



Ambulante Lebensbegleitung für sterbenskranke Menschen und ihre Angehörigen

Kurzbericht eines Praktikums von Ralf Hiller.

Altenpflegeschüler im 2. Ausbildungsjahr an der
Schule für Altenpflege der Bremer Heimstiftung (BHS).

Das Praktikum wurde durchgeführt im Hospiz Horn e.V.
in Bremen im Haus Riensberg der BHS.

7. Januar – 25. Januar 2008

Kurzbeschreibung des Hospiz Horn e.V.

Der Grundgedanke

Ausgangspunkt der hospizlichen Arbeit ist, das Sterben in Würde, Geborgenheit und Sicherheit zu ermöglichen. Im Juli 1997 gründeten zehn Mitglieder, davon Anne Christensen, Klaus Meyer-Heder und Erika Nola als Vereinsvorstand, den eingetragenen Verein „Hospiz Horn“, der in dieser Form bis heute Bestand hat.

Unter stetiger Entwicklung – angefangen als Stadtteilarbeit – entstand noch 1997 die Kooperation „Sterbebegleitung in Alten-, Wohn- und Pflegeheimen“ mit der Bremer Heimstiftung. Die Zusammenarbeit entlastete und begleitete nicht nur Sterbende und ihre Angehörigen sondern auch das Pflegepersonal in den Häusern.

Inhalte der Hospizarbeit

Hauptziel der praktischen Arbeit ist nach wie vor die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, und zwar sowohl in den Heimen wie in den privaten Wohnungen in verschiedenen Stadtteilen. Daraus hat sich eine ganze Reihe weiterer Aufgaben ergeben:

- Die Themen der Palliative Care für psychosoziale Berufsgruppen (palliativ-pflegerische Beratung) aufbereiten.
- Ethische Fallbesprechungen mit Angehörigen, Betreuenden und Pflegenden.
- Weiterbildung in Form von Kursen und Vorträgen für die mittlerweile über 60 ehrenamtlichen Mitarbeiter (Begleiter) und Interessenten aus allen Bevölkerungsgruppen.
- Leiten von Trauergruppen für trauernde Angehörige.

Das Klientel

Das Klientel eines Hospiz' sind vor allem Menschen mit einer zum Tode führenden Erkrankung. Dazu zählen Hochaltrige mit erkennbar kurzer Lebensspanne, Menschen mit Demenz, unheilbar erkrankte Kinder und – als „klassischer Hospizpatient“ – der Tumorpatient im mittleren Alter. Aber eben auch alle beteiligten Institutionen vom Pflegeheim bis zum Krankenhaus.

Forderungen an die Zukunft

Es geht in der aktuellen hospizlichen Arbeit darum, die Blickrichtung von der kurativen (heilenden) Versorgung zur palliativen Betreuung zu verändern, wenn Patienten keine Aussicht auf echte Heilung haben, um ihnen dennoch Lebensqualität zu sichern.

Das Selbstverständnis der Institution Krankenhaus und die traditionelle kurative Sichtweise zum Patienten stellt eine Hürde dar. Denn diese Sichtweise ist immer noch nicht psychosozial geprägt. Das Sterben ist im Krankenhaus nur die allerletzte, unausweichliche Konsequenz – dort soll der Patient ausschließlich geheilt werden. Sterben findet üblicherweise im Zuhause des Patienten statt.

Sonstige Aufgaben hospizlicher Tätigkeit

Ausgangspunkt der Arbeit des Hospiz' ist immer wieder die Unsicherheit des heutigen Menschen gegenüber dem Sterben, dem Tod und der Trauer. Daraus ergeben sich Aufgaben, die über eine Sterbebegleitung oder ethische Fallbesprechung hinausgehen.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit ist eine unverzichtbare Grundlage für die Mitarbeit im Hospiz. Daneben stehen die gesellschaftlichen Herausforderungen. Die Mitarbeiter eines Hospiz' leben in ihren vielen Begleitungen vor, das Sterben nicht aus dem Alltag zu verdrängen. Sie helfen, eine Sterbekultur mit Abschied, Trennung und der Akzeptanz des endgültigen Verlustes eines Menschen zuzulassen. Sie helfen, die natürliche Trauerzeit neu in das Bewusstsein der Menschen zu stellen, damit eine seelische Verarbeitung bei trauernden Angehörigen stattfinden kann. Darüber hinaus können in einem Hospiz Fragen zu Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten erklärt werden (keine Rechtsberatung).

Im Rahmen der ethischen Fallbesprechungen sind die Fragen, wann palliative Pflege den Vorrang zur medikalen Behandlung erhält oder wann lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen werden, immer wieder neu zu beantworten. Das Hospiz Horn stellt sich an dieser Stelle als externer Moderator zur Verfügung. Es fungiert als Vermittler zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen, Pflegepersonal, Ärzten und Institutionen, um Fallbesprechungen durchführen zu können.

Die Arbeit als Mentor ist eine notwendige Zusatzaufgabe. Er führt hospizliche Prinzipien in bestehende Einrichtungen des Gesundheitswesens ein. Das geschieht, indem er Verständnis für die soziale Begleitung von Sterbenden weckt, Methoden vermittelt und eine Begleitung auch für Mitarbeiter und Angehörige anbietet. Wenn ein Bewohner in die Sterbephase eintritt, ist eine grundlegende Umorientierung der Mitarbeiter im Behandlungs- und Pflegeprozess erforderlich (kurativ – palliativ).

Inhalte und Aufgaben des Praktikums

Ankommen im Thema

Die Zeit des Praktikums im Hospiz Horn wurde vom Mitarbeiterteam exzellent vorbereitet. Jeden Tag waren meine Kursteilnehmer Monika Reichelt und Christian Reimann, ich selbst und unsere Gesprächspartner vom Hospiz in Gesprächen und Diskussionen anhand eines Themenplans vertieft. Stets hatten wir Gelegenheit, unsere eigenen Erfahrungen und Fragen anzusprechen, so dass wir auch auf der persönlichen Ebene im Thema ankommen konnten. Dafür brachten alle Gesprächspartner eine besondere Sensibilität mit.

Die angenehmen Räumlichkeiten des Hospiz Horn und des Hauses Riensberg förderten die ungestörte Gesprächsatmosphäre. Einige schriftlich festgehaltene Inhalte der „Arbeitsgespräche“ befinden sich im Anhang dieses Kurzberichtes.

Themen und Inhalte der Arbeitsgespräche

7. JANUAR ▪ Anne Christensen, eine Gründerin des Hospiz' Horn, führte uns am ersten Tag in die **Aufgaben der hospizlichen Arbeit** ein.
8. JANUAR ▪ Dr. Hans Schottky, Arzt und Anästhesist i.R., setzte das Thema am zweiten Tag fort.
9. JANUAR ▪ Anne Christensen referierte am Vormittag über das **5-Phasenmodell des Sterbens** der Medizinerin Elisabeth **Kübler-Ross** (1926-2004). Das Modell fasst die psychischen Veränderungen eines Menschen vor dem Tod zusammen.
- Am Abend konnten wir an einer **Supervision für** die ehrenamtlich tätigen **Sterbebegleiter** teilnehmen. Der Mentor, Diplompsychologe Dietmar Kapititz aus Lesum, bezog uns in das Thema ein und fragte nach unseren eigenen Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Tod. Diese persönliche Ebene baute unsere Anonymität in der Gruppe schnell ab. Wir konnten bei der anschließenden Diskussion um Lösungsansätze eigene Gedanken zu den Problemen in den verschiedenen Begleitungen einbringen. Diese Art der Integration war eine wertvolle Erfahrung durch die entgegengebrachte Akzeptanz und Wertschätzung.
- Die Supervisionen sind für alle Mitwirkenden in der Sterbebegleitung wichtig, weil sie dazu beitragen, das eigene seelische Gleichgewicht zu erhalten. Viele Begleitungen sind psychisch belastend, verlaufen über Monate und Jahre und finden manchmal parallel für zwei oder drei Patienten statt.

