenn die Balance der Bedürfnisse der Patienten durch die Zunahme körperlicher Probleme aus dem Gleichgewicht gerät. Mit gezielten Maßnahmen kann durch ein spezialisiertes Team von Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern auf die einzelnen Probleme und Bedürfnisse der Patienten eingegangen und diese schnell behoben werden. Ziel ist es, die Patienten in ihrem Allgemeinzustand zu stabilisieren und wieder nach Hause zu entlassen. Die Beratung und Entlastung der pflegenden Familie sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Im Hinblick auf die Zukunft gibt es im Gesundheitssystem in Deutschland beim Thema Palliativ –und Hospizversorgung noch allerhand zu tun.

Das Gesundheitswesen sollte der Rolle der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in der Sterbebegleitung eine zentrale Bedeutung beimessen. Die Ärzte müssen durch ständige Fortbildungsangebote und eine leistungsgerechte Vergütung unterstützt werden, um ihren Patienten eine gute palliativmedizinische Betreuung zukommen lassen zu können.

Durch die Aufnahme des Faches „ Palliativmedizin“* in die Ausbildung der Medizinstudenten konnte eine wichtige Voraussetzung für die ständige Verbesserung der

medizinischen Sterbebegleitung geschaffen werden. Dafür wurde 2009 ein Gesetz vom Bundestag angenommen und am 10. Juli 2009 vom Bundesrat endgültig bestätigt.

* Im Anhang 3 dazu ein Artikel aus dem Internet

06. Fallbeispiele

06.01. Krankenhaus 1986

Im Jahr 1986 befand ich mich im dritten und letzten Jahr meiner Ausbildung zur Krankenschwester. Mein Einsatz begann im Januar in einem Krankenhaus in Chemnitz, damals noch Karl-Marx-Stadt. Ich arbeitete auf einer internistischen Frauenstation mit 33 Betten, davon 11 Pflegebetten, das heißt Pflegebedürftige, die auf eine Verlegung ins Pflegeheim warteten. Ich war 19 Jahre alt, also schon voll ins Drei-Schicht-System integriert. Die Schüler wurden allgemein sehr gern im Spät- und Nachtdienst eingesetzt. In diesen Diensten war jeweils nur ein Mitarbeiter da. Das heißt: Ich war im Spätdienst Schülerin im dritten Ausbildungsjahr und verantwortlich für 33 Patienten. Es mussten Spritzen verabreicht, teilweise Verbände durchgeführt, Medikamente ausgeteilt und Mahlzeiten gereicht werden. Die Station hatte einen diagnostischen Schwerpunkt; es waren Vorbereitungen für den nächsten Tag vorzunehmen. Außerdem gab es am Nachmittag keine Küchenkraft. Das Abendessen musste vorbereitet und mit dem Wagen an die Patienten ausgeteilt werden. Natürlich konnte die Küche nicht ohne das Geschirr abgewaschen und der Boden gewischt, verlassen werden. Die Pflegefälle konnten ihre Mahlzeiten zum großen Teil nicht allein einnehmen. Da war es oftmals „Glück“, wenn sie gar nichts essen wollten oder ihr Allgemeinzustand es nicht zuließ. Diese Zustände waren aus heutiger Sicht katastrophal, damals eher normal. Man dachte nicht darüber nach, ob das so sein muss oder es auch Alternativen gibt. Der Dienst ging von 14-22 Uhr und ich erinnere mich nicht, in dieser Zeit jemals Entspannung erlebt zu haben. Die gesamten acht Stunden war man auf den Beinen. Wenn es gut lief und die Patienten wenig klingelten, konnte man etwas essen und hat dann auch den Bus nach Hause geschafft. Meistens kam es anders. Patienten, die relativ selbstständig waren, sahen die Schwester nur kurz. Die meiste Arbeit verrichtete man an den Pflegefällen. Sie mussten gewaschen und gewickelt werden, damals gab es noch keine „Pampers“. Zuwendung und Betreuung konnte nicht erwartet werden. Wenn es jemandem besonders schlecht ging, hoffte man eigentlich nur, dass derjenige nicht noch stirbt. Wie soll man dann noch fertig werden?? Unterstützung hatte man zwar im allergrößten Notfall auf der Station in der oberen Etage. Aber dort war auch immer nur einer im Dienst, der hatte ja dasselbe Zeitproblem.

Es war an einem sonnigen, warmen Nachmittag. Ich hatte viel zu tun in meinem Spätdienst, hatte aber durch die vielen Nachmittagsschichten inzwischen eine Struktur geschaffen, wie ich am besten mit allen anfallenden Arbeiten fertig werde. Es darf nur nichts dazwischen kommen und die Patienten sollten möglichst nicht klingeln. Das hält unheimlich auf und bringt den ganzen Zeitplan durcheinander. Einer Patientin ging es gar nicht gut. Meine Gedanken kreisten nur um die Hoffnung, dass sie jetzt nicht stirbt. Es war kurz vor 18 Uhr. Die Station hatte ich schon vor über einer Stunde abgeschlossen. Es gab strenge Besuchszeiten, und zwar wochentags von 18:00 Uhr bis 18:30 Uhr. An den Wochenenden durften die Angehörigen schon am Nachmittag zu Besuch kommen. Die Türklinke wurde von den Besuchern schon mehrfach gerüttelt, in der Hoffnung, es würde eher Einlass gewährt. Aber ich schaffte es beim besten Willen nicht. Manchmal, wenn der Dienst gut lief, schloss ich schon 15 Minuten vor offizieller Zeit auf. Schließlich musste ich 18:30 Uhr in jedes Zimmer gehen und die Besuchszeit schon wieder für beendet erklären. Dafür erntete ich nicht immer Verständnis.

Heute also war ich schon relativ spät dran. Ich wollte vor der Besuchszeit nochmals nach der Patientin sehen, der es heute nicht gut ging. Sie lag in einem Zweibettzimmer. Ich betrat das Zimmer und mir stockte der Atem. Diese Frau war gestorben. Die Nachbarin war in einem sehr schläfrigen Zustand, so dass sie glücklicherweise den Vorgang verschlief. In mir kreisten die Gedanken. An der Tür klingelten und klopfen die Besucher bereits heftig. Es gab kein leeres Zimmer. Ich musste mir sofort etwas einfallen lassen. Es war ja möglich, dass gerade jetzt die Angehörigen der Patientin kommen. Kurzentschlossen fuhr ich das Bett mit der toten Frau über den endlosen Gang ins Arztzimmer. Nun konnte ich erst einmal die Tür für die Besucher öffnen. Ich versuchte, so ruhig wie möglich zu bleiben. Schließlich konnte ich den Leuten nicht sagen, was der Grund für die verspätet beginnende Besuchszeit war. Also musste ich mir schon einige Unterstellungen von besonders ungehaltenen Angehörigen gefallen lassen. Nun musste ich mich konzentrieren, dass ich nichts vergesse beim Umgang mit einer Verstorbenen. Ich musste die Leiche entkleiden, in ein Laken wickeln, nasse Tupfer auf die Augen legen, um sie zu schließen. Das Kinn wurde mit einer Binde um den Kopf fixiert und der Fußzettel kam ausgefüllt an die Großzehe. Durch den hohen Adrenalinspiegel in meinem Körper habe ich alles alleine geschafft. Dann konnte ich den Arzt informieren, wobei ich natürlich nicht die Entschuldigung vergaß, dass das Arztzimmer besetzt war.

Nun konnte ich mich an meine liegen gebliebene Arbeit machen. Zum Glück waren die Angehörigen der verstorbenen Patientin nicht da. Ich bin an diesem Tag eine Stunde später nach Hause gefahren, weil ich doch nicht alles pünktlich schaffte und nach Dienstschluss mit

einer Zigarette kurz durchatmen musste und einen kleinen Schwatz mit dem Nachtdienst als Ablenkung empfand.

