

Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie

4. Jahrg. 1/2018
ISSN 2365-8762

FGPG

der
hospiz
verlag

Sterben wünschen

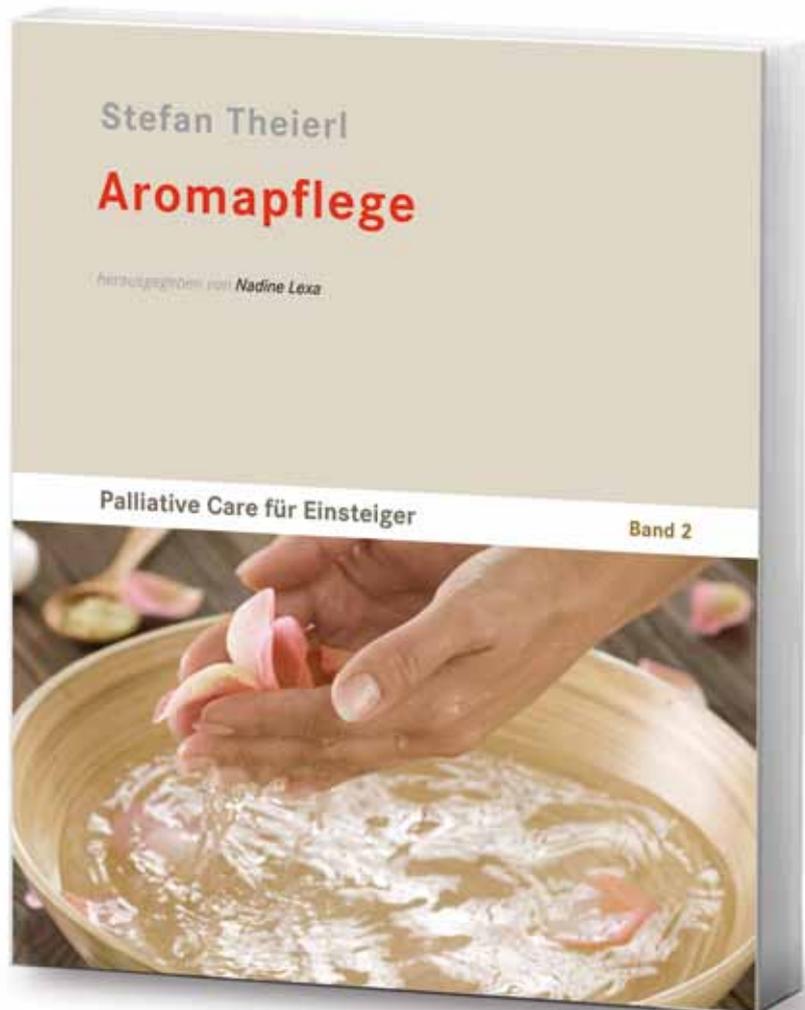
Aromatherapie

Palliative Care für Einsteiger – Band 2

2. überarbeitete und ergänzte Auflage

Stefan Theierl

*Tun Sie es.
Arbeiten Sie damit.
Sammeln Sie selbst Erfahrungen.
Beobachten Sie aufmerksam.
Gönnen Sie sich selbst den
Genuss etherischer Öle.*
Stefan Theierl



Aromapflege

Palliative Care für Einsteiger, Band 2
Stefan Theierl, Nadine Lexa (Hrsg.)
kartoniert, Ludwigsburg 2014
ISBN: 978-3-941251-79-3
Preis: Euro 24,99 (D)/
Euro 25,70 (A)

Was ist Aromapflege und wie können wir Aromapflege in unsere Begleitungen integrieren? Stefan Theierl, erfahrener Heilpraktiker und Anwender der Aromapflege und -therapie in der Hospizarbeit und auf der Palliativstation, bringt uns nicht nur wissenswerte Grundlagen, sondern vor allem Anwendungen aus seiner täglichen Praxis nahe. Aromapflege kann nicht nur angenehme Düfte verbreiten, sie kann auch bei einzelnen palliativen Symptomen helfen, die Lebensqualität zu erhöhen.

Dieses Buch wendet sich an alle Menschen, die Sterbende, An- und Zugehörige begleiten möchten. Es wendet sich zugleich an die Begleitenden selbst, denn auch dort kann Aromapflege „kleine Wunder“ bewirken.

Bestellungen: Tel. 07 154 / 13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!

„Sterben wünschen“, lautet das Oberthema dieser Ausgabe. Im Begleiten dieser Zeitschrift, im Austausch mit den AutorInnen bin ich nachdenklich geworden. Die Recherchen, die Geschichten und Ansätze im Umgang mit Sterbewünschen, sind vielfältig. Deutlich wird, dass Rahmenbedingungen in der Versorgung Sterbender, aber auch die Fähigkeit der Gesellschaft und Fachwelt, über das Sterben ehrlich zu reden und es zuzulassen, heterogen und teilweise noch immer unzureichend sind.

Ich lese von vielen prekären Situationen in der Zeitung. Hier eine kleine Auswahl: Der Präsident der Berliner Ärztekammer schreibt von dem, was er im Krankenhaus nicht für möglich hielt: Arroganz, Selbstzufriedenheit, Fehlleistungen, Textbausteine in den Arztbriefen, Vortäuschung erbrachter Leistungen und Nachlässigkeiten.¹ Die Schweizer NZZ berichtet von einem 75-Jährigen, der kurz vor seinem Tod gegen seinen Willen behandelt wird – Kostennote für den Monat: 86.000 Franken.² Die Wiener Zeitung weiß von zu wenig Hospizbetreuung, Finanzierungsproblemen und schlecht ausgebildeten Ärzten zu berichten.³ Mich erreichen zudem Briefe zur Situation in Heimen, Diensten, WGs oder Krankenhäusern, einen Brief drucken wir ab. Wiederum höre und erlebe ich viel Gutes und viel Engagement. Licht und Schatten sind dicht beieinander. Die Sorge der Menschen, mit denen ich über das Sterben rede, ist meist groß, nicht klein.

In dieser Ausgabe richten wir den Fokus auf das Thema „Sterben wünschen“, auch auf eine vielschichtige Praxis. Klar ist: Menschen wollen, dass ihr Wille am Lebensende berücksichtigt wird. Viele möchten über das Sterben reden. Viele wollen auch sterben – die einen so, die anderen so. Können wir heute wissen, wie wir unser Lebensende leben wollen, und welche Hilfen wir letztendlich erhalten wollen?

Trotz der großen Spannweite gesetzlicher Regelungen zur Sterbehilfe und deren Gestaltung in den Ländern Deutschland, Österreich, Schweiz und Luxemburg entsteht überall ein gemeinsamer Gedanke und Ansatz, für den die FGPG steht: Wir setzen uns für eine verlässliche, kompetente und empathische Gestaltung von Palliativer Geriatrie ein – und damit für die Beachtung von Fachlichkeit, Mitmenschlichkeit und Solidarität – dazu gehört es auch, Menschen ernst zu nehmen und ihnen zuzuhören, wenn sie sich wünschen, zu sterben.

Herausgeber und
Herausgeberinnen

Fachgesellschaft für Palliative
Geriatrie e. V.

FGPG

Dirk Müller, Katharina Heimerl,
Roland Kunz

Verlag

der
hospiz
verlag

der hospiz verlag Caro & Cie. oHG



Viel Spaß beim Lesen wünscht

Ihr Dirk Müller
MAS (Palliative Care)

- ¹ Ärztekammer Berlin (01/2018). *Berliner Ärzte*. Editorial.
- ² *Neue Zürcher Zeitung* (29.12.2017): Einen Monat sterben für 86.000 Franken.
- ³ *Wiener Zeitung* (15./16.03.2017): Zu wenig Hospizbetreuung, Finanzierungsprobleme, schlecht ausgebildete Ärzte – das Dilemma mit dem Tod.

Inhalt

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | alltöglich
„Ich will so nicht weiterleben!“
Marina Kojer | 6

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | inkognito
Notstand im Pflegeheim, der zum
(unwürdigen) Sterben führen dürfte
Ein Brief einer Angehörigen
| 9

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | recht
Rechtslage – Sterbewünsche
Umgang mit Sterbewünschen in der Schweiz,
Österreich, Luxemburg und Deutschland
Roland Kunz, Marie-France Liefgen,
Katharina Heimerl, Dirk Müller | 12

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | standpunkt
Standpunkt zur Sterbehilfe im Hospizbereich
Kerstin Kurzke | 19

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | inkognito
„Ich brauche eine letzte Tür...“
Ein Gespräch am Küchentisch
| 22





Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | ethik

Hohes Alter zwischen Sinnkrise und Sinnfindung
Vom Umgang mit der Suizidfrage in der Palliativen Geriatrie
Heinz Rüegger | 24

Stirb endlich!
Sterbewünsche der Angehörigen sind ein Tabuthema
Doris Steinkamp | 27

Keine Einbahnstraße: Sterben wünschen
Karin Kaspers Elekes | 30



Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | perspektive

Arzt sein – wenn Menschen sterben wollen
Harald Retschitzegger | 33

„Unwertes Leben“ umwerten
Helene Neubacher | 36

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | praxis

Suizide in unserem Seniorenheim
Christiane Jacobi, Petra Trzetzkiak | 38

Lebenswertes muss man hier suchen
Das Interview führte Dirk Müller | 41

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | palliativgeriatischer pflegetipp

„Schwester, ich kann nicht mehr!
Ich will nicht mehr! Wann kann ich endlich sterben?“
Gerda Schmidt | 43



Veranstaltungskalender | 45

Impressum | 29



„Ich will so nicht weiterleben!“

Marina Kojer

Die Geschichte, die ich diesmal erzählen möchte, ereignete sich bereits vor rund 30 Jahren, doch sie belastet mich bis heute. Der 86-jährige Herr Franz wurde nach Schenkelhalsfraktur und operativer Versorgung mit einer dynamischen Hüftschraube direkt vom Krankenhaus in das Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) transferiert. Das GZW war eine Langzeitpflegeeinrichtung mit angestellten Therapeuten und ärztlicher Betreuung rund um die Uhr. Eine geriatrische Rehabilitation wurde damals noch nicht einmal angedacht.

Herr Franz war von Beruf Elektriker und hatte früher seinen eigenen kleinen Betrieb geleitet. Seine Frau war früh verstorben. Die einzige Tochter lebte mit ihrem Mann in der etwa 180 km entfernten Stadt Linz. Seit seiner Pensionierung erledigte Herr Franz alle anfallenden Reparaturen, nicht nur in seiner Wohnung, sondern im ganzen Haus. Jetzt konnte er auch seine Wanderleidenschaft ausleben. Er marschierte fast täglich stundenlang durch den Wienerwald und war stolz darauf, noch mit über 80 Jahren die Wiener Hausberge Rax und Schneeberg zu besteigen – beide sind an die 2000 m hoch. Anlässlich einer seiner Winterwanderungen rutschte er aus, stürzte unglücklich und brach sich den Schenkelhals.

Bei der Aufnahme war der alte Herr in einem für sein Alter erstaunlich guten Zustand. Er hatte bisher noch nie ein Medikament gebraucht. Wir waren überzeugt davon, dass Herr Franz problemlos mobilisierbar war und dass er uns in ein paar Monaten frisch und munter auf seinen eigenen Füßen verlassen würde. Die Physiotherapeutin versprach, jeden Tag mit ihm zu üben und dem Pflgeteam zu zeigen, was noch getan werden kann, um die Mobilisation zu fördern. Wir waren hochmotiviert und freuten uns darauf, auch einmal einen Patienten „gesund“ entlassen zu können!

Alle waren guten Mutes – alle bis auf den Betroffenen selbst. Herr Franz

war felsenfest davon überzeugt, dass dieser Unfall sein Schicksal besiegelt hatte und er die Einrichtung nie mehr lebend verlassen würde. Dass alle sich um ihn bemühten, würdigte er zwar, hielt unsere Versicherungen aber unerschütterlich für wohlmeinende Lügen, die es ihm leichter machen sollten, sich allmählich an die bittere Wahrheit immerwährender Pflegebedürftigkeit zu gewöhnen. „Ich habe ein langes, gutes Leben gehabt und ich habe es bis zuletzt genossen“, sagte er. „Als pflegebedürftiger Krüppel möchte ich nicht weiterleben.“ Da half kein gutes Zureden. Herr Franz hatte sich seine Meinung gebildet und blieb dabei. Er war zu allen nett und freundlich, versicherte uns immer wieder, dass er sich bestens aufgehoben und betreut fühlte, lehnte aber alles ab, was ihm angeboten wurde. Er wollte nicht nur mobilisiert werden, zu unserer großen Bestürzung lehnte er auch konsequent ab, Nahrung zu sich zu nehmen. Kaffee, Tee und Wasser trank er bereitwillig und reichlich. Wir taten alles, um ihn zum Essen zu „verführen“. Etliche MitarbeiterInnen – darunter auch ich – verwickelten Herrn Franz in Gespräche über seine Lieblingsspeisen und brachten ihm am nächsten Tag etwas davon von zu Hause mit. Herr Franz war gerührt und dankbar für unsere Bemühungen, blieb aber bei seinem Nein.

Schließlich rief ich ziemlich verzweifelt seine Tochter an, bat sie,



Marina Kojer Hon. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.Dr.ⁱⁿ phil.
Geriaterin, Palliativmedizinerin, Psychologin
Arbeitsschwerpunkt: Palliative Geriatrie
marina.kojer@me.com

nach Wien zu kommen und uns zu helfen, ihren Vater von seiner wahnwitzigen Überzeugung abzubringen. Die Tochter war zwar sofort bereit zu kommen, meinte aber traurig: „Mein Vater war sein Leben lang ein großer Sturkopf. Wenn er sich einmal etwas in den Kopf gesetzt hat, lässt er sich nicht mehr davon abbringen.“ Leider behielt sie Recht. Bevor sie wieder nach Hause fuhr, hatten wir ein langes Gespräch. Ich drängte darauf den Vater, wenn

es sein muss, zwangszuernähren, da er seine Situation völlig falsch einschätzte. Die Tochter war zwar todunglücklich über die Entscheidung des Vaters, wollte aber, dass wir seinen Willen respektierten. „Das wäre für ihn die Hölle auf Erden. Eine Zwangsernährung würde meinen Vater nur in die Verzweiflung treiben und seine Prophezeiung, als Pflegefall zu enden, wahr machen. Er könnte die Missachtung seines Willens nie verzeihen, würde mit niemandem mehr sprechen und so gut wie sicher nie mehr sein Bett verlassen.“ Schließlich willigte ich schweren Herzens ein, Herrn Franz seinen Willen und den Dingen ihren Lauf zu lassen. Es folgte eine lange Besprechung mit dem Team der Station, mit den Ärzten und der Physiotherapeutin. Wir waren alle betroffen, ratlos, unsicher und verzweifelt.

