

# Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK

Landesverband Niedersachsen e.V.  
Institut für Fort- und Weiterbildung

## Hausarbeit

Im Rahmen des 30. Weiterbildungslehrganges  
Zur Leitung einer Pflegeeinheit / Funktionseinheit

Vom 09.10.1995 – 29.03.1996



Thema der Arbeit

## Sterbebegleitung auf der Intensivstation

Lehrgangsteilnehmer:  
Hans-Herbert Leja  
38551 Ribbesbüttel – Kleiner Gönkamp 5

**Fachdozentin**  
Frau H. Josuks  
**Lehrgangsteiter**  
Herr Dr. Weidner

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	2
<b>2. Sterben – ein Tabuthema</b>	3
2.1 Krankenhäuser – ein Spiegelbild unserer Gesellschaft .....	4
<b>3. Verschiedene Formen der Sterbehilfe</b>	6
3.1 Euthanasie .....	6
3.1.1 passive Euthanasie .....	6
3.1.2 aktive Euthanasie .....	7
3.1.3 aktive Euthanasie- entschieden durch andere Personen .....	8
<b>4. Sterbephasen nach E. Schuchardt</b> .....	12
4.1 Spiralphase 1: Ungewissheit .....	12
4.1.1 Zwischenphase: Unwissenheit .....	12
4.1.2 Zwischenphase: Unsicherheit .....	12
4.1.3 Zwischenphase: Unannehmbarkeit .....	13
4.2 Spiralphase 2: Gewissheit .....	13
4.3 Spiralphase 3: Aggression .....	13
4.4 Spiralphase 4: Verhandlung .....	14
4.5 Spiralphase 5: Depression .....	14
4.6 Spiralphase 6: Annahme .....	14
4.7 Spiralphase 7: Aktivität .....	14
4.8. Spiralphase 8: Solidarität .....	15
<b>5. Grenzen der Intensivmedizin</b> .....	16
5.1 Die Definition des Todes .....	17
5.2 Die Frage nach der Lebensqualität .....	17
5.3 Vereinsamung des Patienten .....	18
<b>6. Psychische Belastbarkeit des Personals</b> .....	19
<b>7. Aufstellung der Hypothesen</b> .....	20
<b>8. Entwicklung eines Fragebogens</b> .....	21
8.1 Auswertung der Fragebögen .....	21
8.2 Vergleich der gewonnenen Ergebnisse mit meiner Hypothese .....	26
<b>9. Zusammenfassung</b> .....	28
<b>10. Literaturverzeichnis</b> .....	31
<b>11. Schriftliche Erklärung</b> .....	32
<b>12. Anhang</b> .....	33

## 1. Einleitung

Seit 16 Jahren arbeite ich auf einer internen Intensivstation mit 7 Betten. Daran angegliedert ist eine internistische Aufnahmestation mit 5 Betten. Beide Stationen sind zusammen mit 22,5 Planstellen besetzt.

Immer wieder werde ich durch diese Arbeit mit menschlichen Grenzsituationen konfrontiert. Ich begegne hier Patienten, die durch ihre chronische oder akute Erkrankung an dem Punkt ihres Lebens angekommen sind, an dem das Thema Sterben für sie plötzlich konkret wird und nicht mehr zum Randthema ihres Lebens gehört. Die Begleitung dieser Patienten während ihrer Auseinandersetzung mit dem Tod, stellt für mich eine besondere Herausforderung dar.

Die technische Revolution der letzten Jahrzehnte hat vor unseren Krankenhäusern nicht haltgemacht, schon gar nicht vor den Türen unserer Intensivstationen. Sie bringt eine verbesserte Diagnostik; und in Verbindung mit moderner Medizin eine bessere Therapiemöglichkeit. Die Folge ist eine gestiegene Lebenserwartung. Gleichzeitig, so meine ich, fließt mit dieser Entwicklung aber auch die Kälte und Unpersönlichkeit der Technik mit in die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal ein. Die erhöhte Anforderung an eine zunehmende Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser, Rationalisierung im Pflegebereich, Pflegemanagement und professionelle Krankenpflege verstärken diese Entwicklung noch. Der Tag scheint nicht mehr weit zu sein, an dem wir nur noch von "Klienten" sprechen, wenn wir Patienten meinen. Als gutes Krankenhaus gilt, wer seinen "Klienten" einen guten Service anbieten und verkaufen kann. Dies könnte dazu führen, dass sich die Betreuung der Patienten immer mehr zu einer Geschäftsbeziehung entwickelt. Das Wort Patient - welches eine persönliche, fürsorgliche Beziehung ausdrückt - wird dann inhaltlich an Bedeutung verlieren.

Das Thema Sterbebegleitung ist sehr umfangreich. Angefangen von der geschichtlichen Entwicklung über die medizinische Praxis bis hin zu religiösen und ethischen Ansätzen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werde ich diese verschiedenen Aspekte kurz erläutern, um dann der Frage nachzugehen: ist Sterbebegleitung auf meiner Intensivstation überhaupt durchführbar?

## 2. Sterben – ein Tabuthema

Wir haben in unserer Gesellschaft eine eigenartige Art entwickelt, mit dem Tod bzw. dem Sterben umzugehen. Faszination und Anziehung auf der einen, Abstoßung und Isolierung auf der anderen Seite. Mord, Totschlag und Grausamkeiten in Form von Kino, Video und andere Medienmöglichkeiten sind uns allgegenwärtig. Die Chance, diese Thematik richtig aufzuarbeiten, wird dagegen nicht für notwendig gehalten. Auch wenn Medien dies von Zeit zu Zeit aufgreifen, verschwindet sie doch sehr schnell wieder in einer Grauzone.

Ein Sterbender war früher in das Familienleben einbezogen, bis zu seinem Tod. Hier fand keine Abschiebung statt - wohin auch? Krankenhäuser und Alten-Pflegeheime gab es nicht flächendeckend. So war es selbstverständlich, dass Familienangehörige, besonders auch Kinder, sich von einem Sterbenden verabschieden konnten. Der französische Historiker Ph. Aries, schreibt: "[...] im 20. Jahrhundert hat der Tod den Platz des Geschlechtlichen als grundsätzlich Verbotenem angenommen. Früher erzählte man den Kindern, dass sie unter Kohlköpfen zur Welt kämen, aber sie erlebten



die Situation des großen Abschiednehmens, am Sterbebett. Heutzutage werden die Kinder von frühester Kindheit an in die physiologischen Abläufe des Liebeslebens und der Geburt eingeführt, aber wenn sie ihren Großvater nicht mehr sehen und fragen, warum er nicht mehr da sei; und in England erzählt man, er ruhe in einem schönen

Garten aus, in dem das Geißblatt wachse. Heute sind es nicht mehr die Kinder, die zwischen Kohlköpfen zur Welt kommen, sondern es sind die Toten, die zwischen Blumen verschwinden.“ [1,S,334]

## 2.1 Krankenhäuser – ein Spiegelbild unserer Gesellschaft

Das Sterben wird aus unserem Alltag ausgegrenzt, verlegt in Kliniken, Alten -und Pflegeheime. Aufgrund der Tatsache, dass der Prozess des Sterbens in eine familienferne Institution verlagert wird, erleben wir auch eine erschreckende Verdrängung der Todeswirklichkeit. Sterbende werden sorgsam von den Lebenden isoliert. In Intensivstationen, in anonymen und atmosphärisch kalten Krankenhäusern hauchen immer mehr Menschen völlig beziehungslos und vereinsamt ihr Leben aus. In den USA werden die Toten sogar geschminkt. Der Tod wird aus dem Leben verbannt, um nicht an ihn erinnert zu werden. Der Tod wird totgeschwiegen; bestenfalls sterbehygienisch und parapsychologisch aufgewertet. *Das wilde Sterben zuhause, (...) wird in hygienische und geordnete Bahnen gelenkt.* " [2, S.154] Aus den Krankenhäusern, als einem Ort der Krankheit, ist seit den dreißiger Jahren zunehmend ein Ort des Sterbens geworden. "Während in Deutschland 1910 nur 10% im Krankenhaus starben, waren es in der Bundesrepublik 1966 bereits 57%, und 1984 verbrachten 80% ihre letzten Tage in Kliniken und weitere 15 % in Altenheimen" [3, S.15] Das bedeutet aber nicht, dass man hier mit dem Sterben besser umgehen kann. Es wird - wie überall - an den Rand gedrückt. Dadurch findet eine weitere Isolierung und Abgrenzung statt. Zur Verdeutlichung möchte ich an dieser Stelle, ein typisches Verhalten in der Klinik beschreiben: stirbt ein Patient, werden alle Türen der Nachbarzimmer geschlossen, die Schwestern ziehen Katheter und Schläuche, machen den Patienten sauber. Ein Aufkleber mit den Daten wird an den Fuß befestigt. Dann schaut eine Pflegekraft auf den Gang, ob auch keine Besucher anwesend sind; anschließend geht die Fahrt schnell zum Fahrstuhl und weiter in die "L-Halle". Warum diese Heimlichtuerei? Glauben wir wirklich, dass andere so naiv sind und meinen im Krankenhaus wird nicht gestorben? Nun kann man dem Einzelnen nicht die Schuld zuweisen, denn es ist ja nicht ein Problem der Krankenhäuser, sondern unserer Gesellschaft. Der Einzelne steht hier mit dem Rücken an der Wand. Unsere