Viele Jahre später kam mir dieser Vorfall, der leider kein Einzelfall war, wieder in den Sinn. Lange dachte ich darüber nach, wie in dieser Zeit mit den Kranken und Sterbenden umgegangen wurde. Ich hatte diese Frau nicht begleiten können auf ihrem letzten Weg. Ich wusste nicht, ob sie noch einen Wunsch, ob sie Schmerzen hatte. Die Angehörigen lernte ich nie kennen, wusste nicht, wer um diese Frau trauert. Damals verdrängte ich die negativen Ereignisse, ich dachte in dieser Zeit nicht mehr darüber nach. Dass es mich berührt hat, weiß ich heute, wenn ich mich bis ins Detail daran erinnern kann.

06.02. Krankenhaus 1989

Ich möchte hier eine Situation beschreiben, die mir lange durch den Kopf ging und als Beispiel für die damals vorherrschenden Zustände gut passt.

1989 - seit drei Jahren war ich nun ausgebildete Krankenschwester, mein Arbeitsplatz immer noch dieselbe Station im Krankenhaus. Die Rahmenbedingungen hatten sich in den letzten drei Jahren, seit ich dort begann, nicht verändert. Es gab sehr viele Pflegefälle, die zu Hause nicht betreut werden konnten und auf eine Verlegung ins Pflegeheim warteten. Mit dem Thema Sterben und Tod wurden wir Pflegekräfte sehr oft konfrontiert. Der Arbeitsaufwand in allen drei Schichtdiensten war immer noch sehr hoch, an der Organisation hatte sich nichts geändert. Aber **ich** hatte mich geändert. Ich war nun die „erfahrene“ Schwester in den Augen der Schüler, die die Dienste allein meistern mussten. Irgendwie haben wir unsere anfallende Arbeit geschafft. Der Mensch, ob Patient oder Angehöriger, mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen blieb dabei sehr oft auf der Strecke.

Es war ein Tag irgendwann im Frühjahr. Ich hatte Frühdienst und es ging turbulent zu. Auf einer internistischen Station wurden sehr viele Untersuchungen durchgeführt. Die Patienten mussten dafür vorbereitet und oftmals mit der Trage durch das gesamte Krankenhausgelände gefahren werden zum Röntgen, EKG usw. Mitten in diesem Trubel kam der Stationsarzt auf mich zu und gab mir die Anweisung, mich um die Angehörigen einer am Vorabend verstorbenen Frau zu kümmern. Ich kannte weder die Patientin, die nur sehr kurz da war, noch deren Angehörige. Außerdem war es nicht üblich, dass wir als Schwestern mit der Familie der Verstorbenen sprachen. Diesen Part übernahmen die Ärzte oder bei organisatorischen Fragen und Erklärungen die Stationschwester. Nun aber ging es nicht nur um ein Gespräch – ich sollte die Familie in den Raum führen, in dem die Verstorbene lag. Meinen Widerstand akzeptierte der Arzt nicht, die Angehörigen wollten die Frau unbedingt **jetzt** sehen. Aus heutiger Sicht ist das ein völlig normaler Wunsch und nicht denkbar, dass man diesen Wunsch der Angehörigen nicht akzeptieren will. Doch ich wollte es nicht. Ich

war völlig überrumpelt von diesem Auftrag. Allerdings nicht, weil ich Angst hatte, mit den Leuten zu sprechen, sondern, weil ich wusste, was sie erwartet. Wir fuhren mit dem Aufzug in den Keller. Der Raum, der an diesem Tag als Raum der Abschiednahme dienen sollte, war wirklich einfach nur ein Abstellraum im Kellergeschoss. Dort passten etwa drei Tragen hinein – die Verstorbenen wurden also vom Bett auf die Trage gehoben, natürlich von uns Schwestern,- und da hin gebracht. Der Fahrstuhl fuhr ziemlich langsam und in meinem Kopf kreisten die Gedanken. Wie sieht die Verstorbene aus? Wie wird der Raum auf die Angehörigen wirken? Was ist, wenn dort nicht nur **eine** Leiche liegt? Ich sprach kein Wort mit den Leuten, die mir mit verweinten Augen gegenüber standen. Als ich den Kellerraum aufschloss, klopfte mein Herz wie verrückt. Zum Glück stand nur diese eine Trage da. Wenn ich heute darüber nachdenke, welches Bild diese Familie von ihrer verstorbenen Mutter/Schwiegermutter mitgenommen hat, läuft mir ein kalter Schauer über den Rücken. Damals habe ich nur funktioniert und im Inneren meinen Stationsarzt verflucht, der aber sicherlich nicht wusste, was er da verlangte. Ich gehe davon aus, dass er niemals diesen Raum betreten hatte. Der Keller war feucht, kleine Lachen vom Regenwasser befanden sich überall am Boden; die Wände bröckelig und vielleicht vor 20 Jahren einmal weiß. Die Atmosphäre passend dazu - dunkel und eiskalt. Die Frau war mit einem Bettlaken abgedeckt, einen Fuß konnte man sehen, an dessen großem Zeh das Schild mit den Daten der Verstorbenen hing. Ich schlug das Laken zurück, so dass der Blick auf das Gesicht der Toten fiel – die Augen mit Tupfern abgedeckt, das Kinn mit einer Binde um den Kopf fixiert. Die Angehörigen schluchzten erst, dann hielten sie inne und sagten plötzlich: „, Sie atmet doch noch...!“ Der Schreck, der mir in die Glieder fuhr, war unbeschreiblich – ich bildete mir für einen kurzen Moment sogar selbst ein, dass der Brustkorb sich hebt und senkt. Zum Glück konnte ich mich schnell fangen und versuchte, in Ruhe den aufgeregten Angehörigen die endgültige Situation zu erklären. Mir fiel das allerdings sehr schwer, zumal ich selbst vor ein paar Monaten erst in der Situation war, neben meiner verstorbenen Mutti zu sitzen, die nach ihrem Suizid vier Stunden im Wohnzimmer auf dem Fußboden lag. Ich hatte mir genauso eingebildet, dass sie atmet, nur fest schläft und jeden Moment aufwacht. Ich habe diesen Arbeitstag irgendwie überstanden, hatte die Angehörigen auf Station zurück gebracht und nie wieder gesehen. Heute, nach all dem, was ich gelernt und erlebt habe, weiß ich, dass die Reaktion der Angehörigen am Totenbett normal war. Das Nicht-Wahr- Haben-Wollen konnte ich damals einfach nicht einordnen. Ich hatte zwar darüber nachgedacht und gehofft, dass mir so etwas nie wieder passiert. Wir haben im Team aber nie darüber gesprochen. Niemals war die Begleitung Sterbender und deren Angehörige oder ein Ritual für Verstorbene Thema bei Besprechungen im Krankenhausalltag. Erst fast 20 Jahre später konnte ich die Missstände aufarbeiten. Ich sammelte viele Erfahrungen in verschiedenen

Pflegeeinrichtungen und Institutionen. Dabei lernte ich, über Defizite zu reden, zu diskutieren, Neuerungen anzusprechen – nicht mehr alles hinzunehmen, weil es schon immer so war, wie es ist. Natürlich erntete ich nicht immer Zuspruch und Verständnis.

In den folgenden Fallbeispielen beschreibe ich noch einige Situationen, aus denen ich viel lernte und die mich ganz persönlich weiter brachten, auch wenn das System leider oftmals noch dasselbe ist.

