

Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod

Vorwort

Im Jahr 1994 hat der Vorstand zur Orientierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Papier "Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod" herausgegeben, in dem die im Alltag diakonischer Arbeit aufgeworfenen Fragen aufgenommen und behandelt werden.

Es wurde um Rückmeldung zu diesem Orientierungspapier gebeten, und die Ethikkommission hat daraufhin folgende grundsätzliche Überlegung bearbeitet.

Die praktischen Handreichungen sind im Wesen unverändert geblieben. Die Frage nach dem Handeln an Grenzen unseres Lebens sind nicht endgültig zu beantworten, sondern sie werden uns weiter beschäftigen oder gar in Atem halten, sei es im Blick auf den Bereich der pränatalen Diagnostik, der Sterbehilfe oder des Komplexes Biomedizin.

Wir hoffen, mit der neuen Textfassung die Anregungen aufgenommen zu haben, und bitten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel weiterhin um kritische Begleitung.

Mit dem Dank an die Mitglieder der Ethik-Kommission veröffentlicht der Vorstand die neue Fassung der Orientierungshilfe "Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod".

Bethel, im September 1998

Grundsätzliche Überlegungen

Der Ausgangspunkt

Die Thematik der Euthanasie gibt seit einigen Jahren in vielen Ländern wieder Anlaß zu Diskussionen. Unter rechtlichen, therapeutisch-medizinischen, pflegerischen und ökonomischen, aber auch philosophischen und theologischen Gesichtspunkten geht es dabei um den ethisch verantwortbaren Umgang mit der Grenze zwischen Leben und Tod. Die Ethik-Kommission, die im Auftrag des Vorstands der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel seit einigen Jahren Fragen der ethischen Unternehmensgestaltung nachgeht, nahm diesen Anstoß auf, indem sie sich im Interesse der Einrichtungen kundig machte.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen war die Einsicht, daß die Problematik vor allem innerhalb der Einrichtungen ein neues Nachdenken erfordert. Dazu gehört einerseits die Aufgabe, in der Geschichte Bethels besonders auch die Zeit der nationalsozialistischen Euthanasieprogramme für "lebensunwertes Leben" aufzuarbeiten. Dazu gehört andererseits der Einblick in die Tatsache, daß auch in den Einrichtungen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel alltäglich an der Grenze zwischen Leben und Tod verantwortlich zu handeln ist.

Neben einer Serie von öffentlichen Vorträgen zum Thema Euthanasie veranstaltet die Ethik-Kommission mit verantwortlichen Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften der Einrichtungen ein geschlossenes Hearing, um den derzeit praktizierten Stil im Umgang mit dieser Lebens- und Todesgrenze transparent werden zu lassen. Die Kommission war sich bewußt, daß es für das Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod über gesetzliche Rahmenbestimmungen hinaus keine Reglementierung geben kann und darf, da jede Situation in ihrer Einmaligkeit zu beurteilen ist:

"Der kranke, behinderte oder sozial benachteiligte Bewohner (Bethels) wird als Gottes Geschöpf, als Bruder und Schwester angenommen. Er ist Partner für Gespräch und gemeinsame Lebensgestaltung unter Berücksichtigung seiner Gaben und Kräfte. Er ist als Kind, als Jugendlicher, als Mann oder Frau oder als alter Mensch in seiner Individualität zu achten. Der Schwerstbehinderte soll bei allen pflegerischen und therapeutischen Bemühungen in seiner Einmaligkeit zur Geltung kommen." (Grundsätze für das Leben und Arbeiten in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, 11)
Diese Leitsätze gelten auch für den sterbenden Menschen.

Die Ethik-Kommission war sich aber auch bewußt, daß für den verantwortlichen Umgang mit dieser Grenzsituation des Lebens rechtliche Rahmenvorgaben nicht genügen. Neuere Entwicklungen gesundheitspolitischer Art erfordern auch Bethel-intern eine Situationserhellung, die den Umgang mit dieser Grenze in unseren Einrichtungen in größerem Kontext überdenkt. Das Ergebnis ist nicht als Anweisung gedacht, sondern als Orientierungshilfe für die verantwortlich

Handelnden.

Sie regelt nicht den Verantwortungsbereich, sondern stellt ihn über Einzelsituationen hinaus in Zusammenhänge einer ethischen Handlungsorientierung, die im Interesse der sterbenden Menschen, aber auch der therapeutisch, pflegerisch und seelsorgerlich Handelnden und im weiteren Sinn der v. Bodelschwingschen Anstalten als wichtig erscheint.

Leitsätze

Der Vorstand der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel initiierte und fördert den Auftrag, die Geschichte Bethels in der Zeit von 1910 bis 1945, darin auch die Auswirkungen des nationalsozialistischen Euthanasieprogramms, wissenschaftlich unabhängig zu untersuchen. Verschiedene Einrichtungen der Diakonie gingen in den letzten Jahren daran, ihre Hausgeschichte in der Zeit des Nationalsozialismus und besonders unter der Einwirkung der damaligen Euthanasieprogramme kritisch aufzuarbeiten (vgl. Theodor Strohm/ Jörg Thierfelder Hg., Diakonie im "Dritten Reich", Heidelberg 1990). In Kooperation mit der Leitung der Evangelischen Kirche von Westfalen initiierte der Vorstand der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel die Einrichtung einer Stiftungsprofessur an der Kirchlichen Hochschule Bethel, deren Auftrag darin liegt, im Rahmen eines zeitlich begrenzten Forschungsprojektes die Geschichte Bethels in der Zeit von 1910 bis 1945 und darin u. a. die Rolle Friedrich von Bodelschwings d. J. in den Auseinandersetzungen um das NS-Euthanasieprogramm wissenschaftlich unabhängig aufzuarbeiten. Die Professur konnte 1992 besetzt werden. Erste Ergebnisse sind in der zweiten Hälfte der 90er Jahre zu erwarten.

Die historische Belastung der Problematik erfordert gleichzeitig eine besondere Sensibilität für die Frage, wie in Einrichtungen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel alltäglich an der Grenze zwischen Leben und Tod gehandelt wird. Gemäß dem von uns geförderten Ethos hat darin die individuelle Beurteilung von Lebenslagen und Sterbesituationen unbedingten Vorrang. Doch finden sich darin ethische Problemanzeigen, die über den Einzelfall hinausweisen und darum eine entsprechende Klärung erfordern.

Historische Belastungen, die auch die Geschichte Bethels betreffen, waren der Ethik-Kommission ein Anlaß, die öffentliche Diskussion des Themas in der Gegenwart kritisch und sensibel wahrzunehmen. Sachlich hat diese Debatte ethische Brennpunkte, in denen es im Zeichen eines tiefgreifenden sozialen Wertewandels in unterschiedlichen Lebensbereichen um Grenzen wissenschaftlicher, technologischer und ökonomischer Art geht. Bisher gültige Handlungsorientierungen sind kritisch zu überprüfen und im Sinne recht verstandener Verantwortlichkeit neu zu bestimmen.

Im medizinischen Bereich stellt sich alltäglich die Aufgabe, mit der Grenze zwischen Leben und Tod in angemessener Weise umzugehen. In dieser Situation trägt der Arzt bzw. die Ärztin die entscheidende therapeutische Verantwortung. Die Grenzsituation wird aber neben den therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten auch von personellen und rechtlichen Vorgaben bestimmt.

Dies erfordert neben der Sensibilität für die Einzelsituation auch eine angemessene Beachtung der Rahmenbedingungen, die im Krankenhausbereich sich als Grenzen unterschiedlichster Art bemerkbar machen. Dazu gehören neben rechtlichen Novellierungsversuchen auf nationaler Ebene in den 90er Jahren auch einschneidende personalpolitische Probleme im Bereich der Pflegekräfte und auf gesundheitspolitischer Ebene massive ökonomische Einschränkungen. Krankenhäuser in freier, beispielsweise in konfessioneller resp. Diakonischer Trägerschaft werden in den nächsten Jahren durch die gesetzlichen und ökonomischen Eingrenzungen im Gesundheitswesen besonders hart betroffen. Derartige Veränderungen erfordern innerhalb der Einrichtungen ein neues Nachdenken, damit solche Grenzen nicht als Schicksal, sondern als Herausforderung zu verantwortlicher Gestaltung wahrgenommen werden.

Wir orientieren uns an der unantastbaren Würde des Menschen (Art. 1,1 Grundgesetz). Als diakonische Einrichtung sehen wir darin die verfassungsmäßige Ausprägung der von Gott zugesagten Anerkennung jedes Menschen. Wie zum Leben das Sterben als Grenze gehört, gehört zur Würde des Menschen auch die Würde des Sterbens.

Die Würde des Menschen ist die höchste Verfassungsnorm der Bundesrepublik Deutschland. Aus biblisch-christlicher Grundorientierung sehen wir darin die Anerkennung des Menschen als Ebenbild Gottes, der mit seinen Schwächen und seiner Endlichkeit in Christus zum Heil berufen ist. In den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel gilt für das Zusammenleben und den Umgang mit Menschen:

"Bei Diagnostik und Therapie, bei Pflege und Betreuung, bei der Anwendung psychotherapeutischer oder pädagogischer Methoden lassen wir uns leiten von dem Auftrag, dem ganzen Menschen in seiner Leib-seelischen Einheit zu helfen. Das Leben und die Würde der Person sind uns unantastbar." (Grundsätze für das Leben und Arbeiten in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, 8)

Die Achtung vor der Würde des Sterbens ist untrennbar mit der Würde des Lebens verbunden. Wo medizinische Behandlung und humanwissenschaftliche Möglichkeiten an ihre Grenzen stoßen, wo also ausschließlich betreut, gepflegt, begleitet und zum Sterben bereitet werden kann, muß sich der Geist des Friedens und der Hoffnung besonders bewähren (Römerbrief 15, 13), der über den Tod hinausreicht.