10. JANUAR
- Anja Tewes, Koordinatorin des Hospiz' Horn, stellte am Vormittag die **Organisation und den finanziellen Aufbau des Hospiz Horn** in den Grundzügen vor.
 - Sabine Thies, Diplomökonomin und Coach für Erwachsenenbildung, erklärte uns am Nachmittag den Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Es stellte sich heraus, dass **Patientenverfügungen** rechtlich nicht mehr als Absichtserklärungen oder den Wunsch eines nicht mehr selbst entscheidungsfähigen Menschen darstellen! Die Ergänzung durch eine **Vorsorgevollmacht** deckt – besonders als Generalvollmacht – auch die rechtliche Durchsetzung von Patientenwünschen durch den Inhaber der Vollmacht ab. Die gleichberechtigte **Betreuungsverfügung** erspart den Einsatz eines amtlichen Betreuers. Sie kann für den Betreuungsinhaber aber heikel in der Umsetzung sein, wenn er zum Beispiel finanziell in Vorlage treten muss für eine Beerdigung oder die Angehörigen ganz andere Vorstellungen von einer Heimunterbringung haben.
11. JANUAR
- Karin Rahabi-Leloup, ehrenamtliche Begleiterin und Islamkennerin, berichtete lebendig und anschaulich über die **Bräuche und Riten** im Umgang mit Krankheit und Sterben und vom Trauern **im islamischen Kulturkreis**. Sie verbrachte einen Teil ihres Lebens in Syrien, weil ihr muslimischer Ehemann von dort stammt. Wir werden sie voraussichtlich noch einmal in ihrem Haus in Bremen Findorff besuchen, um mehr zu erfahren.
14. JANUAR
- **Kommunikation und Ethik** standen unter der Gesprächsleitung von Herrn Dr. Schottky auf dem Themenplan. Wie entwickelte sich das Gespräch zwischen Arzt und Patient, wenn die Diagnose einer unausweichlich zum Tode führenden Krankheit im Raum steht? Ethisches Handeln unter Belastung und Druck. Die ethische Fallbesprechung als Lösung für Handlungskonflikte in der Pflege.
15. JANUAR
- **Die Schmerztherapie** in der Pflege und der Einsatz von Skalen zur Schmerzerfassung, auch bei einer Demenz, wurden von Dr. Schottky erklärt.
16. JANUAR
- Herr Klaus Meyer-Heder, Bestatter i.R. und Vorstandsmitglied des Hospiz' Horn, informierte über die **Geschichte des Bestattungsberufes**, über die rechtlich legitimierte **Totenfürsorge** und erläuterte eine Sterbestatistik für Deutschland aus den Jahren 2002 bis 2004 (Welches Klientel ist als Bestatter zu betreuen?).
17. JANUAR
- Fortsetzung mit Herrn Meyer-Heder zum Thema **Bestattungsformen in den Weltreligionen** sowie Möglichkeiten der **Bestattung im Land Bremen**.
18. JANUAR
- Anja Tewes ergänzte ihre Informationen zur Finanzierung der hospizlichen Arbeit und bat uns, beim aufräumen mitzuhelfen.
21. JANUAR
- Anne Christensen führte in das Thema **Trauer**, das Erleben von Trauer und den Sinn des Trauerns ein.

22. JANUAR ▪ Das Thema **Trauer** wurde fortgesetzt. Wir beschäftigten uns mit einer veröffentlichten Begleitung eines 41jährigen Mannes und versuchten, die acht Bilder, die er auf seinem Sterbeweg gemalt hatte, zu verstehen. Es stellte sich heraus, dass das Sterbephasenmodell nach Kübler-Ross grob zutraf.
23. JANUAR ▪ Margrit Rudzicka, Diplomsozialpädagogin, Erzieherin und Koordinatorin des Hospiz' Horn, lenkte unseren Blick auf die **Kinder und ihren Umgang mit Tod und Trauer**. Dazu besprachen wir die Aufmachung und den Inhalt dreier **Kinderbücher** über den Tod, die wir als Einstieg in das Thema vorab rezensiert hatten.
24. JANUAR ▪ **Besuch des Haus O'land** in Bremen Kattenturm. Ein Seniorenpflegeheim mit der speziellen konzeptionellen Ausrichtung auf Menschen mit einer Demenz. Das Haus verfügt über einen Sinnesgarten, eine spezielle stressfreie Farbgebung, ein Nachtcafé und eine offene Architektur.
25. JANUAR ▪ Anne Christensen und Anja Tewes gingen in einer **Abschlussrunde** noch einmal den umfangreichen Themenplan durch und fragten uns, ob Fragen offen geblieben sind. Darüber hinaus können wir bei neuen Fragestellungen im Pflegealltag jederzeit mit ihnen Kontakt aufnehmen.

Sonstige Aufgaben

Im Rahmen des Praktikums war eine echte Sterbebegleitung nicht umsetzbar, weil dazu eine Fortbildung zum Sterbebegleiter, mehr Zeit und viel Erfahrung und Einarbeitung erforderlich gewesen wären. Stattdessen bot Frau Petra Meinking-Langowski, Mitarbeiterin im Sozialdienst des Hauses Riensberg, die **Betreuung einer Bewohnerin** oder eines Bewohners an. Wir führten mehrere Besuche in den Praktikumswochen durch. Auf eigene Initiative schrieben wir zur Übung eine **Biografie** der betreuten Person.

Dankeschön ;-)

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospiz Horn möchte ich einen herzlichen Dank für die gut vorbereiteten Arbeitsgespräche und die überlassenen Info-Materialien aussprechen! Darüber hinaus war immer wieder Gelegenheit, persönliche Fragen zur Orientierung im Berufsfeld Pflege zu stellen. Die Betreuung mit Kaffee, Tee und Gebäck zu allen Sitzungen sprechen ebenfalls für sich und die Kultur im Hospiz.

Allen ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Koordinatorinnen und Hauptverantwortlichen wünsche ich reichliche Anerkennung ihrer Arbeit, persönliches Wohlergehen und dem Hospiz weiterhin ein gesundes Wachstum.

Ralf Hiller, Bremen im Januar 2008



Aufzeichnungen
aus den Arbeitsgesprächen
Informationen & Literatur

Das 5-Phasenmodell des Sterbens nach Frau Kübler-Ross

Gespräch mit Anne Christensen am 9. Januar 2008

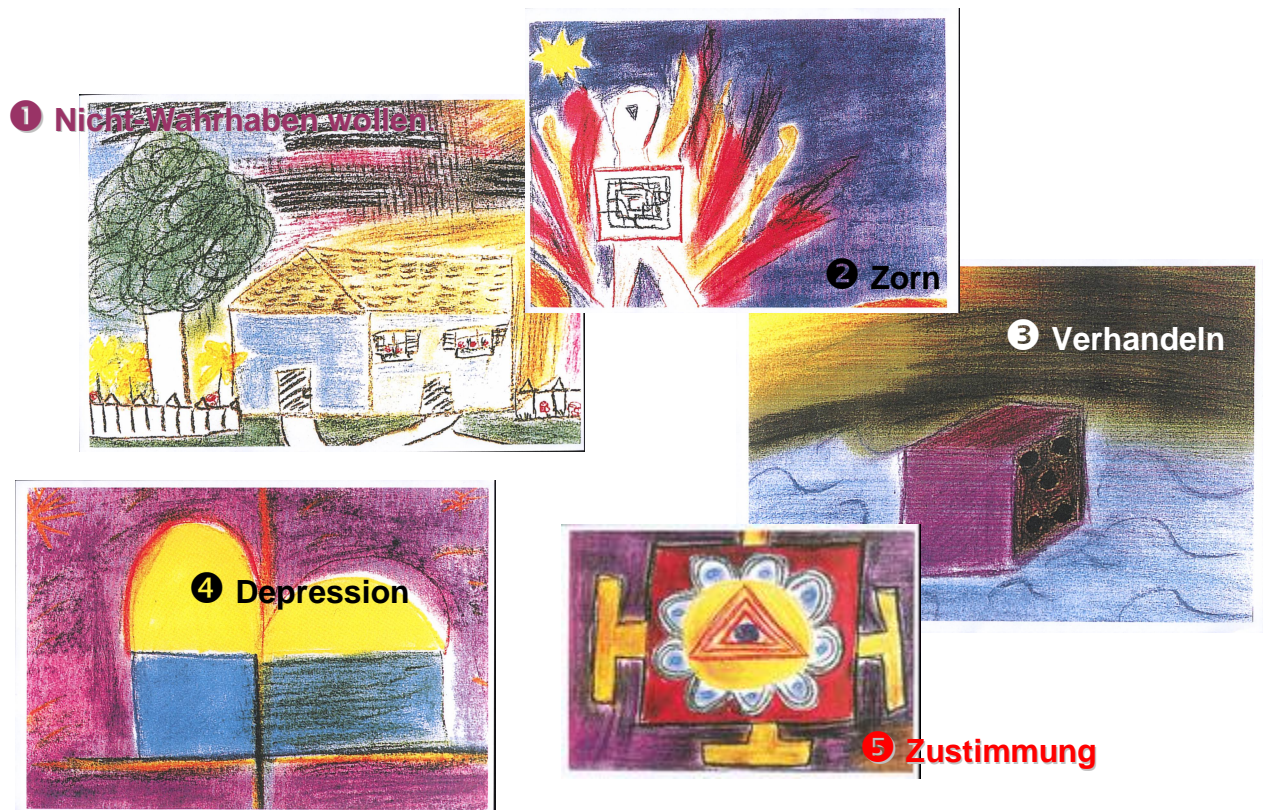
Kurzbiografie Frau Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross, geborene Kübler wurde 1926 bei Zürich geboren. Sie wurde als erste von Drillingen geboren. Da ihr Vater gegen das gewünschte Medizinstudium war (sie sollte in die väterliche Firma eintreten) begann sie eine Ausbildung im Labor. Anschließend besuchte sie die Abendschule um das Abitur zu machen. 1957, nach dem Abschluss ihres Medizinstudiums an der Universität Zürich heiratete sie und wanderte in die USA aus. Sie begann dort ihre Fachausbildung für Psychiatrie und übernahm 1965 eine Professur an der Universität Chicago.

