

Wer sagt denn: nichts geht mehr ?

*Eine Handreichung für schwerkranke Menschen
und deren Angehörige
zu den Themen Palliativ- und Hospizarbeit*

Von der Fachgruppe Hospiz-Onkologie-Palliativ-Pflege (HOPP)
im DBfK, LV Bayern



Inhalt

1	Vorwort	3
2	Hospiz: von der Idee zur Tat	6
2.1	Geschichte	6
2.2	Entwicklung in Deutschland	7
3	Beispiele aus der Hospiz- und Palliativarbeit	9
3.1	Berichte von Angehörigen	9
3.1.1	Mutter lächelt wieder	9
3.1.2	Ich lass dich nicht allein	10
3.1.3	Mein kleiner Bruder	11
3.2	Berichte von Pflegenden	12
3.2.1	Ein Morgen in der ambulanten Palliativpflege	12
3.2.2	Wasserstau – ein Beispiel aus einer Palliativstation mit Brückenpflege	16
3.2.3	Atemnot – ein Beispiel aus einer Palliativstation	18
3.3	Berichte von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen	20
3.3.1	Sprachlosigkeit	20
3.3.2	Loslassen	20
3.3.3	Leben im Sterben	20
4	Schlussgedanken	21
5	Literatur und Adressen	22

<u>Anhang:</u>	24
----------------	----

Stationäre und ambulante Betreuung durch Hospize und Palliativstationen

Hinweis: der besseren Lesbarkeit halber haben wir uns entweder auf die weibliche oder männliche Sprachform verständigt. Wir schließen dabei das jeweils andere Geschlecht selbstverständlich mit ein.

1 Vorwort

Wer weiß denn, ob das Leben nicht ein Sterben ist und Sterben Leben?

(Euripides)

Die Diagnose einer schweren Erkrankung erschüttert Patientinnen und deren Angehörige tief. Ängste, Ungewissheit, Zorn, Erbitterung, Nicht-Wahrhaben-Können, Aggression, Depression, Trauer und Hoffnung, Ruhe und Frieden wechseln oft rasch und belasten zusätzlich zum Krankheitsgeschehen. Unheilbar krank zu sein, zu begreifen, dass das Leben begrenzt sein wird, ist kaum auszuhalten.

Und doch gibt es auch in solchen Situationen Hoffnung. Diese Hoffnung reicht weiter als der Wunsch nach Gesundheit. Sie ist Teil unseres Seins. Sie richtet sich auf das Heilwerden unseres ganzen Lebens. Sie ist ein wichtiger Prozess in unserem Abschiednehmen, unserer Trauer, unserem Sterben.

Wir können darauf hoffen, keine Schmerzen ertragen zu müssen. Wir können hoffen, von mitfühlenden und kompetenten Menschen gepflegt zu werden, Trost in seelischen und spirituellen Anliegen zu finden, Abschiednehmen und loslassen zu können, für Neues offen zu werden und in Frieden und Würde zu sterben.

Diesen und weiteren ganz individuellen Hoffnungen will die Hospiz- und Palliativ-Bewegung Raum und Leben geben.

Damit Sie und Ihre Angehörigen rechtzeitig erfahren, welche Möglichkeiten es für Sie gibt, haben wir für Sie Informationen und Eindrücke aus der Hospiz- und Palliativarbeit gesammelt.

Sie können diese Broschüre und eine weitere zum Thema Schmerz weitergeben, kopieren, nachbestellen oder herunterladen unter bayern@dbfk.de.

Unser Anliegen ist es, Sie damit in schwerer Zeit unterstützen zu können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Die Mitglieder der Fachgruppe **HOPP**
(= **H**ospiz-**O**nkologie-**P**alliativ-**P**flege) im DBfK, LV Bayern

Christian Halbauer, Ingolstadt

Freya Jaroljmek, Ramerberg

Elisabeth Jungbauer, München

Christa Pleyer, München

Gregor Sattelberger, München

Rainer Teufel, Ingolstadt

Angelika Walser-Liegl, Starnberg

Regina Wölflé, München

VSiP: Heide Pruß, DBfK, LV Bayern, Romanstr. 67, 80639 München

Erscheinungsdatum: August 2007

*Meer, das du sonnenblau lächelst,
in träumendem stillen Frieden,
Du, das gegen Abend in dir selbst ruht,
während die Sonne im Westen untergeht.
Du hast mir die hellen Strände gezeigt,
die einmal durch das Blau steigen werden,
wenn der letzte Segeltörn endet und die Segel
in der Abendsonne heruntergleiten.*

(Aus „Hymne an das Meer“ von Jakob Sande)



2 Hospiz: von der Idee zur Tat

Die menschliche Gesellschaft gleicht einem Gewölbe, das zusammenstürzen müsste, wenn sich nicht die einzelnen Steine gegenseitig stützen würden.

(Seneca)

2.1 Geschichte

Das ist der Gastfreundschaft tiefster Sinn: dass der eine dem anderen Ratgeber auf dem Weg nach dem ewigen Zuhause sei.

(Romano Guardini)

Cicely Saunders wurde 1918 in England geboren. Sie lernte als junge Krankenschwester und Sozialarbeiterin den schwerkranken David Tasma kennen. Diesem fühlte sie sich eng verbunden. Seine Lebens- und Leidensgeschichte und die offenen Gespräche, die sie mit ihm über den nahen Tod führen konnte, beeinflussten ihr weiteres Leben. In ihren Gesprächen entwickelten die beiden die Vision eines Ortes, an dem schwerkranke und sterbende Menschen ein Zuhause finden konnten und wo sie Linderung und Begleitung erfahren würden. Bei seinem Tod hinterließ David Tasma Cicely Saunders 500 Pfund mit den Worten: „Ich werde ein Fenster sein in deinem Heim“.

Drei Jahre später begann Cicely Saunders ein Medizinstudium. Fast 20 Jahre später – im Jahre 1967 – wurde die Vision wahr: Cicely Saunders eröffnete das erste Hospiz, das St. Christopher's Hospice in London. Es sollte ein Zuhause für schwerkranke und sterbende Menschen werden, aber es sollte auch der Ausbildung und Forschung dienen. Cicely Saunders war es wichtig, Leid zu lindern, wenn keine Heilung der Erkrankung möglich war. Ihre Überzeugung war, dass auch die Zeit des Sterbens zu einer Zeit des „Heilwerdens“ und des Wachsens werden kann.

Die Idee der Hospizbewegung war geboren und fand fortan ihren Weg in fast alle Länder der Erde.

Im Jahr 2005 starb Cicely Saunders in dem von ihr gegründeten Hospiz.