Krankenhäuser und Altenheime sind sozusagen ein Spiegelbild unserer Zeit. Heute zählt Leistung, Kraft, Gesundheit, Jugend und Schönheit, für einen sterbenden Mensch ist da kein Platz. Wir alle wollen Erfolg haben und auch sehen. Nur wenn der Patient entlassen wird, ist der Erfolg für uns sichtbar und akzeptabel. Doch trotz aller Bemühungen können wir den Tod nicht ausgrenzen. Patienten versterben nun mal. Auf der Inneren Intensivstation im Kreiskrankenhaus Gifhorn waren es 1994 4,7% (47 Patienten), im Vergleich dazu: 1991 6,5% (72 Patienten). Wir freuen uns, dass der Anteil der verstorbenen Patienten geringer geworden ist. Aber hinter den 4,7% von 1994 verbergen sich Namen, Gesichter und Einzelschicksale. Leid, Schmerz und Sterben, mit dem wir in Berührung gekommen sind. Wir waren unmittelbar dabei, hatten Tuchfühlung. Doch auch bei uns findet Verdrängung statt. Die dem Krankenpflegepersonal eigene Sprache ist ein Symptom dafür. Tote werden als "Ex" bezeichnet oder "wir haben Herrn M. auf Station 10" (andere Bezeichnung für die Leichen-Halle im Haus) verlegt. Patienten in einer schweren Lebenskrise (suizidgefährdet) wird oft mit ablehnender Haltung begegnet: "Soll er (der Patient) doch das nächste Mal mehr Tabletten nehmen!" oder "War wohl doch nicht das richtige Mittel!" Verstärkt wird diese Reaktion, wenn der Kranke durch Eigenverschulden seine Lebenskrise mit- verursacht hat.

Unsere Krankenpflegeausbildung hat es bis heute nicht fertig gebracht, den Auszubildenden hier eine echte Hilfestellung zu geben. Ich denke an Unterrichtsfächer wie Ethik. Mit wie viel Lustlosigkeit- und Gleichgültigkeit sind viele von uns als junge Schüler dem Unterricht gefolgt. Wenn wir überhaupt an ihm teilgenommen haben! Wurde über den Tod oder das Sterben gesprochen, dann meistens über Fragen im Zusammenhang mit: "Was sind sichere Todeszeichen? Wie wird ein Toter versorgt? Wie lange muss er noch auf Station verbleiben, bis er in die L-Halle gefahren werden kann? Wohin mit den persönlichen Sachen?" Das Ganze war funktionell ausgerichtet und hatte nichts mit Sterbebegleitung zu tun, sondern war nur ein weiterer Punkt im organisatorischen Ablauf auf Station. Dieser wurde vom examinierten Personal aber gerne auf Schüler übertragen, denn da konnte man so schnell nichts "verkehrt" machen! Die Erfahrungen, die man als junger Auszubildender bei solchen "Verrichtungen" machte, waren oft prägend für den zukünftigen Umgang mit sterbenden Patienten. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass bei meiner Umfrage auf den Intensivstationen zum Thema Sterbehilfe/Sterbebegleitung, das selbe Personal - heute allerdings examiniert und

über längere Berufserfahrung verfügend - abweisend reagiert und sagt: " ...da möchte ich nichts zu sagen".

Für den Patienten und seine Angehörigen sind wir die Fachleute. Sie erwarten zu Recht von uns richtige Antworten auf ihre Fragen und eine angemessene Verhaltensweise. Sie sind uns ja im Krankenhaus mehr oder weniger ausgeliefert. Wer - wenn nicht wir als Pflegende - könnten ihnen Hilfe anbieten!? Hier gilt es noch erhebliche Defizite aufzuholen.

### **3.0 Verschiedene Formen der Sterbehilfe**

Immer mehr Menschen sagen heute, sie hätten ein " Recht auf den eigenen Tod ". Kommt man auf das Thema Sterben, wird schnell der Satz zu hören sein: " Ich möchte im Falle eines Falles nicht an irgendwelchen Schläuchen und Apparaten hängen, leiden und dahinvegetieren". In diesem Zusammenhang wird z. Zt. ein so genanntes "Patiententestament" diskutiert. Ein Schriftstück, in dem der Patient vorher festlegt, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Man erhofft sich dadurch einen weniger leidvollen Tod. An dieser Stelle möchte ich klar auf den Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe hinweisen.

#### **3.1 Euthanasie**

[grch.] = "schöner Tod".

*"urspr. Begriff aus der Philosophie der Stoa. Danach hatte der Mensch, wenn sein Leben durch Krankheit oder Gebrechlichkeit des Alters lebensunwert geworden war, das Recht auf Freitod. Da die spätere christl. Auffassung den Selbstmord u. die Tötung auf Verlangen verbot, wandelte sich der Begriff der E. in der ärztl. Ethik u. meinte die Möglichkeit des Arztes, dem Kranken das Sterben durch schmerzbesitzende Mittel zu erleichtern (Sterbehilfe). "* [4, S371]

##### **3.1.1 Passive Euthanasie**

Der Begriff "Euthanasie" tauchte zum ersten Mal im 5. Jahrhundert vor Christi auf. Platon gab ihm die Bedeutung "Guter Tod". Er setzt der ärztlichen Heilkunde eindeutige Grenzen und warnt nachdrücklich davor, durch Therapie dem Menschen ein langes und elendes Leben zu schaffen. Sozusagen: "*[..]dem Leben Jahre zugeben ohne den Jahren Leben geben zu können. "*[5, S.13] Wer keine Lebenskraft in sich hat, sollte demnach keine ärztliche Hilfe erhalten.

In der Renaissance werden diese Vorstellungen wieder aufgegriffen indem gesagt

wurde: " *Wenn die Krankheit nicht nur unheilbar ist, sondern außerdem noch unaufhörliche Schmerzen verursacht, dann sollen Priester und Behörden den Kranken beeinflussen, dass er von sich aus beschließt, nicht mehr länger dieses schmerzhaft Leiden zu ertragen.*" [6, S.13] Euthanasie ist also keine Erfindung unseres Jahrhunderts, sondern war über die Jahrhunderte schon immer vorhanden. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts war allgemein klar, Euthanasie darf nicht Lebensverkürzung heißen. Im Ansatz wurde aber schon sichtbar: Leidensverlängerung durch Lebensverlängerung. Bei der passiven Euthanasie geht es also darum, den Sterbeprozess nicht mehr zu verlängern und so das natürliche Geschehen zu respektieren.

### 3.1.2 Aktive Euthanasie - entschieden durch andere Personen

Mit Darwins Entwicklung der Evolutionstheorie fanden darwinistische Grundaussagen auch auf soziale Phänomene in der damaligen Gesellschaft Anwendung. "*Unter den Wilden werden die an Körper und Geist Schwachen bald eliminiert; die Überlebenden sind gewöhnlich von kräftigster Gesundheit. Wir zivilisierten Menschen dagegen tun alles mögliche, um diese Ausscheidung zu verhindern. Wir erbauen Heime für Idioten, Krüppel und Kranke'*[.....]*Niemand, der etwas von der Zucht der Haustiere kennt, wird daran zweifeln, dass dies äußerst nachteilig für die Rasse ist... ausgenommen im Falle des Menschen wird auch niemand so töricht sein, seinen schlechtesten Tieren Fortpflanzung zu gestatten.*" [7, S.16]

Darwin ging jedoch noch nicht so weit, dass er die Tötung von Schwachen befürwortete. Erst Rassenhygieniker wie der dt. Zoologe und Naturphilosoph Ernst **HAECKEL** und der engl. Naturforscher und Psychologe Francis **GALTON** trieben eine Radikalisierung dieser Thesen voran. Die Eugenik (Lehre von den schönen, guten Genen) entartete immer mehr zur "*[...]negativ Eugenik, also jener Teil der Rassenhygiene, der für die Vernichtung der "Minderwertigen" stand [...]*". Dies war Gedankengut, das **HITLER** und **HIMMLER** mit geringen Änderungen bereitwillig zur theoretischen Grundlage ihrer rassistischen Ideologie machten. [vgl. 8, S.17f] Von da aus war es nur ein kleiner Schritt in die Vernichtungslager. Mit Gründung der NS- Volkswohlfahrt (NSV) im Jahre 1932 erfolgte eine neue Definition der bis dahin geltenden Wohlfahrtspflege:

*-1.Die Wohlfahrtspflege wird nicht bestimmt durch das Wohl des einzelnen, sondern durch das der Gemeinschaft.*

*-2.Art und Maß der Unterstützung bestimmt sich nach der Würdigkeit des Unterstützten gemäß seiner Leistung für die Gesellschaft.*" [9, S363]

Diese Festlegung bestimmte die zukünftige Unterstützungswürdigkeit des einzelnen und zeigte die frühzeitige Zielrichtung der NS-Gesundheitspolitik. 1934 wurde eine eigene



NS-Schwesterschaft gegründet, da man überzeugt war, " [...] *dass der National-Nationalsozialismus nicht darauf verzichten kann, seine Einflussnahme auf eine so große und wichtige Berufsgruppe wie die Schwesternschaft auszudehnen [...] denn die Schwestern gehören zu dem Personenkreis, der einmal wichtige Aufgaben auf dem Gebiet der Volksgesundheitspflege mit zu erfüllen hat.*" [10, S.363 ]

Es war damit klar, dass Krankenpflege missbraucht und degradiert wurde. Schwestern und Pfleger mussten sich der Tötungsmaschine des Nationalsozialismus unterordnen. Alles geschah mit der "deutschen Gründlichkeit". Jede Berufsgruppe hatte ihre Arbeit dem "Wohl des Deutschen Volkes" zu widmen. Soldaten an der Front, Schwestern als Handlanger im Töten von "unwertem Leben".