Wir sind uns bewußt, daß die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, die das Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod regeln, diese Würde nur begrenzt gegen Verletzungen zu schützen vermag. Die Entwicklung einer hochspezialisierten Medizin, deren Einsatz wir in unseren Einrichtungen als Dienst am Leben bejahen, verschiebt die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten zunehmend über Grenzen hinaus, die herkömmlicherweise als natürlich galten. In diesen erweiterten Handlungsräumen stellt sich im Einzelfall und generell das Problem, bis zu welchen Grenzen der Einsatz von Mitteln zur Verlängerung des Lebens

gerechtfertigt ist, der unter Umständen die Würde des Sterbens auch verletzen kann.

In den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel wird die wissenschaftliche und technologische Weiterentwicklung der modernen Medizin mit ihren diagnostischen und therapeutischen Leistungen aufgenommen und in den Dienst der Menschen gestellt. Der Einsatz medizinischer Mittel erfolgt in der Weise, daß Menschen auch in Würde sterben können. Dabei wollen wir es zur Aufgabe aller Beteiligten machen, die letzte Phase des Lebens würdig zu gestalten. Wir wollen, daß die Pflegenden, die Angehörigen, die Seelsorgerinnen und Seelsorger in die Verantwortlichkeit des Arztes bzw. der Ärztin einbezogen werden.

In den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel wird darauf geachtet, daß sich Orte finden, an denen Menschen in Würde sterben können. Diese Orte werden so gestaltet, daß ein humanes Ende des Lebens möglich ist. Die Orientierung an einem Sterben in Würde verlangt ein Verständnis des Sterbens, in welchem die ärztliche Handlungskompetenz entscheidend, aber nicht alles bestimmend ist. Sie kann die ganzheitliche Betrachtung der Situation nicht ersetzen. Darum beschränkt sich die Seelsorge an Sterbenden nicht auf den Bereich jenseits der ärztlichen Kompetenz. Sie ist als konstitutives Element einzubeziehen. Ihr obliegt die Sorge für die seelischen, personalen und sozialen Beziehungen der Sterbenden.

Der Arzt/die Ärztin in den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel ist juristisch verantwortlich für den Einsatz therapeutischer Maßnahmen und deren Abbruch. Im Rahmen ethisch verantwortbarer Grenzen medizinischer, pflegerischer und ökonomischer Art steht er/sie im Dienst am sterbenden Menschen bis zum Tod. Die therapeutische Verantwortung des Arztes/der Ärztin ist nach Gesetz und in der Sache nicht delegierbar. Innerhalb einer diakonischen Einrichtung aber ist sie eingebunden in die Gesamtverantwortung im Dienst am sterbenden Menschen bis zum Tod.

In den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel werden gesundheitspolitische Entwicklungen mit Sorge gesehen, die legalisiert zu einem Zwei-Klassen-System der medizinischen Versorgung führen. Indem sich durch den steigenden Anteil der Eigenleistungen an den Gesundheitskosten ökonomisch Bessersituierte eine bessere medizinische Versorgung als die Mehrheit der Bevölkerung leisten können, ist darin stillschweigend und faktisch sogar die Entwicklung zu einer Drei-Klassen-Medizin impliziert, in der alte, schwache, behinderte Menschen besonders benachteiligt zu werden drohen. Wenn sich die medizinische Versorgung stärker als bisher an der ökonomischen Leistungskraft der Versorgten ausrichtet, kann dieses auf die Dauer dazu führen, daß die schwächsten Glieder unserer Gesellschaft unter das Maß einer medizinischen Standardversorgung fallen.

Die unternehmerischen Möglichkeiten der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel sind an dieser Stelle begrenzt. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten aber

soll in ihren Einrichtungen dafür Sorge getragen werden, daß die Menschen besonders auch in der Sterbesituation so behandelt und gepflegt werden, wie es dem Standard medizinischer Versorgung entspricht. Dafür werden die eigenen Ärzte/Ärztinnen und das Pflegepersonal in die Pflicht genommen.

Es ist Sache der Krankenhausleitung und der Leitung der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel, darin für den angemessenen ökonomischen, personellen und infrastrukturellen Rahmen zu sorgen. Medizinische Entscheidungen aber sind umgekehrt nicht nur nach medizinischen Kriterien, sondern ethisch verantwortlich innerhalb dieses Rahmens zu treffen. Besonders die Verantwortung des Arztes/der Ärztin wird darin zu einer Mitverantwortung im Umgang mit stärker spürbar werdenden Grenzen der institutionellen Leistungskraft.

In der letzten Phase des Lebens eines Menschen sind pflegende Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen für deren würdige Gestaltung besonders verantwortlich. "Wenn wir andere beraten, behandeln oder unterweisen, kommt es darauf an, daß die Begegnung zwischen ihnen und uns gelingt. Alle therapeutischen und pädagogischen Bemühungen haben ihre Grenzen dort, wo Begegnung verhindert und Beziehungen zerstört werden. Deshalb ist es wichtig, daß wir die eigenen Schwächen und Vorurteile kennen und auch wissen, wie sehr wir selbst auf Anerkennung angewiesen sind. Begegnung zwischen Menschen ist davon gekennzeichnet, daß sich einer auf den anderen einläßt und jeder bereit ist, den anderen anzunehmen und von ihm zu lernen". (Grundsätze für das Leben und Arbeiten in den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel, 9)

Neben therapeutischen und pflegerischen Qualifikationen wird in den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel im Rahmen der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung die Verstärkung und Vertiefung sozialer Kompetenzen gefördert. Dies gilt vor allem für Pflegekräfte, die in Sterbesituationen handeln und menschlich intensiv beansprucht werden. In ihrer Verpflichtung zur humanen Gestaltung dieser Grenzsituation sind sie von seiten der Ärzte/Ärztinnen, der mit der Seelsorge Beauftragten und der Hausleitung zu unterstützen. Die Sterbesituation ist so zu gestalten, daß sie persönlicher Zuwendung soweit wie möglich Raum gibt. Angehörige werden nach Möglichkeit in die Gestaltung der letzten Phase des Lebens mit einbezogen. Im Rahmen eines Seelsorgekonzeptes der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel werden dafür die erforderlichen Leitlinien konkretisiert. Darin lassen wir uns von der Einsicht leiten, daß zur Würde des Sterbens die menschliche Begleitung besonders durch die Nächsten gehört.

An der Schwelle zwischen Leben und Tod verstehen wir die Einsicht in die Grenzen menschlichen Handelns und das würdige Gestalten der Sterbesituation als die einzig angemessene Antwort auf Forderungen nach einer aktiven Sterbehilfe, die derzeit weltweit wieder erhoben werden. Die vorliegenden Leitsätze und Erläuterungen sind primär für den internen Hausgebrauch bestimmt. Sie verstehen sich als Antwort auf die derzeit

akuten äußeren Herausforderungen in den Diskussionen um das Problem der Euthanasie. Wir sind uns jedoch bewußt, daß die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel dieselben Richtlinien im Rahmen ihrer äußeren Verpflichtungen und Möglichkeiten zu vertreten haben.

Für die Menschen in unseren Einrichtungen soll Bethel ein guter Ort zum Leben, aber auch zum Sterben sein. Um die Glaubwürdigkeit dieser Absicht zu unterstreichen, ist es erforderlich, daß sich die Leitung v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel mit den Teilbereichsleitungen so ins Benehmen setzt, daß darin konkrete Schritte getan werden.

Im Rahmen unserer Gestaltungsmöglichkeiten lassen wir uns nach innen und außen von dem biblisch-christlichen Grundsatz leiten, daß der Mensch ein Ebenbild Gottes ist und bleibt, auch an der Grenze zwischen Leben und Tod. Dabei sind wir uns der Grenzen institutioneller, therapeutischer, pflegerischer und ökonomischer Möglichkeiten bewußt.

Zu den Verantwortlichkeiten nach außen hin gehören:

der Einsatz für diese Ziele im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen,
der Einsatz für diese Ziele im Rahmen gesundheitspolitischer Diskussionen,
der Einsatz dafür im Rahmen einer öffentlichen Diskussion des Themas.

Wir sind uns bewußt, daß die gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen auch in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel besonders im medizinischen Bereich zunehmend enger werden. Ihre Leitung setzt sich auch öffentlich für die Erreichung der genannten Ziele ein. Dabei stellt sie sich gegen Entwicklungen, die zu Lasten von armen, schwachen, benachteiligten, behinderten und alten Menschen gehen.

Ziel der Ethik-Kommission ist es deshalb, in öffentlichen Diskussionen intern und extern zu einem neuen Nachdenken und einem entsprechenden Gestaltungswillen anzuregen.

Praktische Handreichungen

1. Vorbemerkung zur Handhabung der Orientierungshilfe

Das Sterben von Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Dienst oder Ruhestand vollzieht sich sehr unterschiedlich.

Wir erleben den plötzlichen Tod im Haus. Jemand stirbt unerwartet im Urlaub und kommt nicht in seine Gemeinschaft zurück. Andere sterben nach längerer Krankheit zu Hause oder im Krankenhaus.