06.03. Arztpraxis 2000

Seit meiner Tätigkeit im Krankenhaus vergingen elf Jahre. Ich war inzwischen 33 Jahre alt und hatte zwei Kinder. Durch den Umzug in eine andere Stadt gab ich meine Stelle im Klinikum auf und fand in meinem neuen Wohnort 1995 eine Anstellung in einer Arztpraxis. Meine Tätigkeiten dort hatten nicht mehr viel mit dem Krankenhaus gemeinsam. Ich führte Krankenschwesternarbeiten, wie Spritzen, Blutentnahmen, EKG usw., aber auch Bürotätigkeiten – Abrechnung und Schreibarbeiten durch. In der Praxis lernte ich in den Jahren sehr viel verschiedene Menschen unterschiedlichster Charaktere kennen. Durch die Dokumentation, die ich dort durchführte, kannte ich immer die Diagnose der Patienten – ICD 10 Code war damals noch nicht so verbreitet. Meine Arbeitgeberin war Allgemeinärztin und führte sehr viel Diagnostik durch. Viel Zeit zur Unterhaltung mit den Menschen blieb mir zwar nicht, aber trotzdem konnte ich zwischendurch kurze Gespräche führen. Ich merkte schnell, dass es mir leicht viel, gerade zu chronisch Kranken Dauerpatienten und auch zu Krebskranken einen „Draht“ zu finden. Ich konnte den Krankheitsverlauf verfolgen, von der Diagnosestellung über die Therapien bis teilweise hin zur Endphase. Oftmals kamen die Schwerstkranken mit ihren Angehörigen, weil sie es allein nicht mehr schafften. Wenn ich mir etwas Zeit genommen hatte, ging ich immer mit dem Gefühl nach Hause, die Patienten gut beraten und unterhalten zu haben. Oftmals waren es nur banale Dinge, die sie beschäftigten. Angehörige allein sprachen über die Ängste, die sie hatten, wenn sie an den bevorstehenden Verlust ihrer Partner dachten. Durch meine persönliche Erfahrung diesbezüglich konnte ich mich gut in ihre Situation versetzen. Ich wusste, dass ein Verstorbener eine große Lücke hinterlässt. Die Hinterbliebenen sind nach dem Tod ihrer Angehörigen allein in die Praxis gekommen. Wir kamen meist schnell ins Gespräch und ich hatte keine Scheu davor, gerade das heikle Thema Trauer anzusprechen. Schließlich wusste ich, dass selbst bei banalen Unterhaltungen der Schmerz im Vordergrund stand. Manche begannen selbst darüber zu sprechen und konnten somit ihre Sorgen und Trauer etwas abbauen. Andere wieder versuchten um das Thema herumzureden, hatten aber sofort Tränen in den Augen bei Fragen nach ihrem Befinden.

Ein Ehepaar, Ende 40, blieb mir bis heute in Erinnerung. Sie waren noch nicht lange in zweiter Ehe verheiratet. Der Mann kam eigentlich zur Routineuntersuchung. Durch die Tests und Diagnostik wurde Darmkrebs festgestellt. Nach dem Krankenhausaufenthalt kam er wieder, schon ziemlich gezeichnet von seiner Krankheit. Die Chemotherapie hat nicht angeschlagen. Bei jedem Besuch in der Praxis sah er schlechter aus. Später schaffte er den Arztbesuch nur noch in Begleitung seiner Ehefrau. Sie hatte immer ein strahlendes Lächeln auf den Lippen, doch nun sah man ihr den Schmerz und die Sorge um ihren kranken Mann an. Er selbst sprach gar nicht über seine Erkrankung und er ließ sich auch in dieser Richtung nicht auf ein Gespräch ein. Aber sie nutzte die Zeit, in der er im Labor oder Sprechzimmer war, um sich ihre Nöte von der Seele zu sprechen. Einige gute und herzliche Unterhaltungen sind damit entstanden. Dann habe ich beide eine Weile nicht mehr gesehen. Eines Tages las ich die Todesanzeige des Mannes in der Zeitung. Es hat mich sehr berührt und ich hatte das Verlangen, ihr meine Anteilnahme mitzuteilen. Ich schrieb ihr eine Beileidskarte. Die Arztpraxis besuchte sie leider nicht mehr, aber ich traf sie in größeren Abständen in der Stadt. Sofort kamen wir ins Gespräch und sie wirkte jedes Mal sehr dankbar und erleichtert bei unserer Verabschiedung. Bei unserer letzten Begegnung sah ich wieder ihr herzliches Lächeln. Ihr ging es gut.

Ich war sieben Jahre in der Arztpraxis tätig. Dort lernte ich sehr viel über Diagnoseverfahren, Krankheitsbilder, Organisation, aber auch über Menschen und ihr Verhalten in bestimmten Situationen. Und trotzdem fehlte mir nach all den Jahren etwas. Ich wollte gern wieder stationär arbeiten, mehr Zeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen verbringen – einfach mehr Zeit für die Patienten haben. So verließ ich die Praxis und begann 2004 in einem neu errichteten Altenpflegeheim 5 Minuten zu Fuß von meiner Wohnung entfernt. Voller Motivation begann ich meine Arbeit dort mit dem Ziel, die Bewohner bis zu ihrem Ende gut zu pflegen. Wie die Realität aussah, werde ich im nächsten Fallbeispiel beschreiben.

06.04. Pflegeheim 2005

Einleitende Worte dazu:

Ich möchte vor dem eigentlichen Fallbeispiel kurz berichten, wie ich nach der Tätigkeit in der Arztpraxis meinen Einstieg in den Pflegebereich erlebte.

Durch die Geburt meiner jüngsten Tochter war ich vom Oktober 2002 bis Juni 2003 zu Hause. Ab Juni arbeitete ich während der Elternzeit jedes zweite Wochenende in der ambulanten und später in der stationären Pflege, um meine Weiterbildung zur Pflegedienstleiterin finanzieren zu können. Auf der Suche nach dieser Arbeitsstelle wurde mir bewusst, wie dringend Pflegekräfte benötigt wurden und unter welchen Bedingungen sie teilweise arbeiteten. Ich stellte mich an einem Wochentag im Pflegeheim in Chemnitz vor, wurde von der Heimleiterin durch das Haus geführt und mit den anwesenden Mitarbeitern bekannt gemacht. Am darauf folgenden Samstag sollte nun mein Einsatz dort beginnen. Nach der Dienstübergabe 6 Uhr morgens fragte ich den anwesenden Zivildienstleistenden, wer denn noch zum Dienst erscheint. Ich staunte nicht schlecht, als er mir sagte, dass wir beide allein eingeteilt sind. Also war ich als Fachkraft für 21 Bewohner verantwortlich und hatte einen Zivi als große Unterstützung an meiner Seite. Aber das war nicht alles. Auch auf dem Wohnbereich im ersten Stock arbeitete nur eine Pflegehilfskraft und ich hatte dort die Behandlungspflege, also Spritzen und Verbände durchzuführen. Hier war eine individuelle Pflege oder sogar eine Sterbebegleitung unmöglich. Ich hatte zu tun, dass ich meinen „Plan“ abarbeiten konnte und keine Fehler machte. Mir wurde gesagt, dass wochentags mehr Personal eingesetzt wird. Also gibt es noch Chancen für Sterbende, dass wenigstens von montags bis freitags doch einmal jemand etwas Zeit für eine Begleitung in der letzten Phase hat. Für Samstag und Sonntag wird sicher noch an Möglichkeiten gearbeitet. Ein Beispiel wurde wohl schon besprochen.

Während meiner Elternzeit wurde in Mittweida, wenige Gehminuten von unserer Wohnung entfernt, ein Altenpflegeheim mit 67 Betten errichtet. Ich bewarb mich und war sehr glücklich, das Haus 2004 als Wohnbereichsleiterin und stellvertretende Pflegedienstleiterin mit aufbauen zu können. Es war ein anstrengender Start; ich kam nie pünktlich heim und absolvierte nebenbei noch die PDL-Ausbildung. Leider änderte sich dieser Zustand nicht. Wir Pflegekräfte waren so in die Arbeit eingebunden, dass kaum Zeit zum Luft holen war. Die Anforderungen waren sehr hoch, alle gaben ihr Bestes, und trotzdem ging ich meistens nicht zufrieden nach Hause. Die Bewohner waren zwar gut gepflegt, erhielten ihre Mahlzeiten und Medikamente- aber es war kaum Zeit für Zuwendung, Gespräche und

Begleitung. Angehörigengesprächen ist man so gut es möglich war, aus dem Weg gegangen. Es hat zu viel Zeit in Anspruch genommen.

