

# Sterbebegleitung als Aufgabe in der Langzeitpflege

---

*Bakkalaureatsarbeit*



Name: Stefan Sumerauer

Matrikelnummer: 0933079

Name und Ort der Universität: Medizinische Universität Graz

Name und Adresse der Begutachterin: Frau Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

## ***Ehrenwörtliche Erklärung***

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 26. Februar 2013 Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. J. J. J." with a long horizontal flourish extending to the right.

# Inhalt

1.	Einleitung .....	2
2.	Bedeutung von Tod und Sterben .....	3
2.1.	Wann gilt ein Mensch als tot? .....	4
2.1.1.	Der klinische Tod .....	5
2.1.2.	Der biologische Tod .....	5
2.1.3.	Der Hirntod.....	5
3.	Sterben eine Zeit des Lebens .....	5
3.1.	Der Sterbeprozess.....	6
3.1.1.	Beginn des Sterbeprozesses.....	6
3.1.2.	Terminalphase .....	7
3.2.	Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross .....	8
3.2.1.	Erste Phase: „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ .....	9
3.2.2.	Zweite Phase: „Auflehnung“ .....	10
3.2.3.	Dritte Phase: „Verhandeln“ .....	11
3.2.4.	Vierte Phase: „Depression“ .....	12
3.2.5.	Fünfte Phase: „Annahme“ .....	13
4.	Praxis der Sterbebegleitung .....	13
4.1.	Angehörige in der Sterbebegleitung .....	14
	• Die intrafamiliären Bezugspersonen .....	15
	• Die extrafamiliären Bezugspersonen .....	15
	• Die exfamiliären Bezugspersonen.....	15
	• Die beruflichen Bezugspersonen:.....	15
4.2.	Bedürfnisse Sterbender.....	16
4.2.1.	Körperliche Bedürfnisse.....	16
4.2.2.	Psychische Bedürfnisse .....	18
5.	Kommunikation in der Sterbebegleitung.....	19
5.1.	Die Sprache Sterbender .....	20
5.1.1.	Allgemeine Bedeutung der Sprache .....	20
5.1.2.	Begegnung mit der Symbolsprache.....	21
6.	Strukturen der Sterbebegleitung aus der Sicht der Langzeitpflege .....	24
6.1.	Sterben zu Hause .....	24
6.1.1.	Niedergelassene Ärzte .....	25
6.1.2.	Mobiler Hospizdienst .....	26

6.2.	Sterben in einem Krankenhaus.....	26
6.2.1.	Palliativstationen .....	27
6.2.2.	Palliativkonsiliardienst .....	28
6.3.	Sterben im Hospiz .....	28
7.	Rahmenbedingungen einer guten Sterbebegleitung .....	29
7.1.	Gemeinschaft der Helfer.....	29
7.2.	Pflegeprozess und Pflegeplan.....	30
7.3.	Kooperation und Koordination.....	31
7.4.	Räumlichkeiten in der Sterbebegleitung.....	31
7.5.	Besuchszeiten und Übernachtungsmöglichkeiten .....	32
8.	Fazit.....	33
9.	Literaturverzeichnis.....	35
	Internetquellen:.....	35

*„Sterben kann gar nicht so schwer sein - bisher hat es noch jeder geschafft.“<sup>1</sup>*

Norman Mailer

---

<sup>1</sup> <http://zitate.net/sterben.html>

## 1. Einleitung

Die Themen „Tod“ und „Sterben“ werden in unserer Gesellschaft stark tabuisiert, da sie offenbar jeden Menschen zutiefst beunruhigen. Dabei handelt es sich beim Sterben keineswegs um ein Privileg der Armen und Kranken, sondern um einen Vorgang, den jedes Lebewesen dieser Welt durchlaufen muss. Obwohl wir dem Tod tagtäglich, beispielsweise durch Medienberichte über Kriege, Unfälle oder Katastrophen begegnen, wird dieses Thema dennoch weitgehend verleugnet. Auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod oder dem geliebter Menschen wird weitgehend verdrängt. Der Hauptgrund für diese starke Tabuisierung, liegt in der unsagbaren „Angst“ vor Veränderungen und vor der Ungewissheit. Spricht man mit Menschen über ihr eigenes Sterben und ihren Tod, so schildern diese große Furcht vor Verblödung, Schmerzen oder dem Verlust der Selbständigkeit. Gleichzeitig berichten viele von den Ängsten allein zu sein oder der eigenen Familie, aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, zur Last zu fallen. Es ist daher keineswegs erstaunlich, dass sich der Großteil der Bevölkerung einen rasch eintretenden Tod wünscht, um so eine Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen zu umgehen. Doch Angst ist eine Emotion, von der sowohl die Sterbenden als auch ihre Angehörigen befangen sind. Nahestehende Personen stehen dem Thema Sterben meist gehemmt gegenüber. Die Folge kann eine Abschiebung des Kranken in eine Institution sein. Während sich der Sterbende allein gelassen und in die Einsamkeit abgeschoben fühlt, leiden die Angehörigen an intensiven Schuldgefühlen. Der soziale Tod steht somit häufig vor dem eigentlichen Tod, wodurch die Möglichkeit eines liebe- und würdevollen Abschied-Nehmens impraktikabel wird.<sup>2</sup> Laut Statistik Austria sind allein im Jahr 2011 in Österreich 76 479 Personen von uns gegangen, d.h. jeden Tag starben an die 210 Menschen. Dabei hegen 90% unserer Bevölkerung den Wunsch zu Hause, in Begleitung von Familienmitgliedern, Freunden oder vertrauten Bekannten sterben zu dürfen. Der Statistik zufolge sterben allerdings knapp 70% der Bevölkerung in Krankenanstalten und Heimen.<sup>3</sup> Diese Zahlen machen deutlich, wie wichtig eine professionelle Sterbebegleitung in der heutigen Langzeitpflege ist. Der demographische Wandel der österreichischen Bevölkerung zeigt auf, dass dieses Thema auch in naher Zukunft kontinuierlich an Bedeutung gewinnen wird. Im Gegensatz zur jungen Bevölkerung nimmt die Anzahl älterer und sehr alter Menschen stark zu, wodurch der Anteil an schwerkranken und sterbenden Menschen ebenfalls zunimmt.

---

<sup>2</sup> vgl. Bonhorst (1997) S.9

<sup>3</sup> Statistik Austria am 03.04

In der Hoffnung auf eine professionelle Sterbebegleitung in Heimen und Krankenanstalten, werden sterbende und schwerkranke Menschen von ihren Geliebten, meist aus Angst und Hilflosigkeit, dorthin abgeschoben. Leider sieht die Realität anders aus. Im Laufe ihrer Ausbildung werden Ärzte und Pflegekräfte nur in sehr geringem Maße auf die Begleitung Sterbender vorbereitet. Dies hat zur Folge, dass selbst Ärzte und Pflegekräfte sehr oft mit diesem Thema überfordert sind. Aufgrund dieser Tatsache kann den sterbenden Menschen in den österreichischen Institutionen oftmals kein würdevoller Abschied garantiert werden. Es scheint an dieser Stelle nur logisch, dass das Erlernen des richtigen Umgangs mit Sterbenden in die Ausbildung von Gesundheitsberufen zu integrieren ist. Doch aufgrund der hohen Individualität und der subjektiven Betrachtungsweise des Sterbeprozesses stellt sich mir die Frage, ob ein Erlernen der professionellen Sterbebegleitung überhaupt möglich ist. Personen durch- und erleben ihren letzten Lebensabschnitt auf unterschiedlichste Weise, was den Sterbeprozess jedes Menschen zu etwas Einzigartigem macht. Lassen sich angesichts der Einzigartigkeit überhaupt allgemeingültige Regeln bezüglich einer korrekten Sterbebegleitung aufstellen? Kann es eigentlich eine richtige Form der Sterbebegleitung geben und ist es möglich, diese in die Ausbildung Langzeitpflegender zu integrieren? In meiner folgenden Arbeit möchte ich näher auf das Thema „Sterbebegleitung“ eingehen und den Versuch wagen, die vorhin gestellten Fragen zu beantworten.

## **2. Bedeutung von Tod und Sterben**

*„ Der Mensch ist das einzige Lebewesen, das weiß, dass es sterben wird. Die Verdrängung dieses Wissens ist das einzige Drama des Menschen.“<sup>4</sup>*

Friedrich Dürrenmatt

Ebenso wie die Geburt ist auch der Tod ein Ereignis, das jeden Menschen ereilt. Zwischen Geburt- und Sterbevorgang existieren erstaunlich viele Parallelen. In beiden Fällen handelt es sich um natürliche, physiologische Abläufe, die jedem Lebewesen dieser Welt zuteil werden. Mutter Natur hat dabei zahlreiche Vorkehrungen getroffen, um einen positiven Verlauf dieser Vorgänge zu garantieren. Laut dem renommierten Palliativmediziner Borasio, sollten daher Störungen durch ärztliche Eingriffe weitgehend vermieden werden. Leider greift die moderne Medizin in beiden Abläufen zunehmend häufiger, intensiver und teilweise

---

<sup>4</sup> <http://www.zitate.de/kategorie/Tod/> am 05.04.2013

unnötiger ein.<sup>5</sup>

Im Gegensatz zur Geburt handelt es sich beim Sterben offenbar um einen Vorgang, der für die meisten Menschen zutiefst beunruhigend ist. Nicht von ungefähr bemühen sich Religion und Philosophie seit Jahrtausenden um Beschwichtigungsformeln. Trotzdem weckt die Konfrontation mit Sterben und Tod nicht nur religiöse Gedanken und philosophische Meditation über die Vergänglichkeit des irdischen Lebens und die Grenzsituation des menschlichen Daseins. Sie weckt vor allem starke Gefühle der Beunruhigung und Angst, die Abwehrvorgänge mobilisieren.

Geburt und Tod sind oft genug als „Eingang“ und „Ausgang“ bezeichnet worden. Während aber eine Handvoll Ausdrücke genügt, um den „Eintritt“ in diese Welt zu beschreiben, gibt es in jeder Sprache Hunderte von Möglichkeiten, ihr „Verlassen“ auszudrücken.

Der Begriff Tod ist auch heute noch mit sehr vielen negativen Emotionen und Gedanken besetzt, wodurch er von der Gesellschaft als Tabuthema weitgehend verdrängt wird. Tod ist ein Thema, das unsere Gesellschaft mit ihrer Verehrung der Jugend und Orientiertheit am Fortschritt übergeht, außer Acht lässt und verleugnet. Es scheint beinahe so, als sähen wir im Tod eine weitere Krankheit, die überwunden werden muss. Aber es bleibt Tatsache, dass der Tod unvermeidlich ist. Wir müssen das Sterben als die letzte Phase des Lebens betrachten, die mit dem Tod erfolgreich abgeschlossen wird.

## **2.1. Wann gilt ein Mensch als tot?**

Wie bereits oben erwähnt, wird das Sterben als die letzte Lebensphase des Menschen gesehen, die mit dem Tod endet. Bei der Feststellung des Todes unterscheiden wir zwischen zwei verschiedenen Arten von Anzeichen. Es gibt einerseits die unsicheren Anzeichen eines Todes, wie das Fehlen von Atmung und Puls, Abkühlung der Extremitäten und Hautblässe.

Andererseits gibt es die sicheren Anzeichen des Todes, zu denen die Marmorisierung der Haut, die Totenstarre, die Starre der Pupillen sowie der Verwesungsgeruch zählen.