Die vorliegende Orientierungshilfe ist kein Rezeptbuch. Sie dient dazu, sich den Fragen und Aufgaben zu stellen, die an der Grenze zwischen Leben und Tod auftauchen. Dabei geht es sowohl um die Klärung von Sachfragen, wie die der angemessenen Grundpflege oder der Endabfassung des Testamentes, wie auch um das Zurkenntnisnehmen von Ängsten, Schuldgefühlen und Schwierigkeiten, die bei jedem einzelnen und im Zusammenwirken aller Beteiligten (Professionelle, Angehörige, Freunde, Verwandte und dem Patienten selbst) zu erwarten sind.

Entscheidungsunsicherheiten tauchen auf, lähmendes Schweigen oder ziellose Geschäftigkeit, Aggressionen oder Verleugnungen.

Diese Orientierungshilfe dient nicht dazu, Verantwortung abzugeben, sondern vielmehr dazu, in der konkreten Situation Verantwortung angemessen wahrnehmen zu lernen.

2. Arbeitsbereich und handelnde Personen

Mehr als zwei Drittel aller Menschen in der Bundesrepublik sterben im Krankenhaus. Handelnde Personen sind: Schwestern und Pfleger, Ärzte und alle weiteren tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die "von Berufs wegen" mit dem Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod zu tun haben.

Aber auch in den Wohnungen, Wohnhäusern, Heimen und Fachkrankenhäusern der Langzeit-Bewohner sterben Menschen, die oft seit Jahrzehnten in Bethel "ihre Heimat gefunden haben". Zu den handelnden Personen gehören deshalb alle, die mit ihnen zusammengelebt haben - Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - vor allem dann, wenn es gelingt, die Sterbebegleitung in der gewohnten Umgebung zu leisten.

Den Seelsorgern kommt in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel an der Grenze zwischen Leben und Tod besondere Bedeutung zu.

Wenn der "Sterbende" es wünscht, sind Angehörige und Freunde jederzeit und unbegrenzt in die Begleitung einzubeziehen. Hauptamtliche

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder freiwillige Betreuerinnen und Betreuer des Hospiz e. V. Bethel gehören ebenfalls dazu.

3. Nachdenken über das Sterben

Sterbende Menschen an der Grenze ihres Lebens zu begleiten, ist eine schwere Arbeit. Bei den sterbenden Menschen, Angehörigen und Begleiterinnen und Begleitern wird eine tiefe emotionale Betroffenheit ausgelöst, die der Berührung mit der Lebensgrenze entspricht. Das Leben wird im wahrsten Sinne des Wortes durch das Ende begrenzt, das bei allen Beteiligten Angst, Aggression, Wut, Ohnmacht ... auslöst. Diese Betroffenheit an der Grenze eines Lebens ist nicht zu vermeiden. Es werden Grundgefühle geweckt, die in unserem weitgehend funktional bestimmten Leben wenig Platz haben und selten akzeptiert und zugelassen werden.

Dabei ist das Allersicherste in unserem Leben unser Sterben und am Ende der Tod. In unserer Wachstumsgesellschaft, die durch Grenzenlosigkeit bestimmt ist, wird diese Lebensvoraussetzung oft tabuisiert. Gründe dafür sind der medizinisch technische Fortschritt und damit verbunden eine steigende Lebenserwartung. Das Sterben ist im Bewußtsein vieler Menschen verfügbarer geworden als in der Vergangenheit.

Als Teil dieser Gesellschaft haben auch Einrichtungen der Diakonie und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Anteil an der Tabuisierung des Todes.

Das Allersicherste in unserem Leben, der Tod, verunsichert alle Beteiligten, auch die professionellen Helferinnen und Helfer werden zu Betroffenen.

Es gibt wenig geprägte Formen und Sprachbilder für die Sterbesituation. Formen in der Vergangenheit, die weit gehend christlich geprägt waren, erweisen sich oft als nicht mehr tragfähig; der Rückgriff auf diese Tradition wirkt oft verkrampft und wenig hilfreich. Die Folge der tiefen Unsicherheit ist eine hilflose Sprachlosigkeit, die oft wortreich überspielt wird. Sowohl der sterbende Mensch als auch die Begleiterinnen und Begleiter vermeiden mit diesem Spiel in Worten eine wirkliche Begegnung und Beziehung. Die lebendigen Gefühle im Sterbeprozess gelten als unzumutbar und werden damit isoliert. Für den sterbenden Menschen bedeutet dies, daß ein wesentlicher Teil seines Lebens schon lange vor dem Tod gestorben ist. Nur dann, wenn durch Schweigen und miteinander Sprechen ein offener Raum gestaltet wird, in dem die tiefen Gefühle der Betroffenheit ihren Platz finden, kommt es zu einer menschlichen Begegnung.

Wechselnde, oft widersprüchliche Gefühle sind bei sterbenden Menschen, ihren Angehörigen und Begleiterinnen und Begleitern häufig. Dazu gehören u. a.

die Angst vor dem eigenen Tod; Schuldgefühle darüber, versagt zu haben, etwas unterlassen zu haben; Trauer um lebendige Beziehungen, deren Ende

absehbar sind;

Aggressionen dem Tod gegenüber, die sich oft verdeckt äußern; die quälende Frage: "Warum passiert mir das?" oder "Warum der oder die?", die wütend nach einer sinngebenden Antwort verlangt, die allerdings nicht von außen gegeben werden kann; Gelassenheit, Einverständnis mit dem Sterben; Bereitschaft zum Abschiednehmen; Resignation ...

Daraus ergibt sich die Aufgabe, Haltungen zu entwickeln und Sprachformen zu suchen, die diesen häufig widersprüchlichen Gefühlen des Lebens Raum geben. So kann die drohende Isolation sterbender Menschen verhindert und das Sterben wieder ein Teil des Lebens werden.

Teambegleitung und Supervision sind in Bereichen, in denen häufig sterbende Menschen begleitet werden, notwendig. Sie sind eine Form der Mitarbeiterpflege und die Voraussetzung dafür, daß eine Sterbekultur entwickelt werden kann. Denn da, wo die emotionale Betroffenheit nicht zur Sprache gebracht wird, sucht sie sich andere Wege.

4. Der Wille des Sterbenden

Der Wille des Sterbenden ist handlungsleitend für alle, die ihn an der Grenze zum Tod begleiten.

Kann der Sterbende sich äußern, so empfiehlt sich,
- ihn direkt zu fragen, wen er sehen und sprechen möchte, wie oft er Besuch haben möchte und wie lange;
wen er ggf. auch nicht oder nur kurz sprechen möchte, wie oft er allein bleiben möchte oder einen Menschen in seiner Nähe braucht - ggf. auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Hospiz;
- ihn zu fragen, was noch zu erledigen ist (Testament, klärende Gespräche, Bestattungswünsche ggf. mit Details u. a.).

Dem Erfahrenen gelingt es, hinter dem geäußerten Willen ggf. dahinter verborgene Wünsche zu entdecken und diese ins Gespräch zu bringen. Dies können entweder dem Sterbenden vertraute Personen sein, in Einzelfällen jedoch auch eher nicht vertraute, aber vertrauenswürdige Personen (Pastoren, Bezugsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter).

Kann der Sterbende sich nicht äußern, so empfiehlt sich, aus der bisherigen Kenntnis des Sterbenden seinen "vermuteten" Willen zur Grundlage eigenen Handelns zu machen. Der Wille des Patienten steht nur solange eindeutig fest, wie der Patient äußerungsfähig ist. Äußerungen der Angehörigen können in diesem Zusammenhang nur zur Interpretation des Patientenwillens herangezogen werden. Ist der Patient nicht mehr äußerungsfähig (zum Beispiel bewußtlos), gilt sein mutmaßlicher Wille. Dieser wird - der momentanen Rechtsprechung folgend - grundsätzlich als lebensbejahend angesehen.

Den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erkennen, gelingt eher bei

Personen, die man lange kennt (zum Beispiel Krebs-Patienten, Dialyse-Patienten, Langzeitbewohner in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel).

Sind Patienten nicht oder kaum bekannt, so sind die nächsten Angehörigen und/oder gute Freunde zu fragen. Ob dies die Ärzte, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Pflegedienstes oder Pastoren tun, ergibt die jeweilige Situation. Die Verantwortung dafür, daß dies getan wird, ergibt sich aus dem Abschnitt "Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen" (s. dort).

5. Klärung vielfältiger Fragen gemeinsam mit den Sterbenden

An der Grenze zwischen Leben und Tod können angesichts der kurzen Zeitspanne, die noch Denken und Handeln ermöglicht, Fragen auftauchen oder Themen wichtig werden, die in der Zeit vorher verdrängt wurden oder so nicht vorhanden waren. Von seiten der Sterbenden tauchen Fragen oft nur verschlüsselt und andeutungsweise auf. Hier ist die Aufmerksamkeit und das Einfühlungsvermögen der begleitenden Personen gefragt, um solche "Signale" zu hören und aufzunehmen. Sie sind häufig ein Gesprächsangebot.

Welche Fragen können auftauchen? Zwei verschiedene Arten von Fragen das Lebensende betreffend, sind uns besonders aufgefallen:

einmal die Frage des Sterbenden, den eigenen Zustand betreffend, zum anderen Fragen äußerer und formaler Art.

Fragen und Themen zur Befindlichkeit des Sterbenden können folgende sein:

Ich möchte die Wahrheit über meine Diagnose hören.

Ich möchte diese Wahrheit auf keinen Fall hören.

Ich habe Angst vor Schmerzen, Angst vor dem Alleinsein, Angst vor Menschen, die ich nicht in meiner Nähe haben will.