Vor 30 Jahren gab es noch keine Ethikkommission. Niemand wusste etwas über das Sterbefasten. Wir waren froh, dass Herr Franz wenigstens ausreichend Flüssigkeit zu sich nahm. Heute wissen wir, dass anhaltende Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz zur Ausschüttung von Endorphinen führt, die bewirken, dass die Betroffenen keine Schmerzen haben und sich wohlfühlen, und dass der Tod in der Regel innerhalb von etwa zwei Wochen eintritt. Wird nur das Essen, nicht aber das Trinken eingestellt, lässt der Tod sehr lange auf sich warten.

Was nun folgte, möchte ich nicht näher beschreiben, nur so viel: Es war ein langer und qualvoller Weg, qualvoll für Herrn Franz und qualvoll für alle, die diesem Leiden hilflos zuschauen mussten. Es verging kein Tag, an dem wir uns nicht bemühten, Herrn Franz doch noch von seinem Entschluss abzubringen und ihm zu

erklären, dass ein schwerer Weg unnötigen Leidens vor ihm liegt, wenn er weiter auf seinem Willen besteht. Herr Franz sagte darauf lakonisch: „Da muss ich eben durch.“ Seine Tochter besuchte ihn, so oft sie es einrichten konnte. Jedes Mal beschwor sie den Vater, ihr zuliebe wieder zu essen. Herr Franz schüttelte nur den Kopf.

In der langen Zeit bis zu seinem Tod wirkte Herr Franz trotz allem nicht unglücklich und klagte kein einziges Mal. Einmal – er war schon sehr schwach und schlief fast den ganzen Tag – drückte er, als ich zu ihm kam, leicht meine Hand und flüsterte: „Jetzt hab’ ich es bald geschafft.“ Wenige Tage später starb er friedlich im Schlaf.

War die Entscheidung richtig, den Willen dieses halsstarrigen alten Mannes zu respektieren? Ich weiß es bis heute nicht.

**LEBEN KÖNNEN.
STERBEN DÜRFEN.**



BILDUNGSANGEBOTE PALLIATIVE GERIATRIE

Aus der Praxis in die Praxis.

- Mehr Wissen und Haltung rund um Palliative Geriatrie
- Praxisworkshops, Kurse und Zusatzqualifikationen
- Nationale und internationale ExpertInnen
- Veranstaltungen zertifiziert von FGPG, DGP, DHPV

Fachpartner:



palliative-geriatrie.de/bildung | Telefon +49 30 42265838





Notstand im Pflegeheim, der zum (unwürdigen) Sterben führen dürfte

Ein Brief einer Angehörigen

Regelmäßig erreichen das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie in Berlin Fragen und Rückmeldungen zur medizinischen, pflegerischen Versorgung in Pflegeheimen. Hier drucken wir den Brief einer Angehörigen ab. Dieser Brief vom Ende 2017 illustriert unwürdige, inkompetente und z. T. absurde Situationen in der medizinischen Versorgung von HeimbewohnerInnen in Deutschland. Er zeigt die Ohnmacht, und auch das Leid der Betroffenen auf. Dies sowie die unwürdigen Rahmenbedingungen drängen Menschen gar, sich das eigene Sterben oder das ihrer Lieben zu wünschen. Wir tragen alle Verantwortung, die Situation alter Menschen zu verbessern – in unserem eigenen Interesse! Auch dafür steht die FGPG. *Ihr Dirk Müller*

Betreff: Notstand

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist traurig, beschämend und unwürdig, womit wir im Bereich Altenpflege und Gesundheitsfürsorge in den letzten zwei Jahren konfrontiert wurden. Aus eigenem Erleben müssen wir zu dem Schluss kommen, dass Art. 1 Abs. 1 GG der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich nichts mehr gilt.

Im November 2015 kam meine Schwiegermutter in ein Pflegeheim in unserer Stadt. Das Heim liegt wunderschön, ist ein ansehnlicher Gebäudekomplex und hatte bis vor wenigen Monaten ein öffentliches Café/Restaurant, was den Kontakt zur Außenwelt bildete. Von Anfang an spürte man die Überlastung der Schwestern. Mit der Zeit stellte sich heraus, dass sie in etwa den Mindestlohn bekamen und nicht selten alleine oder zu zweit für 30–40 BewohnerInnen zuständig waren. (Zum Vergleich: In Norwegen ist eine Altenpflegerin für vier BewohnerInnen zuständig.) Ein hoher Krankenstand war nicht selten, hohe Fluktuation der Beschäftigten leider auch. In sieben Jahren gab es fünf Heimleitungen, viele Beschäftigte auf „Leasing“-Basis und Beschäftigungstherapeuten, die auch nach neun Jahren noch keine Lohnerhöhung über den Mindestlohn hinaus erhielten und schließlich auch andere Wege beschritten.

Vor drei Wochen nun kam unsere Mutter mit einem Schlaganfall und epileptischen Krämpfen ins Krankenhaus. Nach zwei Wochen stellte sich heraus, dass eine Genesung nicht mehr möglich und lediglich die Pflege in den Tod machbar sei. Wir hatten Gelegenheit, die Ärzte der Neurologie im Krankenhaus darauf hinzuweisen, dass eine Entlassung am Freitag ungünstig sei, wenn im Wohnheim die ärztliche Versorgung verlässlich geregelt werden müsse. Doch es wurde uns versichert, das sei unproblematisch. Das Verbleiben im Krankenhaus sei zudem nicht länger eine Option. Die Palliativstation im Krankenhaus sei lediglich für Tumorkranke und unsere Mutter hatte neurologische Erkrankungen. So kam sie im Laufe des Freitags zurück in das Wohnheim.

Am nächsten Tag bereits wurde sie wieder in die Notaufnahme eingeliefert. Es hatte eben nicht funktioniert, dass ein behandelnder Arzt im Wohnheim die notwendigen Medikamente verordnete.

In der Notaufnahme war sofort deutlich, dass man die Patientin nur wieder umgehend in das Pflegeheim zurück bringen konnte. Nur durch unser eindringliches Bitten erhielten wir vom Arzt in der Notaufnahme wenigstens das notwendige Medikament gegen epileptische Krämpfe verschrieben, das wir selbst noch am Samstag organisieren mussten. Dies zumindest gelang auch. Weiter sollte die Schmerz- und Beruhigungsmedikation mit Palliativversorgung vom Wohnheim übernommen werden. Auch hier mussten die Schwestern und wir selber uns aktiv um einen Arztkontakt bemühen. Es dauerte drei Tage, bis die Palliativversorgung verordnet wurde.

Leider jedoch war diese Verordnung völlig vergebens. Es gab niemanden, der diese Versorgung übernehmen konnte. Die verfügbare Arztpraxis erklärte, es stünde absolut kein Personal für diese Aufgabe bereit. Auch gäbe es keine Alternative, keinen Ersatz. Palliativversorgung im Pflegeheim sei absolut ausgeschlossen und unmöglich. Außerdem hatte kein Arzt Erleichterung durch Morphinvergabe verordnet, obwohl das Krankenhaus auch hierzu einen

Hinweis vermerkt hatte. Es handelte sich ja bereits um Finalversorgung einer 90-jährigen unheilbaren Patientin.

Auch hier wurde wieder ein harter Kampf nötig. Zahlreiche Anrufe sowohl bei Ärzten als auch im Krankenhaus ergaben nichts. Im Krankenhaus hieß es, es sei nicht möglich, ambulant Medikamente, die dem Betäubungsmittel-Gesetz unterliegen, zu verordnen. Aus unserer Sicht war jedoch auch klar, dass man die Patientin nicht wieder in die Notaufnahme fahren wollte, damit sie wieder am selben Tag zurückgefahren würde, nur um ein Medikament verordnen zu können. Kein Arzt war jedoch erreichbar oder als Außenstehender und nicht mit dem Krankheitsfall Vertrauter in der Lage, Morphin als Linderung für die letzten Stunden eines Menschen zu verordnen. Mehrere Personen haben längere Zeit telefonieren müssen, bis endlich ein Arzt sich die Patientin noch einmal ansah und die Verordnung möglich machte. Wir als Angehörige holten das Medikament dann aus der Apotheke ab, diesmal vier Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie verstarb schließlich drei Tage später, eine Woche nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus.

Diese Woche war für alle Beteiligten eine Qual. Die Schwestern im Pflegeheim konnten nicht helfen, da ihnen kein Arzt die notwendigen Medikamente in die Hand gab. Wir als Angehörige mussten uns in mehrerlei Hinsicht und in diverse Richtungen um eine einigermaßen würdige medizinische Versorgung einsetzen. Ärzte, die helfen wollten, konnten es nicht, da kein Personal verfügbar war oder weil sie mit der Patientin nicht vertraut waren, das Krankenhaus durfte nichts ambulant verordnen.

Wir müssen erkennen, dass die Versorgung der Menschen in Pflegeheimen niemanden wirklich interessiert, solange er nicht selbst betroffen ist. Doch wenn jeder solange wartet, wird es keine Besserung der Situation geben. Solange wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stehen, weil sich tatsächlich der Dienst am Menschen im Interesse seiner Würde und mit menschlichem Mitgefühl nicht auszahlt, solange wird es wieder zu Situationen kommen, in denen Menschen in ihren letzten Stunden alleingelassen werden, ohne ärztliche Versorgung, ohne palliativen Beistand, ohne die notwendigen Medikamente.

Eine grundlegende Reform auf diesem Gebiet ist dringend angeraten. Hier können wir alle Betroffene werden.

Die Autorin ist der Redaktion bekannt.



Anmerkung der Redaktion:

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Handelt es sich um eine Einzelsituation?

Wir freuen uns auf Ihr Feedback an:
fachzeitschrift@fgpg.eu



Rechtslage – Sterbewünsche

Umgang mit Sterbewünschen in der Schweiz

Roland Kunz

Entwicklung und gesetzliche Grundlagen

Bereits 1937 wurde der Suizid im schweizerischen Strafgesetzbuch entkriminalisiert und gleichzeitig auch die Beihilfe zum Suizid, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschah. Euthanasie war und bleibt verboten. 1982 wurde die Sterbehilfeorganisation Exit gegründet, später kamen andere Organisationen dazu. Dadurch wurde ein steter politischer und gesellschaftlicher Prozess angestoßen, der zu einer offenen Diskussion über selbstbestimmtes Sterben führte. Eine Studie von 2013 hat gezeigt, dass in der Schweiz der Hälfte der erwarteten Todesfälle eine be-

wusste Entscheidung zum Therapieverzicht oder -abbruch voranging. Die Entwicklung der Palliativversorgung und die offenere Diskussion von Entscheidungen am Lebensende haben dazu geführt, dass die Zahlen von assistiertem Suizid 2016 erstmals rückläufig waren.

Ärztliche Perspektive

Eine Befragung von Ärzten aller Fachrichtungen 2014 hat eine auffällige Ambivalenz gezeigt. Nur 21 % sind explizit gegen Suizidhilfe, dagegen haben aber erst 9 % schon eine aktive Rolle eingenommen bei einem assistierten Suizid und zwei Drittel lehnten es ab, das Rezept

für das tödliche Medikament auszustellen. Die Akzeptanz der Suizidhilfe ist am größten bei fortgeschrittenen Krankheitssituationen, nur 20 % halten auch die Hilfe bei einem Bilanzsuizid vertretbar.

Die Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW hat neue medizinisch-ethische Richtlinien erarbeitet zum Umgang mit Sterben und Tod, die kürzlich publiziert wurden. Darin wird unterschieden zwischen allgemein akzeptierten Handlungen, wie beispielsweise dem Behandlungsabbruch oder -verzicht entsprechend dem Patientenwillen, und kontrovers diskutierten Handlungen wie der Su-

Umgang mit Sterbewünschen in der Schweiz, Österreich, Luxemburg und Deutschland

izidbeihilfe. Diese bleibt weiterhin eine medizinische Handlung, auf die Patienten keinen Anspruch erheben können. Sie kann jedoch vom einzelnen Arzt selbst oder in Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation geleistet werden, wenn er persönlich überzeugt ist und die Not seines Patienten nachvollziehen kann.

Perspektive der Betroffenen

Im Alter selbstbestimmt sterben ist kein Tabu mehr. 63 % der über 50-Jährigen haben sich schon Gedanken darüber gemacht, am Lebensende allenfalls Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Bei den Erwartungen an ihren Hausarzt erhoffen sich 94 % der Befragten im Alterssegment 50+, dass sie neutral und unvoreingenommen zum Lebensende beraten werden, 72 % wünschen von der Ärzteschaft frühzeitig Informationen über das Selbstbestimmungsrecht beim Sterben. Und 55 % wollen, dass der Arzt auf Wunsch das obligatorische Rezept für ein Sterbemittel ausstellt, wenn sie sich in einer hoffnungslosen Situation befinden.

Quellen:

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB); SR 311.0. Art 115.

Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe, SAMW 2014. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Aerztliche-Suizidhilfe.html>

SAMW Medizinisch-ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod (Vernehmlassungsversion 2017). <https://www.samw.ch/de/Aktuelles/News.html>

Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält. https://www.rwi.uzh.ch/dam/jcr:00000000-5624-ccd2-ffff-ffffbea0e405/Schwarzenegger_et_al_2010.pdf



Roland Kunz Dr. med.
Chefarzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie
Stadtpital Waid
Tièchestrasse 99
CH-8037 Zürich
roland.kunz@waid.zuerich.ch

Zum Umgang mit Sterbewünschen in Luxemburg

Marie-France Liefgen

Gesetzliche Grundlagen

In Luxemburg gibt es zwei Gesetze, die am gleichen Tag verabschiedet wurden: das Palliativgesetz und das Euthanasiegesetz. Das Palliativgesetz beinhaltet den Nicht-Beginn oder den Abbruch einer Behandlung, das Euthanasiegesetz regelt die Sterbehilfe, die vom Arzt auf ausdrücklichen und schriftlichen Wunsch des Betroffenen erfolgen kann. Gemeint ist sowohl die Tötung auf Verlangen (Euthanasie) als auch die Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid). Das Gesetz sieht in beiden Fällen die Straffreiheit des Arztes vor, wenn er sich an die vom Gesetz vorgesehenen Bedingungen hält. Der Arzt hat das Recht, einem Sterbewunsch Folge zu leisten oder ihn abzulehnen.

Die Problematik in Luxemburg

Im Vorfeld der Abstimmung beider Gesetze gab es jahrelange Diskussionen pro und contra Euthanasie, die Existenz dieses Gesetzes ist bekannt – Palliative Care jedoch wurde wenig besprochen. Viele Pflegeberufler, inklusive Ärzte, differenzieren nicht klar zwischen den Möglichkeiten von Palliative Care und der Euthanasie. Dies geht aus Umfragen, Interviews, und Studien hervor und ist immer Diskussionsthema in den Palliative-Care-Weiterbildungen. Das Gleiche gilt in der Bevölkerung.