Aber auch nach dem 2. Weltkrieg erschütterten uns Medienberichte von so genannten "Todesengeln". Kranken- und Hilfspflegepersonal, das eigenmächtig das Leben der ihnen anvertrauten schwerkranken Patienten beendete. Ich denke da an Berichte Ende der 80. Jahre, aus dem Krankenhaus Wien - Lainz, oder den Fall der Wuppertaler Krankenschwester Michaela R. Ihr wurde vorgeworfen, in den Jahren 1984 bis 1986 17 Patienten getötet zu haben. Sie verabreichte den Patienten Spritzen mit einer Mischung aus Catapresan ( blutdrucksenkendes Mittel) und Kaliumchlorid (lähmt den Herzmuskel). Die Anklage lautete hier auf Mord in 17 Fällen, die schließlich zur Verurteilung wegen Totschlages in fünf Fällen sowie versuchtem Totschlag, fahrlässiger Tötung und Tötung auf Verlangen in je einem Fall führte.

Hier entschied sich eine Person aus der Umgebung des Patienten ohne Wissen des Betroffenen zur aktiven Euthanasie. Im grundgenommen ist die aktive Euthanasie das Eingeständnis, unfähig zu echter Sterbebegleitung zu sein. Diese Unfähigkeit, einen anderen nicht seinen eigenen Tod sterben zu lassen, lässt sich nur dadurch überwinden, wenn wir uns immer wieder an die unverzichtbaren Werte des menschlichen Lebens erinnern und es aus dieser Grundhaltung heraus immer besser lernen, miteinander und füreinander Beistand zum Sterben zu leisten. [vgl. 24,S.269]

### **3.1.3 Aktive Euthanasie - entschieden durch die betroffene Person**

#### **•Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben**

Nachdem die nationalsozialistischen Grausamkeiten beendet waren, ruhte das Thema Euthanasie einige Jahre. 1962 fand das erste Mal wieder eine öffentliche Diskussion durch einen Gesetzesentwurf statt, wonach die "Tötung auf Verlangen" zwar strafbar, aber eine Strafmilderung für eine Tötung aus Mitleid (!) vorgesehen war. Er fand aber in der weiteren Gesetzgebung keine Beachtung.

Zehn Jahre nach diesem Wiederaufflackern der Diskussion über Sterbehilfe und Euthanasie, bildete sich Mitte der siebziger Jahre eine Bürgerinitiative für ein "humanes Sterben". Daraus entstand im November 1980 die "Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben" (**DGHS**). Sie hat ihren Sitz in Augsburg und konnte bis Januar 1990 über knapp 32000 Mitglieder verfügen. Sie gibt eine eigene Mitgliederzeitschrift mit dem Titel "Humanes Leben - Humanes Sterben" heraus. Ihre "Dienstleistungen" betreffen Verwaltungsaufgaben in Sachen Patientenverfügungen, den Versand von Suizidanleitungen nach einjähriger Mitgliedschaft und beinhalten ebenso Giftlieferungen ( in erster Linie Kaliumzyanid).

Die **DGHS** versteht sich als *"eine Bürgerrechtsbewegung, die das Selbstbestimmungsrecht des Menschen auch für seine Sterbephase verwirklichen will "[...] Sie tritt "[...] dafür ein, dass dieses Recht (auf Sterbehilfe, CS) auch dann respektiert wird, wenn eine Krankheit oder Siechtum unseren persönlichen Handlungsspielraum einengt oder eine Krankheit eingetreten ist, die zum Tode führt.[...] das Menschenrecht auf einen würdigen Tod schließt jede Fremdbestimmung aus.[...] Der einzelne muss abwägen dürfen, ob für ihn Lebensqualität oder Lebenslänge eine größere Bedeutung hat. "*

[11,S.82 ]

Was auf den ersten Blick wie eine humanitäre Hilfe aussah, entpuppte sich Medienberichten zufolge, als ein Geschäft mit Abhängigen. Denn für die Giftlieferungen wurden horrenden Summen verlangt und auch bezahlt. Durch Zunahme der Aktivitäten der **DGHS**, kam es zu einer Reihe von gerichtlichen Auseinandersetzungen, die vor allem von Behindertenverbänden, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Vertretern der Kirchen und einigen politischen Parteien angestrengt wurden. 1988 verlor die **DGHS** ihre Gemeinnützigkeit.

Jeder, der mit Sterbenden Erfahrung hat, kann bestätigen, dass diese Patienten ihre eigene Sterbesprache, eigene Symbolik haben. Es wäre ein großer Irrtum zu meinen, dass die Äußerung: " Ich halte das nicht mehr aus, bitte geben Sie mir doch etwas, damit alles ein Ende nimmt," grundsätzlich gleichzusetzen ist mit der Bitte um die tödliche Spritze. Vielmehr kommt hier der Wunsch nach mehr Sterbebeistand, um Linderung des Leidens und vielleicht auch nach Gemeinschaft zum Ausdruck. Und in den wenigen Fällen, wo der Patient mit dieser Bitte wirklich die tödliche Spritze meint, kann fast immer durch ein gutes Gespräch, sorgfältige Pflege und ärztliche Betreuung geholfen werden. Ich denke, dass die **DGHS** es sich oft zu leicht gemacht hat und weniger auf das eingegangen ist, was hinter dem Wunsch der Patienten stand. Dennoch bleibt in extremen Grenzfällen die Frage bestehen: Ist die aktive Verkürzung eines Sterbeprozesses ethisch vertretbar?

Eine andere Form Sterbende zu begleiten. finden wir in der:

### •Hospizbewegung

Hospiz = *"das Bemühen, Sterbeverläufe und das Lebensende gemäß individueller Bedürfnisse als gestaltbaren Prozess anzusehen, obwohl und weil der Ausgang unabänderlich ist."* [12,S.7] *"Hospizbewegung will das Leben erhalten bis es nicht mehr leben kann, aber sie will es auch lebenswert erhalten. Aktive Sterbehilfe ist ihr nicht akzeptabel."* [13, S.19]

Seit Ende des letzten Jahrhunderts gibt es in Großbritannien Kliniken für unheilbar Kranke. Ihren Ursprung hatten sie in den mittelalterlichen Armenasylen und Pilgerraststätten. In den sechziger Jahren wurden sie zu den bekannten "Hospizkliniken" umgewandelt. Als Beispiel sei hier das Hospiz St. Christopher genannt. Es verfügt über 62 Betten, 18 davon in Einzelzimmern. Hier arbeiten fünf Ärzte und neun leitende Schwestern. Es gibt 65 Krankenpflegeplanstellen. Außerdem sind dort Seelsorger, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten und viele ehrenamtliche Mitarbeiter beschäftigt. Das Ganze wirkt wie ein "freundliches Heim". Neben den pflegerischen Aufgaben spielt die Wissenschaft eine Rolle. Forschung zur Palliativen Medizin und psychologische Aspekte bei Kranken, Angehörigen und Pflegepersonal. Es finden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen statt.

Das Ziel der Hospizbewegung ist neben einer wirksamen Schmerzbekämpfung eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten in den letzten Tagen. Außer in Großbritannien gibt es Hospize in Kanada, USA, Australien, Neuseeland, Japan, Polen und Italien. In Deutschland kann man diese Kliniken an einer Hand abzählen. Da es nur wenige Hospize in Deutschland gibt, ist der Personenkreis, der aufgenommen werden kann, sehr klein. Es gibt daher grobe Richtlinien, die zur Aufnahme in ein Hospiz

berechtigen. Der Patient muss folgende Kriterien erfüllen: *"An einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, bei der die Therapie nicht anschlägt oder am Vollbild AIDS oder einer Erkrankung des Nervensystems mit fortschreitenden Lähmungen leiden, oder sich im Endstadium einer chronischen Erkrankung der inneren Organe (Niere, Herz, Leber oder Lunge) befinden."* [14,S.35 f]

### •ALPHA

ALPHA steht analog für Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender und Angehörigenbegleitung. Weiterhin wollen diese Beratungsstellen engagierten Mitbürgern, die selber Initiativen gründen wollen, unterstützen. Sie bieten und vermitteln Fort- und Weiterbildung, entwickeln Konzepte für unterschiedliche Einrichtungen auf dem

Gebiet der Sterbehilfe. Die Mitarbeiter kommen aus dem Pflegebereich: Kranken –und Altenpflege. Sehr viele von ihnen arbeiten ehrenamtlich in diesen Beratungsstellen. Die **ALPHA** - Stellen sind nicht konfessionsgebunden und orientieren sich sehr stark an dem Hospizgedanken: Sterbebegleitung. [vgl. 15, S.41f]