Ich habe Angst, nicht mehr ernst genommen zu werden.

Ich habe den Wunsch nach einer bestimmten Person, die mich begleitet.

Ich habe den Wunsch nach Ruhe, nach Ablenkung, nach bestimmter Musik, nach einem Gebet.

Ich wünsche mir die Möglichkeit, mit einigen Menschen, die mir nahe stehen, ins reine zu kommen.

Ich möchte mich bedanken können.

Ich denke oft an das Leben nach dem Tod. Gibt es eins? Werde ich von Gott aufgenommen?

Es gibt einiges, was erledigt werden sollte:

Ich möchte noch ein Testament machen.

Ich habe Wünsche an den Ort und die Form meiner Beerdigung und an den Pfarrer, der sie hält.

Ich möchte nicht, daß meine Angehörigen zur Beerdigung kommen; sie haben mich im Leben auch verlassen.

Ich möchte, daß meine Angehörigen sofort benachrichtigt werden, wenn es

mir schlecht geht und dann sofort zu mir kommen.

Wie aus dem oben Beschriebenen deutlich wird, kann man äußere und innere Fragen nicht exakt voneinander trennen.

Wer ist beteiligt bei der Klärung und Beantwortung der genannten Fragen und bei der Erfüllung letzter Wünsche? Im Team, das in diesem Fall aus Mitarbeitern, Gruppenleitung, Hausleitung, Arzt und Seelsorger besteht, muß geklärt werden, welche Person/en dem Sterbenden am nächsten steht/stehen und wer welche Aufgaben übernimmt bzw. übernehmen kann. Die dabei auftretenden Konflikte sollte das Team so lösen, daß der Sterbende damit nicht belastet wird. Im Heimbereich sind Angehörige selten so in der Nähe, daß sie einbezogen werden können.

Wann ist der richtige Zeitpunkt zum Gespräch? Der richtige Zeitpunkt ist zweifellos immer dann, wenn der Sterbende bereit ist, zu sprechen. Keinesfalls dann, wenn der Begleiter meint, Fragen zu stellen oder die Wahrheit um jeden Preis aussprechen zu müssen.

Voraussetzung für ein Gespräch ist auch die innere Ruhe und Aufnahmebereitschaft des Begleiters. Wer immer nur geschäftig hin und her läuft (um sich vielleicht selbst abzulenken), wird kaum die Gesprächsbereitschaft fördern. Er wird die "Signale" überhören oder vordergründig verkürzt darauf eingehen. Eine dem Lebensstil des Sterbenden angemessene äußere Atmosphäre kann zum Gelingen des Gesprächs beitragen. Die innere Bereitschaft des Begleiters/der Begleiter, die letzte Lebensstrecke mitzugehen und sich dieser nicht zu entziehen, kann bewirken, daß sich manche Fragen auch ohne viele Worte klären.

6. Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen

Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod sind keine Alltagsentscheidungen, auch wenn sie in manchen Arbeitsbereichen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel alltäglich stattfinden. Sie berühren unmittelbar das Leben eines einzelnen Menschen, beziehen seine Beziehung zu nahen Angehörigen und/oder Freunden und Bekannten ein, finden immer in einem spezifischen, jeweils verschiedenen und besonderen institutionellen Kontext statt.

Beim Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod, mehr noch bei Entscheidungen, die dem Handeln vorausgehen, ist ein kontrollierter und kontrollierbarer Beratungs- und Entscheidungsprozeß unerlässlich, einsame Expertenentscheidungen sind nicht nur überflüssig, sondern schädlich.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Empfehlungen zu verstehen:

6.1. Die Beteiligten

Der Wille des Sterbenden ist handlungsleitend für alle, die ihn an der Grenze

zum Tod begleiten (s. 4.). Der Patient ist deshalb immer am Kommunikations- und Entscheidungsprozeß beteiligt. In der Regel sind an dem Kommunikations- und Entscheidungsprozeß zu allererst die unmittelbar beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nennen.

Dies sind in der Regel:

ärztliches Personal,
Pflegepersonal.

In den mittel- und längerfristigen Bereichen (Krankenhäuser und Heime) sind zudem zu nennen:

Bezugspersonen im Team,
Gruppenleitung bzw. Hausleitung.
Aus dem Mitarbeiterkreis sind sowohl in Kliniken als auch in den anderen Bereichen zusätzlich zu nennen:

Seelsorger, Psychosozialer Dienst bzw. Therapeutischer Dienst.

Die Angehörigen sind ebenfalls in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen, dabei ist insbesondere ihrem Informationsbedürfnis nachzukommen. Die Stellungnahme der Angehörigen ist mit im Entscheidungsprozeß zu berücksichtigen, ohne daß man sie für eine Entscheidung verantwortlich macht.

Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen und Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen, ist ggf. über das Vormundschaftsgericht ein gesetzlicher Betreuer zu bestellen, der die Rechte des Patienten wahrnimmt. Es ist in diesem Falle darauf zu achten, welche Personen mit dieser gesetzlichen Betreuung beauftragt werden (die nächsten Angehörigen werden in der Regel zuerst gefragt).

6.2. Die Entscheidungsfindung

Grenzentscheidungen sind zum Beispiel:

Reanimation,
Weiterführung der Beatmung oder anderer therapeutischer Maßnahmen,
Verlegung,
Krankenhauseinweisung u. ä.

Der Arzt/die Ärztin muß in der Entscheidung - an der Grenze zwischen Leben und Tod - mit höchster Priorität den geäußerten oder mutmaßlichen (zu erschließenden) Patientenwillen in respektvoller Weise einbeziehen.

Ferner ist seine/ihre Entscheidung nur dann verantwortlich zu nennen, wenn die Angehörigen und das verantwortliche Pflegepersonal mit ihrem jeweiligen Aspekt der Verantwortung sorgfältig einbezogen werden.

Seine/ihre rechtliche Letztverantwortung bleibt davon unberührt.

Er/sie hat damit eine nicht delegierbare rechtliche Verantwortlichkeit über den einzelnen Patienten. Andererseits ist er eingebunden in die Gesamtverantwortung und die Gesamtmitarbeiterschaft der Station bzw. des Hauses.

Eine Entscheidung gegen den mehrheitlichen Willen der am Entscheidungsprozeß Beteiligten muß ausdrücklich begründet werden.

Im Prozeß der Entscheidungsfindung sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

die aktuelle Behandlungssituation des Patienten,
die Prognose,
der reale oder mutmaßliche Patientenwille und
die Einschätzung der Angehörigen und/oder der nächsten Bezugspersonen.
Nicht relevant sind die vorherige individuelle Lebenssituation oder die Lebensqualität des Patienten (zum Beispiel Alleinstehende, Obdachlose etc.) und auch nicht die notwendigen Kosten der aktuellen Behandlungsmaßnahme sowie der Folgekosten.

6.2.1. Der "Normalfall"

Die notwendige Entscheidung, die nachfolgendes Handeln bedingt, findet im Normalfall nach Beratung eines Gremiums statt, welches konkret aus folgenden Personen zusammengesetzt ist:

dem aktuell behandelnden Arzt,
dem behandelnden bzw. zuständigen Oberarzt,
der Pflegekraft bzw. zuständigen Bezugsperson,
der Stations-, Gruppen- oder Hausleitung;
bei Beteiligung von Schülern ist zusätzlich die Praxisbegleitung auf der Station erforderlich.

Zusätzlich sind einzubeziehen:

mitbehandelnde Ärzte (zum Beispiel in der Kooperation von Neurochirurgen, Anästhesisten und Chirurgen oder von Psychiatern und Internisten), der für die Abteilung zuständige Seelsorger, der reale oder mutmaßliche Wille des Patienten ist einzuholen, der zuständige Arzt ist verantwortlich für die Klärung evtl. notwendiger vormundschaftsgerichtlicher Maßnahmen (Betreuerbestellung).

In der Zuständigkeit des verantwortlichen Arztes liegt es ebenfalls, daß die Meinung der nächsten Angehörigen eingeholt wird. Dies ist vom Arzt auch delegierbar an Personen, die den Angehörigen im Beratungsprozeß näherstehen von seiten des Teams. Mit Einholen einer Meinung ist in der Regel die Informationspflicht verbunden sowohl über lebensverlängernde

Maßnahmen als auch über deren Abbruch.

Das Gremium trifft nach eingehender Beratung eine Entscheidung. Eine Entscheidung gegen den mehrheitlichen Willen der am Beratungsprozeß Beteiligten muß vom zuständigen Arzt ausdrücklich begründet werden bzw. führt zu einer weiteren Diskussion unter "Konfliktfall". Wird eine Entscheidung in dem genannten Gremium gegen die Meinung eines einzelnen Mitarbeiters gefällt und für bindend erklärt, ist sie für den betreffenden Mitarbeiter im konkreten Handeln absolut bindend, wenn die Absprache auf moralisch verantwortliche (wie oben beschrieben) Weise zustande gekommen ist. Wer dadurch in erhebliche Konflikte gerät, bedarf angemessener Begleitung.

6.2.2. Der sogenannte "Eilfall"

Bei Entscheidungen ist die Beteiligung folgender Personen unerlässlich:

der zuständige Arzt,
der Oberarzt bzw. die oberärztliche Rufbereitschaft,
der aktuell diensthabende Mitarbeiter.