Die Perspektive der Betroffenen

Viele Betroffene kennen ihren realen Gesundheitszustand, ihre Prognose und die verbleibenden therapeutischen Möglichkeiten nicht und haben somit keine Chance, eine Entscheidung für sich zu treffen. Hierzu gehört



Marie-France Liefgen

OMEGA 90

Verantwortliche der Abt. Weiterbildung

138, rue A. Fischer

L-1521 Luxembourg

mariefranceliefgen@omega90.lu

auch die Möglichkeit auf einen Therapieabbruch im Rahmen von gesicherter Palliative Care, wenn keine Hoffnung auf Heilung oder Verbesserung des Zustandes besteht. Fragen über Sterben und Tod werden nicht von allen Ärzten und/oder Pflegern gehört und beantwortet.

Obwohl Luxemburg die Straffreiheit für Ärzte, die eine Euthanasie oder einen assistierten Suizid durchführen,

garantiert, ist es schwer für einen Betroffenen, einen Arzt zu finden, der bereit ist, Sterbehilfe zu leisten.

Quellen:

Gesetz vom 16. März 2009 betreffend die Palliativpflege, die Patientenverfügung und den Urlaub zur Begleitung am Lebensende. <http://data.legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>

Gesetz vom 16. März 2009 über Euthanasie und assistierten Suizid. <http://data.legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

Godfroid, Pauline (2016): La demande d'euthanasie au Grand-Duché de Luxembourg vue par les médecins généralistes. Travail de fin d'études. Forma-

tion spécifique en Médecine Générale. Université du Luxembourg.

Liefgen, Marie-France (2016): Sterben in Luxemburg - die Situation in CIPAs und Pflegeheimen. https://www.omega90.lu/resources/pdf/Konferenzen/2017-03-29-Etude_CIPA_2015.pdf

Liefgen, Marie-France (2017): Spannungsfeld Palliative Care und Euthanasie in Alters- und Pflegeheimen. Wie gehen Alters- und Pflegeheime mit der Problematik des Lebensendes um?

https://www.palliativegeriatrie.de/fileadmin/downloads/12._Fachtagung/Liefgen_Spannungsfeld_Palliative_Care_und_Euthanasie_im_Heim_TS_5.pdf

Zum Umgang mit Sterbewünschen in Österreich

Katharina Heimerl

Gesetzliche Grundlagen

Jede Form von Sterbehilfe ist in Österreich verboten. Das betrifft die Tötung auf Verlangen (§ 77 Strafgesetzbuch) und – im Unterschied zur rechtlichen Situation in Deutschland – auch die Beihilfe zur Selbsttötung (§ 78 Strafgesetzbuch „Mitwirkung am Selbstmord“). Der ärztlich assistierte Suizid wird hier nicht explizit erwähnt. In beiden Paragraphen sind Freiheitsstrafen von 6 Monaten bis 5 Jahre vorgesehen (RIS 2017).

Seit 2006 ist die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Das Gesetz unterscheidet zwischen beachtlichen und verbindlichen Verfügungen.

Der professionelle Diskurs

Bereits 2004 wurde unter dem Titel „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ eine nationale Strategie für den Ausbau der Versorgung am Lebensende entwickelt. Im Jahr 2015 wurde die parlamentarische Enquete-Kommission zur „Würde am Ende des Lebens“ eingesetzt, um eine Verankerung des Sterbehilfeverbots in der Verfassung breit zu diskutieren. Die Enquete kam zu keinem Konsens, hingegen konnte Einvernehmen über eine nachhaltig abgesicherte Palliativversorgung und über die rechtliche Weiterentwicklung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hergestellt werden (Nationalrat 2014).

Die Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes empfiehlt die Beibehaltung der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen. Sie kommt jedoch zu keinem Konsens, was die Legalisierung des assistierten Suizids betrifft, allerdings spricht sich die Mehrheit für die Straffreiheit der Suizidhilfe aus (Bioethikkommission 2015).

Die Perspektive der Betroffenen

Überraschender weise ist die Zustimmung zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen in der Bevölkerung größer als die Zustimmung zur Legalisierung des assistierten Suizids. In einer schriftlichen repräsentativen Bevölkerungsbefragung der Medizinischen Universität Graz im Jahr 2015 wurden über 1200 Personen zu ihren Einstellungen zur Sterbehilfe befragt. 59 % sprechen sich für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen¹ aus, 34 % dagegen, wobei auch bei den GegnerInnen der Legalisierung fast alle für die Straffreiheit in schweren Fällen sind. Etwas geringer (53 %) fällt die Befürwortung der Legalisierung des assistierten Suizids aus; 39 % der Befragten lehnen diese ab (Stronegger 2016).

Das qualitative Forschungsprojekt „Sterbewelten in Österreich – die Perspektive der Betroffenen auf ‚gutes Sterben‘“ der IFF (Heimerl et al. 2017) macht das Spannungsfeld deutlich, in dem die Betroffenen von Sterbewünschen sprechen. Auch wenn einzelne InterviewpartnerInnen davon sprechen, dass sie sich wünschen, ihr Leben oder das der schwerkranken Angehörigen wäre bald zu Ende, sind die Interviews doch stark von den Erzählungen über das „Schöne“ am Lebensende geprägt und vielen Befragten ist es ein großes Anliegen, das Lebensende zu genießen.

Quellen:

Bioethikkommission (2015): *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission.* Wien. <http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509>, 3.1.2018

Heimerl, Katharina; Wegleitner, Klaus; Schuchter, Patrick; Egger, Barbara (2017): *Gespräche über das ‚gute Sterben‘.* In: *die hospizzeitschrift* 75, Seite 6-12

¹ Als Voraussetzungen für die Legalisierung werden genannt: unerträgliches schweres Leiden ohne Aussicht auf eine Genesung, sowie der wiederholte Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.



Katharina Heimerl Assoz. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ MPH
Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen-Adria-Universität
Klagenfurt/Wien Graz
Schottenfeldgasse 29/4/1
A 1070 Wien
katharina.heimerl@aau.at

Nationalrat (2014): *Bericht der parlamentarischen Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“.* https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/1/1_00491/fname_386917.pdf, 3.1.2018

Stronegger, Willibald (2016): *Die Einstellung zur Tötung auf Verlangen in der österreichischen Bevölkerung – Eine Folge weltanschaulicher Grundpositionen.* In: Platzer, J. und Großschädl, F. (Hg.). *Entscheidungen am Lebensende: Medizinethische und empirische Forschung im Dialog.* Baden-Baden: Nomos, S. 181–201.

RIS (2017): *Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes. Strafgesetzbuch.* <https://www.ris.bka.gv.at/>, 3.1.2018

Zum Umgang mit Sterbewünschen in Deutschland

Dirk Müller

Gesetzliche Grundlagen

Während die Tötung eines Patienten auf dessen Verlangen durch eine/-n Ärztin/Arzt eine Straftat darstellt, ist die Beihilfe zum Suizid, bei der ein/-e PatientIn die zum Tod führende Handlung selbst ausführt, nicht strafbar.

Am 06.11.2015 beschloss der Deutsche Bundestag ein Gesetz (StGB § 217)¹, welches die geschäftsmäßige Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung unter Strafe stellt, sofern dies mit der Absicht der Förderung der Selbsttötung geschieht.² Straffrei bleibt, wer nicht geschäftsmäßig handelt und Angehöriger bzw. Nahestehender des Suizidenten ist. Es wurden Verfassungsbeschwerden eingereicht, einige davon abschlägig beschieden.³ Das seit 08.12.2015 geltende Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)⁴ enthält verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen am Lebensende zu verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in unterschiedlichen Versorgungssettings zu fördern. Mit dem HPG wurde hospizlich-palliative Versorgung zum Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).⁵



Dirk Müller (MAS) Palliative Care
Altenpfleger (Palliative Care)
Fundraising-Manager (FH)
Projektleitung Kompetenzzentrum Palliative
Geriatrie (KPG) vom UNIONHILFSWERK
www.palliative-geriatrie.de
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Das am 01.09.2009 in Kraft getretene „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ („Patientenverfügungsgesetz“) regelt die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung (BGB § 1901a Abs.1), was bei der Entscheidung über ärztliche Maßnahmen zu beachten ist (§ 1901a Abs.3) und die Ermittlung eines mutmaßlichen Willens von PatientInnen (§ 1901a Abs.2).

1 *Strafgesetzbuch (StGB) § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*

2 (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

3 https://www.bundesverfassungsgericht.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicesuche_Formular.html?jsessionid=B32A3A02CE555E950FCBCE0A9384F76E.2_cid361?nn=5399840&resourceId=5402340&input_=9773588&pageLocale=de&templateQueryString=StGB+%C2%A7+217&sortOrder=score+desc&language_=de&submit.x=18&submit.y=8

4 https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB&start=//%*255B@attr_id=%27bgb1115s2114.pdf%27%255D#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgb1115s2114.pdf%27%5D__1516470658401

5 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html>

Ärztliche Perspektive

In der Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer ist ärztlich assistierter Suizid (ÄAS) im Rahmen ärztlicher Tätigkeit verboten (§16). ÄrztInnen sollen Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beistehen. „Es ist ihnen verboten, PatientInnen auf deren Verlangen zu töten bzw. Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.“⁶ Der Umgang der verschiedenen Landesärztekammern mit dieser Vorgabe ist unterschiedlich: Eine Mehrzahl übernahm den Text des (§ 16) und damit das Verbot, andere änderten den letzten Satz in „... sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ bzw. übernahmen den Satz nicht.

Der professionelle Diskurs

Fachgesellschaften, z. B. die DGP und der DHPV, haben sich im Kontext der Gesetzgebung mit der Problematik beschäftigt und in die Diskussion eingebracht.^{7,8} Eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ (2015) formuliert div. Handlungsempfehlungen zur besseren Betreuung Schwerstkranker und Sterbender (2016).^{9,10}

Die Perspektive der Betroffenen

Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat sich in einer Bevölkerungsumfrage (2013) mit den Ängsten und Wünschen der Menschen im Kontext von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterben beschäftigt. Demnach haben die meisten (78 %) Angst vor belastenden Situationen. Die Bedeutung einer kompetenten medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie das Wissen um Schmerztherapie sind zentral. 86 % bewerten diesen Punkt als wichtigsten Aspekt für ein gutes Lebensende. Mehr als jede/jeder Fünfte, die/der bereits einen Sterbenden begleitet hat, stuft deren Versorgung als schlecht ein.¹¹

Nach einer Studie des DHPV (2017) wünscht sich die Bevölkerungsmehrheit eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Sterben. 58 % der Befragten haben sich schon über ihr eigenes Sterben Gedanken gemacht.

6 http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf

7 https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_aerztsuizid_online.pdf

8 http://www.dhpv.de/themen_ethik-recht_sterbehilfe.html

9 <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>

10 Vgl. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf

11 Vgl. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00379/attachment01.pdf>.

43 % haben eine Patientenverfügung. 56 % finden, dass sich die Gesellschaft mit den Themen Sterben und Tod zu wenig befasst.¹²

Quellen:

Bundesgesetzblatt (2015): Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. § 217 StGB.

Bundesgesetzblatt (2015): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG).

Bundesgesetzblatt (2009): Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes. § 1901a.

Bundesärztekammer (2015): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2014): Ärztlich assistierter Suizid – Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (2014): Stellungnahme des Deutschen Hospiz- und PalliativVerband, zur Diskussion über ein Verbot gewerblicher und organisierter Formen der Beihilfe zum Suizid sowie über die ärztliche Beihilfe zum Suizid.

Jansky, Jaspers; Radbruch, Nauck (2017): Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. In: Bundesgesundheitsblatt, 89–98.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Bundesärztekammer (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Bundesärztekammer (2016): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie.

Müller, Dirk; Wistuba, Bettina (2014): Die Situation der deutschen Hospizarbeit und Palliative Care vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfediskussion. Fakten, Bewertungen, Verbesserungsbedarf.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2013): ZQP-Bevölkerungsbefragung „Versorgung am Lebensende“.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (2017): Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben.

12 http://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklarungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPV-Bevoelkerungsbefragung_06102017.pdf



Standpunkt zur Sterbehilfe im Hospizbereich

Kerstin Kurzke

Das Interview führte Dirk Müller

Dirk Müller sprach mit Kerstin Kurzke, Mitglied im Hospiz- und Palliativverband, darüber, wie die Hospizbewegung mit Sterbewünschen umgeht.

Lehnt die Hospizarbeit grundsätzlich Sterbehilfe ab und wenn ja, warum?

Die Hospiz- und Palliativbewegung lehnt die aktive Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und eine geschäftsmäßig organisierte Beihilfe zum Suizid als Hilfe zum Sterben aus ethischen Gründen strikt ab.

Sie setzt sich für die Möglichkeiten des Sterbenlassens und des begleiteten Sterben ein. Dies kann z. B. sowohl das Unterlassen als auch den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen wie etwa künstliche Ernährung und Beatmung beinhalten.



Kerstin Kurzke

Malteser Hospiz- und Trauerarbeit Berlin
Mitglied im Hospiz- und PalliativVerband
Berlin e.V.

Kerstin.Kurzke@malteser.org

Unser Angebot zielt auf den Erhalt einer größtmöglichen Autonomie durch medizinisch-pflegerische und psychosoziale sowie spirituelle Begleitung der Betroffenen und der Angehörigen. Hospizarbeit bietet also Hilfestellung im Sterben an, sie blickt dabei auf den ganzen Menschen in seiner Persönlichkeit und als Teil einer sozialen Gemeinschaft, die durch eine (organisierte) Tötung verletzt zu werden droht.

Unsere Erfahrungen zeigen zudem, dass ein Großteil der Menschen, die nach Suizidbeihilfe oder aktiver Sterbehilfe fragen, große Ängste vor dem bevorstehenden Krankheits- und Sterbeprozess haben. Der erhoffte rasche und schmerzlose Tod wird in dieser Situation häufig als alternativer Ausweg gesehen. In Beratungsgesprächen wird aber immer wieder offenbar, dass es den Menschen i. d. R. nicht darum geht, nicht mehr leben zu wollen, sondern vielmehr darum, so nicht mehr leben zu können.

Die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung führen sehr häufig dazu, dass der Wunsch, vorzeitig getötet zu werden, an Bedeutung verliert oder sich wandelt.

Wir wenden uns zudem deutlich gegen eine Banalisierung des Verständnisses von Suizid in der letzten Lebensphase. Auch hier handelt es sich i. d. R. um eine Verzweiflungstat, die es zu verhindern gilt. Die Legalisierung der Suizidbeihilfe führt u. E. dazu, dass die Betroffenen in ihren Nöten (u. a. auch dem subjektiven Gefühl, anderen Menschen eine Last zu sein) nicht ernstgenommen werden. Als „Kunden“ eines organisierten Suizidgeschäfts bleiben sie in ihrer Angst und in ihrer Selbstabwertung weiterhin allein.

Die Bemühungen unserer Gesellschaft sollten stattdessen dahingehend verstärkt werden, dass alle Menschen von den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativarbeit erfahren und diese Unterstützung und Hilfe gemeinsam mit ihren Angehörigen in Anspruch nehmen können.

