

Unser Thema in diesem Heft: Vernetzt mit Pflegeheim und Krankenhaus

Liebe Mitglieder und Freunde der Hospizbewegung!

„Hospizarbeit ist Vernetzungsarbeit“ so wurde mir schon gesagt, als wir unseren Hospizverein gründeten. Anfangs war mir die Bedeutung dieses Satzes nicht klar. Ich ahnte zwar, dass viele Personen unterschiedlicher Profession zusammenarbeiten müssen, um Menschen in ihrer letzten Lebensphase gut beraten, versorgen und begleiten zu können, aber inzwischen weiß ich, wie gut es tut, dass wir nicht allein dastehen.

Wir sind Mitglied im Hospiz- und Palliativverband Hessen und bekommen von dort alle Informationen über gesetzliche Änderungen und die Förderung durch die Krankenkassen. In der Arbeitsgemeinschaft Trauerseelsorge und der Arbeitsgemeinschaft Hospiz der Evangelischen Kirche, deren Vorsitzende ich seit einigen Jahren bin, tauschen wir uns

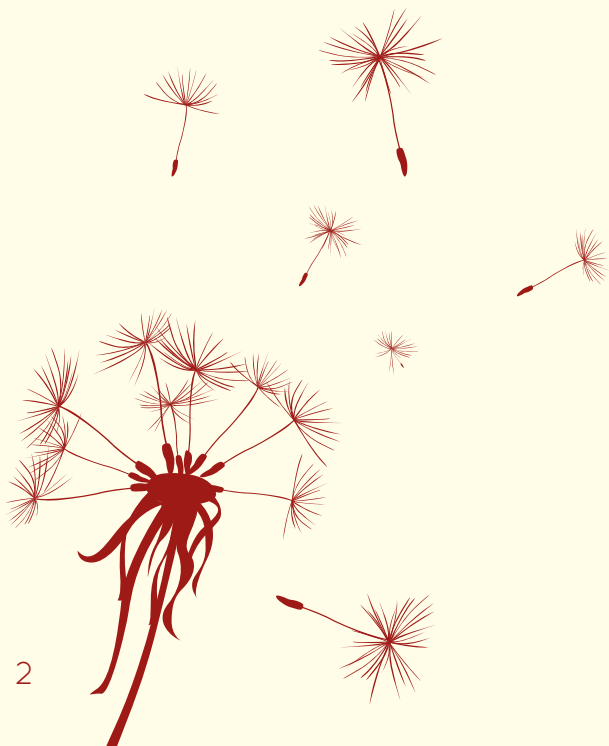
mit anderen Hospizgruppen aus und nehmen an diversen Studientagen zur Fortbildung der Hospizbegleiter und Begleiterinnen teil. Ganz wichtig ist uns die Zusammenarbeit im Hospiz- und Palliativnetz Wiesbaden, weil ja das Zentrum für ambulante palliative Versorgung (ZAPV) aus Wiesbaden die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in unserer Region übernommen hat.

Denn nur dort, wo auch die medizinische und pflegerische Betreuung gesichert ist, können die Menschen in ihrer letzten Lebensphase gut versorgt zuhause bleiben. Wenn nämlich Komplikationen auftreten und dann nachts oder am Wochenende der Hausarzt nicht zu erreichen ist, erfolgt häufig über den Notarzt eine Einweisung ins Krankenhaus.

Fortsetzung auf Seite 2

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen.....	3
Rückblick auf eine Schulung im Pflegeheim	4
Begegnungen.....	6
Unsere Grundsätze	7
Dienstgespräch im Pflegeheim.....	8
Keine Einbahnstraße – Manchmal muss das Krankenhaus sein.....	10
Buchtipps	11
Diskussion über die Zukunft der Pflege	12
Termine 2018, 1. Halbjahr.....	15
Impressum	15
Wanderung für Trauernde.....	16



Fortsetzung von Seite 1

Sind die Menschen aber in einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, können sie jederzeit Hilfe bekommen, denn rund um die Uhr haben Palliativärzte und Palliativpflegefachkräfte Rufbereitschaft, und sind in kürzester Zeit beim Patienten. Dadurch bleibt den Sterbenden oftmals der Stress einer Einweisung ins Krankenhaus erspart.

Zum Palliativnetz gehören auch eine Psychologin und Seelsorgerinnen, da immer wieder einmal eine psychologische Beratung, ein seelsorgerliches Gespräch oder ein Gebet gewünscht werden, und manche um die Sterbesakramente oder einen Sterbesegen bitten. Auch viele Angehörige sind froh, wenn die Hospizseelsorgerin oder die GemeindepfarrerInnen am Bett des Verstorbenen ein Gebet sprechen oder eine Aussegnung vornehmen und tröstende Worte für die Trauernden finden. Durch Rituale können sie den Sterbenden und ihren Angehörigen Halt geben und ihnen in Gesprächen ihre Angst und Unsicherheit nehmen. Wenn der Abschied durch Gebet und Segen eine Struktur bekommt, fällt es vielen Angehörigen leichter, in der Sterbestunde da zu bleiben, das Sterben mitzuerleben und eine oft ihr ganzes Leben prägende positive Erfahrung zu machen.

Seit Jahren gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den Hospizen in unserer Region, also mit Advena in Erbenheim, Arche Noah in Niederreifenberg, St. Ferrutus in Taunusstein und dem Hospiz Lebensbrücke in Flörsheim. Dort absolvieren unsere HospizbegleiterInnen während der Ausbildung ihr Praktikum und sammeln erste Erfahrungen in der Begleitung Sterbender. Dorthin vermitteln wir auch Menschen, die aus den verschiedensten Gründen nicht bis zum Tod zuhause versorgt werden können. Mit dem Idsteiner Krankenhaus sowie den Pflegeheimen aus unserer Region haben wir Kooperationsverträge abgeschlossen und arbeiten eng mit ihnen zusammen.

In diesem Wegbegleiter finden Sie unterschiedliche Berichte unserer Netzwerkpartner, die uns Einblick in ihre Tätigkeit gewähren und uns helfen können, ihre Situation besser zu verstehen.

Ich wünsche Ihnen, liebe Mitglieder und Freunde, viel Freude beim Lesen und bin gespannt auf Ihre Rückmeldungen, Fragen oder Anregungen.

Mit herzlichen Grüßen
Heinke Geiter

Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen

In den letzten Monaten haben wir mit den Pflegeheimen in unserer Region Verträge geschlossen, und gemeinsame Ziele formuliert:

Die Bewohner sollen so selbstbestimmt wie möglich und in Würde ihre letzte Lebenszeit verbringen und gut begleitet und optimal versorgt sterben dürfen. Wir haben verbindlich festgehalten, wie wir die Zusammenarbeit in der Zukunft gestalten und den Vertrag mit Leben füllen wollen. Dabei ist uns deutlich geworden, unter wie unterschiedlichen Bedingungen Pflegeheime und Hospize arbeiten.

Die Pflegeeinrichtungen sind hierarchisch aufgebaute Organisationen und den Bedingungen des Marktes unterworfenen Wirtschaftsunternehmen. Alle Abläufe sind standardisiert und richten sich nach dem, was für die Einrichtung optimal ist. Wenn also zum Beispiel um 18 Uhr Abendessen angesetzt ist, gilt das auch für die Bewohner, die lieber erst um 20 Uhr essen würden. Eine Mitarbeiterin eines Pflegeheims erklärt dazu: „Wir können auf solche individuellen Wünsche keine Rücksicht nehmen, dann würden wir ja nie fertig. Im Hospiz ist das ganz anders. Hospize haben pro Gast eine Pflegekraft. Bei uns gibt es selbst für den höchsten Pflegegrad nur eine Pflegekraft für 2,5 Bewohner. Die Seniorenheime werden immer mehr zu Orten des Sterbens, ohne dass sie annähernd so gut ausgestattet sind wie Hospize“, setze sie mit leichter Verbitterung in der Stimme hinzu. „In Deutschland sterben jährlich ca. 893.000 Menschen und davon etwa 340.000 in einem Pflegeheim. Das sind ca. 38 %. Dabei sind die Menschen nicht mitgerechnet, die eigentlich in einem Pflegeheim lebten, aber kurz vor ihrem Tod noch ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Dann wären es über 50 %. Für all diese Menschen müssten die Bedingungen verbessert werden.“

Wenn wir als Hospizbewegung diese Rahmenbedingungen zwar aufmerksam wahrnehmen, so können wir sie doch nicht verändern, aber wir können vor Ort dabei mithelfen, dass die sterbenden BewohnerInnen der Pflegeheime so selbstbestimmt wie möglich, gut begleitet und palliativmedizinisch nach Bedarf versorgt in Würde ihre letzte Lebenszeit verbringen können. Sie benötigen eine ganzheitliche Ansprache und liebevolle Begleitung und sollen nicht nur in ihren medizinisch-pflegerischen, sondern auch in ihren psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen wahrgenommen werden. Dabei möchten wir die Pflegeeinrichtungen unterstützen.