In der Verantwortung des zuständigen Arztes liegt es, die Angehörigen aktuell zu erreichen, um sie über den Zustand des Patienten aufzuklären und auch - sofern nicht vorher geschehen - den mutmaßlichen Patientenwillen in den Entscheidungsprozeß mit einzubeziehen. Der Versuch, die Angehörigen zu benachrichtigen, sollte in jedem Fall gemacht werden, auch wenn er nicht immer erfolgreich ist.

Bei Eilentscheidungen im mittel- und längerfristigen Bereich sollte möglichst die Stations- bzw. Hausleitung mit einbezogen werden.

Nach Möglichkeit sollte durch eine längerfristig begleitende Arbeit sowohl gegenüber dem Patienten als auch seinen Angehörigen vermieden werden, daß es zu Eilfällen kommt. Die vorbeugende und rechtzeitige Auseinandersetzung mit der Problematik einer Entscheidung an der Grenze zwischen Leben und Tod sollte zur Klärung der Notwendigkeit der Einrichtung einer Betreuung geführt haben und gleichzeitig den betreffenden Patienten und den Angehörigen in die Beratung einbezogen haben.

6.2.3. Der sogenannte "Konfliktfall"

Konflikte sind keine persönliche Schwäche, sondern ergeben sich im Miteinander der Arbeit verschiedener Berufsgruppen. Dies geschieht um so mehr, als Grenzscheidungen nicht nur den einzelnen in schwerwiegende Bedrängnis bringen können, sondern um so mehr derartige Entscheidungen ein Mitarbeiterteam polarisieren können.

Zuerst ist bei Konflikten zwischen ärztlichem und pflegendem Personal der

jeweils leitende Mitarbeiter jeder Berufsgruppe heranzuziehen, das heißt, in der Regel der Leitende Arzt der Abteilung bzw. Klinik und die Leitende Pflegekraft.

Bei Konflikten zwischen den zuständigen Ärzten des Patienten und den Ärzten einer Konsiliarabteilung sind beide leitenden Abteilungs- bzw. Chefärzte heranzuziehen. Die letzte Entscheidung (auch wenn sie an nachgeordnete Mitarbeiter delegiert ist) bleibt beim Leitenden Arzt bzw. Chefarzt der für den Patienten zuständigen Klinik und damit auch in seiner Verantwortung. Sind zwei Chefärzte unmittelbar beteiligt (zum Beispiel Chirurg und Anästhesist), so besteht Einigungspflicht.

6.3 Regularien

Die Einberufung des genannten Gremiums darf durch jede Arbeiterebene erfolgen, die am Patienten beteiligt ist und wo eine diesbezügliche Entscheidung ansteht oder zumindest erwartet wird.

Über die Sitzung des Gremiums wird ein Kurzprotokoll unter Benennung der Teilnehmer, der Entscheidung und der Verabredungen für deren Umsetzung angefertigt. Verantwortlich ist dafür der zuständige Arzt. Das Protokoll ist Bestandteil der Krankenakte.

Die Entscheidung des Gremiums ist bindend, solange sie nicht als Konfliktfall eingestuft ist und zur Einbeziehung der nächst höheren Arbeiterebene führt. Sie ist weiterhin bindend, solange sie nicht außer Kraft gesetzt ist durch eine neue Entscheidung des Gremiums oder durch den letztverantwortlichen Leitenden Arzt.

7. Fragen zur seelsorgerlichen Begleitung

Wenn wir uns in Bethel um einen würdigen Umgang mit Sterben und Tod bemühen, dann tun wir das vor dem Hintergrund eines christlichen Menschenverständnisses.

(s. Grundsätze für das Leben und Arbeiten in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, III. Wonach wir uns richten.)

Dazu gehört auch die Achtung vor anderen Glaubensrichtungen und Religionen. Wir bemühen uns darum, Bedingungen zu schaffen und Angebote zu machen, die es dem einzelnen Menschen ermöglichen, mit Hilfe seiner persönlichen Lebens- und Wertorientierung den letzten Abschnitt seines Lebens zu vollziehen. Wir werden unsere persönliche Einstellung nicht verleugnen, orientieren uns aber daran, was für den betroffenen Menschen und seine Angehörigen in der Situation des Sterbens wichtig und hilfreich ist.

Die Seelsorge- und Pfarrkonferenzen haben eine Hilfestellung mit Texten, Liedern usw. erarbeitet, die für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Hilfe geben sollen.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel gelten nachfolgende Fragen zur seelsorgerlichen Begleitung als Orientierungshilfe:

Wer braucht jetzt besondere seelsorgerliche Begleitung (der sterbende Mensch, die Angehörigen, ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin)?

Spielt für den sterbenden Menschen oder für seine Angehörigen der christliche Glaube oder eine andere Religion eine Rolle, so daß es ihm wichtig ist, daß auch dies jetzt zur Sprache kommt?

Kann der/die Sterbende selbst dazu gefragt werden?

Wer kann sonst etwas darüber wissen?

Ergibt sich daraus möglicherweise der Bedarf nach religiöser Begleitung?

Ist es sinnvoll, schon frühzeitig einen Seelsorger/eine Seelsorgerin einzubeziehen?

Wer steht im Haus als Seelsorger/Seelsorgerin zur Verfügung

(Pastor/Pastorin, ein bestimmter Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin)?

Sollte möglicherweise ein Seelsorger/eine Seelsorgerin aus der Gemeinde

bzw. Religionsgemeinschaft der Betroffenen hinzugezogen werden oder

können die Angehörigen selbst ermutigt werden, sich an ihn/sie zu wenden?

In welcher Weise wird seelsorgerliche Hilfe gebraucht:

Ist menschliche Nähe wichtig; ein Mensch, der Zeit hat, der das Schweigen, die Spannung mit aushält; der den Sterbenden berührt?

Besteht der Wunsch nach (einer bestimmten) Musik, einem Lied, der Lesung eines Bibeltextes, einem Gebet (Vorschläge s. Textsammlung)?

Ist der Wunsch erkennbar, mit einem (bestimmten) Menschen ein Gespräch zu führen, zum Beispiel zu Fragen wie:

Was bedeutet der Tod für mich?

Wie gehe ich damit um? Was wird "dann" mit mir sein?

Was bedeutet "Leben nach dem Tod"?

Schuldgefühle

Lebensreife

Welchen Sinn hat dieses Leben?

Wie kann ich meine Ängste ausdrücken und besser bewältigen?

Wie kann ich Verantwortung (für Angehörige, andere Menschen, bestimmte Aufgaben, mich selbst) abgeben?

Ist es sinnvoll, daß sich alle Beteiligten noch einmal um den verstorbenen Menschen versammeln? Soll dafür eine bestimmte Form zur Hilfe genommen werden (zum Beispiel "Abschiednehmen" oder Textsammlung)?

Wie kann die Würde des gestorbenen Menschen auch nach seinem letzten Atemzug/klinischen Tod gewahrt werden (zum Beispiel ihn in würdiger Form noch eine Zeitlang am Ort des Sterbens lassen und nicht gleich den Bestatter holen)?

8. Hospiz e. V. Bethel

Den Arbeitsbereichen und Einrichtungen in Bethel stehen seit einigen Jahren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung, die in der Begleitung sterbender Menschen ihre besondere Aufgabe sehen. Sie haben sich als Hospiz e. V. Bethel zusammengeschlossen. Die wichtigste Zielsetzung des Hospiz ist es, daß sterbende Menschen ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend zu Hause oder in einem "Ersatz-Zuhause" eine umfassende Pflege und Begleitung erfahren. Sterben soll wieder als ein Teil des Lebens begriffen werden.

Kurzfristig wird der Verein einen Hauspflegedienst anbieten und mittelfristig ein stationäres Hospiz gründen. Erfahrene freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen die professionelle Arbeit.

Die Arbeitsbereiche und Einrichtungen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel können bei Fragen der Pflege, der Begleitung, Fortbildung, Beratung und Supervision das Hospiz e. V. Bethel in Anspruch nehmen.

Eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem Hospiz e. V. Bethel und den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel besteht bzw. wird angestrebt.

Anschrift: Hospiz e. V. Bethel, Bethelweg 25, Haus Zuversicht, 33617 Bielefeld, Tel: 0521/14244.

9. Grundpflege

An der Grenze zwischen Leben und Tod eines Menschen darf auf folgende Maßnahmen nicht verzichtet werden (Basistherapie):

Allgemeine Pflege
Freihalten der Atemwege
Zufuhr von Flüssigkeit mit Glucose als Basisnährstoff.

Alle hier beschriebenen Tätigkeiten sollen dem Wohlbefinden des Sterbenden dienen und zusätzliches Leiden verhindern helfen. Der Sterbende soll sich durch die Maßnahmen auf keinen Fall gestört oder belästigt fühlen. Es handelt sich um pflegerische Maßnahmen, die - soweit wie möglich - in Absprache mit dem Patienten durchgeführt werden. Somit bedürfen sie einer individuellen Gestaltung, ohne dadurch ihren Zweck zu verfehlen.

Bei jeder dieser Tätigkeiten besteht die Möglichkeit, die Angehörigen ganz oder teilweise zu integrieren. Dies muß behutsam und ohne Überforderung des Patienten, seiner Angehörigen und des Pflegepersonals erfolgen.

Dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Pflegepersonal können diese grundpflegerischen Arbeiten eine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bzw. Intensivierung sein. Es muß sichergestellt sein, daß Angehörige ihren

sterbenden Angehörigen ständig begleiten.

Zur Grundpflege gehören: Ganzwäsche, Hautpflege, Haarpflege, Mund- und Zahnpflege, Augen- und Ohrenpflege, Wäschewechsel, Prophylaxen (Dekubitus, Kontrakturen und Soor- und Parotitisprophylaxe).

Maßnahmen zur Freihaltung der Atemwege:

Sekret oral ggf. endotracheal absaugen
durch Lagerungsmaßnahmen ein Zurückfallen der Zunge verhindern
Einlegen eines Wendeltubus
endotracheale Intubation
Tracheotomie
bei intubierten oder tracheotomierten Patienten die Atemluft ausreichend anfeuchten.
Zufuhr von Flüssigkeit

Je nach Zustand des Patienten:

zum Trinken auffordern
Legen einer Ernährungssonde
Legen einer Venenverweilkanüle.
Applikationsform, Menge und Zusammensetzung der Flüssigkeitszufuhr muß ausreichend sein und richtet sich in der Regel nach ärztlicher Anordnung.

Flüssigkeitszufuhr beobachten.

Alle Maßnahmen der Grundpflege gelten als notwendige Basistherapie bei Sterbenden. In der "Stunde des Todes" wird man allerdings die Grundpflege auf das Nötigste begrenzen.

10. Umgang mit Verstorbenen

10.1. Kleine Sprachhilfe zum Abschied von einer Verstorbenen/einem Verstorbenen im Krankenhaus

Ziel:

die kleine Sprachhilfe findet Anwendung immer dann, wenn dies angezeigt ist
auf die kleine Sprachhilfe kann zurückgegriffen werden, wann immer sich dies anbietet die äußeren Bedingungen sind dem Bedürfnis nach Stille, Trauer und Würde des Menschen im Angesicht des Todes angepaßt
Angehörige/Verwandte können situativ taktvoll einbezogen sein.

Betroffene:

Pflegepersonal, Ärzte, Angehörige, Verwandte finden sich zu einem kurzen

besinnlichen Beisammensein am Bett der/des Toten ein.

Hinweis:

Die kleine Sprachhilfe ist kein Standard im eigentlichen Sinne. Sie dient lediglich dazu, Betroffenen Hilfestellung geben zu können, der Lebensaktivität: "Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen und Sterben" Worte zu verleihen, soweit dies unter den gegebenen Umständen möglich sein wird.

Abschied von einer/einem Verstorbenen im Krankenhaus

Wir beten gemeinsam:

Vater unser im Himmel,
geheiligt werde dein Name.
Dein Reich komme.
Dein Wille geschehe,
wie im Himmel, so auf Erden.
Unser tägliches Brot gib uns heute.
Und vergib uns unsere Schuld,
wie auch wir vergeben unsern Schuldigern.
Und führe uns nicht in Versuchung;
sondern erlöse uns von dem Bösen.
Denn dein ist das Reich und die Kraft
und die Herrlichkeit in Ewigkeit. Amen.

Und nun erbitten wir für die/den Verstorbene/n und für uns Gottes Segen und Schutz:

Ach bleib mit deiner Gnade bei uns, Herr Jesu Christ,
daß uns hinfert nicht schade des bösen Feindes List.
Ach bleib mit deinem Segen bei uns, du reicher Herr;
dein Gnad und alls Vermögen in uns reichlich vermehr.
Ach bleib mit deinem Schutze bei uns, du starker Held,
daß uns der Feind nicht trutze noch fällt die böse Welt.
Ach bleib mit deiner Treue bei uns, mein Herr und Gott;
Beständigkeit verleihe, hilf uns aus aller Not.
(EKG 208, 1, 4 - 6)

Wir sind hier zusammengekommen, um von Frau/Herrn ... Abschied zu nehmen und für sie/ihn und für uns Gottes Segen zu erbitten.
Frau/Herr ... war Gast auf unserer Station.
Wir haben sie/ihn in ihrer/seiner Krankheit begleitet, so gut wir konnten.
Wir vertrauen darauf, daß Gott sie/ihn begleitet, auch im Tod, wenn wir ihr/ihm nicht mehr beistehen können.
Wir bitten um Verzeihung für alles, was wir ihr/ihm, auch bei bestem Bemühen, schuldig geblieben sind.
Und wir danken für alles Gute, das wir durch sie/ihn erfahren haben:

für jeden Augenblick geglückten Kontaktes,
für Anstöße zum Verstehen ihrer/seiner Ängste und Hoffnungen,
für das Erleben von Sinn in unserer Arbeit,
für ...

Wir nehmen uns einige Augenblicke Zeit, um in Stille noch einmal zu
bedenken, was Frau/Herr ... uns bedeutet hat.

- Stille -

Wir hören auf Worte aus der Bibel:

"Wie sich ein Vater über Kinder erbarmt, so erbarmt sich der Herr über die,
die ihn fürchten. Denn er weiß, was für ein Gebilde wir sind; er gedenkt
daran, daß wir Staub sind. Ein Mensch ist in seinem Leben wie Gras, er blüht
wie eine Blume auf dem Felde; wenn der Wind darüber geht, so ist sie
nimmer da, und ihre Stätte kennet sie nicht mehr."
(Psalm 103)

"Herr, du erforschest mich und kennest mich. Ich sitze oder stehe auf, so
weißt du es; du verstehst meine Gedanken von ferne. Ich gehe oder liege, so
bist du um mich und siehst alle meine Wege. Von allen Seiten umgibst du
mich und hältst deine Hand über mir. Führe ich gen Himmel, so bist du da;
bettete ich mich bei den Toten, siehe, so bist du auch da. Nähme ich Flügel
der Morgenröte und bliebe am äußersten Meer, so würde auch dort deine
Hand mich führen und deine Rechte mich halten. Spräche ich: Finsternis
möge mich decken und Nacht statt Licht um mich sein -, so wäre auch
Finsternis nicht finster bei dir, und die Nacht leuchtete wie der Tag."
(Psalm 139)

"Keiner von uns lebt sich selber, und keiner stirbt sich selber. Leben wir, so
leben wir dem Herrn; sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum: wir
leben oder sterben, so sind wir des Herrn."
(Römer 14)

"Ich bin gewiß, daß weder Tod noch Leben, weder Engel noch Fürstentümer
noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch
Tiefes noch eine andere Kreatur kann uns scheiden von der Liebe Gottes, die
in Christus Jesus ist, unserem Herrn."
(Römer 8)

Quelle: Pastor Hauke Christiansen 1990

10.2. Der Tod - Bedeutung und Bräuche in verschiedenen Konfessionen

Zielvorstellung:

Eine Gruppe von Stationsschwestern/-pflegern hat sich während ihrer
Ausbildung an der SRK-Kaderschule in Zürich im besonderen mit religiösen

Bedürfnissen der Sterbenden befaßt. Ihre Zielvorstellung war, daß Krankenschwestern und Krankenpfleger befähigt sein sollten, die Sterbenden bzw. ihre Angehörigen auf religiöser Ebene verstehend und möglichst unterstützend zu begleiten, auch wenn diese einer ihr fremden Konfession angehören.

Aus diesem Grunde wurden führende Vertreter einiger Glaubensrichtungen in der Schweiz befragt.

Diese Arbeit soll dem Pflege- und Behandlungsteam als kleines Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.

Quelle: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 3/1985 Verena Fiechter, Lehrerin an der SRK-Kaderschule für Krankenpflege, Zürich

Was bedeutet der Tod für den Gläubigen: Vernichtung und Ende? Aufbewahrung und Ruhe? Verwandlung zu neuem, zu ewigem Leben? Wie stellt man sich die Aufbewahrung bzw. das Leben nach dem Tode vor? Welche religiösen Vorschriften/Bräuche muß die Krankenschwester kennen, um den Sterbenden und seine Angehörigen in seiner/ihrer Situation zu verstehen? Was wird von der Krankenschwester erwartet, wenn sie einen sterbenden Glaubens-angehörigen pflegt? Was soll/kann die Krankenschwester tun, damit dem Sterbenden und seinen Angehörigen zusätzliche Nöte erspart bleiben? Was hat die Krankenschwester zu beachten, nachdem der Patient gestorben ist? Welches sind die wichtigsten Bücher und/oder Schriften, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen Hilfe geben können?

Röm.-kath Kirche Verwandlung in einen neuen heilen Menschen, zu neuem Leben in Vollendung, Unverweslichkeit, Kraft, Freude, Gemeinschaft (1. Kor. 15, 42 - 43).

"Er, Christus, wird unseren hinfälligen Leib seinem verherrlichten Leibe gleich gestalten" (Phil. 3, 21 - Auferstehung).

Ernstlich Kranke erhalten das Sakrament der Krankensalbung (Jak. Brief 5, 14 - 15). Den zuständigen Seelsorger benachrichtigen.

Wenn nötig, Brücke zwischen Patient/Angehörigen und Seelsorger bauen.

Klären, ob der Patient die heilige Kommunion (das Abendmahl) empfangen will.

Auf Gottes Erbarmen, Macht, Treue und Gegenwart hinweisen.

Beim Patienten sein, auf ihn hören.

Auf Wunsch des Patienten ein ihm bekanntes Gebet sehr langsam sprechen (z. B. "Vaterunser").

Seelsorger nur rufen: bei plötzlichem Tod, wenn der Patient vorher keine

Betreuung hatte (für Gebet, nicht für Sakrament); wenn Angehörige Trost brauchen und Gebet wünschen.

Kerze im Zimmer anzünden (sofern vom Spital erlaubt) als Symbol des Glaubens an die Auferstehung.

Angehörigen, falls nötig, Hinweise geben über Aufbahrungsort und Formalitäten.