Welche Position hat die Hospizarbeit zum Umgang mit Sterbewünschen?

Der Wunsch zu sterben ist so real wie legitim und die Hospizarbeit muss diesen Ausdruck personaler Autonomie unbedingt ernst nehmen. Im Beratungsgespräch wird der offene Austausch über die Beweggründe und Auslöser des Sterbewunsches gesucht. Ängste gründen häufig auch in Unwissenheit über die Möglichkeiten der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung. Dem begegnen wir durch Zuwendung, Beratung und Information. Erst auf der Grundlage fundierter Informationen können Betroffene

ihre Situation überdenken und eine andere Entscheidung treffen. Dazu ist eine Haltung der beratenden Person notwendig, die von Offenheit und Respekt für den Weg und die Entscheidung des Sterbenden geprägt ist.

Welche sorgenden Alternativen bietet Hospizarbeit jenen Menschen, die sich ein zeitnahes Sterben wünschen?

Wesentlich ist, die Dimension der Zeit genauer in den Blick zu nehmen. Im Zentrum unserer Arbeit stehen eine würdevolle Begleitung der Menschen in ihrem natürlichen Sterbeprozess und eine Verbesserung der Qualität des Lebens in begrenzter Zeit. Die Zeit bis zum Sterben soll aus unserer Sicht dabei nicht möglichst kurz oder lang sein, sondern so gut wie möglich.

Dafür stellen wir konkrete und wirksame Hilfsangebote zu Verfügung. Dazu gehören die ambulante Versorgung zu Hause oder im stationären Setting,

Schmerzlinderung, Begleitung und Gespräche, Entlastung der Angehörigen. Neuere Konzepte der Hospizbewegung versuchen die Gesellschaft mehr in die Begleitung ihrer Sterbenden einzubinden. So bieten immer mehr Hospizeinrichtungen in der Bevölkerung sogenannten „Letzte-Hilfe-Kurse“ an.

Das Gespräch führte Dirk Müller

Krisen und Interventionen

Palliative Care für Einsteiger – Band 6

Krisen am Ende des Lebens verstehen und begleiten wird im vorliegenden Werk als psychologisch orientiertes Angebot an Sterbende und deren An- und Zugehörige verstanden.

Sterbende sind meist in ihrer Autonomie, in ihrer Entscheidungs- und Gestaltungsfähigkeit stark eingeschränkt. Immobilität und zunehmende Isolation verstärken ein Gefühl der Hilflosigkeit, auch gegenüber den Begleitenden. Es kann zu Krisen kommen. Mit Hilfe psychotherapeutischer Ansätze kann eine gelingende Interaktion entstehen, auf deren Grundlage neue Möglichkeiten entwickelt werden können. Die persönliche Resilienz und die individuellen Ressourcen der Sterbenden und deren Angehörigen bilden die Grundlage für die psychologisch orientierte Begleitung.

Ziel dieses Buches ist nicht, die Begleitenden zu psychotherapeutischen Fachkräften auszubilden, sondern Verständnishilfen und Interventionsanregungen zur Beruhigung Sterbender in Krisensituationen vorzustellen.



Krisen und Interventionen
Palliative Care für Einsteiger, Band 6
Christoph Riedel, Nadine Lexa (Hrsg.), ca. 144 Seiten
vollfarbig, kartoniert, Esslingen 2017, der hospiz verlag
ISBN: 978-3-946527-10-7, Preis: Euro 29,99 (D)/Euro 30,90 (A)

Bestellungen: Tel. 07 154 / 13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de



„Ich brauche eine letzte Tür...“

Ein Gespräch am Küchentisch

Wir treffen uns nach langer Zeit wieder und sitzen beim gemeinsamen Essen – meine Schweizer Freundin Anne mit ihren Eltern Gabi und Bernhard. Wann immer ich bei ihnen zu Besuch bin, nehmen wir uns Zeit für Gespräch und Miteinander. Bernhard fragt mich beim Dessert nach meiner Arbeit im Hospizbereich und erwähnt fast beiläufig, dass er seit 15 Jahren Mitglied in einer Sterbehilforganisation sei. Ich schlucke und frage, ob ich richtig verstanden habe?! Sofort werden meine Vorbehalte wach und die große Palette an Gegenargumenten breitet sich in meinem Kopf aus. Ich hole Luft und sammle mich zur Mission, das Thema zu diskutieren und ihn im besten Fall von einem Austritt zu überzeugen.

Während wir sprechen, bleibt der Blick des älteren Herren aufmerksam und sein Lächeln freundlich. „Du glaubst jetzt wahrscheinlich, dass das eine feige und egoistische Entscheidung ohne Rücksicht auf meine Angehörigen war. Aber so ist es nicht.“

„Wie ist es dann?“, frage ich noch immer verwundert und halb erschrocken. Ich kenne ihn seit vielen Jahren und auf mich machte er immer den Eindruck eines verantwortungsvollen Familienvaters und Ehemanns. Auch beruflich hat er manches Mal seiner Überzeugungen wegen eher einen Nachteil in Kauf genommen, als sich für andere zu verbiegen. Was hat nun ausgerechnet ihn dazu gebracht, sich solch einer Organisation anzuschließen?

„Ich habe lange darüber nachgedacht“, sagt er, „und viele Gespräche mit meiner Familie geführt. Für mich ist wichtig, dass es am Lebensende immer noch die Möglichkeit gibt, meiner Familie, aber auch mir selbst, unerträgliches Leiden zu nehmen. Bevor das geschieht, möchte ich natürlich alle palliativen Angebote in Anspruch nehmen und bestenfalls mein Lebensende bewusst und natürlich erleben.“

„Aber warum dann Mitglied, wenn du doch eigentlich nicht darauf zurückgreifen möchtest?“

Bernhard lehnt sich zurück, schaut aus dem Fenster und denkt einen Augenblick nach. Dann sieht er mich an und meint: „Ich weiß nicht, wie mein Lebensende ablaufen wird und welche Belastung ich möglicherweise für meine Familie sein werde. Und ich weiß auch nicht, ob Gabi und die Kinder in der Lage sein werden, mich zu versorgen und mich auszuhalten. Und wenn ich allen nur mehr Last und Arbeit bereite und selbstständig nichts mehr tun kann, dann möchte ich um diese letzte Tür wissen. Ich brauche jetzt die Gewissheit, dass es dann noch einen Ausweg gibt. Und es ist mir wichtig, dass nicht meine Angehörigen das entscheiden müssen, sondern dass ich das jetzt schon entschieden habe.“

Ich merke, dass sich Bernhard informiert hat, dass seine Entscheidung gut durchdacht und überlegt ist. Und mir wird klar, dass ich mit meinen bisherigen Argumenten nicht sehr weit komme, dass es hier um etwas Anderes geht.

Gabi hat uns zugehört, sie war die ganze Zeit still und spricht nun in unser Schweigen: „Als Bernhard mir von seinem Wunsch berichtet hat, habe ich mich zunächst dagegen gewehrt und heftig diskutiert. Und wenn ich jetzt an sein Lebensende denke und daran, dass ich ihn möglicherweise auf diesem letzten Weg begleiten muss, dann habe ich sehr gemischte Gefühle. Dennoch weiß ich, dass dies sein Wille ist und dass auch er mich so begleiten wird, wie ich es brauche.“

Später am Abend liege ich im Bett und lasse das Gespräch Revue passieren. In meiner Betriebsblindheit habe ich mir nicht mehr die Mühe gemacht, hinter die Entscheidungen von Menschen zu schauen, die einen solchen Weg für sich beschließen. Ich habe ignoriert, dass es noch andere Möglichkeiten der Vorsorge und der Auseinandersetzung mit dem Lebensende gibt – auch wenn deren Ergebnis erstmal diametral zum Ansinnen der Hospiz- und Palliativversorgung steht.

Ich frage mich, an welchen Stellen sich die Entscheidungen im kleinen, privaten Rahmen von den großen Grundsatzdebatten unterscheiden und in ihrer individuellen Klarheit einer großen dogmatischen Diskussion gegenüberstehen.

Und mit dem Gedanken, wo ich überall automatisch Schubladen öffne und somit einem lebensnahen Diskurs keinen Raum gebe, schlafe ich ein.

Die Autorin ist der Redaktion bekannt.



Hohes Alter zwischen Sinnkrise und Sinnfindung

Vom Umgang mit der Suizidfrage in der Palliativen Geriatrie

Heinz Rügger

Menschen suchen nach Sinn im Leben. Sinnverlust kann im hohen Alter zu Suizidwünschen führen. Diese gilt es ernst zu nehmen. Dazu gehört: Sinnlosigkeitsgefühle auszuhalten, durch Palliation das Leben erträglich zu machen und allenfalls auch einen Bilanz-Suizid zu respektieren.

Sinnbedürfnis und Sinnkrise

Menschen brauchen Sinn, um das Leben bejahen zu können. Zwar äußert sich das Sinnbedürfnis meist nicht explizit. Es schwingt vielmehr hintergründig mit im Sinne einer unreflektierten Erfahrung von Stimmigkeit, eines Empfindens, dass das eigene Leben irgendwie bedeutsam und lebenswert ist. Ins Bewusstsein tritt die Sinnfrage, wenn die intuitiv empfundene Sinnhaftigkeit bröckelt. Dies kann unter den spezifischen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen des hohen Alters leicht geschehen.

Nach Peter Gross „läuft man der Sinnfrage im Ruhestand schnurstracks in die Arme, denn die zentralen Sinnsäulen des vorherigen Erwerbs- und Familienlebens brechen weg.“ Ja, Gross diagnostiziert im Blick auf das hohe Alter eine „Sinnfinsternis“, in der „das Alter sich seines Daseins schämt. In der sich die Alten schuldig fühlen, überhaupt noch zu leben.“ Diese Sinnfinsternis wird verstärkt durch gesellschaftliche Werte, die alle am Bild des jüngeren Menschen orientiert sind: Leistung, Fitness, Selbstständigkeit, Mobilität. Ein global wirksamer Anti-Aging-Trend unter dem Motto „Forever Young“ trägt das Seine dazu bei, alten, hochbetagten Menschen das Gefühl zu vermitteln, sie seien nicht mehr erwünscht, seien nur noch eine Belas-

tung für andere. Wäre es da nicht an der Zeit, ein „sozialverträgliches Frühableben“ in Betracht zu ziehen? Ein altersfeindliches gesellschaftliches Klima wirkt sich suizidfördernd auf alte Menschen aus.

Suizidwünsche

Wer im Bereich der Palliativen Geriatrie arbeitet, kennt das Leiden alter Menschen an der empfundenen Sinnlosigkeit ihres Lebens: Was soll ich noch – ich bin für nichts mehr gut, falle anderen nur noch zur Last! Norberto Bobbio hält fest: „Wer unter alten Menschen lebt, weiß, für wie viele von ihnen der letzte Lebensabschnitt nicht zuletzt dank der medizinischen Fortschritte zu einem langen, oft sehnlichen Warten auf den Tod geworden ist.“ Daraus muss nicht, kann aber ein Suizidwunsch entstehen. Auch bei Menschen, die an und für sich nicht suizidal veranlagt sind.

Wie damit umgehen?

- Solche Gefühle der Sinnlosigkeit wollen zuallererst einmal ernst genommen und ausgehalten werden. Nur ja kein billiges Vertrösten mit irgendeinem oberflächlichen „Ja aber...“! Menschliches Leben gerät zuweilen in Situationen, wo es subjektiv nur noch als Leerlauf, als sinnlos wahrgenommen wird. Dann sind Sinnlosigkeitstoleranz gefragt und Menschen, die dieses Sinnvakuum mit den Betroffenen aushalten. Man kann das Leben – mindestens vorübergehend – auch ohne Antwort auf die Sinnfrage ertragen.
- Wenn das Erfahren von Sinnleere alte Menschen zu Suizidwünschen führt, gilt es, auch dies ohne Moralisierung ernst zu nehmen. Man soll darüber ehrlich und tabufrei reden dürfen. Auch wenn Betreuende für



Heinz Rüeegg Dr. theol. MAE

Theologe, Ethiker und Gerontologe,
wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut
Neumünster, Zollikerberg/CH

Heinz.Rueegg@institut-neumuenster.ch

sich einen solchen Weg nie in Erwägung ziehen würden, darf man von ihnen erwarten, dass sie empathisch nachvollziehen können, dass andere solche Wünsche entwickeln können.

- Schließlich gilt es, danach zu fragen, was helfen könnte, das Leben wieder ertragbar zu machen: Vielleicht eine bessere palliative Symptomkontrolle? Die Erfüllung eines kleinen Wunsches? Mehr mitmenschliche Zuwendung? Ein spiritueller Zuspruch?
- Auf jeden Fall ist wichtig, gegen die altersfeindlichen Stimmen der Gesellschaft zu vermitteln: Das Leben als alter Mensch darf sein, so wie es ist, ohne sich durch irgendwelche Leistungen rechtfertigen zu müssen. Man darf sich auch anderen zumuten – das ist Ausdruck tiefer Humanität.
- Je unaufgeregter, ehrlicher Suizidwünsche zur Sprache gebracht werden können, desto hilfreicher ist es für Betroffene, mit ihnen klarzukommen, auch ohne die Wünsche in die Tat umsetzen zu müssen.

Bilanz-Suizide als letzten Ausweg akzeptieren

Allerdings kann auch beste Palliative Care nicht alle Suizidwünsche aus der Welt schaffen. Es gibt Situationen, in denen hochbetagte Menschen nach wohlervogener Abwägung zur Überzeugung kommen, der Tod sei dem Weiterleben vorzuziehen. Bleibt ein solcher Wunsch nach verantwortlicher Abwägung konstant bestehen, ist ein allfälliger Entscheid, den Tod selbst herbeizuführen, von den Betreuenden zu respektieren (was nicht

heißen muss, ihn auch gutzuheißen!). In solchen Fällen spricht man von Bilanz-Suiziden, die im Sinne des Autonomie-Prinzips ethisch zu akzeptieren sind.

In der Schweiz steht für solche Situationen der Weg eines assistierten Suizids offen, der Menschen ermöglicht, reflektiert, fachlich und menschlich begleitet das eigene Leben und Leiden zu beenden. Als letzter Ausweg kann eine solche Option Sinnvoll sein, ein stimmiger Akt verantwortlichen Umgangs mit dem eigenen Leben. Aber es sollte ein letzter Ausweg bleiben. Vorher sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, Menschen zu helfen, das Leben zu bejahen, und wo der Wunsch zu sterben definitiv wird, durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen den natürlichen Prozess des Sterbens zuzulassen.

Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern

Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie

Pflegeheim und ambulanter Hospizdienst – beide verfolgen dasselbe Ziel: Sie begleiten alte Menschen auf ihrem letzten Weg und ermöglichen ihnen, in Würde zu sterben. Trotz gemeinsamer Zielsetzung, kommen beide Organisationen aus verschiedenen Welten. Spannungen sind programmiert, wenn diese beiden Welten aufeinandertreffen. Ziel der Studie ist es, Strategien und Konzepte in den Blick zu nehmen, die das Miteinander von Heimen und Hospizdiensten systematisch und strukturell gestalten – und gelingen lassen.

Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern, Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie, Gertrud Schwenk, 304 Seiten, kartoniert, Esslingen 2017, ISBN: 978-3-946527-07-7, Preis: € 29,99 (D)/€ 30,90 (A)





Stirb endlich!

Sterbewünsche der Angehörigen sind ein Tabuthema

Doris Steinkamp

Der Psychiater Klaus Dörner wünscht für sich in jedem Fall eine Versorgung in der häuslichen Umgebung. „Ich kann schlechterdings eine für mich erforderliche Hilfe nur in der Wohnung, die ich als meinen Haushalt führe, wollen. Ausnahmen verdanken sich meist verständlicher, aber falscher Rücksicht auf andere.¹ Er beschreibt den Wunsch vieler PatientInnen, auch ihrer Familien. Familie steht dabei für Hausgemeinschaft und Geborgenheit, aber auch für Dienerschaft.

¹ Dörner, K. (2007): *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem.* Neumünster: Paranus Verlag.



Doris Steinkamp

Referentin im Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V. Fritzenwiese 117, 29221 Celle
steinkamp-doris@t-online.de

Dass sich pflegende An- und Zugehörige im Laufe der Zeit eher als Diener, die keine Zeit mehr für sich haben, fühlen, wird nur selten öffentlich diskutiert. Das persönliche Umfeld, Nachbarn, Freunde, auch gegenseitige Versprechungen wie „bis das der Tod uns scheidet“, können bei Angehörigen eine Verpflichtung zur Versorgung eines kranken und sterbenden Menschen auslösen. Pflege wird zu 75% von Frauen geleistet.² Noch gibt es wenige Studien zur Lebensqualität von An- und Zugehörigen in Versorgung sterbender Menschen. Die Pflege Sterbender stellt oft eine große Belastung dar. Selbst mit Unterstützung durch einen Palliativdienst kann es

² Bundesministerium für Gesundheit durch Infratest Sozialforschung 2011.

zu Überforderung, sozialer Isolation und Angst, etwa dem Tod gegenüberzustehen, kommen.³ Dies mündet z. T. in Depression oder Burn-out.⁴ Gefühle können sich so gegen den Sterbenden richten, bis hin zu körperlichen Misshandlungen, Vernachlässigung und Missachtung der Würde. Jeder Fünfte gibt an, bereits mit gewaltbehafteten Situationen im Pflegekontext in Berührung gekommen zu sein – als Außenstehender oder Beteiligter.⁵

Auch in liebevoller Pflege von Sterbenden kann und darf der Wunsch nach einem baldigen Tod entstehen. Martina Rosenberg brach mit ihrem Buch „Mutter, wann stirbst du endlich?“ ein Tabu. Die Pflege Sterbender bedeutet für viele, Tag und Nacht Verantwortung zu übernehmen und eigene Grundbedürfnisse zurückzustellen. Bei chronischen Erkrankungen sind Versorgungsverläufe über Jahre nicht selten. Leiden eines geliebten Menschen, dessen Veränderung, z. B. in einer Demenz, ist für einige unerträglich und nicht alle Beziehungen in einer Familie sind durchgängig von Liebe geprägt.

Sterbewünsche von An- und Zugehörigen sind nicht selten Folge von Überforderung. Offen ausgesprochen werden sie aber von den wenigsten. Unter Schuldgefühlen und Scham leiden dann hingegen viele. Der Wunsch, das Leiden eines geliebten Menschen zu vermeiden, beinhaltet nicht selten auch den Wunsch, das eigene Leiden zu verkürzen.

Ich erinnere mich an einen Mann, der sich in der Erwartung des raschen Sterbens seines Vaters zwei Wochen Urlaub genommen hatte. Jedoch beserte sich der Zustand des Vaters. Der Sohn ließ sich krankschreiben, aber sein schlechtes Gewissen gegenüber Firma und Familie wurde groß. Das ganze dauerte nun schon drei Monate. Alles war geklärt und besprochen, aber der erwartete Tod trat und trat nicht ein. Der Sterbewunsch für den Vater wurde immer stärker, sodass mir der Sohn von seinem schlechten Gewissen berichtete. Allein das Gespräch führte zur deutlichen Entlastung der Situation, sie wurde enttabuisiert. Frühes Erkennen von Überforderung und Hilfestellungen, z. B. Angehörigengruppen, gute Kommunikation, sowie Wertschätzung in der palliativgeriatrischen Begleitung können präventiv wirken. Im Internet gibt es Angebote zur psychologischen, auch anonymen Beratung sowie Hinweise und Tipps für Extremsituationen.⁶

³ Proot, I. M.; Abu-Saad, H. H.; Crebolder, H. F. J. M.; Goldsteen, M.; Luker, K. A.; Widdershoven, G. A. M. (2003): Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17: 113–121.

⁴ Naegele, G.; Reichert, M. (1997): Krankheit, Alter und Pflege als Problem in der Familie. In: Vaskovics, L. A., Lipinski, H.: *Familiale Lebenswelten und Bildungsarbeiten* (2). Opdalen: Leske und Budrich Verlag.

⁵ Zentrum für Qualität in der Pflege (2015): *Pflege und Gewalt – eine Bestandsaufnahme*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=149&page_id=0 [Download am 30.08.16]

⁶ z. B. www.pflegen-und-leben.de

Impressum

Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie
4. Jahrgang 2018, erscheint vierteljährlich
Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen unter Verantwortung der Verfasser und geben nicht automatisch die Meinung der Redaktion wieder.

Herausgeber und Herausgeberinnen
Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie e. V.

Dirk Müller
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH, Berlin, Deutschland
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Katharina Heimerl
IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik,
Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz, Österreich
katharina.heimerl@aau.at

Roland Kunz
Univ.-Klinik f. Akutgeriatrie Spital Waid, Zürich, Schweiz
roland.kunz@waid.zuerich.ch

Schriftleitung Dirk Müller

Verlag
der hospizverlag Caro & Cie. oHG
Kimmichsweilerweg 56, 73730 Esslingen
Tel.: +49 711/18420950

www.hospiz-verlag.de, info@hospiz-verlag.de

Redaktion Karin Caro, karin.caro@hospiz-verlag.de

Anzeigen Stephanie Burkhardt, burkhardt@hospiz-verlag.de

Satz und Gestaltung der hospiz verlag Caro & Cie. oHG

Druck Offizin Scheuffele, Stuttgart

Abonnementservice und Einzelbestellungen

Sandra Caro, Tel.: 0711/18420951
sandra.caro@hospiz-verlag.de

Abonnementpreise und Bedingungen

Das Abonnement umfasst vier Ausgaben im Kalenderjahr und beträgt € 55,00/75 CHF zuzüglich Versandkosten; € 7,50 im Inland und € 23,00/26 CHF im europ. Ausland. Der Preis für Einzelhefte beträgt € 15,00/20 CHF zuzüglich Versandkosten; Inland € 1,90, europ. Ausland € 4,00/6 CHF. Das Abonnement wird mit der ersten Ausgabe im Jahr im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Das Abonnement kann jederzeit begonnen werden. Kündigung des Abonnements erfolgt schriftlich bis zum 1. Oktober eines Jahres an den Verlag. Die Bezugsdauer verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr.

Bildnachweis

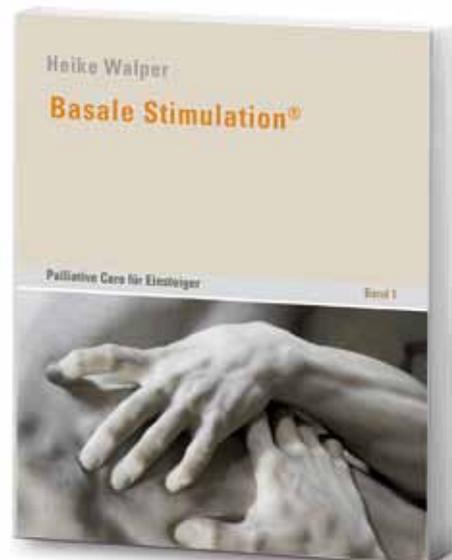
Seite 1, 4, 5, 6, 9, 27, 41, 43: © photocase.de
Seite 11: © Rainer Sturm_pixelio.de
Seite 4, 19, 22, 24, 30, 33: © pixabay.com
Seite 4, 5, 16, 18, 20: © Seite 36: © shutterstock.com
Seite 39: © Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH

Basale Stimulation®

Palliative Care für Einsteiger – Band 1

Begleiten heißt Da-Sein, den anderen spüren und gespürt werden. Am Ende des Lebens, gerade wenn die Körperfunktionen bereits stark eingeschränkt sind, fehlen uns manchmal die Mittel, unser Da-Sein zeigen zu können. Die Basale Stimulation bietet hier ein hervorragendes Instrument, um mit dem Betroffenen auf unterschiedlichste Weise in Kontakt zu kommen, Beziehungen aufzunehmen und individuell gestalten zu können. Basale Stimulation geschieht auf Grundlage der Wahrnehmung des anderen auf Begegnungs- und Beziehungsebene. Betroffene erleben dadurch Sicherheit, eine vertrauensvolle Beziehung kann so aufgebaut werden. Die Basale Stimulation kann zugleich zu einer Verbesserung in der Symptomlinderung führen.

Basale Stimulation® Palliative Care für Einsteiger, Band 1
Heike Walper, Nadine Lexa (Hrsg.), 99 Seiten, vollfarbig, kartoniert, Ludwigsburg 2014, der hospiz verlag, ISBN: 978-3-941251-64-9, Preis: Euro 24,99 (D)/Euro 25,70 (A)



Bestellungen: Tel. 07 154/13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de



Keine Einbahnstraße: Sterben wünschen

Karin Kaspers Elekes

„Ich möchte sterben!“ Diese Worte, mit denen ein Mensch seine Haltung zum Leben im Moment ausdrückt, sind nicht eindeutig. Wenn sie in der seelsorglichen Begegnung ausgesprochen werden, gilt es, in der Begegnung Raum zu eröffnen, um die Beweggründe und die Situation, die den Menschen zu diesem Wunsch geführt haben, zu verstehen. Über den weiteren Weg ist selten bereits entschieden.

Sterbewunsch ist nicht gleich Sterbewunsch. Was macht die Situation des Menschen aus, der ihn äußert und zum Ausdruck bringt, dass die augenblicklich erfahrene oder die zu erwartende Lebenssituation ihm unzureichend erscheint und eine Überforderung darstellt? Die Äußerung des Wunsches nach dem eigenen Lebensende nimmt den Angesprochenen ins Vertrauen. Sie trifft im Seelsorgenden auf Resonanz, die mitbestimmt ist von dessen eigener, in der Liebe zu Gott und den Menschen gründender Lebenshaltung und seiner Bereitschaft, dem anderen als Mensch mit seiner professionellen Erfahrung und Kompetenz zu begegnen. Nun geht es um das Hinhören, um Resonanz auf die existenzielle Bedeutung und Wertschätzung der Person, die sich in der Begegnung öffnet. Der Wunsch zu sterben und seine Formulierung überschreitet Alltagsnormalität. Hier wird unbekanntes Sehnsuchtsland betreten, und dieser innere Schritt ist immer ernst zu nehmen, denn er gehört in das Vorfeld des Erlebens vor *jedem* Suizid(versuch).

Trauer: Viele kleine Abschiede

In der seelsorglichen Begegnung kann die persönliche Bedeutsamkeit der Sterbewunschäußerung erkennbar werden. Ist dem Betroffenen gerade eine schwerwiegende Diagnose, eine infauste Prognose mitgeteilt worden? Erlebt er einen längeren, beschwer-

lichen Krankheitsverlauf? Setzt er sich nach langer aktiver Lebenszeit mit zunehmenden Einschränkungen und erfahrener Endlichkeit auseinander? Hat er schwerwiegende Verluste im sozialen Umfeld erlebt? Die Bedeutung von Trauer ist dabei nicht zu unterschätzen – Trauer um verlorene Lebensmöglichkeiten.

Worte mit Nuancen

„Ich wäre froh, es wäre endlich vorbei!“, „Ich möchte am liebsten sterben!“, „Ich mag nicht mehr!“ Jede Formulierung nuanciert die existenzielle Not anders. Welchen Weg die Krise nehmen wird, ist im Moment der Erstäußerung selten bereits entschieden. Unsicherheit ist hier ein häufiges Grundthema. Damit einher geht die Suche nach Wegbegleitern, die auch – bewusst oder unbewusst – zu Wegweisern werden können. Die Gedankenwege ähneln oft dem Begehen eines Labyrinths und zielen nicht per se auf eine aktive Beendigung des eigenen Lebens. Sie sind häufig – Hiobs Klage¹ ähnlich – Ausdruck einer umfassend erlebten Krise – vorerst mit offenem Ausgang.

Wechsel der Liga

Auch Herr M.², 80 Jahre alt, äußert bei unserer Erstbegegnung einen Sterbewunsch. „Seitdem ich weiß, dass ich diese Krankheit habe und nicht wie-

¹ Hiob 9,21 u. ö.

² Zur Wahrung der Anonymität wurde das Fallbeispiel verfremdet.



Karin Kaspers Elekes

Pfarrerin/Dipl.-Päd., MASSc Spiritual Care Spitalseelsorgerin im Kantonsspital Münstertingen, Präsidentin von „palliative ostschweiz“ kkaspers-elekes@gmx.ch

der gesund werde, spiele ich in einer anderen Liga“, beschreibt er sein aktuelles Lebensgefühl. Besonders sein soziales Erleben scheint dieses Empfinden zu verstärken. Kollegen kämen seltener. Die Familie leide. Die Gespräche blieben banal. Es sei zum Davonlaufen. Und dann noch die Angst vor dem, was vielleicht noch kommen könne. Er fühle sich ausgeliefert. Un-erträglich. ... Lieber sterben! Wo es ja eh sein müsse ...

Resonanz in der Krise

In Herrn M.s Sterbewunsch kumuliert das ganze Ausmaß seiner Lebenskrise, die er so niemals zuvor gekannt hat. Die neue Situation erschüttert ihn in allen Dimensionen seines Da-

seins, so umfassend, dass er die Abwesenheit dieses Erlebens herbeisehnt – ohne das Ziel seines Wunsches real zu kennen. Sterben könnte eine Alternative sein. Wo es doch sowieso sein muss. Dann wäre „das alles“ vorbei. Nun ist es heraus. Herr M. wirkt erleichtert. In dem Raum, den unsere Begegnung bietet, werden Ängste, Einsamkeits- und Sinnlosigkeitsgefühle zum Thema. Erst aufgrund meiner Intervention kehrt Herr M. im Gespräch zum geäußerten Sterbewunsch zurück. Das habe jetzt keine Priorität. Aber weiter reden wolle er. In Kontakt bleiben. Das gäbe eine gewisse Sicherheit. Der Sterbewunsch von Herrn M. hat zu diesem Zeitpunkt nicht den Charakter der „Handlungsorientierung“³, er ist vielmehr Teil des Ausdrucks der Auseinandersetzung mit seinem Selbstbild und der Qualität der aktuell empfundenen umfassenden Lebenskrise im Sinne eines „total pain“.