Im Pflegeheim kam ich emotional ziemlich schnell an meine Grenzen. Auf der einen Seite musste die Dokumentation stimmen, alle Tätigkeiten eingetragen werden- aber wichtiger waren doch die Bewohner. Viele waren bettlägerig, sie hatten teilweise Pflegestufen drei und höher, einige waren schwerstkrank. Die Pflege und Betreuung der alten und kranken Menschen konnte ich nicht so durchführen, wie ich es gern gewollt hatte. Auf dem Wohnbereich gab es Demenzkranke, aber auch Bewohner mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen in ihrer letzten Phase. An eine ältere Dame erinnere ich mich noch sehr gut. Sie war eine der ersten Bewohnerinnen im neu eröffneten Pflegeheim. Etwa ein Jahr war das Heim ihr Zuhause. Frau F. litt an Darmkrebs. Eine Weile konnte sie ohne Beschwerden damit leben. Doch nach und nach ging es ihr schlechter, sie baute immer mehr ab, hatte Schmerzen, aß kaum noch etwas. Die Pflege und Betreuung wurde zunehmend schwierig, Frau F. erlitt Schmerzen, Übelkeit und große Schwäche. Sie hatte keinen Appetit. Wir Pflegekräfte kamen hier oft an unsere Grenzen, was die Dokumentation anging. Schließlich hatte die kranke Frau durch die Gewichtsabnahme nicht mehr den gewünschten BMI; die Trinkprotokolle konnten nicht mehr nach MDK-Forderungen ausgefüllt werden. Auch gab es mit dem Hausarzt Schwierigkeiten. Besuche durch ihn waren sehr spärlich, Schmerzmedikamente wurden kaum verordnet. Frau F. war sehr tapfer und ließ sich bis kurz vor ihrem Tod immer noch in den Rollstuhl setzen, um wenigstens für kurze Zeit in die Gemeinschaft zu kommen. Die letzten 14 Tage konnte sie das Bett nicht mehr verlassen. Sehr gezeichnet und schwach von ihrer Krankheit wurde sie komplett im Bett gepflegt. Für eine Pflegekraft war das, trotz der starken Kachexie der Bewohnerin, ein Kraftakt. Wir konnten uns es aber nicht leisten, sie zu zweit zu waschen und pflegen. Wir benötigten einfach mehr Personal. Denn neben Frau F. waren noch 22 andere Bewohner zu versorgen, darunter einige Bettlägerige. Meist war unser Frühdienst mit 4 Personen besetzt, davon aber nur eine Fachkraft, eine Hilfskraft, eine Schülerin und eine Ehrenamtliche oder FSJ. Die Problematik sprach ich mehrfach bei der Leitung an. Doch zur Antwort erhielt ich jeweils, dass wir unsere Arbeitsabläufe eben nicht richtig organisiert haben. Oft blieb ich nach Dienstschluss noch da, ging zu einigen Bewohnern, die ich im Laufe des Dienstes gar nicht zu Gesicht bekommen hatte. Manchmal wünschten Bewohner oder Angehörige ein Gespräch, was auch nur nach meiner offiziellen Arbeitszeit möglich war. Ich hatte aber den Ehrgeiz und das Pflichtbewusstsein, nicht eher heim zu gehen, ohne alles erledigt zu haben. Schließlich war ich dort Wohnbereichsleiterin. Und als einzige Fachkraft im Dienst konnte nicht alles auf andere Kollegen delegiert werden. Frau F. starb in meinem Spätdienst, kurz vor Dienstschluss. Ihren Neffen konnte ich noch rechtzeitig erreichen; andere Angehörige

gab es nicht. Er saß an ihrem Bett und war sehr hilflos. Schon im Vorfeld konnte ich einige Gespräche mit ihm führen und wusste, dass er sehr besorgt war und den Weg seiner Tante bis zum Schluss begleiten wollte. Mein Dienst war also nun seit über einer halben Stunde beendet. Ich hatte noch keine Dokumentation gemacht. Meine Kollegen hatten sich schon verabschiedet und der Nachtdienst seinen Dienst begonnen. Die diensthabende Ärztin war informiert, aber wann sie eintrifft, konnte niemand wissen. Die Nachtdienstkräfte kannten weder die Bewohnerin richtig, noch den Angehörigen. Dazu kam eine Berührungsangst mit dem Thema Tod und Betreuung Angehöriger und natürlich Zeitmangel. Sie waren zu zweit und mussten 68 Menschen versorgen, das heißt: zweistündlich Rundgang, Toilettengänge, nach der Klingel gehen und diverse Zwischenfälle klären. Und immer wieder zwischendurch alles dokumentieren. Mein Gewissen sagte mir, dass ich jetzt unmöglich nach Hause gehen konnte. Also blieb ich. Gemeinsam mit dem Neffen wartete ich auf die Ärztin und konnte ihn in den ersten Stunden der Trauer gut unterstützen. Es gab noch ein Gespräch mit der Ärztin und ich war zufrieden, als ich nach Hause ging. Zwei Dinge sind mir sehr in Erinnerung geblieben. Zum Einen sollte ich am nächsten Tag der Heimleitung den Ablauf des Vorabends schildern. Ihr war es vor allem wichtig, wann der nächste Bewohner einziehen kann und dass ich die Mehrarbeitszeit als ehrenamtliche Stunden betrachten soll. Das war also die Anerkennung für meine geleistete Arbeit. Und zweitens erinnere ich mich an den Neffen. Ich habe ihn zwar nie wieder gesehen, aber er hat unsere Arbeit gewürdigt. Zur Beerdigung, an der ich leider nicht teilnehmen konnte, bedankte er sich in der Trauerrede bei uns und erwähnte sogar meinen Namen, wie mir ein Kollege berichtete. Dieses und noch einige andere Ereignisse brachten mich immer wieder zum Nachdenken über meine Arbeit. Ich wusste, dass ich es auf Dauer nicht schaffe, permanent Überstunden zu machen oder die Bewohner in meiner Freizeit zu besuchen, um einigermaßen zufrieden nach Hause gehen zu können. Ich musste entweder meine hohen Ansprüche an gute Pflege und Betreuung Alter und Schwerstkranker verringern oder in meiner Arbeit abstumpfen. Beides kam für mich nicht in Frage, so dass ich andere Pläne für meine Zukunft machte. Ich gab nach drei Jahren meine Stelle als Wohnbereichsleiterin ab, nahm parallel zur Arbeit an verschiedenen Weiterbildungen teil und verließ 2008 das Pflegeheim. Trotz einiger negativer Erfahrungen lernte ich auch hier viel von Leitungsaufgaben über Umgang mit Kollegen, Bewohnern und Angehörigen und vor allem über Motivation und Wertschätzung. Ich suchte nach einem besseren Weg und glaubte, diesen im ambulanten Pflegedienst zu finden.

06.05. Palliative Care 2008

Im April 2008 begann ich meine Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst, bei dem ich die Aufgabe hatte, ein Palliative-Care-Team aufzubauen. Die Arbeit war genau das, was ich mir

vorge stellt und gewünscht hatte und lief zunächst gut an. Es gab einige Schwerst kranke mit weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, die zu Hause allein nicht mehr zurechtkamen und auch die Angehörigen überfordert waren. An eine Patientin, die von der Krankenkasse die Zusage für SAPV – spezialisierte ambulante Palliativversorgung - erhielt, erinnere ich mich noch sehr gut und möchte meine dadurch gesammelten Erfahrungen in diesem Fallbeispiel vorstellen.

Frau P. (65 J.) wurde ca. 12 Wochen intensiv gepflegt bis zu ihrem Tod; parallel dazu erfolgte die Begleitung, Beratung und Betreuung des Ehemannes und der Kinder. Das Palliativ-Team war also noch im Aufbau und bestand aus diesem Grund aus nur zwei Schwestern, das heißt, ich teilte mich mit einer Kollegin in alle anfallenden Tätigkeiten. Dazu kam eine Rufbereitschaft rund um die Uhr, die es zu besetzen galt. Diese Zeit war für uns sehr intensiv, sehr lehrreich und ausfüllend, zugleich jedoch mit großem logistischem Aufwand verbunden. Die Pflege konnte aber genau nach den Bedürfnissen der Frau P. durchgeführt werden. Sie hatte immer wieder kleine Wünsche. Im Laufe der Erkrankung organisierten wir ein Pflegebett, einen Rollstuhl, Toilettenstuhl und konnten die Betreuung so immer wieder an den aktuellen Allgemeinzustand anpassen. Ob es ein Ausflug in ihren Garten war, Zeitung lesen oder eine Kuschelstunde mit ihrem Hund - Wir haben uns die Zeit genommen. Der Ehemann war täglich da, Gespräche wurden mit ihm und der Patientin geführt. Beide kamen anfangs mit ihrem rasanten Verfall schlecht zurecht. Doch wir konnten schnell eine vertraute Atmosphäre schaffen. Im Laufe der Zeit wurde die Pflege intensiver, die emotionale Unterstützung der Familie war sehr wichtig. Wir waren rund um die Uhr dort im Einsatz, da teilweise gerade auch nachts Ängste hinzu kamen und unsere Hilfe gebraucht wurde. Unterstützt wurden wir durch eine einfühlsame, kompetente Hausärztin. Mit ihr war eine gute Zusammenarbeit möglich, so dass Frau P. nahezu schmerzfrei war.