Die Bibel

Das Kirchengesangbuch

Protestantische Kirche Persönliche Einstellung

Verwandlung zu neuem, ewigem Leben.

Gott wird durch den Tod das, was er selbst schon im irdischen Leben geschaffen hat, vollenden, d. h. mich selbst zur Vollendung führen. Das Wichtigste wird die volle Gemeinschaft mit Gott sein " ... ihn sehen, wie er ist" (1. Joh. 3. 2).

Keine Vorschriften. Auf Wunsch feiert der Pfarrer das Abendmahl mit dem Sterbenden. Vor allem menschliche Anteilnahme und Nähe (evtl. die Hand des Sterbenden halten).

Entsprechend den Bedürfnissen des Sterbenden handeln.

Evtl. einen dem Sterbenden vertrauten Bibelabschnitt oder ein Kirchenlied vorlesen bzw. vorsingen.

Keine Vorschriften.

Hilfreich ist es, die Verbindung zum Gemeindepfarrer herzustellen, falls die Angehörigen dies nicht selbst tun können, um ihnen die Gelegenheit zu verschaffen, die Bestattung bzw. Kremation frühzeitig mit diesem besprechen zu können.

Die Bibel

Das Kirchengesangbuch

Christkath. Kirche Zwischenzustand zur Läuterung.

Christus ist Erlöser und Richter. Auferstehung und Verwandlung zu ewigem Leben. Gemeinschaft mit Gott. Christus dem "Erstling" der Auferstandenen gleichgestaltet (1. Kor. 15).

Irdischer Leib vergeht, "geistiger Leib" aufersteht. Ewiges Leben ist auf der Erde schon als verborgene Gabe da - dereinst in Fülle und Vollendung der Liebe.

Gericht über Unbußfertige.

Schwerkranken kann die Krankenölung gespendet werden. Wo noch möglich, wird auch die Kommunion gefeiert. Rücksicht auf geistige Situation und Wünsche des Sterbenden. Evtl. nur Gebet oder Zuspruch. Den zuständigen Pfarrer benachrichtigen. Wenn möglich, abklären, ob Empfang von Kommunion/Kranken-ölung erwünscht ist.

Auf persönliche Bedürfnisse eingehen, menschliche Wärme vermitteln.

Falls gewünscht: Gebet mit dem Kranken (z. B. "Vaterunser") oder vorlesen. Angehörige benachrichtigen und evtl. über notwendiges Vorgehen beraten. Seelsorger verständigen oder Angehörige veranlassen, dies möglichst bald zu tun. Die Bibel

Das Christkath. Gebet- oder Gesangbuch

Bischof E. Herzog: Gott ist die Liebe.

Neuapostolische Kirche Übertritt in eine Seelenwohnung und -gemeinschaft, die dem Seelenzustand des Sterbenden entspricht, nämlich gemäß seiner inneren Einstellung und Lebensweise. Für den Gläubigen ist Tod/Übertritt wie eine Heimkehr des Kindes in das Vaterhaus (s. Joh. 14, 2 "In meines Vaters Hause sind viele Wohnungen"), wo Ruhe herrscht, aber nicht Untätigkeit. Keine besonderen Vorschriften und Bräuche. Der Seelsorger hält mit dem Sterbenden das Abendmahl (er bringt alles mit). Auf Wunsch des Patienten soll die Pflegeperson dessen Seelsorger benachrichtigen.

Glaube an Vergebung ist groß, denn Gott hat auch einen Schächer mit ins Paradies genommen.

Kompetenz der Freisprechung von Sünden (Absolution) hat der Seelsorger. Dem Patienten mit viel Liebe begegnen. Dem Seelsorger Zutritt zum Patienten und die gleichen Rechte wie anderen Geistlichen gewähren. Die Seelsorger können sich als solche mit einem Ausweis der Kirche legitimieren. Keine speziellen Vorschriften. Kontaktaufnahme mit den Angehörigen des Verstorbenen; ggf. mit der Kirche selbst.

Die Luther-Bibel

Die Christen-gemeinschaft Rückkehr in die geistige Welt. Der Ätherleib (Lebenskräfte) löst sich vom physischen Leib, der nun zerfällt, während die Lebenskräfte im Weltenall zerfließen. Der Astralleib (Empfindung, Verstand, Bewußtsein) erfährt eine Läuterung. Das ICH (individ. Geist) wird dann frei und taucht ein in die geistige Welt, um im nachtodlichen Leben auf der Basis seiner Erfahrungen des vergangenen Erdenlebens, zusammen mit dem hierarchischen Geistwesen, das Schicksal für ein Leben nach neuer Wiedergeburt vorzubereiten. Ernstlich Kranke erhalten, nach Verständigung mit dem Kranken oder seinen Angehörigen, die letzte Ölung; wenn möglich vorher die letzte Kommunion. Somit ist der Seelsorger zu benachrichtigen. Die Schwester soll möglichst den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten entsprechen, ihm nichts aufdrängen und ihn nicht allein lassen. Evtl. den zuständigen Seelsorger benachrichtigen. Den Sterbenden den Tod möglichst bei Bewußtsein, als natürlichen Schritt über die Schwelle ins Geistreich,

erleben lassen. Kontaktaufnahme mit Angehörigen und Seelsorger. Nach ein bis zwei Tagen erfolgt die Aussegnung am Totenbett oder am Ort der Aufbahrung, evtl. auch erst unmittelbar vor der Bestattung/Kremation. Die Bibel.

Seelenkalender von Rudolf Steiner

Die auf das Sterben und das nachtodliche Leben bezüglichen Schriften von Rudolf Steiner

Christliche Wissenschaft Übergang in einen anderen Bewußtseinszustand. Der Mensch steigt allmählich - vor wie nach dem Tod - höher in der Erkenntnis der Gegenwart der Liebe Gottes, bis er zum ewigen Leben erwacht. Die Identität des einzelnen wird beibehalten. Keine religiösen Bräuche, die für den Sterbenden von Bedeutung sind. Der "Ausüber" (spez. für dieses Amt ausgebildetes Gemeindeglied) bemüht sich, Krankheiten durch Gebet zu heilen. Der Kranke hat freie Wahl zwischen dieser geistigen Hilfe und der Behandlung mit Medikamenten und Therapie. Patienten werden möglichst zu Hause gepflegt, evtl. durch christlichwissenschaftliche Pflegerin.

Im Studium ihrer Religion und im Kontakt mit dem Seelsorger der Chr. W. gewähren lassen. Medikamente und Therapie nicht aufzwingen.

Trost spenden; vom Leben und von Gottes Liebe sprechen, nicht von Krankheit und Tod.

Aus der Bibel lesen; auf Wunsch aus christl. wissenschaftlichen Schriften.

Der Leichnam einer weiblichen Person soll von einer Person gleichen Geschlechts zur Bestattung bereitet werden. Sonst keine Besonderheiten.

Die Bibel

Mary Baker Eddy: Wissenschaft und Gesundheit mit Schlüssel zur Heiligen Schrift

Kirchengesangbuch der Christlichen Wissenschaft

Jehovas Zeugen Der Mensch ist eine Seele (1. Mose 2:7). Tod bedeutet: der ganze Mensch kehrt zum Staube zurück. Aufbewahrung: nur in Gottes Gedächtnis. Auferstehung: Rückkehr aus dem Tod zur Zeit des Tausendjährigen Reiches unter Gottes Herrschaft (Joh. 5:28, 29). Diese Zeit steht nahe bevor. Keine Bräuche. Keine besonderen Vorschriften, keine Zeremonien. Der Glaube an die Auferstehung ist für den Zeugen Jehovas die tragende Kraft in der Sterbestunde. Daß sie auch in dieser Stunde, wenn der Patient kraftlos ist, seinen Glauben respektiert, also keine Bluttransfusion, keine Plasma-Infusion, keine evtl. plasmahaltigen Speisen wie Wurstwaren, Aufschnitt usw. geben.

Besuch durch Geistliche anderer Religionsgemeinschaften nicht angezeigt.
Dem Leichnam dürfen keine Organe entnommen werden.
Angehörige müssen wegen Autopsie gefragt werden.

Die Bibel

Judentum

Die Seele ist göttlich und deshalb unsterblich; so wird dem Menschen nach seinem Tode ein geistiges Dasein in Gott zuteil.

Die jüdische Religion lehrt den Glauben an die Auferstehung der Toten zur Zeit, welche der Schöpfer nach seinem Willen bestimmen wird.

Unbedingt Familie oder Jüdische Gemeinde benachrichtigen. Diese übernehmen die religiöse Begleitung (Gebete, Sündenbekenntnisse werden üblicherweise auf hebräisch von Juden gesprochen).

Man soll den Sterbenden nicht allein lassen, ihn nicht bedrängen und nicht auf ihn einreden. Man soll sich still und gefaßt verhalten und so beruhigend wirken.

Ein Verhalten, das dem Sterbenden die Würde bewahren hilft.

Jede praktische Hilfe in der Einhaltung der Speisegesetze und der Sabbatweihe wird hochgeschätzt und ist auch von psychologischem Wert. Familie, jüdische Gemeinde, Rabbiner geben Auskunft über Vorschriften und konkrete

Ausführungsmöglichkeiten.

Alle therapeutischen Maßnahmen und Medikamente, die das Leben retten bzw. das Leiden lindern, sind erlaubt.

Die Angehörigen/die Jüdische Gemeinde benachrichtigen, die den Toten (nach der Überführung auf den Friedhof) waschen und ankleiden.
Der Familie Möglichkeit zur Totenwache geben.