2.2 Entwicklung in Deutschland

Nicht dem Leben mehr Tage sondern den Tagen mehr Leben geben

In Deutschland und anderen Europäischen Länder dauerte es bis in die 80er und 90er Jahre, ehe die Hospizidee Fuß fassen konnte. Diese Idee beruht auf der Vorstellung, dass die Begleitung von sterbenden Menschen einerseits spezifische Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen von professionellen Helfern wie Pflegenden und Ärzten erfordert, andererseits als Teil des Lebens von der Gesellschaft akzeptiert wird. Deshalb werden auch ehrenamtliche Helfer miteinbezogen. Sie sorgen mit dafür, dass die normale Außenwelt und soziale Kontakte erhalten bleiben. Mit ihren Erfahrungen helfen sie auch mit, die gesellschaftlich weit verbreitete Furcht vor Sterben und Tod zu vermindern.

Das Hospizangebot soll sowohl den Patienten als auch den Angehörigen offen stehen und diese auch in der Trauerarbeit unterstützen. Die kontinuierliche Versorgung wird durch ein interdisziplinäres Team erbracht, welches spezifisch für die Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen ausgebildet wird. Der Patient soll möglichst viel Lebensqualität erfahren. Schmerzen und andere belastende Beschwerden sollen gelindert werden. Die Behandlung und Begleitung sind ganzheitlich ausgerichtet, körperliche, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse des Patienten werden wahrgenommen und unterstützt.

Die Hospizbewegung in Deutschland brauchte einige Jahrzehnte bis sich aus den Initiativen Einzelner eine von vielen Bürgern unterstützte Bewegung entwickelte. Ab 1985 wurden die ersten Palliativstationen und Hospize eingerichtet. Gleichzeitig entstanden Hospizgruppen und Vereine mit ehrenamtlich tätigen Menschen aus den Gesundheits- und Sozialberufen und Laien. Anfangs traf die Hospizbewegung auf Widerstand in der Gesellschaft, da diese in Hospizen und Palliativstationen die Gefahr von „isolierten Sterbekliniken“ sah.

Je mehr Menschen sich jedoch mit den Tabuthemen Tod und Sterben beschäftigten, umso größer wurde die Akzeptanz für diese andere Form des Umgangs mit Leid, Schmerz, Tod und Trauer.

Heute stößt die Hospizidee auf großen Zuspruch in der Bevölkerung. Das Angebot an Hospiz- und Palliativdiensten ist auf eine fast unüberschaubare Anzahl angewachsen. Sie sind für Menschen gedacht, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung leiden und deren Lebenserwartung begrenzt ist. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt nicht mehr in der Bekämpfung der Erkrankung. Im Vordergrund stehen die Lebensqualität, die Wünsche, Ziele und das Befinden der Patienten und ihrer Familien.

Pallium bedeutet Mantel und damit beschreibt Palliation einen fürsorglichen Umgang mit Menschen. Hospiz- und Palliativdienste legen also einen schützenden Mantel um den Kranken und dessen Familien. Sie schließen aggressive und belastende diagnostische und therapeutische Eingriffe aus.

3 Beispiele aus der Hospiz- und Palliativarbeit

Eines Tages werden wir wissen, dass der Tod uns nie das rauben kann, was unsere Seele gewonnen hat

(Tagore)

Folgende Berichte wurden uns von Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden und ehrenamtlichen Helferinnen zur Verfügung gestellt. Wir danken ihnen herzlich für ihr Vertrauen und den damit möglichen Einblick in einen wichtigen Teil ihres Lebens.

3.1 Berichte von Angehörigen

3.1.1 Mutter lächelt wieder

Aus scheinbar völliger Gesundheit heraus musste meine Mutter nach ihrem 60ten Lebensjahr überraschend ins Krankenhaus. Eben hatte sie noch den eigenen Haushalt, die Familienhaushalte zweier Kinder und Enkelkinder und den großen Garten fast alleine versorgt, war unser Lebensmittelpunkt, unsere Stütze und unser Ratgeber.

Nun sagte uns der Krankenhausarzt, dass sie vielleicht noch ein Vierteljahr zu leben habe. Sie selbst ging gelassen mit der Diagnose um; sie bat ihren Hausarzt jedoch, sie vor Schmerzen zu schützen. Davor hatte sie ihr Leben lang Angst gehabt.

Nach dem Krankenhausaufenthalt konnte sie die Arbeit kurzfristig wie gewohnt wieder aufnehmen. Abnehmen lassen wollte sie sich nichts. Doch bald ging es körperlich und geistig bergab. Sie träumte schlecht, wanderte nachts durchs Haus, stürzte – glücklicherweise stets folgenlos – wurde inkontinent und lehnte jegliche Hilfe ab. Die so gefürchteten Schmerzen kamen dazu. Der Hausarzt verordnete großzügig Schmerzmittel. Wir konnten jedoch kaum unterscheiden, ob die ständige Unruhe oder die Schmerzen Mutter mehr belasteten. Sie konnte kaum mehr essen und trinken, nur noch mühsam gehen, und es gab keine Nächte mehr ohne Störungen. Und das Schlimmste: Mutter wurde böse und aggressiv, verweigerte jede Hilfe und nutzte jede sich bietende Gelegenheit, uns in Angst und Schrecken zu versetzen. Mal schaltete

sie Herdplatten ein, ließ das Wasser laufen, versteckte ihr Essen oder ihre Ausscheidungen – kurz: wir wussten alle nicht mehr weiter. Krankenhaus oder Altenheim kam nicht in Frage, klar war immer, dass Mutter zuhause leben und sterben wollte. Doch die Situation eskalierte derart, dass wir im örtlichen Hospiz nachfragten. Mit sehr schlechtem Gewissen stimmten wir einer Aufnahme zu. Mutter, mit der wir früher über Hospizarbeit offen geredet haben, würdigte uns keines Blickes, als sie zum Krankenwagen gebracht wurde.

Zwei Tage lang drehte sie sich in unserer Anwesenheit im Hospiz zur Seite oder machte die Augen zu. Nur die ermutigende Haltung der Pflegenden gab uns die Kraft, auch dies nach all den schlimmen Wochen noch zu ertragen.

Und dann geschah das Wunder: Mutter lächelte uns wieder zu! Sie konnte mit Hilfe im Sessel sitzen, Anteil nehmen, etwas essen und vor allem ruhig schlafen. Die neuen Medikamente, die entspannte, fast heimatliche Atmosphäre taten ihr – und uns – gut. Nach einer Woche konnten wir sie wieder nach Hause holen. Dort starb sie drei Tage später, wie sie es sich gewünscht hatte: im Kreise ihrer Familie und ohne Schmerzen.

3.1.2 Ich lass dich nicht allein

Fünf Jahre waren wir verheiratet, als bei meiner Frau ein nicht mehr operierbarer Gebärmuttertumor mit vielen Metastasen diagnostiziert wurde. Wir waren beide verzweifelt. Ich wusste überhaupt nicht, wie ich mich verhalten sollte. Alle sagten: ganz normal. Aber was ist normal, wenn die ganze Welt einstürzt?