Wir sind bereit, Bewohnern ab dem Tag ihres Einzugs Begleitung anzubieten, um die Krise des Übergangs von der eigenen Häuslichkeit in die Pflegeeinrichtung zu bewältigen. Unsere gut ausgebildeten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen sind für die Bewohner und deren Angehörige da. Sie freuen sich, wenn sie rechtzeitig einen Kontakt aufbauen und das Vertrauen der Bewohner gewinnen können, solange es noch möglich ist, miteinander zu reden und Wünsche, Ansichten und Vorlieben kennen zu lernen.

In einigen Pflegeheimen führen wir bereits regelmäßig eine Sprechstunde für Bewohner und Interessierte durch und informieren über unsere Angebote zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung sowie zur Trauerbegleitung. Wir hoffen, das bald auch in den übrigen Heimen tun zu können. Außerdem bieten wir kostenlos eine palliative Beratung an, und das Zentrum für die ambulante Palliativversorgung (ZAPV) aus Wiesbaden übernimmt, wenn eine entsprechende Verordnung vorliegt, die palliativmedizinische Betreuung.

Damit den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner auch dann entsprochen werden kann, wenn sie diese nicht mehr selbst äußern können, sind wir allen Bewohnern und deren Angehörigen, die das möchten, beim Erstellen von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung behilflich. Auch hierzu haben wir speziell ausgebildete Ehrenamtliche, die Sie gern beraten.

Wir unterstützen auch die Mitarbeitenden, indem wir in den Pflegeheimen Inhouse-Schulungen durchführen zum Thema Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sowie zur palliativen Versorgung und Pflege. Auch für die Mitarbeitenden ist es nicht leicht, immer wieder von Menschen Abschied nehmen zu müssen, zu denen während der Zeit der Pflege eine Beziehung gewachsen ist. Anders als die Hospizbegleiterinnen haben sie keine Supervision, um das Erlebte aufzuarbeiten. Deshalb bietet die Hospizbewegung supervisorische Beratung einzelner oder des gesamten Mitarbeiterteams in Krisensituationen an und steht zur Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen zur Verfügung.

Gern beteiligen wir uns auch an den Angehörigenabenden, bei Tagen der offenen Tür oder ähnlichen Veranstaltungen.

Heinke Geiter

Rückblick auf eine Schulung im Pflegeheim

Ich war immer froh, wenn während meiner Schicht kein Bewohner unseres Pflegeheims starb“, begann Schwester Beate ihren Rückblick auf das zu Ende gegangene Seminar. „Ich hatte auch – ehrlich gesagt – ein wenig Angst vor dieser Fortbildung, in der es gleich am Anfang um unsere Erfahrungen mit Sterben und Tod ging.

Im Laufe des Seminars wurde mir dann auch klar, warum das so ist: Mein Vater ist tödlich verunglückt, als ich acht Jahre alt war. Meine Mutter wollte mich schonen oder war selbst zu betroffen, jedenfalls schickte sie mich immer aus dem Zimmer, wenn über den Tod meines Vaters geredet wurde. Sowie ich wieder reinkam, verstummten die Gespräche, oder das Thema wurde abrupt gewechselt und mir „heile Welt“ vorgespielt. Dabei war ich doch auch traurig und hätte zu gern einfach dazugehört und Antworten bekommen auf meine vielen Fragen. Aber so fühlte ich mich allein gelassen und ausgeschlossen aus der übrigen trauernden Familie. Ich durfte nicht mit zur Beerdigung, weil das nichts für Kinder sei. Später wurde dann nie mehr über meinen Vater geredet – bis ich jetzt in diesem Seminar davon erzählt habe. Es hat gutgetan, das einmal loszuwerden und bei den anderen Seminarteilnehmerinnen Verständnis zu finden. Eigentlich ist mir erst jetzt klar geworden, warum Sterben für mich ein solch Angst besetztes Tabuthema war und ich es möglichst vermieden habe, zu unseren sterbenden Bewohnern ins Zimmer zu gehen.“

„Bei mir war das ganz anders“, warf Schwester Silke ein. „Ich war auch acht Jahre, als ich den ersten Sterbefall in unserer Familie erlebte. Aber ich war immer einbezogen und durfte bei der Pflege meiner Oma helfen. Wir waren alle um ihr Bett versammelt, als sie starb. Ich konnte aussuchen, welche Kleider sie im Sarg anhaben sollte und durfte selbstverständlich mit zur Beerdigung. Ja, ich war sogar ein wenig stolz, als die Pfarrerin während der Beerdigung sagte: „Deine Oma freut sich bestimmt, dass Du auch da bist.“ Für mich gehört der Tod zum Leben dazu. Ich fand es schön, dass Oma nicht allein war beim Sterben. Deshalb möchte ich auch unsere sterbenden Bewohner nicht allein lassen, sondern setze mich manchmal noch an ihr Bett, wenn ich eigentlich schon Feierabend habe.

Zu Beginn des Seminars habe ich mich gefragt, warum die Leiterin ein so persönliches Thema wie die Frage nach unseren Erfahrungen mit Tod und Abschied an den Anfang gesetzt hat. Dazu kannten wir uns doch noch zu wenig“, warf Schwester Petra ein. „Aber dann habe ich gemerkt, wie wichtig dieser Schritt war mit den Fragen nach unseren ganz

persönlichen Erlebnissen. Die Übung mit den fünf Zetteln hat mich noch lange bewegt, weil ich hier wenigstens annähernd geahnt habe, was es bedeutet, sterben zu müssen.“

Als sie die fragenden Gesichter der Kolleginnen sah, die nicht am Seminar teilgenommen hatten, fuhr sie fort: „Jede von uns hatte fünf Zettel, auf die wir folgendes schreiben sollten: Der Name des Menschen, der mir im Augenblick am nächsten ist, bei dem ich Geborgenheit und Liebe empfinde; ein materieller Gegenstand, an dem ich sehr hänge; eine meiner körperlichen Fähigkeiten, die mir sehr viel bedeutet; eine meiner geistigen Fähigkeiten, die mir sehr wichtig ist; ein Ziel, das ich in meinem Leben noch erreichen möchte. Dann mussten wir einen dieser Zettel ablegen und dabei dem nachspüren, was das für uns bedeutet. Beim ersten Zettel konnte ich mich noch relativ gut entscheiden. Beim zweiten fiel mir das schon wesentlich schwerer.

Es war ein blödes Gefühl. In mir sträubte sich alles dagegen, und am liebsten hätte ich einfach nicht mehr weitergemacht. Als ich nur noch zwei Zettel übrig hatte, durfte ich nicht einmal mehr entscheiden, welchen ich ablegen wollte, sondern die Seminarleiterin nahm uns jeweils einen der beiden letzten Zettel weg. Mein Leben wurde immer ärmer, immer eingeschränkter.

Und es braucht Gespräche über das Sterben – lange vor dem letzten Atemzug.

Das machte mir richtig Angst. Ich fühlte mich so ohnmächtig, hilflos einem willkürlichen Schicksal ausgeliefert. Ich war wütend, richtig sauer. Krampfhaft hielt ich den letzten Zettel fest. „Das ist mir wenigstens geblieben“, dachte ich.

Doch da sagte die Seminarleiterin: „Bitte, legen Sie jetzt auch den letzten Zettel aus der Hand.“ Ich tat es zögernd und sagte dabei, um mich zu beruhigen, leise zu mir: „Es ist ja nur ein Spiel!“

Doch auch hinterher ist mir das noch lange nachgegangen. Ich nehme es als so selbstverständlich, dass ich all diese Dinge habe, die ich auf die Zettel schrieb. Mit dem Satz „Ein doofes Spiel – bei dem es keinen Gewinner gibt!“ wollte ich das Ganze abtun, doch dann ging mir durch den Kopf, dass das genau die Situation der sterbenden Menschen ist. Sie müssen alles loslassen, was ihnen in diesem Leben wichtig ist, beziehungsweise es wird ihnen einfach genommen, und sie können nichts dagegen tun.