1969 erschien ihr erstes Buch "On death and dying" (dt. Interviews mit Sterbenden), das sie weltberühmt machte. Ihre mehr als 20 Bücher wurden in millionenfacher Auflage in rund 25 Sprachen gedruckt. In den USA baute sie die Hospiz-Bewegung mit auf.

Die Wissenschaftlerin erlitt 1995 eine Serie von Schlaganfällen. Elisabeth Kübler Ross verstarb sanft am 24.08.2004 im Alter von 78 Jahren in ihrem Haus in Scottsdale im US-Staat Arizona im Beisein ihrer Kinder.

Die 5 Sterbephasen nach Kübler-Ross, die sie 1971 beschrieben hatte:



Quelle: http://www.pflegewiki.de/wiki/Sterbephasen_nach_Kuebler_Ross

Sterbephasen nach E. Kübler-Ross

Merkmale	typische Äußerungen	Wichtiges für die Begleitung
<h2>I. Nicht-wahrhaben-wollen</h2>		
Schock Verdrängen Leugnen Stimmungs labilität	„Nein, nicht ich.“ „Ich bin wie gelähmt.“ „Ich kann es nicht glauben.“ „Unmöglich, Irrtum.“	<ul style="list-style-type: none">▪ Abwarten▪ Zuhören▪ Nicht widersprechen▪ Gesprächsbereitschaft signalisieren
<h2>II. Auflehnung</h2>		
Wut, Zorn, Haß, Neid Nörgeln Kritisieren Selbstanklage Schuldzuweisung	„Warum ich?“ „Meine Wut ist grenzenlos.“ „Alles nervt.“ „Gott ist ungerecht.“ „Warum habe ich immer Pech?“	<ul style="list-style-type: none">▪ nichts persönlich nehmen▪ verständnisvolle Zuwendung▪ nichts werten▪ aktives Zuhören▪ abgrenzen
<h2>III. Verhandeln</h2>		
hoffnungsvoll kooperativ aktiv umgänglich	„Ja, es trifft mich, aber ...“ „Wenn Gott mich nur noch ein Jahr leben lässt ...“ „Ich nehme alle Behandlungen auf mich, wenn ...“ „Nur die Hochzeit meines Sohnes möchte ich noch erleben ...“	<ul style="list-style-type: none">▪ hoffen lassen, jedoch keine unrealistischen Hoffnungen wecken▪ Strategien und Inhalte des Verhandeln nicht bewerten▪ „Wortbrüche“ nicht persönlich nehmen
<h2>IV. Depression</h2>		
Trauer, Tränen, Rückzug Depressive Erstarrung, Angst, Sinnfrage Lebensbilanz	„Ja, ich.“ „Ich schaue zurück. Es ist mir bewusst, was alles nicht mehr sein kann.“ „Ich habe Angst vor dem Sterben.“ „Was bleibt von mir?“	<ul style="list-style-type: none">▪ Tränen und Trauer zulassen▪ nicht ablenken, nicht vertrösten▪ Körperkontakt, Da-sein ▪ Hilfestellung bei Dingen, die noch zu erledigen sind
<h2>V. Annahme</h2>		
friedlicher Zustand Erschöpfung, Gelöstheit große Sensibilität	„Ja, ich! Ich mache mir um Morgen keine Sorgen. Der Tod macht mir keine Angst. Ich erlebe alles intensiv.“	<ul style="list-style-type: none">▪ letzte Wünsche festhalten▪ Zeit schenken, Rückzug akzeptieren▪ Körperkontakt

I. Nicht-wahrhaben-wollen und Isolierung

„Der Mensch verschanzt sich gegen sich selbst.“
Rabindranath Tagore

Die erste Reaktion auf die Mitteilung einer bösartigen Erkrankung ist oft: „Ich doch nicht, das ist ja gar nicht möglich.“ Das sagen wohl Menschen, denen man die Wahrheit sofort mitteilte als auch Menschen, die nach und nach selbst dahinter kamen. Mit solch gequältem Nicht-wahrhaben-wollen reagiert ein Patient besonders dann, wenn er **unvermittelt und zu früh informiert** wird.

Fast alle Patienten versuchen, die Krankheit vor sich selbst abzuleugnen und nicht nur im ersten Augenblick, sondern auch später immer wieder einmal. Das Nicht-wahrhaben-wollen schiebt sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über die Diagnose. So kann er sich wieder fangen und durch das Verneinen der Situation kann er innere Kräfte mobilisieren, um die Nachricht verarbeiten zu können.

Verdrängen ist in dieser Situation also sehr häufig. Das Nicht-wahrhaben-wollen ist meistens nur eine vorübergehende Phase, die bald durch wenigstens teilweise Akzeptanz abgelöst wird.

II. Zorn

„Wir interpretieren die Welt falsch und behaupten dann, sie täusche uns.“
Rabindranath Tagore

Auf unsere erste Reaktion: „Nein, nein, mit mir kann es nichts zu tun haben!“, folgt die zweite in der uns aufgeht: „Oh doch, es betrifft mich, ich bin es selbst.“ Auf das Nicht-wahrhaben-wollen folgen meistens Zorn, Groll, Wut, Neid. Dahinter steht die Frage: „**Warum denn gerade ich? Kann es nicht jemanden anderes treffen?**“

Der Patient ist schwierig, unzufrieden, aggressiv – auch wohl bei starker innerer Kontrolle – depressiv. Er lehnt sich dagegen auf, dass andere gesund sind, während er sterbenskrank ist. Ohne sichtbaren Anlaß ergießt sich sein Zorn in alle Richtungen. Es besteht die Tendenz, andere zu beschuldigen oder sich selbst. Aus seiner Sicht taugen beispielsweise die Ärzte nichts, das Pflegepersonal arbeitet nicht zur Zufriedenheit, obwohl doch für all' dies soviel Geld ausgegeben wird, selbst die Besuche von Freunden und Verwandten können ihn nicht freudig stimmen. Der kranke Mensch fühlt sich plötzlich vom Leben ausgeschlossen und hadert mit dem eigenen Schicksal.

Wenn der Patient **Verständnis** findet, wenn man ihm **Zeit und Aufmerksamkeit** widmet, wird er bald wieder ruhiger werden und weniger fordern. Gespräche und andere Hilfestellungen können bewirken, dass der Kranke etwas mehr Ruhe findet.

III. Verhandeln

„Des Holzfällers Axt bat den Baum um einen Stiel. Der Baum gewährte ihn.“
Rabindranath Tagore

Die dritte, meist nur flüchtige Phase, ist weniger bekannt. Für den Patienten ist sie oft sehr hilfreich. Wenn wir in der Ersten nicht im Stande sind, die Tatsachen anzuerkennen und in der Zweiten mit Gott und der Welt hadern, versuchen wir in der Dritten vielleicht, **das Unvermeidliche durch einen Handel hinauszuschieben.**

Wir hoffen, durch Wohlverhalten eine längere Lebensspanne zu erhalten, ein paar Tage ohne Schmerzen und Beschwerden zu haben, etwas Bestimmtes tun zu können. Im Grunde feilschen wir als Patienten immer um einen Aufschub, versprechen Wohlverhalten oder schließen einen oft streng geheim gehaltenen Handel ab. Wir versprechen Gegenleistungen, wenn wir bekommen, was wir uns wünschen.