Nach dem Krankenhausaufenthalt war meine Frau total verändert. Nicht nur weil sie schwer krank war. Nein, sie war auch ungeduldig und ungerecht. Nichts konnte ich richtig machen. Ich versuchte, meine eigenen Sorgen hinter Fürsorge zu verstecken. Obwohl meine Frau meine Hilfe brauchte, war sie für meine Hilfe eher wütend als dankbar.

Auf meine Versicherung „ich lass dich nicht allein“ sagte sie nur „ich will aber, dass du das tust“. Dabei konnte sie fast nichts mehr selber tun, musste von mir gewaschen und versorgt werden. In meiner Hilflosigkeit rief ich beim Hospizverein an. Sie schickten eine Beratungsschwester vorbei. Die redete erst mit meiner Frau, dann mit mir, dann mit uns beiden. Erst da wurde mir klar, dass ich nicht weiter den starken Mann spielen musste. Und dass meine Frau wollte, dass wir über das „Später“ nach ihrem Tod, miteinander reden. Und dass ich nicht alles allein machen muss. So holten wir einen Pflegedienst dazu. Ab und zu kam eine Hospizhelferin. Ich konnte mal wieder in Ruhe mit Freunden ausgehen. Doch wenn meine Frau und ich zusammen waren, ging es uns gut miteinander. Als meine Frau starb war das schlimm. Aber es war kein Drama. Der Pflegedienst hat mich gut unterstützt. Und die Hospizschwester hat mich noch einmal besucht.

3.1.3 Mein kleiner Bruder

Eigentlich war mein kleiner Bruder ein bärenstarkes Mannsbild. Er war größer und kräftiger als ich, aber eben einige Jahre jünger. Ein erfolgreicher Geschäftsmann. Im Privatleben weniger erfolgreich. Die zweite Ehe war am Wackeln. Die Diagnose Kehlkopfkrebs hat uns alle umgehauen. Drei Operationen mit allen möglichen Nebenwirkungen hat er gut verkräftet. Die Ehefrau hat sich rührend gekümmert.

Nun gab es wieder Metastasen, neue Operationen, neue Behandlungen. Inzwischen war mein Bruder ein Schatten seiner selbst. Aber voller Kampfgeist. Kaum hatte er sich einigermaßen erholt, kam die nächste Hiobsbotschaft. Nun wollte er nicht mehr, ließ sich dann aber doch überreden zur nächsten Therapie. Danach ging es ihm richtig schlecht. Ich konnte ihn kaum mehr ansehen. Er ging auch nicht mehr aus dem Haus. Immer wieder hatte er Erstickungsanfälle. Es war fürchterlich, Einmal war es so schlimm, dass er ins Krankenhaus musste. Aber da wollte er nicht hin. Der Krankenhauarzt empfahl die Verlegung auf eine Palliativstation. Das wollte er auch nicht, doch schien ihm das besser als das Krankenhaus. Auf der Palliativstation ging es ihm gut.

Er hatte weniger Angst und weniger Luftnot. Er durfte dort schlafen, wann er wollte und essen, wann und was er wollte. Und auch wir Angehörigen fanden dort Ansprechpartner und Unterstützung.

Mein kleiner Bruder konnte sich sogar wieder über Dinge und Menschen freuen. Er blühte förmlich auf. Sein Tod kam unerwartet, eine unstillbare Blutung. Als ich ihn besuchte, lag er ganz friedlich und entspannt da, aller Kampf lag weit hinter ihm. Da sah er wirklich aus wie mein kleiner Bruder.

3.2 Berichte von Pflegenden

3.2.1 Ein Morgen in der ambulanten Palliativpflege

6:30 Uhr

Ich bin auf der Fahrt zu meinem ersten Patienten Anton B. ist Anfang 50 und seit 3 Jahren an [ALS¹](#) erkrankt. Anton B. kann nur noch mit Hilfe gehen oder sich hinsetzen. Seit einem halben Jahr kann er nicht mehr schlucken und seine Sprechmuskulatur ist gelähmt. Er verständigt sich mit individuellen Zeichen und einem Sprechcomputer.

6:45 Uhr

Er schläft noch, als ich die Wohnung betrete. Seine Frau hatte mir die Tür geöffnet und über eine anstrengende Nacht berichtet. Sie weint. Herr B. wacht auf.

Grundpflege im Bad. Ich begleite Herrn B. dorthin, lasse warmes Wasser ins Waschbecken ein und beginne, ihm mit einem Waschlappen das Gesicht zu waschen, dann den Rücken. Herr B. steigt mir auf die Zehen. Ich stutze. Ach ja, ich habe vergessen, ein bisschen Duschbad ins Wasser zu geben. Ich lache, entschuldige mich und hole das Vergessene nach.

Wie immer spüre ich seinen Widerstand. Er möchte von mir nicht gepflegt werden. Am liebsten wäre ihm, seine Frau würde es übernehmen.

Sie aber hatte vor zwei Monaten unseren Pflegedienst gebeten, sie bei der Pflege ihres Mannes zu unterstützen, weil sie am Rande ihrer Kräfte angekommen sei. Es ist schwierig für alle Beteiligten.

Seine Frau und ich helfen ihm, sich in den bequemen Stuhl im Wohnzimmer zu setzen. Seine Frau legt Klaviermusik in den CD-Player, während ich die vorbereitete Flüssignahrung an sein **PEG-System²** schließe.

Ich bespreche mit dem Ehepaar noch die Möglichkeit, Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizhelfer zu organisieren, um die Ehefrau zusätzlich wenigstens für einige Stunden in der Woche zu entlasten. Hoffnungsschimmer. Dann wünsche ich beiden einen guten Tag und verlasse das Haus.

7:30 Uhr

Stockender Verkehr auf dem Mittleren Ring wie immer um diese Zeit. Herr D. arbeitet bereits in seinem Büro, als ich komme, um nach seiner Frau zu sehen. Sie ist seit einer Woche aus der Klinik entlassen und reagiert kaum noch, wenn man sie anspricht.

Frau D. ist an einem schnellwachsenden Tumor des Gehirns erkrankt, der nicht mehr operiert werden kann. Herr D. zweifelt daran. Er fürchtet, seine Frau ist Opfer neuer Sparschwänge und hofft, einen Arzt zu finden, der bereit ist, sie doch zu operieren.

Frau D. versucht zu lächeln, als ich sie begrüße. Der erwachsene Sohn des Paares kommt hinzu und erkundigt sich, ob ich etwas benötige – mir fehlt nichts und ich beginne, Frau D. im Bett zu waschen.

¹ **Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)** ist die häufigste degenerative neurologische Erkrankung beim Erwachsenen.

