

Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34

Dienstag, den 12. Juni 2018

E-mail: dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net
Home: www.wolfgang-kramer.net

Wegweiser zur Fortbildungsveranstaltung
beim DRK Kreisverband Görlitz Stadt und Land e.V.
am Dienstag, dem 12. Juni 2018 in der Zeit von 09.00 Uhr bis 16.00 Uhr:

Palliative Versorgung und Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz

„Wer zu sterben weiß, der bleibt Sieger.“ (Seneca)

Inhalt:

I Gesellschaftlicher Umgang mit Sterben und Tod

Einleitende Thesen und Kernaussagen. – Warum gibt es Vergänglichkeit? Nachdenken über die Endlichkeit des Lebens. - Ausschnitt aus einer Filmdokumentation „Interview mit einer Sterbenden“ (Werner Filmer / Susanne Fleer).

II Zur Bedeutung von Sterben und Tod

Was heißt Sterben? – Was bedeutet der Tod? – Zusammenfassende Überlegungen - Vom Herztod zum Hirntod. - Das Konzept des „Sozialen Todes“.

III Sterbebegleitung

Was heißt „Sterbebegleitung“ im Unterschied zur „Sterbehilfe“? – Formen der Sterbehilfe - Welche Voraussetzungen sind hilfreich, einen Menschen beim Sterben begleiten zu können? – Die Bedürfnisse sterbender Menschen. - Die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross. – Empfehlungen für die Begleitung - Kommunikation und Gesprächsführung mit Schwerstkranken (verbal, paraverbal, nonverbal). — Finalpflege: Welche körperlichen Beschwerden können beim Sterbenden auftreten und wie sollte man damit umgehen? – Abschiednehmen in Würde: Ziele, Vorbereitung und Durchführung einer Sitzwache – Grundsätze der Hospizarbeit - Verabschiedung eines Menschen kurz nach seinem Tod – Möglichkeiten der Bestattung.

IV Besonderheiten in der Pflege sterbender Menschen mit Demenz

Was bedeutet es, unter einer dementiellen Erkrankung zu leiden? – Symptome und Ressourcen – Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die ihn umgebende Welt? Schwerpunkte in der Pflege sterbender Menschen mit Demenz: Palliative Pflege – Validation – Biografische Pflege – Basale Stimulation. – Begleitung von demenzerkrankten Menschen in den vier unterschiedlichen Stadien der Erkrankung. – Zusammenfassung: Umgangsprinzipien und grundsätzliche Aspekte in der Begleitung von demenzerkrankten Menschen, ihre Wünsche und Bedürfnisse.

V Ggf. Ausschnitte aus Filmdokumentationen: „Leben mit dem Sterben. Abschiedskultur im Heim“ (Lehrvideo Altenpflege – Vincentz-Verlag „Der Tod ist ein wunderbares Erlebnis“. Das letzte Interview mit Elisabeth Kübler-Ross über Sterben, Tod und Sterbebegleitung. Von Franz Alt „Noch 16 Tage...“. Eine Sterbeklinik in London“. Ein Film von Reinhold Iblacker über das St. Christopher`s Hospice von Cicily Saunders.

VI Literaturverzeichnis

Sterbende begleiten

(Gedicht von Hilde Domin)

Jeder der geht
belehrt uns ein wenig
über uns selbst.
Kostbarster Unterricht
an den Sterbebetten.
Alle Spiegel so klar
Wie ein See nach großem Regen,
ehe der dunstige Tag
die Bilder wieder verwischt.
Nur einmal sterben sie für uns,
nie wieder.

Was wüssten wir je
ohne sie?
Wir, deren Worte sich verfehlen
wir vergessen es.
Und sie?
Sie können die Lehre
Nicht wiederholen.
Dein Tod oder meiner
Der nächste Unterricht:
So hell, so deutlich,
dass es gleich dunkel wird.

I Gesellschaftlicher Umgang mit Sterben und Tod

Einleitende Thesen:

- Eines der größten Tabus in unserer technisierten Welt ist der Tod!
- Weil der Tod weitgehend unerfahrbar geworden ist, stoßen wir in der Begegnung mit Sterbenden oft an die Grenzen unserer eigenen Handlungsmöglichkeiten.
- Ursache für die Verdrängung und Tabuisierung von Sterben und Tod: es ist die Technisierung unserer Welt, die immer schneller fortschreitet – im Fortschritts-Denken kann und darf es den Gedanken an ein Ende, den Gedanken an den Tod nicht geben.
- Ein theologisches Motiv für die Technisierung unserer Welt: das Streben nach Unsterblichkeit.
- Die Humanität einer Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie sie mit ihren Alten und Sterbenden umgeht.
- Wenn wir den Tod ins Leben einbeziehen und diesen nicht verdrängen, erfährt unser Leben eine neue Qualität: wir leben bewusster und achtsamer!
- Leben und Sterben hat in unserer Gesellschaft in dreierlei Hinsicht neue Dimensionen angenommen:
 - Aufgrund der Fortschritte in der hochtechnisierten Medizin und der damit verbundenen Folgeprobleme.
 - Aufgrund des Verlustes der Glaubensgewissheit. Dies hat zur Folge, dass das Todesbewusstsein einen neuen Status annimmt: es wird zum Bewusstsein der totalen Endlichkeit und Vergänglichkeit.

- Aufgrund der noch nie dagewesenen radikalen Tabuisierung und Verdrängung des persönlichen, je eigenen Todes

Warum gibt es Vergänglichkeit? – Nachdenken über die Endlichkeit unseres Lebens.

Wir können die Frage „Warum gibt es Vergänglichkeit?“ nicht beantworten, aber wir können und sollten uns diese Frage trotzdem stellen, um innezuhalten und uns bewusst machen, dass unser Leben auf dieser Welt einen Anfang und ein Ende hat und wir nur eine sehr begrenzte Zeit da sind. Dass unser Leben aufs Äußerste begrenzt ist, vergessen wir sehr gerne aufgrund der herrschenden Betriebsamkeit, in die wir beruflich und häufig auch privat involviert sind. So leben wir faktisch häufig so, als wären wir Unsterbliche, auch wenn wir wissen, dass wir es den Tod gibt. Aber dieses „Nur Wissen“ ist wenig im Vergleich zum tiefgehenden emotionalen Überzeugtsein und Nachvollziehenkönnen unserer Endlichkeit.

Wenn es uns gelingen sollte, unsere Sterblichkeit im Blick zu halten, dann könnten wir viel leichter den Augenblick leben. Wir würden bewusster und achtsamer leben und unser Dasein würde eine höhere Lebensqualität erfahren, die u.a. auch darin bestehen würde, dass wir mit dem Blick auf unsere Sterblichkeit besser gewichten könnten, was ist wichtig in unserem Leben und was ist weniger wichtig. So formulierte der Literaturwissenschaftler und Märchenerzähler Jacob Grimm bereits im Jahre 1863 in seiner berühmt gewordenen „Rede auf das Alter“: „Es gibt uns nur um den Preis unserer Vergänglichkeit und je vergänglicher wir uns empfinden dürfen, desto kostbarer wird der Augenblick.“

Dass die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod die Voraussetzung ist für die Erfahrung eines qualitativ angemessenen Lebens, war in der gesamten abendländischen Philosophiegeschichte bekannt. In einem ähnlichen Sinne wie Jacob Grimm formulierte im Jahre 1583 der französische Philosoph Michel de Montaigne im Rückgang auf den antiken römischen Philosophen Seneca (ein Zeitgenosse von Jesus) in seinem gleichlautenden Essay: „Philosophieren heißt Sterben lernen und Sterben lernen heißt Leben lernen.“

Zusammenfassend können wir sagen, dass die Beschäftigung mit Sterben und Tod nicht Ausdruck einer düsteren Todessehnsucht ist, sondern vielmehr eine realistische und nachdenkliche Bereitschaft, uns mitten im Leben mit dem Unvermeidlichen abzufinden, um auf diese Weise frei von Furcht und Sorge zum richtigen Umgang der eigenen kurzen Lebenszeit und zur angemessenen Form der Rücksichtnahme auf das kostbare Leben der anderen zu nehmen.

Philosophische, psychologische und soziologische Kernaussagen zum Umgang mit Sterben und Tod - Zitate:

„Man kann sich nicht früh genug und man kann sich nicht oft genug mit dem Tod konfrontieren. Denn wenn sie das Beste aus Ihrem Leben herauschlagen wollen, dann müssen Sie die Tatsache des Todes, die Tatsache der Sterblichkeit, die

Tatsache der Vergänglichkeit des menschlichen Daseins ununterbrochen in Rechnung stellen. Denn wenn der Tod nicht wäre, könnten wir ja unendlich lang leben und alles aufschieben – nichts müßte heute geschehen, alles könnte morgen, könnte in einem Jahr, in hundert Jahren geschehen. Nur die Tatsache der zeitlichen Begrenzung unseres Daseins ist der Ansporn, die Zeit und jede Stunde und jeden Tag zu nützen.

Denn was heißt das: Alles ist vergänglich? Das heißt, daß wir es ins Vergangensein hineinretten, wo es nicht unwiederbringlich verloren, sondern unverlierbar geborgen bleibt. Was wir tun, was wir schaffen, was wir erleben, was wir erleiden, tapfer und anständig, das haben wir ja ein für allemal getan. Wenn ich eine Sinnmöglichkeit sehe und diese Sinnmöglichkeit verwirkliche, indem ich den Sinn erfülle, dann habe ich sie ins Vergangensein hineingerettet. Auch Vergangensein ist noch eine Art von Sein, vielleicht die sicherste Form, denn nichts und niemand kann uns dessen berauben, was wir im Vergangensein deponiert haben.“

Viktor E. Frankl /Franz Kreuzer, Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Ein Gespräch, München 1994 (1982), S. 56f.

Abschied vom Leben – drei Fragen von Werner Filmer an Susanne Flear:

Was bedeutet der Tod heute für Sie?

„Ich werde sicherlich nicht alt werden, das ist auch ziemlich klar. Und zusätzlich noch ist das eine Erfahrung, die ich irgendwie auch nicht vergessen möchte. Weil mir das eine neue Sichtweise gegeben hat. Das ist nicht nur negativ. Es ist auch sehr viel Schönes passiert. Und für mich ist das wie eine ständige Erinnerung oder wie jemand, der neben mir steht und mich ermahnt, wenn ich mich irgendwie wieder in Dinge verliere, wo ich gemerkt habe, dass die eigentlich nicht wesentlich sind im Leben für mich.“

Sie sagen „Schönes passiert“ Was meinen Sie damit?

„Ja, einfach so zu sehen, was wesentlich ist. Ich habe das Gefühl, ich genieße jeden Tag. Das ist wie ein Geschenk für mich. Und das ist schön. Also ich nehme nichts mehr für selbstverständlich hin. Ich kann viel intensiver meine Umgebung wahrnehmen, Menschen, Begegnungen sind ja ganz anders für mich wie vorher. Und es ist alles ruhiger geworden, habe ich das Gefühl. Und wesentlicher.“

(Werner Filmer, Susanne Flear: Abschied vom Leben. Gespräche mit einer Sterbenden, München 1991, S. 18 f.)

Würden Sie etwas in Ihrem Leben anders machen, wenn es ein Zurück geben würde?

„Etwas, was ich so im Moment manchmal habe, was ich auch schon mal jemandem gesagt habe, ist, dass ich denke, die Zeit, die man mit sich selbst verbringt, alleine, wo nichts passiert, wo kein Programm ist, wo man einfach mit sich ist in Muße oder wie man das nennen will, dass das eigentlich die intensivste Zeit ist. Und dass das so - wenn ich jetzt so zurückgucke – die Momente waren, wo ich das Gefühl hatte, da habe ich richtig gelebt, also da war ich richtig da. Wo nichts von außen war, kein

Programm, keine Handlung, kein Tun, sondern einfach ein Da-sein.