Frau P. verstarb mit innerem Frieden an einem sonnigen, warmen Nachmittag im Beisein ihres Mannes und uns beiden Schwestern. Herr P. war ausgeglichen und stark. Wir kleideten die Verstorbene nach den Wünschen für ihren letzten Weg, ihr Mann legte Musik von Peter Alexander ein – die Lieblingsmusik seiner Frau und Blumen wurden ans Bett gebracht. So verabschiedeten wir uns gemeinsam von der Patientin. Wir warteten noch, bis sie vom Bestattungsunternehmen abgeholt wurde und begleiteten sie zum Wagen. Unser Einsatz in dieser Familie endete am Abend mit einem langen Gespräch mit dem Ehemann.

Rückblickend kann ich heute sagen, dass ich sehr dankbar war, diese Art von Pflege und Betreuung habe durchführen zu können. Frau P. durfte zu Hause sterben, ihr größter Wunsch wurde ihr erfüllt. Die Betreuung der Familie zeigte mir, wie wichtig Gesprächsführung ist und was es bedeutet, Menschen in verschiedenen teils schwierigen Lebenssituationen zu begleiten. Andererseits erkannte ich aber auch die Schwierigkeiten bei der Umsetzung

unserer Ziele. Die Wochen waren sehr intensiv, das Arbeitspensum enorm hoch. Wir opferten viel Freizeit – ein Ausgleich zur alltäglichen Arbeit fand nicht statt, denn dafür war keine Zeit mehr. Die Palliativbetreuung lief schließlich parallel zum ambulanten Dienst. Es mussten täglich mehrere Touren organisiert werden. Ich war inzwischen aufgrund ständigen Personalmangels als Pflegedienstleiterin eingesetzt. Die Büroarbeit erledigte ich nach dem Einsatz bei den Patienten. So kam ich auch hier an meine psychischen und physischen Grenzen. Wieder musste ich mir die Frage stellen, wie lange ich diese Arbeit durchhalten würde. Nach 1 ½ Jahren entschied ich mich dafür, zu kündigen, weil ich im Inneren wusste, dass ich beruflich noch nicht an meinem Ziel angelangt war. Individuelle Pflege, Erfüllung von Herzenswünschen, Begleitung von Angehörigen – das wollte ich. Aber ich selbst durfte dabei nicht auf der Strecke bleiben – das hatte ich inzwischen gelernt. Und das wollte ich für mich suchen.

Im Januar 2010 bewarb ich mich im Hospiz in Chemnitz.

06.06. Sterben im Hospiz 2010 - 2015

Eigentlich wollte ich hier einen besonderen Fall aus dem Alltag im Hospiz beschreiben. Dabei stelle ich fest, dass es schon so viele besondere Fälle gegeben hat, seit ich dort arbeite. Also berichte ich einfach kurz aus dem täglichen Arbeitsleben.

Im Mai 2010 wurde ich im Hospiz Chemnitz eingestellt. Diesen Schritt habe ich bis heute nicht bereut. Ich musste sehr umdenken und mich umstellen, aber im positiven Sinne. Im Hospiz ist Ruhe und Ausgeglichenheit zu spüren. Es wird sehr intensiv gepflegt, teilweise gibt es durch verschiedene Erkrankungen auch schwierige Pflegesituationen. Dazu kommt eine große emotionale Belastung durch die Betreuung und Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Im Mittelpunkt als wichtigste Person steht für uns immer der Bewohner. Seine Wünsche werden von uns respektiert und nach Möglichkeit umgesetzt. Und es kommen die unterschiedlichsten Wünsche bei uns an. Meistens sind es nur kleine Dinge, die die Menschen an ihrem Lebensende möchten und bewegen. Und gerade das macht unsere Arbeit aus, dass wir ihnen mit kleinen Gefälligkeiten und Beachtung ihrer Bedürfnisse ihren letzten Weg erleichtern. Wir bereiten diese Menschen auf das Sterben vor. Sie werden von uns in der Situation abgeholt, in der sie sich aktuell befinden. Auch da gibt es große Unterschiede. Wir müssen in unserem Arbeitsalltag sehr individuell und flexibel sein, um sich sensibel auf die Schwerstkranken einzulassen. In meinem achtstündigen Dienst pflege ich ca.4-5 Bewohner mit unterschiedlichsten Diagnosen, Krankheitsverläufen und Allgemeinzuständen. Es liegt dabei in meiner Hand, mich um ihre Sorgen, Probleme und Wünsche zu kümmern. Eine Frau wünscht sich ein Bad, die andere möchte gern ihre Haare gewaschen haben, was nur im Bett geht, da sie nicht mehr aufstehen kann.

Ein Bewohner benötigt Hilfe, um auf die Terrasse zum Rauchen zu kommen, ein anderer hat Appetit auf ein Glas Sekt, wobei die Uhrzeit keine Rolle spielt. Ich kann auf fast alle individuellen Wünsche eingehen. Auch die medizinische Versorgung liegt in meinem Verantwortungsbereich. Ich muss Symptome erkennen, hinterfragen, die entsprechenden Maßnahmen daraus ableiten. Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sind die meisten Probleme, mit denen die Bewohner konfrontiert werden. Dabei ist es immer wichtig, den Patienten als Ganzes zu betrachten, seine Situation richtig einzuschätzen und mögliche Ursachen für seine manchmal schwierige Lage daraus zu erkennen. Denn nicht immer sind die Symptome körperlicher Natur, oftmals sind gerade seelische Belastungen die Auslöser für Schmerzen, Atemnot oder Unruhe. Klärende, einfühlsame Gespräche stehen somit bei Jedem an der Tagesordnung. Je nach Allgemeinzustand der Betroffenen ist es wichtig, die aktuelle Situation zu besprechen, gegebenenfalls ärztliche Anordnungen oder neue Problematiken zu erklären. Dabei werden sowohl mit den Schwerstkranken als auch mit den Angehörigen sehr offene Gespräche geführt, um sie so auf die bevorstehende Phase des Abschiedes und der Trauer vorzubereiten. Es kommt dabei zu verschiedenen Reaktionen. Manche Menschen sind nach außen stark und abgeklärt, blocken alle Anbahnungsversuche durch Außenstehende ab, kommen dabei aber oft schnell an die Grenzen des für sie Erträglichen und fallen emotional bald in ein tiefes Loch. Andere hingegen suchen von Anfang an das Gespräch, möchten gut auf die jeweils anstehenden Situationen vorbereitet sein, haben teilweise schon einige Informationen gesammelt. Und trotzdem ist das Versterben eines Bewohners für seine Angehörigen ein Ausnahmezustand, auf den man sich nicht zu 100 % vorbereiten kann. Gerade, wenn jüngere Kinder als Hinterbliebene da sind, ist Einfühlsamkeit und Sensibilität gefragt. Emotionale Grenzen werden auch erreicht, wenn Eltern ihre Kinder bei uns verabschieden müssen, egal in welchem Alter sie sind. Wir bieten, in guter Kooperation mit Seelsorge, psychosozialer Betreuung und ambulantem Hospizdienst allen Sterbenden und Trauernden Zeit, Geborgenheit und Verständnis.