## **OMEGA**

**OMEGA** ist eine überkonfessionelle, weltanschaulich ungebundene Gemeinschaft. Sie will dazu beitragen, dass die Würde des sterbenden Menschen unter allen Umständen bis hin in die letzten Augenblicke seines Lebens unangetastet bleibt. Das Hauptziel von **OMEGA** ist, für die letzte Lebensphase eines Menschen Bedingungen zu schaffen, die ihm das Sterben in einer Umgebung und in einer Atmosphäre ermöglichen, die seiner Menschlichkeit angemessen ist (die Begleitung Sterbender zu Hause). **OMEGA** steht jedem Menschen, der dies aufgrund seiner Lebenssituation wünscht, zur Verfügung. Sie versteht sich nicht als weitere Hilfsorganisation oder gar Konkurrenz zu bestehenden Einrichtungen, sondern will mit allen, die gleiche Ziele verfolgen, zusammenarbeiten. [vgl. 16, S.51ff]

Der wesentliche Unterschied zwischen Hospizbewegung und dem Konzept der **DGHS**, besteht in der Hilfe zum Sterben bzw. Hilfe beim Sterben. Die **DGHS** versucht den Sterbeprozess zugunsten eines schnellen Todes abzukürzen. Sie ist sozusagen eine Antwort unserer heutigen, schnelllebigen Zeit. Die Hospizbewegung bemüht sich dagegen, die Menschen beim Sterben nicht allein zu lassen, ihm einen Raum zu geben. Ihr scheint dabei die Hektik und Schnelllebigkeit unserer Tage zu fehlen. Beides sind Reaktionen auf die Angst vor dem Sterben. [vgl. 17, S.103]

## **4.0 Sterbephasen nach E. Schuchardt [vgl.18, S.29ff]**

Folgende Darstellungen sind dem Buch "Warum gerade ich?" von Erika Schuchardt entnommen und gekürzt wiedergegeben. Aufmerksam wurde ich auf dieses Buch im Rahmen des Ethikunterrichtes.

### **4.1. Spiralphase 1 : Ungewissheit**

Die Nachricht, das Ereignis, der Unfall oder die Krankheit treffen einen Menschen wie der Blitz. Alles was bis dahin Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, gerät ins Wanken. Ob seine Pläne und Wünsche noch Sinn haben, ist auf einmal fraglich. Festgelegte Normen und ein geordnetes Leben sind bedroht. Der Betroffene ist in einem Zustand des Leugnens. Er kämpft um Freiraum durch Abwehr: "Es kann nicht wahr sein, was nicht wahr sein darf!"

Diese 1. Phase, die auch als die Eingang- oder Erkennungsphase beschrieben wird, unterteilt E. Schuchardt in drei typische Zwischenphasen.

#### **4.1.1 Zwischenphase: Unwissenheit**

Hier steht das Bagatellisieren im Vordergrund. .. Was soll das schon bedeuten ?". Es muss ja nicht gleich so schlimm kommen. Der Patient verschafft sich dadurch einen Freiraum. Mit zunehmenden Signalen und Wahrnehmungen aus der Umwelt verdichten sich diese Indizien aber und werden immer belastender.

#### **4.1.2 Zwischenphase: Unsicherheit**

Hat das doch etwas zu bedeuten 1" Aufkommende Zweifel können nun nicht mehr verneint werden. Durch die psychisch labile Gefühlslage kann der eigentliche Tatbestand nicht erkannt werden. Um die Realität zu akzeptieren, bedarf es viel Zeit. Oft haben an dieser Zwischenphase schon einige Umstehende, der Arzt, der Nachbar oder Ehepartner mehr von der Veränderung mitbekommen, als der Betroffene selber. Typisch für diese Phase ist, daß aus dieser zunehmenden Unsicherheit eben nicht die Fähigkeit erwächst, die Wahrheit zu erkennen.

### 4.1.3 Zwischenphase: Unannehmbarkeit

In dieser Phase kommt es zu einer selektiven Wahrnehmung. Es wird nur noch das gesehen, was gesehen werden soll, was der eigenen Beruhigung dient. .. Ja es ist so, aber..." oder" Das muss alles ein Irrtum sein..."

Es ist der letzte Versuch, vor der sich anbahnenden Gewissheit zu entfliehen. Am Ende dieser drei Zwischenphasen steht der unausgesprochene Wunsch nach erlösender Gewissheit. Damit der Spannung ein Ende gesetzt werden kann.

### 4. 2. Spiralphase 2: Gewissheit

Nun folgt unausweichlich die Gewissheit des Verlustes. Eine rationale Annahme der Wahrheit obwohl der Betroffene emotional in einer Welt der Hoffnung wider alle Hoffnung lebt. " Vielleicht ist alles doch nur ein Traum, aus dem es gilt aufzuwachen". Das Gespräch in dieser Phase ist wichtig, weil es [...] *"eine Verbindung zwischen der rationalen Erkenntnis und der emotionalen Befindlichkeit aufbaut* [...] .. und erhält. Allerdings muss die Bereitschaft dazu der Betreffende selber signalisieren. Er muss auch in der Lage, sein, die ihm übermittelte Wahrheit emotional auszuhalten und verarbeiten zu können. Dies ist Voraussetzung in die Überleitung zur :

### 4. 3. Spiralphase 3: Aggression

Wenn der Weg vom "Kopf zum Herzen" gefunden ist, kommt es zu vitalen Gefühlsausbrüchen. .. Warum gerade ich ?". Das Bewusstsein der eigenen Verletzlichkeit wird zur Qual. Da der eigentliche Auslöser der Aggression - die Krise selber - nicht fassbar ist, richtet sich alles an "Ersatzobjekte". Für Außenstehende scheinbar ohne ersichtlichen Grund entladen sich Gefühle des Betroffenen wie ein Ventil. So, wie in der Phase der Ungewissheit das falsch verstandene Schonen des Betroffenen durch die Wissenden die Leugnung verstärkt, führt in der Phase der Aggression, der falsch interpretierte Protest - also als persönliche Angriffe verstanden - zu einer Verstärkung der Aggression. Ohne angemessene Begleitung wird deutlich, in welche Richtung der Betroffene treibt.

- er erstickt geradezu in seiner Aggression, als passiver oder aktiver Selbstvernichtung.
- Isolierung durch feindliche Äußerungen der Umwelt.
- Resignation durch negative Gefühle.

#### **4. 4. Spiralphase 4: Verhandlung**

Es werden jetzt alle nur erdenklichen "Abschaffungsversuche" unternommen, um aus dieser Situation herauszukommen. Das gesamte Spektrum der medizinischen Möglichkeiten, von bekannten Kapazitäten bis hin zu Heilpraktikern wird genutzt. Oft werden dazu parallel "Wunder-Wege" eingeschlagen. Aufsuchen von Wallfahrtsorten, Ablegen von Gelübden oder eine totale Wandlung des eigenen Lebens. Alles unter der Bedingung: " Wenn, dann muss aber...!" Auch hier zeigt sich wie gefährlich es wird, wenn Betroffene ohne Begleitung gehen müssen. Es "[...] *kann in einem materiellen und geistigen Ausverkauf enden* [... ]".

#### **4. 5. Spiralphase 5: Depression**

Früher oder später erleben die Betroffenen ein Scheitern all ihrer Versuche, das Unvermeidliche abzuschütteln. Resignation macht sich breit. "Wozu, es hat ja doch alles keinen Sinn ...?" Verlust Erfahrung und zukünftige Lebensminderung bedeuten ein endgültiges Abschiednehmen von Hoffnungen und Utopien. Dies wird begleitet durch eine grenzenlose Traurigkeit. Diese Trauerarbeit dient zur Vorbereitung auf die anschließende:

