

Ansprechstelle im
Land NRW zur
Pflege Sterbender,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



Hospiz-Dialog NRW



Juli 2002 / 12



Im Auftrag vom
Ministerium für **Frauen,**
Jugend, Familie und
Gesundheit
des Landes
Nordrhein-Westfalen

NRW.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Die anstehenden Veränderungen der Rahmenbedingungen der ambulanten Hospizarbeit sind mancherorts spürbar. Es gibt viele Erwartungen, Mutmaßungen, Fragen. Die Rahmenvereinbarungen zu §39a werden im Augenblick noch verhandelt. Im Herbst ist mit Entscheidungen zu rechnen. Bis dahin ist der Austausch von Sachinformationen, Meinungen und Haltungen wichtig. In der heutigen Ausgabe ist dies unter anderem ein Thema. Es kommen die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die Wohlfahrtsverbände sowie der Arbeitskreis der sozialpädagogischen Fachkräfte in NRW zu Wort, und verdeutlichen ihre Standpunkte.

Daneben beschäftigen wir uns in dieser Ausgabe im Schwerpunktthema mit der Pflege im Kontext mit Sterben und Tod. Sie finden Beiträge von Pflegekräften aus dem Fort- und Ausbildungskontext sowie der Palliativ- und Hospizarbeit, die sich aus ihren verschiedenen Blickwinkeln mit dem Thema auseinandersetzen.

Wir hoffen, dass Sie mit den Beiträgen dieser Ausgabe Anregungen und Ideen für die Weiterentwicklung Ihrer Arbeit aber auch einige Anhaltspunkte für das aktuelle politische Geschehen finden.

Gerlinde Dingerkus

g. Dingerkus



INFORMATION

| | |
|--|----|
| Wenn jemand spricht, wird es hell - oder? Dr. Svenja Sachweh | 4 |
| Bestattungskultur ist Trauerkultur Bernd Egtved | 7 |
| Qualitätssicherung im stationären Hospiz am Beispiel eines Dokumentationssystems Lisa Beermann | 9 |
| Projekt zur Qualität der ehrenamtlichen Arbeit Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz | 10 |
| Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit | 10 |
| Positionspapier der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zum § 39a, Abs. 2 | 11 |

| | |
|--|----|
| Stellungnahme des Arbeitskreises sozialpädagogischer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NW zum § 39a SGB V | 13 |
|--|----|

IMPRESSIONUM

Herausgeber:

ALPHA - Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion: ALPHA-Westfalen
Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe
Salzburgweg 1, 48145 Münster
Tel.: 0251-230848
Fax: 0251-236576
e-mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de

Druckerei:

Druckwerkstatt Hafen GmbH
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage:

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen.

SCHWERPUNKT

ALten- UND KRANKENPFLEGE IN DER STERBEbegleitung

| | |
|---|----|
| Zum Umgang mit dem Thema „Sterben und Tod“ in der Altenpflegeausbildung Thomas Wiglinghof | 14 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Die Rolle der Pflegenden in der Palliativmedizin Astrid Conrad | 16 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Von der Pflege im Krankenhaus zur Leitung eines Hospizdienstes Silke Kirchmann-Paas | 18 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Pflege in der Onkologie Interview mit Esad Hamsa und Gerd Schwane | 19 |
|---|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Aktuelle Literatur | 22 |
| Veranstaltungen | 23 |

Wenn jemand spricht, wird es hell - oder?

Dr. Svenja Sachweh

Es ist sicher eine der schwierigsten Aufgaben, Menschen zu pflegen, die bald sterben werden. Das gilt vor allem für die psychische Seite der Sterbebegleitung und für die Kommunikation mit den Betroffenen. Pflegekräfte in Hospizeinrichtungen mögen darauf gut vorbereitet sein - manche MitarbeiterInnen in der Altenpflege sind es ganz sicher nicht, wie ich in meiner sprachwissenschaftlichen Doktorarbeit über die Kommunikation in der Altenpflege herausgefunden habe. Und das, obwohl der Tod Teil ihres täglichen Geschäfts ist: Am Ende ihrer Bemühungen steht in der Regel immer der verstorbene, nicht der wieder gesunde alte Mensch.

Dem Sterben zusehen zu müssen, stumpft manche Pflegende ab. In kommunikativer Hinsicht macht sich das durch gefühllose Ausdrucksweisen bemerkbar. Wehr- und sprachlose Menschen bekommen zuweilen unhöfliche Kommentare in Bezug auf ihre Kleidung (*Nehmen wir dieses schlichte karrierte schnöde richtige Spießerhemd im Holzfällerdesign.*) oder ihren Körper zu hören. Typisch sind beispielweise abfällige Äußerungen über Körbergewicht (*So dick warn Sie ma?* oder *Boah da muss ich ja en Kran holen!*) oder Körpergerüche von Pflegebedürftigen (*Oh Lieschen das riecht vielleicht.* oder *Nein. Das stinkt schon wieder!*). Pflegende, die so sprechen, gehen offenbar von der nicht nur äußerst fragwürdigen, sondern auch inakzeptablen Annahme aus, dass die Betroffenen ohnehin nichts mehr mitbekommen. Unverschämt wird aber nicht nur mit, sondern auch über Sterbende gesprochen - und das oftmals über deren Kopf hinweg. Im folgenden Gespräch reden zwei Pflegende über das Essverhalten einer verstummtten Alzheimer-Patientin.

Beispiel 1

- P1: Du man merkt ihr schon an ob se Schmerzen hat.
P2: Ja. Aber die isst ja zur Zeit/ Des is ja schlimm.
Also ne Kuh isst nich schlimmer. *

- P1: Ja?
P2: Sie hat ja den Mund dann immer/ Weißt nich mehr so.
Sie hat ja eintlich immer schon schön gegessen un so.
P1: Nich? Jaa?
P2: Un anständig.
P1: Macht se nich mehr.
P2: Neiii. Schmeißt's auch im Mund hin und her
un die Hälfte spuckt se raus un so.
P1: #So macht se.# UNGLÄUBIG
P2: Un des liegt an den Zähnen. Bestimmt.

Offensichtlich weiß Pflegerin 2 nicht, dass die Schluckbeschwerden krankheitstypisch und keineswegs Ausdruck kindlicher «Unanständigkeit» sind. Das macht nachdenklich. Schlimmer aber ist, dass die alte Frau gleichzeitig ignoriert und beleidigt wird. Wie mag sie sich fühlen...? Sicher sind solche Gespräche eher traurige Ausnahmen. Aber sie spiegeln doch wider, wie wenig Wert bei der Ausbildung auf menschenwürdiges Kommunikationsverhalten, etwa im Vergleich zu einem fachgerechten Verbandswechsel, gelegt wird.

Eine unzureichende Ausbildung wird oftmals auch dann sichtbar, wenn Sterbende von sich aus über den Tod reden wollen. Vor allem (aber nicht nur) junge Zivildienstleistende und SchülerInnen reagieren ausweichend und hilflos auf dieses Thema. Im folgenden Beispielausschnitt leugnet ein Zivi die Wahrscheinlichkeit, dass seine 95-jährige, demente und gehbehinderte Gesprächspartnerin vielleicht nicht mehr lange zu leben haben könnte. Angeregt von dem biblischen Zitat *Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach*, hatte die alte Dame zuvor über das bevorstehende Ableben ihrer Cousine philosophiert:

Beispiel 2

- B: Aber trotzdem. * #Einmal is Schluss.# MIT NACHDRUCK *
Und das wissen wer ja alle.
...
#Ich schieb doch au bald ab.# LACHEND
P: Das kann aber noch einige Jahre dauern.

- B: Bei mir nich mehr.
 P: Doch. Ihnen geht's doch noch so gut.
 B: He?
 P: Sie können ja noch laufen. *
 Ihnen geht's doch so gut.
 B: Wissen Se/
 P: Und Sie sind fröhlich. *
 B: Das/ das äh/
 P: Sie sin noch so fröhlich.
 B: Äh ja.
 P: Wieso wolln Sie da gehn.
 B: LACHT Ja aber * Ich kann doch no
 nich mehr ähm laufen lang.
 #Die Beine# MIT NACHDRUCK
 fangen an weh zu tun.

Obwohl die Bewohnerin weder ängstlich noch traurig, sondern heiter und gelassen auf ihren eigenen Tod anspielt, saugt sich der junge Mann eine Reihe von Argumenten aus den Fingern, mit denen er ihre Ahnung als unwahrscheinlich und unangemessen darstellt. Anstatt so zu tun, als wisse er besser über ihre Befindlichkeit Bescheid als sie selbst, hätte er sie nach ihren diesbezüglichen Gefühlen und Gedanken befragen können.

In Beispiel 3 korrigiert eine Pflegende eine Bewohnerin in Bezug auf ein Detail eines kirchlichen Rituals, statt auf ihre Gefühle einzugehen; sie lenkt also ab:

- Beispiel 3
- B: Ich (bin dran) zum sterben. *
 Zündet die Kerzen an.
 P: Hm?
 B: Zündet die Kerzen an.
 P: Solln wer die Kerzen anzünden.
 B: Für eine Sterbende.
 P: Für die Gestorbenen, gell? Da zün-
 den wer Kerzen an. Ja.

Vielleicht wäre es besser gewesen, wenn sie gefragt hätte, ob die alte Dame sich fürchtet oder ob Kerzenschein oder ein Gebet sie trösten würden. Angemessener reagiert sie an späterer Stelle. Die Äußerung *Frau K. Sie kommen bestimmt in den Himmel. So ne liebe Frau wie Sie sind* tröstet die sehr fromme Bewohnerin ganz offensichtlich, sie entspannt sich und wird sehr viel ruhiger. Gleichermaßen fragwürdig ist, wenn Pflegende beim Thema Tod in die verkindli-

chende Babysprache verfallen (z.B. *Ich glaub nich dass Sie sterben müssen. Sie ham sooo fein gegessen und getrunken.*). Das mag durchaus liebevoll und gut gemeint sein. Es drückt aber letztlich aus, dass sie die Betroffenen mit ihren Gedanken und Gefühlen nicht ernst nehmen, und dass ihnen das Thema unangenehm ist.