Meine Hospizarbeit ist oftmals sehr traurig und bewegend. Immer wieder erreiche ich emotionale Grenzen, weil Schicksale an die eigene Familie oder selbst erfahrene Erlebnisse erinnern. Und trotzdem ist diese Arbeit so schön und ich möchte sie noch sehr lange ausführen. Es ist entscheidend, dass die Freizeit nicht zu kurz kommt und dabei ein guter Ausgleich stattfinden kann. Im Hospiz selbst wird auf das Wohl der Kollegen geachtet, es gibt regelmäßige Fall- und Dienstbesprechungen sowie Supervisionen. Die Mitarbeiter untereinander sind sehr kollegial und unterstützend, wenn für jemanden eine schwierige Situation entstanden ist.

So stelle ich mir Sterbebegleitung vor und so habe ich Kraft für die kommenden Jahre.

Nicht weniger wichtig als die Vorbereitung auf unseren eigenen Tod ist es, anderen zu helfen, gut zu sterben.

Dalai Lama

07. Mein Fazit

Mit dem Schreiben der Hausarbeit habe ich mich sehr intensiv mit meinem Leben, meiner beruflichen Laufbahn und meiner Zukunft auseinander gesetzt. Vor allem die einzelnen Fallbeispiele haben mir deutlich gemacht, welche Fortschritte die Medizin und die Pflege in den letzten Jahren genommen haben. Mir ist aber auch meine ganz persönliche Entwicklung sehr bewusst geworden. Mein eigenes Streben nach Fort-Aus-und Weiterbildungen hat mir den Weg geebnet für meine jetzige Tätigkeit. Die verschiedenen Bereiche der Pflege und Medizin, die ich im Laufe der Jahre kennen lernte, brachten mich praktisch, theoretisch und emotional immer weiter und schufen mir die Voraussetzung dafür, dass ich jetzt sagen kann: Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden; ich leiste diese Arbeit gern und bin glücklich und stolz, im Hospiz tätig sein zu dürfen. Ich weiß aber, dass die hohe emotionale Belastung, der ich dort immer wieder ausgesetzt bin, gut ausgeglichen werden muss, um eine dauerhafte psychische und physische Stärke für diesen Job aufrecht zu erhalten. Die Grundvoraussetzung dafür ist die eigentliche Arbeitsstelle selbst. Das Team im Hospiz ist eine Gruppe motivierter, kompetenter und einfühlsamer Mitarbeiter – ein besonderes Gut, was erhalten bleiben muss. Dafür sind permanent Supervisionen, Dienstberatungen, Fallbesprechungen und Weiterbildungen wichtig. Nur so kann sich jeder Mitarbeiter entfalten und entwickeln und seinen Beitrag für die zu leistende Arbeit beisteuern. Denn nur als einheitliches Team kann die besondere Pflege und Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen 24 Stunden täglich erbracht werden. Im privaten Umfeld hat jeder für sich selbst entschieden, wie er mit der Belastung umgeht und einen Ausgleich im Alltag schafft. Für mich persönlich ist ein gutes, gesichertes, geordnetes Privatleben die Voraussetzung für die Ausführung meines Berufes. Die wesentlichste Rolle dabei spielt die Familie, die sich einander stärkt und stützt in allen Lebensbereichen und jeder Lage. Für mich ist wichtig, gerne nach Hause zu kommen, gern auch in der Freizeit zu Hause zu sein. Wir, mein Mann und ich, haben uns ein gemütliches Daheim geschaffen, in das wir immer wieder gern zurück kehren. Mein Ausgleich zur Belastung auf Arbeit ist mein Zuhause, meine Familie, einschließlich meiner Katzen. Dazu kommen Beschäftigungen in der arbeitsfreien Zeit, wie Musik, Lesen, Sport und Treffen mit Freunden. Pläne und Träume für die Zukunft sind wichtig für die eigene Motivation. Wir freuen uns z. Beispiel auf Reisen, ich möchte irgendwann einmal nach Kanada und eine Schiffsreise machen. Außerdem wünsche ich mir eine Fahrt mit einem Truck – ich natürlich am Steuer.

Die Weiterbildung zur Trauerbegleiterin hat mich ein ganzes Stück nach vorn gebracht. Obwohl ich in den letzten Jahren schon viel mit Menschen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen zu tun hatte, Gespräche zu meinem Arbeitsalltag gehörten, habe ich sehr viel über den Umgang mit Betroffenen gelernt und kann die neuen Erkenntnisse schon intensiv einsetzen. Ich kann meine Worte bewusster wählen und die Gesprächsführung besser lenken. Die Fortbildung hat mir nochmals gezeigt, dass ich meine eigenen Befindlichkeiten unbedingt von den betroffenen Menschen trennen muss, dass ein Zuhören manchmal hilfreicher ist, als Ratschläge an fremde Menschen zu bringen und dass meine Gespräche immer nur eine Unterstützung sein können für Probleme – die Lösung aber immer von den Gesprächspartnern kommen muss.

Für mich selbst wünsche ich mir, dass ich das Gelernte in der Praxis stets gut anwenden und vertiefen kann. Weiterhin wünsche ich, dass es vielen anderen in der Sterbebegleitung Tätigen möglich ist, an dieser Weiterbildung teilnehmen zu können, um ihre Arbeit ein Stück weit professioneller durchzuführen.

08. Ausklang

Reinhard Mey 1974

Mein Testament

In Erwartung jener Stunde, die man halt nicht vorher kennt,
nehm` ich mir Papier und Feder und beginn` mein Testament.
Schreibe meinen letzten Willen, doch ich hoffe sehr dabei,
dass der Wille, den ich schreibe, doch noch nicht mein letzter sei.
Aber für den Fall der Fälle halte ich ihn schon bereit,
dabei täte mir der Fall der Fälle ausgesprochen leid.
Meinen Nachlass zu verwalten geb` ich dir allein Vollmacht,
so weiß ich, dass mit dem Nachlass keiner keinen Unfug macht.
Geh` zunächst zum Biergroßhändler, der schon schluchzt und lamentiert,
weil er mit mir eine Stütze seines Umsatzes verliert.
Schenk` ihm all die leeren Flaschen, die bei uns im Keller steh`n ,
mit dem schönen Posten Leergut wird es ihm schon besser geh`n.
Was danach an guten vollen Flaschen noch im Keller ist,
die vermach` ich euch, ihr Freunde, die ihr sie zu schätzen wisst.
Als Dank für die guten Stunden, die ihr mir gegeben habt,
als Dank dafür, dass ihr heut` noch hinterm schwarzen Wagen trabt.
Ich vermach` euch Fass und Flaschen, euch zum Wohle, mir zum Trost.
Ich hätt` gerne mitgetrunken,
leider geht`s nicht – na dann Prost!!
Alles, was ich an irdischen Gütern habe, Hund und Haus,
vermach` ich dir, meine Freundin mach` du das Beste draus.
Und erscheinen dir die Räume plötzlich viel zu eng und klein,
öffne den Freunden die Türen, und das Haus wird größer sein.
Verschenke, was immer du verschenken willst vom Inventar
Sei mit denen, die dich bitten, großzügiger, als ich es war.
Meine Träume, meine Ziele sind bei dir in guter Hand.
Die, die ich so gut geliebt hab`, wie ich es nun mal verstand.
Ich wollte die Welt verbessern, ohne viel Erfolg, scheint mir.
Mach` du, wo ich aufhör` weiter und vielleicht gelingt es dir.
Das wird dich darüber trösten, wenn ich nicht mehr bei dir wohn`,
dann werd` wieder die Glückliche, die Schönste bist du ja schon.