Herr Meyer fiel mir ein, ein 60-jähriger Bewohner unseres Pflegeheims, der zu schwach ist, um noch aufzustehen und der nur mit großer Anstrengung noch einen halbwegs verständlichen Satz herausbringt. Er weiß, dass er bald sterben

wird. Da ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass er mich heute Morgen, als ich ihm einen guten Morgen wünschte, angeblafft hat, er wisse nicht, was an diesem Morgen gut sein soll. Ich fühlte mich durch seine harsche Antwort verletzt und persönlich angegriffen. Dabei hat er eigentlich gar nicht mich gemeint, sondern es war Wut auf das Leben, auf seine Krankheit, die all seine Lebenspläne einfach durchgestrichen und ihm alle Chancen auf ein Leben in Gesundheit bis ins Alter genommen hat.“

„Ich habe bei uns im Pflegeheim immer wieder die Erfahrung gemacht“, ergänzte Schwester Nele, „dass Menschen, für die mit dem Tod alles aus ist, aus Angst aggressiv werden. Ich glaube, dass ich wahnsinnige Angst hätte, wenn der Tod mein Ende und nicht der Durchgang in ein neues Leben bei Gott sein sollte. Da kann ich manche unserer Bewohner schon verstehen, wenn sie um ihr Leben kämpfen und nicht sterben wollen und wir ihre Wut und ihre schlechte Laune abkriegen.“ „Stimmt“, bekräftigte Hannah. „Seit mir das klar geworden ist, nehme ich Beschimpfungen auch nicht mehr so persönlich und kann einfach besser damit umgehen.“

Mir war in unserem Seminar ein ganz anderer Punkt wichtig: Ich fand den Film über die Biologie des Sterbens mit am eindrücklichsten, weil hier erklärt wird, warum Menschen am Ende ihres Lebens nicht mehr essen und trinken wollen. Das Gehirn sendet Botenstoffe aus, die Hunger und Durstgefühle abstellen. Eigentlich leuchtet es ein, dass der Mensch automatisch dafür sorgt, dass die lebenswichtigsten Organe wie Herz, Lunge und Gehirn am längsten am Leben erhalten werden sollen und deshalb erst alle anderen Organe ihre Tätigkeit einstellen, weil sie weniger durchblutet und weniger mit Sauerstoff versorgt werden. Wenn aber die Nieren nicht mehr arbeiten, kann Wasser nicht mehr ausgeschieden werden und wird in den Gefäßen eingelagert. Das Blut wird nicht mehr gereinigt, und die Gifte führen irgendwann zur Bewusstlosigkeit. Wenn Magen und Darm ihre Tätigkeiten einstellen, kann die Nahrung nicht mehr verdaut werden und belastet den Körper nur.

Es ist sogar gut, wenn der Mensch ein wenig austrocknet, weil das Gehirn dann sogenannte endogene Morphine ausschüttet, die beruhigen und Schmerzen lindern.

Mir leuchtet das ein. Und wenn ich das den Verwandten unserer sterbenden Bewohner so erkläre, können sie es vielleicht eher akzeptieren, dass wir ihre sterbenden Angehörigen nicht zum Essen überreden oder ihnen noch über eine Sonde künstlich Nahrung zuführen. Der Mensch stirbt nicht, weil er nichts isst, sondern er isst nichts, weil er stirbt – diesen Satz merke ich mir.

Genau über dieses Thema gibt es nämlich häufig Auseinandersetzungen mit den Angehörigen. „Er muss doch essen, damit er wieder zu Kräften kommt. Sie können sie doch nicht einfach verhungern und verdursten lassen,“ sind Sätze, die wir dann zu hören bekommen. Manchmal wird uns

sogar mit einer Anzeige oder Klage gedroht. Ich glaube, dass die Angehörigen einfach nicht wahrhaben wollen, dass der Tod nahe ist und sich mit dem Wunsch nach künstlicher Ernährung an den letzten Strohalm klammern. Mit den Informationen aus dem Seminar kann ich ihnen gegenüber jetzt besser argumentieren und sie vielleicht überzeugen.

„Ich fand auch den letzten Kurstag noch sehr wichtig“, warf Andrea ein „denn da ging es um Trauer. Mir ist klar geworden, dass jeder Mensch seinen eigenen Weg durch die Trauer finden muss und dass noch so gut gemeinte Ratschläge oft eher als Schläge empfunden werden. Wir haben uns lauter Sätze angeschaut, die Trauernden gern gesagt werden und waren entsetzt, mit wie vielen Allgemeinsätzen und Phrasen Menschen getröstet werden sollen. „Kopf hoch, sei stark, da müssen wir alle mal durch und das Leben geht weiter“ waren noch nicht einmal die schlimmsten Sätze. Ich hatte allerdings bislang auch immer gedacht, dass es gut sei, einen Trauernden abzulenken und ja nicht von dem Verstorbenen zu reden, um keine Wunden wieder aufzureißen. Ich wollte den Trauernden trösten, ihm seine Trauer ausreden und ihn wieder froh machen.

Jetzt weiß ich, dass das nicht gelingen kann und dass es auch nicht angemessen ist. Die Trauersituation ist erst einmal trostlos und muss ausgehalten werden. Der Tod hat den Hinterbliebenen ganz viel genommen und eine Wunde aufgerissen, die erst wieder heilen muss. Ich kann sie nicht einfach ignorieren oder mit einem Pflaster irgendwie zukleistern.

Viel wichtiger ist es, einfach da zu sein, mit dem Trauernden sein Leid auszuhalten, die eigenen Betroffenheit und Ratlosigkeit einzugestehen und den Trauernden mit seinen ganz unterschiedlichen Gefühlen und seinen Stimmungsschwankungen anzunehmen, ihm Zeit zu geben und die Gelegenheit über den Verstorbenen zu reden oder einfach miteinander zu schweigen.

Mir war im Blick auf meinen Vater, der im Sterben liegt, wichtig, dass es hieß: „Für einen guten Abschied braucht es keine Bestatter, die einem alles aus der Hand nehmen, sondern Begleiter, die einen dabei unterstützen, selbst Verantwortung zu übernehmen.“

Und es braucht Gespräche über das Sterben – lange vor dem letzten Atemzug. Ich habe viel gelernt in dieser Fortbildung – für mich persönlich und für meine Arbeit im Pflegeheim und wünsche mir, dass alle unsere Mitarbeitenden eine solche Schulung erhalten“, meinte Schwester Anke. Dem stimmten alle anderen zu.

Heinke Geiter

Begegnungen

Mittwoch bekam ich die Nachricht, dass Herr Foth in der Nacht als Notfallpatient ins Krankenhaus gebracht worden war. Ich begleitete ihn schon seit neun Monaten im Pflegeheim, spielte regelmäßig mit ihm Karten, und wir sprachen viel über sein Leben. Was war nur passiert?

Natürlich machte ich mich gleich auf den Weg ins Krankenhaus und fand ihn mit Sauerstoff versorgt und an eine Infusion angeschlossen in seinem Bett vor. Seine Sprache war verwaschen und kaum verständlich.

Mit etwas Geduld konnte ich heraushören, dass er ein starkes Zittern am ganzen Körper empfunden und danach alles nur noch verschwommen wahrgenommen hatte. Er war sehr verängstigt und wollte wissen, was das Ganze zu bedeuten hatte. „Muss ich jetzt sterben?“ fragte er. Ich beruhigte ihn zunächst, und bald bat er mich, mit den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt zu sprechen. Er selbst hatte noch nicht die Kraft, sie selbst um Auskunft zu bitten, zumal er das Gefühl hatte, er würde den Pflegekräften durch die erschwerte Verständigung die Zeit rauben.

Also ging ich auf die Suche nach einem passenden Gesprächspartner und wurde bald positiv überrascht. Gleich

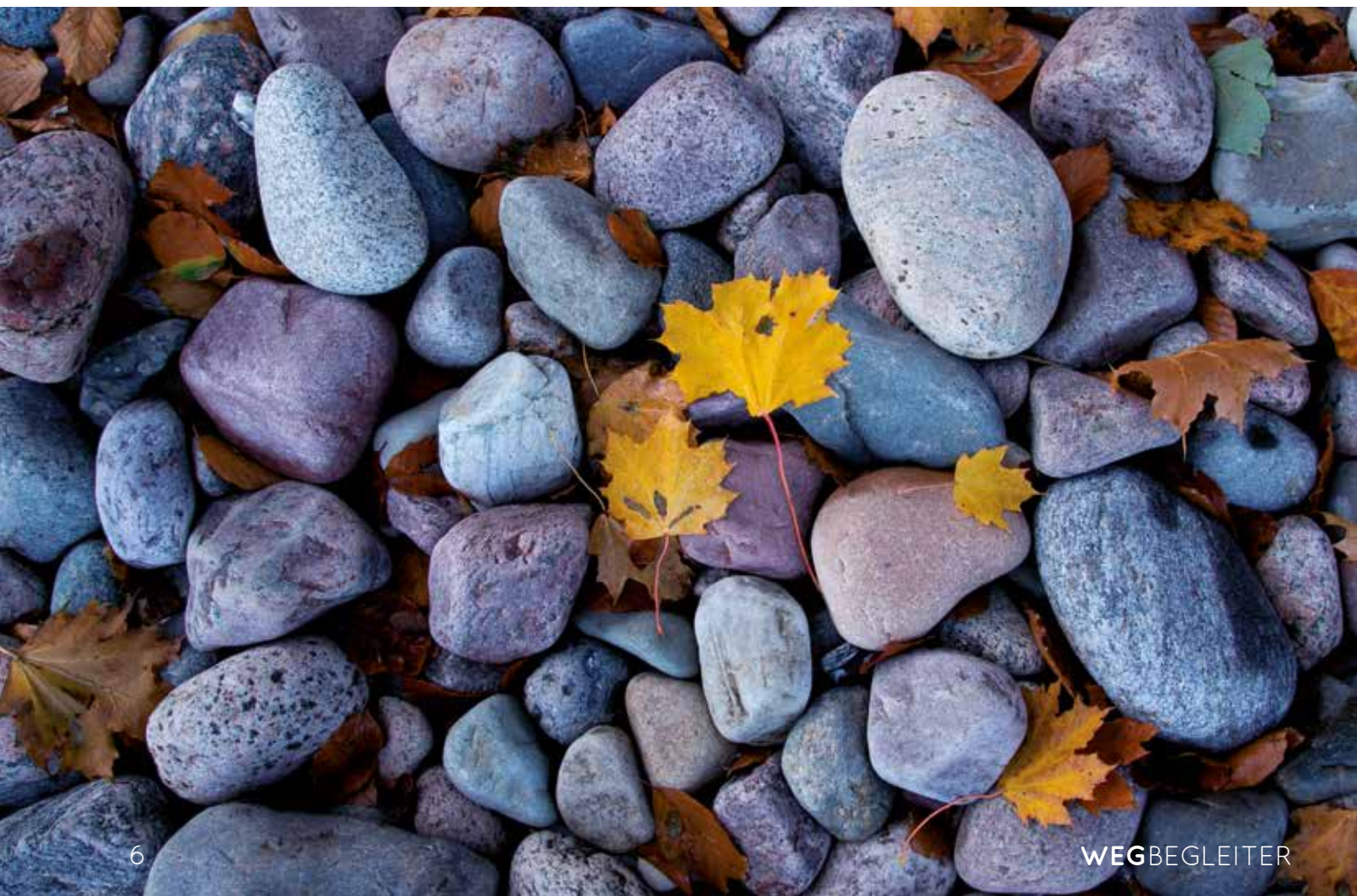
auf dem Flur kam mir die leitende Krankenschwester entgegen, und ich fragte vorsichtig an, ob und wann sie eventuell etwas Zeit für mich bzw. Herrn Foth hätte. Total erstaunt war ich, dass sie spontan bereit war, alle Fragen zu beantworten. So gingen wir zu Herrn Foth ins Zimmer und dort konnte ich alles erfahren, was für Herrn Foth wichtig war.