#### **4. 6. Spiralphase 6: Annahme**

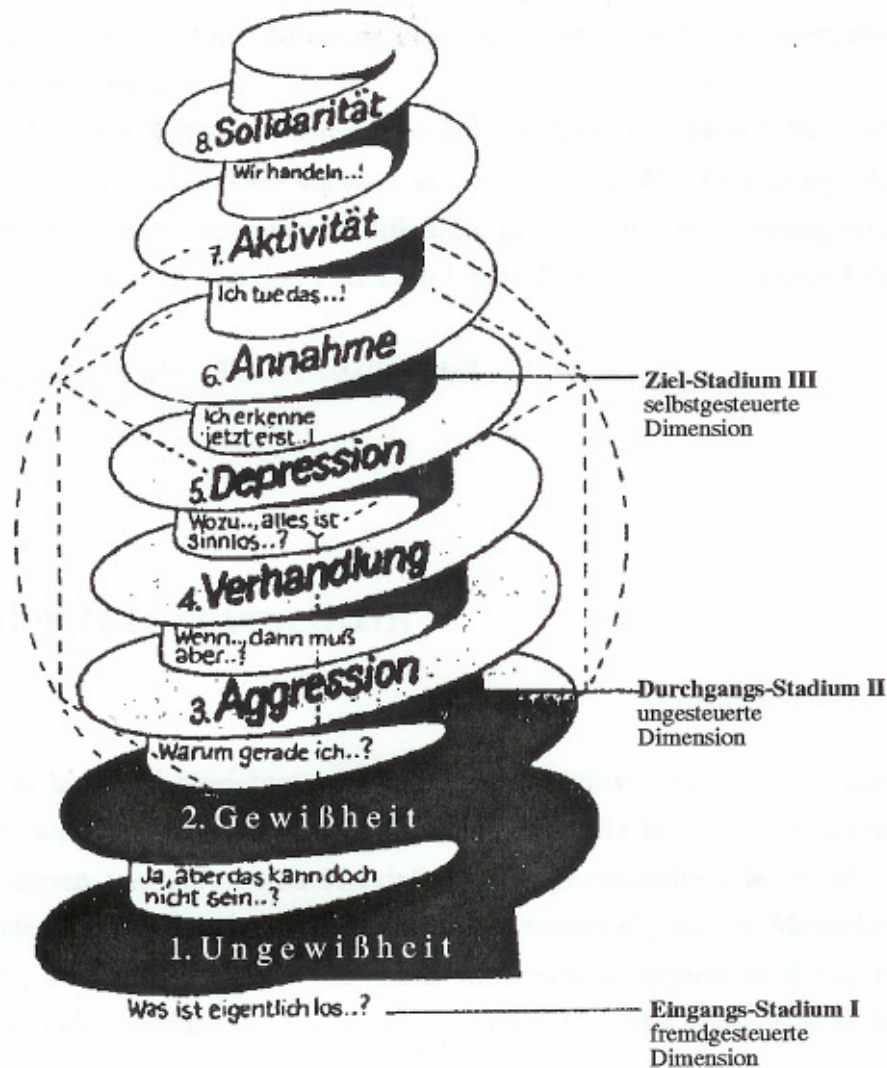
Typisch für diese Phase der Spirale ist das bewusste Wahrnehmen und Erfahren der eigenen Grenzen. Durch das vorausgegangene "Los-Lassen-Können" , ist der Betroffene bereit, sich Neuem zu öffnen. Eine Fülle von Wahrnehmungen, Erlebnissen und Erfahrungen bricht über ihm herein. " Jetzt erst bemerkte ich " Er erlebt nun nicht mehr gegen die Krise, sondern mit ihr. Annahme bedeutet hier nicht zustimmende Bejahung.

#### **4.7. Spiralphase 7: Aktivität**

Durch die Annahme werden neue Kräfte frei, die bisher im Kampf gegen sich selbst verbraucht wurden. Der Betreffende erkennt: "Entscheidend ist nicht, was ich habe, sondern was ich daraus mache". Es kommt zur Umgestaltung, zur Neubewertung von Werten und Normen.

## 4.8. Spiralphase 8: Solidarität

Werden Menschen in den beschriebenen Phasen adäquat begleitet, kann man beobachten, dass die eigene Behinderung in den Hintergrund rückt. Das "Um-sich-selber-drehen" hat ein Ende gefunden. Die Lösung heißt hier nicht: Erlöst werden von der Last, sondern aufgeben des Widerstandes gegen das scheinbar Unannehmbare. Die Betroffenen sind bereit, nun wieder selbst in der Gesellschaft verantwortlich zu handeln.



Krisenverarbeitung als Lernprozeß in acht Spiralphasen nach E. Schuchardt



Das Wissen um die Sterbephasen ist sicher gut und nützlich im Umgang mit Sterbenden.

Doch inwieweit kann mir dies bei der Behandlung von Patienten auf Intensivstation wirklich helfen? Denn hier habe ich das Problem dass der überwiegende Teil der Patienten akut in eine lebensbedrohliche Situation gekommen ist. Das Durchleben der einzelnen Phasen findet hier nur ansatzweise oder gar nicht statt. Zudem sehen viele Patienten überhaupt nicht den Ernst der Lage.

Ich erlebe diese Einstellung sehr häufig bei Infarktpatienten, die, wenn erst einmal ihre Schmerzen behandelt sind, meinen, nun sei alles wieder in Ordnung. Oft muss ich alle Überredungskünste anwenden, um ihnen klar zu machen, dass es eben seine Zeit dauert, bis ihr Herz sich wieder stabilisiert hat. Und es gibt auch dabei Krankheitsverläufe, die zum plötzlichen Tod führen. Herz- Kreislauf- Erkrankungen hatten wir auf unserer Intensivstation 1995 allein 654. Eine Zunahme gegenüber 1989 von 8.7%. Verstorben sind davon 1995 66 Patienten.

Jeder glaubt doch bis zum Schluss an seine "persönliche Unsterblichkeit". Passieren wird mir schon nichts Ernsthaftes. Den anderen ja, aber mir .....? Wer beschäftigt sich schon mit dem Sterben, wenn es ihm gesundheitlich gut geht? So tritt das Unausgesprochene - plötzlich und unerwartet - an den Patienten heran. Dann geht es in erster Linie um das Überleben.

Bei diesem Kampf, müssen wir jedoch feststellen, dass es Grenzen gibt.

## **5. Grenzen der Intensivmedizin**

Die Intensivstation hat zwei Gesichter. Einerseits das Positive, welches wir gerne Inanspruch nehmen, wenn wir persönlich betroffen sind: schnelle Hilfe in akut lebensbedrohlichen Situationen wie z.B. einen Herzinfarkt, Lungenembolie oder cerebrale Blutungen. Hier bietet die neuzeitliche Medizin alles, was notwendig ist, um Menschenleben zu behandeln, zu retten und zu verlängern. Andererseits kommt es durch die schweren Krankheitsbilder häufig zum Tod eines Patienten. Dadurch ergeben sich drei Probleme:

- die Definition des Todes
- die Frage nach der Lebensqualität
- Vereinsamung des Patienten

## 5.1 Die Definition des Todes

In der Antike galt ein Mensch als tot, wenn er aufhörte zu atmen. Mit zunehmenden Diagnosemöglichkeiten, wurde dies mit dem Herzstillstand neu definiert. Zurzeit haben sich die Mediziner geeinigt, den Eintritt des Todes auf den Gehirntod festzulegen. Diese Diagnostik findet bei uns auf der Station relativ spät statt. So kommt es, dass viele schwerkranke Patienten wochenlang an Beatmungsgeräten "hängen". Das Therapieprogramm läuft lange Zeit auf Maximum. Doch als Personal hat man den Eindruck: Hier wird ein Toter beatmet! Der Patient zeigt keinerlei Reaktionen mehr. Trotz intensiver Körperpflege "riechen" diese Patienten anders! Und irgendwie fragt man sich schon: was machen wir hier eigentlich? Welche Aufgabe, welchen Sinn hat das?

## 5.2 Die Frage nach der Lebensqualität

Ist die Definition des Todes schon schwer, wird die Frage nach der Lebensqualität noch schwieriger. Die DGHS geht davon aus, dass nur jeder Einzelne dies beurteilen kann. Richtig ist, eine Definition des Begriffes "Lebensqualität" kann nicht per Dekret verordnet werden. Ethische Werte und Normen können aber auch

nicht ganz vom gesellschaftlichen Umfeld getrennt betrachtet und entschieden werden. Durch die vielfältigen Möglichkeiten, die wir heute haben, ringen wir mit jedem neuen Schritt in Richtung Fortschritt dem Tod sein Terrain ab. Bei oberflächlicher Betrachtung der medizinischen Erfolge könnten Ärzte, Pflegepersonal und nicht zuletzt auch der Patient allzu leicht der Annahme



verfallen, alles sei machbar, alles heilbar, nur eine Frage der Zeit. Jeder Therapieerfolg verstärkt diese Illusion. Die Überwindung des Todes scheint in greifbare Nähe zu rücken. Ist es da verwunderlich, dass Ärzte in gut ausgestatteten Kliniken, ihre Patienten durch den gesamten Gerätepark schleusen? Der stetig wachsende Fortschritt im medizinischen Bereich macht es möglich, dass viele Patienten, die früher wenig oder keine Überlebenschancen hatten, gerettet werden können. Beim näheren Hinsehen wird aber deutlich, dass dadurch oft Menschen am Sterben gehindert werden. Fragwürdige Reanimationsmaßnahmen führen nicht selten zu Konflikten zwischen Ärzten und begleitendem Pflegepersonal. Jedoch selbst wenn

die Meinung des Pflegepersonals dazu gehört wird, liegt es letztlich im Entscheidungsbereich des behandelnden Arztes. In welchem Spannungsfeld die Mediziner stehen, machen folgende Zitate deutlich: *"Der Arzt hat seinem Patienten aus rechtlicher wie aus berufsethischer Sicht im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel die „best – mögliche Hilfe“ zu leisten. Die bedeutet: Er muss grundsätzlich alle ihm zu Gebote stehenden Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen. Ist eine Lebensrettung nicht möglich, so muss er sich um eine Lebensverlängerung bemühen.[...] Auch eine relativ kurze Zeitspanne, um die sich das Leben des Patienten verlängern lässt, kann für diesen eine höchst lebenswerte Frist bedeuten".[19, 8.4.21]* Die schärfste Formulierung dieser Auffassung gibt der Strafrechtslehrer BOCKELMANN , wenn er meint, der Arzt müsse das Äußerste zur Lebensverlängerung tun, selbst wenn es nicht nur um Jahre, sondern *"um Tage oder Stunden oder Minuten geht und wenn überdies das Leben in der kurzen Spanne Zeit, für die es sich noch erhalten lässt, nur ein klägliches, trostloses Leben sein kann, vielleicht nur ein Dahindämmern in dumpfer Bewusstlosigkeit". [ 20, 8. 4.2 ]*

Darf die Verpflichtung des Arztes zur Hilfeleistung, wirklich als Forderung verstanden werden, Lebensverlängerung um jeden Preis anzustreben?