Meine Verse, meine Lieder, gehö`n dir ja ohnehin,
die, die mich so sehr geliebt hat, mehr vielleicht, als ich`s verdien`.
Denn durch dich hab` ich, wenn heut` schon meine letzte Stunde kommt,
viel mehr, als nur jenen Teil vom Glück gehabt, der mir zukommt.
So bedaur` ich eins in jener Stunde nur, dass offenbar
uns das Los von Philemon und Baucis* nicht beschieden war.
Aber, eines freut mich doch, wenn ich heut` sterbe, ungeniert,
hab` ich meine Widersacher doch noch einmal angeschmiert.
Denn ich hör die Lästermäuler Beileid heucheln und sogar
murmeln, dass ich stets der Beste, Liebste, Allergrößte war.
Euch, ihr Schleimer, hinterlass` ich frohen Herzens den Verdruss,
dass man von `nem frisch Verstorb`nen immer Gutes sagen muss.
Mein Vermächtnis ist geschrieben klaren Kopfes bis zuletzt.
Ich lass` noch Platz für das Datum, den Rest unterschreib` ich jetzt.
Dieses ist mein letzter Wille, doch ich hoffe sehr dabei,
dass der Wille, den ich schreibe, doch noch nicht mein Letzter sei.
Wär` er`s doch, schreib` auf den Grabstein, den ich mir noch ausbeding`
„Hier liegt einer, der nicht gerne, aber, der zufrieden ging“

* Erklärung Philemon und Baucis, siehe Anhang 2

09. Literaturverzeichnis

- „In Würde sterben“ Fuat S. Oduncu 2007
- „Sterben lassen“ Über Entscheidungen am Ende des Lebens Ralf J. Fox 2013
- „Sterben für Anfänger“ Susanne Conrad 2013
- „Leitfaden Palliativmedizin / Palliative Care“ C.Bausewein/ S.Roller/ R.Voltz 2007
- „Lehrbuch der Palliativpflege“ Susanne Nagele/ Angelika Feichtner 2012
- „Sterbebegleitung“ Hilfen zur Pflege Sterbender Annette Kulbe 2008
- „Komm, sanfter Tod, des Schlafes Bruder“ Conny Smolny 2010
- „Über das Sterben“ Gian Domenico Borasio 2011
- „Sterben in Deutschland“ Reimer Gronemeyer 2008
- www.taz.de/!5163945/ 29.04.2009
- Reinhard Mey Liedtext
- „Karikaturen zu Sterben, Tod und Trauer“ Hospizakademie Bamberg 4.Aufl.

Anhang 1:

* Klageweiber

Reißende Tränenströme

Alte Gewerbe neu entdeckt. Die Rückkehr der trauernden Klageweiber.

Katinka Brandt, noch ganz aus der Puste, rappelt sich auf. Sie wischt die Tränen von ihren Wangen und den Dreck vom Kinn. Sie schüttelt ihre zerzausten Locken, aus denen kleine Erdklümpchen rieseln. Sie spuckt einen halben Regenwurm aus. Sie lächelt. Endlich Feierabend.

Katinka Brandt ist ein Klageweib. Sprich: Sie trauert an Gräbern frisch Verstorbener - leidenschaftlich, lauthals und gegen Geld, versteht sich. Ihr Standardprogramm: Haare zerrauen, mit den Armen wild durch die Luft fuchteln, auf dem Boden wälzen und natürlich Schreien und Wehklagen, was das Zeug hält. Alles andere kostet extra: Kleiderzerreißen, Dreckfressen, mit den Fingernägeln das Gesicht zerkratzen, Haare büschelweise ausreißen, an den Sarg ketten oder die Marterwerkzeuge Christi anwenden. Dornenkrone, Geißel, Nägel, Hammer und Zange trägt Katinka Brandt stets in einem kleinen Köfferchen bei sich. Das kostet allerdings ziemlich viel extra.

Im Mittelalter populär, galten Klageweiber über Jahrhunderte als ausgestorben. Zumindest in Westeuropa. Inzwischen haben Klageweiber auch in Deutschland wieder Konjunktur. Warum? Weil zu vielen Beerdigungen ja sonst niemand hingeht. Die Angehörigen leben oft dutzende Kilometer entfernt und können der Bestattung nicht beiwohnen. So buchen sie ein Klageweib, das die Trauerarbeit übernimmt. Der häufigere Grund aber ist, dass die Angehörigen bei der Beisetzung zwar anwesend sind und sich pietätvoll ins Fäustchen schluchzen, dem Verstorbenen aber mehr bieten wollen: den gebührenden Glanz, den ganz großen Gram, die totale Trauer mit Tränenbächen, Schmerzensschreien und allem Pipapo. Und das können eben nur Professionelle.

Derzeit gibt es in Deutschland 43 Professionelle, Tendenz steigend. Organisiert sind sie im Bundesverband deutscher Klageweiber. Die Mitglieder sind bunt gemischt: Ein paar Greisinnen sind darunter und minderjährige Gothic-Girls, mehrere mittellose Performance-Künstlerinnen sowie Nonnen aus der masochistischen Szene, die meisten arbeiten nur Teilzeit.

Katinka Brandt gehört zu den Vollzeitweibern. Ihre Auftragslage ist bestens. Und ihr Revier im Großraum Hamburg ein Glücksgriff: All die Kiezkönige und Kaufmänner, Zuhälter und Elbchaussee-Witwen wollen repräsentabel beerdigt werden. Und das werden sie. Denn Katinka Brandt klagt gut. Sie klagt fantastisch. Kaum eine klagt so hinreißend wie sie, so aufreibend, so niederschmetternd.

Ihr Leichenbittermienenspiel ist perfekt, jede ihrer Gesten eine Geißel. Sie kann in Tränen ausbrechen aus dem Stand. Sie kann sich auf dem Erdboden wälzen wie ein Hängebauchschwein. Vor allem aber weiß sie: "Klagen ist nicht gleich Klagen. Die Abstufungen, die feinen, die Nuancen sind von großer Bedeutung. Zwischen einem leisen Lamento und einem ordentlichen Jammergeschrei liegen Welten."

Ihr Stimmrepertoire reicht vom rostigen Rasenmäher bis zur psychopathischen Primadonna. Weil jeder Stoßseufzer gelernt sein will, trainiert sie täglich, studiert neue Klagelaufolgen ein, ölt ihre Stimme allmorgendlich mit einem fauligen Eigelb. "Trauerarbeit ist Knochenarbeit", sagt sie, "auch am Feierabend." Wenn sie am Abend noch ins Kino oder zum Badminton will, ist erst mal einiges zu tun. Kratzwunden und blaue Flecken mit Make-up zukleistern, Haarknötchen aus den Locken bürsten, rissige Fingernägel verarzten, Dreckreste aus den Zahnzwischenräumen pulen. "Dennoch macht mir mein Job viel Spaß", bekräftigt sie. Man sei eben immer in Bewegung, viel an der frischen Luft und ständig unter Menschen, auch wenn nicht nur unter Lebenden. Und ab und an gibt es sogar was zu lachen. Wenn wieder mal der Erbkrieg schon am offenen Grab ausbricht. Dann beißt sich Katinka Brandt auf die Zunge, vergräbt ihr Gesicht in den Händen, bis ihr Glucksen in Schluchzen aufgeht. Früher war ihr Arbeitsleben schlechter. Früher war sie Werbekauffrau einer großen Agentur. Wenn sie daran zurückdenkt, wird ihr speiübel. "Entwürdigende Arbeitsbedingungen. Drecksarbeit. Und immer der Druck durch die Kunden", knurrt die 36-Jährige. Jetzt liegen ihr die Kunden zu Füßen. Aber ob ihr das viele Gejammer nichts ausmacht? Ob ihr die gespielte Selbstentblößung niemals unangenehm ist? "Ach, ob ich öffentlich ein Sandwich verdrücke oder ein paar Tränen, ist mir eigentlich gleich", erklärt sie pragmatisch. Nur gewisse Kundenwünsche, räumt sie ein, seien dann doch etwas bizarr. Manche verlangten extravagante Kostüme, wollten, dass sie sich als Putzfrau verkleide, als Domina oder als Angela Merkel. Das würde sie ja gerade noch machen. Aber auf Jungesellenbestattungen strippen oder sich eine Hand abhacken, wie schon mehrfach angefragt - da sagt sie dann doch nein.