Zu Details rief die Krankenschwester noch den diensthabenden Arzt hinzu, auch er war schnell im Zimmer und erklärte Ursachen, Prognosen, Therapie und künftig notwendige Verhaltensweisen. Beim Verlassen des Zimmers bot mir die Krankenschwester noch einen frischen Kaffee an. Zwar konnte Herr Foth in seinem derzeitigen Zustand der Unterhaltung nicht komplett folgen, doch im Anschluss an das Gespräch erklärte ich ihm alles in Ruhe.

Damit wurde er zusehends ruhiger und entspannter, fühlte sich in diesem Krankenhaus gut aufgehoben und hatte Vertrauen gefunden.

Nach zwei Stunden konnte ich ihn ruhigen Gewissens für diesen Tag verlassen, er war dankbar und entspannt eingeschlafen.

Beate Hennig, Hospiz- und Trauerbegleiterin



Unsere Grundsätze

Alle Netzwerkpartner orientieren ihre Maßnahmen an gemeinsamen Aufgaben und Zielen und fühlen sich den Grundsätzen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland verpflichtet. Nicht die Lebensverlängerung, sondern die Lebensqualität und der damit verbundene Sinn sollen im Krankenhaus und in den Pflegeeinrichtungen im Vordergrund stehen. Was das konkret heißen kann, wird in den folgenden Sätzen deutlich:

- Egal wie krank oder gebrechlich ein Mensch ist, er verdient unsere Achtung, unseren Respekt und unsere Wertschätzung.
- Wir fragen nach seinen Wünschen und wissen nicht schon vorab, was gut für ihn ist.
- Wir begegnen ihm auf Augenhöhe und nehmen ihn als ganzen Menschen und nicht nur in seinen Defiziten wahr. Wir knüpfen an seine Ressourcen an.
- Wir gehen immer davon aus, dass der sterbende Mensch verstehen könnte, was wir sagen, auch wenn er nicht mehr wahrnehmbar darauf reagiert. Deshalb reden wir nicht über, sondern mit ihm.
- Auch wenn jemand auf Ansprache nicht mehr reagiert, fühlt er unsere Nähe, hört den Klang unserer Stimme, spürt unsere Berührung, unser Streicheln oder die kühlende Hand auf der Stirn.
- Wir erklären alles (wie zum Beispiel pflegerische Tätigkeiten, Fenster öffnen, Medikamente hinstellen, Musik anschalten usw.), bevor wir es tun, und fragen, ob es dem Betroffenen recht ist. Dabei achten wir auch auf nonverbale Willensäußerungen (Mimik, Bewegungen, Körperhaltung).
- Wir bleiben geduldig und freundlich, auch wenn wir auf Abwehr stoßen und nehmen Ablehnung nicht persönlich.
- Wir halten Stimmungsschwankungen aus, ohne uns von ihnen anstecken zu lassen.
- Die Auseinandersetzung mit einer tödlichen Erkrankung ist ein länger andauernder Prozess, den wir mit aktivem Zuhören liebevoll begleiten.
- Wir sind offen dafür, wenn die Sterbenden (oder ihre Angehörigen) über ihr Sterben reden möchten und hören auch auf verschlüsselte Botschaften und Symbolsprache.
- Uns merkwürdig erscheinende Äußerungen tun wir nicht als Zeichen von Verwirrtheit ab, sondern nehmen sie als Teil der Wirklichkeit des Sterbenden ernst.
- Wir sind für die Sterbenden da, wenn sie es wünschen, und respektieren ihren Wunsch nach Alleinsein oder einem Gespräch, dessen Thema sie bestimmen (egal ob es das Wetter, der Fußball, die Familie oder das Sterben ist).
- Wir unterstützen sie dabei, mit sich und anderen Frieden

zu schließen, stellen gegebenenfalls auf ihren Wunsch hin Kontakte her, damit sie sich mit den Menschen, mit denen sie im Streit liegen, aussöhnen können.

- Wir geben ihnen Hoffnung, ohne dass wir unrealistische Erwartungen wecken (nicht Hoffnung auf Heilung bei infauster Diagnose, sondern Hoffnung auf mögliche Nahziele, wie Ende der Übelkeit, keine Atemnot, erträgliche Schmerzen, nicht allein gelassen werden, den (nahen) Geburtstag noch zu erleben usw.).
- Wir bleiben ehrlich und täuschen sie nicht über die Schwere ihrer Erkrankung. Wir legen uns nicht auf einen Todes-Zeitpunkt fest, denn den kann niemand genau sagen.
- Wir beantworten nur die Fragen, die sie auch gestellt haben – behutsam und liebevoll.
- Wir durchbrechen nicht den Abwehrmechanismus der Sterbenden, wenn sie ihre Krankheit leugnen oder nach weiteren Heilungschancen suchen.
- Wir akzeptieren, wenn die Menschen in der Finalphase Essen und Trinken verweigern.
- Wir stützen ihnen unseren Glauben nicht über. Wir sind offen für die spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden. Wir beten mit ihnen, wenn sie es wünschen, segnen sie oder bieten ihnen andere hilfreiche Rituale an.
- Wir sind sensibel für die Ängste der Sterbenden und versuchen nicht, sie ihnen auszureden oder sie zu bagatellisieren.
- Wir ermutigen die Angehörigen, sich zu verabschieden, für alle Liebe zu danken, gegebenenfalls um Verzeihung zu bitten und Verzeihung zu gewähren.
- Wir erklären, dass manche Menschen nur sterben können, wenn sie allein sind.
- Wir ermutigen die Angehörigen, am Totenbett von ihrem Verstorbenen Abschied zu nehmen und ggf. auch später Kommenden den Abschied zu ermöglichen. Damit helfen wir ihnen, den Tod (im wahrsten Sinne des Wortes) zu begreifen.



Dienstgespräch im Pflegeheim

Nur selten gibt es in Pflegeheimen Supervision für das Personal. Manche Situationen sind jedoch so belastend, dass ein Gespräch darüber wünschenswert ist. Gut, wenn die Pflegeheime sich dann um kollegiale Beratung an die Hospizbewegung wenden und die Seelsorgerin um Unterstützung bitten. Vielleicht ist das auch eine Anregung für andere Teams. Um die Schweigepflicht nicht zu verletzen, ist die folgende Szene frei gestaltet und die Namen bezeichnen keine mir bekannten Personen.

„Schön, dass Sie in unsere Dienstbesprechung gekommen sind“, begrüßte mich die Pflegedienstleiterin des Seniorenheims. „Wir haben ein Problem mit einer Bewohnerin, die seit zwei Wochen bei uns lebt, und hoffen sehr, dass Sie uns dabei helfen können.“ Um mir ein besseres Bild zu machen, bat ich die sieben Mitarbeiterinnen, sich kurz vorzustellen und jeweils aus ihrer Sicht die Schwierigkeiten zu benennen. „Ich bin Altenpflegerin“, sagte Bianca, „und ich habe bislang nur alte Menschen gepflegt und manchmal auch beim Sterben begleitet. Das hat mir nichts ausgemacht. Aber diese Bewohnerin, Lisa, ist 38, also genauso alt wie ich. Bei den alten Menschen war das kein Problem, wenn einer starb, aber hier berührt mich das ganz anders. Ich habe Angst, dass ich dann nicht damit umgehen kann, wenn sie stirbt.“

Sonja sagte: „Ich habe noch ein ganz anderes Problem. Ich komme mit ihrem Mann nicht zurecht. Ständig ist er bei seiner Frau und kritisiert alles, was wir machen. Nichts ist ihm gut genug.“

„Genau!“ pflichtet Claudia ihr bei. „Jochen, also der Ehemann von Lisa ist total widersprüchlich. Einmal kritisiert er uns, dann bringt er Pralinen mit und ist furchtbar freundlich. Aber im nächsten Augenblick schreit er einen wieder an. Ich müsse doch sehen, dass es seiner Frau schlechter geht. Warum ich noch keinen Arzt gerufen habe usw.? Man weiß nie, woran man bei ihm ist.“

„Ich fühle mich bei der Pflege ständig beobachtet und kon-

trolliert“, ergänzte Wiebke. „Vielleicht meint Jochen das gar nicht so, aber er bleibt immer im Zimmer, wenn ich Lisa versorge, und beobachtet jeden Handgriff. Manchmal sagt er dann so Sätze wie: „Das Eincremen hätte ja auch langsamer und liebevoller erfolgen können.“ oder „Du hast meine Frau jetzt aber schnell gewaschen.“ Das verunsichert mich total. Ich hätte gern viel mehr Zeit für Lisa, aber unsere anderen Bewohner dürfen wir deshalb natürlich auch nicht vernachlässigen.“

„Meistens ist die kleine Tochter ja bei den Großeltern, aber neulich war sie mit hier. Ich glaube, Lisa wollte sie unbedingt noch einmal sehen“, berichtet Christine. „Die Kleine hat dann wohl angefangen zu weinen, da hat der Vater sie rausgeschickt. Ich habe mich ein bisschen um sie gekümmert, weil sie mir so verloren vorkam. Sie ist acht Jahre alt und heißt Marie, hat sie erzählt. Sie darf nicht weinen, sondern muss ganz tapfer sein, denn dann wird die Mama ganz bestimmt wieder gesund, habe der Papa gesagt. Ich war völlig entsetzt, denn wie kann er das Kind so anlügen. Er weiß doch, dass seine Frau im Sterben liegt. Aber ich kann Marie doch auch nicht die Wahrheit sagen.“

„Ich glaube, ich würde verzweifeln“, warf Cornelia ein. „Ich identifiziere mich viel zu sehr mit Lisa, weil ich in Marie auch immer meine Tochter sehe. Deshalb fehlt mir die professionelle Distanz. Bei unseren alten Bewohnern kriege ich das immer gut hin. Da ist mir zwar auch der eine oder die andere ans Herz gewachsen, aber wenn sie sterben, habe ich das Gefühl: Es ist gut so, ein Leben hat sich erfüllt. Dann kann ich loslassen. Aber dass eine Mutter stirbt, die noch ein so kleines Kind hat, damit werde ich irgendwie nicht fertig.“

„Ich finde es schwierig, dass Lisa so spät zu uns gekommen ist, dass sie fast nichts mehr sagt und wir eigentlich gar nicht so genau wissen, was sie selbst denkt und möchte“, ergänzte Ann-Katrin. „Manchmal, wenn ihr Mann nicht hier ist, setze



ich mich zu ihr. Da hat sie neulich geflüstert: „Ich muss stark sein und kämpfen für Marie. Sie braucht ihre Mutter doch noch, aber ich kann einfach nicht mehr.“ Da habe ich ihr gesagt, dass sie gehen darf und nicht mehr kämpfen muss und dass andere bestimmt gut für Marie sorgen werden. Da hat sie sogar ein bisschen gelächelt.“

Nachdem alle sich geäußert hatten, schauten sie mich erwartungsvoll an. „Danke, dass Sie ihre Probleme so offen angesprochen haben,“ nahm ich den Faden auf und ergänzte dann: „Ich sehe drei Schwerpunkte: Der Tod ist ihnen persönlich bedrohlich nahe gerückt. Weil die Bewohnerin in Ihrem Alter ist oder sogar noch jünger als Sie, können Sie sich nicht mehr distanzieren und denken „betrifft mich nicht, ich bin ja noch lange nicht so alt“, sondern Sie müssen sich mit Ihrer eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen. Das ist nicht einfach.

Dann fällt das Verhalten des Ehemanns auf. Vielleicht sollten wir gemeinsam überlegen, warum er so unterschiedliche Signale sendet, und wie Sie für sich gut damit umgehen und zugleich ihn unterstützen können. Schließlich braucht auch Marie ganz sicher Hilfe und Begleitung, sonst fühlt sie sich ihr Leben lang schuldig, weil sie denkt, dass ihre Mama gestorben ist, weil sie nicht tapfer genug war.

„Mir wäre am wichtigsten, dass wir darüber reden, wie wir mit Jochen umgehen sollen. Er ist tagtäglich auf der Station und für die meisten von uns ein Problem. Ich möchte einfach verstehen, wie man so sein kann“, bekräftigte Sonja ihr Anliegen noch einmal. Die anderen nickten zustimmend. Deshalb bat ich alle, ganz ungeschützt ihre Vermutungen zu äußern, warum der Ehemann sich so verhält.

„Ich glaube, dass Jochen ein unheimlich schlechtes Gewissen hat, weil er seine Frau nicht zuhause pflegt, sondern ins Pflegeheim abgeschoben hat. Deshalb können wir es ihm auch nie gut genug machen.“ „Außerdem hat er wahn sinnige Angst, seine Frau zu verlieren. Seine Nerven liegen blank.“ „Manchmal hält er es auch einfach nicht mehr aus, sie leiden zu sehen und nichts tun zu können“, kamen die

Äußerungen bunt durcheinander.

„Reden Sie eigentlich mit ihm darüber und fragen Sie ihn, wie er mit der Situation klarkommt?“ fragte ich vorsichtig. „Ehrlich gesagt, kaum,“ meinte Sonja. „Ich fühlte mich immer nur genervt von ihm und habe ihn das auch spüren lassen.“ „Ich habe ihm gesagt, dass er sich bei der Hospizbewegung Hilfe holen kann, denn Sie begleiten ja auch die Angehörigen,“ warf Ann-Katrin ein. Meistens fehlt mir einfach die Zeit, um mich länger mit ihm zu unterhalten. Aber ich habe ihn neulich gefragt, wie er das aushält und ihn kräftig gelobt, dass er seine Frau so unterstützt. Da hat er gelächelt und ist seitdem viel zugänglicher.“

„Ich finde überhaupt, dass wir kein Recht haben, über ihn zu urteilen“, warf Christine ein. Was weiß ich denn, wie ich in seiner Situation wäre. Vielleicht wäre ich viel unausstehlicher. Übrigens, wenn er da ist, verschiebe ich die Pflege immer auf einen späteren Zeitpunkt. Dann soll er die Zeit ungestört mit seiner Frau verbringen. Das finde ich auch für mich viel weniger belastend und nimmt schon ein ganzes Stück Konfliktstoff raus.“

Plötzlich waren alle mittendrin mit Vorschlägen, wie es besser gehen und wie sie sich gegenseitig unterstützen könnten. „Wenn es dir zu schwer wird, übernehme ich deinen Dienst oder komme einfach dazu, wenn Lisa stirbt“, bot Christine Bianca an. „Und ich biete Jochen noch einmal die Unterstützung durch die Palliativmediziner oder die HospizbegleiterInnen an,“ meinte Ann-Katrin. „Mir geht es jetzt bedeutend besser mit der Situation,“ meinte Bianca. „Es hat gut getan, miteinander über alles zu reden. Seit ich von meiner Angst erzählt habe, ist sie zwar nicht wie weggeblasen, aber doch lange nicht mehr so belastend.“

„Danke, dass Sie da waren. Dadurch sind wir gut ins Gespräch gekommen.“ Das fanden die anderen auch und sie baten: „Können Sie nicht bei unserer nächsten Dienstbesprechung wieder dabei sein?“ Wir müssen doch noch eine Lösung für Marie finden und über unsere Ängste reden.“ Das sagte ich gern zu.

Heinke Geiter



Keine Einbahnstraße – Manchmal muss das Krankenhaus sein

Zu Beginn soll eine kurze Geschichte stehen, die sich so oder so ähnlich abgespielt haben könnte und die Wirklichkeit widerspiegelt.

Eine 88 jährige hinfallige, demente, alte Dame ist im Pflegeheim gestürzt und hat sich dabei den Kopf angeschlagen. Mit einem großen Bluterguss über dem Auge wird sie in eine Krankenhausambulanz gebracht. Bereits auf dem Transport mit dem Krankenwagen wird sie unruhig und beginnt zu schreien. In der Klinik lässt sich für den Arzt nicht beurteilen, wie schwer die Verletzung ist, äußerlich sicher nicht schwerwiegend, doch was ist im Kopf? Angehörige, die die Patientin kennen, gibt es nicht oder sind nicht erreichbar. Die Auskunft aus dem Pflegeheim ist knapp, denn die Patientin sollte schnell im Krankenhaus versorgt werden. Telefonate folgen, Informationen fließen, sich ein Bild über die Patientin zu machen ist schwer. Im Heim habe sie immer ruhig und umgänglich gewirkt, abends habe sie manchmal ein „Schlafmittel“ gebraucht. Essen und Trinken habe mit Aufforderung geklappt.

Wie weitermachen? Weitere Untersuchungen, vor allem eine Computertomografie, würden bedeuten, dass man eine Ruhigstellung vornehmen muss. Das kann man nur machen, wenn man den Eindruck akuter Lebensgefahr hat. Und würde die demente Dame das überhaupt wollen? Was bleibt: Stationäre Beobachtung, um eingreifen zu können, wenn etwas passiert. Sowohl für die Patientin, wie auch für die Pflegekräfte, wie auch die Mitpatienten wird der Rest des Tages und die Nacht unruhig, denn die Verletzte lässt sich kaum beruhigen, spuckt ihre Medikamente aus, schlägt um sich und will aus dem Bett. Mit viel gutem Zureden und unter ständiger Kontrolle vergeht die Nacht. Die Patientin bleibt „neurologisch unauffällig“. Sie wird ins Heim zurückgebracht und beruhigt sich in ihrer gewohnten Umgebung rasch wieder.

Solche „Fälle“ passieren immer wieder und hinterlassen bei den Pflegenden in Krankenhaus und Heim, bei den Ärzten und natürlich bei den Angehörigen immer ein ungutes Gefühl. Es gibt so viele Fallstricke, dass man nie alles richtig machen kann.

Wichtig in solchen Fällen, bei denen wir mehrfach kranke, alte, demente oder nicht kommunikationsfähige Menschen in der Klinik versorgen, ist, dass ein guter Austausch zwischen Angehörigen, Heim, Hausarzt, Klinik und später dem

Sozialdienst erfolgt.

Bei der Einlieferung eines Patienten ist die Begleitung durch eine Betreuungsperson eine wesentliche Hilfe, Unterlagen der Pflege sollen und werden eigentlich immer mitgegeben, persönliche Übermittlungen sind aber genauso wichtig und bieten mehr Informationen. Wichtige Unterlagen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsunterlagen sollten mit dem Patienten mitkommen.

Der Arzt im Krankenhaus sollte neben der Behandlung auch die nächsten Schritte mit den Angehörigen und dem Heim besprechen. Manches lässt sich nicht gleich abschätzen, manchmal muss man als Arzt zugeben, dass man einen Verlauf in den nächsten Stunden abwarten muss. Nicht immer kann man sofort eine Entscheidung treffen, auch wenn wir wissen, dass die Betreuung in häuslicher Umgebung besser wäre. Auch Fehleinschätzungen passieren dabei. Hier ist ein offenes Gespräch gefordert.

Muss der Patient in der Klinik bleiben, ist es wichtig, dass er jemand Bekanntes um sich hat, wenigstens am Anfang.

Sind die Probleme leichter Art, ist die Versorgung in einer gewohnten Umgebung besser als im fremden Krankenhaus.

Das Verlangen der Angehörigen, möglichst schnell alles zu wissen, ist verständlich, manchmal ist es aber besser zu warten, zu beobachten und zu reagieren, anstatt die Patienten durch Untersuchungen noch mehr zu verwirren.

Geht man weg von obiger „Notfallgeschichte“: Auch die Verschlechterung einer chronischen schweren Erkrankung, eines Krebsleidens oder einer fortgeschrittenen Demenz führen Patienten ins Krankenhaus, manchmal ohne dass sie das wollen. Es gehört Mut dazu, sich dem Problem: „Therapie ja oder nein“ zu stellen. Oft ist eine palliative, das heißt das Leiden lindernde Behandlung besser als komplizierte Eingriffe und Therapien, die einen Menschen mehr quälen als nützen.

Herauszufinden was das Beste ist, ist nicht einfach und kann nur im Gespräch auf einer Vertrauensbasis zwischen Patient (wenn er kann), Angehörigen und Krankenhauspersonal erfolgen. Hier sind Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen hilfreich. Manchmal wird ein Ratschlag auch in Richtung einer medikamentösen oder auch operativen Behandlung gehen müssen, weil diese wie ein Schmerzmittel das Leiden des Patienten lindern werden. Man denke hier an einen Schenkelhalsbruch oder einen Darmverschluss.



Als ein Problem stellt sich immer wieder die Überleitung von Patienten in häusliche Pflege, Heime oder ein Hospiz heraus, gerade wenn noch Medikamente, Pflege- und Verbandsmittel zu beschaffen sind. Hierzu gibt es seit kurzem eine Neuerung, das sogenannte Entlassmanagement, das das verbessern soll. Es dauerte immerhin fast zwei Jahre bis das verabschiedete Gesetz jetzt Wirklichkeit werden kann. Es ist vorgeschrieben, sich frühzeitig vor der Entlassung um die weitere Versorgung zu kümmern. Dazu gehört nicht nur die Möglichkeit Rezepte auszustellen, sondern auch, sich zeitig um Pflegeplätze, Kurzzeitpflege, Reha oder Hospiz zu kümmern oder um eine palliative Pflege mit spezialisierter Versorgung zu Hause. In den Kliniken gibt es entsprechende Strukturen (Sozialdienst), die dies gewährleisten sollen. Auch hier ist das frühzeitige Ansprechen des weiteren Vorgehens wichtig. Ob sich der bürokratische Aufwand lohnen wird, ist umstritten.

Immer noch zu selten sehen wir richtig angelegte und ausgefüllte Vorsorgevollmachten von Patienten. Es ist gut, wenn wir sie nicht brauchen, weil man mit den Patienten sprechen kann. Es ist aber enorm hilfreich in Situationen wie bei obiger Patientin. Man stelle sich vor, sie hätte eine Hirnblutung gehabt. Bei akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen müssen wir sofort handeln und alles tun, um das Leben des Patienten oder der Patientin zu retten, denn niemand will wegen unterlassener Hilfeleistung belangt werden.

Die Versorgung alter, schwerkranker und dementer Menschen in Krankenhäusern wird immer schwieriger: Zeitmangel, Personalmangel, wirtschaftliche Überlegungen, aber auch unser Mangel an Erfahrung im Umgang mit solchen Menschen spielen dabei eine Rolle. Pflegekräfte und Mediziner sollen heute während der Ausbildung lernen, mit solchen Patienten umzugehen und erfahren, dass die Praxis ganz anders aussieht, vor allem was die Häufigkeit angeht und dass sie oft mit Situationen konfrontiert werden, die sie kaum lösen können.

Betroffene und Angehörige schieben die Themen Krankheit und Tod, solange es geht, weit von sich. Wenn in Notfällen, auch manchmal im klinischen Alltag, Entscheidungen getroffen werden müssen, werden die Beteiligten der Situation nicht immer gerecht. Obwohl wir Strukturen haben (Sozialdienste, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste und sogar neue gesetzliche Vorgaben, z. B. das Krankenhausreformgesetz) ist das Reden miteinander noch immer das Wichtigste – und ein wenig Verständnis für notwendige Kompromisse. Gut versorgt sind Kranke und Sterbende immer da, wo sie sich betreut und wohlfühlen. Das kann zu Hause, im Heim, im Hospiz und auch im Krankenhaus sein.

*Dr. Thomas Umscheid,
Gefäßchirurg, Beisitzer im Vorstand*

Buchtipp

Heinke Geiter: Vorsorge treffen, damit das Leben gelingt, Menschen in ihrer letzten Lebenszeit gut versorgen und begleiten

Dieses Buch wirkte auf mich außergewöhnlich informativ und fesselnd zugleich.

Hierin sind Themen kombiniert, die in dieser Weise kaum in anderen Veröffentlichungen zu finden sind: Alternative Wohnmöglichkeiten; Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung; Was machen mit Eigentum ohne Erben?; Vorsorge für den Todesfall, Beerdigung; Die Sicht von professionellen Pflegekräften; Demenz, Traumata, posttraumatische Belastungsstörungen, Flashbacks; Wie trauern Kinder?

In diesen Kapiteln finden Sie die wichtigsten Themen, mit denen Sie bei der Begleitung älterer Menschen konfrontiert werden können, wunderbar geschildert durch nachvollziehbare, vom Leben geschriebene Fallbeispiele und überraschende Lösungsmöglichkeiten. Medizinische Fragen sind dabei sehr professionell, aber leicht verständlich erklärt.

Die einzelnen Themen zu trauernden Kindern beginnen mit allgemeinen Erklärungen zum jeweiligen Thema, gefolgt durch wunderschöne Bärengeschichten, kindgerecht erzählt und für Kinder im Grundschulalter zum Vorlesen geeignet.

Alles in allem handelt es sich um ein Buch, das jeder lesen sollte, nicht nur für den Fall, einen älteren oder schwerkranken Menschen begleiten zu müssen, sondern auch um sich über den eigenen letzten Lebensabschnitt, dessen Probleme und Möglichkeiten zu informieren.

*Beate Hennig
Hospiz- und Trauerbegleiterin*

Erschienen Juli 2017
der hospiz verlag
ISBN 978-3-946527-13-8
Softcover - 296 Seiten -
Preis: € 19,99 (D)



Diskussion über die Zukunft der Pflege

Da wir in der Hospizarbeit sehr intensiv mit den Pflegediensten zusammenarbeiten, ist es wichtig, deren Situation zu kennen und um ihre Probleme zu wissen. In dem folgenden Gespräch diskutieren Krankenschwestern und Altenpflegerinnen miteinander und geben uns so Einblick in ihre Situation.