Wenn ich jetzt noch einmal Zeit hätte oder noch so ein Leben vor mir mit dem Wissen, das wäre für mich das Wichtigste. Einfach mir selber Raum zu geben, eine Stunde am Tag oder zwei – oder immer so Phasen, wo einfach nichts ist, wo ich einfach – mit mir sein kann und dem, was um mich herum ist, oder was auch immer. Das ist das, was mir im Moment sehr wichtig ist. Auch jetzt hier zu sein. Ich möchte, dass wenig passiert, kein Aktionismus oder Tun oder noch mal irgendwo hin fahren oder ans Meer fahren oder was so an Vorschlägen von anderen auch kommt. Ich habe das Gefühl, ich möchte einfach nur hier sitzen und da sein. Und sonst gar nichts. Das ist das wertvollste. Was ich so spüre – einfach da sein und schauen und so was Schönes sehen können. Sehen dass draußen Frühling ist und dass die Bäume blühen und der Himmel blau ist.“

(Ebenda., S. 51 f.)

Hat sich für Sie die Welt verändert, seitdem Sie in die Sterbephase eingetreten sind?

„Ja, ganz deutlich. Ich habe eher das Gefühl, auch bei diesem Grün, das jetzt draußen ist, in mich aufzunehmen und gar nicht so eine Trennung zu verspüren zwischen mir und dem, was außen ist. Sondern das geht ineinander über. Wie eine Auflösung empfinde ich das. Und das nimmt mir ganz viel Angst weg. Es ist so, als ob ich das Gefühl habe wie: Ich löse mich auf in dem, was um mich herum ist. Und das ist auch was Schönes, das ist auch eine große Befreiung.“

(Ebenda, S. 55)

Wenn Sie heute, kurz vor dem Eintritt in die Unendlichkeit, Ihre Situation beschreiben, was ist für Sie dann das Wesen des Todes? Was verbinden Sie damit?

„Eine Tür – ein Übergang. Ich empfinde das so, als ob es den Tod als Etwas, was man personifizieren kann, nicht gibt, auch nicht als Zustand. Das ist nicht etwas, was ich glaube, sondern das ist etwas, wo ich reinspüren kann und wo ich in dem Sinne Erfahrung habe, als ich Erfahrung mit Meditation habe, was für mich dasselbe ist. Also einfach in eine innere Welt gehen, und die ist für mich jetzt fast realer als das, was um mich herum passiert. Es kommt mir fast wie ein Traum vor manchmal. Als was Irreales. Auch wenn ich so auf die Straße schaue und die Autos sehe, dann denke ich, mein Gott, wie absurd. Also dieses Absurde im Leben wird immer deutlicher. Und mein Empfinden von Farben oder Stimmungen oder von inneren Bildern, das wird immer stärker. Und das hätte ich selber nicht gedacht, dass das so sein würde.“

(Ebenda, S. 55 f.)

„Zu leben aber muss man das ganze Leben über lernen und – worüber du dich vielleicht noch mehr wundern wirst - das ganze Leben über muss man sterben lernen.“

Seneca, Das Leben ist kurz, Stuttgart 2007, S. 24

„Es ist ungewiss, wo uns der Tod erwartet; erwarten wir ihn also allenthalben! Sinnen

auf den Tod ist Sinnen auf Freiheit. Wer sterben gelernt hat, versteht das Dienen nicht mehr. Für den hat das Leben kein Übel mehr, der die Wahrheit einsieht; das Leben aufgeben ist kein Übel. Zu sterben wissen, das befreit uns von aller Lehnspflicht und von jedem Zwange.“

Ebenda, S. 16

Michel de Montaigne, Philosophieren heißt sterben lernen, in: Ders., Essais, Frankfurt 1996, S. 7 – 31, hier: S. 7

II Zur Bedeutung von Sterben und Tod

Was heißt Sterben? Was bedeutet Tod?

„Ein sterbender Mensch in unserem Sinn ist derjenige Mensch, dessen Tod in absehbare Nähe gerückt ist, der also nach ärztlicher Einschätzung innerhalb weniger Wochen oder Monate sterben wird.

Er leidet an einer Erkrankung, die durch ärztliches Vermögen nicht mehr heilbar ist (insbesondere an einer durch Behandlung nicht mehr aufhaltbaren Krebs- oder Aids-Erkrankung) und bei der die unmittelbare Todesursache (z.B. Nierenversagen, Versagen der Atmung, Herzversagen, nicht mehr beherrschbare Blutvergiftung u.ä.) bereits absehbar geworden ist.“ (J.-C Student / A. Busche, Zu Hause sterben, Hannover 1990, S. 4)

- Sterben ist jener Abschnitt des Lebens, der dem Tod vorausgeht; Sterben ist Teil des Lebens; der Tod ist das nicht mehr.
- Im Sterben erfährt der Mensch seine Endlichkeit.
- Loslassen und Abschied nehmen.
- Annehmen müssen (sowohl sein gelebtes Leben als auch seinen Tod).
- Sterben ist auch das Erfahren von Schmerzen.
- Sterben kann auch die Erfahrung von Dank und Liebe sein.

Objektiv gesehen ist Sterben der „Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen bis zum Tod“. Atmung und Herzschlag werden schwächer, bis sie schließlich aussetzen – der Mensch ist gestorben, er ist tot ...

- Der Tod bedeutet ein Aufhören des Lebens entweder für den Gesamtorganismus oder für einzelne seiner Teile (Nekrose).
- Todeseintritt: wenn spontane Rückkehr zu Lebensfunktionen nicht mehr möglich. Grenze für Reanimation setzt das ZNS (ca. 6 Min.).
Andere Organe „leben“ noch länger: Nieren ca. 6 Stunden, Samenzellen 24 – 72 Stunden, Knochen und Bindegewebe noch länger.
- Todeszeichen: unsichere T.: Pulslosigkeit, Areflexie, Pupillenstarre, Atemstillstand.
sichere T.: Totenflecken (nach ca. ½ - 1 Stunde)
Totenstarre (Anhäufung von Milchsäure in der Muskulatur) – Beginn nach ca. 2 - 3 Std.

– volle Ausbildung nach ca. 6 – 9 Std.

- Atolyse: Auflösung des Eiweißes und anderer Stoffe durch körpereigene Fermente.
- Fäulnis: Mitwirkung von Bakterien.

Zusammenfassende Überlegungen:

Die Wissenschaft steht heute dem Tod ebenso ratlos gegenüber wie seit eh und je. Gewiss der Prozess des Sterbens lässt sich mit wissenschaftlichen Mitteln immer besser begreifen; aber die Frage, was der Tod ist und was er bedeutet, betrifft eine Dimension jenseits des wissenschaftlichen Erkenntnisbegriffs.

Die Wissenschaft vermag vom Tod lediglich zu sagen, der Tod, das ist das unwiderrufliche Aufhören der Lebensfunktionen Kreislauf, Atmung und Hirntätigkeit, bzw.: das nicht mehr rückgängig zu machende Aufhören der biologischen Prozesse in einem Organismus.

Auch die Philosophie weiß nicht, was der Tod ist; und auch sie steht dem Sinn der Vergänglichkeit ratlos gegenüber. Die Philosophie ist nicht in der Lage, ein konkretes Wissen über den Tod zu vermitteln, denn der Tod ist unerfahrbar und damit – im Unterschied zum Prozess des Sterbens – kein möglicher Gegenstand ihrer Erkenntnis. Die Philosophie vermag lediglich Aussagen zu machen über unser Verhalten zu Tod und Vergänglichkeit.

Und doch ist **der Tod** ständig gegenwärtig. Denn der Tod bezeichnet nicht nur den Stillstand aller Lebensfunktionen, er ist nicht nur der Name für das Lebensende, sondern auch **eine fundamentale Lebensmacht, die das Dasein ein Leben lang bestimmt und strukturiert.**

Diese paradoxe Formulierung möchte zum Ausdruck bringen: Die Zukunft ist uns unbekannt. Die einzige Zukunftsgewissheit besteht in der Gewissheit des Todes. Diese Todesgewissheit ist heute, ist jetzt, ist jederzeit da. Wir sind darum mitten im Leben vom Tod gezeichnet. Dies besagt, daß der Tod nicht nur jener ferne Punkt am Ende des Lebens, sondern als Möglichkeit stets anwesend ist. Der im ersten Kapitel zitierte Philosoph Karl Jaspers bezeichnet daher den Tod als eine menschliche „Grenzsituation“. Der Terminus "Grenzsituation" bringt zum Ausdruck, dass es sich um etwas handelt, das mit dem Menschsein als solchem verbunden ist. Einer Grenzsituation kann niemand entfliehen, sie lässt sich weder überwinden noch durchschauen, man bleibt ihr – bewusst oder unbemerkt – ein Leben lang ausgeliefert. Der Terminus "Grenzsituation" bringt zum Ausdruck, dass hier das Wissen- und Begreifen wollen an eine Grenze stößt. Eine Grenzsituation lässt sich rational nicht meistern, sie ist unbegreiflich, ihr gegenüber versagen alle theoretischen Analysen.

Solange das Wissen um mein Sterben müssen mich nicht existentiell trifft, solange es sich nur darin äußert, dass ich den Tod zu vermeiden suche, solange ist der Tod noch nicht Grenzsituation. Es besteht noch kein Bewusstsein, wie prekär und ungesichert das Leben tatsächlich ist; es fehlt noch die Einsicht in die Endlichkeit, eben in die "Grenzen", des Daseins. Gegenüber den Bemühungen, das Faktum des Sterbenmüssens durch rationale Konstruktionen oder durch Glaubenssätze abzumildern, betont Jaspers die Vergeblichkeit aller Versuche, den Tod durch allgemeingültige Einsichten überwinden zu wollen. Es gibt keine existentiell

befriedigende Erklärung des Todes. Die philosophische Vergegenwärtigung des Todesproblems zeigt vielmehr, dass es gerade das Fehlen einer allgemeingültigen Antwort auf die Todesfrage ist, das überhaupt erst unser Dasein fragwürdig werden läßt.

In der Konfrontation mit der Grenzsituation des Todes erfährt sich der einzelne Mensch als auf sich selbst zurückgeworfen. Da es keine objektiv richtige Stellung zum Tod gibt, liegt es an mir selbst, wie ich mich zum Tod stelle. Die Erfahrung des Scheiterns aller Versuche, die Grenzsituation des Todes rational zu bewältigen, wird zur Erfahrung der Freiheit und damit zur Chance, sich selbst zu werden: Das Todesbewusstsein schlägt um in Lebensbewusstsein.

Dies bedeutet: In der Auseinandersetzung mit dem Todesproblem erfährt der Mensch nicht nur die Ohnmacht seines Wissenwollens, sondern auch seine Freiheit: Da ich nicht weiß, warum und was der Tod ist, und weil ich darum auch den Sinn meines Daseins nicht kenne, so liegt es an mir selbst, in bewusstem Annehmen meiner Freiheit meinen eigenen Weg zu finden. Es wird mir bewusst, dass ich nicht darum herum komme, aus eigener Wahl Entscheidungen zu treffen und aus mir selbst heraus Stellung zu beziehen.

Ich möchte an dieser Stelle noch einen Schritt weitergehen: Die Gewissheit des Todes ist wie eben dargelegt die Gewissheit eines Unerfahrbaren, Unerkennbaren und Unbegreiflichen. Mein Tod ist mir eine Gewissheit, obwohl er für meine Reflexion nicht einmal vorstellbar ist. Das Resultat heißt **Todesangst**. Wie der Tod, so ist auch die Todesangst eine Lebenswirklichkeit von fundamentaler Bedeutung.

Zunächst ist eine terminologische Differenzierung vorzunehmen: Entsprechend der begrifflichen Differenzierung zwischen Tod und Sterben sollen auch Todesangst und Furcht vor dem Sterben klar auseinander gehalten werden. Furcht vor dem Sterben ist Furcht vor den konkreten, meist negativen Begleitumständen des aus dem Leben Scheidens: Schmerzen, Ausgeliefertsein an die medizinischen Apparate, Angewiesensein auf Hilfe, Verlust der Persönlichkeit, des eigenen Willens, der Würde. Todesangst hingegen ist etwas gänzlich anderes, sie ist unbestimmter und unheimlicher, sie ist Angst vor dem Zustand des Nichtmehrseins, Angst vor jenem unvorstellbaren Zustand, wo ich als Person ausgelöscht sein werde. Sie ist Angst vor unserer Endlichkeit, Angst vor jenem Unbekannten, vor jenem Nichts, das auf uns wartet.

Die in der philosophischen Terminologie übliche Differenzierung zwischen Furcht und Angst sollte nicht aufgegeben werden. Furcht bezieht sich immer auf etwas Bestimmtes, Konkretes: auf eine Gefahr, eine Krankheit, einen Verlust u.ä. Wir haben die Möglichkeit, gegen das, wovor wir uns fürchten, Maßnahmen zu ergreifen und so die Gefahr abzuwehren. Bei der Angst ist dies nicht möglich. Angst bezieht sich nicht mehr auf etwas Konkretes, sondern auf etwas Unbestimmtes, Diffuses, auf etwas nicht mehr näher Bestimmbares, also auf das absolut Fremde, oder anders formuliert: auf das Nichts. Alle Angst ist am Ende Angst vor dem Nichts und das heißt Angst vor dem Tod. Angst ist auf den Tod gerichtet als jenes Versinken meiner selbst in die Unheimlichkeit des Nichts, ist Angst vor der Annihilation meiner selbst.

Der Begriff der Angst wird sowohl in unserer Alltagssprache als auch in der Psychologie negativ verwendet: Angst soll vermieden, überwunden, beseitigt werden. Hierin unterscheidet sich das philosophische Verständnis von Angst radikal: Angst ist wesentlich positiv einzuschätzen. Denn Angst ist keineswegs einfach ein

pathologisches Phänomen, das es mit therapeutischen Maßnahmen so rasch wie möglich aus der Welt zu schaffen gilt. Angst gehört wesentlich zur menschlichen Existenz. Angst weckt auf, öffnet die Augen für die tatsächliche Wirklichkeit des Lebens, sie macht frei und führt zu sich selbst. – Selbstverständlich ist hier von der existentiellen Angst die Rede, nicht von jener, die ins Krankhafte umschlägt und lebenszerstörende Dimensionen annimmt.

Vom Herztod zum Hirntod

„Definition des Hirntods“

„Der Hirntod ist der vollständige und irreversible Zusammenbruch der Gesamtfunktion des Gehirns bei noch aufrechterhaltender Kreislauffunktion im übrigen Körper [das heißt bei noch schlagendem Herzen]. Dabei handelt es sich ausnahmslos um Patienten, die wegen Fehlens der Spontanatmung kontrolliert beatmet werden müssen.“

(Bundesärztekammer u.a. (Hrsg.), Anfang und Ende menschlichen Lebens - Medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik, Köln 1988, S. 137) .

„Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des Selbstständigen Lebewesens, das mehr und qualitativ etwas anderes ist als die bloße Summe seiner Teile. Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewusstlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.“

(Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland (1990), Organtransplantation. Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen in Deutschland, in: Gemeinsame Texte 1, S. 39).

Der „Soziale Tod“

Der „Soziale Tod“ tritt vornehmlich dann ein, wenn zwischen dem Sterbenden und seiner sozialen Umwelt kein offener Kontakt mehr stattfindet.

Sowohl der Sterbende als auch seine Kontaktpartner gehen dabei vier spezielle Formen des Umgangs ein:

1. Entweder weiß der Sterbende nichts von seinem bevorstehenden Tod, doch wissen dies oft die anderen (Angehörige, Freunde);

2. oder der Sterbende vermutet, daß andere um seinen lebensbedrohlichen Zustand wissen, und will dafür eine Bestätigung erhalten beziehungsweise widerlegt haben, daß diese zutrifft;
3. oder der Sterbende und die anderen wissen um den bevorstehenden Tod, nehmen aber an, daß der jeweils andere es nicht weiß;
4. oder aber alle Beteiligten wissen um den bevorstehenden Tod und kommunizieren darüber.

Aus den ersten drei Umgangsformen wird klar, dass sie sich dahingehend auswirken können, dass der soziale Tod lange vor dem biologischen Tod eintritt.

III Sterbebegleitung

Was heißt Sterbebegleitung?

Sterbebegleitung ist der Inbegriff einer personenzentrierten Fürsorge, die sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Betreuten orientiert, in dem Bestreben, ihm die Verantwortung für sein Leben und Sterben nicht aus der Hand zu nehmen, sondern erträglich zu machen.

Unter Sterbebegleitung versteht man demzufolge Handlungen, die das Sterben eines Menschen erleichtern, ohne es jedoch zu beschleunigen.

Dazu gehören eine angemessene Schmerz- und Symptomkontrolle sowie die Begleitung in psychischen, sozialen und spirituellen Notsituationen

Sterbebegleiter können auf unterschiedlichste Weise dazu beitragen, diese Nöte zu lindern:

durch angemessene medizinische und pflegerische Versorgung, durch Vermittlung bei der Beilegung unerledigter Konflikte, durch das Anbieten praktischer Hilfeleistungen, durch das Gespräch über letzte Dinge oder ein gemeinsames Gebet. Die spirituelle Dimension hat für den sterbenden Menschen eine besondere Bedeutung.

Aus den hier genannten Gründen ergibt sich die Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes in der Sterbebegleitung.

Begleitung in der oben beschriebenen Bedeutung braucht neben vielen anderen Dingen vor allem eines: Zeit.

Die Erfahrung wesentlicher Lebensprozesse ist der Gewinn für den Sterbebegleiter:

Er lernt vom Sterbenden für das Leben, den Umgang mit Abschied und Loslassen, den Umgang mit Krisen auch mitten im Leben. Auch wenn Sterben am Ende des Lebens steht, so ist der Tod doch keine Randerscheinung:

Das Bewusstsein über die Endlichkeit verändert auch das Leben – es kann „sinnvoller“ werden. Der Sterbebegleiter kann die heilsame Erfahrung machen,

mit dem Fluss des Lebens zu gehen, statt gegen das Leben zu kämpfen

Formen der Sterbehilfe

1. Indirekte Sterbehilfe (durch Medikation)
2. Passive Sterbehilfe (durch Therapieabbruch)
3. Aktive Sterbehilfe
Euthanasie im heute landläufigen Verständnis)
4. Selbsttötung (Suizid)
5. Beihilfe zur Selbsttötung

Rechtliche Grundlagen der aktiven Sterbehilfe (Euthanasie)

Im Strafgesetzbuch (StGB) steht die Euthanasie, als §216, im 16. Abschnitt: "Straftaten gegen das Leben". Dieser Paragraph befindet sich im Umfeld von §211 (Mord), §212 (Totschlag), §217 (Kindstötung) und §218/218a (Abbruch der Schwangerschaft). §216 StGB lautet:

"Tötung auf Verlangen. (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar. "

Die "Beihilfe zur Selbsttötung" ist dagegen straffrei. Die Grenzziehung schafft Probleme: Wer jemandem Zyankali einflößt, macht sich strafbar, nicht aber derjenige, der die Zyankali-Pille dem Sterbewilligen zur Verfügung stellt.

Strafrechtlich gesehen kann auch die passive Sterbehilfe zum Problem werden, denn "Unterlassen" kann aus strafrechtlicher Sicht auch ein "Tun" sein.

"Solange die Grenzen verschwommen sind, werden Ärzte in manchen Fällen auch gegen den ausdrücklichen Willen ihrer Patienten objektiv sinnlose leidens- und lebensverlängernde Maßnahmen ergreifen, aus Furcht, sich sonst strafbar zu machen. Durch Unklarheit über die Grenzen des Erlaubten kann daher sogar die Gewährung zulässiger Sterbehilfe versagt werden."

Welche Voraussetzungen sind hilfreich, einen Menschen beim Sterben begleiten zu können?

Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ist eine der schwersten Aufgaben der Sozialtherapie und eine der größten Belastungen in der Altenarbeit. Dabei stoßen wir oft an die Grenzen unserer eigenen Handlungsmöglichkeiten. Eigene Betroffenheit, Unsicherheiten, manchmal auch Unwissenheit machen es uns schwer, dem Sterbenden in seiner besonderen Lebenslage gerecht zu werden.

- ein aufgeschlossenes und gelassenes Verhältnis zum Tod.
- kein Mitleid, sondern **Empathie**.
- körperliche, seelische und geistige Gesundheit.
- Aufmerksamkeit, um angemessen auf die Bedürfnisse des Sterbenden eingehen zu können.
- Flexibilität, denn man muß oft verschiedene Rollen einnehmen.
- Fähigkeit, auf liebevolle Weise schweigen zu können.
- die eigenen Hoffnungen und Ängste nicht in den anderen hineinzuprojizieren.
- den Tod, ebenso wie die Geburt, als einen natürlichen Teil des Lebens zu akzeptieren. Tod und Geburt sind verwandte Phänomene.
- Kenntnis der fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross.
- Bereitschaft, Zorn zu akzeptieren und auszuhalten.
- Anspruch an den Begleiter, das letzte Stück Weg mitzugehen, ggf. die Ängste und die Verzweiflung auszuhalten. Diesem Anspruch kann der Begleiter nur gerecht werden, wenn er sich selbst Rechenschaft darüber abgibt, wie er zu seiner eigenen Endlichkeit und zu seinem eigenen Tod steht.
- der Umgang mit Sterbenden ist vergleichbar mit dem Umgang von demenzkranken alten Menschen (auch dies ist bereits ein Stück Sterbebegleitung)
- keine Professionalität.
- Sterbebegleitung ist ein „zärtlich liebendes Miteinander“ zweier Menschen.

Welche Bedürfnisse haben Sterbende?

- Es ist in erster Linie der Wunsch, im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort, geborgen inmitten vertrauter Menschen zu sterben.
- Ferner der Wunsch, im Sterben nicht unter Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden leiden zu müssen, die das Sterben zusätzlich erschweren.
- Dann der Wunsch, noch „letzte Dinge“ (z.B. unerledigte Geschäfte) zu regeln und hierfür den nötigen Raum gewährt zu bekommen.
- Schließlich der Wunsch, die Sinnfrage (Sinn des Lebens, Sinn des Sterbens u.ä.) stellen und besprechen zu dürfen und die Frage nach dem „Danach“ mit all ihrer Beängstigung ausdrücken zu dürfen.

Die Phasen des Sterbens (nach Elisabeth Kübler-Ross)

Für die Ausprägung der jeweiligen Verlaufsform des Sterbens sind folgende Momente mitbestimmend:

- der frühere Lebensstil.
- das Ausmaß, in dem das eigene Leben in der Rückschau angenommen wird.
- das Ausmaß, in dem der Patient einen Sinn in seinem Leben und in seiner jetzigen Situation erkennt.
- die vom Sterbenden erfahrene Akzeptanz durch andere Menschen und seine soziale Integration sowie
- das soziale Umfeld insgesamt

Bei vielen Todkranken lassen sich fünf Phasen der seelischen Auseinandersetzung mit ihrem Schicksal beobachten. Die Phasen sind beim einzelnen verschieden lang und intensiv, so dass sie nicht immer in der geschilderten typischen Weise und Reihenfolge auftreten:

Nichtwahrhabenwollen

Die/der PatientIn hört erstmalig von ihrer lebensbedrohlichen Erkrankung. Unvorbereitet und besonders bei nicht behutsamer Vermittlung gerät sie unter Schock, was Abspaltung der Realität und der Gefühle zur Folge hat. „Ich doch nicht, das muß ein Irrtum sein!“ Unbewußte Verleugnungsstrategien setzen ein.

Empfehlungen für die Begleitung in dieser Phase:

- Abwarten
- Zuhören
- Nicht widersprechen
- Gesprächsbereitschaft signalisieren

Zorn

Zorn, Wut und Groll richten sich gegen Krankheit und Tod (oftmals auch Neid gegenüber Lebenden, „Warum gerade ich“), drückt sich aber aus gegenüber Pflegenden und Angehörigen, auch gegen Gott. Der Patient ist mit nichts zufrieden, oft „schwierig“.

Wichtig ist für Betreuer und Begleitende, den Zorn nicht persönlich zu nehmen. Durch Einfühlung wird angemessener Umgang möglich: „Wie würde ich mich fühlen, wenn ich plötzlich vom vitalen Dasein abgeschnitten wäre?“

„Wenn der Patient Verständnis findet, wenn man ihm Zeit und Aufmerksamkeit widmet, wird er bald wieder ruhiger werden und weniger fordern.Er weiss auch,

dass er seine Wünsche nicht mit einem Wutausbruch durchsetzen und nicht ständig klingeln muss, weil man gerne zu ihm hineinschaut.“ (Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Gütersloh 1996 (1969), S. 28)

Empfehlungen für die Begleitung in dieser Phase:

- Nichts persönlich nehmen
- Verständnisvolle Zuwendung
- Nicht werten
- Aktives Zuhören
- Abgrenzen

Verhandeln

Versuch, das Unvermeidliche durch eine Art Handel aufzuschieben. Hoffnung, für Wohlergehen mit Verlängerung des Lebens belohnt zu werden. („Noch bis zur Geburt meines Enkels!“ u.ä.) Manchmal Versprechungen wie „den Körper der Wissenschaft widmen“ (Opfergabe). Dahinter verbergen sich oft unbewältigte Ängste und Schuldgefühle.

Empfehlungen für die Begleitung in dieser Phase:

- Hoffnung lassen, jedoch keine unrealistischen Hoffnungen wecken
- Strategien und Inhalte des Verhandeln nicht bewerten

Depression

Die Depression resultiert zum einen aus den aus der Krankheit bedingten Verlusten (z.B. Amputationen, Verlust der Schönheit durch chirurgische Eingriffe) (= reaktive Depression), usw.), zum anderen entsteht die Depression aus dem drohenden Verlust des Lebens (= vorbereitende Depression).

Die Depression kann bis in tiefe Verzweiflung, Resignation und Gefühlsstarre führen.

Depression als Reaktion auf

- die Ohnmacht, die eigenen Lebensziele und Vorhaben weiter zu verfolgen
- Schuldgefühle: Unmöglichkeit im Leben begangene Fehler wiedergutzumachen
- den Verfall der Kräfte und der äußeren Schönheit
- den drohenden Verlust der geliebten Menschen
- das Schamgefühl und die Angst vor dem Verlust der menschlichen Würde
- den Schmerz des Loslassens

„Wer seinen Schmerz ausdrücken darf, kann sich leichter mit seinem Schicksal abfinden und ist denen dankbar, die in diesem Stadium der Depression ruhig bei ihm bleiben, ohne fortwährend zu wiederholen, dass er doch nicht traurig sein soll. Diese zweite Form der Depression verläuft meistens sehr still, im Gegensatz zur ersten, wo der Kranke vieles mitzuteilen, hzu besprechen und anzuordnen hat. Der vorbereitende Schmerz braucht kaum Worte; hier kommt es viel eher darauf an,

stillschweigend da zu sein und mit einer Geste zu versichern, dass man den Schmerz kennt und teilt.“ (Ebenda, S. 59)

Empfehlungen für die Begleitung in dieser Phase:

- Tränen und Trauer zulassen
- Nicht ablenken
- Nicht vertrösten
- Körperkontakt
- Da-sein
- Hilfestellung bei Dingen, die noch zu erledigen sind (z.B. Aussprache, Testament, Priester)

Zustimmung

Die Zustimmung wird möglich, wenn in der vierten Phase Trauerarbeit geschieht (allein oder in Begleitung)

Versöhntsein mit dem eigenen Leben und Sterben, unerledigte Geschäfte bewältigt haben, Einverständnis, innerer Frieden.

Nicht mehr Anteil nehmen am Leben draußen und an den nahestehenden Menschen. Großes Ruhebedürfnis, viel schlafen, kaum noch reden wollen.

„Er (der Sterbende) hat den drohenden Verlust so vieler Menschen geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Er ist müde, meistens sehr schwach und hat das Bedürfnis, oft und in kurzen Intervallen zu dösen oder zu schlafen.“ (Ebenda, S. 77)

Empfehlungen für die Begleitung in dieser Phase:

- Letzte Wünsche erfüllen
- Zeit schenken
- Rückzug akzeptieren
- Körperkontakt

Gesprächsführung mit Schwerstkranken

Klientenzentrierte Gesprächsführung (Carl Rogers)

Es sind drei Einstellungen bzw. Verhaltensweisen, die nach Rogers als klientenzentriert angesehen werden können:

- Einführendes Verstehen
- Positive Wertschätzung / Akzeptanz
- Echtheit, Fassadenfreiheit

Einführendes Verstehen erreichen wir dann, wenn wir eine andere Person von deren Standpunkt aus zu verstehen versuchen und dabei die soziale, psychische und emotionale Situation beachten. Dabei ist es völlig unwesentlich, wie wir die Situation

erfassen oder bewerten würden.

Dem Kommunikationspartner bringt man dann **positive Wertschätzung und Akzeptanz** entgegen, wenn man ihn mit allen Fehlern, Besonderheiten und Eigenarten so annimmt, wie er ist. Dabei ist es unwesentlich, was man für Normen und Maßstäbe dem eigenen Handeln zugrunde legt.

Echtheit und Fassadenfreiheit gegenüber dem Kommunikationspartner äußern sich dadurch, daß die gemachten Äußerungen mit der tatsächlichen Befindlichkeit übereinstimmen. Das „Innen“ und das „Außen“ des Kommunikationspartners stimmen miteinander überein: er setzt sich keine Maske oder Fassade auf; er ist ehrlich, glaubwürdig und durchschaubar.

Nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten

Wenn der sterbende Mensch sich der Sprache nicht mehr bedienen kann, weil seine Verluste zu immens geworden sind, dann sind eine Reihe anderer Möglichkeiten vorhanden, mit ihm in Kontakt zu treten.

Es ist die Kunst des Begleiters, den Sterbenden über den Kanal zu erreichen, über den er noch Welt aufnehmen und sinnliche Erfahrungen machen kann.

I Körpersprachen

Körpersprache ist Haltung, Gestik, Stimme, Verhalten. Mit ihr werden Gefühle kommuniziert und Mitteilungen, die z.T. auf unbewusster Ebene verlaufen.

Wenn die Fähigkeit zu verbaler Kommunikation schwindet, tritt die Körpersprache stärker ins Bewusstsein und kann zu hohen Intensitäten an Gefühlen und Beziehungen führen.

Die zur verbalen Sprache kongruente Körpersprache vermittelt die Zuwendung und Bejahung, die der Sterbende für die Stärkung seiner Identität so dringend benötigt. Körpersprache vermittelt auch das Verbundensein, das Mit-Teilen.

Blicke, Berührungen und einfache Gesten lassen den sterbenden Menschen seine Gegenwärtigkeit und sein Verbundensein mit der Welt erfahren.

I.1 Dasein

Manchmal ist es wichtig, dass der sterbende Mensch einfach nur wahrnimmt, dass jemand da ist. Dasein kann sich dehnen und den Raum Raum füllen und zu verbindenden, intensiven Erlebnissen führen.

Das Dasein kann auch eine Zeit des Schweigens sein und Schweigen kann ein kommunikative Stille sein. Schweigen im Kontakt mit dem Anderen ist ein Gespräch ohne Worte und ohne Tun.

I.2 Körperkontakt / Berührungen

Dasein ist ohne ohne Berührung kaum denkbar. Körperliches Dasein ist Leibsein und schließt den Kontakt zum Sterbenden mit ein.

Gerade bewusstlose Patienten sind über körperliche Zuwendungen immer noch erreichbar.

Einem Sterbenden die Hand zu halten, zeigt ihm, dass der Begleiter sich auf

seine Ebene begibt; das Handhalten spendet Solidarität und schenkt Nähe.

I.3 Hören – ohne Worte

Die gesprochene Sprache vermittelt sehr viel mehr als nur Worte. Jeder macht die Erfahrung, dass es schön ist, die Stimme eines geliebten Menschen zu hören, wobei der Inhalt der Worte zweitrangig ist.

Aus der Sicht des Begleiters ist mit „Hören ohne Worte“ ein umfassendes Zuhören gemeint, das alle Äußerungen des sterbenden Menschen erfasst, sie in einen Gesamtzusammenhang der Situation stellt und somit eine adäquate Zuwendung zu ihm ermöglicht. Es fordert die Präsenz des ganzen Menschen.

I.4 Blickkontakt

Wie bei Berührungen und beim Hören hat auch der Blick identitäts- und beziehungsstiftende Wirkungen. Es ist das Ende des überflüssigen Redens. Schweigen im Kontakt mit dem Sterbenden ist ein Gespräch ohne Worte und ohne Tun.

Der Blickkontakt ist ein Ausdruck dafür, dass die Angehörigen dem vielleicht fragenden Blick des Schwerstkranken und Sterbenden nicht ausweichen und auch bereit sind, unter vier Augen mit ihm zu sprechen.

Körper- und Blickkontakt sind – insbesondere im letzten – oft die einzigen Möglichkeiten der Kommunikation

II Kreative Auseinandersetzungen mit dem Ich und der Welt

II.1 Bilder

- Bildnerisches Gestalten
- Bilder betrachten

II.2 Gestalten mit Ton

II.3 Musik

II.4 Vorlesen

Finalpflege: Welche körperlichen Beschwerden können beim Sterbenden auftreten und wie sollte man damit umgehen?

- Schmerzen: angemessene Schmerztherapie – zeitgenaue Gabe der Medikamente – genaue Beobachtung, auf Schmerzáusserungen achten (hilfreich ist ein Schmerzprotokoll)
- Austrocknung der Mundschleimhaut: gute Beobachtung der Mundschleimhäute – regelmäßige Mundpflege durchführen – in kurzen Abständen kleine Trinkmengen anbieten.
- Schluckbeschwerden: möglichst häufig kleine Trinkmengen anbieten (mittels Pipette oder 2 ml-Spritze verabreichen).

- Atemnot: Oberkörperhochlagerung – Bedarfsmedikamente und / Sauerstoffgerät sollten sich im Zimmer befinden – Fenster öffnen – den Sterbenden durch Nähe beruhigen – (z.B. Hand halten) – evl. den Rücken einreiben, abklopfen (Atemstimulierende Einreibung).
- Schlafstörungen: Beobachtung des Tag-Nacht-Rhythmus – Art und Ursache der Schlafstörungen erfassen (Einschlaf-Durchschlafstörungen, Lärm, usw.), - Ängste besprechen – Rituale durchführen (Gebete, Licht anlassen, Tür offen lassen, usw.) – ggf. Arzt hinzuziehen.
- Unruhe, Verwirrtheit: Bewusstseinslage beobachten und versuchen die Ursache herauszufinden – Gefahrenquellen ausschalten (z.B. Stolperfallen, Streichhölzer).
- Appetitlosigkeit und vermindertes Durstgefühl: Absprache mit dem Arzt und mit dem Sterbenden über Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, PEG-Anlage, Energy-Drinks) – Lieblingsspeisen und –getränke anbieten – Flüssigkeitszufuhr bilanzieren und Essverhalten dokumentieren – Mundregion auf ausgetrocknete Schleimhäute beobachten – auf Schluckbeschwerden achten
- Übelkeit und Erbrechen: Beobachtung des Auftretens, auf eventuelle psychische oder medikamentöse Auslöser achten - Arzt über Beobachtungen informieren, ggf. medikamentöse Therapie anregen - bei unstillbarem Erbrechen ggf. Magenablaufsonde legen
- Obstipation durch Bewegungsmangel und Opiattherapie Abführverhalten beobachten, ballaststoffreiche Ernährung (z.B.: Leinsamen, Buttermilch, Sauerkrautsaft, Trockenpflaumen) – Arzt über medikamentöse Unterstützung befragen

Warum ist die Mundpflege in der palliativen Pflege eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen?

- Menschen, die nicht mehr ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, keine Kaubewegungen vollziehen und durch den geöffneten Mund atmen, leiden an Mundtrockenheit, Borken- und Belagbildung im Mund, Entzündungen der Mundschleimhaut und möglicherweise auch an Pilzinfektionen.
- Tumore im Magen-Darm-Bereich oder im Bereich des Mundes, des Rachens oder des Halses verursachen zudem oft üblen Mundgeruch.
- Mundtrockenheit wird von vielen Menschen mit Durst gleichgesetzt, was letztlich oft dazu führt, dass Flüssigkeit verabreicht wird, die dem Betroffenen aber neue Symptome einbringt anstatt nachhaltig die Mundschleimhaut zu befeuchten.

- Die Mundtrockenheit hat unterschiedlichste Ursachen wie z.B. Dehydratation , Fieber, Infektionen, Verabreichung verschiedener Medikamente (Schmerzmittel, Antidepressiva, Neuroleptika) oder auch Mundatmung.
- Ziel der Mundpflege ist es, die Mundschleimhaut zu befeuchten durch Anregung des Speichelflusses und regelmäßige Mundbefeuchtung.
Zur Anregung des Speichelflusses dienen gefrorene kleine Fruchtstücke, die zum Lutschen gereicht oder in eine Kompresse gewickelt so in den Mund gelegt werden, dass sie mit dem Ende der Kompresse wieder aus dem Mund gezogen werden können. Dazu eignen sich besonders Ananas, aber auch Orangen oder Zitronen.
Zur häufigen Mundbefeuchtung können Wasser, Tee, Kaffee, Sekt, Bier etc. verwendet werden, aber auch Mundpflegelösungen wie z.B. Panthenollösung. Wässrige Lösungen können in einen Zerstäuber gefüllt und in den Mund gesprüht werden.
Tee (insbes. Kamillen-, Salbei- und Thymiantee) ist in besonderer Weise als therapeutisches Mundpflegemittel geeignet.

Fragen, die bereits während Anamnese- /Integrationsgesprächs zum Zeitpunkt des Einzugs des Bewohners in ein Seniorenheim geklärt werden sollten:

- Wie soll das Zimmer im Sterbefall gestaltet werden?
- Ist eine Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter oder einen Seelsorger erwünscht?
- Würden Sie lieber hier in gewohnter Umgebung sterben oder möchten Sie lieber im Notfall ins Krankenhaus?
- Wünschen Sie eine Aufbahrung im Zimmer?
- Haben Sie für den Fall ihres Todes einen Kleiderwunsch?
- Haben Sie bereits eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht?

Kurze Zeit vor Eintritt des Todes: Abschiednehmen in Würde - Ziele, Vorbereitung und Durchführung einer Sitzwache

Ziele:

- Niemand soll einsam und ohne Beistand sterben.
- Jeder soll das Leben in Würde zum Abschluß bringen können.
- Sterbebegleitung in bestmöglicher Lebensqualität.

Vorbereitung:

- Biographie und Wünsche des Bewohners beachten.
- Rahmenbedingungen/Raumgestaltung:
 - Lichtverhältnisse – geschützten Raum schaffen – Schild „Sitzwache“ bereithalten – bequeme Sitzmöbel.
- Umfeldgestaltung:
 - Blumen – Düfte – Musik – Literatur: Gedichte, geistliche Texte... –Lieblingsspeisen und –Getränke – Lieblingsbettwäsche.

- Personelle Organisation der Sterbebegleitung:
 - Kontaktpersonen im Haus informieren – Welche Personen werden in die Sitzwache einbezogen? – Besuche organisieren (Angehörige, Pfarrer, Arzt ...)

Durchführung:

- Beachtung der fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross: Nichtwahrhabenwollen – Zorn – Verhandeln – Depression – Zustimmung.
- Validation
- Aufgaben: -Angenommensein vermitteln – Körperkontakt spüren lassen (falls erwünscht) – Anliegen und Wünsche des Bewohners aufnehmen und weitergeben (Störungen haben Vorrang), z.B. Beziehungsprobleme, Testament, Benennung von Schuld, Beerdigung usw. – für ruhige Atmosphäre sorgen (Vermeidung von Streitgesprächen)
- Aussegnung: Abschiednehmen von dem Bewohner (mit Kerzen, Gebet, Gedicht, Segen ...) – Nachbesinnung.

Kurze Zeit nach Eintritt des Todes sollte auf folgendes geachtet werden:

- Zimmergestaltung (Kerze, Duftlampe, Musik, religiöse Symbole etc.)
- Aufbahrung (wo und wie lange?)
- Angebote für Hinterbliebene
- Todesanzeigen am schwarzen Brett, Kerzen, Blumen
- Abschiedsbuch
- Aussegnung (Einsatz Abschiedskoffer)
- Trauerfeier und Rituale
- Gedenkfeier
- Auswahl von Bestattern
- Klärung über die Verweildauer in der Einrichtung
- Teambesprechung: Austausch der Erfahrungen

Grundsätze der Hospizarbeit

Der Begriff Hospiz meint nicht nur einen Ort oder eine stationäre Einrichtung, sondern auch ambulante Hilfen. Darüber hinaus bezeichnet der Begriff eine bestimmte Haltung und Einstellung gegenüber schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Hinter „Hospizarbeit“ steht ein ganzheitlicher Ansatz mit folgenden Grundsätzen:

- Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt, d.h., das Umfeld des Sterbenden wird in die Arbeit möglichst mit einbezogen.
- Betroffene Menschen sollen immer auf Personen zurückgreifen können, die in der Lage sind, aufgrund ihrer medizinischen, psychologischen und sozialen

Kenntnisse individuell und situationsgerecht auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

- In der Arbeit sind freiwillige Helferinnen und Helfer einbezogen. Sie tragen zu einer mitmenschlichen Begegnung bei und dienen der Integration des Sterbens in den Alltag.
- Todkranke Menschen werden schmerztherapeutisch so behandelt, dass sie ohne Schmerzen und bewusst den letzten Weg ihres Lebens gehen können.
- Die Kontinuität in der Fürsorge der betroffenen Menschen wird gewährleistet. Das bedeutet, dass der Hospizdienst möglichst zu jeder Zeit erreichbar ist. Auch nach dem Tod des Betroffenen steht er mit seinen Angeboten den Hinterbliebenen zur Verfügung.

Johann-Christoph Student erhebt drei Minimalanforderungen, die erfüllt sein müssen, damit einem hilfreichen Angebot für Sterbende das Gütesiegel „Hospiz“ zugestanden werden kann:

- Es muß ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst gewährleistet sein
- Das Team der Helferinnen und Helfer muß über gute Kenntnisse, Erfahrungen und Möglichkeiten der Symptomkontrolle (insbesondere der Schmerztherapie) verfügen.
- Für die Angehörigen müssen ausreichende Entlastungsangebote bereitstehen.

In Deutschland lassen sich folgende Typen von Hospizangeboten unterscheiden:

- Hospizinitiativen
- Stationäre Einrichtungen
 - stationäre Hospize
 - Palliativstationen
- Teilstationäre Hospize
- Ambulante Hospizarbeit

Möglichkeiten der Bestattung

- Erdbestattung
- Feuerbestattung
- Seebestattung
- Friedwald
- Diamant- bzw. Kristallbestattung

IV Besonderheiten in der Sterbebegleitung von demenzerkrankten Menschen

- Palliative Pflege (symptomorientiert) – lindernde Fürsorge (Symptomarmut).
- Validation – Bestätigung der Gefühlswelt des Menschen mit Demenz.
- Biografische Pflege – Nutzen von individuellen Vorlieben und Gewohnheiten – biografische Grundhaltung.
- Basale Stimulation – Atemstimulierende Einreibung – Waschungen - Aromatherapie

In der Sterbebegleitung von demenzerkrankten alten Menschen ist davon auszugehen, dass der sterbende demenzerkrankte Mensch seine Situation intuitiv erfasst. Dies kann einhergehen mit Angst, die sich in aggressivem Verhalten, in Unruhe und einem erhöhten Muskeltonus zeigt. Ein häufig zu beobachtendes Phänomen ist die geistige Klarheit eigentlich demenzerkrankter Menschen kurz vor dem Tod.

Bei einer dementiellen Erkrankung leiden zuerst das Gedächtnis und später weitere kognitive Fähigkeiten. Seele und Gefühle jedoch bleiben erhalten. Der demenzerkrankte sterbende Mensch ist nicht fähig, seine Biografie aufzuarbeiten und eine Bewertung seines Lebens vorzunehmen. Eine Lebensbilanz zu ziehen, bleibt ihm daher verwehrt. Ebenso wenig ist er in der Lage, sein Schulterleben und die versäumten Augenblicke in seinem Leben zu erfassen. In der Sterbebegleitung mit dementiell Erkrankten muss deshalb die Kommunikation mehr auf der emotionalen als auf der verbalen Ebene stattfinden. Neben der Palliativpflege und Biografiearbeit sind deshalb Basale Stimulation und eine validierende Gesprächsführung von besonderer Bedeutung.

Was bedeutet es, unter einer dementiellen Erkrankung zu leiden?

Bei der „Demenz“ bzw. den Demenzen handelt es sich um eine Syndromdiagnose, d.h. es handelt sich um Symptome, deren Ursachen unterschiedlicher Art sein können.

Demenz in der primären, chronischen und irreversibel verlaufenden Form ist Folge einer Erkrankung des Gehirns, die mit der Beeinträchtigung zahlreicher höherer Hirnfunktionen einhergeht.

Dazu gehören das Gedächtnis, das Denken und Urteilen, die Orientierung, die sprachliche Kommunikation, das Rechnen u.a. .

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung gehen allmählich Alltagsfertigkeiten und Formen der Lebensbewältigung verloren; auch die Affektkontrolle gelingt nicht mehr wie früher.

Der Patient ist außerdem in seinem sozialen Verhalten gestört. Seine Persönlichkeit ändert sich in späten Phasen der Krankheit, so daß regressive Züge stärker zum Ausdruck kommen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt „Demenz“ als „eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewußtseinsstörung. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendig irreversibel.“

In Altersheimen aller hoch industrialisierten Länder leiden inzwischen mehr als die Hälfte der Bewohner an einer Demenz.

Bereits im Jahre 1981 formulierte die Weltgesundheitsorganisation:

„Die Alzheimer-Demenz ist eines der größten medizinischen Probleme in der heutigen Welt (...). In einigen Regionen der Welt haben 15 – 23 % der Bevölkerung das Alter von 65 Jahren überschritten. In dieser Gruppe weisen 11 – 15 % der Menschen eine mehr oder weniger ausgeprägte Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit auf, wobei die Alzheimer-Krankheit in 60 – 70 % dieser Fälle eine Rolle spielt.“ (WHO 1981, hier zit. nach Oskar Dierbach, Sozialtherapie mit Alzheimer-Kranken, Weinheim und Basel 1993, S. 18)

Die Gefühlswelt des demenzerkrankten Menschen

Die Gefühlswelt bleibt auch in der Demenz nahezu unbeeinträchtigt erhalten. Neben dem Langzeitgedächtnis ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zum demenzerkrankten Menschen.

Körpersprache und Tonfall (Nonverbales, wie etwas gesagt wird) können gut „verstanden“ werden, auch wenn der Inhalt des Gesagten nicht verstanden wird. Ganz entgegen dem Vorurteil, welches den demenzerkrankten Menschen abwertet: Demenzerkrankte bekommen noch sehr viel mit.

Nach heutigem Wissensstand ist es unbestritten, daß der demenzerkrankte Mensch für Gefühle noch lange ansprechbar bleibt. Darum ist es so wichtig, daß man die (häusliche) Pflege nicht aus bloßer Pflichterfüllung, sondern aus Zuneigung übernimmt, denn das kann der Patient noch lange instinktiv unterscheiden.

Demenz-Kranke scheinen trotz ihrer z.T. schweren geistig-seelischen Krankheit noch lange Zeit ein feines Gespür dafür zu behalten, ob man ihnen aufrichtige Gefühle und Zuwendung entgegenbringt oder das nur aus Pflichtgefühl vorzutäuschen versucht.

Unechte Gefühle werden sie in der Regel instinktiv spüren, sich dadurch verunsichert und abgelehnt fühlen.

Berührung und Musik sind die Königswege, die einen Zugang zum demenzerkrankten Menschen verschaffen.

Symptome und Ressourcen einer dementiellen Erkrankung

- **Kognitive Symptome**

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen (örtlich, zeitlich, personell)
- Denkstörungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Aphasie (Sprech- und Verstehensstörung)
- Agnosie (Nichterkennen)
- Apraxie (Bewegungsstörungen)

- **Nichtkognitive Symptome**

- Verlangsamung des psychischen Tempos
- Veränderung der Grundstimmung
- Veränderung der ursprünglichen Persönlichkeit
- Tag- und Nacht- Rythmusstörungen
- Pathologisches Wandern
- Wahn- Sinnestäuschungen
- Aggressives Verhalten

Ressourcen (Kompetenzen, Fähigkeiten) – Kann „Demenz“ auch unter anderen als lediglich defizitären Gesichtspunkten gesehen werden?

So dramatisch dementielle Erkrankungen oftmals für die Betroffenen auch verlaufen mögen, so ist gleichwohl mehr Flexibilität im Wahrnehmen und mehr Beweglichkeit im Umgang mit der Demenz einzufordern, denn einseitige Sichtweisen fördern letztlich nur das Leid.

Leider neigen noch viele Betreuer dazu, vor allem immer nur die Defizite des Kranken wahrzunehmen. Eine solche Haltung verführt zum ständigen Beklagen und Betrauern von Verlusten, was sowohl beim Kranken als auch beim Betreuer fast unweigerlich Gefühle von Angst, Verzweiflung, Wut und Resignation hervorruft. Damit läßt es sich weniger gut leben.

Was spricht dagegen, statt dessen konsequent immer wieder nach Ressourcen zu suchen? Eine solche Haltung erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß sich auch Gefühle von Freude, Zufriedenheit und Optimismus einstellen. Damit macht man sich nichts vor, man verlagert lediglich den Schwerpunkt der Wahrnehmung (ähnlich dem 50 prozentig gefüllten Glas, das man bedauernd als „schon halb leer“ oder freudig als „noch halb voll“ wahrnehmen und erleben kann).

- der demenzerkrankte alte Mensch besitzt ein Gefühlsgedächtnis und verfügt über eine erhöhte Sensibilität in der Wahrnehmung seiner Umgebung.
- eine vertiefte Fähigkeit zu leiden, aber auch sich zu freuen (Freude, Zärtlichkeit, Dankbarkeit).

- eine große Offenheit und Spontaneität; so besitzt er auch die Fähigkeit, Gefühle ungefiltert zum Ausdruck zu bringen.
- beim demenzerkrankten Menschen tritt stärker hervor, was in seinem Leben von tieferer Bedeutung war und ist. Sein Leben konzentriert sich auf Wesentliches.
- es gelingt ihm, Lebensfragen und –probleme auf der Gefühlsebene abzuschließen, die auf rationaler Ebene nicht mehr abgeschlossen werden können.

Einen weiteren Gedanken möchte ich in diesem Zusammenhang noch formulieren: Warum sollte man sich nicht durch bizarr wirkende Verhaltensweisen eines Demenzkranken dazu anregen lassen, das eigene Verhalten zu überdenken? Könnte es nicht sein, daß uns demenzerkrankte Menschen Möglichkeiten vorleben, die uns verloren gegangen sind oder die wir uns nicht mehr zugestehen, z.B. Langsamkeit (wozu soll es gut sein, daß alles immer schneller gehen soll?), oder Unberechenbarkeit (wozu ist es dienlich, alles Seiende immer nur instrumentell und berechnend aufzufassen?), Nutzlosigkeit (nur dasjenige Seiende zählt, was Nutzen für uns hat).

Aufgrund dieser Sachverhalte ist das Phänomen der Demenz unter dem Gesichtspunkt einer „strikten Ambivalenz“ (Dietmar Kamper) aufzufassen, also keineswegs nur defizitär, sondern auch den Zugewinn an Leben zu betonen.

Auch tritt in der Demenz die Abwesenheit von bewußtem, angelerntem, konditioniertem Denken und Verhalten sowie die Abwesenheit von Kontrollinstanzen deutlich hervor. Der enge Panzer des (rationalen) Denkens ist verschwunden und dem betroffenen Menschen fällt es leichter, ungelöste Probleme zu lösen sowie Lust und Triebhaftigkeit zum Ausdruck zu bringen. Demenz kann deshalb auch als Chance der Befreiung zur Essenz begriffen werden.

Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die ihn umgebende Welt?

Aufgrund ihres Krankheitsbildes ziehen sich dementiell veränderte Menschen in ihr Inneres zurück. Sie tun dies, weil sie mit ihrem aktuellen Leben nicht mehr zurecht kommen, weil die äußere Realität sie überfordert. Die erlittenen hirnganische Verluste können sie nicht ausgleichen; vom Verstand her können sie ihr Leben nicht mehr bewältigen. So leben sie oftmals in Szenen der Vergangenheit, die filmartig vor ihrem inneren Auge ablaufen. Das, was sie aktuell erleben und fühlen, verschlüsseln sie in ihr vergangenes Leben hinein. Dort kennen sie sich noch einigermaßen aus. Sie kombinieren aktuelle Gefühle und alte Erlebnisse, die ihnen im Langzeitgedächtnis zur Verfügung stehen. Zugang zu dieser Erlebniswelt bekommen wir nur über ein einführendes Nachspüren (Empathie) und die Kenntnis jener Lebensbilder, die die Demenzerkrankten bevorzugt aufsuchen, in denen sie meinen, noch leben zu können oder in denen sie vielleicht sogar leben müssen. In der täglichen Kommunikation ist die Biografiekenntnis ein hervorragender Ansatzpunkt für ein Gespräch. Wir wissen dann zum Beispiel, über welche Themen sich der Bewohner besonders gerne unterhält und wir können bei den Themen ansetzen, von denen wir wissen, dass sie der Bewohner noch beherrscht (ressourcenorientiert).

Eine angemessene und gute Betreuung ist nur dann möglich, wenn wir ihre innere Welt, ihre Wahrnehmungen, ihr Erleben und ihre Denkvorgänge verstehen. Deshalb

ist es wichtig zu wissen, dass eine demenzerkrankte Person im Anfangsstadium ihre Defizite voll wahrnimmt. Sie merkt, dass sie neue Informationen leicht vergisst, dass sie oft Gegenstände verlegt und nicht mehr finden kann, dass ihr Namen von Bekannten nicht mehr einfallen und sie Verabredungen mit ihnen vergisst. All dies löst Gefühle der Angst aus, Angst davor, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren: „Wie soll das bloß weitergehen? Wer kümmert sich um mich und meine Angelegenheiten, wenn ich das immer weniger selbst tun kann?“ Diese und ähnliche Fragen bewegen einen demenzerkrankten Menschen im Anfangsstadium der Erkrankung. Hinzu kommen häufig noch Schamgefühle, dass andere die Leistungseinbußen bemerken könnten.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung wird die Realität für den Betroffenen zunehmend unverständlich und unerklärbar. Situationen und Informationen können nicht mehr in einen größeren Kontext eingeordnet werden. Aus dieser Befindlichkeit heraus entsteht beim demenzerkrankten Menschen das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit. Es ist z.B. häufig zu beobachten, dass sie in einer solchen Situation der Bezugsperson permanent folgen oder immer wieder dieselben Fragen stellen. Es ist auch hier oft sehr viel Angst, um nicht zu sagen Panik mit im Spiel, die zunehmend dazu führt, dass sich diese Personen immer mehr in die innere Welt der Vergangenheit zurückziehen, weil diese Welt ihnen ein Stück weit Sicherheit und Vertrautheit zu geben vermag.

Der niederländische Autor Bernleff hat in seinem Buch „Hirngespinnste“ das Erleben eines Demenzerkrankten zu beschreiben versucht. Demnach besteht die Welt eines demenzerkrankten alten Menschen nur noch aus flüchtigen und beziehungslosen Situationen, die nicht mehr abgespeichert und daher auch nicht mehr reflektiert werden können. In seinem Roman läßt er den Kranken sagen:

**„Ohne Erinnerung kannst Du nur noch schauen.
Dann gleitet die Welt spurlos durch Dich hindurch.“**

Wenn es uns gelingt, uns in diese Situation einzufühlen, erhalten wir eine Ahnung von der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung, die in einem demenzerkrankten Menschen ausgelöst werden können.

Ähnlich ist es in dem Film von Marion Kainz „Der Tag, der in der Handtasche verschwand“. Der Film zeigt, wie die an Demenz erkrankte Frau Mauerhoff die Welt um sie herum wahrnimmt. Die alte Dame kämpft um Erinnerung:

**„Wenn ich doch nur einen Anhaltspunkt hätte.
Wer könnte mir Auskunft über mich geben?
Wo kennt man mich?“**

Der Dokumentarfilm hatte kein Happy-End: Frau Mauerhoff blieb zurück voller Beunruhigung, Angst und Panik:

**„Ich bin vollkommen verloren, wenn ich mich nicht erinnern kann.
Es ist aus. Ich weiß nicht mehr weiter. Da ist eine dunkle Wand
vor mir. Kann ich nicht irgendwo hingehen, wo man mich
kennt, damit ich Anhaltspunkte habe?“**

Demenzerkrankte Menschen sind bereits im fortgeschrittenen Anfangsstadium nicht mehr in der Lage, dasjenige, was sie sehen und erleben, abzuspeichern, d.h. sie leben ohne Erinnerung an jüngst Vergangenes. Während das Kurzzeitgedächtnis mehr oder weniger stark angegriffen ist, können Langzeitgedächtnisinhalte jedoch noch lange Zeit recht gut abgerufen werden.

Was heißt Validation? (nach Naomi Feil)

„Validation“ ist der Versuch, eine Erklärung für das Verhalten von desorientierten alten Menschen zu finden, ihre Problematik in unterschiedliche Stadien einzuteilen und ihnen entsprechende Hilfen zukommen zu lassen.

Begründerin der Validationstheorie ist Naomi Feil. Sie entwickelte ihre Methode aus der Erfahrung in der Betreuung von desorientierten alten Menschen. Nach Feil ist die Verwirrtheit der Versuch, sich der als unerträglich empfundenen Umwelt zu entziehen. Verwirrte alte Menschen haben sich demnach eine eigene Realität aufgebaut, die für sie Gültigkeit hat. In der Regel ist dies die eigene Kindheit.

In der „Validation“ sollen diese Menschen in ihrem Verhalten nicht korrigiert werden, sondern ihre Realität wird als ein Versuch akzeptiert, mit Verlusten umzugehen oder sich ihnen zu entziehen.

„Validation“ heißt soviel wie „für gültig erklären“, „wertschätzen“, „ernstnehmen“, „akzeptieren“ und bedeutet, die Gefühle hochbetagter, desorientierter Menschen anzuerkennen, ohne sie zu beurteilen oder sie in ihrem Verhalten zu korrigieren.

Demnach ist „Validation“ zunächst eine Grundhaltung den desorientierten alten Menschen gegenüber. Sie ist darüber hinaus aber auch eine Technik und eine Theorie, die eklektizistisch verfährt.

„Validation“ ist keine Analyse und keine Therapie. Psychotherapeutische Verfahren zielen auf Einsichten, mit dem Ziel, bestimmte Einstellungen beim Klienten zu verändern. Sehr alte, mangelhaft orientierte Menschen sind jedoch zu solchen Einsichten nicht mehr fähig. „Validation“ versucht deshalb nicht das Verhalten des hochbetagten desorientierten Menschen zu verändern, sondern geht auf seine Gefühle ein, versucht Interaktionen in Gang zu setzen.

In der „Validation“ kommt es darauf an, den alten Menschen in seiner Verwirrtheit und Desorientiertheit ernst zu nehmen, seine verwirrten Gefühle, Gedanken und Vorstellungen anzunehmen und „für gültig zu erklären“. Durch Einfühlen in seine innere Welt soll eine vertraute Atmosphäre geschaffen werden, in der eine spannungsfreiere Kommunikation möglich wird. Der Begriff, der diesen Sachverhalt adäquat umschreibt, ist "Empathie." **“Empathie“** meint die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich in Einstellungen, Vorstellungen und das Verhalten anderer Menschen einzufühlen.

Ziel der „Validation“ ist es, eine Vertrauensbeziehung zu dem desorientierten alten Menschen aufzubauen. In der „Validation“ lügen wir nicht, d.h. wir dürfen den desorientierten alten Menschen nicht in seinem „Wahn“ bestätigen.* Ebensowenig sollten wir ihn umgekehrt mit der Realität konfrontieren. „Validation“ bedeutet einen dritten Weg (manchmal einen sehr engen Pfad) zu gehen, jenseits von Lüge und Realitätsorientierung. Dabei geht es um die Frage: Kann ich den desorientierten alten

* Naomi Feil hat ihre Validationstheorie auf der Grundlage der „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ nach Carl Rogers entwickelt, deren drei Basiselemente „einführendes Verstehen“, „positive Wertschätzung / Akzeptanz“ und „Echtheit / Fassadenfreiheit“ sind.

Menschen in seiner Wahrheit belassen und zugleich bei meiner eigenen Wahrheit bleiben?

Die Kommunikation mit dem desorientierten alten Menschen muß also einerseits echt, wahrhaftig, ehrlich und authentisch sein, andererseits erfolgt jedoch auch keine Zurückführung in die Realität bzw. in die „Normalität.“ Vielmehr ist es die Aufgabe des Validationsanwenders (VA) in die innere Erlebniswelt des desorientierten Menschen mitzugehen, ihn in „seiner Welt“ durch fragende und interessierte Anteilnahme zu begleiten. Statt einer Verunsicherung durch die Konfrontation mit der Realität erfährt der alte Mensch somit eine Annahme, Akzeptanz und Wertschätzung (= Validation) seiner Person im aktuellen Zustand.

„Validation“ verzichtet auf Wertung. Wertung ist gelegentlich erforderlich, aber dann befindet man sich nicht mehr in der „Validation.“

„Validation“ ist eine Form bzw. eine Grundhaltung des verstehenden Umgangs mit alten verwirrten Menschen. Die „Validation“ basiert auf der Annahme, daß es keinen Sinn macht, jemanden, der unter Verwirrtheit leidet, wieder in die Realität zurückzuholen, denn ein solcher Mensch reagiert nur noch nach dem Gefühl und nicht mehr nach den Postulaten der logischen Vernunft.

Wie erkenne ich eine dementielle Erkrankung?: Typische Verhaltensweisen und Symptome in den vier Stadien dementieller Erkrankung (Einteilung nach Naomi Feil)

Stadium 1: mangelhafte Orientierung: meist orientiert, gelegentliche Phasen der Desorientierung.

Personen im Stadium 1 halten an den gesellschaftlich vorgegebenen Rollen fest, mit einer Ausnahme: sie haben das Bedürfnis, alte Konflikte in verkleideter Form zu äußern, indem sie Personen der Gegenwart als „Symbole“ für Personen der Vergangenheit verwenden.

Um sich zu rechtfertigen oder ihre starken Emotionen zu leugnen, beschuldigen sie die anderen.

Um die Kontrolle im Kampf gegen den Kontrollverlust aufrechtzuerhalten, hamstern sie. In der Angst vor weiteren Verlusten horten sie alles, was sie bekommen können: Orangen Sicherheitsnadeln, Taschentücher, Tassen, Zeitungen usw.

Sie projizieren ihre tiefliegenden Ängste auf andere, um ihr Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Sie benötigen ihre Verhüllungen, die man ihnen nicht nehmen darf, zum Überleben; nur so können sie ihre Gefühle ausdrücken, ohne sich dem grellen Licht der Realität auszusetzen.

Kernkriterien: **Beschuldigen.**
 Sammeln.
 Scham / Konfabulieren.

Stadium 2: Zeitverwirrtheit: Verlust der kognitiven Fähigkeiten.

Ein zu hohes Maß an körperlichen und sozialen Verlusten führt dazu, daß mangelhaft orientierte alte Menschen in das zweite Stadium, das Stadium der Zeitverwirrtheit abrutschen.

Das zunehmende Schwinden des Seh-, Hör- und Bewegungsvermögens, des Tast-, Geschmacks- und Geruchssinns sowie der kognitiven Fähigkeiten erleichtern den Rückzug.

Zeitverwirrte Menschen leben nicht mehr in einer realen, chronologischen Ordnung,

sie ziehen sich zurück, verlieren die Selbstkontrolle, das Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zum sozialen Verhalten. Sie halten sich nicht mehr an Bekleidungsregeln oder soziale Konventionen und es fehlt ihnen an Anregung durch andere, weil sie oft ignoriert werden oder isoliert sind. So werden sie körperlich und gefühlsmäßig inkontinent.

Kernkriterium: Zeitverwirrtheit.

Stadium 3: Sich wiederholende Bewegungen: Bewegungen ersetzen die Sprache. Je unerträglicher die Gegenwart, um so stärker der Rückzug in die Vergangenheit.

Menschen, die im zweiten Stadium ihre Gefühle nicht verarbeiten können, indem sie diese jemandem mitteilen, der sie validiert, ziehen sich häufig in vorsprachliche Bewegungen und Klänge zurück, um unbewältigte Konflikte der Vergangenheit zu lösen: Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen ersetzen Worte.

Im Stadium 3 treten lebenslang eingesperrte Gefühle nunmehr in heftigen Bewegungen frei heraus. Die Sprache wird unverständlich, sie dient dem sinnlichen Vergnügen, das durch Zunge, Zähne und Lippen erzeugte Klänge bereiten.

Wenn die logische, sekundär erlernte Sprache schwindet, kehrt der Mensch zu frühen Sprachformen zurück.

Kernkriterium: Verlust der Sprache, an deren Stelle die sich wiederholenden Bewegungen getreten sind.

Stadium 4: Vegetieren: totaler Rückzug nach innen.

In diesem letzten Abschnitt der Aufarbeitungsphase zerstören die sehr alten Menschen jede Spur der schmerzenden Wirklichkeit. Sie kämpfen nicht mehr darum, uns ihre Bedürfnisse mit Klängen oder mit Bewegungen zu vermitteln, sie haben das Streben aufgegeben, ihr Leben zu verarbeiten, sie machen einfach zu und ziehen sich völlig zurück.

Vegetieren tritt dann ein, wenn eine Person nicht genügend stimuliert wird, wenn sie nicht genügend Anreiz erhält, „da“ zu bleiben; wenn sie zuviele Medikamente und zuwenig Validation erhält.

Personen im vierten Stadium der Desorientiertheit bewegen sich nicht

mehr, sie wollen nichts mehr und werden zu lebenden Toten.

Kernkriterium: Verlust der Bewegungsfähigkeit, Bettlägerigkeit

Wie begleite ich demenzerkrankte Menschen in den unterschiedlichen Stadien? - Welche Techniken muss ich in der Begleitung anwenden?

Techniken für Stadium 1

1. Zentrieren: Der VA soll sich durch Konzentration und Atemübungen frei von eigenem Ärger und Frustration machen, um sich ganz auf die Gefühle des demenzerkrankten Menschen einlassen zu können.
2. Wer-Was-Wo-Wann-Wie- Fragen verwenden, wenn nach einem Sachverhalt gefragt wird; niemals die Frage „warum“ stellen.
- 3 Spiegeltechniken: 1. Paraphrasieren: Wiederholen und Umformulieren: Den Sinn dessen, was der Klient gesagt hat, noch einmal wiederholen und dabei möglichst die Schlüsselwörter verwenden. 2. Verbalisieren: Die Gefühle, die der Klient hat, in Worte fassen
4. Verwenden Sie Polarität, fragen Sie nach dem Extrem, beispielsweise: „Wie schlimm war es?“ oder „Wie sehr tut es weh?“
5. Führen Sie Erinnerungen herbei. Fragen Sie nach der Vergangenheit, das führt erstens dazu, daß der Klient Vertrauen zu Ihnen entwickelt, und zweitens hilft es, alte, gut bekannte Methoden für Problemlösungen wiederzuentdecken, mit denen man die Krisen der Gegenwart bewältigen kann.

Techniken für Stadium 2

Techniken 1 bis 5 wie für Stadium 1, drüber hinaus:

6. Verwenden Sie Berührung. Da das Seh- und Hörvermögen bei Zeitverwirrten z.T. erheblich beeinträchtigt ist, muß man sehr nahe an sie herantreten, um von ihnen gesehen oder gehört zu werden. Im Unterschied zu mangelhaft orientierten Menschen haben Zeitverwirrte keine Angst vor Berührung. Um mit ihnen in Kommunikation treten zu können, brauchen sie fürsorglichen und intensiven Körperkontakt. Sie benötigen die Anregung durch jemand anderen, um schlafende Nervenzellen zu reaktivieren. Wenn ein zeitverwirrter Mensch so berührt wird, wie er in seiner Kindheit oder von einer geliebten Person berührt worden ist, werden in ihm Erinnerungen an eine glückliche Zeit wach.
7. Halten Sie echten, direkten, längeren Blickkontakt, berühren Sie mit den Augen.
 10. Sprechen Sie mit klarer, tiefer, warmer, liebevoller Stimme. Setzen Sie Stimme, Berührung und Augenkontakt zeitgleich ein, um eine Antwort anzuregen. Die Stimme löst Erinnerungen an vertraute Personen aus. Halten Sie während des Sprechens Augenkontakt und berühren Sie den Patienten. Um antworten zu können, benötigt er die Stimulation einer Kombination von Berührung, Blickkontakt und Stimme.

- 8 Verwenden Sie mehrdeutige Wörter, unbestimmte Personalpronomen (z.B. „er“, „sie“, „es“, „jemand“, „etwas“), wenn Ihr Gesprächspartner etwas sagt, das keinen Sinn ergibt. Die unbestimmten Worte ersetzen im Gespräch die Wörter, die der VA nicht versteht. Auf diese Weise bricht die Kommunikation nicht ab, sondern bietet den Menschen Gelegenheit, weiter über das zu sprechen, was sie mit den für andere unverständlichen Wörtern ausdrücken wollten. Verwenden Sie Musik. In der Kindheit erlernte Lieder sind für immer im Gedächtnis gespeichert. Zeitverwirrte Menschen, die andere Personen nicht mehr erkennen und die langsam die Fähigkeit zu sprechen verlieren, erinnern sich oft noch an Lieder.

Techniken für Stadium 3

Die Technik 1 sowie die Techniken 6 bis 8 wie in Stadium 2 anwenden, darüber hinaus:

9. Körpersprachliches Spiegeln
Ahmen Sie die Körperbewegungen der Person nach, versuchen Sie, das Spiegelbild zu sein, achten Sie auf ihre Atmung, Hand- und Fußbewegungen und den Gesichtsausdruck. Folgen Sie wie bei einem Tanz der Führung ihres Gegenübers und passen Sie sich seinem Rhythmus an.

Techniken für Stadium 4

- Zentrieren.
- Kenntnisse der Basalen Stimulation sind hier sehr hilfreich:
Berühren, sanfte, zärtliche ggf. atemstimulierende Massagen, Waschungen.
- Versuchen Sie Blickkontakt zu bekommen, was sehr schwierig ist. Wenn Sie Blickkontakt haben, waren Sie erfolgreich
- Sprechen Sie mit aufrichtiger, fürsorglicher Stimme.
- Stellen Sie einen Bezug zwischen Verhalten und Bedürfnissen her.
- Verwenden Sie Gerüche – Aromatherapie.
- Verwenden Sie Musik.

Elemente aus der Basalen Stimulation (insbesondere für Sterbende in der letzten Phase sowie für Menschen mit Demenz im vierten Stadium): Aromatherapie – Atemstimulierende Einreibung – Waschungen (beruhigend oder anregend)

Die Initialberührung.

Unter einer Initialberührung versteht man die ritualisierte Berührung als Begrüßung. Sie soll dem schwerstbehinderten Menschen Sicherheit und Vertrauen geben.

Man begrüßt ihn mit einer Berührung respektvoll kontrolliert und stets gleichmäßig. Der Bereich in dem initial berührt wird, kann durchaus verschieden sein.

Was ist für welchen schwerstbehinderten Menschen der geeignete Bereich? Dies könnten sein:

- Hand (links oder rechts) oder
- beide Hände gleichzeitig
Unterarm oder
- Ellbogen oder
- Schulter (links oder rechts) oder
- Kopf (Stirn, Nase, Wange, Ohr, Haare) oder
- Thorax / Sternum (Atemzentrum)

Es ist wichtig, dass man den schwerstbehinderten Menschen vor der Initialberührung mit seinem Namen anspricht, um ihn aus der Ferne auf den Kontakt vorzubereiten.