Wegbegleiter und Wegweiser

Ressourcen aus bestandenen Lebenskrisen sind Basis individueller Resilienz, und ihre Bewusstmachung kann die Bildung eigener Bewältigungsstrategien unterstützen. Letztlich aber ist die mit dem Sterbewunsch ausgedrückte Krise für Menschen mit schwersten Erkrankungen eine sich *qualitativ* von früheren Krisensituationen unterscheidende – hier geht es um das Leben selbst. Die Qualität solch persönlicher Betroffenheit kennen Wegbegleiter aus eigener Erfahrung (noch) nicht. Alle Beteiligten stoßen hier auf je ihre Weise an die Grenze des in Unterschiedenheit gemeinsam gegangenen Weges.

Haltung, die Vertrauen fördert

Der „gedachte letzte Ausweg“ wird – das zeigen Erfahrung und Statistik – für Menschen mit schwersten Erkrankungen selten handlungsleitend. Der geäußerte Wunsch bildet jedoch nicht selten eine erste (unbewusste) „Teststation“ auf dem Weg des Beziehungs- und Vertrauensaufbaus zu einer „Unit of Care“, die ein zuverlässiges Netz bilden kann für Symptomkontrolle, den persönlichen Entscheidungsfindungsprozess, den nötigen Netzwerkaufbau und Support (SENS)⁴. Kurz: Menschen, die mit ihrer Person, ihrer Kompetenz und gemeinsamer Haltung bereit sind, die Lebensqualität des Betroffenen, die auch möglichste Selbstbestimmung einschließt, zu gewährleisten – bis zum Schluss, wenn die Einwilligung in das Sterben nicht selten einem „Ausatmen“ gleicht.

³ Vgl. die Beschreibung des Sterbewunsches als „Handlungsorientierung“, „Identitätsstifter“ und „innerer Probesthne“ bei Streeck, Nina: Sterbewünsche – medizinethisch-empirische Zugänge, in: Hilpert, Konrad; Sautermeister, Jochen (Hg.): Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau 2015, 17–29.

⁴ Eychemüller, Steffen: SENS macht Sinn, in: Therapeutische Umschau 2012; 69 (2), 87–90.

Selbstbestimmtes Sterben

Dass ein Sterbewunsch im Sinne (assistierten) Suizids handlungsleitend wird, ist selten. Es stehen allerdings Beispiele „selbstbestimmten Sterbens“ als deklarierte öffentliche Plädoyers – auch in Form prominenter Lebensbeispiele – im Raum, die zunehmend eine reaktive Auseinandersetzung von Menschen mit schwerster Erkrankung mit dieser Möglichkeit zu fordern scheinen. Nicht nur Achtung, sondern Unterstützung von Autonomie heißt in der Begleitung auch, solche Phänomene wahrzunehmen und zur Sprache zu bringen, wo sie von vulnerablen Menschen in fragiler Lebenssituation als Herausforderung an ihre Existenz erlebt und in Worte gefasst werden. Oft sind sie Ausdruck der Frage nach dem Sinn ihres eigenen Lebens, der „Sozialverträglichkeit“ ihrer Situation und eine Vergewisserung persönlicher Solidarität, zu der sie – außer ihrer Person – nichts mehr beitragen können. Auf diesem Weg des Fragens aber sind Vertrauen, Beziehung und eine Haltung wesentlich, die in der Liebe zum Menschen (und zu Gott) gründet und die in der seelsorglichen Begegnung erfahrbar wird: Auch in aller Vulnerabilität bleibt der Mensch geschätzt, wertvoll und ganz – mit unverlierbarem Wert in Beziehung zu sich selbst, zum Nächsten, zur jeweiligen Gegenwart und letztlich zu Gott.



Arzt sein – wenn Menschen sterben wollen

Harald Retschitzegger

Wer schon länger in der Geriatrie tätig ist, kennt ähnlich klingende Aussagen und Wünsche von Patientinnen und Bewohnern, welche immer wieder zu hören sind: „Am liebsten wär es mir, wenn es schon vorbei wäre ...!“ oder „Können Sie mir nicht was geben, dass es schneller zu Ende geht ...?“ Wir beschäftigen uns hier mit einem

wesentlichen Thema in der Geriatrie – und auch mit dem nicht weniger bedeutsamen Bereich differenzierter Kommunikation.

Was hören wir, wenn ein alter Mensch so etwas zu uns sagt? Ist es wirklich ein Appell, dass schnell etwas passieren muss? Ist es ein Hilferuf – den wir unbedingt als solchen hören und erkennen sollen – oder ist es als ein Aufruf zu Beihilfe zum Suizid oder zur Tötung auf Verlangen zu verstehen? Oder – und das ist aus meiner Sicht die am öftesten zutreffende Variante – ist es „einfach nur“ eine lange bedachte und wohlüberlegte Erkenntnis, welche sich in einem Menschen in seiner letzten Lebensphase mit der Zeit entwickelt hat? Wir in der Geriatrie Tätigen aller Professionen kennen diese Gedanken, diese Zweifel – das Ringen um „richtiges Verständnis“.

Wie gehe ich als Arzt mit dem Wunsch nach „sterben dürfen“ oder „sterben wollen“ um?

Vorweg: Ich finde es sehr wichtig und bin froh, wenn PatientInnen diese Gedanken an- und aussprechen, und ich ermutige sie auch dazu, diese ihre Überlegungen immer wieder zu artikulieren! Nur wenn Menschen es aussprechen, können wir reagieren bzw. nur dann gibt es die Chance, dass wir den betreuten

Menschen gerecht werden können. Natürlich gibt es auch das Phänomen, dass PatientInnen diesen Sterbewunsch ein einziges Mal aussprechen und danach nie wieder. Ich sage der Bewohnerin oder dem Patienten dann immer: „Ich kann, darf und will Ihnen nichts Lebensverkürzendes geben! Aber: ich kann Ihnen zusichern, dass wir in medizinischer Hinsicht nichts machen werden, was Sie nicht möchten! Und wir werden immer alles gemeinsam besprechen!“ Und mit dieser Zusicherung sind die PatientInnen fast immer zufrieden, entspannen sich und fassen Vertrauen. Natürlich braucht es bei diesen Themen die immer wiederholte „Evaluation“ – im Sinne eines kontinuierlichen Dialoges. All dies ist unabdingbare Voraussetzung für die unbedingt zu gewährende Autonomie der Bewohnerinnen und Patienten.

Als wichtigen Faktor der Selbstreflexion möchte ich folgenden Gedanken aussprechen. Beim Thema „Sterben-wollen“ ist das Ehrlich-zu-uns-selbst-sein äußerst wichtig! Was meine ich damit? Wenn ich mit einer Patientin im Gespräch bin, bei der gerade größere medizinische Veränderungen im Gange sind, dann beeinflusst ein „Sterbewunsch“ der Patientin natürlich ganz wesentlich das Ausmaß der Maßnahmen, welche im Folgenden getätigt werden (müssen). Das heißt: Wenn eine Patientin sagt, dass sie keine weitere Intensivierung der medizinischen Maßnahmen möchte, dann kann das auch für das Behandlungsteam „einfacher“ sein – im Sinne von „weniger aufwendig“. Deshalb müssen wir absolut klar und reflektiert sein, dass wir den PatientInnen keinen Sterbewunsch „nahelegen“, sondern dem betreuten Menschen jeweils ehrlich die Möglichkeiten und Einschränkungen der verschiedenen Vorgangsweisen erklären.

Und so kann es natürlich auch vorkommen, dass sich Menschen in hohem Alter für Interventionen entscheiden, die in vorherigen Gesprächen eher ablehnend gesehen wurden. Aber das ist PatientInnenautonomie, dieses Recht haben alle Menschen. Ambivalenz ist ein natürlicher Begleiter solcher existenzieller Überlegungen! Wir als ÄrztInnen sind für die Abwägung der Indikationen zuständig – und wir sollen und dürfen keine Maßnahmen anbieten bzw. durchführen, wenn es keine medizinische Indikation dafür gibt. Der Wunsch des Patienten alleine ist, wie wir wissen, zu wenig. Immer braucht es diese Brücke, basierend auf den beiden Brückenpfeilern „PatientInnenwillen“ UND die Indikation FÜR etwas! Nur wenn beides gegeben ist, dann trägt die Brücke – und dann sind diese Maßnahmen angebracht. Eine in letzter Zeit häufige Variante eines konsequent umgesetzten Sterbewunsches ist der „freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“, wobei auch hier unsererseits das kontinuierliche Gespräch mit der PatientIn, den

Angehörigen und die begleitende Betreuung der PatientInnen und ggf. der Angehörigen wesentlich ist.

Die Kürze der hier gesammelten Überlegungen korreliert in keiner Weise mit der Bedeutsamkeit des Themas und mit der Größe der jeweils anstehenden Entscheidungen! Bei all dem wurde auch die Schwierigkeit von bestehenden Demenzerkrankungen nicht explizit berücksichtigt. Klar ist, dass wir in Zukunft immer mehr den Weg beschreiten müssen, der von frühzeitigen Gesprächen über Wünsche und Vorstellungen der PatientInnen geprägt ist.

Auch auf die vielfältigen und je eigenen Gründe der Sterbewünsche bin ich hier nicht eingegangen. Nie darf unachtsame oder inkompetente Symptomkontrolle der Auslöser des Sterbewunsches sein! Diesen Anspruch müssen wir haben und hochhalten: dass wir alles tun, damit es Menschen möglichst gut gehen kann in ihrer je eigenen Situation!

Neben den körperlichen Symptomen erlebe ich die Einsamkeit von Menschen und die damit oft in Zusammenhang stehende Sinnfrage als sehr im Vordergrund stehende Ursache des Sterbewunsches. Mittlerweile wissen wir, dass Gespräche über Sterben und Tod „Sinn machen“ für die betroffenen Menschen – und letztendlich geht es immer um die Balance von Sinn und Leid. Je mehr Leid jemand erlebt, desto mehr Sinn braucht er! In diesem Verständnis sind wir als Mitglieder interprofessioneller Betreuungsteams ständig aufgefordert, uns an diesem Wechselspiel von Leid und Sinn unterstützend zu beteiligen! Und der Sterbewunsch von PatientInnen ist sehr ernst zu nehmen. Das Thema aber ist so bedeutsam, dass wir uns dem nie oberflächlich



Dr. Harald Retschitzegger, MSc.

Palliativmediziner und Geriater im Pflege-
wohnhaus Meidling des Wiener Kranken-
anstaltenverbund (KAV), Präsident der Öster-
reichischen Palliativgesellschaft (OPG)

harald.retschitzegger@gmail.com

www.palliativ.at

oder unreflektiert annähern dürfen,
sondern nur mit größtmöglicher
Kompetenz des interprofessionellen
Betreuungsteams!

13. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin



Palliative Geriatrie – im frischen Wind auf Kurs

Die einzigartige Veranstaltung bearbeitet die vielfältigen Themen der hospizlich-palliativen Versorgung hochbetagter Menschen vielfältig und bietet den aktuellen Entwicklungen und palliativgeriatriischen Netzwerken das Forum. Namhafte nationale und internationale ReferentInnen aus der Praxis und Wissenschaft erörtern im Tagungsforum und in sechs Themen-Sessions die vielfältigen Aspekte von Palliativer Geriatrie. Unsere Tagung richtet sich an ein breites, interdisziplinäres Fachpublikum im deutschsprachigem Raum.

Termin:

Freitag, 12. Oktober 2018 | 9:00 bis 17:00 Uhr
Zweiter Ball der AltersHospizarbeit ab 20:00 Uhr

Veranstaltungsorte:

Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Ballhaus Berlin



12 | 10 | 2018

**9 – 17 Uhr
20 – 2 Uhr**

Tagungsgebühr:

119 € (incl. Speisen und Getränke) | 109 € für KPG-Alumni, Mitglieder der Interessen-
gemeinschaft Palliative Geriatrie und der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie

Beitrag Ball:

44,90 € (incl. Buffet, Getränkeauswahl und Show)

► **Infos: palliative-geriatrie.de/fachtagung | Tel.: +49 30 42 26 58 38**



„Unwertes Leben“ umwerten

Helen Neubacher

Österreichs PolitikerInnen haben sich im Jahr 2015 klar gegen aktive Sterbehilfe in jeder Form ausgesprochen. 2017 hat die neue Regierung in ihrem Regierungsprogramm eine zusätzliche Summe von 18 Millionen Euro bis 2020 für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung vorgesehen. Das darf als Zeichen für Lebensqualität und für ein Sterben in Würde ge-

wertet werden. Aber die Stimmen in Österreich für aktive Sterbehilfe sind nicht mehr zu überhören. Statt in die Defensive zu gehen, muss eine Atmosphäre für ein Leben und für ein Sterben in Würde geschaffen werden.

Die Büchse der Pandora ist schon längst in vielen europäischen Staaten nicht mehr zu schließen. Auch in unserem Land besteht die Gefahr des „slippery slope“, des unmerklichen „Hineinschlitterns“ in eine unumkehrbare Abwertung des Lebens. Ethische Entscheidungen für ein Leben in Würde bis zuletzt werden so immer öfter in Frage gestellt. Unsere Antwort darauf kann nur eine proaktive und positive sein. Wir dürfen die Menschen der älteren Generation nicht im Stich lassen; sie haben dieses Land nach Kriegsende mit so viel Energie und Engagement wieder aufgebaut; vielfach konnten und durften sie uns nicht einmal ihre eigenen Lebens- und Leidensgeschichten erzählen. Wir sind ihnen eine entsprechende Begleitung bis an ihr Lebensende schuldig. Unsere alt- und krank gewordenen Mitmenschen dürfen von uns liebevolle Zuwendung, Geduld und fachliche Begleitung erwarten. Wir müssen alles tun, damit für sie nicht der Eindruck entsteht, sie fallen uns persönlich und der Gesellschaft zur Last. Diese Angst müssen wir ihnen abnehmen, so gut wir können.

Der Ausdruck „unwertes Leben“ hat in der Hospizarbeit keinen Platz. Die Herausforderung ist vielmehr, die letzte Lebenszeit von geriatrischen Patienten so würdevoll als möglich zu gestalten. Welche Gesellschaft wären wir, wenn wir das Leben der älteren Generation oberflächlich nur nach ihrer „Nützlichkeit“ bewerten. Wenn wir den Umgang mit Hilflosigkeit, Schwäche und Leid verlernen, verlieren wir auch die Fähigkeit, im Alltag menschlich zu handeln.