Psychologisch gesehen können solche Versprechungen aus einem verborgenen Schuldgefühl stammen. Deshalb wäre es gut, wenn die Umgebung entsprechende Bemerkungen des Patienten nicht einfach beiseite schieben würde.

IV. Depression

„Die Welt stürmt über die Saiten des sehnsüchtigen Herzens,
das die Musik der Trauer erklingen läßt.“
Rabindranath Tagore

Wenn der Todkranke seine Krankheit nicht länger verleugnen kann, wenn neue Eingriffe, neue Krankenhausaufenthalte notwendig werden, wenn immer neue Symptome auftreten und er schwächer und elender wird, dann kann er seinen Zustand nicht immer mit einem Lächeln abtun. Erstarrung, Stoizismus, Zorn und Wut weichen bald dem **Gefühl eines schrecklichen Verlustes.** Er erkennt, dass es keinen anderen Ausweg gibt und fragt: „Was bedeutet das für mich?“ Er kommt zur Einsicht, dass ihm ein endgültiger Abschied bevorsteht. Aufheiterungen und Ermunterungen sind nicht mehr angebracht. **Der Kranke muß trauern dürfen über den Verlust seines Lebens.**

Auf diese Erkenntnis reagieren Menschen unterschiedlich. Einige möchten Vorsorge treffen für die Familie. Andere trauern um ihren kommenden Verlust, möchten sich veröhnen, wünschen konfessionellen Beistand ...

Der vorbereitende Schmerz braucht oftmals kaum Worte. Hier kommt es viel eher darauf an, **stillschweigend da zu sein** und mit einer Geste zu versichern, dass man den Schmerz kennt und teilt. Die Phase der Depression ist notwendig und heilsam damit der Patient eines Tages in Frieden und innerer Bereitschaft sterben kann. Denn nur die Kranken, die durch alle Ängste und Verzweiflungen hindurchgegangen sind, erreichen auch das Stadium der letzten Zustimmung.

V. Zustimmung

„Ich muß Abschied nehmen. Sagt mir Lebewohl, meine Brüder!
Ich verneige mich vor Euch allen, ich nehme Abschied von Euch.
Die Schlüssel zu meiner Tür gebe ich zurück, nichts will ich mehr aus meinem Haus.
Ich bitte nur um Eure letzten sieben Worte.
Lange waren wir Nachbarn, aber ich empfing mehr, als ich geben konnte. Nun hat sich
der Tag geneigt. Die Lampe, die meinen dunklen Winkel erhellte, verlöscht.
Der Ruf ist ergangen, ich bin zum Aufbruch bereit.“
Rabindranath Tagore

Wenn der Kranke genug Zeit hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phasen fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein „Schicksal“ nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert und sieht nun seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen.

Diese Phase darf nicht als ein glücklicher Zustand verstanden werden: Sie ist fast frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei. Nun kommt die Zeit der „letzten Ruhe vor der langen Reise“. Er möchte in Ruhe gelassen werden. Besucher sind oft nicht willkommen. Die Kommunikation beschränkt sich oft mehr auf Gesten als auf Worte.

Wichtig ist es ihm zu wissen, dass ihm jemand bis zum Ende seiner Zeit zur Verfügung stehen wird. Das Sterben und der Tod können als Aufgabe angenommen werden und Hoffnung auf eine weitergehende Existenz kann entwickelt werden.

Hospiz Horn

Entnommen aus „Interviews mit Sterbenden“ (On Death and Dying), Kreuz-Verlag

Finanzierung des Hospiz Horn e.V.

Gespräche mit Anja Tewes am 10. und 18. Januar 2008

Gesetzliche Grundlage der Finanzierung

Der deutsche Bundestag schuf im Jahr 2002 eine gesetzliche Grundlage zur finanziellen Unterstützung der hospizlichen Arbeit auf Vereinsebene. Seitdem bestehen zwischen den ambulanten Hospiz-Vereinen und Krankenkassen Rahmenverträge. Alle Krankenkassen wurden verpflichtet, einen Finanzfond zu bilden. Vor 2002 gab es nur die ehrenamtliche Hospiz-Arbeit ohne fest angestellte Mitarbeiter (Koordinatoren). Die wichtigsten Rahmenbedingungen der Fördermaßnahmen sind:

- **Personelle Mindestbesetzung.**
- Das **Ziel** des Vereins **muss festgelegt sein.**
- **Inhalt und Umfang** ambulanter hospizlicher Arbeit **müssen festgelegt sein.**
Dazu gehören:
 - Sterbebegleitung.
 - Palliativ-pflegerische Beratung.
 - Einbeziehung Angehöriger und anderer Bezugspersonen.
 - Mindestens 15 ehrenamtliche Mitarbeiter müssen vorhanden sein, die einen mindestens 80h-Hospizkurs absolviert haben.
 - Mitarbeit einer Fachkraft als Koordinator/in mit Ausbildung, z.B. Studium der Sozialpädagogik, Psychologie, Soziologie.
Alternativ: Krankenpflegeausbildung; Ausnahmen sind mit den Krankenkassen abzustimmen. Hinzu kommen in jedem Fall eine mindestens 3 Jahre einschlägige, hauptberufliche Tätigkeit, die Zusatzqualifikation der Palliativ Care-Weiterbildung (z.B. im Krankenhaus LDW (160h/4 Wo.), ein Koordinatorenseminar (40h), zugeschnitten auf Hospizarbeit sowie ein 80h-Führungskompetenzseminar (ersatzweise PDL-Weiterbildung).
 - Die Krankenkassen erhalten regelmäßig Statistiken als Abrechnungsgrundlage (Wieviele abgeschlossene Begleitungen/Jahr?, Wieviele Fortbildungen/Jahr? etc.).

Finanzierungsquellen

- *40 ct / Krankenversichertem / Jahr* müssen alle Krankenkassen eines Bundeslandes an einen Fond abführen aus dem die hospizliche Arbeit unterstützt wird. Ein Großteil der Gehälter der fest angestellten Koordinatoren kann davon bezahlt werden.

Gezählt werden alle *abgeschlossenen Begleitungen / Jahr* nach Todesfall, Umzug oder Beendigung bzw. Aufgabe einer Begleitung werden gezählt. Es werden häusliche Begleitungen sowie die Begleitungen in den Heimen angerechnet. Das Hospiz Horn hat ca. 100-110 Begleitungen/Jahr, davon 70-80 Abgeschlossene.

- Sachmittelzuschuss durch den Senat im Land Bremen.
- Vereinsbeiträge der Mitglieder des Hospiz Horn. 160 Mitglieder gibt es aktuell – mit stetig steigender Tendenz. Der Jahresbeitrag ist 31,- EUR.
- Aus der Kooperation mit der Bremer Heimstiftung werden gewisse Kosten erstattet.

Eigenfinanzierung

Eigene Einnahmen können ausschließlich durch Fortbildung und Kurse erwirtschaftet werden. Manche Schulungen decken nicht mehr als ihren eigenen Aufwand, weil die Teilnehmer kaum über ausreichende Mittel verfügen, einen üblichen Kursbeitrag zu zahlen.

Spenden & Fundraising

20.000-25.000 EUR **Spendengelder** sind im Jahr für die Hospizarbeit erforderlich. Es gibt Spenden von Angehörigen, Kondolenzspenden (zweckgerichtet an das Hospiz) oder Spendendosen, die in einem Blumengeschäft oder auf einem Stadtteilstfest aufgestellt werden. Das Hospiz Horn nimmt zum Beispiel am Mühlenfest der Horner Mühle teil.

Fundraising bedeutet, **alle Ressourcen zu beschaffen**, die gebraucht werden, um die Arbeit des Hospiz-Vereins satzungsgemäß sicher zu stellen.

Die Erfahrung bei der Beschaffung **finanzieller Mittel** zeigt, dass vor allem die persönlichen Kontakte zu potentiellen Geldgebern (Firmen) führen. Zum Fundraising zählt auch, benötigte **Sachleistungen** (Büroausstattung etc.) zu organisieren oder **Personen mit ihrem Know-how** oder ihrem **ehrenamtlichen Zeiteinsatz** für die Mitarbeit zu gewinnen. Die Auswertung der **Tageszeitung und Fachpresse** zeigt, was andere Vereine tun und woher sie möglicherweise ihre Spenden bekommen.