Nachdem der Arzt oder die Ärztin einen irreversiblen Atem- und Kreislaufstillstand, der in weiterer Folge zur Schädigung des zentralen Nervensystems führt, festgestellt hat, kann er den Patienten bzw. die Patientin als tot erklären.<sup>6</sup>

Die Medizin unterscheidet heutzutage drei verschiedene Phasen des Todes.

---

<sup>5</sup> Borasio (2012) S.9ff

<sup>6</sup> vgl. Kulbe (2008) S. 14

### **2.1.1. Der klinische Tod**

Der Begriff klinischer Tod kennzeichnet einen völligen Kreislaufstillstand und ist charakterisiert durch die oben genannten unsicheren Anzeichen. Entscheidend in dieser Phase ist die Möglichkeit einer erfolgreichen Reanimation, sofern diese vor Eintritt irreversibler Organschäden erfolgt. Bleiben die Wiederbelebungsversuche erfolglos, gleitet der bzw. die PatientIn in die nächste Phase, den biologischen Tod.<sup>7</sup>

### **2.1.2. Der biologische Tod**

Nach der erfolglosen Reanimation sind nun alle Organe und Zellfunktionen irreversibel erloscht und es treten die sicheren Anzeichen des Todes auf (Totenflecke schon nach 20- 30 Minuten). Der Patient oder die Patientin ist somit offiziell verstorben und die medizinische Betreuung wird beendet.<sup>8</sup>

### **2.1.3. Der Hirntod**

Vom Hirntod wird gesprochen, wenn es zu einem irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen kommt, parallel dazu aber das Herz- Kreislaufsystem durch intensivmedizinische Maßnahmen noch lange aufrechterhalten wird. Ein Neurologe kann mittels EEG (Elektroenzephalografie) den Hirntod feststellen.<sup>9</sup>

## **3. Sterben eine Zeit des Lebens**

*„ Da klopft ihm eines Tages jemand an die Schulter: er blickt sich um, und der Tod stand hinter ihm und sprach: »Folge mir, die Stunde deines Abschieds von der Welt ist gekommen!«-»Wie?« antwortete der Mensch, »willst du dein Wort brechen? Hast du nicht versprochen, daß Du mir, bevor du selbst kämest, deine Boten senden wolltest? Ich habe keinen gesehen.«- »Schweig!« erwiderte der Tod, »habe ich dir nicht einen Boten über den anderen geschickt? Kam nicht das Fieber, stieß dich an, rüttelte dich und warf dich nieder? Hat der Schwindel dir nicht den Kopf betäubt? Zwickte dich nicht die Gicht in allen Gliedern? Brauste dir's nicht dunkel in die Ohren? Nagte nicht der Zahnschmerz in deinen Backen? Ward dir's nicht dunkel vor den Augen? Über das alles, hat nicht mein leiblicher Bruder, der Schlaf, dich jeden Abend an mich erinnert? Lagst du nicht in der Nacht, als wärst du schon gestorben?« Der Mensch wusste nichts zu erwidern, ergab sich in seinem Geschick*

---

<sup>7</sup> vgl. <http://www.medhost.de/pflege-demenz/tod.html> (06.03.2013)

<sup>8</sup> vgl. <http://www.medhost.de/pflege-demenz/tod.html> (06.03.2013)

<sup>9</sup> vgl. <http://www.medhost.de/pflege-demenz/tod.html> (06.03.2013)

*und ging mit dem Tod fort.*<sup>10</sup>

*(Brüder Grimm)*

Um das Sterben als Teil des Lebens betrachten zu können, ist es erstmals wichtig, die Begriffe Tod und Sterben voneinander zu trennen. Während der Tod als abstraktes Ende des Lebens gesehen wird, gehört der Prozess des Sterbens zum Leben. Er kann nur von Lebenden absolviert werden und ist somit viel greifbarer als der abstrakte Tod. Beim Thema Sterben muss es sich keineswegs um einen kurzen Prozess handeln, sondern dieser kann sich über Wochen und Monate, sogar Jahre erstrecken.<sup>11</sup>

### **3.1. Der Sterbeprozess**

Obwohl es sich beim Sterben um ein äußerst individuelles Thema handelt wird versucht, das Sterben als eine Art Prozess zu sehen, der typische Verlaufsformen aufweist. Zahlreiche Berichte und Aufzeichnungen bezüglich der Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden verhalfen den Wissenschaftlern, einen besseren Einblick in das komplexe Geschehen des Sterbens zu bekommen. Anhand dieser Materialien wurde der Versuch unternommen, das Sterbegeschehen in bestimmte Phasen (Kübler-Ross) zu unterteilen. Dabei hat jede Phase ihre individuell typischen Merkmale und ist somit von den anderen klar abgrenzbar. Diese Unterteilung vernachlässigt zwar weitgehend die Berücksichtigung individueller Abweichungen und Ausgestaltungen, kann aber trotzdem für Angehörige und Begleiter sehr hilfreich sein. Dieses Schema hilft ihnen, das Prozesshafte des Sterbegeschehens zu erkennen und macht begreiflich, dass sich auch in der letzten Phase unseres Lebens alles um Veränderung und Neubeginn dreht.<sup>12</sup>

#### **3.1.1. Beginn des Sterbeprozesses**

Die Frage nach dem Beginn des Sterbeprozesses hat beinahe schon einen philosophischen Charakter und aufgrund fehlender Grundlagenforschung existieren nur vorsichtig formulierte Definitionen. Aus wissenschaftlicher Perspektive gesehen beginnt der Prozess des Sterbens mit der zunehmenden Machtlosigkeit der Medizin. Er startet also mit dem Zeitpunkt, an dem medizinische Maßnahmen gegen das kontinuierliche Versagen elementarer Körperfunktionen erfolglos werden. Durch die heilende und wiederherstellende Ausrichtung der Medizin ist es oft schwer, den Beginn des Sterbeprozesses zu akzeptieren.

In der Biologie wird das Sterben als das stete Absterben von Zellen definiert. Folglich beginnt

---

<sup>10</sup> Specht-Tomann et al (2000), S.16

<sup>11</sup> vgl. Nagele et al (2009) S. 42

<sup>12</sup> vgl. Specht-Tomann et al(2000) S.16,17

das Sterben mit unserer Geburt und begleitet uns durchs ganze Leben, wodurch wir uns dem Tod täglich nähern.

Psychologisch gesehen beginnt der Prozess des Sterbens erst mit der objektiven Bedrohung durch den Tod. Aufgrund der bewussten Wahrnehmung dieser Bedrohung wird das zukünftige Erleben und Verhalten des Sterbenden bestimmt.<sup>13</sup>

### **3.1.2. Terminalphase**

In der Praxis wird die letzte Phase unseres Lebens häufig als Terminalphase bezeichnet. Das Betreuungsteam akzeptiert, dass der Patient bzw. die Patientin demnächst sterben wird und überlegt, welche Maßnahmen belastend bzw. lindernd wirken. Ziel ist es, die letzten Stunden so angenehm wie möglich zu gestalten.

Leider gibt es keine eindeutige Definition oder präzise Anhaltspunkte über den Beginn der Terminalphase, wodurch ein großer therapeutischer Handlungsspielraum entsteht. Pflegende erlangen durch die intensive Nähe im Umgang mit Sterbenden oftmals eine besonders sensible Wahrnehmung. Deshalb können sie die Veränderungen im beginnenden Terminalstadium erkennen. Der richtige Umgang mit Sterbenden setzt somit einen gewissen Grad an Erfahrung voraus.<sup>14</sup>

#### **3.1.2.1. Verstärkter Rückzug nach innen**

Der Beginn der Terminalphase charakterisiert sich oft durch einen verstärkten Rückzug des betroffenen Menschen. Dabei verlieren zuvor interessante Dinge immer mehr an Bedeutung und auch die Kommunikation dieser Person, sowie ihre verbalen Aussagen werden auf das Notwendigste reduziert. Es scheint hier ein Wandel stattzufinden, indem der oder die PatientInn seine/ ihre äußeren Interessen nach innen verlagert. Obwohl der/ die Betroffene dadurch passiv und uninteressiert wirken mag, handelt es sich bei dieser Innenschau um ein höchst aktives Geschehen.

Für Angehörige ist diese Zurückgezogenheit oft schwer zu verstehen und so versuchen sie, ihren geliebten Menschen wieder und wieder für bestimmte Handlungen zu motivieren. In diesem Fall ist es wichtig, den Angehörigen die Bedeutung dieses Rückzuges durch fachliche Informationen und Unterstützung näher zu bringen.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> vgl. Nagele et al (2009) S. 42, 43

<sup>14</sup> vgl. Nagele et al (2009) S. 43,44

<sup>15</sup> vgl. Nagele et al (2009) S. 45

### 3.1.2.2. *Zunehmende Bewusstseinsbeeinträchtigung*

Im weiteren Verlauf des Sterbeprozesses kommt es durch eine zunehmende Bewusstseinsbeeinträchtigung zu immer kürzeren Phasen, in denen der Patient bzw. die Patientin wach und ansprechbar ist. Die entscheidende Aufgabe des Betreuungsteams besteht darin, den Patienten/-innen in dieser Zeitspanne von Schmerzen oder belastenden Faktoren bestmöglich zu befreien. Der/ Die Sterbende darf nicht in seiner/ ihrer Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich gestört werden. Bei einer Bewusstseinsbeeinträchtigung handelt es sich nicht um einen stagnierten, sondern um einen schlagartig veränderbaren Zustand. Nach einem wochenlangen komaähnlichen Verhalten erwachen betroffene Personen plötzlich wieder und beginnen zu reden. Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, dass Sterbende die Fähigkeit, sich zu äußern nicht mehr erlangen. In dieser Phase spielen Angehörige oder Bezugspersonen eine wichtige Rolle. Um die Beziehung nicht zu stören, versucht man den Betroffenen möglichst viel Ruhe einzuräumen. Ebenso kann sich ein kurzer Zeitraum der Einsamkeit positiv auf die Patienten/-innen auswirken, sofern man ihnen vorher Bescheid gibt. Trotz des Verlustes sich zu äußern, sind Patienten/-innen sehr wohl in der Lage, die Aktivitäten in ihrer Umgebung wahrzunehmen. Sie können folglich auch die gesprochenen Worte ihrer Bezugspersonen verstehen. Einfache Worte und langsames Sprechen sind in diesem Fall angebracht.<sup>16</sup>

### 3.1.2.3. *Veränderung der Atmung*

Gewisse Atemmuster können als Zeichen für den unmittelbaren Eintritt des Todes wahrgenommen werden. Eine Cheyne-Stokes-Atmung beispielsweise entsteht aufgrund einer Schädigung des Atemzentrums und erweist sich als Vorbote der Schnappatmung. Diese tritt typischerweise unmittelbar vor dem Tod ein. Der oder die Betroffene schnappt mit einzelnen Atemzügen immer seltener nach Luft.<sup>17</sup>

## 3.2. **Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross**

Nach der bekannten Psychologin Dr. Kübler-Ross gibt es fünf Phasen, die Sterbende durchlaufen, um ihre Krankheit und letztendlich ihren Tod zu begreifen. Erklärt man sich bereit, Menschen auf ihrem letzten Lebensweg zu begleiten, ist das Wissen um diese Phasen von unschätzbarem Wert. Diese müssen keineswegs geradlinig verlaufen, sondern können in unterschiedlichsten Abfolgen und mit wechselnder Intensität auftreten. Dabei können einige Abschnitte durchaus mehrmals erlebt oder auch übersprungen werden und oftmals scheinen

---

<sup>16</sup> vgl. Nagele et al(2009) S. 45 f

<sup>17</sup> vgl. Nagele et al(2009) S. 46

Menschen geradezu in einer Phase festzuhängen.

Das Phasenmodell der Psychologin bezieht sich vor allem auf jene Personen, deren Sterben sich über einen gewissen Zeitraum erstreckt. Dadurch hat der oder die Betroffene die Möglichkeit, sich diesem Entwicklungsprozess bewusst zu werden und ihn dementsprechend zu gestalten. Der Patient bzw. die Patientin muss allerdings zuerst die Konfrontation mit seiner bzw. ihrer unheilbaren, todbringenden Krankheit oder Verletzung verarbeiten.

Ob Menschen, die der plötzliche Tod ereilt, ebenfalls diese Stadien durchleben, möglicherweise in einer Art Zeitraffer, entzieht sich leider den wissenschaftlichen Kenntnissen.<sup>18</sup>

### **3.2.1. Erste Phase: „Nicht-Wahrhaben-Wollen“**

*„Nein nicht ich!“*

Die Mitteilung einer schweren Erkrankung oder gar die Ankündigung des drohenden Todes löst bei den Betroffenen meist einen großen Schock aus, auf den individuell unterschiedliche Reaktionen folgen. Während für die einen ihre heile Welt zusammenbricht und sie dem Geschehen wie gelähmt gegenüberstehen, versuchen andere, die Tragweite ihrer Diagnose zu ignorieren. Sie wollen eine, durch ihre Krankheit bedingte, Veränderung ihres Lebens nicht wahrhaben und starten so den Versuch, ihr altes Leben unverändert weiterzuleben. Aus Selbstschutz vor plötzlicher Panik kann die Verdrängung oft auch unbewusst erfolgen. Wieder andere laufen von einem Arzt zum Nächsten, in der Hoffnung, dass einer den Irrtum der Diagnose bestätigt.

Für Menschen in dieser Phase ist es sehr schwer, krankheitsbezogene Mitteilungen der Außenwelt auf die eigene Person zu beziehen. Dem Menschen ist zwar bewusst, dass solch schreckliche Erkrankungen in unserer Welt existieren, wird er jedoch selbst mit einer konfrontiert, steht er ihr fassungslos gegenüber.

Charakteristisch für diese Phase ist auch ein ständiger Wechsel der Stimmung zwischen aufkommender Angst und anscheinender Gelassenheit. Aufgrund dieser Gefühlsschwankungen, die innerhalb von Minuten auftreten können, wird der/die Betroffene in eine seelisch instabile Lage versetzt.

Das Verdrängen als typischer Abwehrmechanismus kann dazu führen, dass mit peinlicher

---

<sup>18</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.17f

Genauigkeit am bisherigen Leben festgehalten wird. Mit der Zeit beginnt sich der Schock allmählich zu legen. Der/die Betroffene ist nun fähig, sich mit der neuen Situation auseinanderzusetzen und beginnt langsam, seinen Zustand zu begreifen. Seinen Anfang nimmt die eigene Auseinandersetzung meist in der Stille der Nacht, in der innere Gedanken nach außen dringen können. Anfangs kehren die meisten Betroffenen untertags immer wieder in ihr Verdrängungsmuster zurück. Es benötigt noch sehr viel Zeit, bis dieser Schutzmechanismus aufgegeben und in weiterer Folge der Sterbeprozess eingeleitet werden kann.<sup>19</sup>

*„Unter den vielen Patienten, deren Sterben wir verfolgt haben, gab es nur ganz wenige, die bis zum Ende das Leugnen nötig hatten. Es ist sehr wichtig, dieses Leugnen nicht zu entlarven, sondern die Bedürfnisse des Patienten und seine innere Abwehr zu respektieren. Aber sogar diejenigen, die bis zuletzt an ihrem Nichtwahrhabenwollen festhielten, waren imstande, ihr Wissen um ihren bevorstehenden Tod in einer verbalen oder nichtverbalen Symbolsprache zu vermitteln.“<sup>20</sup>*

### **3.2.2. Zweite Phase: „Auflehnung“**

#### **„Warum ich?“**

In der Literatur wird diese Phase auch oft als *„Phase der aufbrechenden Emotionen“* bezeichnet. Dem/der Betroffenen ist es gelungen, sich aus der Starre des Verdrängens zu lösen. Er oder sie kann nun der grausamen Wirklichkeit erstmals ins Gesicht blicken und stellt sich die entscheidende Frage: „Warum ich?“

Darauf folgt eine ganze Bandbreite an negativen und hasserfüllten Gefühlen. In dieser Phase kommt es folglich zu aggressivem Verhalten und Beschimpfungen, zu Zorn- oder Wutausbrüchen, zu Selbstvorwürfen, bis hin zu Neidgefühlen den Gesunden gegenüber. Die angestaute Wut führt zu harschen Verhaltensweisen des/der Betroffenen, wodurch sich helfende Mitmenschen oft entrüstet fühlen. Dabei ist dieser Prozess keineswegs als Fluch, sondern eher als Segen für den Patienten oder die Patientin zu sehen.

Der Ausbruch dieser negativen Emotionen hängt weitgehend von der Persönlichkeit der Individuen ab. Während stille Menschen eher zum inneren Monolog neigen und der Welt mit Desinteresse und Verslossenheit begegnen, neigen lebhaftere Menschen zum Ausagieren

---

<sup>19</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.20ff

<sup>20</sup> Specht-Tomann, Tropper(2000) S.21

aggressiver Impulse, wie beispielsweise Beschimpfungen gegenüber dem Pflegepersonal. Patienten/-innen die sich im Stadium der Auflehnung befinden, werden meist als besonders schwierig beschrieben. Folglich beginnen Betreuungspersonal und Mitmenschen den Kontakt mit ihnen zu meiden. Betroffene Personen benötigen während dieser Phase eine einfühlsame Begleitung, die über die innere Dynamik Bescheid weiß.<sup>21</sup>

*„ Wie können meine Verwandten mir noch Wunschkarten schicken – es gibt nichts zu wünschen! Wie ich sie alle hasse, diese Menschen, die ihren Urlaub verbringen, durch die Welt reisen und die Freiheit haben ›Nein‹ zu sagen!“<sup>22</sup>*

Kübler – Ross

### **3.2.3. Dritte Phase: „Verhandeln“**

*„ Ja, es trifft mich, aber...“*

Nachdem der oder die PatientIn seinen aggressiven Emotionen Luft verschaffen konnte, wird der Übergang in die dritte Phase des Sterbens, das Verhandeln, eingeleitet. Es handelt sich dabei um ein tiefmenschliches Phänomen. Patienten/-innen mit einer ernstlichen Bedrohung, gegen die es keine Verteidigung mehr gibt, beginnen um ihre Zukunft zu verhandeln. Kübler-Ross unterscheidet in dieser Phase zwischen zwei Ebenen auf denen Verhandlungen stattfinden. Es gibt einerseits die spirituelle Ebene, in denen Menschen mit höheren Mächten, Gott oder dem Schicksal feilschen. Als Gegenleistung eines verlängerten Lebens versprechen sie, diese Zeit gut und sinnvoll zu nutzen. Der Kranke bzw. die Kranke setzt sich dabei auch immer wieder selbst Fristen, wie z.B. *„ nur noch erleben, wie mein Kind heranwächst“*. Andererseits können Verhandlungen auf einer konkreten Ebene stattfinden. Der Patient oder die Patientin beginnt mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal zu diskutieren, in der hoffnungsvollen Zuversicht, den Wettlauf mit dem Tod vielleicht doch noch zu gewinnen. In der erkrankten Person wächst zu diesem Zeitpunkt immer mehr der Glaube an einen erfolgreichen Ausgang seiner Verhandlungen. Er/ Sie ist davon überzeugt, dass durch die Einhaltung seiner/ ihrer Versprechen, auch seine/ihre gewünschte Form der Belohnung eintritt. All der Zorn und die Wut der vorangegangenen Phase scheinen plötzlich verschwunden zu sein und der oder die Betroffene wird zunehmend friedlicher. Die anfangs

---

<sup>21</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.24-28

<sup>22</sup> Specht-Tomann, Tropper(2000) S.26

unverstandene Person wird plötzlich zu einem umgänglichen Menschen voller Hoffnung und Zuversicht. Das Betreuungspersonal darf zwar dem/ der Kranken die Hoffnung zu diesem Zeitpunkt nicht nehmen, ihn/sie aber auch niemals darin unterstützen. Es dürfen keine Illusionen gezüchtet werden.<sup>23</sup>

### 3.2.4. Vierte Phase: „Depression“

„*Ja, ich.*“

Dem/ der Kranken wird plötzlich klar, dass all sein/ ihr Handeln, all seine/ ihre Bemühungen vergebens waren und die gewünschten Ergebnisse ausbleiben. Er / Sie wird mit einem Schlag in die grausame Realität zurückgeworfen und blickt der unvorstellbaren Wahrheit ins Auge. Ihm/ Ihr wird klar, dass es kein Entrinnen gibt, weder durch Leugnung, noch durch Auflehnung oder Verhandlung. Diese Wahrheit versetzt den oder die Betroffenen in einen Zustand der Depression. Dabei wird zwischen zwei Arten der Depression unterschieden. Die reaktive Depression charakterisiert sich durch eine tiefe Niedergeschlagenheit. Es handelt sich hierbei um eine Reaktion auf all die vermeintlich versäumten Möglichkeiten und Unterlassungen. Dieser gegenüber steht die zukunftsorientierte Depression, bei der es sich um eine Art „vorausschauende“ Traurigkeit handelt. Dem Patienten bzw. der Patientin werden dabei alle zukünftigen Versäumnisse bewusst. Während sich die Angehörigen nur von einer geliebten Person verabschieden müssen, ist der/ die Betroffene gezwungen, von seinem/ ihrem gesamten Leben, all den geliebten Menschen, Tieren und Dingen, Abschied zu nehmen. Durch all die bevorstehenden Trennungen erlebt der oder die PatientIn eine Art Vorbereitungsschmerz. Aufgrund der tiefen Traurigkeit neigen Menschen oft zum Rückzug in die eigene Gedankenwelt, um dort ihre Lebensbilanz zu ziehen. Dieser emotionale Rückzug lässt den Patienten bzw. die Patientin gegenüber seiner/ ihrer Umwelt oft teilnahmslos erscheinen. Beginnt der/ die Betroffene sich allerdings in der depressiven Phase mit der unerwarteten Wandlung seines/ ihres Lebens intensiv auseinanderzusetzen, gelingt es ihm/ ihr, sich allmählich von ihr zu lösen. Die Lebensbilanz führt den Patienten bzw. die Patientin zu neuen und wichtigen Einsichten, wodurch ungeklärte und offene Fragen beantwortet werden.<sup>24</sup>

Laut dem amerikanischen Autor Stephen Levine kann die Depression „*beinahe eine*

---

<sup>23</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.28-33

<sup>24</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.33ff

*alchemistische Qualität aufweisen, wenn wir den Unrat, die Ängste, die Rückzugsmanöver und Ärgernisse unseres Lebens zu untersuchen beginnen und sie zu neuem Reichtum, zu einer tieferen Einsicht umformen. Aus dieser der Einsicht erwächst eine neu entdeckte Fruchtlosigkeit, eine neue Schönheit.“<sup>25</sup>*

Für das Gesundheitspersonal ist es wichtig zu wissen, dass Gefühle Trauer und des Schmerzes meist eine ansteckende Eigenschaft besitzen. Trotz des tiefen Verständnisses für die ausweglose Lage verlangt es die Professionalität, sich vom leidgeplagtem Menschen abzugrenzen, um nicht in seinen Strudel von Gefühlen hineingezogen zu werden.<sup>26</sup>

### **3.2.5. Fünfte Phase: „Annahme“**

*„Ja, ich!“*

Ist es dem/ der Kranken gelungen das Stadium der Depression positiv zu bewältigen, so ist er/ sie nun, laut Kübler –Ross, in der letzten Phase der Annahme angelangt. Nach den zahlreichen Kämpfen der vorhergegangenen Stadien hat der Patient oder die Patientin nun sein/ ihr Schicksal akzeptiert. Die Folge ist ein Zustand der Ruhe und Zufriedenheit, der oft von psychischer und physischer Erschöpfung begleitet wird.

Für Pflegepersonen besteht die Gefahr, eine echte Annahme mit einer erschöpfungsbedingten Resignation zu verwechseln. ExpertInnen beschreiben diesen Zustand auch als Tod vor dem Tod. Der/ Die PatientIn erkennt seine/ ihre Machtlosigkeit die Situation zu ändern und findet sich vorläufig damit ab. Hier handelt es sich um eine Art müder Zustimmung. Der/ Die Todgeweihte hat in diesem Zustand noch keinesfalls mit seinem/ ihrem Schicksal abgeschlossen, deshalb kann die bestehende Angst vor dem Tod zu neuerlichen intensiven Auseinandersetzungen führen.<sup>27</sup>

## **4. Praxis der Sterbebegleitung**

In unserer Gesellschaft wird das Thema „Tod“ immer noch sehr tabuisiert. Darum neigen wir dazu, das Phänomen des Sterbens in die Anonymität verschiedener Institutionen zu verdrängen. Dort kann der Sterbeprozess vermeintlich still und leise vonstattengehen. 90% der ÖsterreicherInnen haben den Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen. Die Realität sieht

---

<sup>25</sup> Specht-Tomann, Tropper(2000) S.33

<sup>26</sup> Vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.35

<sup>27</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.24-28

leider anders aus. Laut Statistik Austria mussten 2011 rund 70% in Krankenanstalten oder Heimen vom Leben Abschied nehmen. Die Aufgabe der betroffenen Institutionen besteht demnach in der Entwicklung notwendiger Bedingungen, die ein Sterben in Würde ermöglichen. Der wichtigste Aspekt für eine gute Sterbebegleitung liegt wohl darin, die Lebensqualität des/ der Sterbenden möglichst zu erhalten. Wichtig dabei ist es, zwischen den Begriffen „begleiten“ und „betreuen“ zu unterscheiden. Beim Begleiten geht es darum, jemandem zur Seite zu stehen, ihm oder ihr nahe zu sein, um mit ihm oder ihr den letzten Abschnitt seines/ ihres Lebens zu gehen. Während sich der Begriff „betreuen“ auf die Pflege einer Person bezieht.<sup>28</sup>

#### **4.1. Angehörige in der Sterbebegleitung**

Es kommt häufig vor, dass Angehörige die Begleitung ihrer Liebsten übernehmen dürfen bzw. müssen. Das Wissen um die einzelnen Phasen der Sterbebegleitung, kann gerade für „nicht professionelle“ Begleiter/-innen eine wichtige Stütze sein. Der Umstand, dass es sich hierbei um nahestehende Personen handelt, erschwert den Prozess erheblich. Im Unterschied zu professionellen Begleitern/-innen, ist hier die emotionale Bindung zum/ zur Sterbenden sehr stark ausgeprägt. Deswegen stecken die Angehörigen in dieser Zeit ebenfalls in einem Prozess der Trauer fest. Die Korrelation des Sterbe- und Trauerprozesses kann zu prekären emotionalen Situationen führen.

Dabei können die unbeachteten Gefühlszustände der Beteiligten oft Auslöser von Problemen werden. Angehörige äußern dabei immer wieder, sich im Verlauf des Sterbeprozesses einsam, unverstanden und nicht akzeptiert zu fühlen. Im Sinne einer ganzheitlichen Sterbebegleitung wäre es daher erforderlich, sich auch den nahestehenden Mitmenschen des/ der Sterbenden anzunehmen. Durch schwere Erkrankungen kann nicht nur die Welt der Sterbenden, sondern auch die ihrer Angehörigen völlig auf den Kopf gestellt werden. Daher sind Maßnahmen die nicht nur den Kranken sondern auch dessen Bezugspersonen unterstützen, erforderlich. Für das Betreuungspersonal ist es wichtig über die Verbundenheitsstruktur des Patienten bzw. der Patientin zu seinen/ ihren nahestehenden Menschen Bescheid zu wissen, um so zu einem besseren Verständnis der Situation zu gelangen. Je nach Grad der Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin, lassen sich die Angehörigen in vier Gruppen unterteilen.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.47 f

<sup>29</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.51f

- **Die intrafamiliären Bezugspersonen**

Zu dieser Gruppe zählen alle Mitglieder der eigenen Familie, gegebenenfalls auch die Familie des Partners, der Partnerin. Durch das Sterben aktualisiert sich oft die nach außen hin undurchsichtige Familienstruktur. Der Tod des/ der Erkrankten bedeutet für alle einen Verlust, für einige jedoch geht er auch mit einer Positionsveränderung einher.

Um nun den Angehörigen adäquat entgegenkommen zu können, ist es wichtig, Informationen zu sammeln, die einen näheren Einblick der intrafamiliären Beziehungsstruktur vermitteln.<sup>30</sup>

- **Die extrafamiliären Bezugspersonen**

Darunter werden Personen verstanden, die eine enge Beziehung zum/ zur Betroffenen hatten, jedoch außerhalb der Familienstruktur stehen. Es handelt sich hierbei um Freundschaften in der Nachbarschaft, in Sportgruppen, in der Schule bzw. dem Studium oder aber auch am Arbeitsplatz. Für den oder die Sterbende(n) können diese Beziehungen phasenweise oft stärker sein als die der eigenen Familie. Diese Beziehungen werden oft von einer hohen emotionalen Intimität begleitet, wodurch der Tod eines engen Freundes zu einer existenziellen Sinnkrise führen kann.<sup>31</sup>

- **Die exfamiliären Bezugspersonen**

Laut aktueller Scheidungsstatistik wird durchschnittlich jede dritte Eheschließung wieder aufgelöst. Mehrfach verheiratete Personen verlassen oft eine Familie um eine neue zu gründen. Durch den Tod eines Ex-Partners bzw. einer Ex-Partnerin können vergessene familiäre Streitigkeiten oder Schuldgefühle ausbrechen. Die Tatsache, dass man sich nicht verabschieden konnte, kann im weiteren Fall zu Konflikten, Aggressionen und Wutausbrüchen führen.<sup>32</sup>

- **Die beruflichen Bezugspersonen:**

Es handelt sich hier um all die Berufsgruppen, die im Laufe des Sterbeprozesses mit dem/ der Betroffenen in Kontakt treten. Für diese Personen ist wichtig, ihre empathische Betreuung nicht zu ihrem eigenen Leid werden zu lassen. Berufliches und Privates sollten nicht miteinander in Einklang gebracht werden.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.53

<sup>31</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.53f

<sup>32</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.54

<sup>33</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.55f

## 4.2. Bedürfnisse Sterbender

Die letzte Phase des Lebens wird sowohl von der physischen als auch der psychischen Situation des/ der Sterbenden bestimmt. Das Wissen bezüglich der Bedürfnisse Sterbender ist für eine gute Sterbebegleitung von großer Bedeutung. Ebenso ist es wichtig, zwischen körperlichen und psychischen Bedürfnissen unterscheiden zu können.<sup>34</sup>

### 4.2.1. Körperliche Bedürfnisse

Diese Bedürfnisse sind Ergebnisse von körperlichen Empfindungen und hängen mit den Bereichen Schmerz, Müdigkeit, Durst und Atmung zusammen.

- **Schmerz**

Zahlreiche Interviews mit Sterbenden haben gezeigt, dass der Wunsch eines schmerzfreien Todes einen überaus hohen Stellenwert besitzt, der aufgrund des medizinischen Fortschritts heutzutage jedem weitgehend gewährleistet werden kann. Wichtig ist es hierbei, den Patienten bzw. die Patientin über die verschiedenen Schmerztherapien aufzuklären, um anschließend mit ihm oder ihr eine geeignete Form der Therapie zu selektieren. Dabei müssen laut Specht-Tomann folgende Punkte beachtet werden:

- *„ Bei der Medikamentenwahl und –gabe muß eine Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten erfolgen und nicht an denen der Pflegeorganisation, des Arztes oder der Angehörigen.*
- *Kein »Ruhigstellen« der Patienten, vielmehr sollte eine bewußte Auseinandersetzungsmöglichkeit so lange und so gut es geht erhalten bleiben.*
- *Die Gabe von Schmerzmitteln sollte den Tagesschwankungen der Schmerzempfindungen und dem Verlangen des Sterbenden entsprechen.*
- *Berücksichtigung der Tatsache, daß Schmerzen ein komplexes Geschehen umfassen, in dem körperliche, seelische und soziale Prozesse eine Rolle spielen.“*<sup>35</sup>

- **Müdigkeit**

Menschen, die sich ihrem Todeszeitpunkt nähern, verlieren immer mehr an körperlicher Energie, was dazu führen kann, dass schon kleine alltägliche

---

<sup>34</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.56

<sup>35</sup> Specht-Tomann, Tropper(2000) S.57

Anstrengungen zu Erschöpfungszuständen führen. Die wachsende Müdigkeit muss allerdings nicht mit einer sinkenden Vitalität einhergehen, sondern kann auch Folge des seelischen Bedürfnisses nach Rückzug sein. Der oder die PatientIn befindet sich in diesem Fall oft im Zustand des Halbschlafes oder des Dämmerns. Der/ Die Sterbende beschäftigt sich intensiv mit seinem/ ihrem Seelenleben. Des Weiteren sollten dem/ der Betroffenen ausreichende Ruhemöglichkeiten geboten werden, damit er/ sie nicht überfordert ist.<sup>36</sup>

- **Durst**

Aufgrund des niedrigen Energiebedarfs des Körpers verspürt der/die Sterbende kaum noch das Bedürfnis nach fester Nahrung und somit werden flüssige Nahrungsmittel bevorzugt. Im Gegensatz zum Hunger bleibt der Durst bis zur letzten Lebensphase erhalten und kann so zu einem quälenden Bedürfnis werden. Daher ist es von großer Wichtigkeit, der erkrankten Person immer ausreichend zu trinken anzubieten. Zudem kann das Durstgefühl durch eine ausreichende Mundpflege, beispielsweise durch das Saugen an einem nassen Waschlappen, gelindert werden.<sup>37</sup>

- **Atmung**

Mit dem Sterben wird auch die Lungenfunktion weitgehend eingeschränkt, wodurch das Atmen immer schwerer fällt. Das Gefühl, nicht mehr genügend Sauerstoff zu erhalten, kann bei vielen Patienten/-innen die Angst des Erstickens wecken. Die Atmung reagiert allerdings besonders sensibel auf psychosomatische Vorgänge. Folgedessen werden die Atmungsbeschwerden durch Ängste verstärkt. Die Veränderung der Atemfrequenz kann sich dabei auf unterschiedlicher Weise bemerkbar machen. Sowohl sehr rasche aber auch sehr langsame Atmung sind möglich. Unregelmäßige Atemzüge sind dabei ebenso typisch wie lange Pausen zwischen vereinzelt Atemzügen. Da die Schleimabsonderungen nicht mehr abgehustet werden können, wird die Atmung oft auch von raschelnden und gurgelnden Lauten begleitet.<sup>38</sup>

*„Auf folgende Punkte ist bei der Begleitung besonders zu achten:*

---

<sup>36</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.57f

<sup>37</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.58

<sup>38</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.58f

- *Linderung der oft auftretenden Atemnot durch entsprechende Lagerung des Patienten. Ein Höherlagern von Kopf und Oberkörper kann als Erleichterung erlebt werden.*
- *Atembeschwerden auch im Zusammenhang mit auftretenden Ängsten begreifen lernen und versuchen, die größte Not zu lindern – dies ist oft die Angst vor dem Alleingelassenwerden und dem Erstickenmüssen.*
- *Schleimabsonderungen, die nicht mehr aktiv abgehustet werden können, durch abklopfen oder/und entsprechende Lagerung versuchen zu lösen.*
- *Für eine gute Luftqualität sorgen (Befeuchten trockener Luft, störende Gerüche beseitigen...)“<sup>39</sup>*

#### **4.2.2. Psychische Bedürfnisse**

Der seelische Zustand der Patienten/-innen, kann neben den körperlichen auch eine Reihe von psychischen Bedürfnissen hervorrufen. Diese kreisen meist um die großen Themengebiete Berührung, Zuwendung, Nähe und Kontakt. In der Pflege bzw. in der Begleitung geht es immer darum, die Grundbedürfnisse der Sterbenden nach Annahme, Beachtung oder guter Betreuung zu stillen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Patienten/-innen durch einen stillen Händedruck nur getröstet werden oder ihren letzten Wunsch kundtun wollen. Eine mangelnde Erfüllung der Grundbedürfnisse kann als Ursache von resignativem Verhalten oder psychosomatischen Symptomen gesehen werden. Es gibt dabei unterschiedliche Formen auf die einzelnen Bedürfnisse dieser Menschen einzugehen.<sup>40</sup>

- *„Verbale Kommunikation: Gespräche, in denen der Sterbende das Tempo, den Inhalt und die Form bestimmt*
- *Nonverbale Kommunikation: »Berührungsgespräche«, wie sie beispielsweise zwischen einander berührenden Händen möglich sind, zwischen Blicken und Gesten.*
- *Anteilnahme an der »Sprachlosigkeit«*
- *Anteilnahme an den Auseinandersetzungen des Sterbenden mit seiner Vergangenheit*
- *Stilles Da-Sein und Mit-Sein*

---

<sup>39</sup> Specht-Tomann, Tropper(2000) S.59

<sup>40</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.59f

- *Signale tiefer Verbundenheit vermitteln: vertraute Gesten, »Mitatmen« (Anpassung der eigenen Atmung an den Atemrhythmus des Patienten), Vorlesen, Beten, Singen, Musik erleben“<sup>41</sup>*

## 5. Kommunikation in der Sterbebegleitung

Unter einer Kommunikation versteht man das Senden und Empfangen von Botschaften zwischen mindestens zwei Personen. Einfach gesprochen handelt es sich dabei um einen Vorgang, indem ein Mensch einem anderen etwas mitteilen möchte. Die Kommunikation ist für eine Beziehung ebenso wichtig wie das Atmen für das Leben selbst. Sie kann als Herzstück zwischenmenschlicher Beziehungen gesehen werden, wobei es sich nicht zwingend um eine verbale Form handeln muss. So wie in allen sozialen Bereichen des Lebens ist auch bei der Begleitung Sterbender eine gute Kommunikation von größter Bedeutung. Beim Gesprächsaufbau darf man dabei nie vergessen, dass es sich hierbei um Personen handelt, die sich in einer besonderen, nicht alltäglichen Situation befinden. Wenn wir auf die anfangs erwähnten Sterbephasen zurückblicken, lässt sich schnell erkennen, dass die Kommunikationsart der Betroffenen sehr stark von ihrer Auseinandersetzung mit dem Prozess des Loslassens mitbestimmt wird. Gespräche mit einer Person, in der Phase des Leugnens, werden einen vollkommen anderen Verlauf nehmen, als Gespräche zu einer späteren Phase (z.B. Phase der Annahme).

Die Gesprächsthemen des Sterbenden und schwer kranken Menschen scheinen anfangs vielfältig zu sein, doch lassen sie sich bei genauerer Betrachtung, laut Specht-Tomann et al, in vier verschiedene Themenbereiche bzw. Kommunikationsfelder einteilen. Diese wären:

- *„Gegenwart des Patienten: Gefühle, Wahrnehmung, Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Empfinden*
- *Vergangenheit des Patienten: Biographie, Herkunft und Entwicklung, Entstehungsgeschichte des »So-Seins« des Patienten*
- *Umwelt des Patienten: Familie, Freunde, Verwandte, Bekannte, Kollegen, Mitarbeiter, Soziale Mit- und Umwelt*
- *Spirituelle Welt des Patienten: Glaube, »Glaubensgeschichte«, Weltanschauung, Gottesbilder.“<sup>42</sup>*

---

<sup>41</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.60

<sup>42</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.140f

Die Themenbereiche können sowohl isoliert als auch vermischt zum Inhalt einer Konversation werden. Für eine aufmerksame Zuwendung kann es für Sterbebegleiter überaus hilfreich sein, sich die relevanten Kommunikationsfelder des Patienten bzw. der Patientin bewusst zu machen. Natürlich darf der/die BegleiterIn dabei die anderen Themengebiete nicht außer Acht lassen. Die einzelnen Bereiche können von dem/ der PatientIn entweder nur kurz und oberflächlich, oder aber auch mit intensiven Auseinandersetzungen durchlebt werden. Die letzte Lebensphase ist meist mit der inständigen Suche nach dem Sinn des Lebens geprägt. Die Beschäftigung mit den zentralen Fragen des Lebens ist von immenser Bedeutung, da es dem/ der Sterbenden hilft mit seinem/ ihrem Leben abzuschließen. Er/ Sie hat so die Möglichkeit, im Einklang mit sich selbst, seiner Umwelt und seinem Glauben, das Irdische zu verlassen.<sup>43</sup>

## **5.1. Die Sprache Sterbender**

*„Nicht die Eindeutigkeit des Wortes, sondern die Mehrdeutigkeit begründet eine Lebendige Sprache“<sup>44</sup>*

### **5.1.1. Allgemeine Bedeutung der Sprache**

Das gesprochene Wort ist, neben dem aufrechten Gang, wohl das wichtigste Unterscheidungsmerkmal zu anderen Lebewesen, da es ein Privileg des Menschen zu sein scheint. Bis heute ist es der Wissenschaft ein Rätsel, wie der Spracherwerb im Einzelnen erfolgt. Klar ist nur, dass jeder Mensch mit der nötigen Anlage des Spracherwerbs zur Welt kommt. Das Aneignen einer Sprache ist allerdings nur durch einen persönlichen, individuellen und sozialen Kontakt zu anderen Menschen möglich. Wären wir allein, würde jegliche Sprache überflüssig werden und der Mensch würde innerlich verkümmern.

Wie wichtig die Sprache für das seelische und geistige Wohlbefinden ist, zeigte das berühmt gewordene Experiment Friedrichs des Zweiten. Er ging von der Vermutung aus, dass jedem Menschen eine Ursprache angeboren ist und wollte dies anhand von Kindern beweisen. Er übergab Ammen die Aufgabe, Kinder aufzuziehen und auf ihr körperliches Wohl zu achten. Gleichzeitig befahl er, dass niemand auch nur ein einziges Wort mit den Kindern sprechen dürfe, um ihnen so die „wahre“ Sprache zu entlocken. Das erschreckende Ergebnis dieses Experiments war jedoch der frühe Tod aller Kinder.

Unsere Sprache ist demnach nicht nur das wichtigste Medium des Sozialkontaktes, sondern

---

<sup>43</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.141

<sup>44</sup> Otterstedt (2001) S. 176

gleichzeitig auch nur in einem solchen erwerbbar.

Heutzutage unterscheiden Wissenschaftler zwischen der induktiven und der deduktiven Sprache. Die induktive Sprache, auch Tagsprache genannt, gilt als Sprachform zum Erfassen intellektueller Sachverhalte. Sie hilft uns, Gegenstände und Geschehen zu beschreiben, zu erklären, zu deuten oder Mitmenschen darüber zu informieren.

Die deduktive oder Nachtsprache charakterisiert sich durch eine bildhafte Ausdrucksweise und gilt als Sprache der Gefühls- und Traumwelt. Am einfachsten wird diese Sprachform durch das Sprichwort „*Ein Bild sagt mehr als tausend Worte*“ beschrieben und findet so häufig Anwendung in Geschichten, Märchen oder Gleichnissen. Für Menschen, die sich im letzten Abschnitt ihres Lebens befinden, gewinnt die deduktive Sprache immer mehr an Bedeutung. Der Sterbeprozess ist geprägt von zahlreichen, intensiven Gefühlserlebnissen, wodurch die Anwendung der Nachtsprache unabdinglich wird. Bilder der Vergangenheit, Märchen oder Mythen scheinen dabei wie ein Film vor dem inneren Auge des Patienten abzulaufen. Häufig überträgt sich die Stimmung unbewusst auf den Tonfall oder die Körperhaltung des/ der Sterbenden.<sup>45</sup>

### **5.1.2. Begegnung mit der Symbolsprache**

Sterbenden bietet sich die Möglichkeit mit Hilfe der Symbolsprache innere Vorgänge zu beschreiben und anderen mitzuteilen. „*Der Mensch in der Krise versucht, sich auszusprechen, und da seine Krise in seiner Befindlichkeit zum Ausdruck kommt, wird er über seinen Zustand kaum sachlich objektiv argumentierend reden. Diese auf die Sachebene reduzierte Sprache reicht nicht aus für das, was ihn bewegt.*“<sup>46</sup> Auf die Symbolsprache reagieren nahestehende Menschen oft irritiert und neigen dazu, den Sterbenden/ die Sterbende als verwirrt einzustufen. Die schnelle Einstufung hilft uns in erster Linie dabei, unsere eigene Irritation zu beantworten. In der professionellen Sterbebegleitung gilt es allerdings mit den Symbolen, Träumen oder gar Halluzinationen der Betroffenen sehr behutsam umzugehen, mögen sie in erster Linie noch so verwirrend klingen. Der/ Die Sterbende darf weder aus seiner Phantasiewelt gerissen, noch sollten seine Illusionen korrigiert oder bestätigt werden. Die Aufgabe der BegleiterInnen ist es, die Gefühle und Bedürfnisse der Sterbenden so einzuordnen, dass ein einfühlsames Miteinander möglich wird.<sup>47</sup>

Die Symbolsprache Sterbender lässt sich in folgende zwei Formen einteilen.

---

<sup>45</sup> vgl. Otterstedt (2001) S.174

<sup>46</sup> Piper, zit. in Otterstedt (2001) S. 175

<sup>47</sup> vgl. Otterstedt (2001) S.175f

- **Symbolisch-nonverbale Sprache:**

Diese drückt sich vorrangig in Bildern und Zeichnungen aus. Helle Farben bedeuten dabei eine Verbesserung des Zustandes, während dunkle Farben die lebensbedrohliche Empfindung bezüglich der Erkrankung widerspiegeln. Doch nicht nur Bilder und Zeichnungen sind Teil dieser Sprache, ebenso kann die Gestik sehr viel über den inneren Zustand des Sterbenden preisgeben. Das wohl beste Beispiel hierfür liefert die Bild-Dokumentation von Mark und Dan Jury „*Gramp - Ein Mann altert und stirbt. Die Begegnung einer Familie mit der Wirklichkeit des Todes*“. Ein 81-jähriger Mann namens Frank Tugend war plötzlich bereit zu sterben. Frank, der geistig zwar verwirrt, körperlich jedoch gesund war, entschied sich plötzlich, sein künstliches Gebiss heraus zu nehmen, nichts mehr zu essen oder zu trinken, worauf er drei Wochen danach verstarb.<sup>48</sup>

Interessant zu diesem Beispiel ist auch die Aussage seines Hausarztes, die ich hier kurz zitieren möchte: „*Das letzte Mal, als ich Mister Tugend untersuchte, lag ziemlich klar auf der Hand, daß er nicht mehr leben wollte. Besonders ungewöhnlich ist das freilich nicht. Wirklich außergewöhnlich hingegen ist, daß er sein Gebiß herausnahm, als wolle er erklären: »Da habt ihr es. Ich brauche es nicht mehr.« Das habe ich noch bei keinem Menschen erlebt. Es war auch nicht ungewöhnlich, daß er sich klar darüber wurde, daß es Zeit für ihn geworden war zu sterben. Es ist meine Überzeugung, daß die menschliche Würde auch im Sterben nicht verlorengehen darf. Und da er nun beschlossen hatte, daß er dieses entwürdigende Am-Leben-Sein nicht mehr ertragen konnte, lag es nicht mehr in unserer Hand, sein Leben zu erhalten. Es wäre, glaub ich, grausam, denn der Mensch hat Anspruch auf seine Würde; nicht bloß im Leben, sondern auch beim Sterben.*

*Als er seine Zähne herausnahm und sagte: »Ich will nicht mehr leben«, war es für mich keine Frage mehr- eine künstliche Ernährung oder medikamentöse Überbrückung kamen nicht mehr in Betracht. Ich wollte, daß er mit Würde sterben durfte.“<sup>49</sup>*

- **symbolisch-verbale Sprache:**

Diese Sprachform charakterisiert sich durch das Sprechen in Bildern und Gleichnissen. Um den „Sinn dahinter“ verstehen bzw. übersetzen zu können, erfordert

---

<sup>48</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.144

<sup>49</sup> Specht-Tomann et al(2000) S.145

es sehr viel Sensibilität und Fingerspitzengefühl. Klare Aussagen werden dabei hinter Fassaden und Symbolen versteckt, die uns oft unklar sind und dürfen so keinesfalls wörtlich genommen werden. Nach Specht-Tomann et al könnte man dies mit einer Reise in ein fremdes und fernes Land vergleichen, dessen Sprache, Sitten und Gebräuche uns weitgehend unbekannt sind. Mit sehr viel Zeit und großem Einfühlungsvermögen können die Begleiter diese Sprache erlernen und mit den Betroffenen kommunizieren. Auffallend hierbei ist, dass diese Symbole sehr oft archetypisch sind. Sie lassen sich daher meist in alten Märchen, Mythen und Psalmen wiederfinden. Symbole helfen den Sterbenden nicht nur dabei, etwas Unausprechliches, Wesentliches oder Abschließendes auszudrücken, sondern können auch unglückliche oder negative Erlebnisse des verflossenen Lebens widerspiegeln.<sup>50</sup> Einige interessante Beispiele für diese Symbolsprache ergaben sich aus den zahlreichen Interviews mit Sterbenden von Kübler-Ross, wobei ich hier einige anführen möchte:

- **Zeit und Raum:**

*„Meine Uhr geht nicht mehr richtig. Ich spüre eine andere Zeit.“* Der/ die Sterbende war sein/ ihr ganzes Leben lang in ein System eingebettet, das ständig von der Zeit bestimmt wurde. Nun steht er/ sie womöglich vor dem Übergang in eine Dimension, in der Zeit, wie wir sie kennen, keine Rolle mehr zu spielen scheint und so auch keine Gültigkeit mehr hat.

- **Reisen:**

*„Ich brauch noch meine Wanderschuhe, denn mein Zug fährt pünktlich heute um acht.“* Es ist nicht ungewöhnlich, dass Menschen in der letzten Phase ihres Lebens sehr oft von geplanten Reisen sprechen. Während sich die einen nach Orten sehnen, an denen sie glücklich waren, möchten andere noch große und gefährliche Abenteuer erleben und verlangen nach der entsprechenden Ausrüstung. Neue Reifen für das Auto oder die Reparatur eines Fahrrades stehen symbolisch dafür, dass der/ die Betroffene sich auf die Reise in ein fremdes Land begibt. Er/ Sie möchte daher die Koffer rechtzeitig gepackt und alles in Ordnung gebracht haben.

- **Häuser, Wohnung:**

*„Ich brauche noch einen Installateur, ich habe einen Rohrbruch.“* Die Wohnung oder das Haus wird oft als Metapher für den eigenen Körper

---

<sup>50</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.145

verwendet und kann Begleitern/-innen Einblick über das Verhältnis des/ der Sterbenden zu seinem/ ihrem Körper geben. Bei einer Reparatur sieht der/ die Betroffene noch Möglichkeiten, seinen/ ihren gesundheitlichen Zustand zu verbessern. Werden die eigenen vier Wände jedoch als schäbig oder verfallen bezeichnet, sieht der Patient/ die Patientin keine Möglichkeit und Grund für eine Sanierung.<sup>51</sup>

Natürlich gibt es noch zahlreiche andere Beispiele der Symbolsprache, allerdings würde ihre Aufzählung und Interpretation den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen.

## **6. Strukturen der Sterbebegleitung aus der Sicht der Langzeitpflege**

In den letzten Jahrzehnten veränderte sich die allgemeine Familienstruktur grundlegend. Wo es früher üblich war, Teil einer großen Familie zu sein, die sich oft über drei Generationen erstreckte, ist es heute so, dass die moderne Familie meist nur mehr aus vier Personen besteht. Der Hauptgrund für diese strukturelle Änderung liegt vermutlich im gesellschaftlichen Wohlstand. Während Großfamilien früher, vor allem auf dem Land, für das Überleben entscheidend waren, ist diese Struktur in der modernen Gesellschaft nur noch mit hohen Kosten verbunden. Diese Tatsachen führten dazu, dass allein geführte Haushalte, vorwiegend in städtischen Ballungsräumen, immer mehr zur Norm werden. Das führt zur steigenden Vereinsamung vieler Hochbetagter, was sich folglich auf die Strukturen der Sterbebegleitung auswirkt. Darum möchte ich im folgenden Kapitel auf die wichtigsten Säulen der Sterbebegleitung eingehen.<sup>52</sup>

### **6.1. Sterben zu Hause**

Die wohl bedeutendsten Bedürfnisse totgeweihter Menschen, sind wohl die eines schmerzfreien Sterbens in ihrer vertrauten Umgebung. Das Sterben in den eigenen Räumlichkeiten kann meines Erachtens einige nennenswerte Vorteile mit sich bringen. So fühlen sich Sterbende zu Hause willkommen und geborgen, wodurch sich auch eine bessere Möglichkeit bietet, die verbleibende Lebenszeit mitzugestalten. Der/ Die Betroffene kann seine/ ihre Wünsche bezüglich Pflege, Besuche, etc. ungezwungen äußern. Den Angehörigen fällt es leichter, ihren geliebten Menschen auf dessen letzten Lebensweg zu begleiten und

---

<sup>51</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S. 145ff

<sup>52</sup> vgl. Barosio (2012) S.39f

aufgrund der häuslichen Atmosphäre sind Gefühle wie Trauer, Ärger, Schmerz und Zärtlichkeit einfacher auszudrücken und zu leben. Durch die tägliche Präsenz haben die Angehörigen nach dem Tod des Patienten/ der Patientin das Gefühl, ihr Bestes gegeben zu haben. Zur Unterstützung der Angehörigen bietet der Sozial- und Gesundheitssprengel professionelle Hospizbegleitung an. Dabei wird die nötige fachmännische Pflege von ausgebildetem Fachpersonal übernommen bzw. unterstützt.

Trotz dieser überzeugend wirkenden Argumente für das Sterben zu Hause stellt sich die Frage, ob sich hier nicht ein gewisses Wunschdenken breit macht. Es ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise eine schwere Krebserkrankung die häufigste Todesursache darstellt, wodurch es zu mehrmaligem Pendeln zwischen Krankenhausaufenthalten und der Pflege zu Hause kommen kann. Ein langfristig zu erwartendes oder plötzliches Sterben im Krankenhaus ist dadurch nicht ausgeschlossen. Ebenso wichtig sind die komplexen Bedingungen und Auswirkungen zu erwähnen, welche eine familiäre Pflege mit sich bringt. Ein gutes Versorgen des/ der Sterbenden setzt voraus, dass mindestens eine Person anwesend ist, die die Verantwortung übernimmt. Durch die veränderte Familienstruktur, hin zur Kleinfamilie, sind Probleme vorprogrammiert. Aus beruflichen Gründen der Familienmitglieder mangelt es oft an Zeit, die für eine Rundumversorgung des/ der Sterbenden nötig wäre. Oft sind Angehörige gezwungen, berufliche Tätigkeiten einzuschränken, was wiederum zu finanziellen Einbußen führen kann. Nicht zu leugnen ist, dass die Angehörigen durch die Rundumpflege sehr belastet werden, da sie sowohl physisch als auch psychisch an ihre Grenzen gehen müssen. Die entsprechende Ausstattung der Räumlichkeiten sowie die Anschaffung medizinischer oder pflegerischer Artikel belasten die Familie zusätzlich finanziell.

Diese Tatsachen können sehr schnell zu Wut, Angst, Schuldgefühlen, Enttäuschungen, Verbitterung und Resignation in der Familie führen. Deshalb ist es oft unumgänglich, den Sterbenden/ die Sterbende zum Schutz der Familie doch in die Obhut eines Pflegeheimes bzw. Krankenhauses zu geben.

In den folgenden Unterpunkten sind Berufsgruppen angeführt, die das häusliche Sterben unterstützen.

### **6.1.1. Niedergelassene Ärzte/ -innen**

Für einige mag es zwar überraschend wirken, doch niedergelassene ÄrztInnen spiegeln wohl eine der wichtigsten Säulen der Sterbebegleitung wider. Insbesondere Haus- und Allgemeinärzte/-innen sind in hier von Bedeutung, da sie ihre PatientInnen oft über Jahrzehnte hinweg betreuen und begleiten. Wie bereits erwähnt, sehnen sich viele Menschen nach einem Tod in den eigenen vier Wänden. Durch diese Sparte von ÄrztenInnen wird in

unserem Gesundheitssystem eine Sterbebegleitung mit guter Palliativversorgung ermöglicht. So wird das Verlegen des/ der Sterbenden in eine Institution verhindert. Die englische Bezeichnung „*family doctor*“ für Hausarzt verdeutlicht die Aufgabenstellung dieser Berufsgruppe. Leider ist die Vergütung von Hausbesuchen sehr niedrig und daher sind nur äußerst idealistische und engagierte MedizinerInnen bereit die Mühen einer häuslichen Sterbebegleitung auf sich zu nehmen.

Mit den FachärztInnen verhält es sich etwas anders. Viele Menschen sterben heutzutage an den Folgen chronischer Erkrankungen in den Bereichen Herz, Lunge, Leber, Niere oder dem vegetativen Nervensystem. Der medizinische Fortschritt ermöglicht den PatientInnen eine längere Überlebenszeit, wodurch ihre Begleitung durch FachärztInnen über Jahre hinweg erfolgt. Aufgrund ihres Fachwissens wären FachärzteInnen geradezu prädestiniert, eine gute Sterbebegleitung zu ermöglichen. Leider wird diese Aufgabe von den KardiologInnen, NeurologInnen oder den LungenärztInnen nur sehr selten wahrgenommen.<sup>53</sup>

### **6.1.2. Mobiler Hospizdienst**

Beim mobilen Hospizdienst handelte es sich zunächst um eine Gruppe von ehrenamtlichen Mitgliedern, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Sterbende in ihren letzten Tagen und Wochen zur Seite zu stehen. Inzwischen wurde die immense Bedeutung dieser Gruppierung erkannt und zusehends verbessert. Die HelferInnen durchlaufen ein Auswahlverfahren und erhalten anschließend eine umfassende Ausbildung. In ihrer Tätigkeit werden sie von mindestens einer hauptamtlichen Fachkraft koordiniert und begleitet. Die Begleitung Sterbender wird auch hier als ein Stück Lebensbegleitung gesehen und erfolgt auf ehrenamtlicher Basis. Das mobile Hospizteam ist Teil des österreichischen Betreuungsnetzwerkes und so im engen Kontakt mit anderen ambulanten Diensten.<sup>54</sup>

## **6.2. Sterben in einem Krankenhaus**

Heutzutage ereignen sich die meisten Todesfälle in Krankenhäusern und daran wird sich auch in absehbarer Zukunft nichts ändern. Wenn Menschen heute vom Sterben in Krankenhäusern sprechen, dann verbinden sie in der Regel schlechte Erfahrungen damit. Sie denken beispielsweise an hochtechnisierte Großkliniken, in denen ein/-e PatientIn oft nur eine Nummer und ein Objekt medizinischer Behandlung zu sein scheint. Ein weiterer Gedanke, der beim Sterben in Krankenhäusern vorkommt, ist die intensivmedizinische Versorgung, die dem Patienten oder der Patientin jegliche Bewegungsfreiheit raubt. Ein möglicher Grund für

---

<sup>53</sup> vgl. Barosio (2012) S.40f

<sup>54</sup> vgl. Bonhorst (1997) S.51

diese düsteren Gedanken mag womöglich auch in der Definition von Krankenhäusern liegen. Das Wirtschaftslexikon Gabler definiert den Begriff Krankenhaus als eine „*Einrichtung, in der durch jederzeit verfügbare ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen durch Unfallschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in der die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden. Die medizinisch-technische Ausstattung ist an den Bedarf der Patienten anzupassen. Krankenhäuser sind Leistungserbringer der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens.*“<sup>55</sup>

Aufgrund des Gesamteindrucks dieser Definition bleibt die Linderung oder die Heilung von Leiden im Wesentlichen auf körperliche Leiden beschränkt. Es ist zu vermuten, dass nur wenige Möglichkeiten im Routineablauf des Krankenhausalltages für die besondere Betreuung Sterbender vorgesehen sind. Wahrscheinlich bleibt kaum Zeit, auf deren Bedürfnisse nach verstärkter pflegerischer und menschlicher Zuwendung einzugehen. Sterbende wirken aufgrund ihrer Unheilbarkeit wie unvermeidlicher Störfaktoren, da Tagesabläufe und Therapien eines Krankenhauses sich mehr nach Planbarkeit und Effektivität richten als nach der Situation und den Bedürfnissen.

Sofern Krankenanstalten darum bemüht sind, etwas zur Verbesserung der Lebensqualität von Sterbenden beizutragen, können ebenso positive Argumente bezüglich Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Sie bieten eine gute Alternative für Personen, die nicht zu Hause sterben wollen oder für Familien, die mit der pflegerischen Betreuung gänzlich überfordert sind.

### **6.2.1. Palliativstationen**

Eine dieser Bemühungen kann in einer eigenen palliativen Station widerspiegelt werden. Es handelt sich dabei um eine autonome Akutstation, innerhalb eines meist größeren Krankenhauses. Der Zweck einer solchen Station liegt nicht primär in der Sterbebegleitung, sondern gibt unheilbar Kranken eine Hilfestellung bei der Bewältigung von Krisensituationen. Ein interdisziplinäres Team aus ÄrztInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und SeelsorgerInnen hilft mittels Interventionen, den PatientInnen die Krisenherde zu finden und zu beheben. Das Ziel einer jeden palliativen Versorgung besteht darin die PatientInnen in einen schmerzfreien Zustand zu bringen, um sie anschließend mit einem individuell passenden Versorgungskonzept nach Hause entlassen zu können. Die

---

<sup>55</sup> <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/krankenhaus.html>

Durchschnittsdauer eines palliativen Aufenthaltes liegt in etwa bei zwei Wochen, wobei in der Regel ca. 50 Prozent der PatientInnen in die häusliche Pflege entlassen werden.<sup>56</sup>

### **6.2.2. Palliativkonsiliardienst**

Es handelt sich hier um einen Dienst der vor allem für Krankenhäuser, die keine eigene Palliativstation zur Verfügung haben, ungeheuer wichtig ist und sich ebenfalls aus einem multiprofessionellen Team zusammensetzt. Im Unterschied zu Palliativstationen liegt hier die primäre Aufgabe des Teams in der Beratung des medizinischen und pflegerischen Personals. Durch ihre reichhaltige Erfahrung beraten sie das Personal in punkto Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung. Ob und wie die Maßnahmen schlussendlich umgesetzt werden, obliegt wiederum den betreuenden ÄrztInnen und deren MitarbeiterInnen.<sup>57</sup>

Mithilfe solcher Teams ist es möglich, die Grundprinzipien der Palliativmedizin auf das gesamte Krankenhaus zu übertragen. Es handelt sich somit um eine effiziente und kostengünstige Strategie zur Verbesserung der palliativen Versorgung in Akutkrankenhäusern.

### **6.3. Sterben im Hospiz**

Hospiz leitet sich vom lateinischen Wort *hospitium* ab, was Herberge und Gastfreundschaft bedeutet. Schon im römischen Reich gab es Einrichtungen, die sich die Versorgung von Waisen, Bedürftigen, Reisenden, sowie Kranken und Sterbenden zur Aufgabe machten. Zur Jahrhundertwende gründeten irische Schwestern zuerst in Dublin, dann in London Hospize, um sterbenden Menschen ein zuhause zu geben. Durch die zwei Frauen Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders bekam der Begriff Hospiz eine inhaltliche Verwandlung. Ziel dieser Frauen war es dabei nicht, eine weitere Institution zum Sterben zu gründen. Sie wollten ein neues, grundlegendes Konzept für das Sterben zu Hause schaffen, um anschließend weitere Möglichkeiten für die Pflege Sterbender in Krankenhäusern oder Pflegeheimen aufzuzeigen. Somit wurde das Hospizkonzept zu dem was es heute ist, nämlich eine ganzheitliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen, mit den Möglichkeiten einer stationären, ambulanten oder teilstationären Betreuung. Ein weiterer Unterschied zum Krankenhaus ist, dass die Fürsorge gleichzeitig auch den Angehörigen gilt, die auch nach dem Tod ihres geliebten Menschen weiter betreut werden.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> vgl. Borasio (2012) S. 45f

<sup>57</sup> [http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2011.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf)

<sup>58</sup> vgl. Bonhorst (1997) S. 48f

Laut dem deutschen Sterbebeistands- und Ethikforscher Franco Rest setzt sich die Idee der Hospizversorgung aus den folgenden fünf Punkten zusammen:

- *„ Hier wird nicht mehr gegen irgendwas (oder gar gegen jemanden) z.B. gegen den Tod gearbeitet, sondern für einen Menschen, dessen Weg zum Sterben aller Voraussicht nach nun zeitlich überschaubar ist. Insofern gehören indirekte und passive Sterbehilfe unmittelbar zur Hospizlichkeit. Die mitwirkenden Ärzte sollten wissen, von welchem Stadium eines Sterbeprozesses sie sterbensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen und palliativ Unterstützung zu geben haben.*
- *Sterben ist ein integrierter Teil des Lebens, im Sterben geschieht selbst Leben. Insofern ist Sterbebegleitung zugleich Lebenshilfe für den Sterbenden selbst wie auch für ein soziales Umfeld.*
- *Das Sterben des Sterbenden ist wichtig und wertvoll für das geschäftliche Leben und braucht bzw. sollte deshalb nicht verborgen werden. Im Gegenteil: Alle in dieses Leben und Sterben involvierten Menschen sind berechtigt, beteiligt zu werden, einschließlich der MitbewohnerInnen im Hospiz oder Heim.*
- *Hospizliche Sterbebegleitung ist Euthanasie-Prophylaxe*
- *Hospizlich gestaltete Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe sind Orte des Lebens, wo dem Lebenshunger der Menschen Nahrung zuteil wird, damit sie dann schließlich „lebenssatt“ sterben können. Zur Hospizbegleitung gehören deshalb angemessene kulturelle und spirituelle Angebote.“<sup>59</sup>*

## **7. Rahmenbedingungen einer guten Sterbebegleitung**

Die Rahmenbedingungen, in denen die Sterbebegleitung durchgeführt wird, haben natürlich großen Einfluss auf die Tätigkeiten und den „Erfolg“ der Begleiter. Nur unter optimalen Verhältnissen ist es möglich, dem Patienten bzw. der Patientin einen würdevollen Abgang aus dieser Welt zu ermöglichen.

### **7.1. Gemeinschaft der Helfer**

Für eine gute Sterbebegleitung ist es notwendig, dass sich Menschen aus verschiedenen Professionen zusammenschließen und zu einem funktionierenden Team vereinen. Die Gemeinschaft setzt sich aus den unmittelbar an der Sterbebegleitung beteiligten Personen zusammen. Dazu gehören ÄrztInnen, Pflegepersonal, MitarbeiterInnen von sozialen und

---

<sup>59</sup> Rest (1998) S. 187

seelsorgerischen Diensten, Pflegehilfpersonal, sowie freiwillige Helfer. Für all die Teammitglieder des Sterbebestandes gilt völlige Gleichberechtigung. Es gibt keinen Teamführer, der Anweisungen erteilt oder „das Wort führt“. Im Team können höchstens Vermittlungs- und Klärfunktionen an kontinuierliche Kontaktpersonen übertragen werden. Die Teamfähigkeit ergibt sich nicht aus einer guten Führungsqualität, sondern aus der Bereitschaft, seine persönliche und fachliche Kompetenz gegenüber anderen zurückzunehmen. In den letzten Wochen und Tagen kommt es häufig vor, dass nahe Angehörige dem/ der Sterbenden rund um die Uhr beistehen und so den Pflegealltag mit beeinflussen. Dies erfordert vom Betreuungsteam eine hohe Flexibilität, da der strikte Tagesablauf oft unterbrochen werden muss. Doch nicht nur eine hohe Flexibilität, sondern vor allem die Integration der Angehörigen in das Team ist für eine gute Sterbebegleitung von höchster Bedeutung.<sup>60</sup>