„Ich arbeite seit fast fünfzig Jahren in der Pflege und tue es immer noch gern. Doch es hat sich vieles verändert“, begann Elisabeth ihr Statement im Rahmen einer Diskussion über die Zukunft der Pflege. „Pflege war tätige Nächstenliebe, die gerade im ländlichen Raum von Familienangehörigen und Nachbarn ganz selbstverständlich geleistet wurde. Wir Gemeindeschwestern haben sie dabei unterstützt. Von 1972 an taten sich mehrere Kommunen zusammen, und es entstanden die Sozialstationen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat sich dann ganz viel verändert. Plötzlich war aus dem meist kostenlosen Besuch der Gemeindeschwester eine zu bezahlende Dienstleistung geworden. Die zu Pflegenden wurden zu Kunden, die für ihr Geld auch Ansprüche stellten. Die Nachbarschaftshilfe war immer weniger selbstverständlich, weil es ja jetzt über die Kasse finanzierte Pflege gab. Pflegestationen wurden mehr und mehr zu Wirtschaftsbetrieben. Die Gemeinden, die unsere Sozialstation bis dahin großzügig unterstützt hatten, zogen sich immer weiter aus ihrer finanziellen Verantwortung zurück, und wir mussten sehen, wie wir uns auf dem jetzt entstehenden Pflegemarkt behaupten konnten.“

Früher gab es klare Gebietsabsprachen darüber, welcher Pflegedienst wo zuständig war, aber jetzt entstanden mehr und mehr private Pflegedienste, die uns Konkurrenz machen. Wenn wir mit dem Geld, das die Kassen für die Pflege zahlen, auskommen wollen, müssen wir alles genau durchkalkulieren und uns strikt an die zeitlichen Vorgaben halten. Dann darf beispielsweise eine Pflege eben nicht mehr als 20 Minuten dauern. Aber wir warten schließlich nicht irgendwelche Maschinen, sondern wir versorgen Menschen mit ihren ganz individuellen Bedürfnissen. Ich finde es einfach unmenschlich, wenn wir nicht mehr auf den einzelnen Menschen, sondern nur noch auf die Uhr schauen müssen“, beendete sie ihr Votum.

„Das stimmt schon“, pflichtete ihr Anna bei. „Zugegeben, es ist ein Balanceakt, den wir da vollführen müssen, zwischen Menschlichkeit, Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit. Aber nur wenn es uns gelingt, menschliche Zuwendung mit großer pflegerischer Kompetenz, stringenter Tourenplanung und optimalem Zeitmanagement sowie guter Dokumentation zu verbinden, werden wir uns am Pflegemarkt behaupten können.“

Außerdem ist es doch ein Segen, dass es die Pflegeversicherung gibt – so verbesserungsbedürftig wie sie auch sein mag. Es wird doch immer seltener und ist gar nicht mehr so

selbstverständlich, dass Kinder ihre alten Eltern pflegen. Oft wohnen sie schon lange an einem anderen Ort, sind selbst berufstätig und können ihren Beruf nicht einfach aufgeben, weil er auch ihren eigenen Lebensunterhalt sichert. Bei uns gibt es weitgehend weder die bäuerliche Großfamilie, in der Pflegeaufgaben auf mehrere Schultern verteilt werden konnten, noch die bürgerlich, traditionelle Kleinfamilie, in der der Mann für den Unterhalt der Familie sorgt und die Frau sich um die Kinder und die Pflege der alten Eltern kümmert.

Überleg doch mal, wie oft ihr in Single-Haushalte kommt – egal ob zu Verwitweten ohne Kinder oder zu Menschen, die nie in einer Partnerschaft gelebt haben, jedenfalls dorthin, wo einfach niemand da ist, der die Pflege übernehmen könnte. Oder es ist ein altes Ehepaar, in dem zwar der fittere für den Partner oder die Partnerin sorgt, so gut es eben noch geht. Aber wir wissen auch, wie grenzwertig das ist und dass oft das Pflegeheim als die einzige Lösung übrig bleibt.

Die Pflege wird in Zukunft auch nicht allein von hauptberuflichen Pflegekräften zu leisten sein, sondern wir brauchen Netzwerke verschiedener Professionen und vieler Freiwilliger, weil unsere Gesellschaft immer älter, Pflegezeiten dadurch immer länger und der Bedarf sowohl an gut ausgebildeten Pflegefachkräften als auch an PflegehelferInnen immer größer werden wird. Wären nicht viele ausländische Pflegekräfte nach Deutschland gekommen, hätten wir schon jetzt den Pflegenotstand ausrufen müssen.“

„Das ist auch kein Wunder“, meinte Melanie. „Wir werden auch im Vergleich zu anderen Berufen ausgesprochen schlecht bezahlt und wir müssen fast alle Schicht arbeiten mit Nacht- und Wochenenddiensten. Ich glaube, dass sich die wenigsten Menschen klar machen, was das für eine Familie heißt. Andererseits können wir es uns finanziell einfach nicht leisten, dass einer von uns ganz zuhause bleibt.“

„Ich möchte aber noch ein ganz anderes Thema ansprechen“, setzte sie hinzu. „Ich habe den Eindruck, dass sich seit einigen Jahren schleichend ein Wandel im System vollzieht. Wie viele Dinge gibt es, die die Kassen nicht mehr übernehmen, wo die Patienten zuzahlen müssen oder privat versorgen. Denkt doch nur an die Rezeptgebühren oder die sogenannten IGeL-Leistungen der Ärzte. Immer weniger Leistungen können über die Kasse abgerechnet werden, und ich glaube, dass nicht nur aus Kostengründen, sondern auch weil es politisch so gewollt ist. Da ist vom mündigen Bürger die Rede, der schließlich auch für seine Gesundheit verantwortlich zu sein hat. In den USA gibt es das schon, dass Menschen, die sich fit halten, Sport treiben usw. weniger Krankenversicherung zahlen als zum Beispiel Übergewichtige oder Raucher. Ich habe neulich in einem Vortrag

gehört, dass auch bei uns manche Krankenkassen so etwas vorhaben. Der Sozialstaat – so hieß es in dem Vortrag – kann nicht mehr eine Hängematte für alle sein, die sich darin ausruhen, sondern es müssen mehr Eigenverantwortung des Einzelnen und individuelle Vorsorge gefordert werden, damit das Ganze bezahlbar bleibt.“

„Dabei fallen aber ganz viele hinten runter“, warf Rita ein. „Und man merkt wieder einmal ganz deutlich, dass in unserer Gesellschaft vor allem der Fitte und Gesunde zählt. Was ist denn mit den Menschen mit Behinderungen, die für sich selbst eine solche Verantwortung nicht übernehmen können, mit chronisch Kranken oder alten und demenziell erkrankten Menschen oder mit denen, deren ganzes Leben sich durch einen schweren Unfall plötzlich verändert hat? Ich finde: Alle Menschen sollten in unserer Gesellschaft in für sie existenziellen Krisen- und Grenzsituationen generell vorbehaltlose Hilfe und Unterstützung erwarten können.“

Als die anderen zustimmend nickten, aber dann schwiegen, mischte sich Sonja ein. Das Problem, das wir keine Pflegekräfte finden, gibt es bei uns in den Kliniken ganz genauso. Ebenso den Sparzwang. Ganz viele Kliniken werden ja inzwischen von privaten Gesellschaften betrieben und wollen natürlich Profit machen. Und wo kann man am meisten sparen? Natürlich beim Personal!

Außerdem hat sich der Abrechnungsmodus mit den Krankenkassen verändert. Seit einiger Zeit wird über DRG-Fallpauschalen mit den Kostenträgern abgerechnet, das heißt die Kassen zahlen für jede Diagnosestellung und Behandlung einen festgelegten Betrag. Dadurch sind manche Operationen oder Diagnoseverfahren für das Krankenhaus sehr lukrativ, andere Therapien wie zum Beispiel die Behandlung von alten, schwachen und an Demenz erkrankten Menschen wirtschaftlich weniger einträglich. Diese Menschen werden dann unter Umständen möglichst schnell wieder aus der Klinik entlassen. „Das kennen wir“, nickte Silvia. Wie oft erhalten wir freitagnachmittags einen Notruf von verzweifelten Verwandten, weil ihr Angehöriger plötzlich aus dem Krankenhaus nach Hause gebracht wurde, und sie keine Ahnung haben, wie es jetzt mit seiner Pflege weitergehen kann. Oder es wird jemand entlassen, der eigentlich schon dem Tod ganz nah ist und kurz darauf auch stirbt. Dem Menschen hätte man doch den ganzen Stress des Transports ersparen können.“