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Gespräch mit Sabine Thies am 10. Januar 2008

Stichworte zur Patientenverfügung

Die Patientenverfügung (PV) ist letztlich nicht rechtsverbindlich, sie hat nur einen Wunschcharakter* und gilt aber in ganz Deutschland. Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied jedoch, dass Patientenverfügungen „beachtet“ werden müssen. Die PV regelt, **was** im Falle der eigenen körperlichen oder geistigen Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, getan werden soll. Wichtige Formalien:

- Schriftform mit handschriftlicher Unterschrift, Ort und Datum. Der Text muss nicht handschriftlich sein (bessere Lesbarkeit!).
- Original bei der Person, die die Verfügung im Ernstfall vorlegen kann.
- Kopie beim Hausarzt, der möglichst mit unterschrieben haben sollte.
- Info-Karte bei sich führen, dass überhaupt eine PV existiert.
- Hinterlegung beim Vormundschaftsgericht möglich.
- PV möglichst jedes Jahr „updaten“ an medizinischem Fortschritt.
- Ärzte gegenüber der vorher bestimmten Vertrauensperson von der Schweigepflicht entbinden, z.B.: *„Hiermit entbinde ich „Dr. S.“ gegenüber der Person meines Vertrauens, „Herrn Karlchen K.“ von der ärztlichen Schweigepflicht.“*
- *PV hat keine rechtliche Verbindlichkeit *aber* sie spiegelt den Wunsch, wie ein Patient behandelt werden will. **Knackpunkt:** PV muss so geschrieben sein, dass sie für die Ärzte eindeutig auf die später konkret eintreffende Situation zugeschnitten ist. *„Ich möchte in Würde sterben.“*, ist zu allgemein formuliert. **Gefahr:** Jemand schließt zuviel aus (z.B. Apparatedizin nach heutigem Stand) und somit wird jede wieder zum Leben führende Maßnahme unnötiger Weise unterbunden.
- In der PV die gewünschte Nahrungsaufnahme regeln: *„Nur soviel, wie ich kann und will. Nichts darüber hinaus. Dann bitte palliativ behandeln, falls Schmerzen auftreten.“*
- Organspender sollten festlegen, **dass sie spenden** wollen und **welche Organe** sie spenden wollen. Außerdem, **wann**. Zum Beispiel, wenn sie nur noch mit Apparaten am Leben erhalten werden könnten (künstliche Beatmung bei Hirntod usw.).
- Schmerzmittel-Dosierung klar stellen: Sedierung JA/NEIN? Die Sedierung wird eine verkürzte Lebensdauer zur Folge haben.
- Eigene Aussagen in die PV einfügen, weil sie die **persönlichen Wertvorstellungen** wiedergeben. Hilfreich ist: *„Ich möchte keine Schmerzmittel, weil ...“* oder *„Ich finde, dass ...“* Die Ärzte sind verpflichtet, den „mutmaßlichen Patientenwillen“ heraus zu

finden. Diesen können sie zusätzlich aus Gesprächen entnehmen, die während der Behandlung bereits stattfanden und auch, wenn ihnen Angehörige und Freunde als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

- **Wichtiger Passus I:** *„Bevor alle Maßnahmen eingeleitet werden, **bitte prüfen**, ob doch noch Lebenswert vorhanden ist. Denn die Patientenverfügung wurde im gesunden Zustand verfasst und konnte die zukünftige Lage nicht vollständig erfassen!“* Prüfen durch Befragung Nahestehender (Arzt, Verwandte).
- **Wichtiger Passus II:** *„Die Verfügungen sollen auch bei Eintritt und Fortschritt einer Demenz gelten!“*
- **Tipp:** Betreuungsverein = kostenlose Beratung inkl. Beglaubigung (Kosten) möglich.

Stichworte zur Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht regelt im Gegensatz zur Patientenverfügung, **wer** im Falle zum „Vertreter im eigenen Willen“ wird. Die **Vorsorgevollmacht ist eine Willenserklärung**. Der Inhaber handelt immer im Willen des Gebers aber **nicht** bei Angelegenheiten der Eheschließung, der Testamenterstellung und des Wahlrechts. Auch medizinische Behandlungen, freiheitsentziehende Maßnahmen und Vertretung in gerichtlichen Verfahren müssen ausdrücklich (zusätzlich) in eine Vollmacht eingeschlossen werden.

Wer kann Betreuer werden? Eine rechtliche Betreuung vom Amt kann durch eine Betreuungsvollmacht vermieden werden. Familienmitglieder oder Ehrenamtliche können als Betreuer bestellt werden. Eine Betreuung kann man ablehnen. Familien oder Ehegatten sollten die amtliche Betreuung rechtzeitig beantragen, wenn sie selbst Betreuer werden wollen, um wirtschaften zu können (sonst hat die Ehefrau evtl. kein Zugriff mehr auf das Bankkonto, kann die Miete nicht mehr zahlen usw.).

Welche Vollmacht ist rechtsgültig? Es empfiehlt sich, die Vorsorgevollmacht notariell beurkunden zu lassen. Spätestens bei Immobiliengeschäften und manchen Bankgeschäften sind notarielle Vollmachten vorgeschrieben und sinnvoll. Denn: bei Verlust des Originals und wenn der Geber seine Geschäftsfähigkeit zwischenzeitlich verloren hat (Krankheit) kann die Existenz der Vorsorgevollmacht im Rechtsverkehr nicht mehr bewiesen werden! Auch eine (beglaubigte) Fotokopie der originalen Vorsorgevollmacht gilt nicht. Aber: von einem beglaubigten Original darf der Notar Kopien herstellen.

Die **Bundesnotarkammer** führt seit 2004 das **Zentrale Vorsorgeregister**, in das Vorsorgevollmachten eingetragen werden können, um die Suche nach einem Bevollmächtigten zu erleichtern und die Bestellung eines Betreuers durch das Vormundschaftsgericht zu vermeiden. Private Dienstleister können Inhalte der Vorsorgevollmacht auch an Behörden, Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben. Nicht die Bundesnotarkammer.

Die 3 wichtigen Vorsorgebereiche

Finanzen + Gesundheit + Aufenthalts- und Bestimmungsrecht

Wann sollte man eine Vorsorgevollmacht verfassen? Gelten soll eine Vollmacht im Notfall, wenn die eigene Fürsorge nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Die Vorsorgevollmacht kann beim Vormundschaftsgericht hinterlegt werden, um sie nicht sofort bekannt werden zu lassen.

Tipp: Man sollte die Vollmacht „über den Tod hinaus“ verfassen und die Bestimmungsverhältnisse regeln. Zum Beispiel: Welche Person und wie viele dürfen über welche Bereiche entscheiden? Außerdem sollte festgelegt sein, wer welche Untervollmachten erteilen darf. Und an wen gar keine Vollmacht erteilt werden darf.

Stichworte zur Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung ist eine Alternative zur Vorsorgevollmacht. Sie kann ebenfalls beim Vormundschaftsgericht bekannt gemacht und auch hinterlegt werden. Man kann sie parallel bei der Bundesnotarkammer melden. Die Betreuungsverfügung baut nicht auf Vertrauen auf sondern ermöglicht dem Vormundschaftsgericht die Kontrolle über das Vermögen oder die Unterbringung des Patienten (Verfassers).

Wann wird eine Betreuungsverfügung benötigt? Nach Unfall, bei Hirninfarkt, bei altersbedingten Krankheiten (Demenz) oder psychischer Erkrankung kann Handlungsunfähigkeit eintreten. Um auf die Bestellung eines amtlichen Betreuers Einfluß zu nehmen bzw. das zu verhindern sollte sie hinterlegt sein.

Was regelt die Betreuungsverfügung? Wer zum Betreuer bestellt werden soll/wer nicht, lässt sich festlegen. Wo soll der Wohnsitz des Vollmachtgebers sein im Notfall? Die Verfügung regelt das, was auch Inhalt einer Patientenverfügung sein kann. Die örtliche Betreuungsbehörde kann Unterschriften unter einer Vollmacht beglaubigen.

Kommunikation und Ethik

Gespräch mit Dr. Schottky am 14. Januar 2008

Das Sprachverhalten und –vermögen wird beim Menschen zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr angelegt. Vermutlich bringt der Mensch die Fähigkeit zum Sprechen von selbst mit, um in der sozialen Gruppe (Familie etc.) bestehen zu können.

1. Wie entwickelt sich ethisches Verhalten, vor allem unter Belastung?

Beispiel I: Aus einem Buch: Ein Schiff droht in einem Taifun zu kentern. Ein Mitfahrer, der eine Krankheit vortäuscht, bleibt unten in seiner Koje liegen. Die Seeleute steigen unter Lebensgefahr dennoch zu ihm herunter, um ihn an Deck zu holen und zu retten.

Schlussfolgerung: Die Seemänner zeigten hochmoralisches Verhalten, indem sie dem Mitfahrer zu Hilfe eilten, obwohl er sie im Stich gelassen hatte. Das tun sie ohne jedes Zögern und ohne zu überlegen. Ihre Moral kann nicht Produkt von Erziehung sein. Es liegt nahe, dass moralisches Verhalten nicht wirklich anerziehbar ist. Vorschriften zur Übernahme ethischer Verantwortung funktionieren nicht zuverlässig. Die Seeleute handelten unwillkürlich und ungeplant aus einem tief verankerten Antrieb heraus, diesen Mitfahrer retten zu müssen. Der Antrieb spontan zu helfen kam dabei aus der Tiefe ihrer Persönlichkeit.

Beispiel II: Eine Seminargruppe an einem theologischen Seminar in den USA: Studenten werden quer über den Campus geschickt, um eine bestimmte Literatur zu besorgen. Man verschweigt, dass ein Schauspieler als hilfsbedürftige Person platziert ist, um die „unbarmherzigen Samariter“ zu testen. Die Zeit der Aufgabe, das Buch zu holen, ist begrenzt.

Ergebnis: Die meisten Probanden schauten nicht auf den Hilfsbedürftigen. Nur eine Minderheit zeichnete sich durch ihre Hilfestellung aus. Am intensivsten kümmerten sich die missionarisch orientierten Teilnehmer. In einem zweiten Durchgang stellte sich heraus, dass die angehenden Pastoren deutlich mehr Hilfsbereitschaft zeigten, wenn genug Zeit vorhanden war. Die kognitive Befassung mit Moral schien nicht wirklich hilfreich zu sein. Dem Test vorausgegangen war ein Seminar über den Barmherzigen Samariter.

Es ist daher nicht davon auszugehen, dass man richtiges ethisches Verhalten durch bloßen Unterricht, Regeln oder Gebote in einer Person verankern kann.

Fazit: Die Befassung mit Ethik ist heute zunehmend empirisch – im Gegensatz zur Tradition, die philosophisch, das heißt rein spekulativ mit der Frage der Sittlichkeit umgegangen ist.

Schaut man sich beispielsweise Verbrecher genauer an, so haben sie meist ein ausgeprägtes Wissen über Recht und Unrecht, aber sie handeln nicht danach. Das Wissen alleine reicht offensichtlich nicht aus. Die neuere Neurowissenschaft weist in diesem Zusammenhang auf andere „Verschaltungen“ im Gehirn dieser Straffälligen hin, die nicht veränderbar zu sein scheinen.

2. Traditionalismus

Pflege hat auch mit außereuropäischen Kulturen zu tun, in denen Recht, Moral und Religion ein einziger Block sind. Sterben oder Kranksein sind dort eine soziale Angelegenheit, die mit der gesamten Sippe oder Familie erlebt werden. Hierzu zwei Beispiele.

Beispiel I: Im Islam erlebt man oft das Diskutieren der Symptome mit dem gesamten sozialen Umfeld, das Konsultieren des von vielen empfohlenen Arztes oder große Ansammlungen von Besuchern um ein Krankenbett herum.

Beispiel II: Im Hinduismus ist das Sterben am Ganges wichtig damit die Seele nicht untot bleiben muss und die Familie unrein zurück bliebe. Ansonsten müsste sie zehn Jahre lang durch Riten abbüßen. Man sollte diesen Menschen ersatzweise ermöglichen, Wasser des Ganges auf die Zunge des Sterbenden zu geben.

Grundregel

Sich kundig machen über die Ansichten und Rituale der jeweiligen Religion.

In vielen Kulturen bilden Trauernde zwischen Leben und Tod einen Übergang, um sich einen Ahnen zu schaffen. Der Ahne entsteht durch die jeweils besonderen Riten. Die trauernde Gesellschaft verschafft ihrem verstorbenen Angehörigen darin einen neuen Platz (z.B. würdigende Bestattung). Gleichzeitig entsteht bei allen Betroffenen das rechtschaffene (gute) Gewissen, angemessen gehandelt zu haben und den Raum für das ehrende Gedenken ermöglicht zu haben.

3. Trauer hat wichtige Funktionen und ist ambivalent

Trennung und Verabschiedung

Im Trauerschmerz steht der Verstorbene im Mittelpunkt. Man stellt das Bild vom Toten zunächst wieder her. Das geschieht unter anderem durch die Trauerrede in der Trauerfeier und/oder im Austausch über den Verstorbenen in der Trauernachfeier (Was für ein Mensch war das? Was habe ich mit ihm erlebt?).

Seelische Verarbeitung und Akzeptanz des Todes

Die Trauer löst sich nach dem Schauen auf den zu Betruernden auf. Der Blick wandelt sich zum Gedenken an den Verstorbenen. Man schickt den Toten sozusagen an seinen neuen Platz und akzeptiert – zumindest äußerlich – Tod und Trennung.

4. Ethische Kultur in Pflegeheimen und im Hospiz

In der Praxis

bestehen häufig ethische Handlungskonflikte zwischen dem Verhalten des Patienten, den Angehörigen, innerhalb eines Pflorgeteams und der verantwortlichen Leitung. Moralische Vorstellungen in verschiedenen Gruppen und Gesellschaften weichen nicht nur erheblich voneinander ab, sondern sind auch einem zeitlichen Wandel unterworfen.

Paradebeispiel zur Wandlung einer allgemeinen ethischen Haltung ist der Umgang mit der Todesstrafe: Sie wurde im 17. Jahrhundert in keiner Gesellschaft in Frage gestellt. Heute gilt die Umkehrung in den meisten Gesellschaften.

In der Pflege gibt es oft Konflikte bei der Nahrungsversorgung eines zu Pflegenden, etwa in den letzten Tagen eines Sterbenden – insbesondere, wenn der Sterbende die Nahrung verweigert. Auch in anderen Bereichen, wie der Körperpflege, einem auftretenden aggressiven Verhalten, der Sexualität oder bei Amputationen an Menschen in ihrer letzten Lebensphase bestehen immer wieder Entscheidungsbedarfe.

Wie gehen wir methodisch mit ethisch wichtigen Fragen um?

Es ist das Ziel, das pflegerische Handeln so auszurichten, dass das *Autonomieprinzip* des Patienten erhalten werden kann. Seine Selbstbestimmung steht als oberstes Prinzip über allen anderen Handlungsweisen oder Meinungen. Der Pflegenden muss die *Sicht des Patienten einnehmen*.

Dabei entsteht oft ein subtiler Nötigungscharakter – mindestens – zwischen dem Patientenwillen und dem Berufsverständnis des Pflegenden einerseits sowie den Verord-

nungen des Arztes (z.B. täglichen Flüssigkeitsmangel auszugleichen) und den Bedingungen der Pflegeinstitution andererseits (andere Sichtweise, Zeittakt, Personalmangel, Kosten). Für den Pflegenden entsteht ein negativer Handlungszwang.

Eine zuverlässige Möglichkeit in dieser Situation patientenorientiert zu handeln ist die Durchführung einer *ethischen Fallbesprechung*. Zunächst muss der Konflikt erfasst und anschließend prägnant formuliert werden.

Voraussetzungen der ethischen Fallbesprechung

Eine nicht-autoritäre Führungsstruktur ist Voraussetzung einer ethischen Kultur in Institutionen. Aber sie bewahrt nicht vor Konflikten, selbst nicht in einem kooperativen Team. Denn auch dort besteht eine gewisse Arbeitstaktung. Vom Ansatz gewichtet die nicht-autoritäre Struktur alle Beteiligten aber als Co-Operierende, die Spezialisten in ihrem Bereich sind. Jeder Mitarbeiter macht innerhalb seiner Tätigkeit Erfahrungen und Beobachtungen. Es gibt keine unwichtigen Wahrnehmungen.