Der im Titel meines Beitrags zitierte Sigmund Freud hat einmal gesagt: Wenn jemand spricht, wird es hell. Das gilt vielleicht nicht für die vorangegangenen Beispiele, sicher aber für die folgenden. Manche Pflegekräfte schaffen es nämlich, selbst mit Sprachlosen so etwas wie einen Dialog zu führen - indem sie nicht nur für sich, sondern auch für den anderen sprechen (z.B. *Sind Se nich für Blödsinn aufgelegt heut. * Nein? Gaaar nich. oder Frau L. jetz ham Se die Nase voll. Ge?*). So interpretiert ein Pfleger in Beispiel 4 die nonverbalen Signale der alten Dame, der er das Frühstück reicht:

Beispiel 4

- P: So Frau L. Jetz setz ich Sie hoch?

 Un dann gibt's Frühstück. * Hm?
 Was halten Se davon. ***
 Na so wie Se den Mund verziehn
 nicht viel.
 Na das werden wer sehn. * Gell?
 ZERDRÜCKT EINGEBROCKTES
 So Frau L.
 Eingebrocktes Weckle. Mit Quitten-
 gelee. *
 Is das was? * Probiern Se's mal. **
 Jawoll.
 GIBT IHR 38 SEK ESSEN Noch'n
 Löffel? *
 Na anscheinend ham Sie Hunger.

Lobenswert ist dabei vor allem, wenn man die Pflegebedürftigen und Sterbenden nicht nur als ein zu pflegendes Objekt, sondern als denkende und fühlende Individuen mit einer persönlichen Geschichte behandelt - beispielsweise, indem man ihnen von einer Begegnung mit ihren Familienmitgliedern erzählt (*Frau M.? Ich hab neulich Ihr Urenkelkind gesehn.*), oder indem man ihre Vorlieben thematisiert. So spricht die Schwester in Beispiel 5 in der nach einem Schlag-

anfall sprachlosen Gepflegten (wenn auch auf etwas babyhafte Art und Weise) nicht die Kranke, sondern die Frau an, die Freude an hübscher Kleidung und harmonischen Farbkombinationen hat.

Beispiel 5

- P: Dein Nachthemd. Ein besonders schönes?
- B: LACHT? *
- P: Magst du das Nachthemd leiden?
3
Ich denk. Is schön, ne?
Schön lang? ** Hat auch Ärmelchen? **
Knöpfe? * hat's auch?
- B: LACHT TONLOS? *2* STÖHNT?
- P: Und es passt sogar bisschen zu deiner Wäsche hier.
Ooooh schön. LACHT
- B: GLUCKST; LACHT



Dr. Svenja Sachweh

Am Gutleuthofhang 23
69118 Heidelberg
Tel./Fax: 06221-889725
svenja.sachweh@gmx.de
www.talkcare.de

Um alten und sterbenskranken Menschen qualitativ hochwertige Pflege anbieten zu können, müssten Pflegende unbedingt auch kommunikativ geschult werden... damit es wirklich hell wird, wenn sie den Mund aufmachen.

Erläuterung zur Verschriftlichung

Die Schreibweise orientiert sich an der Orthographie, verdeutlicht aber umgangssprachliche Abweichungen.

| | |
|--------------|---|
| B | BewohnerIn |
| P | Pflegekraft |
| ? | fragende Stimme |
| * , ** , *** | kurze, mittlere, längere Pausen |
| ... | Auslassung |
| / | Äußerungsabbruch |
| _____ | Unterstrichenes und übereinander Gesetztes wird gleichzeitig gesprochen |
| LACHEND | Kommentar zur Sprechweise |
| # # | Erstreckung des Kommentars |

Wer an dem Thema Kommunikation in der Altenpflege interessiert ist, sei an dieser Stelle hingewiesen auf das mit dem Oskar-Kuhn-Preis (Bereich Gesundheitskommunikation) ausgezeichnete Praxis-Lehrbuch von Frau Sachweh „Noch ein Löffelchen? Effektive Kommunikation in der Altenpflege“.

Dr moderne Mensch verdrängt gerne den Tod. Er folgt lieber dem Wort von Kant: Habe Mut, dich deines Verstandes zu bedienen ohne Leitung eines anderen. So kam es, dass man alles daran setzte, das irdische Leben zu verlängern. Die medizinischen Erfolge waren atemberaubend. In den letzten 100 Jahren hat sich die Lebenserwartung verdoppelt. Frauen werden heute nicht mehr 40, sondern durchschnittlich 78 Jahre alt, Männer werden 71, statt wie früher nur 37 Jahre alt. Arbeit, Karriere, Geldverdienen wurden zum persönlichen Gesetz. Produzieren, expandieren, konsumieren wurden zum öffentlichen Credo. Wer etwas leistet, ist etwas. Wer nichts leistet, ist nichts.

Veränderung der Trauerkultur

Bis in die fünfziger Jahre hinein war es anders. In den größeren Familien kam der Tod öfter vor. Schon die Kinder erlebten den Tod des Urgroßvaters, der Urgroßmutter noch zu Hause. Es gab eine Hausaufbahrung (Platz war vorhanden) und es gab eine Aussegnungsfeier. Ganze Dorfgemeinschaften versammelten sich am Sterbebett. Der Leichnam gehörte zum Leben. Man nahm Abschied, erwies dem Toten die letzte Ehre. Der Tod gehörte zum Leben.

In den heutigen Kleinfamilien oder Singlehaushalten erlebt man den Tod der Angehörigen nicht mehr. Der Tod vollzieht sich hinter verschlossenen Türen in Krankenhäusern und Altenheimen, wo 80 % der Menschen sterben. Der private Tod wird ausgegrenzt - er wird negiert, zumindest der normale, natürliche, einzelne Tod.

Dem steht der spektakuläre Tod gegenüber, an dem uns die Medien teilhaben lassen, der Tod durch Unfall und Verbrechen, der die Sensationslust der Menschen anspricht und deshalb ein beliebtes Mittel der Medien ist, um den Zuschauer und Zuhörer anzulocken und in den Bann zu ziehen.

Neue Aufgaben des Bestatters

Wir Bestatter sehen unsere Aufgabe darin, den trauernden Menschen zu helfen. Wir tragen dabei eine große Verantwortung. Wir sehen uns als Sachwalter einer Bestattungs- und Trauerkultur. Der Bestatter ist in der Regel heute bei einem Sterbefall der erste Ansprechpartner. Er ist rund um die Uhr

Bestattungskultur ist Trauerkultur

Bernd Egtved

ansprechbar, an Sonn- und Feiertagen, im Urlaub, zu Festtagen - 365 Tage im Jahr. Es ist nicht mehr - wie in früheren Zeiten, der Geistliche, der gerufen wird. Der Bestatter hat damit auch seelsorgerische Aufgaben bei der Vorbereitung und Durchführung einer Bestattung zu übernehmen. Er begleitet die Hinterbliebenen mit der gebotenen Sensibilität bis zur Bestattung und darüber hinaus. Er bespricht mit den Leidtragenden, wie und wann nochmals Abschied genommen werden kann.

Die Möglichkeit zur Aufbahrung auf den Friedhöfen ist zeitlich begrenzt, die Räume (Zellen) sind oft in keinem guten Zustand. Seit 1980 - mit Änderung der Ordnungsbehördlichen Verordnung über das Leichenwesen - können auch die Bestatter Abschiedsräume einrichten. Es ist für die abschiednehmenden Hinterbliebenen wichtig, diesen Räumen einen etwas persönlichen und wohnlichen Charakter zu geben. Wir als Bestatter können immer wieder feststellen, wie wichtig es für die Hinterbliebenen ist, in Ruhe und Würde von dem Toten Abschied nehmen zu können.

Den Tod begreifbar machen

Der Vergangenheit sollte angehören, dass der Bestatter den Angehörigen empfiehlt, „behalten Sie Ihren geliebten Verstorbenen so in Erinnerung, wie Sie ihn gekannt haben“. Durch eine offene Aufbahrung wird der Tod im wahrsten Sinne des Ortes „begreifbar“ gemacht. Die Angehörigen erkennen die Endgültigkeit des Verlustes, wenn sie ihren Toten noch einmal in den Arm nehmen können. Auch ein Kind nimmt keinen psychischen Schaden, sondern begreift den Tod instinkтив, wenn es zum Abschied noch einmal die kalte, leblose Hand drückt. Dem Kind diese persönliche Erfahrung vorzuhalten und vermeintlich auf schonende Weise zu sagen, der Tote ist „von uns gegangen“ oder „wir haben ihn verloren“ würde sogar die fatale Erwartung auslösen, der Verstorbene würde wieder zu uns „zurückkehren“ oder „wiedergefunden“ werden.

Auch ungewöhnliche Hilfe zur Trauerbewältigung

Die leidtragenden Angehörigen sollten Mut haben, mit dem Bestatter auch über weitere - vielleicht ungewöhnliche - Möglichkeiten der Trauerbewältigung zu sprechen. Der Bestatter wird dem Wunsch der Hinterbliebenen möglichst weit entgegenkommen. Dazu kann z.B. gehören, dass der Verstorbene zu Hause aufgebahrt wird. Dazu kann aber auch gehören, dass engste Angehörige vor der Einsargung am Waschen und Ankleiden des Verstorbenen beteiligt werden. Der Bestatter wird auf Wunsch auch die Möglichkeit geben, den Sarg individuell zu bemalen und zu schmücken.