Ich möchte ein Beispiel aus meiner eigenen Familie nennen, das mich und meine sechs Geschwister ganz entscheidend geprägt hat: Unsere Großmutter war zwanzig Jahre bettlägerig. Sie hat unser Leben nachhaltig bereichert und wir haben in der Begegnung mit ihr den Umgang mit Schwerkranken gelernt und die Hochachtung vor dem Geheimnis Mensch. Sie selber hat ihr eingeschränktes Leben immer noch als lebenswert empfunden. Mein beruflicher Einstieg in die Hospiz- und Palliativarbeit ist gewiss ein Vermächtnis ihres Lebens und Leidens.

Die Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter im Hospizdienst ist bei uns im Steigen begriffen. Diese Menschen müssen nicht mühsam gesucht werden; sie fragen selber an, ob sie gebraucht werden, und nehmen eine aufwändige Ausbildung in Kauf. In meinem Bezirk wurden von ihnen



Helen Neubacher

Akad. Palliativ-Expertin, BSN, RN, DGKS
Kordinatorin Mobiles Caritas Hospiz
Mobiles Palliativteam, Bezirk Korneuburg
Helen.Neubacher@caritas-wien.at

zum Beispiel im vergangenen Jahr fast fünftausend freiwillige Dienststunden am Krankenbett geleistet. Sie tragen ganz wesentlich zur Lebensqualität der Menschen in ihrer letzten Lebensphase bei.

Suizide in unserem Seniorenheim

Erinnerungen einer Altenpflegerin

Zwei Suizidfälle innerhalb von nicht einmal zwei Monaten erschütterten unsere Mitarbeiter!

Das erste Mal: Herr M. hatte schon mehrere Male zu Hause versucht, sich das Leben zu nehmen. Der letzte Versuch endete nach Knochenbrüchen und einem Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie. Danach kam er im stabilen Allgemeinzustand zu uns ins Heim und erholte sich gut und hatte Interesse am Heimaltag. Seine stark an Demenz erkrankte Ehefrau folgte später und sie lebten in einem sehr individuell eingerichteten Doppelzimmer. Das Pflegepersonal merkte, dass Herr M. alles über den Kopf wuchs, und sie versuchten ihn zu entlasten, was er aber nicht zuließ. Er verschloss sich immer mehr, bis er im September den Moment des Schichtwechsels abpasste und aus dem Fenster in den Tod sprang.

Für die junge Kollegin war dies ein Schock, sie begab sich sofort in ärztliche Behandlung. Die Heimleitung und Geschäftsführung kümmerten sich rührend um die MitarbeiterInnen. Die Kollegin, die unmittelbar mit der Versorgung zu tun hatte, beendete noch ihren Dienst und begab sich dann in psychologische Behandlung. In Gesprächen danach äußerten alle, wie wichtig es war, im Team und mit der Leitung viel zu sprechen. Sie nahmen sich in den Arm, es wurden keine Vorwürfe gemacht. Beide Mitarbeiterinnen haben nach der Krankschrift ihren Dienst wieder aufgenommen.

Das zweite Mal: Herr L. hatte mehrere Aufenthalte im Rahmen von Verhinderungspflege in unserem Haus. Als ein Einzelzimmer frei wurde, entschloss er sich in Absprache mit seiner Familie und Ehefrau, ins Heim zu ziehen. Er saß im Rollstuhl, konnte den Transfer alleine durchführen, war aufgeschlossen und freundlich. Er suchte Kontakt zu anderen BewohnerInnen und beschäftigte sich viel in seinem Zimmer. Häufig trafen wir ihm im „Raum der Stille“ und er stand am Fenster und schaute hinaus. Eines Morgens, als



Christiane Jacobi

Fachkraft für Palliative Care

christianejacobi@t-online.de

die Pflegekraft ihn wecken wollte, stellte sie fest, dass sein Rollstuhl am Fenster stand und seine Schuhe auf der Heizung lagen. Beim Blick aus dem Fenster sah die Pflegenden Herrn L. im Gebüsch liegen. Für die MitarbeiterInnen im Frühdienst war es ein großer Schock, denn schon wieder war ein Heimbewohner aus dem Fenster in den Tod gesprungen. Durch die Heimleitung, den Krisendienst der Feuerwehr und vom Hospizdienst konnten die MitarbeiterInnen aufgefangen werden.

Es wurde viel geweint und geredet. Zudem wurden Möglichkeiten geschaffen bzw. angeboten, sich in professionelle Behandlung zu begeben. Nach zwei Monaten verblasen die schweren Gedanken langsam. Aber immer noch komme ich ins Grübeln. Ich selber kannte bereits einen Suizidfall von vor drei Jahren und musste feststellen, dass auf einmal alles wieder im Kopf ist. Ich erinnere mich an Kleinigkeiten, die so nicht mehr abrufbar waren.

Für eine Mitarbeiterin war es wichtig, mit einer Kollegin ihres Vertrauens zusammen zur Beisetzung zu gehen, um einen Abschluss für sich zu finden. Dabei erzählte die Ehefrau, dass ihr Mann sich schon länger mit der Absicht beschäftigte, sich das Leben zu nehmen. Beide waren sich einig, wenn er es macht, dann richtig. Das war die Bedingung der Ehefrau. Das Heim wusste davon nichts. Das Gespräch tat der Kollegin gut, da sie sich danach frei von Vorwürfen fühlte.

Erinnerungen einer Pflegedienstleitung

Beim Auffinden von plötzlich Verstorbenen im stationären oder häuslichen Bereich entwickelt sich ein erhöhter Unterstützungsbedarf für die MitarbeiterInnen – insbesondere aufgrund des unerwarteten Ereignisses. Eine besondere Brisanz liegt im Auffinden von suizidierten Menschen, da hier eine außergewöhnliche emotionale Belastungssituation erlebt wird. Die besondere Belastung liegt vor allem darin, die Auffindesituation des Suizidenten zu sehen. Oft haben Pflegenden schon über Jahre eine sehr enge Beziehung zum Menschen aufgebaut. Sie haben keine Chance, sich zu verabschieden und den damit verbundenen natürlichen Trauerprozess zu beginnen. Hinzu kommt, dass sich die Begleitung der Angehörigen schwieriger gestalten kann.

Ausgehend von dem Gedanken, dass es Suizide von Pflegebedürftigen schon immer gegeben hat und auch weiter geben wird, ist es notwendig,

Viele MitarbeiterInnen stellten sich die Frage: „Was tun, damit so etwas nicht wieder passiert?“ Wer sich das Leben nehmen möchte, sucht sich Wege. Da hilft es auch nicht, die Fenstergriffe abzumontieren. Die MitarbeiterInnen unseres Unternehmens/Hauses wurden durch Schulungen sensibilisiert. Weiterbildungen und Hilfe eines Neurologen, der unser Heim betreut, wurden dankend angenommen und in regelmäßigen Abständen wiederholt.



Petra Trzetzkiak

Einrichtungsleiterin

petra.trzetzkiak@volkssolidaritaet.de

einrichtungsbezogene Strategien zu entwickeln, die den betroffenen MitarbeiterInnen helfen, die Situation zu bewältigen. Dabei zeigt sich, dass Berufserfahrung und Erfahrung im Umgang mit einem Suizid positive Auswirkungen auf die emotionale Belastung der betroffenen MitarbeiterInnen haben können. Unabhängig davon fühlen sich einige unmittelbar in einer solchen Situation hilflos, geschockt und schuldig. Sie haben Selbstzweifel und Angst bzw. befürchten, etwas falsch gemacht zu haben. An dieser Stelle hat sich eine zeitnahe Unterstützung durch die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung bis zur Geschäftsführung sowie berufserfahrene MitarbeiterInnen vor Ort bewährt. Betroffene MitarbeiterInnen wurden aus der Situation genommen und durch Gespräche ermutigt, über das Erlebte zu sprechen. Damit konnten Erstreaktionen wie Angst, Teilnahmslosigkeit, Hyperaktivität reduziert werden. Es war wichtig zu prüfen, wie jede/-r Einzelne in der Situation reagiert. Gemeinsam wurde beraten, was die MitarbeiterInnen jetzt benötigen, um psychisch stabil zu bleiben.

Einer Kollegin (sie hat den Bewohner aufgefunden und ist erst ein Jahr im Beruf), ging es physisch und psychisch sehr schlecht. Hier wurde sichergestellt, dass sie nach Hause gebracht wurde und auch hier nicht allein war. Eine ärztliche und psychologische Betreuung wurde notwendig. Eine aktuelle Aufgabenverteilung an KollegInnen aus anderen Bereichen sicherte zunächst die zeitnah notwendige Versorgung der BewohnerInnen im Wohnbereich ab und sorgte für Sicherheit und Ruhe für das betroffene Team. Die Übernahme der Information der Angehörigen durch die Einrichtungsleitung sowie die Gesprächsführung vor Ort mit der Polizei und dem Arzt durch die Pflegedienstleitung schuf gleichzeitig Entlastung.

Mit den BewohnerInnen und allen MitarbeiterInnen wurde in den darauffolgenden Stunden und Tagen offen über den Suizid gesprochen. Für das Pflegeteam wurde ein weiteres Gesprächsangebot mit externer professioneller Begleitung organisiert. Die im Wohnbereich üblichen Trauerrituale wurden gelebt. Im weiteren Verlauf wurden die MitarbeiterInnen über spezifische interne und externe Angebote zur Bewältigung des Erlebten informiert (z. B. Einzelgespräche, Krisentelefon, div. Internetplattformen). Eine Unfallanzeige bei der Berufsgenossenschaft wurde für alle unmittelbar betroffenen MitarbeiterInnen erstellt. Die Gefährdungsbeurteilung „psychische Belastung in der Pflege“ wurde um die Thematik „Suizid“ ergänzt und einrichtungsübergreifend im gesamten Unternehmen implementiert.

Heute berichten MitarbeiterInnen aus dem Team, dass sie verschiedene Strategien nutzen, um das Erlebte zu verarbeiten. Sie fühlen sich besonders unterstützt, wenn sie mit KollegInnen über die Ereignisse sprechen können, in ihrem Privatleben durch diverse Freizeitaktivitäten Ablenkung vom beruflichen Alltag erleben oder sich mit Freunden und Familie (unter Beachtung des Datenschutzes) austauschen. Gleichzeitig empfanden sie die Anwesenheit der Leitung vor Ort und die eingeleiteten Maßnahmen als hilfreich.

Zudem wurden Fortbildungsangebote zum Thema Suizid durchgeführt und weitere Veranstaltungen sind geplant, um den MitarbeiterInnen zu helfen, eine professionelle Distanz zum Geschehen aufbauen zu können.



Lebenswertes muss man hier suchen

Das Interview führte Dirk Müller

Gespräch einer Hospizbegleiterin
mit einem Bewohner zum Leben
und Sterben im Heim.

Was macht das Leben für Sie im Pflegeheim lebenswert?

Ehrlich gesagt, Lebenswertes muss man hier suchen. Es mag sein, wenn man nicht mehr denken kann, dass es okay ist, hier zu sein. Sonst ist es schwer. Die Belegschaft ändert sich ja fast täglich. Wie soll man da Vertrauen fassen? Die Leute kommen häufig von Leasingfirmen und sind morgen woanders. Und die Pflegekräfte pflegen mich, das heißt, sie rühren an meiner Intimität. Das machen ja wildfremde Leute. Es ist schwer, das über sich ergehen zu lassen. Man muss es wohl oder übel ertragen. Was mir hilft, ist die Betreuungskraft, die mich mit dem Hund besucht. Hier findet zu wenig Leben statt. Da kommt einem schon die Idee, es wäre besser, nicht mehr da zu sein. Wissen Sie, alle mischen sich ein und keiner kümmert sich, wie es einem geht. Nach Jahren bin ich immer noch nicht angekommen.

Wie ist es mit dem Essen? Eine wiederkehrende kleine Freude?

Na ja. Was gibt es da zu sagen? Morgens lasse ich mir ein Brötchen mit Milch und Honig in mein Zimmer bringen. Ich tue den Honig in meine Milch und esse das Brötchen. Mittags gehe ich in den Gemeinschaftsraum. Aber das Essen ist meist nicht appetitlich angerichtet. Es kommt aus weißen Plastikschaalen. Es wird auf Teller verteilt und hingestellt oder in den Schalen gelassen und wieder weggeschickt oder was weiß ich, was damit passiert. Abends lasse ich mir Brot mitbringen und hole aus meinem Kühlschrank den Belag bzw. ich esse nichts. Ich kann ja auch mal draußen essen, aber für die Anderen stelle ich es mir schwer vor.

Und sonst?

Die Mitarbeiter klagen immer wieder, sie haben zu viel zu tun. Aber man kann auch sehen, wie viele Raucherpausen möglich sind. Es findet wenig Beschäftigung statt im Vergleich zum früheren Leben. Ich brauche es nicht unbedingt, denke aber, dass es für viele eine Abwechslung wäre. Damit man wieder Mensch wird.

Wie stets mit der Gesundheit?

Für mich wird wirklich Schluss sein, wenn ich auch noch Schmerzen bekomme, was sich leider abzeichnet. Vor kurzem war ich im Krankenhaus wegen der Schmerzen. Der Arzt meinte, es könnte ein paar Tage wehtun, dann weggehen und dann wieder kommen. Es sollte noch eine Untersuchung gemacht werden, aber ich wollte nicht länger im Krankenhaus bleiben und bin zurück ins Heim. Denn eine Blutuntersuchung könnte doch die Hausärztin machen. Bis jetzt ist nichts passiert. Das finde ich schlimm. Wie gesagt, mit Schmerzen möchte ich nicht mehr leben, denn es ist doch kein Leben so.



Der palliativgeriatriische Pflorgetipp:
„Schwester, ich kann nicht mehr!
Ich will nicht mehr! Wann kann ich
endlich sterben?“

Gerda Schmidt

Viele Pflegende, die mit alten Menschen arbeiten, haben diese Sätze schon gehört. Und sicher waren viele schon in der Situation, nicht zu wissen, was man dazu sagen soll, wie man reagieren soll.

Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich an. Die Zahl der 90- bis 100-Jährigen wird immer größer. Überlegen wir doch einmal, was Menschen, die jetzt so alt sind, erlebt haben und was heute ihr Leben ausmacht:

- Sie haben Kriege, Zerstörung und Wiederaufbau erlebt.
- Sie mussten in ihrem Leben viele Verluste betrauern – von Ehepartnern, Kindern und Freunden.
- Wenn ihre Kinder noch am Leben sind, dann sind die auch schon alt.
- Viele sind „übergeblieben“, weil Familie und Freunde schon verstorben sind. Sie sind alleine.
- Sie hören schlecht. Sie sehen schlecht. Sie sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Vielleicht sind sie sogar ans Bett gefesselt alleine zu Hause und zwei bis drei Mal am Tag kommt jemand vorbei, um sie zu versorgen.
- Sie haben Schmerzen.
- Ihr Leben verläuft ohne viel Abwechslung – ein Tag ist wie der andere.