Der klinische Verlauf ist charakterisiert durch fortschreitende Lähmungen, Atrophien und Spastik der Skelettmuskeln.

² **PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie** – Es handelt sich um eine endoskopisch kontrollierte transkutane Sonde zur enteralen Ernährung oder Sekretableitung. Die Anlage ist in einigen Kliniken inzwischen auch ohne Endoskopie unter Ultraschallkontrolle möglich. Ehe über eine Sonde zur Ernährung gesprochen wird, muss geklärt sein, ob der Patient nicht mehr essen kann oder nicht mehr essen will.

Ich lagere sie auf die Seite. Die Haut am Rücken ist stellenweise gerötet vom ständigen Liegen. In der Zeit, wenn von unserem Dienst keiner da ist, wird Frau D. von den Angehörigen regelmäßig gelagert. Hoffentlich können wir die Haut vor einem Wundliegen bewahren.

8:30 Uhr

Herr F. wird von seinen Töchtern und Enkeln gepflegt. Ich helfe nur dabei, seine Nahrungsinfusion zu wechseln und den [Portzugang](#)³ zu verbinden. Ich treffe Herrn F. schwach, aber zufrieden an.

9:45 Uhr

Zu Frau O. fahren wir einmal in der Woche, um sie zu baden. Sie leidet an Spätmetastasen im Skelettbereich. Vor 30 Jahren ist sie an Brustkrebs erkrankt, den sie durch Operation und Chemotherapie gut überstanden hat. Sie sagt, sie hätte noch fast 3 gute Jahrzehnte gehabt. Jetzt ist sie über 80 Jahre alt und findet, dass es Zeit wäre für sie zu gehen. Ihr Mann starb vor 10 Jahren. Sie sehnt sich nach ihm. Frau O. ist zierlich und klein, wirkt zerbrechlich, doch in ihr lebt ein energischer Wille. Ihr Bad liegt unter dem Dach in der Mansarde, deshalb kann kein Wannendifter eingebaut werden. Frau O. lebt allein und freut sich, dass einmal in der Woche jemand kommt. Mit ihren beiden Krücken ist sie erstaunlich behände und beweglich. Sie ist schmerztherapeutisch so gut eingestellt, dass sie sich weitgehend schmerzfrei fühlt. Wir gehen die Treppen hoch ins Bad, nehmen frische Wäsche mit. Ich entkleide sie, dann setzt sie sich an den Wannenrand und schlägt ihre Arme um meinen Hals. Ich hebe sie ins eingelassene [Lavendelbad](#)⁴.

Mit einem weichen Waschlappen gehe ich über ihre alabasterfarbene Haut. Frau O. singt „Welche Wonne, welche Lust hebt sich nun in meiner Brust...“

Wieder unten im Wohnzimmer unterhalten wir uns noch ein bisschen. Entspannt zündet sie sich eine Zigarette an. Sie erzählt, dass sie einmal in der Woche einkaufen geht. Es sei zwar mühsam, doch dieser Weg sei ihr wichtig. Vor dem Geschäft wäre eine große Weide.

Jedes Mal, wenn sie daran vorbeikommt, stelle sie sich darunter und lausche auf den Wind, der in die Zweige fährt. Es klänge genau wie Meeresrauschen. Sie erinnere sich dann an die schöne Zeit mit ihrem Mann auf Sizilien und ist in Gedanken mit ihm dort.

Ich habe es ausprobiert. Ich bin zu diesem Geschäft gegangen und habe mich unter den Baum gestellt. Tatsächlich. Ich stehe da und höre das Meer brausen.

³ Ein „**Port**“ ist ein Venenkatheter, der operativ gelegt wird. Über den Port können Ernährung, Medikamente und Flüssigkeit gegeben werden.

⁴ **Lavendel** (*Lavendula vera*, *L. officinalis*, *L. latifolia*, *L. angustifolia*)

Das klare, krautige Öl ist neutral und vermittelnd, kann extreme Stimmungen ausgleichen und ist äußerst gut verträglich. Lavendel wirkt anregend und belebend, aber auch entspannend und beruhigend.

Der lateinische Ursprung des Wortes Lavendel („lavare“) erklärt die Eigenschaften:

waschen, reinigen, klären. Lavendel wurde seit jeher verwendet zur Wunddesinfektion, Pilzbehandlung, Vertreiben von Ungeziefer, Behandlung des Blutdruck, bei Erkältungen und Venenleiden. Er wirkt schmerzlindernd, herzstärkend, beruhigend, er hilft bei Einschlafproblemen, wenn die Gedanken nicht zur Ruhe kommen.

Für ein Wannenbad gibt man 5 – 10 Tropfen naturreines ätherisches Lavendelöl in einen halben Becher Schlagsahne, gut verrührt. Hierzu können Sie sich im Fachhandel oder einer Apotheke beraten lassen.

3.2.2 Wasserstau – ein Fallbeispiel aus einer Palliativstation mit Brückenpflege

Herr K., 68 Jahre alt, kommt von einer internen Station auf die Palliativstation. Bereits vorher hat eine Ärztin Kontakt mit ihm aufgenommen, um über das Konzept der Palliativstation und die zugehörigen Aufnahmekriterien mit ihm und dessen Ehefrau zu sprechen.

Herr K. leidet unter einem fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom („Nierenkrebs“). Metastasen (Tochtergeschwüre) sitzen bereits in der Leber. Als Folge sammelt sich u. a. Gewebeflüssigkeit im Bauchraum an (Aszites). Weiter leidet Herr K. unter Appetitlosigkeit, Übelkeit und allgemeiner Schwäche.

Die Übelkeit verschwindet mit gut wirksamen Medikamenten rasch. Der Appetit kann mit frisch zubereiteter und appetitlich angerichteter Wunschkost von Ehefrau oder Pflegepersonal gesteigert werden. Die Essenszeiten sind flexibel. Abends bekommt er das gewohnte Bier und zwar in seinem von zu Hause mitgebrachten Bierseidel. Kurzfristig erhält Herr K. ein Medikament gegen Depression. Medizinisch notwendige Maßnahmen werden täglich mit Herr K. abgestimmt und hinterfragt, gemeinsam mit dem Multidisziplinären Team. Herr K. findet wieder Freude an der Kommunikation mit anderen und entwickelt wieder Interesse an „seiner“ Tageszeitung.

Mehrere Aszitespunktionen (Ausleitung des Bauchwassers) bringen Herrn K. Erleichterung. Gegen die aufgetretenen, belastenden Wasseransammlungen in Beinen und Hoden werden mit Erfolg Medikamente gegeben. Die Pflegenden wenden spezielle Lagerungen und Ausstreichungen zur Linderung der schmerzhaften Schwellungen an. Der Physiotherapeut unterstützt mit Lymphdrainage.