### **5.3 Vereinsamung des Patienten**

Eine weitere Entwicklungsfolge unserer Intensivstationen liegt in der zunehmenden Vereinsamung und Isolierung der Sterbenden. Früher war das Leben kürzer, das Sterben schmerzvoller, dafür die Beteiligung der Mitmenschen größer. Heute sterben wir in der Regel mittels Schmerzbehandlung weniger qualvoll, durch die Intensivmedizin aber länger und die Anteilnahme am Sterbeprozess wird geringer. Viele Menschen liegen in ihrem Sterben allein auf den Intensivstationen und in den Altenheimen. In einer Untersuchung von ROSEMEIER wird deutlich, dass der Sterbende in erster Linie eine vertraute Umgebung und in zweiter Linie die Nähe von Freunden braucht. [vgl. 21, 8.156] Beides finden wir auf unseren Intensivstationen nur selten. Die relativ kurze Verweildauer lässt eine Identifizierung mit dem Patienten, ein Kennen lernen oft nicht zu. Hier sieht man sehr häufig nur noch den "Fall". Es erfolgt eine Distanzierung und gleichzeitig eine Hyperaktivität für ein wünschenswertes Erfolgserlebnis. Das normale Arbeiten auf einer Intensivstation ist von hoher Aufmerksamkeit für die vielen technischen Überwachungs- und Therapiegeräte geprägt. Oft verschwindet der Patient unter einem Berg von Geräten und Kabeln. Gerade für Besucher ist es immer wieder eine Horrorvorstellung ihre Angehörige unter solchen Umständen vorzufinden.

Außerdem sind durch Sedierung und Analgetika viele Patienten in einem Art Dämmer

zustand und für das Pflegepersonal nur noch bedingt zu erreichen. Wir müssen aber davon ausgehen, dass sedierte Patienten, ihr Umfeld wahrnehmen können und deshalb Zuwendung benötigen.

## 6.0 Psychische Belastbarkeit des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal auf den Intensivstationen ist im erhöhten Maße besonderen Anforderungen ausgesetzt. Diese können sein:

- ständiger Kontakt mit schwerkranken Patienten
- relativ hohe Sterblichkeitsrate der dort behandelnden Patienten und das Gefühl, in solchen Fällen nicht genügend getan zu haben
- häufiges Wechseln von Patienten durch kurze Liegezeiten ( bei uns auf Station durchschnittliche Liegezeit: 2.5 Tage), dadurch sehr oft nur unzureichender Kontakt zwischen Pflegepersonal und Patienten
- der Umgang mit verunsicherten, beunruhigten Angehörigen
- Hohe Erwartungshaltung von Seiten der Patienten und deren Angehörigen
- Kompetenz sowie unbedingte Einsatzbereitschaft.
- maximale pflegerische Leistung
- hohe Fluktuation der Mitarbeiter [vgl. 22, S. 837 ]

Auf unseren Intensivstationen ist es keine Seltenheit, an einem Tag mehr Leid und Sterben mitzerleben, als andere Menschen in ihrem ganzen Leben. Wen wundert es dann, wenn Mitarbeiter ihren persönlichen Schutzwall errichten und aufrechterhalten wollen. Es lässt sich unschwer erkennen, dass man damit an die persönlichen Grenzen des Mitarbeiters kommt. Somit wird deutlich, dass bei aller Aufmerksamkeit für den uns anvertrauten Patienten, die Pflege für die Pflegenden nicht fehlen darf.

Regelmäßige Gespräche - im Team oder einzeln - mit den Mitarbeitern und den Ärzten, können helfen, rechtzeitig Spannungen und Missverständnisse abzubauen, ebenso wie ein neu organisierter Stationsablauf, wo es gilt Arbeitsspitzen zu vermeiden. Andere Arbeitszeitmodelle sollten überlegt werden sowie Fort- und Weiterbildung zum Thema Sterbebegleitung.

Wir versuchen bei uns die Gemeinsamkeit nicht mit Dienstschluss zu beenden, sondern im privaten Bereich weiter auszubauen. Denn gerade hier sind die Mitarbeiter bereit, mehr von sich zu erzählen. Gespräche unter diesen Bedingungen sind wesentlich intensiver und nachhaltiger.

## 7.0 Aufstellung von Hypothesen

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen und meinen persönlichen Erfahrungen, möchte ich folgende Hypothesen aufstellen.

1. Unsere Krankenpflegeausbildung beinhaltet nur wenig Hilfreiches zur Thematik Sterbebegleitung und Hilfe für Patienten in Krisensituationen. Der Stundenanteil ist zu gering.

2. Durch Unterbesetzung und/oder Überlastung auf den Stationen, bleibt nur wenig Zeit, auf sterbende Patienten einzugehen!

3. Pflegende fühlen sich im Umgang mit Sterbenden oft hilflos und unwohl

4. Fragen und Wünsche der Patienten werden in ihrer Therapie wenig berücksichtigt

5. Sterbebegleitung ist auf einer Intensivstation nur bedingt möglich.

## 8.0 Entwicklung eines Fragebogens

Um meine Hypothesen zu bestätigen entschied ich mich, einen Fragebogen einzusetzen. Fragebögen stehen Viele im Allgemeinen sehr skeptisch gegenüber. Häufig sind sie sehr umfangreich und kompliziert. Auch werden persönliche Daten erfragt, die eine Anonymität nicht gewährleisten. Dadurch wird ein ehrliches Ausfüllen und Beantworten unwahrscheinlich, es findet kein hoher Rücklauf statt. Ich habe mich deshalb dazu entschlossen, nur wenige, einfache Fragen zu stellen. Sie sollen durch ankreuzen beantwortet werden. Zu jeder Frage wird die Möglichkeit gegeben, freiformulierte Antworten zu geben. Dadurch können Meinungen, Kritik und Verbesserungen mit einfließen.

Nachdem die Fragen entworfen waren, stellte ich die Fragebögen persönlich auf den beiden Intensivstationen unseres Hauses vor und teilte jeweils 20 Bögen an die Mitarbeiter der betreffenden Station aus. Die Gruppe der Befragten setzt sich aus Pflegepersonal mit langjähriger Berufserfahrung (im Durchschnitt 7.5 Jahre) im Umgang mit schwerkranken Patienten zusammen.

### 8.1 Auswertung der Fragebögen

Interessanterweise gab ein großer Teil (57.5%) der Angesprochenen an, sie hätten mit diesem Thema ihre persönlichen Schwierigkeiten und wären deshalb nicht bereit die Bögen auszufüllen. So kamen von den insgesamt 40 Bögen 17 (42.5%) zur Auswertung.

**1. Sind Sie durch ihre Krankenpflegeausbildung auf die Thematik Sterbebegleitung vorbereitet worden?**

<b>Ja</b>	<b>Weniger</b>	<b>Nein</b>	<b>keine Angaben</b>
47,06%	41,18%	11,76%	0%

Begründungen:

- im Unterricht wurde das Thema Sterbebegleitung zwar theoretisch (von 1 Std. bis 10 Std.) an Hand von Fallbeispielen, Erfahrungsberichten durchgenommen, leider konnte man diese Vorbereitung praktisch schlecht nutzen.
- Examen 1977, war in der Zeit nicht üblich
- Tabuthema "Sterben", möglichst keine Berührung

## 2. Haben Sie auf Ihrer Station ausreichend Zeit für die Betreuung von sterbenden Patienten?

	<b>Ja</b>	<b>Weniger</b>	<b>Nein</b>	<b>keine Angaben</b>
	17,65%	58,82%	17,65%	5,88%

### Begründungen:

- hohe Arbeitsintensität, wenig Personal. Versorgung der anderen Patienten muss gewährleistet bleiben, es gibt keine Möglichkeit eine Pflegekraft dafür abzustellen
- beatmete Patienten sind sediert, können Sterbehilfe kaum bewusst wahrnehmen, werden oft vor der Sterbephase verlegt, meist als Pflegefälle
- Anzeichen des Todes sind bei einem Akutfall nicht vorhersehbar
- bei hohem Arbeitsanfall sterben die Patienten oft "nebenbei" ohne intensive Betreuung

### aber auch:

- durch Monitoring hat man eher die Möglichkeit den Tod zu erkennen
- Sterbebegleitung ist möglich, weil relativ viel Personal bei wenig Patienten. Dadurch eine intensive Betreuung

## 3. Fühlen Sie sich im Umgang mit sterbenden Patienten häufig:

	<b>Ja</b>	<b>Weniger</b>	<b>Nein</b>	<b>keine Angaben</b>
hilflos	35,29%	35,29%	23,54%	5,88%
unwohl	35,29%	35,29%	17,56%	11,77%
sicher	23,54%	41,16%	17,65%	17,65%