Die Autopsie ist gemäß der religiösen Auffassung unerwünscht. Nur aus zwingenden gerichtsmedizinischen Gründen und im Einvernehmen mit der Familie durchführbar.

Altes Testament der Bibel, und zwar jüdische Ausgabe (Psalmen).

Jüdisches Gebetbuch

Islam Verwandlung. Der Tod trennt die Seele vom Körper. Die Seele erlebt eine Entwicklung gemäß der Lebensweise, die der Verstorbene im Diesseits geführt hat. Die nachtodlichen, jenseitigen Belohnungen und Strafen sind als geistige Wirklichkeiten aufzufassen (Qualen der Hölle/Freuden des Paradieses). Das letzte Ziel des menschlichen Lebens ist die Begegnung mit Gott, dem allmächtigen Erschaffer und barmherzigen Herrn.

Essensbräuche:

kein Schweinefleisch
keine Wurstwaren aus Schweinefleisch oder Schweinefett
keinen Alkohol

Äußere Sauberkeit ist Symbol für innere Sauberkeit:

Alles, was in Berührung mit Urin und anderen Exkrementen gekommen ist, muß peinlich sauber gewaschen werden, wie Hände des Patienten/der Krankenschwester, von Utensilien, Wäsche.

Patient darf nie bloß liegen, also ihn nie ganz aufdecken (Keuschheit).

Patient und Angehörige vom "Tod ablenken", denn es gibt keinen Tod!

Auf ewiges Leben hinweisen.

Strenges Ritual:

Füße dürfen nicht nach Südosten gerichtet sein! (Im Grab: Kopfende nach Südwesten, Fußende gen Nordosten, Gesicht schaut nach rechts, also gen Südosten). Der Koran (von arabisch sprechenden Gläubigen vorlesen lassen oder aber Tonbandkassetten/Schallplatte).

Buddhismus

Tod ist unabdingbarer Bestandteil des Lebens. So, wie im Körper in jedem Augenblick Zellen sterben und neu entstehen, so ist auch der physische Tod Tor zu neuem Leben, wobei die neue Form Ausdruck der Summe aller bewußter Tendenzen des vorangegangenen Lebens ist. Zwischen Tod und Wiedergeburt liegt ein traumhafter Zwischenzustand. Mit Erlangung vollkommener Erleuchtung wird Sterben zum Tor zur großen Befreiung.

Die Schwester sollte auf sein Anliegen eingehen, den Sterbeprozess mit klarem Bewußtsein zu durchlaufen. Als Buddhist möchte er diesen Schritt in meditativer Geisteshaltung vollziehen, weshalb er Ruhe und Stille um sich her wünscht, ungestört von Klagen und Gefühlsausbrüchen einer betroffenen Umgebung. Menschliche Zuwendung und heitere Gelassenheit. In Gegenwart des Sterbenden und des schon klinisch Toten keine negativen Worte äußern und keine entsprechenden Gefühle und Gedanken hegen.

Den Wunsch des Sterbenden respektieren, ihm keine betäubende oder das Bewußtsein trübende Mittel zu geben.

Ihn nach Möglichkeit in seinem vertrauten Zimmer belassen mit Blick auf Lichter und Blumen.

Auf Wunsch einen buddhistischen Priester oder Freund zuziehen.
Ihn nach Möglichkeit noch eine Zeitlang an einem ruhigen und freundlichen Ort belassen.
Einem buddhistischen Priester oder Freund die Möglichkeit zur Totenwache geben.

Lehrreden des Buddha

"Tibetisches Totenbuch"

10.3. Umgang mit Patient/Innen beim Tod von nahen Angehörigen/Verwandten in der Gerontopsychiatrie

Ziel:

Patient/innen können sich in dieser schweren Situation dem Pflegepersonal anvertrauen; das Pflegepersonal ist sensibel für individuelle Bedürfnisse.

Die Nachricht vom Tod eines Angehörigen/nahen Verwandten wird mit dem Patient/der Patientin offen besprochen, auch in depressiven, psychotischen, manischen, verwirrten Phasen.

Es wird im Stationsteam akzeptiert, daß in dieser Phase der Patient/die Patientin das Recht hat, seine/ihre Gefühle und Reaktionen auszuleben bzw. auszudrücken. Es werden keine dämpfenden Medikamente gegeben.

Die Begleitung durch das Pflegepersonal, hier insbesondere von Bezugspflegepersonen ist engmaschig.

Der äußere Rahmen wird beachtet. Ist der Patient/die Patientin nicht in der Lage, sich entsprechend zu kleiden, so achtet das Pflegepersonal darauf, daß zum Beispiel schwarze Kleidung zur Verfügung steht.

Bei Einschaltung eines Seelsorgers/einer Seelsorgerin kann entweder über die Krankenanstalten Gilead, Telefon: 2091, oder über die jeweilige Zugehörigkeit zur Kirchengemeinde ein Pastor/eine Pastorin hinzugezogen werden. Für katholische Gläubige besteht außerdem folgende Kontaktadresse in Bielefeld: St. Pius-Gemeinde, Telefon: 152670 (St. Jodokus-Gemeinde, Telefon: 179370).

Die Pflegebezugspersonen evtl. zusammen mit dem Arzt/der Ärztin informiert den Patienten/die Patientin über den Tod von Angehörigen/Verwandten.

Es wird mit dem Patienten/der Patientin abgesprochen, ob Mitpatienten informiert werden sollen; situationsbezogen zum Beispiel in der Morgenrunde (s. Standard "Morgenrunde").

In den darauffolgenden Tagen können alte Fotoalben oder Bilder von früher hinzugezogen werden, um mit dem Patienten/der Patientin gemeinsam Bilder des Verstorbenen anzusehen und somit denjenigen/diejenige anzuregen, die Situation zu bewältigen (zum Beispiel Lebensgeschichte des Angehörigen/der Verwandten).

In Begleitung des Pflegepersonals oder/und mit Angehörigen kann ein Hausbesuch/ Totenbesuch erfolgen.

Bei der Beerdigungsfeier sollte beim Patienten/bei der Patientin eine Pflegeperson zugegen sein.

10.4. Versorgung von Verstorbenen

Hinweis:

Siehe auch kleine Sprachhilfe zum Abschied von einer Verstorbenen/einem Verstorbenen im Krankenhaus.

Siehe auch: Umgang mit Patienten/Patientinnen beim Tod von nahen Angehörigen/Verwandten (speziell in der Gerontopsychiatrie und Psychiatrie).

Ziel:

Korrekte pflegerische und administrative Versorgung von Verstorbenen.

Die religiösenkulturellen Bedürfnisse sind zu beachten (s. Standard "Der Tod - Bedeutung und Bräuche in verschiedenen Konfessionen").

Material:

Schutzkittel
unsterile Handschuhe
Zettel mit Etikett versehen
Sterbetag und Sterbeuhrzeit auf dem Zettel dokumentieren
unsterile Tupfer
Pflasterrolle
Mullbinde
Abfallbeutel
Spritze bei DK-Trägern
Schere
Moltex
Zellstoff
frisches Nachthemd
Laken
Durchführung:

evtl. Mitpatienten aus Mehrbettzimmern herausbitten

Sterbezeit in der Patientendokumentation dokumentieren
Verständigung des diensthabenden Arztes
Arzt benachrichtigt Angehörige

Im Zimmer:

Handschuhe/Schutzkittel anziehen
den Verstorbenen auf den Rücken legen
Lagerungshilfen entfernen
mit einer Rolle Kopf etwas nach vorne lagern

Verstorbener wird wie folgt versorgt:

evtl. Braunüle, Katheter, Dauerkatheter usw. entfernen
Verstorbenen evtl. säubern
feuchte Tupfer auf die Augen legen
Kinn mit einem Hilfsmittel (zum Beispiel zusammengerollte Moltex) stützen,
wenn vorhanden Zahnprothese einsetzen
kennzeichnen des Toten: Zettel, Etikett mit Pflaster am Unterschenkel
befestigen
sauberes Hemd anziehen
Hände auf Brust zusammenlegen
Verstorbenen zudecken
Schmuck, persönliche Wertgegenstände sicherstellen und verschließen evtl.
Tresor-Aufnahmebüro
Entsorgung des Materials
Patient zwei Stunden auf der Station belassen
Transport in den Leichenraum (Kühlraum)
Schlüssel in der Hauptpforte
Verstorbenen auf Leichenbahre legen und in Kühlbox schieben, Tür mit
Namen versehen
Administrative Tätigkeiten:

Dokumentation abschließen
Plantafelsymbole abräumen
Mitternachtsstatistik
Wertgegenstände gegen Unterschrift aushändigen (Quittung erstellen)
(Formular: Allg. 55)

Angehörige:

Für Angehörige besteht die Möglichkeit, vom Verstorbenen im
Aufbahrungsraum Abschied zu nehmen. Der Verstorbene wird dazu aus der
Kühlbox mit der Bahre in den Aufbahrungsraum geschoben - Angehörige
warten derweil im Vorzimmer vom Aufbahrungsraum.

Qualifikation:

examinierte/r Krankenschwester/-pfleger

Schüler/innen nach entsprechendem Ausbildungsstand (s. Lernzielkatalog)
Die Versorgung geschieht durch zwei Pflegepersonen.

Zeitaufwand:

45 Minuten pro Pflegeperson
siehe auch Standard:

"Umgang mit Verstorbenen - kleine Sprachhilfe"

"Der Tod - Bedeutung und Bräuche in verschiedenen Konfessionen"