Mit dem Seelsorger führen Herr K. und seine Ehefrau auf Vermittlung der Pflegenden mehrere Gespräche über den Sinn des Lebens, die beiden offensichtlich gut tun.

Ebenso klärt die Sozialarbeiterin nach Rücksprache mit den Pflegenden mit dem Patienten und der Ehefrau, wie der Wunsch

einer Weiterversorgung zuhause möglich gemacht werden kann. Dazu sind Formalitäten wie Pflegeeinstufung, Verordnung von Hilfsmitteln wie Krankenbett, Rollstuhl usw. notwendig. Den Kontakt zum liefernden Sanitätshaus erledigt die Sozialarbeiterin ebenso.

Als für die Pflegenden absehbar wird, dass Herr K's Zustand stabil ist, schalten sie die Brückenpflege ein. Diese koordiniert den Kontakt zu Ehrenamtlichen Hospizhelfern und dem betreuenden Ambulanten Pflegedienst und kündigt den Besuch zuhause an. Am Tag der Verlegung ist Herr K. glücklich. Alles ist gut vorbereitet. Auch der Hausarzt kommt, er übernimmt die Medikation von der Palliativstation. Wenn Schwierigkeiten auftreten sollten, ist für ihn und den Patienten jederzeit Rücksprache mit der Palliativstation möglich. Die Brückenschwester telefoniert nach einer Woche mit ihm: Herr K. kann sogar in seinem geliebten Garten sitzen.

Nach vier Wochen ist für eine Nacht die Aufnahme auf die Station nötig wegen eines urologischen Problems. Herr K. und seine Frau kommen sonst gut zurecht. Sie freuen sich, dass der Aufenthalt in der Klinik so kurz ist.

Weitere zwei Monate später ist die Einweisung wegen schlechter Blutzuckerwerte notwendig. Der Allgemeinzustand von Herr K. hat sich sehr verschlechtert. Die Ehefrau ist nicht mehr in der Lage, ihn zuhause zu betreuen. Herr K. ist froh, dass ihm die Station und die Menschen dort vertraut sind und seine Frau viel Zeit bei ihm verbringt.

Eine Woche später stirbt Herr K. im Beisein seiner Frau auf der Palliativstation.

Frau K. schreibt ins Abschiedsbuch: „durch die Betreuung hier ist uns noch eine sehr gute gemeinsame Zeit möglich gewesen“.

3.2.3 Atemnot – Ein Fallbeispiel aus der Palliativstation

Frau M., 66 Jahre alt, ist seit mehreren Jahren an ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) erkrankt. Zuhause wird sie liebevoll von ihrem Ehemann und dem Ambulanten Pflegedienst versorgt. Durch die Erkrankung sind Mund- und Halsmuskulatur stark eingeschränkt. Das verursacht Probleme beim Sprechen und zunehmend auch beim Schlucken. Arme und Hände von Frau M. sind nicht betroffen, so dass die Kommunikation problemlos mit Aufschreiben der Worte läuft.

Das Schlucken von Flüssigkeit ist begrenzt möglich. Für die Ernährung wurde eine Magensonde über die Nasenöffnung gelegt, um spezielle Flüssignahrung zu verabreichen.

Wegen nachlassender Funktion der Atemmuskulatur wurde bei Frau M. eines Tages eine Beatmungsmaske angepasst und zeitweise an ein Beatmungsgerät angeschlossen. Das sichert die notwendige Sauerstoffzufuhr und unterstützt die Atemmuskulatur. Durch die höhere Sauerstoffaufnahme des Körpers wird das Wohlbefinden gesteigert.

Da die Schluckfunktion bei Frau M. weiter nachließ, trat die Komplikation des „Verschluckens“ ein, also Eindringen von Flüssigkeit in die Lunge. Fieber und Atemnot waren die Folge. Sie machten die Einweisung auf die Intensivstation der Klinik notwendig. Hier wurde Antibiotika verabreicht. Eine ausgeprägte Atemschwäche erforderte die Rund-um-die-Uhr-Beatmung über die Mund-Nasenmaske. Beim Abnehmen der Maske trat jedes Mal schwere Atemnot ein. Die Patientin hatte große Angst, zu ersticken.

Palliativärzte wurden zu Rate gezogen mit der Bitte um Übernahme auf die Palliativstation. Hier sollte das weitere Vorgehen abgeklärt werden, da die Patientin immer den Wunsch geäußert hatte, nicht dauerhaft beatmet werden zu wollen und keine Tracheotomie (Luftröhrenschnitt) zu bekommen.

Da bei der Erkrankung ALS normalerweise körperliche Defizite nicht wiederhergestellt werden können, bedeutet dies, dass Frau M. ihr Leben lang beatmet werden muss, denn die Lungenmuskulatur hat ihre Funktion eingestellt.

Bei Aufnahme auf die Palliativstation zeigt sich, dass durch die Beatmungsmaske ein blutendes Druckgeschwür auf dem Nasenrücken entstanden ist, das durch Aufsitzen der Maske nicht mehr heilen kann. Die Befestigungsriemen der Maske laufen über Gesicht und Kopf. Nur ein kleiner Ausschnitt an den Augen erlaubt Frau M. einen eingeschränkten Blick auf ihre Umgebung. Für das zügige Anfeuchten ihres extrem trockenen Mundraumes kann die Maske nur ganz kurz entfernt werden.

Frau M. ist sich ihrer Abhängigkeit von der Beatmung voll bewusst. Sie lebt mit der Angst, diese könnte einmal versagen.

Nach Tagen verstopft die Magensonde und muss entfernt werden. Da die Nahrungsaufnahme damit unmöglich wird, läuft ab jetzt die spezielle Ernährung über eine neu gelegte, venöse Nadel (über Blutbahn) am Arm der Patientin.

Die Aufgabe der Ärzte bzw. des Teams neben den Medizinischen Maßnahmen ist die Beratung und das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität. Frau M. wird in vielen einfühlsamen Gesprächen nochmals über die Erkrankung aufgeklärt. Das Abwägen von Chancen und Risiken möglicher Eingriffe und Beratung beim Erstellen der Patientenverfügung sind die Schwerpunkte der Arbeit, bei der der Ehemann stets einbezogen wird.

Nach mehreren Tagen entschließt Frau M. sich, doch einer Tracheotomie für den Beatmungsschlauch zuzustimmen. Das Team ist erleichtert. Für Frau M. ergeben sich mehrere Vorteile. Sie kann eine PEG-Sonde, über die die Ernährung auf natürlichem Weg stattfindet, erhalten. Dadurch entfällt die Nadel am Arm. Sie kann die Arme wieder problemlos bewegen, die einzigen Körperteile, mit der ihr Bewegungen möglich sind. Das Druckgeschwür an der Nase kann abheilen. Der Blickwinkel von Frau M. wird weiter. Insgesamt ist ihre Lebensqualität deutlich besser. Sie freut sich über ihren Entschluss, der ihr so schwergefallen ist.

Die Eingriffe werden in einer Spezialklinik vorgenommen. Danach kann Frau M. in die gewohnte, gute Betreuung nach Hause entlassen werden.

3.3 Berichte von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen

3.3.1 Sprachlosigkeit

Seit zwei Monaten besuche ich Frau K. Sie reagiert kaum auf Ansprache, doch wenn ich ihre Hand ganz mit beiden Händen umschließe, spürt sie, dass ich da bin. Sie wird dann ruhiger. Ihr Atem geht gleichmäßig. Sie schläft immer wieder kurz ein. Beim Erwachen lächelt sie. Sprechen kann sie nicht mehr. Wir können uns nur ansehen. Manchmal lese ich ihr etwas vor aus ihren früheren Lieblingsbüchern. Manchmal sind wir beide ganz still und hören auf die Geräusche aus dem Garten.

3.3.2 Loslassen

Herr A. lebt seit acht Jahren bei seiner Tochter. Seit einem halben Jahr ist er bettlägerig, seit vier Wochen komme ich als Hospizhelferin zweimal die Woche zu ihm. So kann die Tochter notwendige Einkäufe machen oder einfach entspannen. Es fällt ihr schwer, diese Hilfe anzunehmen. Mit Herrn A. komme ich gut zurecht. Er freut sich, wenn die Tochter etwas für sich tun kann. Er seufzt tief „was soll nur werden, wenn ich gehen muss?“ Ich frage vorsichtig nach „was soll denn werden?“ Und er erzählt mir, welche Sorgen er sich um die Tochter macht, die kaum mehr Bekanntschaften pflegt. Als die Tochter wiederkommt und fragt, ob es etwas Besonderes gegeben habe, berichte ich ihr von den Sorgen des Vaters. Sie beginnt haltlos zu weinen. Ich nehme sie in den Arm. Gemeinsam überlegen wir, wie sie ihrem Vater deutlich machen kann, dass sie zwar gern für ihn da ist aber ihn trotzdem seinen eigenen Weg gehen lassen will.

3.3.3 Leben im Sterben

Frau L. ist seit vier Tagen im Hospiz. Ich kenne sie seit fünf Monaten, habe sie wöchentlich zuhause besucht und nun erstmals im Hospiz. Sie wirkt zufrieden. Sie freut sich, gut betreut zu werden, keine Schmerzen zu haben. Hier kann ich sie sogar in den Garten fahren. Sie genießt die Sonne, die sie so sehr liebt. Sie hat einige Jahre in Afrika gelebt. Sie erzählt davon, während sie ihr Gesicht der Sonne zuwendet. Gemeinsam träumen wir von Afrika.

4 *Schlussgedanken: ein Märchen*

Es geschah, dass in einem Schoß Zwillingen empfangen wurden. Die Wochen vergingen, und die Knaben wuchsen heran. In dem Maß, in dem ihr Bewusstsein wuchs, stieg ihre Freude: „Sag, ist es nicht großartig, dass wir empfangen wurden? Ist es nicht wunderbar, dass wir leben?“

Die Zwillinge begannen ihre Welt zu entdecken. Als sie aber die Schnur fanden, die sie mit ihrer Mutter verband und die ihnen die Nahrung gab, da sangen sie vor Freude: „Wie groß ist die Liebe unserer Mutter, dass sie ihr eigenes Leben mit uns teilt!“

Als die Wochen vergingen und schließlich zu Monaten wurden, merkten sie plötzlich, wie sehr sie sich verändert hatten. „Was soll das heißen?“ fragte der eine. „Das heißt“, antwortete der andere, „dass unser Aufenthalt auf dieser Welt bald seinem Ende zugeht“. – „Aber ich will gar nicht gehen“, erwiderte der eine. „Ich möchte für immer hier bleiben“. „Wir haben keine andere Wahl“, entgegnete der andere. „Aber vielleicht gibt es ein Leben nach der Geburt!“

„Wie könnte dies sein?“ fragte zweifelnd der erste. „Wir werden unsere Lebensschnur verlieren, und wie sollten wir ohne sie leben können? Und außerdem haben andere vor uns diesen Schoß verlassen, und niemand von ihnen ist zurückgekommen und hat uns gesagt, dass es ein Leben nach der Geburt gibt. Nein, die Geburt ist das Ende!“

So fiel der eine von ihnen in tiefen Kummer und sagte: „Wenn die Empfängnis mit der Geburt endet, welchen Sinn hat dann das Leben im Schoß. Es ist sinnlos. Womöglich gibt es gar keine Mutter hinter allem.“ – „Aber sie muss doch existieren“, protestierte der andere, „wie sollten wir sonst hierher gekommen sein? Und wie könnten wir am Leben bleiben?“ „Hast du je unsere Mutter gesehen?“ fragte der eine. „Womöglich lebt sie nur in unserer Vorstellung. Wir haben sie uns erdacht, weil wir dadurch unser Leben besser verstehen können.“

Und so waren die letzten Tage im Schoß der Mutter angefüllt mit vielen Fragen und großer Angst. Schließlich kam der Moment der Geburt. Als die Zwillinge ihre Welt verlassen hatten, öffneten sie ihre Augen.

Was sie sahen, übertraf ihre kühnsten Träume.

(aus Amerika)

Es bedeutet nicht so viel, wie man geboren wurde.

Es hat aber unendlich viel zu bedeuten, wie man stirbt.

(Sören Kierkegaard)

5 *Literatur und Adressen*

Verwendete Literatur:

C. Bausewein / S. Roller / R. Voltz:

„Leitfaden Palliativmedizin“ Urban & Fischer, München 2004, 2. Auflage

Aulbert / Nauck / Rodbruch:

Lehrbuch der Palliativmedizin: 2007, 2. Auflage, Schattauer Verlag

I. Stadelmann: „Bewährte Aromamischungen“ Stadelmann Verlag 2003

S. Fischer-Rizzi: „Himmliche Düfte“ Hugendubel Verlag, München 1989

Texte zum Vorlesen:

Bickel L / Tausch-Flammer D (Hrsg.):

Ich möchte dich begleiten. Herder, Freiburg, 1999

Kornfield J / Feldman C: Geschichten, die der Seele gut tun. Herder, Freiburg, 1999

Begleitung von Sterbenden:

Bickel L / Tausch-Flammer D:

Mit Kindern über den Tod sprechen. Ein Begleitbuch für Kinder, Eltern, Erzieher. Christliche Verlagsanstalt, Konstanz, 2000

Bickel L / Tausch-Flammer D:

Wenn Kinder nach dem Tod fragen. Herder, Freiburg, 2002

Bickel L / Tausch-Flammer D:

Spiritualität der Sterbebegleitung. Herder, Freiburg, 1997

Bickel L / Tausch-Flammer D:

Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun? Herder, Freiburg, 1995

Everding G / Westrich A:

Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Beck, München, 2003

Kübler-Ross: Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Droemer-Knauer, München, 2004
Müller M: Dem Sterben Leben geben. Gütersloher Verlagshaus Gütersloh, 2004
Nelson D: Die Kraft der heilsamen Berührung. Kösel, München, 1996
Renz M: Zeugnisse Sterbender. Junfermann, Paderborn, 2005
Rinpoche Sogyal: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Fischer, Frankfurt, 2004

Trauer:

Bickel L / Tausch-Flammer D:
In meinem Herzen die Trauer. Texte für schwere Stunden. Herder, Freiburg, 2001
Grollman Earl A: Lass deiner Trauer Flügel wachsen. Herder, Freiburg, 2001
Müller M/ Schnegg M: Der Weg der Trauer. Herder, Freiburg, 2005
Pisarski W: Anders trauern, anders leben. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2001
Pisarski W: Auch am Abend wird es Licht sein. Claudius, München 2005

Für Kinder und Erwachsene:

Donnelly E: Servus Opa, sagte ich leise. DTV, München, 1984
Erlbruch W: Ente, Tod und Tulpe. Kunstmann, München, 2007
Fried A: Hat Opa einen Anzug an? Hanser, München, 1997
Kaldhol M: Abschied von Rune. Ellermann, Hamburg, 2000
Nilsson U / Tidholm A-C: Adieu, Herr Muffin. Moritz, Frankfurt, 2003
Sautter Chr: Dein Engel und Du. Falk, Seeon, 2001
Schmitt E-E: Oskar und die Dame in Rosa. Fischer, Frankfurt, 2005
Varley S: Leb wohl, lieber Dachs. Betz, München, 1984

Die Liste enthält unverbindliche, ausgewählte Vorschläge – die Literatur zu diesem Thema ist viel umfassender und kann hier nicht vollständig dargestellt werden.

Hilfreiche Adressen:

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz: www.hospiz.net
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: www.dg-palliativmedizin.de
Deutsche Hospizstiftung: www.hospize.de
Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V.:
www.igls-hospiz.de
Sterbebegleitung Omega e.V.: www.omega-ev.de
Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin in Deutschland:
www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Anhang:

Stationäre und ambulante Betreuung durch Hospize und Palliativstationen

Die Angebote können in stationären und ambulanten Einrichtungen erbracht werden. Zu den stationären Einrichtungen gehören die Palliativstationen und stationäre Hospize.

- **Palliativstationen**

Eine Palliativstation ist eine eigenständige Station oder ein Bereich in einem Krankenhaus. Dort werden im interdisziplinären Team Patienten mit nicht heilbaren und fortschreitenden Krankheiten behandelt, betreut und begleitet. Krankheits- oder therapiebedingte Symptome wie z.B. Schmerzen oder Übelkeit sollen gelindert und Leiden verringert werden. Ziel ist es, dass der Patient trotz Einschränkungen mit einer möglichst guten Lebensqualität wieder nach Hause oder zu einer anderen Versorgungsform (Krankenhaus, Heim, ambulanter Pflegedienst) entlassen wird.

Die Finanzierung erfolgt in der Regel durch die Krankenkasse.

- **Stationäre Hospize**

Bei einem stationären Hospiz handelt es sich um eine Einrichtung, welche unabhängig und losgelöst von einem Krankenhaus oder Pflegeheim ist. Sterbende oder schwerstkranke Patienten mit einer absehbaren Lebenserwartung können dort versorgt werden, wenn eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung zuhause nicht mehr möglich ist. Die Patienten sollen trotz ihres Leidens Sicherheit und Geborgenheit erfahren. Der Schwerpunkt der Arbeit im Hospiz liegt in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle und in der palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung. Ausgebildete Pflegenden sichern eine Betreuung rund um die Uhr. Ärzte, ehrenamtliche Helfer und andere Berufsgruppen ergänzen das Angebot.

Die Finanzierung erfolgt in der Regel durch verschiedene Institutionen: Krankenkasse, Pflegeversicherung, Eigenanteil des Hospizes

und des Patienten. Die Höhe der Zuzahlungen ist in den Bundesländern unterschiedlich.

Vereinzelte gibt es **Tageshospize** für Menschen ohne nächtlichen Betreuungsbedarf.

- **Ambulante Versorgung**

Neben diesen Einrichtungen gibt es verschiedene **ambulante Versorgungsmöglichkeiten**. Dazu gehören **Pflege- und/oder Beratungsdienste**, die sich auf die Versorgung von sterbenden und schwerstkranken Menschen zuhause spezialisiert haben. Sie übernehmen z. T. die Pflege, leiten Angehörige und Freunde an oder nehmen eine Vermittler- und Beraterrolle bei Gesprächen mit den Betroffenen und Ärzten/Fachdiensten ein. Ihre Finanzierung ist sehr unterschiedlich, oft kostenfrei, mit der Bitte um mögliche Spenden. Hiernach sollte man im Vorfeld fragen. Örtliche **Hospizgruppen** vermitteln ehrenamtliche, ausgebildete **Hospizhelferinnen**.

- **Ambulante Palliativpflegedienste**

Diese betreuen im Kooperation mit Palliativstationen, Hospizen, Krankenhäusern und Ärzten Patienten und deren Angehörige zuhause, leiten an und beraten bei medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten, bieten psychosoziale Begleitung und sozialrechtliche Hilfestellung. Das Team besteht aus palliativmedizinisch geschulten Hauptamtlichen und angeleiteten Ehrenamtlichen.

- **Ambulante Hospizdienste**

Diese unterstützen schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Familien zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen. Sie werden in der Regel von einer professionellen Koordinatorin geleitet und setzen speziell geschulte Pflegende und Ehrenamtliche ein.

- **Hospizvereine/-initiativen**

Diese informieren die Öffentlichkeit und bieten Schulungen für Ehrenamtliche an. Eine professionelle Betreuung von Patienten ist nur mit dem Einsatz hauptberuflich Pflegender und/oder Sozialarbeiter/-pädagogen möglich.

Mitarbeiterinnen von Hospizen und Palliativstationen

Kennzeichen der Arbeit im Hospiz oder auf einer Palliativstation ist ein so genanntes „interdisziplinäres“ oder „multiprofessionelles“ Team. In diesem Team kümmern sich unterschiedliche Berufsgruppen gleichberechtigt um das Wohl des Patienten.

- **Pflegende** und **Ärzte** bilden den Kern des Teams. Die Pflegenden sind in der Regel ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (frühere Bezeichnung: Krankenschwester) oder Altenpflegerinnen. Häufig haben diese die Fortbildung „**Palliative Care**“ absolviert und ihr fachliches Wissen auf vielfältige Weise erweitert. Dieses fundierte Wissen ist für die Pflegenden wichtig, da sie als Ansprechpartner den Patienten/Angehörigen jederzeit zur Verfügung stehen. Der Stationsarzt ist häufig nach den „üblichen Geschäftszeiten“ nur per Telefon zu erreichen.

In den Hospizen sind meist die bisher begleitenden Hausärzte Ansprechpartner. Sie können sich bei speziell geschulten Ärzten Rat und Auskunft holen.

Auch die Ärzte, die auf einer Palliativstation arbeiten, haben in der Regel eine Zusatzausbildung im Bereich der **Palliativmedizin** durchlaufen. Ein wesentlicher Teil dieser Fachrichtung umfasst das Gebiet der Schmerztherapie. Diese ist in der Medizin traditionell den Anästhesisten („Narkoseärzte“) zugeordnet. Deshalb werden viele Palliativstationen von Anästhesisten betreut. Ebenso gibt es Fachärzte der Inneren Medizin und Onkologie, die eine solche Station führen. Es gibt auch interdisziplinär geführte Einrichtungen, wie beispielsweise das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München.

- **Pflegeüberleitung/Brückenpflege**

Die **Pflegeüberleitung** will die Kontinuität der Pflege auch bei Weiterverlegung, so auch ins Altenheim, ins Krankenhaus oder nach Hause sicherstellen.

Die **Brückenpflege** kümmert sich um Organisation und Koordination der häuslichen Versorgung von Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Sie ermittelt den Bedarf an Hilfsmitteln, klärt die Finanzierung, vermittelt ambulante Pflegedienste und Hilfen und ruft, wenn gewünscht, auch nach Entlassung regelmäßig zuhause an, um eine sichere Versorgung zu gewährleisten. In Hospizen sorgt sie

häufig auch für eine geregelte Aufnahme ins Hospiz und klärt vorab den Hilfebedarf.

Neben den Pflegenden, die in einem **Drei-Schicht-Betrieb** rund um die Uhr für das Wohlbefinden der Patienten sorgen und den Ärzten, gibt es noch weitere Professionen, deren Fachwissen bei Bedarf zu Hilfe geholt wird:

- **Sozialarbeiter**, meist Dipl.-Sozialpädagogen, sind wichtige Ansprechpartner, wenn es um die Zeit nach dem Aufenthalt auf der Palliativstation geht. Sie klären Fragen wie: Wo möchte der Patient seine letzten Lebensstage verbringen? Welche Ressourcen gibt es in der Familie? Gibt es Spannungen im sozialen Netz, das den betroffenen Menschen umgibt? Welche Hilfe kann zusätzlich organisiert werden?
- Der **Sozialdienst** hilft bei all diesen Fragen und dem Kampf mit der „Sozial-Bürokratie“: wie etwa beim Beantragen einer Pflegeeinstufung bzw. Stellen eines Antrags auf Pflegegeld, Einleiten eines Betreuungsverfahrens, Veranlassen einer Hilfsmittelverordnung, Herstellen des Kontakts mit dem Sanitätshaus, Organisieren eines Kurzzeitpflegeplatzes oder der Verlegung in ein Hospiz.
- **Seelsorger** können dabei helfen, die spirituellen Ängste, Nöte und Bedürfnisse von Menschen anzusprechen. Die verzweifelten Fragen „warum trifft diese Erkrankung ausgerechnet mich?“, „wie geht es mit mir, mit meiner Familie weiter?“ tauchen in Lebenskrisen verstärkt auf. Wenn Menschen erkennen, dass ihr Leben bedroht ist, stürmen viele Gedanken auf sie ein. Sie suchen Rat, Zuwendung und Zuversicht im Gespräch oder im Gebet. Das betrifft nicht nur die Patienten sondern alle, die ihnen helfen. Deshalb gehören Seelsorger meist mit zum ganzheitlichen Angebot einer Palliativstation. Sie bieten überkonfessionelle Hilfe für Patienten, Angehörige und Betreuer an.
- **Psychologen** versuchen, den schwierigen Umgang mit Leid, Abschied und Trauer zu erleichtern. Sie sind sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen da, um belastende Situationen durchzustehen, Sorgen aufzugreifen und unterstützende Gespräche zu führen.
- **Musiktherapeuten** unterstützen mit ihrer Kunst nicht nur das Wohlbefinden, sondern helfen den Menschen, die ihre Sorgen und Ängste nicht in Worten ausdrücken können dabei, ihren Emotionen Raum zu geben.

- **Mal-, Kunst- oder Rektionstherapeuten** helfen ebenfalls dabei, dass Menschen sich mit ihrer Erkrankung und deren Folgen auseinandersetzen und ihre Gefühle ausdrücken können.
- **Atemtherapeuten** können durch das behutsame Begleiten des Atems Atemnot und damit verbundene Ängste lindern. Mit der gezielten Beeinflussung des Atems können sie den Patienten die Schwere und Last der Erkrankung erleichtern.
- **Physiotherapeuten** (frühere Bezeichnung: Krankengymnasten) können durch gezieltes Training (z. B. Gehübungen) erhaltene Fähigkeiten verstärken oder durch Kälte-/Wärmeanwendungen oder andere physikalische Anwendungen (z. B. Reizstrom) Schmerzen lindern. Auf Palliativstationen führen sie, ebenso wie speziell dafür ausgebildete Masseur, vor allem Lymphdrainagen durch. Menschen mit ausgeprägten Wasseransammlungen im Gewebe erfahren dadurch eine effektive Entlastung und eine Steigerung ihres Wohlbefindens.
- **Logopäden** werden vor allem bei auftretenden Schluckstörungen einbezogen. Sie helfen auch bei Stimm- oder Sprechproblemen weiter.
- **Ökothropologen oder Diätassistenten** sind wichtige Ansprechpartnerinnen bei der Speisen- und Getränkezubereitung und deren Präsentation. Auch wo diese nicht direkt auf Station arbeiten, ist die individuelle Ermittlung der gewünschten Kost und deren Verteilung auf jeder Hospiz-/Palliativstation üblich.
- **Hospizhelferinnen** sind ehrenamtliche Begleiterinnen, die für ihre Tätigkeit sorgfältig ausgewählt und angeleitet werden. Sie sollen den „Alltag“ in die Station bringen. Je nach ihren Fähigkeiten übernehmen sie Alltagstätigkeiten, umsorgen Angehörige und Patienten oder sind einfach nur da. Sie werden von Hospizdiensten oder -vereinen ausgebildet, begleitet und nach Absprache eingesetzt.

Man kann einem Menschen nichts lehren.

Man kann ihm helfen, es in sich selbst zu entdecken.

(Galileo Galilei)