### Begründungen:

- Abkapselung, um sich selber nicht so stark zu belasten.
- Gedanken an das eigene Sterben werden nicht zugelassen.
- Tod ist immer mit etwas Negativem behaftet, wer fühlt sich in einer negativen Situation schon wohl?
- unfähig zu trösten
- der Tod kommt häufig überraschend
- bei jungen Patienten ist es wesentlich schwieriger
- Patienten werden von ärztlicher Seite über ihr Sterben kaum aufgeklärt
- zum Leben gehört Geburt und Tod
- abhängig von der anfallenden Arbeit

#### 4. Fühlen Sie sich im Umgang mit Patientenangehörigen häufig:

	Ja	Weniger	Nein	keine Angaben
hilflos	17,65%	35,29%	29,41%	17,65%
unwohl	52,94%	35,29%	5,88%	5,88%
sicher	35,29%	41,18%	5,88%	17,65%

#### Begründungen:

- Trost zusprechen ist möglich, weil die meisten Angehörigen durch die oft lange Krankheit ihres Angehörigen sich mit dem Gedanken schon befasst haben
- oft fehlen die richtigen Worte, man möchte nicht verletzen
- kommt auf die Anforderung an, die die Angehörigen an uns stellen
- abhängig von der Reaktion der Angehörigen. Hysterie ist schwer beherrschbar
- wenn Information vom Arzt an die Angehörigen erfolgt ist, kann ich auf sie eingehen

#### 5. Ist nach Ihrer Meinung in unserem Haus dafür gesorgt, dass sterbende Patienten eine angemessene Betreuung erhalten?

	Ja	Weniger	Nein	keine Angaben
	17,65%	47,06%	35,29%	0%

#### Begründungen:

- Personalmangel
- zu wenig Zeit
- der Seelsorger ist dafür verantwortlich
- keine angemessene Schulung für die Betreuung vom Sterbenden, Räumlichkeiten fehlen, keine Ruhe durch Notfallsituationen anderer Patienten
- die Möglichkeit ist gegeben, wird aber zu wenig in Betracht gezogen
- Patienten sterben oft allein



## 6. Finden Fragen und Wünsche der uns anvertrauten Patienten in der Therapie Berücksichtigung?

Ja	Weniger	Nein	keine Angaben
23,53%	47,06%	29,41%	0%

### Begründungen:

- Ärzte fühlen sich nicht dafür verantwortlich, wenig Aufklärung durch Ärzte ignorieren Wünsche der Patienten, sprechen Patienten oft erst gar nicht an
- Patienten werden gegen ihren Willen behandelt ( Beatmungen, Reanimationen)
- Ansprechpartner sind überwiegend Schwestern/Pfleger

### aber auch:

- sie werden berücksichtigt, wenn sie realisierbar und einsehbar sind

## 7. Halten Sie Sterbebegleitung auf Ihrer Station überhaupt für durchführbar?

Ja	Weniger	Nein	keine Angaben
64,71%	29,41%	0%	5,88%

### Begründungen:

- individuell sehr unterschiedlich und abhängig von der Personalbesetzung, Bettenbelegung, Bewusstseinslage des Patienten, Einstellung des Personals und welcher Arzt gerade Dienst hat
- es müsste eine bessere Schulung und Vorbereitung des Personals erfolgen Ausschaltung von Störfaktoren (ungeeignete Räume, Hektik, Lautstärke, Mitpatienten)
- Aufgabe des Krankenhausseelsorgers oder Pastors

**8. Was wären für Sie wichtige Aspekte der Sterbebegleitung?**

1. Die Angehörige wollten 23.52 % einbezogen wissen
2. Für die Pflege von Sterbenden meinten 15.69%, sie brauchten mehr Zeit
3. Den Kontakt mit dem Patienten aufrechterhalten und Gespräch über das Sterben führen, war für 9.84% wichtig
4. Schmerzfreies Sterben galt für 9.80% als erforderlich
5. Die Wichtigkeit eines Seelsorgers in der Sterbebegleitung sahen 7.84%
6. Die richtigen Räumlichkeiten, eine angemessene Umgebung war für 7.84% notwendig
7. Eine bessere Anleitung im Umgang mit Sterbenden wollten 7.84%
8. Unnötige Pflegemaßnahmen vermeiden 7.84%
9. Das behandelnde Team sollte sich für 3.92% der Mitarbeiter einig sein
10. Auf die Wünsche der Patienten eingehen, hielten 3.92% für bedeutsam
11. Religion und Glaube war für 1.95% relevant

## 8.2 Vergleich der gewonnenen Ergebnisse mit meinen Hypothesen

### **Hypothese 1:**

Unsere Krankenpflegeausbildung beinhaltet nur wenig hilfreiches zur Thematik Sterbebegleitung und Hilfe für Patienten in Krisensituationen. Der Stundenanteil ist zu gering.

47.06% gaben an, zum Thema Sterbebegleitung Unterricht erhalten zu haben. Allerdings konnte dieses Wissen nicht in der Praxis umgesetzt werden. Dem Einzelnen war es grundsätzlich zu wenig Unterricht. 55.94% waren der Meinung wenig oder gar nicht auf diese Thematik vorbereitet worden zu sein. Neben dem Fach Ethik enthält der Lehrplan auch: Verhalten bei Todesfällen. Leider sind die Einzelstunden nicht aufgelistet.

[vgl. 23, S. 29ff] Das würde meine Hypothese stützen.

### **Hypothese 2:**

Durch Unterbesetzung und / oder Überlastung auf den Stationen, bleibt nur wenig Zeit, auf sterbende Patienten einzugehen!

Über 70 % der befragten Mitarbeiter gaben an, weniger oder gar keine Zeit für sterbende Patienten in ihrem täglichen Arbeitsablauf zu haben bzw. sich zu nehmen. Hier sehe ich meine Hypothese bestätigt. Allerdings scheint mir das Argument, keine Zeit zu haben, nur vorgeschoben zu sein. Die eigentliche Ursache liegt wo anderes. Das wird deutlich, wenn man weiteren Antworten hinzuzieht.

### **Hypothese 3:**

Pflegende fühlen sich im Umgang mit Sterbenden oft hilflos und unwohl.

70.58% fühlen sich im Umgang mit sterbenden Patienten hilflos und unwohl, 23.54% würden ihrer Begegnung mit diesen Patienten als sicher bezeichnen. Als Begründungen für die eigene Hilflosigkeit steht der Versuch, diesen Situationen aus dem Weg zu gehen. Darin sehe ich den eigentlichen Grund, wenn gesagt wird, wir haben keine Zeit für die Betreuung von sterbenden Patienten. Die Auseinandersetzung mit dem Tod und Sterben des Anderen, lässt mich, wenn es nicht oberflächlich geschehen soll, zwangsläufig an den eigenen Tod denken. Man möchte den Gedanken nicht zu nahe an sich heran lassen. Auch dies Teilergebnis würde meine 3. Hypothese bestätigen.

**Hypothese 4:**

Fragen und Wünsche der Patienten werden in ihrer Therapie wenig berücksichtigt

Ja	Weniger	Nein	keine Angaben
23,53%	47,06%	29,41%	0%

Die Mehrheit der Mitarbeiter wünscht sich eine bessere Aufklärung und mehr Beachtung der Patienten durch die Ärzte. Einige sind der Meinung, dass Patienten auch gegen ihren Willen behandelt werden! (Beatmungen, Reanimationen). Das Ergebnis deckt sich mit meiner Hypothese.

**Hypothese 5:**

Sterbebegleitung ist auf einer Intensivstation nur begrenzt möglich

Erstaunlicherweise gaben 64.71 % der Mitarbeiter an, dass sie eine Sterbebegleitung auf ihrer Station für durchführbar halten. Keiner war der Meinung es sei nicht durchführbar. Hier finde ich keine Übereinstimmung mit meiner 5. Hypothese.

## 9.0 Zusammenfassung

Es ergeben sich für mich vier Schwerpunkte in der Begleitung von Sterbenden auf der Intensivstation:

### 1. Zeit haben für Gespräch

Drei Dinge erschweren diese Gespräche auf der Intensivstation:

- Patienten haben aufgrund ihrer akuten, lebensbedrohlichen Erkrankung kaum die Zeit, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen. Das Auftreten eines Herzinfarktes, einer Embolie oder einer Hirnblutung, konfrontiert sie plötzlich mit der Möglichkeit des Sterbens. Das Durchleben der einzelnen Sterbephasen kann, wenn überhaupt, nur ansatzweise stattfinden. Ist die Lebensbedrohung so massiv, zählt für uns einzig und allein das Bemühen diesen Patienten zu retten.
- Hinzu kommt, dass die Kranken häufig Medikamente bekommen, die ihre Urteilsfähigkeit und Orientierung beeinflussen. Das reicht von starker Sedierung bei Beatmungspatienten bis zur völligen Bewusstlosigkeit von Reanimationspatienten. Eine Kontaktaufnahme oder ein Gespräch ist unter diesen Bedingungen nicht möglich.
- Kurze Liegezeiten (durchschnittlich 2.5 Tage auf unserer medizinischen Intensivstation) lassen nur einen begrenzten Kontakt zwischen Pflegepersonal und Patienten zu. Gespräche über Sterben und Tod brauchen ein Vertrauensverhältnis. In dieser kurzen Zeit gelingt das nicht immer.