„Damit hast du sicher Recht“, bestätigte Silke. „Aber für mich hat dieses Verhalten noch einen ganz anderen Grund: Unsere Krankenhäuser heißen inzwischen Gesundheitszentren. Dieser Name ist Programm und für mich ein Zeichen für eine ganz bestimmte dahinter stehende Ideologie. Die hängt wahrscheinlich noch mit den riesigen Erfolgen der Medizin im letzten Jahrhundert zusammen. Immer mehr Krankheiten konnten geheilt, Organe transplantiert und geniale Diagnose- und Operationsmethoden entwickelt werden. Mit der Gentechnik und der Entschlüsselung der DNA erhofft man sich, Erbkrankheiten ausschalten und den Alterungsprozess aufhalten zu können. Leiden und Sterben haben in solchen Vorstellungen keinen Platz. Der Tod ist gewissermaßen ein Betriebsunfall, wird von manchen Ärzten als Versagen ihrer ärztlichen Kunst erlebt und wirkt sich negativ in der Statistik über Sterbefälle in der jeweiligen Klinik aus. Der Patient sollte nach kürzester Zeit das Gesundheitszentrum geheilt und voller neuer Energie verlassen können. Trendforscher und Gesundheitsexperten sprechen schon jetzt von einer „Gesundheitsgesellschaft“, in der sich der Patient zunehmend zum Kunden verwandelt. Er soll durch aktive Teilhabe am „Gesundheits-Markt“ Lebensqualität (Gesundheit, Fitness, Wellness etc.) nachfragen, aus den vielfältigen präventiven, kurativen oder erlebnisorientierten Angeboten möglichst selbstbestimmt wählen und vor allem konsumieren. Verheißt dabei keineswegs „nur“ Gesundheit im Sinne von „Nicht-Krank-Werden“, sondern mehr noch gleichsam unbegrenzt steigerbare Lebensqualität im Sinne von noch besser, noch fitter, noch leistungsfähiger.“

„Das ist sicher die eine Seite“, warf Hannelore ein. „Doch ich finde, dass da schon gewaltig gegengesteuert wird, und zwar nicht zuletzt von der Hospizbewegung. Ihr ist es meines Erachtens zu verdanken, dass dieses Ideal des gesunden, jungen dynamischen Menschen, der Krankheit und Leid nicht kennt, infrage gestellt, der Tabuisierung des Todes entgegengewirkt und Sterben als Teil des Lebens verstanden wird. Die Hospizbewegung blendet Alter, Leid und Siechtum nicht aus, sondern rückt den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt mit all seinen Schwächen und Gebrechen, seinen Hoffnungen und Ängsten sowie seinen Wünschen und Vorstellungen vom Leben und vom Tod.“

Fortsetzung auf Seite 14



Weil die Hospizbegleiterinnen ehrenamtlich arbeiten, brauchen sie sich nicht um Wirtschaftlichkeit und Effektivität zu kümmern, sondern haben wirklich Zeit für die Sterbenden und ihre Angehörigen. Manchmal würde ich gern mit ihnen tauschen.“

„Das kann ich gut verstehen“, stimmte ihr Schwester Simone zu. „Ich glaube auch, dass es letztlich der Hospizbewegung zu verdanken ist, dass in den letzten Jahren der Palliativgedanke immer mehr an Gewicht gewonnen hat und dass es inzwischen viele Palliativstationen gibt. Menschen, die an einer nicht mehr heilbaren Krankheit leiden, werden nicht mehr mit den Worten „Sie sind austherapiert. Ich kann leider nichts mehr für Sie tun“, aus der Klinik entlassen, sondern werden an die Palliativmediziner überwiesen, die, „wenn nichts mehr zu machen ist, noch ganz viel tun können“, wie neulich einer sagte. Sie nehmen die Patienten ganzheitlich in den Blick, nämlich mit ihren psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und nicht nur mit dem, was medizinisch zählt und an Pflege zu leisten ist. Sie lindern all die Nebenwirkungen, die durch die Grunderkrankung entstehen wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe oder Angst.“

„Noch etwas“, schaltete sich jetzt Ruth in das Gespräch ein: „Ich fand es zwar schlimm, dass es in Deutschland überhaupt eine so heftige Debatte über Sterbehilfe gegeben hat, aber andererseits hatte sie doch ein Gutes: Die Palliativmedizin ist als gute Alternative immer wieder ins Feld

geführt worden und hat dadurch auch bei der Bevölkerung an Akzeptanz gewonnen. Die Vorstellung, am Ende seines Lebens unter unstillbaren Schmerzen leiden zu müssen, hatte viele Menschen bewogen, die Sterbehilfe zu befürworten. Dieses Argument konnten Schmerztherapeuten und Palliativmediziner jedoch klar entkräften. Ich finde es gut, dass es jetzt eine klare Regelung gibt. Statt Sterbehilfe mehr Lebensbegleitung und palliative Versorgung am Lebensende finde ich eine gute Alternative.“

„Inzwischen wird auch die palliative Versorgung durch die Kassen besser refinanziert, so dass mehr Krankenhäuser Palliativstationen einrichten oder wenigstens Palliativbetten mit entsprechend ausgebildetem Personal vorhalten.

Auch die ambulante Palliativversorgung ist viel besser geworden. Wir haben in unserem Pflegeheim ausgesprochen viele Bewohner, die in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung sind, also Menschen, deren Grunderkrankung nicht mehr heilbar ist und die zugleich in besonderem Maß an quälenden Symptomen leiden. Für sie ist das Palliativteam rund um die Uhr da. Dadurch werden so manche unnötige Einweisungen ins Krankenhaus vermieden, und der Bewohner kann in seiner vertrauten Umgebung friedlich und schmerzfrei sterben, wenn es an der Zeit ist.“

Andere pflichteten ihr bei und erzählten von ihren Erfahrungen in den eigenen Einrichtungen. Abschließend waren sie sich darüber einig, dass sich in der Pflege viel verändert hat, dass aber auch noch viel geschehen muss, wenn sie den zukünftigen Herausforderungen gewachsen sein will.

Heinke Geiter



Termine 2018, 1. Halbjahr

Donnerstag, 8. Februar 19 Uhr

„Begegnungen am Lebensabend“ Die Hospizbewegung lädt ein zu einem Abend mit Lesung und Musik.

Autorin: Heinke Geiter

Im Gerberhaus, Löherplatz in Idstein. Der Eintritt ist kostenfrei!

Donnerstag, 1. März 19 Uhr

Offener Themenabend – In Zusammenarbeit mit der Stadt Idstein

Vorsorge treffen für die letzte Lebenszeit: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Vorstellung des Hospiz- und Palliativdienstes

Referentin: Heinke Geiter und Ilona Diener

Im Gerberhaus, Löherplatz in Idstein. Der Eintritt ist kostenfrei!

Donnerstag, 12. April 19 Uhr

Offener Themenabend – In Zusammenarbeit mit der Stadt Idstein

Der Totentanz – Eine vielschichtige Betrachtung des Lebensendes

Referent: Dr. Thomas Umscheid, Gefäßmediziner

Im Gerberhaus, Löherplatz in Idstein. Der Eintritt ist kostenfrei!

Donnerstag, 3. Mai 19:30 Uhr

Mitgliederversammlung

Im Haus der Kirche und Diakonie, Fürstin-Henriette-Dorothea Weg 1 in Idstein

Im Frühjahr an zwei Terminen, jeweils 19 bis 21 Uhr

Letzte Hilfe-Kurs: Jeder kann es lernen, einen ihm nahestehenden Menschen in der letzten Lebenszeit gut zu begleiten.

Im Haus der Kirche und Diakonie, Fürstin-Henriette-Dorothea Weg 1 in Idstein – Per E-Mail: lhk@hospizbewegung-idstein.de

Sonntagscafé für Trauernde

14.1. | 11.2. | 11.3. | 8.4. | 13.5. und 10.6.2018

Jeden 2. Sonntag im Monat im Haus der Kirche und Diakonie

Wanderung für Trauernde

18.2. und 24.06.2018 – Treffpunkt wird kurzfristig mitgeteilt, s. Internetseite

Impressum

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

Vereinsregisternummer: 5178
Telefonnummer: 06126-700 2715
E-Mail: info@hospizbewegung-idstein.de
Internet: www.hospizbewegung-idstein.de

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

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

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

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

Spendenkonto:
vr Bank Untertaunus eG
IBAN: DE81510917000012116403
BIC: VRBUDE51
(BLZ 510 917 00, Konto 12 11 64 03)

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

Wanderung für Trauernde

Termine in 2018: 18.2., 24.06., 19.08. und 21.10.

Treffpunkt: Wird zeitnah auf unserer Internetseite bekanntgegeben!

Wir möchten Sie einladen, mit uns zu wandern!

Die Trauerbegleiterin der Hospizbewegung im Idsteiner Land, Andrea Minör, plant die Touren in der Umgebung und begleitet sie. Es ist eine ca. 2-stündige leichte Wanderung mit kleinen Pausen, die auch für Ungeübte geeignet ist. Im Anschluss an die Wanderung kehren wir ein und lassen den Nachmittag ausklingen.

Wir empfehlen festes Schuhwerk und ggf. ein Getränk. Die Teilnahme ist kostenfrei und eine Anmeldung nicht nötig! Wenn Sie Fragen haben, gerne unter 06126 / 700 2715.



Hospizbewegung
im Idsteiner Land e.V.