Das ist übrigens auch ein empirisches Problem, weil die exakte Beobachtung viel Zeit erfordert (teure Manpower). In pflegeethischen Büchern beschränkt sich die Kritik meist auf ungenügende Zeit, die ethische Problemlösungen verhindert. Verstärkt durch eine Leitung, die zu wenig Raum gibt für diese Lösungen.

Eine Lösungsmöglichkeit ist die *ethische Fallbesprechung*. Sie stellt das umfassendste Instrument dar. Emotionale Probleme im Team gehören nicht in eine Fallbesprechung, sondern in die Supervision.

Literatur-Hinweis

Broschüre „So geht es nicht weiter“, **Die ethische Fallbesprechung**.

Eine Methode zum Umgang mit Konflikten im Gesundheitsbereich und in der Altenhilfe.

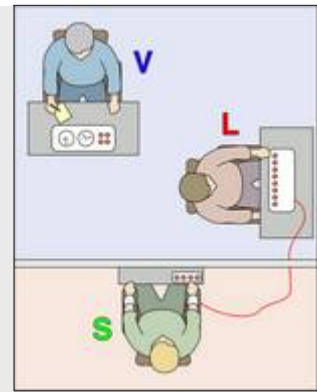
Download möglich unter www.bremen.de/sozialsenator

Exkurs über das menschliche Verhalten gegenüber einer Autorität

Das Milgram-Experiment ist ein Experiment, das zum ersten Mal 1962 durchgeführt wurde. Es folgten später diverse Versuchsanordnungen. Der Psychologe Stanley Milgram (1933-1984, New York) zeigte die unglaubliche Beeinflussbarkeit „normaler“ Menschen durch Autorität. Er testete die Bereitschaft, autoritären Anweisungen Folge zu leisten, die eigentlich dem Gewissen der Probanden entgegenstanden.

Eine Person, die als „Schüler“ bezeichnet wurde, sollte in einem abgetrennten Bereich hinter einer Glasscheibe mehrere Aufgaben lösen. Verschiedene „Lehrer“ – die eigentlichen Testpersonen des Experiments – konnten kleine Stromschläge auslösen, wenn die Aufgaben nicht korrekt ausgeübt wurden. Ein Mentor saß in der Nähe des jeweiligen „Lehrers“ und forderte bei falsch gelösten Aufgaben zu immer stärkeren Stromschlägen bis zu über 400 Volt auf. Diese wurden auch ohne weiteres angewandt und gesteigert. In dieser Simulation hatte der „Schüler“ hinter dem Glas, in Wirklichkeit ein Schauspieler, eine optische Anzeige, wie hoch die Stromstärken waren, um den Schmerz mimen zu können.

Fazit: Viele der „Lehrer“ führten die Anweisungen aus und behandelten die Testperson mit Gewalt. Sie orientierten sich trotz sichtbarer Gewissenskonflikte nicht an ihren eigenen ethischen Maßstäben über Recht und Unrecht. Sie handelten entweder nach *Maximen der Mehrheit* (richtig ist, wie alle „Lehrer“ mit der Testperson verfahren), nahmen ihre Korrekturfunktion *befehlsartig* wahr oder nahmen das Verfahren als schlicht *gegeben* hin (Regeln werden nicht gebrochen). Sie erkannten nicht, dass sie selbst die Testpersonen waren und sie sich in jedem Fall an den Schmerzen des „Schülers“ anstatt den Anweisungen des Mentors hätten orientieren müssen. Milgram folgerte, dass die Autonomie (Selbstbestimmtheit) eines Menschen in einem autoritären System abnimmt und er schließlich zum Werkzeug anderer wird. Die Teilnehmer wurden hinterher über den wahren Sinn des Experimentes aufgeklärt.



Wikipedia, Milgram-Experiment

Unter einer ethischen Blickrichtung zeigte das Experiment, wie erdrückend eingerichtete Strukturen sein können. Sie erscheinen legitim, wenn sie befehlsartig „von oben“ kommen und werden erschreckend wenig hinterfragt. Die Suggestion einer Autorität verhindert moralisches Handeln.

Wie läuft eine Ethische Fallbesprechung prinzipiell ab?

Die Veranlassung, eine Fallbesprechung einzufordern ist basisdemokratisch. Jede an der Pflege beteiligte Person kann erkennen, dass etwas nicht richtig läuft und eine Fallbesprechung vorschlagen. Alle sitzen auf gleicher Höhe. Es gibt keine Hierarchie. Wichtig ist der externe Blick: Die Moderatoren kommen von außen und so gibt es externe Zeugen, die das Gespräch verfolgen. Das bedingt ein Bemühen um Objektivität und verbesserte Gesprächskultur.

Das Problem wird kurz benannt. Danach werden die medizinischen und sonstigen Diagnosen, das soziale Umfeld und die Vorgeschichte genannt sowie Vorinteressen (auch die Religion) des Patienten. Quasi ein geriatrisches Assessment, d.h. ein Zusammentragen aller Fakten den Kranken betreffend. Man fühlt sich in den Patienten hinein, um zu ergründen, was dieser will oder wollte. Bei allen Entscheidungen steht die Frage im Mittelpunkt: Was bedeutet Lebensqualität für den Betroffenen?

Im geriatrischen Kontext ist aber immer zu fragen, ob eine Depression vorliegt. Eine Depression kann im Alter viele äußere Auslöser haben: Besuche dünner aus (Bekannte sterben), Sinnesleistungen nehmen ab und die Lebensqualität schleicht sich, besonders bei Hochaltrigen, aus.

Vorteile der ethischen Fallbesprechung

Sie stellt eine Möglichkeit dar, den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und einen Weg der weiteren Behandlung zu finden. Wenn sich eine Gruppe mit möglichst allen Beteiligten zusammensetzt entsteht auch der Wunsch nach Konsens, nach dem Weiterkommen, eine Lösung zu finden. Das Gesprächsniveau bleibt „gut“, weil durch die Anwesenheit aller Beteiligten, vor allem der Angehörigen, ein natürlicher Respekt erhalten bleibt. Das Gesprächsklima wird positiv gefördert.

5. Die Aufklärung – Wahrheit am Krankenbett

Zwischen 1960 und 1990 etablierte sich die Patienten-Aufklärung aufgrund der juristischen Forderung nach rechtswirksamer Einwilligung. Anlass waren Prozesse um Schadensersatz. Eine rechtswirksame Einwilligung ist nicht nur vor Operationen nötig, sondern auch bei einschneidenden Maßnahmen und Medikamenten wie Zytostatika. Es gab zumindest bis dahin keine professionellen Vorstellungen, wie eine Aufklärung erfolgen sollte. Dabei geht es vor allem um Psychologie und Kommunikation. Bei einer Umfrage um 1980 herum hielten sich 80% der Ärzte für gute Gesprächspartner gegenüber ihren Patienten. Diese sahen es jedoch genau anders herum.

Äußere Gesprächsbedingungen

- Schwierige Gespräche dürfen nicht in einem *Mehrbettzimmer* geführt werden.
- *Zeit* ist eine wesentliche äußere Bedingung zu einem guten Gespräch.
- Der *Ort* muss ungestört sein.
- *Zeugen*, wie Angehörige, können hilfreich sein. Die Angst des Betroffenen blockiert Informationsstränge. Angehörige nehmen Informationen weniger emotional auf.

Gesprächsinhalte

- Patienten-Aufklärungen dürfen *nicht aufgedrängt* werden.
- In der Gesprächsführung ist Ziel, dem Kranken und seinen Angehörigen die *patienteneigene Perspektive* zu vermitteln, d.h. aus Sicht des Betroffenen zu argumentieren. Dafür muss die gleiche Verständigungsebene mit dem Betroffenen gefunden werden.
- Es wird die Möglichkeit geschaffen, einen ethischen Ansatzpunkt zu finden (z.B. beim notwendigen Übergang zur Palliativ-Pflege). Eine direkte Konfrontation als Mittel, Krankheitseinsicht zu schaffen, kann *totale Ablehnung*, den Kommunikationsabbruch und Abwehrung bewirken.
- Lösung: Eine andere Gesprächsebene hilft, den Kommunikationsabbruch zu verhindern. Zum Beispiel das Eingehen auf die Symbolsprache des Kranken. Im besten Fall lässt sich dadurch eine neue Art des Gespräches finden. Fazit: Den Weg den der Patient gehen will, *nicht behindern*.