Trotzdem versuche ich, mit orientierten Patienten über ihre augenblickliche Lage zu sprechen. Ich halte nichts von einem mitleidigen: "Es wird schon wieder werden". Damit belügt man nicht nur die Patienten, sondern auch sich selber. Die Frage, "Haben Sie Angst vor dem Sterben?" bietet eine bessere Einstiegsmöglichkeit. Patienten, die sich auf diese Frage einlassen, sind oft erleichtert, ihre Ängste ausdrücken zu können.

Auch Diagnose und Prognose können Anknüpfungspunkte für solche Gespräche sein. Die Aufklärung des Patienten ist allein Aufgabe des Arztes, doch danach verbleiben oft Fragen und Befürchtungen, die überwiegend dem Pflegepersonal anvertraut werden. Hier versuche ich zu vermitteln und Nachgespräche zu führen.

### 2. Leiden Lindern

Oft ist die Endphase mit physischen Schmerzen verbunden. Dann heißt Sterbebegleitung, dem Patienten durch geeignete Medikamente Linderung zu verschaffen. Menschliches Sterben ist Sterben, in dem physischer Schmerz nicht vollkommen die Situation bestimmen darf. Leiden lindern bedeutet aber auch, dass Leiden nicht unnötig zu verlängern. Aktive Sterbehilfe zu

betreiben, wie in dem erwähnten Fall der Michaela R, ist für mich hier jedoch nicht akzeptabel.

Therapie ist die Möglichkeit der Medizin, dem hilfeschuchenden, leidenden Patienten die bestmögliche Hilfe anzubieten. Es kann sich immer nur um ein Angebot, das wir dem Patienten machen, handeln und darf nie zum Selbstzweck werden. Ein Angebot kann ein Mensch aber auch ablehnen. Diese Ablehnung sollten wir respektieren! Helfen kann heißen, wir anerkennen das Schlussendliche, Unabwendbare.

Ich möchte darum mehr zwischen Arzt und Patienten vermitteln. Die Wünsche und Fragen, die dem Patienten auf der Seele liegen an den behandelnden Arzt weiterleiten. Dafür sorgen, dass Sterbende in mir einen Ansprechpartner für ihre Angelegenheiten finden.

### **3. Angehörigenbetreuung**

Sterbende Patienten sollten von ihren nächsten Angehörigen rund um die Uhr besucht werden können. Doch der Aufenthalt auf einer Intensivstation kostet viele Menschen große Überwindung. Das Piepen von Monitoren und medizinischen Geräten bildet eine ständige Geräuschkulisse und verunsichert zusätzlich. Hier sind wir als Pflegekräfte aufgefordert, die Angehörigen zu ermutigen, immer wieder zu kommen.

Das Abschiednehmen von einem lieben Menschen bedeutet eine enorme psychische Belastung. Einfühlungsvermögen und Anteilnahme sind von uns gefordert.

Ungezielte Bewegungen, ein Verziehen des Gesichtes beim Umlagern oder ein Hustenreflex bei Beatmeten, lassen in einem Laien den Eindruck entstehen, der Patient hätte Schmerzen. Der Hinweis für Angehörige, dass es sich hierbei um Reflexe handelt und evtl. Schmerzen durch Medikamente weitgehend ausgeschaltet sind, ist deshalb wichtig.

Wir sollten Gelegenheiten schaffen, in denen Sterbende mit ihren Angehörigen ungestört sind und sich unbeobachtet fühlen. In solchen Situationen muss es auch mal möglich sein, die Routearbeiten für einen Augenblick zu unterbrechen. Ich ermutige immer wieder dazu, mit dem Patienten zu sprechen, selbst wenn der Betreffende scheinbar nichts mehr wahrnimmt. Viele Angehörige bestätigten mir im Nachhinein, wie gut es ihnen tat, sich so einiges von der Seele zu reden.

### **4. Sich selber mit dem Sterben auseinandersetzen**

Die Begegnung mit dem Tod und die Konfrontation mit menschlichen Grenzsituationen fällt dem Intensivpersonal nicht leichter als anderen Gruppen. Es gibt kein Patentrezept! Auseinandersetzung kann heißen:

- Im Zimmer bleiben, sich den unangenehmen Fragen des Patienten oder deren Angehörigen zu stellen.

- Es kann aber auch bedeuten, dass ich "nur" Zuhörer bin.

Wichtig ist, nicht auszuweichen. Stellen wir uns dieser Problematik, werden wir mit unseren eigenen, verdrängten Todesängsten - die in jedem von uns steckt - konfrontiert. Fragen wie: "Woher komme ich?", "Wohin gehe ich?", "Gibt es ein Leben nach dem Tod?", "Bin ich zum Sterben bereit?" werden laut.

Vielleicht haben wir den Eindruck, dass wir mit solchen Fragen unser Leben überschatten und freudlos machen. Ich meine nicht! Eher ist es umgekehrt: Wer ernsthaft sein eigenes Sterben im Blickfeld hat und konkret damit rechnen lernt, findet die wahre

Einstellung zum Leben. Er erfährt eine Umwertung aller irdischen Werte und empfängt eine neue und vertiefte Qualität des Daseins:

- In Frieden leben wird wichtiger als Geld!
- Geben wird wichtiger als Habenwollen!
- Menschen werden wichtiger als Dinge!

Am Tod muss jeder vorbei, hier gibt es keinen anderen Weg, keine Alternative. Wohl aber zum Sterben. .. Anders Sterben". Durch meinen Glauben an Jesus Christus habe ich einen Weg gefunden, mit dem sterbenden Patienten ins Gespräch zu kommen. Dieser Glaube gibt mir persönlich immer wieder Trost und Kraft und ist mir darum eine Hilfe in der Begegnung mit sterbenden Patienten.

Anhand dieser Ausarbeitung ist es mir erneut bewusst geworden, in welcher Verantwortung ich stehe und möchte mich deshalb verstärkt diesen Patienten auf meiner Station widmen.



Bei aller Schwierigkeit, die das Thema ..Sterbebegleitung" enthält, darf eins nämlich nicht fehlen; die praktische Umsetzung. Begleiten wir den sterbenden Patienten auf unserer Station oder glauben wir nur an eine gute Sterbebegleitung? Wir dürfen nicht bei den Aufsätzen stehen bleiben!

## 10.0 Literaturverzeichnis

- 1 **DIE SCHWESTER – DER PFLEGER**, 27. Jahrgang 5/88
- 2,3,5,6,7,8,11,17,21 **C. STADLER**: *Sterbehilfe – gestern und heute*, Bonn, 1991
- 4 **BERTELSMANN**, *Das moderne Lexikon*, München, 1978
- 9,10 **DIE SCHWESTER – DER PFLEGER**, 29. Jahrgang 5/90
- 12,13,15,16 **K. DANTZER**: *Palliativmedizin-Hospizarbeit-Sterbekultur*, Loccum, 1995
- 14 **J. SCHMIDT –H.MAY**: *Anders sterben*, Loccum, 1993
- 18 **E. SCHUCHARDT**: *Warum gerade ich?*, Göttingen, 1993
- 19,20 **P. LAWIN**: *Praxis der Intensivbehandlung*, Stuttgart, 1981
- 22 **DIE SCHWESTER – DER PFLEGER**, 29. Jahrgang 10/90
- 23 **KUSTENBACH-GOLOMBECK-SIEBERS**: *Krankenpflegegesetz*, Köln, 1986
- 24 **C:M: GENEWEIN – P. SPORKEN**: *Menschlich sterben*, Düsseldorf, 1979



## 11.0 Schriftliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Hausarbeit von mir eigenständig erstellt wurde und nur die angegebene Literatur benutzt wurde.

08.03.1996

.....

Datum

Hans-Herbert Leja

.....

Unterschrift

## Fragebogen zum Thema Sterbebegleitung auf der Intensivstation

Das Thema Sterbehilfe, Sterbebegleitung ist ein sehr sensibles Thema. Um mir hier ein besseres Bild zu verschaffen, möchte ich im Rahmen meiner Facharbeit, Auskunft erhalten, in wie weit es in unserem Krankenhaus möglich ist, sterbende Patienten die nötige Hilfestellung und Begleitung zu geben. Dazu soll unter anderem dieser Fragebogen dienen. Die Angaben bleiben dabei völlig anonym.

	zutreffend		
	JA	weniger	NEIN
<b>1. Sind sie durch ihre Krankenpflegeausbildung auf die Thematik Sterbebegleitung vorbereitet worden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>2. Haben Sie auf Ihrer Station ausreichend Zeit für die Betreuung von sterbenden Patienten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>3. Fühlen Sie sich im Umgang mit sterbenden Patienten häufig</b>  hilflos? unwohl? sicher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>4. Fühlen Sie sich im Umgang mit deren Angehörigen häufig</b>  überfordert? unwohl? sicher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>5. Ist nach Ihrer Meinung in unserem Haus dafür gesorgt, dass sterbende Patienten eine angemessene Betreuung erhalten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>6. Finden Fragen und Wünsche der Patienten in deren Therapie Berücksichtigung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>7. Halten Sie eine Sterbebegleitung auf Ihrer Station überhaupt durchführbar?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:.....			
.....			
<b>8. Was wären für Sie wichtige Aspekte der Sterbebegleitung? Nennen Sie min. 3</b> ..... ..... .....			