<http://www.taz.de/!5163945/> 29.04.2009

Anhang 2:

***Philemon und Baucis**

Ovid beschreibt in den Metamorphosen den Besuch des Göttervaters Jupiter (Zeus) und seines Sohnes Merkur (Hermes) in einer Stadt in Phrygien. Die Einwohner gewähren den beiden Wanderern jedoch keinen Einlass. Allein Philemon und seine Frau Baucis, ein altes Ehepaar, das in einer ärmlichen Hütte am Stadtrand lebt, üben Gastfreundschaft, nehmen die beiden auf und bewirten sie mit allem, was sie haben. Erst durch einen Zufall erkennen sie die Götter und entschuldigen sich für das karge Mahl. Die Götter jedoch belohnen Philemon und Baucis für ihre Großzügigkeit und Gastfreundschaft, indem sie ihre Hütte in einen goldenen Tempel verwandeln und beide zu Priestern bestellen. Weiterhin gewähren sie dem Paar, das immer noch in tiefer Liebe verbunden ist, den Wunsch, sich nie trennen zu müssen, indem sie beide gleichzeitig sterben werden; am Ende ihres Lebens verwandeln die Götter sie in zwei Bäume. Philemon wird zu einer Eiche und Baucis zu einer Linde. Die Stadt mit den hartherzigen Menschen jedoch verwandelt der Göttervater in einen See.

Anhang 3:

***Palliativmedizin als Pflichtfach**

Menschen sterben lassen zu können und sie dabei medizinisch zu begleiten, fällt vielen Ärzten schwer. Auch weil sie in ihrem Medizinstudium darüber nichts gelernt haben. Das soll sich nach einem neuen Gesetzentwurf des Bundestages ändern. Ab 2014 ist für die 2. ärztliche Prüfung ein Leistungsnachweis erforderlich. Bisher "unzureichende Ausbildung" in Palliativmedizin, ob Diagnostik und Therapie angemessen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin prangerte schon bei der letzten Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) 2002 die unzureichende Ausbildung von Medizinern in der Palliativmedizin an: Die neue AO räume Ausbildungsinhalte zur Behandlung schwerstkranker Menschen weiterhin keinen angemessenen Platz ein. Palliativmedizin und Schmerztherapie als fakultative Prüfungsfächer am Ende des Medizinstudiums sei eindeutig zu wenig vertreten. Der Gesetzesentwurf der CDU und SPD vom Mai 2009 erkennt an, dass "eine adäquate Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Aufgabe aller Ärztinnen und Ärzte" ist und "Voraussetzung für eine wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase" darstellt. Auch wird einleitend angeführt dass "fehlendes Wissen vielfach unnötiges Leiden durch wohlgemeinte, aber fachlich nicht indizierte Therapien in der letzten Lebensphase verursacht". Deshalb sollen die auszubildenden

Universitäten künftig sicherstellen, dass die angehenden Ärzte Fachkenntnisse in der Versorgung Schwerstkranker erlangen und "sensibilisiert werden für die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen".

Leistungsnachweis für 2. ÄP ab 2014

Konkret bedeutet das für Medizinstudenten, die ab oder nach dem Oktober 2014 ihr 2. Staatsexamen ablegen, dass sie verbindliche Leistungsnachweise im Fach Schmerz- und Palliativmedizin zu erbringen haben. Die Anzahl der zu absolvierenden Querschnittsfächer erhöht sich somit von zwölf auf 13; dazu kommen die bestehenden 22 Fächer und fünf Blockpraktika. Trotzdem solle die Gesamtstundenzahl von 868 Stunden nicht überschritten werden, da es den Universitäten freisteht, in anderen Fächern kompensatorisch Stunden zu kürzen. Den Universitäten sollen langfristig eigene Lehrstühle für Palliativmedizin sichern. Bis zu diesem undefinierten Zeitpunkt sollen Lehrbeauftragte - wie auch im Fach Allgemeinmedizin - die geforderten Inhalte vermitteln.

Kommentar

Sicherlich ist die Änderung der Prüfungsordnung hinsichtlich der Palliativmedizin als ein Schritt in die richtige Richtung zu werten: In unserer alternden Gesellschaft wird es immer mehr Menschen geben, welche nicht-kurativer medizinischer Expertise bedürfen. Ärzten schon während des Studiums und nicht erst wie bisher nebenbei in der Praxis dafür benötigtes Wissen zu vermitteln ist da nur konsequent; nur dann macht die Stärkung von Patientenrechten wie in aktuellen Beschlüssen zur Patientenverfügung Sinn. Die Frage nach der Behandlung am Lebensende ist eben nicht nur medizinischer, sondern auch gesellschaftlicher, moralischer, finanziellen und somit politischer Natur.

Dass dieser Fachbereich bisher auf so viel Unwillen seitens der Universitäten gestoßen zu sein scheint - nur fünf deutsche Universitäten haben sich bisher Lehrstühle für Palliativmedizin etabliert - deutet darauf hin, dass ein größeres Umdenken nötig ist:

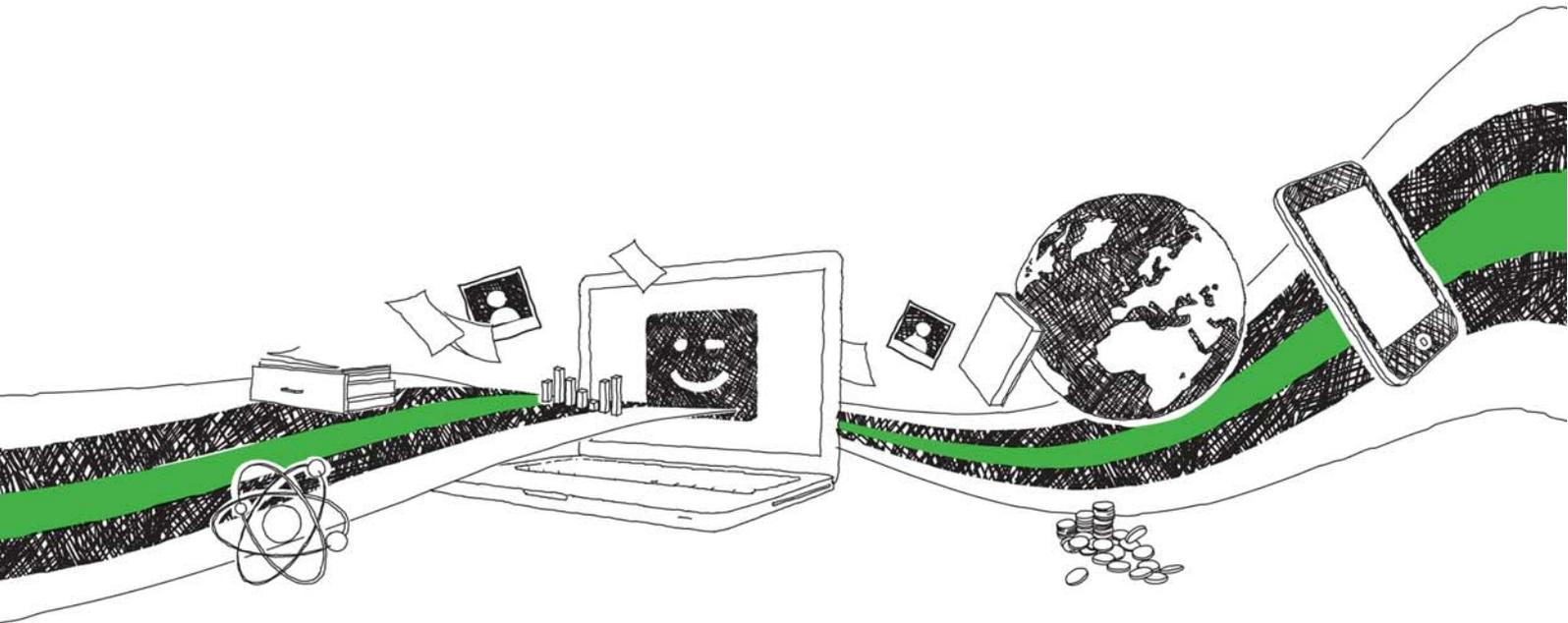
Menschen kompetent und würdevoll medizinisch zu betreuen, auch wenn keine Aussicht mehr auf Heilung besteht.

INTERNET www.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-sonstige-faecher

1548/a/palliativmedizin-4323.htm

Fachartikel Johanna Reiser 09.04.2010

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren

