



WIR IM HOSPIZ

Nr. 16

Ausgabe Mai 2018

**Liebe Mitglieder,
liebe Freunde des Fördervereins!**

Krisensituationen überfordern uns. Wenn wir die Krisen nicht mehr überblicken können, handeln wir häufig nicht mehr rational. Dann reagieren wir emotional.

Für Menschen, die geschwächt sind und weder Zuspruch noch Unterstützung haben, ist es besonders schwierig, derartige Situationen zu bestehen. Die wohl größte Krise im Leben eines Menschen ist der nahende Tod. Um aus dem Irrgarten der eigenen Lösungsversuche heraus zu kommen, fehlen oft Weitblick und Zuversicht. Dann ist es wichtig, einen Gesprächspartner zu haben, der unterstützend versucht die Blockaden zu lösen und Wege zum inneren Frieden aufzuzeigen. Auch das gehört zu den Aufgaben des Hospizes: Für in Not geratene Menschen ehrenamtliche und professionelle Kräfte als Gesprächspartner anzubieten.

Ich wünsche Ihnen einen tollen Frühling und Sommer

C. Rosak
Ihr
Prof. Dr. Rosak

Aus dem aktuellen Inhalt

- Krisen am Lebensende
- Ehrenamt im Evangelischen Hospiz
- Im Gespräch bleiben

Unsere sechszehnte Ausgabe von

„Wir im Hospiz“ widmen wir dem Thema „Krisen“.

Krisen am Ende des Lebens

Im Evangelischen Hospiz orientieren wir unseren Betreuungsprozess an der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Deshalb orientieren wir uns im Pflegeprozess nicht primär an objektiven Pflegeproblemen. Es stellt sich vielmehr die Frage: Was ist für den Patienten, die Patientin subjektiv aktuell das größte Problem?



Foto: D. Müller

Diese Perspektive erfordert, dass wir unser Tun ständig hinterfragen. Halte ich es notwendig oder braucht der Patient das, was ich jetzt für ihn tue? Ist es für eine gute Hygiene notwendig, dass ich bei einem bewegungseingeschränkten Patienten die Intimpflege durchführe oder ist es für diesen Menschen wichtiger, bei der selbstständigen Intimpflege unterstützt zu werden? Das soll nicht heißen, dass wir uns ausschließlich an der Problemperspektive des Patienten orientieren, zumal wir sie kaum mehr ermitteln können, wenn der Patient sich immer weniger verbal, gestisch oder mimisch mitteilen kann.

Aber wir sollten uns auch immer bewusst machen, aus welcher Perspektive heraus wir handeln.

Verschiedene Krisenperspektiven

Wir können feststellen, dass das größte Problem für Menschen am Lebensende der Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen ist. Sich nicht mehr selbstständig bewegen können, seinen Aufenthaltsort, Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen nicht mehr selber steuern können, abhängig von Hilfe zu sein. Das wird als beschämend erfahren. Das kränkt. Da scheinen am Ende nur noch der

Fortsetzung auf S. 2

Schlaf und der Tod zu helfen, um sich dieser Beschämung entziehen zu können. Die Angehörigen signalisieren aus ihrer Perspektive heraus ganz andere Probleme. Sie wirken zutiefst beunruhigt, wenn der Sterbende Nahrung und Getränke ablehnt. Die Ablehnung von Lebensmitteln ist für sie mit einer unmittelbaren Todesdrohung verbunden. Aus der Perspektive der professionell Pflegenden ist das größte Problem, wenn Menschen in der letzten Lebensphase wiederholt motorisch unruhig werden und in Verbindung mit Verwirrtheit und trotz körperlicher Hinfälligkeit Bett oder Sessel verlassen.

Fragen wir unsere im Hospiz tätigen Hausärztinnen, sehen sie als größtes Problem der Hospizpatienten ihre Belastungen durch Angst, insbesondere die Angst vor einem möglichen Ersticken als Folge ihrer Erkrankung.

Problemlösungsmethoden

Pflegebedürftig zu sein und Kontrollverlust zu erfahren, das wird von den Patienten als beschämend erfahren. Es ist daher eine hohe pflegerische Kompetenz, Pflege so zu gestalten, dass dem Patienten die höchstmögliche Kontrolle über die pflegerische Interaktion verbleibt. Das bedeutet, dem Patienten wird die Steuerung der pflegerischen Maßnahme ermöglicht. Das reicht von Ablehnung der angebotenen Maßnahme über den Einbezug bis zur Entwicklung verbliebener motorischer Kompetenzen. Die moderne Medizin vermittelt den Ein-

druck, dass das Leben immer weiter verlängert werden kann. Dadurch fällt es schwer, Sterben auch als einen normalen Prozess erfahren zu können. Sterben läuft in einer schrittweisen, mehr oder weniger schnellen Reduktion der Organfunktionen ab. Das ist vielen Menschen fremd. Dass eine Reduktion der Aufnahme von Lebensmitteln dann eine Entlastung des Körpers sein kann, ist schwer vorstellbar.

Eines der größten Probleme am Lebensende aus Sicht der Pflegenden ist der konstruktive Umgang mit Menschen, die geschwächt, verwirrt und motorisch unruhig sind. Es besteht die Gefahr, dass der betroffene Mensch sich in einer hilflosen Situation befindet und sein Hilfebedarf nicht zeitnah wahrgenommen werden kann. Betreuen Pflegenden einen Menschen schon längere Zeit, können sie die Ursache der Unruhe (z. B. Harndrang, Schmerzen) herausfinden und gegensteuernde Maßnahmen einleiten.

Befindlichkeiten können anstecken

Die Unruhe des Patienten kann sich auf die Pflegekraft übertragen und umgekehrt. Deutlich wird es vor allem bei der Erstickungsangst. Pflegenden wissen, dass sie auf ihre eigene Atmung achten müssen, wenn sie einen Patienten mit Atemnot betreuen. Fatal ist, dass schon die Angst vor der Atemnot durch Anspannung den Atemraum verkleinert. Also steigert sich Angst vor Atemnot bis zur Panik hoch. Erfahrene Pflegekräfte wissen um diese

Kreativteam

So nennt sich eine Gruppe von Ehrenamtlichen, die zusammen mit einer Praktikantin mehrmals im Jahr Veranstaltungen für Patienten und Angehörige anbieten. Ein kleines Gitarrenkonzert, Gedichtlesungen oder Mundarttexte bilden den Auftakt. Im Anschluss sitzt eine fröhliche Runde im Wohntreff bei Kaffee und Kuchen oder jahreszeitlichen Köstlichkeiten zusammen. Für einen Nachmittag steht nicht die bedrohliche Erkrankung im Mittelpunkt des Fühlens und Denkens, sondern geselliges Beisammensein. Bei der letzten Veranstaltung wurde gemeinsam Osterdekoration gebastelt.

Zusammenhänge. Gut ausgebildete Pflegekräfte können vorausschauend die sich entwickelnden Krisen sehen und ggf. in Absprache mit Angehörigen und behandelnden Ärzten Maßnahmen der Gegensteuerung einleiten, damit sich Menschen am Ende des Lebens nicht den Gefühlen von Hilflosigkeit, Beschämung, Angst und Schmerzen ausgeliefert fühlen müssen. Entscheidend ist dabei aber immer wieder der Perspektivwechsel und die Frage: Um wessen Problem geht es gerade?

Adelheid von Herz



Foto: R. Dietrich

Ehrenamt im Evangelischen Hospiz

Als für mich 2009 die Altersteilzeit begann, habe ich über eine Beschäftigung in meiner freien Zeit nachgedacht. Mir kam sofort das Hospiz in den Sinn, denn ich habe meinen Lebensgefährten in seinen letzten drei Tagen in einem Hospiz begleitet.

Meine Freunde meinten, dass das noch nichts für mich sei, da meine Trauerzeit noch nicht vorbei sei. Ich habe mich zwar gefragt, ab wann die eigentlich vorbei sei. Aber ich gabe nach und erst nach fünf Jahren kam mir das Hospiz wieder in den Sinn. Daraufhin habe ich meine Mithilfe im Hospiz angeboten. Diese Entscheidung habe ich bis heute nicht bereut.

Arbeitsbereich Hauswirtschaft

Als Arbeitsbereich habe ich für mich die Hauswirtschaft gewählt und war zunächst für das Abendessen zuständig. Ich ging zu den einzelnen Patienten ins Zimmer und erzählte ihnen, was für das Abendessen geplant sei. Wenn jemand andere Wünsche hatte, so habe ich sie notiert. Anschließend ging es in die Küche. Gemeinsam mit einer Hauswirtschafterin wurden

Fortsetzung auf S. 3

die Teller liebevoll angerichtet. Manche Patienten können wegen Bewegungseinschränkungen weder richtig noch alleine essen. Entsprechend wird das Essen mundgerecht zugeschnitten oder angereicht. In dieser Zeit finden oftmals sehr angeregte Unterhaltungen statt. Einige Patienten sind unzufrieden mit ihrer Lebenssituation oder mit ihrer Schwäche und ihrer Abhängigkeit. Meistens kommt es dann zum Ausdruck, wenn sie unzufrieden mit dem Hospiz, dem angebotenen Essen oder der Zuwendung ihrer Angehörigen sind. Es ist wichtig, dass ihnen in so einer Situation jemand zuhört und ihre Lage ernst nimmt. Nach ungefähr einem halben Jahr wechselte ich zur Mittagsschicht. Hier wird

gekocht, gebrutzelt und der Nachtschicht „gezaubert“. Jeden Tag gibt es ein Hauptgericht. Wenn jemand es nicht mag, wird nach einer Alternative gesucht. Nachdem alle fertig mit dem Essen sind, wird das Geschirr eingesammelt, gereinigt und danach wieder einsortiert. Anschließend wird die Küche wieder auf Hochglanz gebracht. Meistens gehe ich erschöpft, aber dennoch zufrieden nach Hause. Während meiner Arbeit komme ich gelegentlich ins Gespräch mit den Angehörigen. Sie beobachten die Veränderungen des geliebten Menschen und sind oft erschrocken darüber. Ich erkläre ihnen dann, dass das „normal“ sei. Oft reicht es aber schon, wenn einfach mal jemand zuhört.

Mehr als nur Essen ...

Aber es geht nicht nur um eine gute Essensversorgung, sondern auch darum, dass sie jemanden brauchen, der für sie einkauft, z. B. wenn die geliebten Zigaretten knapp werden. Oder bei schönem Wetter begleite ich den oder diejenige in den nahe gelegenen Park. Da genießen wir dann die Sonne. In der Fastnachtszeit haben wir gemeinsam Kräppel und Nonnenfüzle gebacken. Daran hatten alle Freude. So freue ich mich jeden Dienstag auf meinen Einsatz im Hospiz. Nicht nur das Arbeiten im Team macht mir großen Spaß, sondern ich habe auch das Gefühl, meinen Vormittag sinnvoll genutzt zu haben.

Sigrid Janson

*„Nicht den Tod sollte man fürchten,
sondern dass man nie beginnen wird, zu leben.“*

Marc Aurel

Im Gespräch bleiben – auch wenn nichts mehr zu sagen ist

Nur selten kommen Patientinnen und Patienten freiwillig ins Hospiz. Sie sind schon seit längerer Zeit erkrankt und haben die Erfahrung gemacht, dass medizinische Maßnahmen die Beschwerden ihrer Erkrankung beheben oder zumindest lindern. Und plötzlich wird ihnen signalisiert: Da ist nichts mehr zu machen. Es wird nicht mehr besser, sondern eher schlechter. Und am besten gehen Sie in ein Hospiz!



Foto: D. Müller

Das Hospiz wird nicht wahrgenommen als sicherer Hafen am Ende des Lebens, sondern als letzter Ausweg in einer ausweglosen Situation. Für viele Kranke und genauso für die Angehörigen ist das oft ein Schock. „Wir wussten zwar, dass sie schwer krank ist – aber wir dachten doch, es wäre noch ein bisschen Zeit.“ – „Im Krankenhaus hat sie immer eine Infusion bekommen und dann ging es ihr wieder besser.“ – „Da muss man doch etwas machen können!“

Die Rolle der Hausärztin

Die erste Ansprechpartnerin in dieser Situation ist die Hausärztin. Sie nimmt sich viel Zeit für die erste Visite. Sie erklärt noch einmal sehr genau, was die Befunde

im Arztbrief aus dem Krankenhaus bedeuten, wie sie den weiteren Verlauf der Krankheit sieht und welche Komplikationen und Zustandsverschlechterungen sie befürchtet. Sie versucht Kranke und Angehörige auf den Wechsel von kurativer zu palliativer Medizin einzustellen: Nicht mehr die Heilung oder Besserung stehen im Mittelpunkt der Behandlung, sondern die Lebensqualität und die Kontrolle unvermeidlicher Symptome. Vieles kann man verbessern. Manche Maßnahmen haben Nebenwirkungen. Man muss miteinander darüber nachdenken, was in der jetzigen Lebenssituation wirklich wichtig ist. Oft begegnet einer Ärztin in dieser Situation Aggressivität. Das scheinbare „Versagen“

der Medizin wird ihr angelastet, sie ist ja die einzige greifbare Vertreterin ihrer Zunft. Da braucht es eine Menge Finger-spitzengefühl, persönliche Angriffe nicht persönlich zu nehmen und die Emotionalität der Gesprächspartner zwar einerseits aufzunehmen, ihr aber auf einer sachlichen Ebene zu begegnen. In einem manchmal längeren Prozess entsteht das Vertrauen, das wichtig ist, um das Unabwendbare gemeinsam zu ertragen.

Die „Provokation“ der Gesunden

Im Alltag der Patientinnen und Patienten werden die Pflegekräfte mit den krankheitsbedingten Einschränkungen konfrontiert – und sie konfrontieren auch die Kran-

Fortsetzung auf S. 4

ken damit. „Sie provozieren mich jedes Mal, wenn sie so gesund hier hereinkommen und ich so schwach daliege!“ So hat es einmal eine Patientin gegenüber einer Pflegekraft sehr offen formuliert. Ihre Erkenntnis hat ihr sicher geholfen, besser mit ihrer Lebenssituation umzugehen, doch die Provokation blieb für sie. Bis zum Schluss galt die Patientin als „schwierig“. Auch hier geht es um Sensibilität und Fingerspitzengefühl, andere Menschen nicht mit meiner Hilfsbereitschaft zu überfahren und damit auch zu provozieren, andererseits aber auch Hilfsbedürftigkeit zu erkennen und zu unterstützen, die mir vielleicht aus Scham verschwiegen wird. „Ich bin für Sie da, wenn Sie mich brauchen.“ – „Ich lasse Sie in Ruhe, wenn Sie mich nicht brauchen.“ Diese beiden Haltungen sollen den Kranken entgegengebracht werden in einer Situation, in der die Betroffenen oft selbst nicht wissen, was sie wollen und brauchen.

Im Gespräch

Die meisten wissen: Sie wollen nicht sterben und das heißt dann auch: Sie wollen nicht im Hospiz sein. Es erfordert für alle Beteiligten viel Geduld und Einfühlungs-

vermögen, einander in dieser Situation zu begegnen. Ciceley Saunders, die große Pionierin der Hospizbewegung, berichtete in einem Interview vom Gespräch mit einem Patienten. Er fragte: „Werde ich sterben?“ Ich antwortete mit einem klaren: „Ja.“ Dann fragte er: „Wird es noch lange dauern?“ Und ich sagte: „Nein.“ Er schaute zu mir hoch. „War es schwierig für Sie, mir das zu sagen?“ „Ja, das war es.“ Und er antwortete: „Danke. Es ist schwierig, es gesagt zu bekommen, aber es ist sicher genauso schwierig, es auszusprechen.“

Es ist schwierig, im Gespräch zu bleiben in einer Situation, die einzelne oder alle Beteiligten am liebsten nicht wahrhaben möchten. Es gibt dafür auch keine Standardrezepte. Es ist wichtig, den anderen wahrzunehmen, in seiner Angst, in seinen Hoffnungen und in seiner Hoffnungslosigkeit. Es ist wichtig, ihn nach seiner Einschätzung und Wahrnehmung zu fragen und ihm nicht meine mitzuteilen. Es ist wichtig, Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Und zu schweigen, wenn man selbst nicht weiter weiß.

Reinhold Dietrich

Spendenprojekt des Rotary Clubs Frankfurt am Main

Zu Weihnachten 2017 erhielt der Förderverein für das Evangelische Hospiz vom Rotary Distrikt 1820 einen Zuschuss („District Grant“) in Höhe von 7.410 €, zusammen mit anderen Spenden aus dem Rotary Club standen so 27.500 € zur Verfügung. Aus diesen zusätzlichen Mitteln können in diesem Jahr Anschaffungen gemacht werden, die durch das Budget der Kostenträger nicht gedeckt sind. Es handelt sich dabei um einen Spezialrollstuhl, fünf mobile Spritzenpumpen und fünf Anti-Dekubitus-Matratzen. Dafür bedanken sich der Vorstand des Fördervereins und das Evangelische Hospiz bei den Mitgliedern des Rotary Clubs Frankfurt am Main und dem Rotary Distrikt 1820 auf das Herzlichste.

Spendenkonto

Förderverein für das
Evangelische Hospiz Frankfurt am Main
Ev. Kreditgenossenschaft e. G.
Stichwort: Spende
IBAN: DE86 5206 0410 0004 0024 23
BIC: GENODEF1EK1

Bei Spenden bis einschließlich 200.– Euro gilt die Kopie des Überweisungsauftrages in Verbindung mit dem Kontoauszug Ihrer Bank als Spendenbeleg.

Kontakt

Wenn Sie Fragen haben, dann zögern Sie bitte nicht, sich mit uns in Verbindung zu setzen – telefonisch oder per E-Mail.

Evangelisches Hospiz
Frankfurt am Main gGmbH
Rechneigrabenstraße 12
60311 Frankfurt am Main
Telefon: 069 299879-0
Telefax: 069 299879-60
E-Mail: info@hospiz-frankfurt.de
Web: www.hospiz-ffm.de

Redaktion

V.i.S.d.P.
Dr. Dagmar Müller
Prof. Dr. Christoph Rosak
Reinhold Dietrich

Diakonie 
Frankfurt am Main



Die nächste Ausgabe
erscheint voraussichtlich:
im November 2018

www.hospiz-ffm.de

EVANGELISCHES HOSPIZ 
FRANKFURT AM MAIN