Die Kleidung des Verstorbenen mag ein weiteres Trauerelement sein: Vielleicht hilft es den Angehörigen, wenn sie sich von dem Toten so verabschieden können, wie sie ihn in seiner Tageskleidung, mit Flanellhose und Lederjacke, gekannt haben. Vielleicht entscheiden sie sich aber auch für ein Totenkleid, das eigens dafür bestimmt ist.

Anteilnahme der Trauergemeinde

Mit der Aufbahrung beginnt der öffentliche Teil der Trauerarbeit. Neben Angehörigen und Freunden bietet sie auch Nachbarn, Geschäftsfreunden und Arbeitskollegen die Möglichkeit, vom Toten Abschied zu nehmen. In der Gemeinschaft der Trauernden wird der Angehörige in seiner Trauer aufgefangen. Auch andere tragen mit an seinem Leid. Als tröstend wird es empfunden, wenn jemand die Hand reicht und sagt „Mein Beileid“ oder „Es tut mir leid“. Ja, selbst das übliche Kaffeetrinken oder der sog. Trauerschmaus nach der Trauerfeier schaffen ein Gefühl der Solidarität mit den Angehörigen und eröffnen den Weg zum Weiterleben.

Eine Beisetzung „in aller Stille“ erfüllt diese Aufgabe nicht. Mag auch der Verstorbene zu Lebzeiten einsam gelebt haben, es sind immer die Lebenden, die der Tote zurücklässt. Diese haben das Recht auf Unterstützung von anderen Menschen bei der Überwindung der Trauer.

Auch heute wird eine religiös bestimmte Trauerfeier vielen Menschen helfen. Selbst Menschen, die sich nicht mehr mit der Kirche verbunden fühlen, können darin Trost finden. Vielleicht ist es ja auch eine Chance

für die Kirche, die Herzen von kirchenfremden Menschen wieder zu gewinnen. Der Bestatter wird auf Wunsch den Kontakt zum Pfarrer vermitteln.

Oder es kann auch ein freier Redner beauftragt werden. Die Trauerrede sollte so formuliert sein (eine vorherige Absprache ist immer ratsam), dass der Trauernde selbst Bilanz ziehen kann und so zu einer wirklichkeitsnahen Einschätzung des Verlustes gelangt. Es darf nicht sein, dass der Verstorbene für „unersetztlich“ erklärt wird und die Trauer um ihn damit „endlos“ dauert. Hier kann und muss der Nachruf gegenhalten und so dem Trauernden Wege weisen für ein selbstbestimmtes „Leben danach“.

Trost durch Trauermusik

Viel Trost können die Hinterbliebenen auch durch die Trauermusik erfahren. Der Bestatter verfügt über eine lange Liste von einschlägiger kirchlicher und klassischer Musik bis hin zu individuellen Stücken aus der Popmusik. Anstelle der bekannten Trauermusik von Albioni bis Vivaldi oder uralter Choräle werden immer häufiger Titel gespielt wie „Gute Nacht Mutter“, „La Paloma“, „Yesterday“ oder „Junge, komm bald wieder“. Diese Lieder repräsentieren möglicherweise das musikalische Gefühl der trauernden Zeitgenossen besser als die altbekannte Musik. Worauf es ankommt, ist die Beteiligung, die Teilnahme, die Anteilnahme der anderen.

Bestattungskultur offenbart sich in der Behandlung eines Verstorbenen und vor allem seiner Angehörigen. Wie geht der Bestatter mit dem Toten um im Bereich von Versorgung und Einsargung und wie halte ich es mit der Beratung und Begleitung von Leidtragenden? Diese gesamte Dienstleistung muss, zugeschnitten auf den jeweiligen Sterbefall, für die Familie ein Stück Trauerbewältigung sein. Dann werden die Hinterbliebenen von einem gelungenen Abschied sprechen.

Bernd Egtved

Landesfachverband Bestattungsgewerbe NRW e.V.
Graf-Recke-Str. 71, 40239 Düsseldorf

Tel.: 0211-69064-0

Fax: 0211-69064-20

e-mail: LV-Bestatter@t-online.de

Sein dem 01.01.2002 fallen stationäre Hospize unter das Pflegequalitätssicherungsgesetz und das neue Heimgesetz. Beide Gesetze haben zum Teil einschneidende Auswirkungen auf die stationären Einrichtungen. Eine sachgerechte Pflegeplanung ist nicht nur vorgeschrieben, sie dient auch der Qualitätssteigerung und -sicherung. Durch richtige Planung wird Pflege verantwortungsvoller und effektiver. Der für die Planung aufzuwendende Zeitaufwand muss jedoch realistisch bleiben, da andere Aufgaben ebenfalls nicht vernachlässigt werden dürfen.

Ein erster Schritt zur internen Qualitätssicherung ist im Hospiz lebensHAUS in Münster-Handorf durch die Einführung eines neuen Dokumentationssystems gelungen. Im Rahmen meiner Fachweiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft habe ich mich mit der Entwicklung eines geeigneten Dokumentationssystems für stationäre Hospize auseinandergesetzt. Das zentrale Anliegen dabei war, den gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf die Darstellung des Pflegeprozesses zu genügen und gleichzeitig die besondere Lebenssituation von Hospizgästen aufzuzeigen?

Das vom münsterschen Pädea-Institut entwickelte Dokumentationssystem für ambulante und stationäre Einrichtungen ermöglicht ein professionelles, strukturiertes Vorgehen bei der Erhebung der Pflegesituation, Planung, Durchführung und Auswertung der notwendigen Maßnahmen. Dieses bestehende Dokumentationssystem habe ich modifiziert und weiterentwickelt durch Formblätter, die den hohen palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Anteil der Versorgung dokumentieren. Hinzu kommen Formblätter, die die Angehörigenbegleitung, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.) und die Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aufzeigen. Die spezifischen Anteile der Arbeit im stationären Hospiz werden dadurch deutlich markiert.

Um eine gute Einarbeitung in das neue System zu ermöglichen, wurden alle Mitarbeiter/innen im Hospiz lebensHAUS in insge-

Qualitätssicherung im stationären Hospiz am Beispiel eines Dokumentationssystems

Lisa Beermann

samt 3 Fortbildungseinheiten durch K. Schönlau vom Pädea-Institut geschult und über 3 Monate begleitet.

Neben der theoretischen Einführung in Fragen des Pflegeprozesses wurden in der praktischen Erprobung des neuen Dokumentationssystems folgende Ergebnisse durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genannt:

1. Der Dialog zwischen Gästen/Angehörigen/Pflegefachkräften in Bezug auf die Bedürfnisse, Wünsche, Ängste wurde intensiviert, professionalisiert und verschriftet.
2. Bei den täglichen Übergaben entstand für alle Pflegefachkräfte ein aussagekräftiges Bild in Bezug auf den Pflegebedarf jedes einzelnen Gastes.
3. Die Dokumentation wurde Teil der Pflege, d.h. dass jeder Mitarbeiter den aktuellen Pflegebedarf jederzeit abrufen und danach handeln konnte.
4. Der Zeitaufwand war im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem gleichbleibend groß.

Die Gäste äußerten während der Erprobungsphase eine deutliche Verbesserung der Pflege dahingehend, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche noch stärker berücksichtigt wurden.

So kann es gelingen, der Hospizphilosophie folgend den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit bis zum Tod zu begleiten und die Vielfältigkeit unserer individuellen und phantasievollen Arbeit schriftlich festzuhalten. Qualitätssicherung und -steigerung sind möglich, ein erster Schritt in die richtige Richtung ist getan.

Lisa Beermann

Pflegedienstleitung im Hospiz
Lebenshaus Münster gGmbH
Dorbaumstraße 215
48157 Münster
Tel.: 0251-8 99 35 -0



Projekt zur Qualität der ehrenamtlichen Arbeit

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

Mit der Frage der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung bei der psychosozialen Begleitung Sterbender durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der ambulanten Hospizarbeit befasst sich die BAG Hospiz schon seit geraumer Zeit. Am 15. März 2002 wurde das Institut für angewandte Forschung (IAF) in Weingarten von der BAG Hospiz damit beauftragt, diesen Themenbereich eingehend zu untersuchen.

Das Projekt ist Bestandteil des Gesamtvorhabens der BAG Hospiz: „Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Hospizarbeit“. Dieses Thema hat auf Grund der neuen gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung der ambulanten Hospizarbeit große Bedeutung erlangt. Gerade über die besonderen Inhalte der ehrenamtlichen ambulanten Hospizarbeit ist bisher nur wenig bekannt, und die Frage der Qualitätssicherung dieser Arbeit rückt mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen für die BAG immer mehr in den Vordergrund.

In einem auf zunächst 15 Monate angelegten Projekt untersuchen Prof. Dr. Michael Wissert und die wissenschaftliche Mitarbeiterin, Daniela Popelka, vom IAF u.a., welche Bestimmungsmerkmale für Qualität in der ambulanten ehrenamtlichen Hospizarbeit generell definiert werden können und welche Qualitätsbereiche Ehrenamtliche und KoordinatorInnen in der psychosozialen Arbeit sehen und durch ihr praktisches Handeln abdecken. Ferner werden die ermittelten Bestimmungsmerkmale systematisiert.

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Untersuchung werden dann zunächst zur Entwicklung von sogenannten Qualitätsstandards genutzt werden. Darüber hinaus werden sie in die Entwicklung von curricularen Bausteinen für die Schulung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen einfließen.