Ist das ein Leben, das man sich als junger Mensch erträumt?

Ist es da nicht verständlich, dass man müde ist vom Leben, dass man Sehnsucht nach dem Tod hat? Die Lösung ist hier in der Regel nicht assistierter Suizid, der ja auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz ganz unterschiedlich gesetzlich geregelt ist. Ganz selten verlangt ein alter Mensch wirklich danach, ihm etwas zu geben, damit seinem Leben ein Ende gesetzt wird.

Und doch ist es ein Hilfeschrei!

In solchen Situationen sind Menschen gefragt,

- ... die empathisch reagieren, zuhören und ganz da sind bei dem alten Menschen.
- ... die neben dem körperlichen Schmerz auch den psychischen, sozialen und spirituellen Schmerz erkennen und dort „heilende“ Maßnahmen ergreifen.
- ... die Ruhe (nicht Stille!) ermöglichen und nicht nur Aktivität.
- ... die es aushalten, anstelle einer Ganzkörperwaschung am Bettrand zu sitzen und die Hand zu halten.

Alte Menschen müssen nicht rund um die Uhr durch Aktivitäten bei Laune gehalten werden. Ein Konzert oder eine Vorlesestunde sind eine schöne Abwechslung, aber dann darf auch wieder eine Pause sein.

Alte Menschen müssen nicht aufessen, was ihnen von einem jungen Menschen auf dem Teller vorbereitet wird. Eine kleine Menge vom Lieblingskuchen schafft Lebensqualität, da müssen keine Kalorien gezählt werden.



Gerda Schmidt

DGKS, MAS Palliative Care
Wohnbereichsleitung und stellvertretende
PDL im CS Pflege- und Sozialzentrum
Pramergasse, 1090 Wien
www.cs.at
gerda.schmidt@cs.at

Alte Menschen müssen nicht ungezählte Tabletten einnehmen, die so viele Nebenwirkungen haben, dass man dagegen wieder neue Medikamente verschreiben muss.

Weniger zu tun ist manchmal der bessere Weg – aber auch der für die Pflegenden oft schwerere.

Denken Sie doch einfach einmal darüber nach und probieren Sie, ob Sie es aushalten! Viele alte Menschen werden es Ihnen danken!

Veranstaltungskalender

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie

Bundesweit

Frühlingsakademie der FGPG

Informationen dazu werden den Mitgliedern in Kürze zugehen

Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Geriatrie

Nähere Infos unter www.fgpg.eu/kursangebot/

16.-17.03.2018 Wien

Block 1

0.4.-08.06.2018 Bern

Block 2

05.-09.11.2018 Wien

Block 3

19.-23.03.2019 Berlin



Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie
(FGPG) e.V.

Geschäftsstelle

Kimmichsweilerweg 56

73730 Esslingen

Tel.: 0711/31 08 73 41

Baden-Württemberg

Stuttgart

Akademie für Fort- und Weiterbildung in allen Bereichen der Hospizkultur, Palliative Care, Palliativmedizin und Trauerbegleitung.

Unsere aktuellen Veranstaltungen und weitere Informationen finden Sie im Internet unter:
www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.eu



Für Kinder, Jugendliche & Erwachsene
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie®

Diemershaldenstr. 7-11

70184 Stuttgart

Tel.: 0711/237 41 811

akademie@hospiz-stuttgart.de

Wir schicken Ihnen auch gerne unser aktuelles Bildungsprogramm 2018 als Printexemplar zu.

Bayern

München

Scham – ein Gefühl zwischen Blockade und Schutzraum

Anrechnung auf Mildred-Scheel-Diplom möglich

Dr. med. Susanne Hirschmüller, Dipl.-Psych. Margit Schröder

12.-13.04.2018

Behandlung im Voraus planen (BVP)

§ 132g SGB V Ausbildung zum Gesprächsbegleiter -

Behandlung im Voraus planen und beizeiten begleiten®

3 Module, Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen und Kollegen

Beginn: 02.05.2018

Moderatorenschulung nach dem Curriculum Palliative Praxis

(40 UE) Anne Gruber, Hermann Reigber

14.-18.05.2018

Palliative Care Modul 1 – multiprofessionell (40 UE)

Anne Gruber, Barbara Hartmann

25.-29.06.2018

Update Symptomkontrolle: Fatigue – der „Schatten der Krankheit“

Anrechnung auf Mildred-Scheel-Diplom möglich

Dr. med. Pia Heußner

12.-13.07.2018

Nürnberg

Qualifizierung zum Gesprächsbegleiter

Behandlung im Voraus planen (BVP)

Kursleitung:

Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen

Dr. Sabine Petri

20.-22.02.2018

13.-15.03.2018

24.-25.04.2018

Wickel, Auflagen und Einreibungen –

Eine duftende Pflege in der Begleitung

Referentin: Julia Lehmann

20.03.-21.03.2018

Nahrung und Verpflegung

Eine Fürsorge am Lebensende

Referentin: Gerlinde Heckel

07.06.2018



Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Christophorus Akademie für Palliativmedizin
Palliativpflege und Hospizarbeit

Marchioninistr. 15

81377 München

Tel. 089/4400 77930, Fax: 089/4400 77939

christophorus-akademie@med.uni-muenchen.de

www.christophorus-akademie.de



Akademie
für Hospizarbeit
und Palliativmedizin
Nürnberg

Deutschherrnstr. 15-19

90429 Nürnberg

Tel.: 0911/89120530

Fax: 0911/89120538

info@hospizakademie-nuernberg.de

www.hospizakademie-nuernberg.de

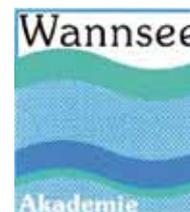
Berlin

Berlin

Begleitung von Menschen mit Demenz Praxisworkshop		15.02.2018 09:00 Uhr– 17:00 Uhr
Basiskurs Palliative Care (40 h)		02./16.03.2018 13./27.04.2018 25.05.2018 08./22.06.2018 06.07.2018 17./24.08.2018 Jeweils 13:30–17:30 Uhr
Über das Lebensende sprechen Praxisworkshop		05.03.2018 9:00–17:00 Uhr
BeraterInnenschulung Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§132g Abs. 3, SGB V) Patientenverfügungsberatung	Jeweils 9:00–17:00 Uhr	09.–13.04.2018 und 04.05.2018 09.–12.04.2018
Mit Empathie für sich und andere sorgen (160/120 h I DGP)		29.06.2018 9:00–17:00 Uhr
BeraterInnenschulung Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§132g Abs. 3, SGB V) Patientenverfügungsberatung	Jeweils 9:00–17:00 Uhr	15.–19.10.2018 und 02.11.2018 15.–18.10.2018
Zusatzqualifikation Palliative Care (160/120 h I DGP)		03.09.–07.09.2018 22.10.–26.10.2018 18.02.–22.02.2018 13.05.–17.05.2019
13. Fachtagung Palliative Geriatrie Tagungsleitung Dirk Müller		12.10.2018 9:00–18:00 Uhr
Basiskurs Palliativmedizin (40 h)	Fr. 15:00–20:00 Uhr Sa. 9:00–17:00 Uhr So. 9:00–16:00 Uhr	16.11.–18.11.2018 30.11.–02.12.2018
Curriculum Palliative Praxis		Termine n. Vereinbarung
Beschäftigungsideen im Alltag		09.04.2018 9.00–16.00 Uhr
Methodentraining „Selbst erleben – weitergeben“ Denken – Spielen – Bewegen – Erinnern		11.04.2018 9.00–16.00 Uhr
Musik in Pflege und Betreuung Grundlagen musikalischer Interaktion mit pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Menschen		13.04.2018 9.00–16.00 Uhr
Gerontopsychiatrische Erkrankungen		13.04.2018 9.00–16.00 Uhr
Aromapflege – Einführung		03./04.05.2018 9.00–16.00 Uhr
Herausforderndes Verhalten bei Demenz Erkennen, Verstehen, Mindern		19.06.2018 9.00–16.00 Uhr
Biografie – der Schlüssel zur Beschäftigung		20.06.2018 9.00–16.00 Uhr
Was am Lebensende zählt Palliative Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen		24.05.2018 9.00–16.00 Uhr
Erste Hilfe in Notfällen bei Menschen mit Demenz		02.07.2018 9.00–16.00 Uhr



KPG Bildung
Richard-Sorge-Straße 21 A
10249 Berlin
Tel.: 030/42265838
Fax: 030/42265835
bildung@palliative-geriatrie.de
www.palliative-geriatrie.de/bildung



Wannsee – Akademie Berlin
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030/80686020
Fax: 030/80686404
wannseeakademie@wannseeschule.de
www.wannseeschule.de

Brandenburg

Potsdam

Palliative Care Basiskurs für Pflegendе 12.03.–16.03.2018
160 Std. in 4 Blockwochen (Mo – Fr) nach dem Curriculum 04.06.–08.06.2018
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 27.08.–31.08.2018
Fachliche Kursleitung: Brigitte Prieske 12.11.–16.11.2018
zertifiziert gemäß § 39a SGB V
Potsdam - Berlin - Kloster Lehnin

Natur Seminar für Gesundheitsberufe 14.+15.04.2018
Besonders geeignet für alle, die Palliativpatienten betreuen
Fachliche Kursleitung: Dr. Nanett Baehring
Veranstaltungsort: Potsdam

Algesiologische Fachassistenz Basiskurs: Teil 1
Pain-Nurse m. S. Tumorschmerz/Palliative Care 18.+19.04.2018
Kursleitung: Dr. Nanett Baehring Aufbaukurѕ: Teil 2
Veranstaltungsort: Potsdam 26.+27.06.2018

XXI. Onkologische Fachtagung 16.05.–18.05.2018
Onkologie im Alltag curativ & palliativ, unterstützt durch DBfK,
KOK, LAGO/Bildungsveranstaltung gemäß § 11 BiUfG, Berlin

Palliative Care Basiskurs für Pflegendе 10.09.–14.09.2018
160 Std. in 4 Blockwochen (Mo – Fr) nach dem Curriculum der 26.11.–30.11.2018
Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 28.01.–01.02.2019
Fachliche Kursleitung: Brigitte Prieske 25.03.–29.03.2019
zertifiziert gemäß § 39a SGB V
Potsdam - Berlin - Kloster

Palliative Care Plus (3 Tage) für Absolventen des Basiskurses 21.–23.09.2018
Veranstaltungsort: Kloster Lehnin

„Der schwierige Angehörige...“ 28.–30.09.2018
für Gesundheitsberufe, die Schwerstkranke und sterbende
Menschen pflegen/begleiten
Dr. Nanett Baehring & Jessica Dietrich
Veranstaltungsort: Kloster Lehnin



König und May GbR
Jägerallee 28
14469 Potsdam
Tel.: 0331/20056520
Fax: 0331/20056522
info@km-potsdam.de
www.km-potsdam.de

Weitere Informationen:
www.km-potsdam.de

Ja, ich möchte Mitglied in der neuen Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie werden.

- Mitglied in der Fachgesellschaft € 75/CHF 100
- Ermäßigtes Mitglied (Studenten) € 20/CHF 30
- Jur. Personen, Einrichtungen € 150/CHF 200
- Fördermitgliedschaft € 200/CHF 250

In der Mitgliedschaft ist das Abonnement der Fachzeitschrift für **Palliative Geriatrie** enthalten.

Ja, ich möchte die Fachzeitschrift für **Palliative Geriatrie** im Abonnement erhalten. Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Regulärer Abonnementpreis € 55/CHF 75
Mehrfach-Abonnements auf Anfrage.

Versandkosten für ein Abonnement innerhalb Deutschlands: Jährlich 7,50 Euro. Bei Lieferung ins europäische Ausland betragen die Versandkosten 16,00 Euro.

Treten Sie noch heute unserer
FACHGESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVE GERIATRIE
bei. Sie können sich auch online unter
www.fggg.eu anmelden.

Adresse

Name, Vorname

Straße

Land, PLZ, Ort

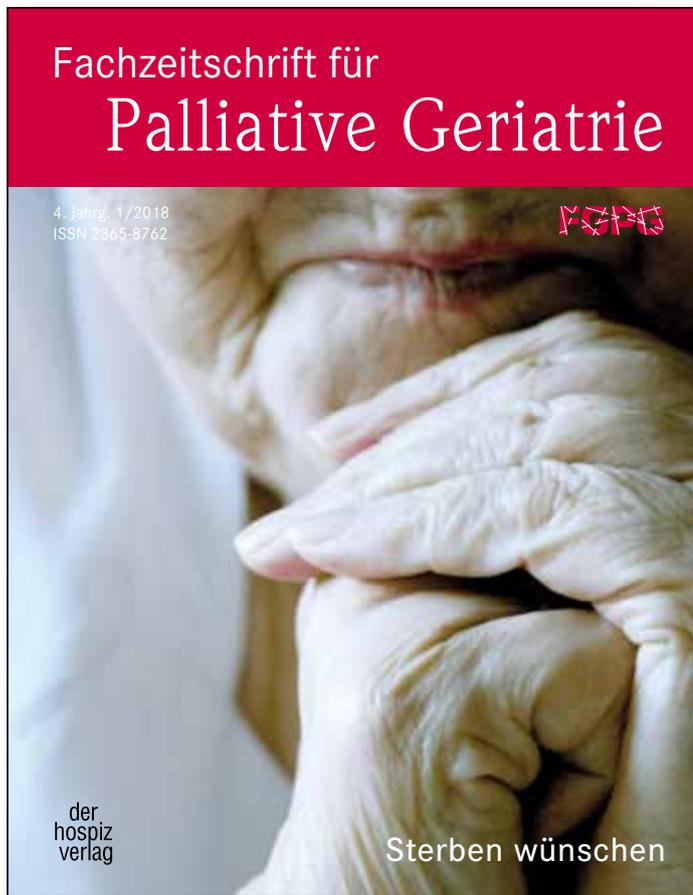
E-Mail-Adresse

Datum / Unterschrift

bitte
freimachen

**Fachgesellschaft für
Palliative Geriatrie e. V.**
Geschäftsstelle
Kimmichsweilerweg 56

73730 Esslingen



Themen 2018

- 1/2018 Sterben wünschen
- 2/2018 Sinnvolle Beschäftigung
- 3/2018 Haut
- 4/2018 Visionen

Fachzeitschrift für **Palliative Geriatrie**

Einzelabonnement:

4 Ausgaben p. a. € 55,00
zzgl. Versand € 7,50 (D)/€ 16,00 (international)

Einzelausgaben: € 15,00

zzgl. Versand € 1,90 (D)/€ 4,00 (international)

Bestellungen unter: www.hospiz-verlag.de

Treten Sie noch heute unserer

FACHGESELLSCHAFT
PALLIATIVE GERIATRIE bei.

FGPG

www.fgpg.eu