## **7.2. Pflegeprozess und Pflegeplan**

Laut Franco Rest bevorzugen sterbende PatientInnen das traditionelle Individualpflegesystem, was sich durch eine klare Verantwortungszuteilung auf eine Person charakterisiert. Eine dem/ der Patienten/ Patientin sympathische und vertrauenswürdige Pflegeperson übernimmt dabei jegliche Verantwortung und niemand, auch keine Leitung, darf sich in ihr Handeln einmischen. Grund für die Bevorzugung dieses Systems liegt in der Ähnlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung, die, angesichts des Sterbens, unbewusst in die Erinnerung gerufen wird. Eine bewährte Ausarbeitung des Individualpflegesystems ist das Zimmerpflegesystem. Grund- und Behandlungspflege werden dabei auf eine Schwester und ihren Helfern übertragen. Damit diese ihre gesamte Konzentration auf den pflegerischen Bereich legen können, sollten sie von übergeordneten Verwaltungs- und Planungsaufgaben entlastet werden. Auf diese Weise ist den Patienten eine vertrauenswürdige Ansprechperson gesichert. Eine ähnliche Arbeitsweise hat das Gruppenpflegesystem, das sich durch ein koordiniertes Mehrpersonensystem kennzeichnet. Aus dieser Gruppe kann sich der/ die PatientIn aufgrund persönlicher Kriterien, einen Ansprechpartner wählen. Ein Verlust der Fachlichkeit muss nicht befürchtet werden, da die Kooperation des interdisziplinären Teams perfekt funktioniert. Wichtig dabei ist, dass sich die Systeme abwandeln lassen, um so den Erfordernissen dieser individuellen Situationen gerecht zu werden.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> vgl. Rest (1998) S.180f

<sup>61</sup> vgl. Rest(1998) S.181

### **7.3. Kooperation und Koordination**

Ein wichtiger Faktor für eine gelungene Sterbebegleitung liegt in einer reibungsfreien Kooperation zwischen traditionellen Gesundheitsinstitutionen (Krankenhäuser) und neueren Einrichtungen (stationäre und ambulante Hospize), sowie zwischen professionellen und freiwilligen HelferInnen. Die Orientierung an den Bedürfnissen der Sterbenden verlangt eine gelungene Vernetzung aller stationären und ambulanten Institutionen. Wie anfangs bereits erwähnt, wünscht sich der Großteil der PatientInnen, in den eigenen vier Wänden und ohne Schmerzen sterben zu dürfen. Durch eine gelungene Kooperation der Krankenanstalten und der ambulanten Hospize kann das Sterben zu Hause für viele ermöglicht werden. Besonders wichtig ist auch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen, da eine große Zahl schwerst erkrankter PatientInnen noch unzureichend versorgt ist. Dazu gehören beispielsweise Krebs- und AIDS PatientInnen, aber auch PatientInnen im häuslichen Bereich, deren Pflege die Angehörigen überlastet.

Auch HausärztInnen sollten zunehmend in die Sterbebegleitung mit einbezogen werden. Sie stehen zwar in einer engen und vertrauensvollen Beziehung mit den PatientInnen, jedoch verfügen sie meist nicht über die nötigen Qualifikationen, um die gesamte Aufgabe einer Sterbebegleitung übernehmen zu können. Mit einer engen Kooperation zu umliegenden Hospizen oder professionellen Sterbebegleitern könnte dieses Defizit behoben werden.<sup>62</sup>

### **7.4. Räumlichkeiten in der Sterbebegleitung**

In Hospizen und Altersheimen, besonders in den modernen Einrichtungen, ist es heutzutage üblich, dass jeder/-e BewohnerIn ein Einzelzimmer belegt. Es gibt nur mehr eine geringe Anzahl an Doppelzimmern, die meist nur mehr von Ehepaaren belegt werden. Den BewohnerInnen wird somit die Möglichkeit geboten, sich ihre Zimmer häuslich einzurichten. Dadurch entsteht eine vertraute und private Atmosphäre, in der der Sterbeprozess auf eine würdige Art und Weise vonstatten gehen kann. Aufgrund dieses Umstandes ist eine Verlegung während der akuten Sterbephase oft kritisch zu hinterfragen.

Ein weiterer bedeutender Aspekt liegt in der Beachtung der Farbgestaltung. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass Farben unterschiedlichste Schwingungen besitzen. Sie können auf Menschen bestimmte Energien ausstrahlen und so ihren Organismus auch nachhaltig beeinflussen. Die farblich richtige Gestaltung der Räumlichkeiten könnte somit

---

<sup>62</sup> vgl. Rest(1998) S.182f

nicht nur den Beziehungs- und Gesprächsaufbau fördern, sondern auch die Gefühle und Gedanken der BewohnerInnen positiv beeinflussen.<sup>63</sup>

### **7.5. Besuchszeiten und Übernachtungsmöglichkeiten**

Flexible Besuchszeiten und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige spielen im Sterbeprozess eine bedeutende Rolle. Viele Angehörige möchten ihre geliebten Menschen während der Sterbephase möglichst nicht alleine lassen. Aus verschiedenen Gründen ist es oft schwer, sich an Besuchszeiten zu halten, deshalb sollten diese flexibel gestaltbar sein. Vor allem in der Nacht sind die Diensthabenden aufgefordert, die Türen für Besucher zu öffnen. Pflegepersonen werden so von den Angehörigen Sterbender in ihrer Begleitung unterstützt. Mit der Möglichkeit einer Übernachtung kann den Betroffenen sehr viel Druck und Stress genommen werden. Obwohl es sich meist um durchwachte, am Bett sitzende Nächte handelt, bietet sich den Angehörigen die Gelegenheit, Ruhephasen einzulegen, um so neue Kraft zu sammeln.

---

<sup>63</sup> vgl. Specht-Tomann et al (2000) S.149f

## 8. Fazit

Das letzte Kapitel dieser Bachelorarbeit möchte ich zur Beantwortung meiner anfangs gestellten Forschungsfragen nützen. Der Schwerpunkt meiner Recherchen liegt dabei in der Frage, inwieweit die Möglichkeit besteht, allgemein gültige Richtlinien für eine „gelungene“ Sterbebegleitung zu erstellen. Bevorzugterweise sollten diese anschließend in die Ausbildung für Langzeitpflegende integriert werden.

Beim Sterben handelt es sich um einen individuellen Vorgang, der von jeder Person auf eigene Art und Weise durchlebt wird. WissenschaftlerInnen aus aller Welt haben sich im Laufe der Zeit intensiv mit der Thematik des Sterbens beschäftigt. Ihre Aufgabe lag darin, den Sterbeprozess, der charakteristische Verlaufsformen aufweist, als Lebensvorgang zu definieren. Trotz der hohen Individualität des Prozesses ist es doch möglich, Gemeinsamkeiten in den zahlreichen einzelnen Sterbevorgängen zu finden. Das Ziel der wissenschaftlichen Arbeiten lag in dem Versuch, das Ableben der Menschen als eine Art Prozess schematisch darzustellen und so in mehrere Phasen zu gliedern. Diese Phasen sollten sich, anhand typischer Merkmale und Verhaltensweisen, klar voneinander unterscheiden. Das wohl bekannteste und weitverbreitetste Phasenmodell stammt von der renommierten Ärztin und Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler-Ross. Sie unterteilte den Sterbevorgang in fünf Abschnitte, welche nicht linear sondern willkürlich und sogar mehrmals durchlaufen werden können. Individuelle Abweichungen und Ausgestaltungen werden in dieser Einteilung zwar weitgehend nicht berücksichtigt, helfen dem Pflegepersonal aber trotzdem, die Dynamik des Sterbeprozesses besser zu verstehen.

Die letzte Lebenszeit ist von typischen körperlichen und psychischen Bedürfnissen der Menschen geprägt. Bei den erst genannten handelt es sich um körperliche Empfindungen. Diese hängen mit den Bereichen Schmerz, Müdigkeit, Durst und Atmung zusammen. Psychische Bedürfnisse hingegen kreisen meist um die großen Themengebiete Berührung, Zuwendung, Nähe und Kontakt.

Die innere Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner eigenen Endlichkeit führt dazu, dass Sterbende sich sehr oft der Symbolsprache bedienen. Diese hilft ihnen, innere Vorgänge besser mitzuteilen.

Dieser kurze Rückblick über den Kerninhalt meiner Arbeit zeigt, dass, trotz der hohen Individualität zwischen den einzelnen Sterbeprozessen, viele Gemeinsamkeiten existieren. Das Wissen um die Sterbephasen, die besonderen Bedürfnisse und die Eigenart der Kommunikation von schwerkranken Menschen kann demnach für eine „gelungene“ Sterbebegleitung eine entscheidende Rolle spielen. Meines Erachtens lassen sich, gerade

wegen der Einzigartigkeit des Sterbeprozesses, keine allgemeingültigen Richtlinien erstellen. Es handelt sich hier vielmehr um potentielle Hilfestellungen, Anregungen und Erklärungen. Dessen ungeachtet bin ich trotzdem überzeugt davon, dass die Weitergabe dieses Wissens in die Ausbildung aller Pflegeberufe integriert werden muss. Schließlich ist die Sterbebegleitung als zukünftige Aufgabe Langzeitpflegender zu sehen. Eine gute Begleitung ist jedoch von der persönlichen Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und der sozialen Kompetenz, die jede Pflegeperson mit sich bringt, abhängig. Die Wissensvermittlung in der Ausbildung führt zu einer Sensibilisierung der angehenden Pflegekräfte bezüglich der Themen „Tod“ und „Sterben“. So verlieren diese ihre tabuisierende Betrachtungsweise und erkennen den Sterbeprozess als Lebensereignis an. Nur durch diese Sensibilisierung ist es möglich, den PatientInnen auch in der Langzeitpflege ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

*"Der Mensch kann nur Mensch werden, wenn nach seiner Geburt Menschen da sind, für ihn, mit ihm. Er kann sich aus seinem Leben als Mensch nur verabschieden, wenn er in seinem Sterben nicht allein ist, sondern jemand da ist, für ihn, mit ihm."*<sup>64</sup>

*Heinrich Pera, Pfarrer*

---

<sup>64</sup> <http://www.palliativ-portal.de/Zitate> , am 05.04.2013

## **9. Literaturverzeichnis**

KULBE, A. (2008): Sterbebegleitung, Hilfen zur Pflege Sterbender, 1. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München.

NAGELE, S.; FEICHTNER, A. (2009) Lehrbuch der Palliativpflege, 2. überarbeitete Auflage, Facultas Verlag, Wien.

BONHORST, B. (1997) Laß mich los, aber nicht allein.: Ein Ratgeber zur Sterbebegleitung, Fischer- Taschenbücher Verlag, Frankfurt am Main.

BORASIO, G. D. (2012): Über das Sterben; was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen; 9. Auflage, Beck Verlag, München.

REST, F. (1998): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit, Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter; 4. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

OTTERSTEDT, C. (2001): Sterbenden Brücken bauen, Symbolsprache verstehen, auf Körpersignale achten; Verlag Herder Freiburg, Breisgau.

SPECHT-TOMANN, M.; TROPPEL, D. (2000): Zeit des Abschieds, Sterbe- und Trauerbegleitung; 3. Auflage, Patmos Verlag, Düsseldorf.

### **Internetquellen:**

URL: <http://zitate.net/sterben.html>, Zugriff am 05.04.2013

URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/krankenhaus.html>, Zugriff am 14.03.2013

URL: [http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2011.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf), Zugriff am 14.03.2013

URL: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html), Zugriff am 03.04.2013

URL: <http://www.palliativ-portal.de/Zitate> , Zugriff am 05.04.2013

URL: <http://www.zitate.de/kategorie/Tod>, Zugriff am 05.04.2013

URL: <http://www.medhost.de/pflege-demenz/tod.html>, Zugriff am 06.03.2013