Informationen zu dem Projekt:

BAG Hospiz
Am Weiherhof 23
52328 Niederzier
Tel.: 02428-802937
Fax: 02428-802892
e-mail: bag.hospiz@hospiz.net

Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit durch Länder und Kommunen im Zusammenhang mit der Einführung des § 39a Abs. 2 SGB V

Hartmut Uebach

Vielfältig und mit einem hohen Potential an Kreativität engagiert sich die Hospizbewegung seit Jahren für eine intensive Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Sowohl die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den Städten und Gemeinden als auch die geographischen Besonderheiten vor Ort verlangten von den Hospizinitiativen ein hohes Maß an Flexibilität und Sensibilität. Auf diese Art und Weise ist eine bunte Palette von Möglichkeiten der Hospizarbeit in unserem Lande

gewachsen. Dabei haben die Hospizinitiativen diverse Finanzierungsmöglichkeiten ihrer Arbeit entwickeln müssen. Spenden, Mitgliedsbeiträge und Fördermittel des Landes haben die Arbeit vor Ort getragen, wenn auch hier und da in jedem Jahr wieder neu die ängstliche Frage nach der weiteren Existenzmöglichkeit gestellt werden musste.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat unsere Arbeit bis heute in hohem Maße finanziell unterstützt und inhaltlich mitgetragen. Wir sind dankbar für die Förderung, die in diesem Umfang in anderen Bundesländern so nicht zu finden ist. Wir benötigen aber auch in Zukunft diese Unterstützung, damit die Hospizinitiativen, die z.T. seit 10 Jahren ihre Arbeit leisten und auch die, die neu hinzukommen, zum Wohle der schwerkranken und sterbenden Menschen weiterhin aktiv

sein können. Wir würden es sehr bedauern, wenn hier ein Rückzug in der nächsten Zeit sichtbar werden würde. In o.g. Zusammenhang haben wir das Ministerium bereits im Januar d.J. angeschrieben und um weitere Unterstützung der vielen ambulanten Hospizdienste gebeten.

Fragen nach der Qualität und den Standards der Hospizarbeit führen nun seit einigen Jahren doch mehr und mehr zu einer scheinbaren Vereinheitlichung und Strukturierung innerhalb der Hospizlandschaft. Führt dies auf der einen Seite sicherlich zu einem gewissen Verlust an „Individualität“ der Hospizdienste, so ergeben sich auf der anderen Seite in den Gesprächen mit den Kostenträgern unseres Versorgungssystems neue Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung. Es wird in der Öffentlichkeit nämlich schon deutlich, dass sich die Hospizarbeit in ihrer Vielfalt auf einem beachtlichen Niveau befindet. Sensibilität, Empathie und ein hohes Maß an Reflexion unserer Arbeit sind nur einige Standards der täglichen Sterbegleitung und Angehörigenarbeit.

In den Gesprächen mit den Kostenträgern wird es darauf ankommen, die Voraussetzungen für eine Förderung möglichst weit zu definieren. D.h. auch diejenigen Dienste, die nicht den von den Krankenkassen betonten hohen medizinisch-palliativen Stand haben, sollen gefördert werden. Die Hospizarbeit wendet sich dem Menschen in einem ganzheitlichen Ansatz zu, d.h. in der Praxis erscheint neben dem palliativ-pflegerischen Arbeitsfeld selbstverständlich

auch der umfangreiche psycho-soziale Bereich. Es entspräche in keiner Weise der Hospizidee, wenn sich unsere Tätigkeit nur noch auf die palliativ-pflegerische Arbeit beschränken würde, weil alle anderen Bereiche finanziell nicht abgesichert wären.

In den Gesprächen über die Rahmenbedingungen zur finanziellen Förderung nach § 39a Abs. 2 SGBV sollte unbedingt auf die Möglichkeiten der Kooperation zwischen den einzelnen Hospizdiensten hingewiesen werden. Da nicht alle Dienste den angeachten hohen personellen Ansprüchen entsprechen können, ist ihnen die Möglichkeit zur Kooperation mit Partnern, die solche Kriterien erfüllen, unbedingt einzuräumen. Die LAG Hospiz in NRW wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass nicht alle Individualität und Kreativität der Hospizbewegung auf dem „Finanzmarkt“ ausverkauft wird. Gleichwohl werden wir uns aber auch dafür einsetzen, dass die Sterbegleitung mit allen ihren Arbeitsfeldern die entsprechende Anerkennung und Finanzierung in unserem Gesundheitssystem findet.

Hartmut Uebach

LAG Hospiz NRW
Dipl.-Theol.,
Familientherapeut
Leiter Ev. Hospiz
Siegerland
am Ev. Jung-Stilling-
Krankenhaus
Wichernstr. 48
57069 Siegen
Tel.: 0271-3336670



Auf der Grundlage des Konsens der ambulanten Hospizdienste der diakonischen Fachtagung zum §39a (2) SGB V bat der Unterausschuss des Arbeitsausschusses Gesundheitswesen der LAG FW folgendes Positionspapier für die Verhandlungen der Rahmenvereinbarung erarbeitet:

1. Die freie Wohlfahrtspflege setzt sich dafür ein, eine Vielfalt von Hospizdiensten unterschiedlicher Form und Arbeits-

Positionspapier

**der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
zum Artikel 2 des Pflegeleistungergänzungsgesetzes§ 39a,
Abs. 2 Satz 6 SGB V ambulantes Hospizgesetz**

weise zu erhalten und ist dabei angewiesen auf vielfältige Förderungen, wie Krankenversicherung, Land, Kommune, Stiftungen/ Spenden.

2. Zur Sicherung des Anspruchs gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen auf Förderung nach §39a (2) im Jahre 2002 wird ein gemeinsames Antragsformular für Nordrhein-Westfalen entwickelt.
3. Im Interesse eines einheitlichen Zugangs zu den Mitteln der Krankenversicherungen ist es erforderlich, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen die im Gesetz vorgeschriebenen Fördersummen in einen sogenannten Pool einzahlen, aus dem die Hospizdienste die Mittel abrufen können, die ihnen dann nach den Vorschriften der Rahmenvereinbarung zustehen.
4. Das Gesetz sieht als ein Förderkriterium die Anzahl der Sterbebegleitungen vor. Dies setzt eine Dokumentation des Hospizdienstes voraus, die möglichst einfach zu handhaben ist. Das System der Dokumentation soll nicht Gegenstand der Vereinbarung sein.
5. Die Rahmenvereinbarung sollte bei der Zusammenarbeit von ambulanten Hospizen und palliativ-pflegerischen Diensten und Beratungen vorrangig die vorhandenen Trägerstrukturen stärken. Weitere Regelungen sind für ambulante Hospizdienste vorzusehen, die durch die Bildung von Kooperationen und Netzwerken Qualität sicherstellen.
6. Die Rahmenvereinbarung auf Bundesebene sollte möglichst breite und weite Auslegung des Gesetzes auf Landesebene ermöglichen.
7. Obwohl der Gesetzestext sowie seine Begründung an keiner Stelle von der psychosozialen Aufgabe und Kompetenz des Hospizdienstes redet, muss der Begriff der psychosozialen Leitungskompetenz in die bundesweite Rahmenvereinbarung.
8. Die Rahmenvereinbarung, auch auf Bundesebene, erfordert die Definition der „palliativpflegerischen Beratung“, „qualifizierten ehrenamtlichen Sterbegleitung“.
9. Klientel der Hospizdienste sind alle Schwerkranken und Sterbenden, aber im Hinblick auf die Zielgruppen des Gesetzes darf es keine Einschränkungen durch medizinische Diagnosen geben.
10. Für den ländlichen Bereich sind nach Möglichkeit besondere Regelungen vorzusehen.
11. Um die entsprechenden Qualifikationen zu erreichen, sind großzügige Übergangsfristen festzulegen. Es sollten einheitliche Leistungsqualifikationen in Inhalt und Umfang für die Koordinatoren vereinbart werden. Diese erfordern eine Abgrenzung zu den Qualifikationen auf der Grundlage des SGB XI, da sich die Leistungsanforderungen im Hinblick auf ehrenamtlich tätige Hospizgruppen deutlich unterscheiden.
12. Die zwischenzeitliche Verlegung eines Patienten in ein Krankenhaus oder sein Versterben dort darf sich nicht negativ auf die Berechnung der Anzahl der Begleitungen auswirken.
13. Neben der Anzahl der Sterbegleitungen sind weitere Kriterien aufzunehmen, um die Aufgabenvielfalt der Hospizdienste, z.B. im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzungsarbeit zu berücksichtigen. Relativ neue Dienste sollten eine Unterstützung erfahren, auch wenn noch keine ausreichende Zahl von Begleitungen nachgewiesen werden kann.

Stand: März 2002

Rückfragen richten Sie bitte an:
Elisabeth Frigger
Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
Am Porscheplatz 1
45127 Essen
Tel.: 0201-81028-40

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Hinblick auf die anstehenden Verhandlungen zu den Rahmenvereinbarungen bzgl. der Umsetzung des § 39a SGB 5 geben wir als Arbeitskreis folgendes zu bedenken:

1.) Das Kernstück eines ambulanten Hospizdienstes ist die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

2.) Die Gewinnung, Schulung, Einsatzplanung und Betreuung der Ehrenamtlichen ist ebenfalls eine originäre sozialarbeiterische Tätigkeit.

3.) Zu einem ganzheitlichen Arbeitsansatz gehört neben der palliativpflegerischen Beratung vorrangig die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen.