Literatur-Hinweise

Dr. med. Stein Husebø verfasste Texte zur Gesprächsführung. (*Die letzten Tage und Stunden*). Download: www.hospiz-horn.de

Der irische **Palliativmediziner Michael Kearney** schrieb ein Buch über die Begegnung des Schmerzes auf der seelischen Ebene und die über Grenzen der Palliativmedizin, wenn es keine Heilung mehr geben kann.

Mortally Wounded (Schritte in ein ungewisses Land, Verlag Herder, ISBN 3-451-26293-2).

Das Fallowfield-Institut in London veröffentlicht seit den 1990er Jahren Empfehlungen, wie man schlechte Nachrichten kommuniziert. Mrs. Fallowfield untersuchte, ob Patienten, Angehörige und Ärzte von ihren Informationen profitierten? Anhand der Ergebnisse konnte belegt werden, dass Gesprächstechniken erlernt werden können.



Amelie Fried – freie Autorin
Jacky Gleich – Buchillustratorin

Hat Opa einen Anzug an?

Carl Hanser Verlag München, September 1997
ISBN 3-446-19076-7

Eine Kinderbuch-Rezension

Inhalt

Der kleine Bruno verliert seinen geliebten Opa, der mit seinen Eltern und seinem Bruder auf einem Bauernhof gelebt hat. Er kann zunächst die Äußerungen der Erwachsenen nicht verstehen. Mal sagen sie, der Opa sei „von uns gegangen“ dabei konnte Bruno die Schuhspitzen über dem offenen Sarg genau sehen. Ein anderes Mal sind alle Leute ernst, still oder weinen als sie dem Sarg zum Grab folgen. Doch eigentlich ist witzig, wie einer der Sargträger mit seinem guten Schuh in eine Pfütze stolpert.

Bruno hat noch viele andere Fragen, die ihm zunächst niemand erklärt. Warum kann sein Opa an zwei Orten gleichzeitig sein? Im Himmel und auf dem Friedhof! Was tut der Opa solange im Grab? Sein größerer Bruder Xaver ist Bruno keine Hilfe, wenn er erklärt, tot sein sei wie schlafen. Merkwürdig findet Bruno auch, dass alle Leute nach der Beerdigung ein schönes Fest feiern können und am Schluss gar nicht mehr so traurig sind. Sowas hätte man früher machen sollen, denkt Bruno.

Der Vater vererbt Bruno ein kleines Schiffchen. Es ist mit vielen Erinnerungen und Geschichten verbunden, die sein Opa erzählt hat. Manchmal redet Bruno mit seinem Opa auf dem Friedhof, doch er hört nur den Wind rauschen. Langsam fühlt Bruno, dass es ihm weh tut, den Großvater zu vermissen. Trotzdem wird der Junge wütend, wenn er bedenkt, dass sein Opa ihm das Angeln nicht mehr beigebracht hat. Bruno kann das erste Mal weinen. Er fragt sich, wann er selbst sterben muss, was ihm sein Vater nicht beantworten kann. Erst allmählich wird Bruno wieder fröhlich, weil er die Vorstellung entwickelt, sein Opa sei jetzt glücklich und zufrieden. Daraus leitet Bruno ab, dass er selbst auch wieder froh sein darf. Als Tante Mizzi mit ihrem Baby auf dem Arm zu Besuch kommt, meint Bruno's Mutter, vielleicht sei der Opa zurückgekommen. Nach einem Vergleich lehnt Bruno diese Idee aber entschieden ab, weil die Äußerlichkeiten gar nicht übereinstimmen. Der Opa hatte einen Anzug an und trug schwarze Schuhe.

Buchgestaltung

Düster ist die Gestaltung von innen und außen ausgefallen. Alle Bilder sind wie Linol- oder Holzschnitte in Dunkelbrauntönen gehalten. Nur Dunkelrot und Dunkelgrün gönnt die Illustratorin dem kindlichen Leser zusätzlich.

Das Kind Bruno findet den Pfützenpatscher lustig und entwickelt in den scheinbaren Zwiegesprächen auf dem Friedhof eine bunte Phantasie. Diese Dinge werden in dem Buch nirgendwo in lebendigen Farben umgesetzt. Die Bilder spiegeln die eingeübte Trauerhaltung der Erwachsenen wieder.

Immerhin sind die Gesichter der Personen nicht traurig sondern mit einem Lächeln dargestellt (der Vater am Schreibtisch, die Radtour, Tante Mizzi mit dem Baby).

Fazit: Nicht so düster wäre ansprechender und träfe meiner Meinung die Stimmung der Kinder eher, die erst langsam verstehen und nicht sofort ins Grau-in-Grau verfallen.

Verwendungszweck

Das Buch eignet sich am ehesten, wenn Erwachsene erfahren wollen, wie sie auf Kinder bei Eintritt von Verlusterlebnissen wirken (mit sich und den Ritualen beschäftigt).

Einen Ratgeber für betroffene Kinder stellt es nicht dar.

Inhaltliche Bewertung

Die Story greift einige der üblichen Kinderfragen zum Tod auf. Schön, dass beschrieben ist, wie der kleine Bruno sich fühlt (Nichtverstehen, Perspektive „von unten“) und dass nicht immer sofort passende Erklärungen vorhanden sind. Bruno erlebt an diesen Stellen die Erwachsenen realistischerweise hilflos.

Die Geschichte mag die Fragen der Kinder zum Tod gut treffen, sie sind aber immer vom Kind selbst gestellt worden. Kein Erwachsener kommt auf die Idee, Bruno zu erklären, was vor sich geht. So, als ob Kinder selber herausfinden müssten, dass sie in der Zeit des Verlustes eine besondere Zuwendung brauchen.

Fazit: Auf einer Skala von 1-10 würde ich dem Buch die Zahl 4 geben. Es ist eigentlich kein Kinderbuch sondern aus der Perspektive Erwachsener geschrieben, die ihre mangelnde Zuwendung erkennen können.

Kinder, Jugendliche und ihre Trauer

Ein Gespräch mit Margrit Rudzicka, Koordinatorin im Hospiz Horn

Vorworte - Ankommen im Thema

Margrit Rudzicka startete ihre Mitarbeit im Hospiz Horn im Jahr 2000 mit Gesprächsangeboten zu Krisengesprächen rund um das Thema Verluste, Tod und Trauer. Im Bremer Konzerthaus „Die Glocke“ fand eine Veranstaltung statt zu der rund 300 Schüler gekommen waren. Sie zeichneten ihre Meinungen und Gedanken um persönliche Verluste auf vielen Skizzen und Bildern auf. Ganz direkt stellten sie zum Beispiel Krieg im Irak dar oder malten Sprüche dazu auf.

Ein zweites Event war ein Nachmittag von Margrit Rudzicka in der Kirchengemeinde Horn unter dem Motto „Knocking on heavens door ...“ als Anstoß zum Denken und Fragen über das Leben – Wozu?, Tod warum? – mit Geschichten, Aktionen und Gesprächen. Die Erfahrung zeigte nebenbei, dass vier Erwachsene (Margrit, Pastor, Mitarbeiter der Gemeinde) und 16 Jugendliche zwei Erwachsene zuviel waren, um eine passende Gesprächsebene für die Jugendlichen herzustellen und ihnen das Gefühl zu geben, unter sich zu sein. Dennoch bestätigte sich immer wieder das Konzept, gerade auch in einer Kindertagesstätte Krisengespräche für Eltern anzubieten. Die Empfehlung: Unheilbar erkrankte Kinder können im Falle ihres Todes ganz in Ruhe nach Hause gebracht werden, um Abschied nehmen zu können und die Notfallmaschinerie nicht zu früh in Gang zu setzen.

Seit 2005 bietet Margrit Rudzicka Jahresfortbildungen (10-11 Treffen) für Lehrer und Lehrerinnen an. Einige Schwerpunkte: Die eigene Haltung bewusst machen bei Verlusten (Sterben, Tod), der Umgang mit vom Eltern-Suizid betroffenen Kindern, den Verlust von Schülern auffangen. Die Runde startet meist mit der „Ist was?“-Frage, um persönlichen Erlebnissen und Emotionen der Teilnehmer Raum zu geben. Sonst brodeln diese Dinge im Untergrund und halten sie vom Thema zurück.

Eine Elternsprechstunde gehört zur Beratungsarbeit im Hospiz. Stark vernetzt arbeitet Margrit Rudzicka mit dem Kinderhospiz „Löwenherz“ in Syke und dem „Zentrum für trauernde Kinder“, Bremen sowie weiteren ambulanten und stationären Hospizen.