4.) Die Qualität der Sozialarbeit im Hospizbereich zeichnet sich vor allem durch die sozialrechtliche Kompetenz und die Fähigkeit im Beratungsprozess Defizite zu analysieren und Ressourcen in Bezug auf die individuellen Möglichkeiten innerhalb des Familiensystems zu fördern aus. Hinzu kommt die fachliche Kompetenz in der Gruppen- und Gemeinwesenarbeit, insbesondere Kooperation, Vernetzung mit vorhandenen Diensten, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Übernahme der Gruppen- und Kursleitung. SozialarbeiterInnen stellen oft ein Verbindungsglied zwischen Medizinern, Pflegenden, Seelsorgern, Ehrenamtlichen und den Betroffenen dar.

5.) Bei der psychischen Unterstützung der Betroffenen in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Trauer - die ein differenziertes Wissen über komplexe psychische Zusammenhänge voraussetzt - sind SozialarbeiterInnen wichtige Ansprechpartner.

6.) Aus § 39a (2) geht hervor, dass ausschließlich die Begleitung im Haushalt des Kranken gefördert und finanziert wird. Bei einem Wechsel in eine stationäre Einrich-

Stellungnahme

des Arbeitskreises sozialpädagogischer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NW zum § 39a SGB 5

tung ist also eine kontinuierliche Weiterbegleitung durch die gleiche ehrenamtliche Mitarbeiterin nicht gewährleistet. Die Praxis der ambulanten Hospizdienste zeigt aber, dass oft institutionsübergreifend gearbeitet werden muß.

Der Einsatz von sozialpädagogischen Fachkräften in den Koordinatorenstellen hat sich in NRW über viele Jahre bewährt.

Mit freundlichen Grüßen

Diese Stellungnahme wurde an alle wichtigen Akteure im Hospiz- und Gesundheitsbereich in NRW gesandt vom:

Arbeitskreis sozialpädagogischer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW

Sprecherinnen:

Karin Leutbecher

Palliativ-Hausbetreuungsdienst am Ev. Krankenhaus Herne, Wiescherstr. 24,
44623 Herne
Tel. 02323/498-2304
Fax 02323/498-2359
k.leutbecher@evk-herne.de

Ursula Fülbier

Ambulanter Palliativdienst am Malteserkrankenhaus Bonn, Von-Hompesch-Str. 8,
53123 Bonn,
Tel. 0228/6481887
Fax 0228/64819209

Zum Umgang mit dem Thema „Sterben und Tod“ in der Altenpflegeausbildung

Thomas Wiglinghof

*E*s war für mich traurig und anstrengend, einen alten Menschen im Sterben zu begleiten. Und auch im Nachhinein habe ich noch diese inneren Zweifel, alles richtig gemacht zu haben.

Diese oder ähnliche Äußerungen kommen von Teilnehmern häufig, wenn sie erste Erfahrungen mit dem Sterben eines alten Menschen gemacht haben. Die Einsatzgebiete während der praktischen Ausbildung sind stationäre Einrichtungen, ambulante Pflegedienste wie auch Krankenhäuser und Einrichtungen der Psychiatrie. In diesen Einrichtungen finden AltenpflegerInnen nach ihrer Ausbildung in der Regel auch ihr Tätigkeitsfeld. Neben diversen pflegerischen und sozial-pflegerischen Kompetenzen gehört auch das individuelle Begleiten eines Menschen im Sterben zu den Aufgaben. Besonders in Altenpflegeheimen hat sich die Bewohnerstruktur in den letzten Jahren verändert: viele alte Menschen ziehen erst ins Heim, wenn alle anderen Versorgungsdienste für die Versorgung nicht mehr ausreichen. Sie sind dann schwerstpflegebedürftig, ihre Verweildauer im Heim ist kürzer, da sie früher versterben. Diese Tatsache stellt besondere Anforderungen an die Pflegenden, besonders auch im Umgang mit dem Sterben alter Menschen.

Ausbildungsrahmen

Die Ausbildung zur AltenpflegerIn beträgt in Hessen drei Jahre. Sie gliedert sich in theoretische und praktische Abschnitte. Das Thema „Begleiten von Sterbenden“ wird in Form einer Projektwoche an unserer Schule angeboten. In der Regel benutzen wir außerhalb der Schule Räumlichkeiten, die es der Gruppe erlauben, sich nach Bedarf und Notwendigkeit zu entfalten.

Inhalte der Projektwoche

a. „Eigene Erfahrungen, Vorstellungen und Gefühle im Zusammenhang mit Sterben und Tod kann den Umgang mit Sterbenden und Toten beeinflussen“

Kaum ein Mensch, der mitten im Leben steht, hat nicht ängstliche Gefühle, wenn es um das Thema „Sterben“ geht. Im normalen Lebensalltag können viele Menschen dieses Thema verdrängen. Es wird erst wieder präsenter, wenn dementsprechende Ereignisse im Familien- oder Freundeskreis eintreten oder wenn die eigene Todesnähe durch Krankheit oder höheres Lebensalter aktuell wird. Professionell in der Altenpflege Tätige können sich diesem Thema nicht entziehen. Beim Umgang mit Sterbenden und der Versorgung von Toten kommen sie unweigerlich mit ihren eigenen Ängsten/Vorstellungen, aber auch mit den in ihrer bisherigen Biografie gemachten Erfahrungen/Gefühlen wieder in Kontakt.

Diese können sehr unterschiedlich und vielfältig sein; mehr oder weniger verarbeitete Trauer, Ängste, Hoffnungslosigkeit, ein schlechtes Gewissen gegenüber verstorbene nahestehenden Menschen. Sich dieser eigenen Gefühle bewusst zu werden, nicht im therapeutischen Sinne, und zu wissen, dass diese Gefühle das Tun am Bett des Sterbenden beeinflussen, ist eine wichtige Erfahrung. So ergibt sich die Möglichkeit für die Auszubildenden, ihr eigenes pflegerisches Verhalten, welches oft mit Flucht-, Ausweich- und Abwehrreaktion verbunden ist, im Zusammenhang mit ihren Gefühlen zu reflektieren. Außerdem möchten wir dazu anregen, sich in irgendeiner Form mit der eigenen Sterblichkeit auseinander zu setzen. „Je unbewältigter die eigene Sterblichkeit, desto problematischer der professionelle Umgang damit“.

b. „Verbale und nonverbale Kommunikation im Umgang mit Sterbenden, Angehörigen, Freunden und den eigenen Mitarbeitern ist eine wichtige Form, um Wünsche und Gefühle auszudrücken“

Zunächst in der Theorie, später auch in persönlichen Übungen, erfahren und erlernen die TeilnehmerInnen, eigene Ängste und Befürchtungen zu verbalisieren. Wir gehen davon aus, dass Pflegende, welche ihre Gefühle äußern dürfen und können, dieses auch im Umgang mit Sterbenden, dem Betroffenen zubilligen. Des weiteren versuchen wir, mögliche Antworten zu erarbeiten, die auf oft gestellte Fragen im Sterbe- prozess sinnvoll sein könnten. Auch die Zu-

sammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und den eigenen Mitarbeitern erfordert eine kommunikative Kompetenz.

Dass anstelle der verbalen Kommunikation auch der Wunsch nach sprachlosem Mitteilen, Stille, Innehalten und gleichzeitiger Geborgenheit treten kann, erfahren die Auszubildenden ebenfalls in Übungen zur nonverbalen Kommunikation

c. „*Grundsätze der individuellen körperlichen, sozialen, psychischen Pflege/Begleitung eines sterbenden Menschen statt unreflektierter Routine*“

1. Individuelles Erleben im Sterben

Zu striktes standardisiertes Handeln in der Pflege von Sterbenden birgt die Gefahr einer unreflektierten oberflächlichen Routine und unterbindet die individuelle, auf den betroffenen Menschen bezogene Begleitung. Die TeilnehmerInnen erfahren, dass Sterben für jeden Menschen vom Erleben etwas ganz eigenes, individuelles, von der Biografie geprägtes Geschehen ist und somit die Wünsche und Bedürfnisse nicht standardmäßig übertragbar sind.

2. Größtmögliche Selbstbestimmung für den Betroffenen

„Der sterbende Mensch führt nach Möglichkeit selbst die Regie. Pflegende richten die Umgebung, das pflegerische Handeln nach seinen Regieanweisungen aus.“

Dem Menschen auch im Sterben das größtmögliche Recht auf Selbstbestimmung und Selbstentfaltung zu ermöglichen, ist das Ziel der Begleitung. Die Auszubildenden erfahren, welche Möglichkeiten es gibt, dem Menschen diese Selbstbestimmung zu erhalten.

3. Schaffen von größtmöglicher Zufriedenheit und Schmerzfreiheit

Die TeilnehmerInnen erfahren, dass Sterben oft mit starken Schmerzerleben verbunden ist. Sie erhalten Kenntnisse über die verschiedenen Formen der rechtzeitigen, gezielten Schmerztherapie, welche auf der einen Seite zur Linderung beitragen und auf der anderen Seite aber das Bewusstsein erhalten können. „Das Sterben nicht verschlafen“. Auch werden Informationen gegeben zum Verhalten im Umgang mit Menschen, die unter großen Ängsten leiden.

4. Anbieten von Pflege und Begleitung - Grenzen des hilfreichen Tuns erkennen und akzeptieren.

Die Auszubildenden sollen erkennen, wie wichtig die angemessene Pflege für den Sterbenden ist. Sie erfahren aber auch, dass je nach Situation, bestimmte Verrichtungen kontraproduktiv und störend auf den sterbenden Menschen wirken können. Sie sollen darüber reflektieren, welche Handlungen sich positiv auf das Befinden des Sterbenden auswirken können, und wann eine Maßnahme nur zur eigenen Sicherheit, zur Beruhigung des eigenen Gewissen durchgeführt wird, aber den Betroffenen nicht unterstützt. „Tun wir es für den alten Menschen oder tun wir es nur für uns?“

d. „Würdevolles Versorgen des Verstorbenen“

Wir vermitteln den respektvollen Umgang mit dem Toten: die pflegerische Versorgung des Leichnams. Das Herrichten der Umgebung, das erste Abschiednehmen durch Angehörige, Mitbewohner, Freunde, Pflegenden und das Ermöglichen von gewünschten Ritualen. Auch die Aufgaben des Beerdigungsinstitutes werden bei einem Besuch besprochen.

e. „Trauern, eine Form der aktiven Verlustbewältigung“

Wir vermitteln die Phasen der Trauer und die unterschiedlichen Formen des Ausdrucks. Es soll deutlich werden, dass die gelebte Trauer ein Loslassen ermöglichen kann und es oft die Voraussetzung für den Neuanfang im Leben bedeutet. Wir beleuchten die Situation der professionell Pflegenden, auch als Trauernde, und erarbeiten Möglichkeiten der Bewältigung.

Beispiel für eine Projektwoche

1. Tag:

- * Persönliche Erfahrungen zum Thema - Einfluss auf mein Tun
- * Verbale/Nonverbale Kommunikation

2. Tag

- * Hospizbewegung - Philosophie, Entstehung, Weiterentwicklung
- * Besuch der Leiterin eines Hospizes: Bericht über das Leben im Hospiz

3. Tag

- * Individuelle Begleitung eines Sterbenden aus pflegerischer Sicht
- * Besuch des Museums für Sepulkralkultur, Kassel

4. Tag

- * Das würdevolle Versorgen eines Toten
- * Besuch eines Beerdigungsinstitutes

5. Tag

- * Umgang mit Trauer, Trauernden
- * Besuch einer Aufbahrungshalle eines Altenheimes, persönliches Gespräch mit der Leiterin
- * Kaffeetrinken und Reflexion der Woche



Thomas Wiglinghoff

Lehrer für Altenpflege
Bildungsstätte für Altenpflege der AWO
Brandenburger Str. 4
34131 Kassel · Tel.: 0561-3186970

Die Rolle der Pflegenden in der Palliativmedizin

Astrid Conrad

Sein mehr als 10 Jahren arbeite ich als Krankenschwester im Bereich der Palliativmedizin und -pflege am Malteser Krankenhaus in Bonn.

Sowohl im stationären Bereich der Palliativstation als auch im ambulanten Palliativedienst werden Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit Symptomen wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen etc begleitet. Wenn ich zurückblicke, erinnere ich mich sehr gut an die ersten noch eher unsicheren Schritte auf dem Weg von Palliative Care, die wir gemeinsam im Team machten, dem Suchen und schließlich Erarbeiten eines eigenen Konzepts.

Zu diesem Zeitpunkt orientierten wir uns noch sehr am Beispiel Großbritanniens und ich fühle noch heute welche, fast würde ich sagen „Ehrfurcht“ ich englischen Pflegekräften entgegenbrachte.

Ich bewunderte die hohe Fachkompetenz, vor allem aber das Selbstbewusstsein und die Eigenständigkeit im eigenen Fachbereich, mit der die Gruppe der Pflegenden anderen Professionen begegnete. Gleich-

zeitig geschah dieses mit viel Respekt und Wertschätzung diesen anderen Berufsgruppen gegenüber.

In England habe ich zum ersten Mal erlebt, was Teamarbeit tatsächlich bedeuten kann. Im Laufe der Jahre - mit Entwicklung von Hospizarbeit und Palliativmedizin - hat auch die Palliativpflege in Deutschland Gestalt angenommen.

Mein Eindruck ist, dass sich ein neues Bewusstsein der eigenen Rolle entwickelt hat. Durch diesen Prozess, verknüpft mit der klaren Formulierung und Beschreibung von Aufgaben und Begleitungszielen konnte seitdem ein hohes Maß an Professionalität erreicht werden. Dies erscheint mir unabdingbar, denn schwerstkranke und sterbende Menschen weisen häufig zahlreiche physische, psychische, soziale und spirituelle Probleme auf, die einer angemessenen Unterstützung bedürfen. Da das palliative Konzept nicht mehr auf Heilung, sondern auf die Linderung von belastenden Symptomen ausgerichtet ist und sich ausschließlich an der Lebensqualität der Patienten orientiert, ist eine fachübergreifende Qualifikation erforderlich, die über das erlernte pflegerische Wissen hinausgeht.

Eine wichtige Voraussetzung, um schwerstkranke und sterbende Menschen begleiten und pflegen zu können ist, dass Pflegende eine Haltung entwickeln, die nicht nur die Indikation der jeweiligen pflegerischen Maßnahme beinhaltet, sondern die die Be-

dürfnisse, Wünsche, Sehnsüchte und auch Ängste des Patienten als gleichwertig mit in den Behandlungsprozess einbezieht. Die Erfahrung, dass eine bedürfnisorientierte Pflege erfüllend und partnerschaftlich ist, signalisiert dem Patienten die Annahme und Wertschätzung seiner Person in seiner individuellen Situation und reduziert das Gefühl zur Last zu fallen. Darüber hinaus ist die Integration der Angehörigen wesentlicher Bestandteil des palliativen Konzepts. Die Angehörigen werden auf Wunsch des Patienten aktiv in den Pflegeprozess eingebunden. Darüber hinaus erhalten sie Hilfestellung in ihrer Bewältigung mit der Erkrankung des Patienten sowie in der Trauerarbeit.

Ich möchte im folgenden einige palliativ-pflegerische Voraussetzungen und Aufgaben benennen:

- Entwicklung eines Menschenbildes, das den Menschen als ganzheitliches Wesen begreift
- Erkennen und Reflektieren der eigenen ethischen und sozialen Grundhaltungen
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer.
- Bereitschaft zur eigenen Auseinandersetzung (Nähe, Distanz, Wahrhaftigkeit)
- Kreativität, Flexibilität
- Bereitschaft zur Kommunikation
- Bereitschaft zur Teamarbeit
- Kritikfähigkeit
- Bereitschaft zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung (Fachkompetenz)
- Erarbeiten neuer bedürfnisorientierter Pflegerichtlinien

Die Palliativpflege darf sich meines Erachtens nicht ausschließlich auf die unmittelbare Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen fokussieren. Pflegende in Pal-

liativmedizin und Hospizarbeit müssen daran mitwirken, das gesellschaftliche Tabu bzgl. Sterben, Tod und Trauer zu brechen und Alternativen zur Euthanasie anzubieten. Darüber hinaus ist es erforderlich, das Konzept in alle pflegerischen Bereiche, die Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen haben, zu integrieren. Dies führt zu folgenden weiteren Aufgaben:

Weitere Aufgaben von Palliativpflege:

- Lehrtätigkeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Schlussfolgerung:

Mit Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizarbeit hat sich für die Pflege ein neuer Bereich entwickelt. Pflege ist ein unverzichtbarer Baustein - aber nur ein Baustein innerhalb der Begleitung. Für eine ganzheitliche, den Bedürfnissen des Patienten gerecht werdende Begleitung ist das Zusammenwirken der einzelnen Berufsgruppen im multidisziplinären Team erforderlich. Die Chance in der Etablierung dieses neuen Bereichs liegt meines Erachtens darin, das Profil der Berufsgruppe Pflege zu schärfen und zu erweitern und aktiv an einer besseren Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in unserem Gesundheitssystem beizutragen.

Astrid Conrad

Krankenschwester im
Zentrum für Palliativmedizin
am Malteser Krankenhaus
Bonn-Hardtberg,
Universität Bonn
Von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn
Tel.: 0228-6481 539



Von der Pflege im Krankenhaus zur Leitung eines Hospizdienstes

Silke Kirchmann-Paas

Als ich zwischen 1987 und 1990 meine Ausbildung als Krankenschwester absolvierte, beschäftigte sich nur ein minimaler Teil der zu absolvierenden theoretischen Unterrichtsstunden mit der Begleitung Sterbender und der Begegnung mit Trauernden. Mit dem Tod musste ich also wie meine anderen Kollegen irgendwie selber zurecht kommen.

Spätestens als ich im Oberkurs auf einer Inneren Abteilung mit onkologischem Schwerpunkt eingesetzt war, wurde mir meine eigenen Betroffenheit oft zum Problem. Erlebte ich doch immer wieder, dass bei der Übergabe höchstens eine kurze Mitteilung zu lesen war: „Patient im Zimmer 433 heute morgen gestorben“ oder in der Dokumentation das Kürzel „Pat. ex um... Uhr“.

Oft habe ich mich gefragt, wie wohl meine Kollegen und Kolleginnen, wie die examinierten, erfahrenen Krankenschwestern damit zurechtkommen. „Eine Krankenschwester leidet nicht mit, das stört höchstens den Routineablauf“ - diesen Satz im Hinterkopf fand ich nicht den Mut, sie zu fragen.

Und genauso „routiniert“ war oft der Umgang mit Sterbenden. Besonders schlimm empfand ich den Umstand, dass sterbende Patienten in ein leeres Zimmer (ab-)geschoben wurden, manchmal sogar ins Badezimmer. Dann war nur noch eines zu tun: Nachschauen ob er/sie denn - endlich - verstorben ist!

Auch nach meinem Examen hat mich die Frage nach meiner Aufgabe als Krankenschwester tief beschäftigt. War es denn nicht gerade die „Nähe zum Menschen“ gewesen, die mich hatte diesen Beruf wählen lassen? War nicht das Mitfühlen mit Kranken, Alten und Sterbenden die eigentliche Motivation für mich gewesen? Für andere da sein - das hatte ich doch gewollt!

Doch die Ausbildung hatte mir eher das Pflichtgefühl vermittelt, dass ich, wenn ein Patient zu mir kommt und mir seine Probleme schildert, direkt eine Antwort/ Erklärung wissen zu müssen oder das entsprechende Mittelchen in Form vom Tablette, Salbe etc. in meinem „Rucksack“ zu haben!

Einfach nur da zu sein, zuzuhören, mitzufühlen, menschliche Zuwendung zu geben - das gehörte nicht dazu.

In meiner folgenden Tätigkeit im ambulanten Dienst wurde mir aber die Bedeutung genau dieser Aufgabe einer Krankenschwester immer klarer. Viele meiner Patienten warteten zwar auch auf ihre Medikation oder die notwendige Behandlungspflege, noch mehr aber auch auf mich als Mensch, mit ihnen sprach oder schwieg und zuhörte. Durch den engen Kontakt zu den Patienten und das Gefühl, durch eigenes Mitgestalten das Alibi der Routinearbeit abschütteln zu können, rückte für mich auch das Begleiten von Sterbenden immer näher. Durch viele positive Ereignisse und Erlebnisse verlor das Sterben ein bisschen mehr von der Grausamkeit, die ich so oft im Krankenhaus verspürt hatte.

Durch einen Zufall (obwohl ich an einen solchen nicht glaube) erfuhr ich 1996 von der Hospizidee. Zwischen den Geburten meiner beiden Kinder engagierte ich mich für diese spannende und faszinierende Idee von einem menschenwürdigen Sterben. Als Krankenschwester fehlte mir einiges an Fachwissen besonders in der Palliativmedizin (nie gehört in meiner Ausbildung) sowie in der Begegnung und Begleitung trauernder Menschen. Dank vieler guten Möglichkeiten an Kursen in diesem Bereich konnte ich mir zusätzliches Wissen bei ALPHA aneignen.

Seit 1998 arbeite ich nun in der Leitung ambulant arbeitender Hospize in Wuppertal. Zur Zeit bei den Ökumenischen Hospizdiensten der Caritas in Wuppertal .

Durch unseren palliativmedizinischen Hausbetreuungsdienst und die Palliativstation, die wir als Kooperationspartner mit einem großen Krankenhaussträger betreuen, werden besonders oft medizinisch/pflegeri-

sche Fragen schon bei den Erstbesuchen gestellt. Hier erweist sich meine Ausbildung zur Krankenschwester als glückliche „Vorgabe“, denn sie macht es mir leichter, diese Fragen gleich zu beantworten. Außerdem stärkt die Tatsache, dass ich als „Hospiz-Frau“ auch examinierte Krankenschwester bin, ganz häufig das Vertrauen, das Angehörige und Patienten bereit sind mir entgegenzubringen.

Schon in der Bedürfnispyramide steht das physiologische Wohlbefinden an erster Stelle, bevor weitere Bedürfnisse angestrebt werden können wie Sicherheit, Liebe und Geborgenheit. So ist es von Vorteil, Wissen und Erfahrungen aus der Ausbildung und Arbeit als Krankenschwester auch in der Begegnung und im Umgang mit schwer Kranken und Sterben umsetzen zu können.

Vorteilhaft ist die zweigleisige Kompetenz „Krankenpflege und Hospiz“ natürlich auch in der Zusammenarbeit mit Kollegen aus Pflege und Medizin. Bei den Übergaben, dem Erarbeiten neuer Therapiepläne und Vorgehensweisen, sprechen wir „eine Sprache“.

Die Akzeptanz insbesondere von niedergelassenen Ärzten ist groß, da schon in den ersten Kontakten klar wird, dass wir nicht nur den psychosozialen Bereich kompetent abdecken sondern auch den palliativ-pflegerischen Bereich verstehen und kompetent umsetzen können.

Bei aller Fachkompetenz aber bleibt die Erkenntnis, dass in der Begegnung mit dem Sterbenden und seinen Angehörigen, neben dem fachlichen Wissen insbesondere die persönliche Haltung und der eigene Umgang mit der Endlichkeit über die Frage entscheiden, ob eine gute, sinnerfüllte Hospizbegleitung glückt, die den Betroffenen hilft, den Abschied in Würde zu durchleben.

Silke Kirchmann - Paas

Leiterin der Ökumenischen Hospizdienste Wuppertal,
Krankenschwester, Palliative Care, Trauerbegleitung
Kolpingstraße 13
42103 Wuppertal
Tel.: 0202/3890347
e-mail:
hospizdienste
@caritas-wuppertal.de



Interview mit Esad Hamsa und Gerd Schwane

Herr Hamsa und Herr Schwane, Sie beide sind auf der Onkologischen Station des St. Elisabeth Krankenhauses in Recklinghausen als Krankenpfleger beschäftigt. Können Sie sich bitte kurz vorstellen und etwas zu der Station sagen?

Esad Hamsa: Ich bin seit 1991 als Krankenpfleger in der Onkologie tätig, habe seit 1996 die Stationsleitung übernommen und bin zur Zeit Abteilungsleiter für die gesamte Onkologiestation in unserem Haus. Die Onkologiestation verfügt insgesamt über 60 Betten, davon befinden sich acht Betten im Palliativbereich.

Pflege in der Onkologie

Gerd Schwane: Ich bin seit 4,5 Jahren in der Onkologie tätig und habe die stellvertretende Stationsleitung.

In Ihrem Arbeitsbereich werden Sie häufig mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert. Was ist für Sie in der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit besonders wichtig?

Gerd Schwane: Für mich ist die Kommunikation das Wichtigste. Wenn ich zum Beispiel morgens in ein Zimmer komme und der Patient sagt: „Heute ist ein schöner Tag zum Sterben.“ Da ist es ist nicht möglich,

das Zimmer schweigend zu verlassen. Ich muss reagieren können, indem ich z. B. frage: „Warum heute? Haben Sie Angst? Wie gehen Sie mit Ihren Gefühlen um?“

Hat die Ausbildung zum Krankenpfleger Sie auf diese Situationen vorbereitet?

Gerd Schwane: Ja, die Krankenpflegeausbildung hat mich auf solche Grenzsituationen vorbereitet. Doch eine weit größere Hilfe ist die gute Zusammenarbeit im Team hier auf der Station. Es werden regelmäßige und ausführliche Übergaben gemacht, in denen wir über Patienten, aber auch über unsere Erfahrungen sprechen können. Eine weitere Hilfe, um die Schwierigkeiten aushalten zu können, ist die Kooperation mit den anderen Berufsgruppen des Krankenhauses, wie z. B. mit den Ärzten, Seelsorgern, Sozialarbeitern usw. Der regelmäßige Austausch hilft, das Erlebte zu verarbeiten. Das Allerwichtigste ist allerdings die gegenseitige Akzeptanz. Wir arbeiten wirklich im Team.

Esad Hamsa: Die Krankenpflegeausbildung war für mich eine Grundausbildung. Viele Erfahrungen habe ich dann während meiner Berufsjahre gemacht. Für mein Arbeiten hier hat mich die Palliative Care Ausbildung gut vorbereitet. Ich habe viel über den Umgang mit sterbenden Menschen und über meine eigenen Grenzen gelernt. Hier haben 70% der Mitarbeiter diese Weiterbildung, die jährlich organisiert wird, absolviert.

Ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass die gegenseitige Akzeptanz eine wichtige Grundlage unserer Arbeit darstellt. Wenn Akzeptanz vorhanden ist, wird die Pflege gefördert. Es ist gut, einen Rückhalt zu haben. Durch die beiden Ausbildungen kann ich die pflegerischen und palliativen Aspekte meiner Arbeit miteinander verbinden. Die zusätzlichen Teamsitzungen, die mehrmals täglich und gemeinsam mit den Ärzten stattfinden, helfen mir, meine Arbeit zu reflektieren und stärken den Zusammenhalt.

Was besprechen Sie in den Teamsitzungen?

Esad Hamsa: Es wird z. B. über den Aufnahmegrund eines Patienten gesprochen,

die Krankengeschichte des Patienten wird besprochen oder über die Medikation usw. Von Anfang an wird ein Seelsorger miteinbezogen, der auch als Stationspsychologe tätig ist. Mir persönlich ist die Aufklärung und Einbeziehung von Familienangehörigen besonders wichtig und auch dieser Punkt wird in den Sitzungen diskutiert.

Gerd Schwane: Die Familie und natürlich auch der Patient müssen einfach wissen, was eine Palliativstation ist. Wenn alle Beteiligten aufgeklärt sind, fällt die Arbeit leichter. Der Umgang miteinander ist einfacher.

Der Umgang mit der Wahrheit ist in den meisten Sterbebegleitungen ein wichtiges Thema. Was hilft Ihnen, wenn Sie mit Patienten darüber sprechen und wo oder wie wurden Sie darauf vorbereitet?

Gerd Schwane: Die Aufklärung übernimmt meistens ein Arzt. Der Patient wird bereits bei der Aufnahme auf die Palliativstation aufgeklärt und immer im Beisein einer Schwester oder eines Pflegers. Die Aufklärung soll ganz behutsam und mit viel Zeit geschehen. Dabei ist es ganz wichtig, dass das Pflegepersonal auch immer wieder das Befinden des Patienten aufgreift, indem z. B. nach der Grundpflege gefragt wird: „Kann ich noch etwas für Sie tun, haben Sie noch einen Wunsch?“ Das heißt, dass ich als Pfleger immer wieder Gesprächsangebote mache und damit signalisiere: „Ich bin da, Sie können mit mir reden.“ Dabei ist es natürlich sehr wichtig, dass allein der Patient entscheidet, ob er reden möchte und ich habe seine Entscheidung zu akzeptieren.

Esad Hamsa: Wir versuchen, dem Patienten das Gefühl zu geben, dass er hier zu Hause ist. Wir versuchen, persönliche Wünsche zu erfüllen und zu vermitteln, dass wir Zeit haben.

Ist diese positive Haltung und Einstellung für ihr persönliches Gefühl wichtig? Wie verarbeiten Sie die Grenzerfahrungen ihres Berufsalltages und inwieweit spielt da auch wieder ihre Ausbildung eine Rolle?

Gerd Schwane: Die Ausbildung war sozusagen ein Grundstock, ich lerne im Berufsalltag immer wieder dazu. Wir vom Pfle-

gepersonal arbeiten hier nach einem Rotationsprinzip, wir wechseln zwischen den Arbeitsbereichen. Ich fange zu Beginn der Woche in der Palliativeinheit an und nach zwei Wochen wird auf die Onkologie gewechselt. Das ist ebenso wichtig, wie die Offenheit im Team, über Grenzen und Gefühle zu sprechen. Ich muss z. B. sagen können: „Das geht mir so nah, kann ich nicht für ein paar Tage auf die Onkologiestation.“ Ich habe also die Möglichkeit, meine Grenze zu ziehen und weiß, dass meine Kollegen das akzeptieren. Aber ich sage mir immer: „Was ich tun kann, das tue ich auch.“

Und es gibt immer wieder Patienten, bei denen es besonders weh tut, wenn diese Menschen sterben. Wenn ich weiß, dass da kleine Kinder zu Hause sind oder die Patienten noch jung sind.

Was tun Sie in solchen Fällen für sich persönlich?

Esad Hamsa: Früher habe ich häufig meine Grenzen überschritten. Heute, nach langjähriger Erfahrung, habe ich für mich gelernt, dass Krankenpflege eine Profession ist. Krankenpflege ist mehr als Grundpflege oder Essen reichen. Es gibt so viele ethische Aspekte. Dazu gehört, dass ich für mich verstanden habe, dass Trauer und Abschiednehmen für mich ganz wichtig sind, um weitermachen zu können. Ich verabschiede mich von Patienten und von Angehörigen und diese bewussten Abschiede helfen mir, gesund zu bleiben. Das war ein langer Lernprozess.

Sind Sie anders gefordert, ob Sie nun auf der Onkologiestation oder im Palliativbereich arbeiten? Benötigen Sie andere Kompetenzen?

Gerd Schwane: Auf der Palliativstation sind die Patienten austherapiert, was im Onkologiebereich nicht unbedingt der Fall ist. Das stellt einen großen Unterschied im Umgang mit den Patienten dar. Der Unterschied besteht nicht in der Haltung oder der Sensibilität, wir versuchen, bei allen Patienten eine gute Pflege zu leisten.

Esad Hamsa: Der Tumorpatient hofft auf Heilung, der Patient im Palliativbereich

weiß, dass er sterben wird. Das ist ein großer Unterschied.

Was ist denn für Sie persönlich schwieriger?

Gerd Schwane: Diese Frage habe ich mir schon sehr oft gestellt, aber für mich noch keine Antwort gefunden. Was ist schwieriger auszuhalten: ein Patient, der aufgeklärt ist und sich mit seinem Tod auseinandersetzt oder ein Patient, der fragt: „Habe ich Krebs, muss ich sterben?“ Ich verweise dann häufig auf ein Gespräch mit dem Arzt. Gefordert bin ich immer als Krankenpfleger und als Mensch.

Haben Sie einen Wunsch für Ihre Arbeit oder wo sehen Sie noch einen Bedarf?

Gerd Schwane: Ich wünsche mir noch mehr Zeit für die Patienten und mehr Personal. Mit meinen beruflichen Voraussetzungen bin ich zufrieden, ich bin gut ausgebildet. Das Wichtigste ist für mich ein gutes, offenes Team und dass genügend Zeit bleibt, miteinander zu sprechen.

Esad Hamsa: Schön wäre, wenn pro Patient ein Pflegekraft zur Verfügung stehen würde, um viel Zeit für die Bedürfnisse sterbender Menschen haben zu können. Ansonsten ist eine angemessene Ausbildung wichtig, gute Teamarbeit und ein offenes Miteinander und eine respektvolle Haltung zum Leben und zum Sterben.

Esad Hamsa

Gerd Schwane

St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH

Röntgenstr.10

45661 Recklinghausen

Tel.: 02361-601-0

Aktuelle Literatur

Cramer, B.
plötzlich und sanft...

Ott Verlag, Thun 2001
213 Seiten, 19,90 €
ISBN 3722511607

Die Autorin hat eine Sammlung an Gedichten, Sprüchen und Versen zu verschiedenen Aspekten von Tod und Sterben erstellt. So finden sich Gedanken aus der Weltliteratur z.B. zu Verzweiflung, Abschied oder Suizid. Es kann genutzt werden von Betroffenen, aber auch von Menschen, die Trauern-de begleiten.

Fliege, J., Roth, F.
Lebendige Trauer. Dem Tod bewusst be-gegnen.

Ehrenwirth Verlag 2002
120 Seiten, 14,90 €
ISBN: 343103554X

In ihrem Buch plädieren die Autoren dafür, die Verstorbenen in die Mitte der Gemeinschaft zu holen, denn sie sind der Auffassung, dass auf diese Weise Trauer besser gelebt werden. Das Buch versucht, Betroffene Mut zu machen, ihre Trauer auf individuelle Weise auszudrücken und regt an, die Einstellung zu Sterben, Tod und Trauer zu überdenken..

Hauschild, H.P.
Mystik des Sterbens – Wege christlicher Hoffnung inmitten der Angst

St. Benno Verlag 2002,
190 Seiten, 12,50 €
ISBN 3-7462-1515-3

Der Autor beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Fragen des Sterbens und mit den Wegen einer persönlichen Auseinandersetzung auf dem Hintergrund der Bibel und christlicher Traditionen. Seinen Ausführungen liegen verschiedene Schwerpunkte zu Grunde, wie z.B. „Die Sinne und der Sinn“, „Vom Beten im Sterben“, „Vom Geist des Rates und der Stärke“. Dazu bietet er den Lesern sogenannte „Stille Vor-Fragen“ sowie verschiedene Übungen an.

Specht-Tomann, M., Tropper, D.
Wir nehmen jetzt Abschied – Kinder und Jugendliche begegnen Sterben und Tod

Patmos 2000
216 Seiten, 16,50 €
ISBN 3-491-72426-0

Dieses Buch möchte sensibilisieren für den natürlichen Zugang von Kindern zu allen Fragen des Lebens und des Sterbens. Es soll Verständnis geweckt werden für Verhaltensweisen und Fragen, für Reaktionen und Gesten der Kinder auf unterschiedliche Verlusterfahrungen. Es wendet sich u.a. an alle, die mit Kindern privat oder beruflich zu tun haben.

Student, J.-C.
Im Himmel welken keine Blumen

Herder Spektrum 2000,
5. neubearbeitete Auflage
224 Seiten, 9,90 €
ISBN 3-451-04967-8

Das Buch soll helfen, die Sprache von sterbenden Kindern zu verstehen, beschäftigt sich aber auch mit Kindern als Opfer von Unfällen. Zu Wort kommen u.a. betroffene Eltern, Ärzte und Therapeuten. Das Buch weist zudem ein umfangreiches Literaturverzeichnis auf, es gibt Hinweise zur Gesprächsführung mit betroffenen Kindern. Auch werden Auskünfte über Workshops und Weiterbildungsmöglichkeiten für Helferinnen und Helfer gegeben.

Veranstaltungen

09.09.-13.09.02 Bonn

Koordination für Mitarbeiter psychosozialer und therapeutischer Berufsgruppen
Zentrum f. Palliativmedizin
Tel.: 0228-6481539 Fax: 0228-64819209

16.09.02 Freckenhorst

Sterbe- und Trauerbegleitung - zwischen Charisma und Qualität
Eine Fachtagung von Caritas, Diakonie, DPWV und ALPHA in Westfalen-Lippe
Tel.: 0251-230848

18.09.02 Bonn/ Herne

Arbeitskreis für sozialpädagogische Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen, NRW
ALPHA-Westfalen
Tel.: 0251-230848 Fax: 0251-236576

21.09.02 Gütersloh

Power durch Selfcare - Psychohygiene mit kunsttherapeutischen Methoden
Städt. Krankenhaus, Gütersloh
Tel.: 05241-905984 Fax: 05241-905985

02.10.2002 Bonn

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht/
Betreuungsverfügung
BAG Hospiz
Tel.: 02428-802937

10.10-13.10.02 München

Qualität und Fortschritt in der Palliativmedizin:
4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
P&R Kongresse Berlin
Tel. 030- 885 10-08, -27

21.10.-24.10.02 Bingen

Weggefährte sein bei Abschied und Trauer -
Ausbildung zur Trauerbegleitung Teil I
IGSL-Hospiz-Bildungswerk
Tel.: 06721-10318 Fax: 06721-10381

21.10.-25.10.02 Winterberg

Ausbildung Trauernde begleiten I
Bildungsstätte St. Bonifatius
Tel.: 02981-9273113 Fax: 02981-9273161

28.10.-31.10.02

Freckenhorst
Seminar für Multiplikatoren Teil I
ALPHA-Westfalen
Tel.: 0251-230848 Fax: 0251-236576

Der nächste Welthospiztag

'Voices for Hospices'
findet am 04.Oktobe 2003 statt.
Informationen können Sie anfragen
unter folgenden Adressen:

Michael Mackenzie
International Co-ordinator Voices for
Hospices

16a Turle Road
London N4 3LZ
Telephone/Fax: +44 (0) 20 7281 8376
e-mail: mmacke2568@aol.com
oder

Voices for Hospices
P.O. Box 3149 BATH BA1 9WA Tel/Fax
0117 932 8084
e-mail: kwo@easynet.co.uk