Die Qualität der Initialberührung muss behutsam, jedoch gleichwohl deutlich sein. Danach wartet man die Reaktion des schwerstbehinderten Gegenübers ab, bevor Weiteres geschieht.

Zum Abschluss des Geschehens wird erneut der gewählte Bereich deutlich und behutsam initial berührt. Danach löst sich unsere Hand langsam, eben wie bei einer Verabschiedung.

Unser Sprechen begleitet wieder unsere Handlungen. Denn Kommunikation besteht sowohl aus verbalen, als auch aus vielen weiteren Ausdrucksmöglichkeiten: Gestik und Mimik, Bewegung, Haltung, Körperspannung und Atemrhythmus.

Die „Atemstimulierende Einreibung“ (ASE)

Ziel der „Atemstimulierenden Einreibung“¹ ist es, dem Patienten zu einer gleichmäßigen, ruhigen und tiefen Atmung zu verhelfen. Damit soll bei dem Patienten die Körperwahrnehmung unterstützt sowie seine Konzentrationsfähigkeit und Bereitschaft für Außenreize gefördert werden:

Eine „Atemstimulierende Einreibung“ ist insbesondere für Menschen indiziert, die eine oberflächliche, rasche und zum Teil auch unregelmäßige Atmung haben. Atmungsprobleme kommen häufig bei Patienten vor, die unter folgenden Symptomen leiden:

- Schmerzen.
- depressiven Zuständen.
- Einschlafstörungen.
- Wahrnehmungsverlust des Körpers (z.B. Patienten mit Morbus Alzheimer oder demente Menschen).
- Menschen vor schweren operativen oder diagnostischen Eingriffen nach malignen Diagnosemitteilungen.
- beatmete Patienten zur Unterstützung des Abtrainierens vom Beatmungsgerät.

¹ Vgl. Ebenda, S.174-179.

Kontraindikationen bei der ASE sind nicht bekannt. Liegt z. B. eine verlangsamte Atmung vor, wird mit der ASE versucht, die Atemfrequenz an die Normfrequenz zu adaptieren.

Grundvoraussetzung für eine ASE ist die Fähigkeit der Pflegenden, sich auf die Maßnahme in Ruhe einlassen zu können. Eine ASE benötigt ca. 5 Minuten Zeit. In dieser Zeit sollten Störungen unterbleiben. Oftmals ist es den Patienten nach der ASE möglich, Aktivitäten bewußt zu verfolgen, die an ihnen stattfinden oder sogar diese gezielt mit zu unterstützen. Gleichzeitig ermöglicht die ASE eine differenzierte Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Wie bereits im vorletzten Kapitel (vgl. Kap. 3.1) erwähnt, kommt der Hand der Pflegenden eine große Bedeutung zu. Gerade bei der ASE muß der Pflegende in der Lage sein, seine Hand dem Körper des Patienten anzupassen. Die Hand muß „führend denken“ können!

Die ASE wird ohne Handschuhe durchgeführt. An den Händen sollte kein Schmuck sowie keine Uhr sein. Die Hände sollten warm sein.

Die Hände der Pflegenden sollten bei der ASE in der Lage sein, gleichzeitig arbeiten zu können und in jeder Hand differenzierte Drücke in verschiedenen Handabschnitten aufbauen zu können.

Prinzipien des Waschens

Körperpflege ist manchmal der einzige Kontakt, der über den verbalen Zugang zum Heimbewohner oder Patienten hinausgeht. „Nicht was getan wird, ist so entscheidend, sondern wie dies erfolgt“ — dieses Motto gilt hier wie bei anderen Angeboten.

Dem lebendigen Konzept entsprechend, das sich in seiner Realisierung stets an der Individualität des anderen ausrichtet, kann es keine Checkliste geben, die schematisch abgearbeitet wird, sondern bestenfalls eine Zusammenfassung der wichtigsten Grundsätze.

Dazu gehören vor allem die nachfolgend genannten Regeln:

- Das Angebot beginnt mit einer eindeutigen Begrüßung.
- Die Temperatur des Waschwassers ist dem Zweck anzupassen je nachdem, ob belebend oder beruhigend gewaschen werden soll.
- Zusätze zum Waschwasser sind möglich (Geruchssinn). Es gilt das Gebot der Berührungskonstanz.
- Die Bewegungen sollten rhythmisiert werden; ein nachvollziehbares Tempo der Abläufe ist erforderlich.
- Es gilt das Prinzip der Normalität, beispielsweise hinsichtlich der Reihenfolge der Schritte. Das kann auch bedeuten, soweit und solange möglich, bei aufgerichtetem (Ober-)Körper zu waschen.

- Beidhändiges, flächiges Arbeiten erweist sich als wünschenswert informationsreich. Der dabei ausgeübte Druck sollte den Reaktionen des Betreffenden angepasst sein.
- Umformen und Modellieren, beim Waschen ebenso wie beim Abtrocknen, soll dem Betreffenden seinen Körper wieder bewusst machen.
- Die Bewegungsrichtung beim belebenden Waschen verläuft gegen die Wuchsrichtung der Körperbehaarung, beim beruhigenden Waschen in der Wuchsrichtung, vom Zentrum zur Peripherie.
- Alles Handeln ist an den Reaktionen des Betreffenden orientiert.
- Es gilt, individuelle Besonderheiten (Krankheiten, Behinderungen, Vorlieben) zu berücksichtigen.
- Eventuell lässt sich das Waschen mit einem angenehmen Eincremen verknüpfen.
- Alle verbalen Ankündigungen erfolgen rechtzeitig und in klarer Sprache.
- Das Angebot wird beendet mit einer eindeutigen Verabschiedung.

Neben diesen Geboten und Empfehlungen gelten zwei strikte Verbote:

- Es sollte nie mit zwei Personen gewaschen werden.
- Es darf keine ablenkenden, außerhalb des Sinnzusammenhangs „Waschen“ liegende Reize geben (etwa Körperpflege, während der Fernseher oder das Radio läuft).

Zusammenfassung: Umgangsprinzipien und grundsätzliche Aspekte in der Begleitung von demenzerkrankten Menschen

- Der Umgang mit demenzerkrankten Menschen umfaßt verschiedene Herangehensweisen, die sich gegenseitig nicht ausschließen. Orientierung in der Realität ist sinnvoll und notwendig, wo sie vom Kranken verstanden wird und ihm Sicherheit gibt. Kognitives Training hat seinen Sinn, wo es in frühen und mittleren Stadien einer Demenz um die Erhaltung noch bestehender kognitiver Ressourcen geht. Dies darf aber nicht dazu führen, daß Umgangsformen in der Arbeit mit Demenzerkrankten die Realität der Gesunden zum Maßstab für das Verhalten der Demenzerkrankten machen. Der verstehende Zugang zum demenzerkrankten Menschen bildet immer die Grundlage des Umgangs mit ihm, um zu erkennen, wo seine Bedürfnisse liegen, was er mit seinem Verhalten ausdrücken will und wo

das Verhalten im Kontext der „verwirrten Welt“ als sinnvoll und nachvollziehbar verstanden werden kann. Dann läßt sich ein sicheres Gespür dafür entwickeln, wo Korrektur des Verhaltens und Realitätsorientierung angemessen sind oder wo sie ihren Sinn verloren haben und es wichtiger wird, ihn einfühlsam und akzeptierend zu begleiten.

- Defizite der demenzerkrankten Menschen liegen vor allem in den Bereichen der Selbsthilfefähigkeit, der Orientierung und in der Möglichkeit, sich zu beschäftigen.
Ihre Ressourcen liegen im Bereich des emotionalen Erlebens, des Langzeitgedächtnisses und der Ausführung früher gelernter (automatisierter) Tätigkeiten.
Defizite sollen möglichst ausgeglichen, Ressourcen so weit als möglich genutzt werden.
- Anpassen der Kommunikation an den Kommunikationsstil von demenzerkrankten Personen. - Orientierung im Gespräch, demenzgerecht formulieren (deutlich, langsam, einfache Sätze) – die Fragen ggf. so stellen, dass der demenzerkrankte Mensch in der Lage ist, eine Antwort zu geben – Vorsicht bei Wer-, Wo-, Wie-, Was-, Wann-Fragen.
Einsatz nonverbaler Kommunikationsmittel (Blickkontakt, Berührungen, Gesten)
Aktives Zuhören – höchste Aufmerksamkeit – Zugang über die Sinne - die Bedeutung der Körpersprache beachten.
- Auch wenn ein demenzkranker Mensch während eines Gesprächs den logischen Inhalt des Gesagten nicht mehr versteht, so versteht er sehr genau, wie das Gesagte gemeint ist. Demenzerkrankte Menschen haben sehr feine „Antennen“ für das „Wie“ des Gesagten (freundlich, ruppig, verstellt, ernstnehmend ...). Nonverbale Signale (Stimmfarbe, Körpersprache) werden von Demenzerkrankten sehr genau registriert.
- **Eine validierende Grundhaltung einnehmen, die aus drei Elementen besteht:**
 - ❖ **Akzeptieren / nicht korrigieren**
Akzeptieren Sie den desorientierten Menschen so wie er ist, korrigieren Sie ihn nicht, versuchen Sie nicht, sein Verhalten zu verändern.
 - ❖ **Empathie**
Meint die Fähigkeit, sich in die Gefühlswelt eines anderen Menschen hineinzusetzen. Holen Sie den demenzerkrankten Menschen dort ab, wo er gerade ist und begleiten Sie ihn in seiner Welt: „Gehen Sie in den Schuhen des anderen“ (Naomi Feil)
 - ❖ **Einem spezifischen Verständnis des Phänomens „Demenz“**
Verstehen Sie Demenz als seelische Überlebensstrategie für den Betroffenen. Gelegentlich kommt es bei desorientierten alten Menschen im 1. Stadium vor, dass der Betreuer zum Gegenstand von Aggressionen wird (er wird beschuldigt und beschimpft). Der Begleiter erweist dem desorientierten Menschen einen Liebesdienst, wenn er die Aggressionen aufnimmt und aushält und nicht wegrennt indem er diese

zurückgibt, denn das Beschuldigen ist für den desorientierten Menschen die einzige Art, mit seinen Problemen fertig zu werden.

Führen Sie Erinnerungen herbei. Fragen Sie nach der Vergangenheit, das führt erstens dazu, daß die demenzerkrankte Person Vertrauen zu Ihnen entwickelt, und zweitens hilft es, alte, gut bekannte Methoden für Problemlösungen wiederzuentdecken, mit denen man die Krisen der Gegenwart bewältigen kann.

Sich die Welt dieser Menschen vorzustellen, fällt uns schwer. Verstand und Logik treten immer mehr in den Hintergrund. Dafür werden Gefühle immer wichtiger. Die Gefühlswelt ist oft gekennzeichnet durch große Angst, Unsicherheit, Scham, Trauer, manchmal auch Wut und Aggression.

Mit einer „guten“ Betreuung gelingt es aber, Gefühle wie Geborgenheit, Zufriedenheit, Freude und Humor wieder anzusprechen und zu verstärken.

Loben Sie den desorientierten Menschen für richtiges Reagieren und Verhalten mit bestätigenden Worten, Berührung und einem Lächeln, denn das gibt ihm Orientierung und Sicherheit.

Sprechen Sie mit klarer, tiefer, warmer, liebevoller Stimme. Setzen Sie Stimme, Berührung und Augenkontakt zeitgleich ein, um eine Antwort anzuregen. Die Stimme löst Erinnerungen an vertraute Personen aus. Halten Sie während des Sprechens Augenkontakt und berühren Sie den Patienten. Um antworten zu können, benötigt er die Stimulation einer Kombination von Berührung, Blickkontakt und Stimme.

Beachten Sie den Unterschied zwischen dem Einnehmen der validierenden Grundhaltung und dem eigentlichen Validieren!

VI Literaturverzeichnis

(Älterwerden, Vergänglichkeit Trauer, Sterben, Tod, Sterbebegleitung)

Améry, Jean, Über das Altern. Revolte und Resignation, Stuttgart 1977 (1968)

Ders., Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod, Stuttgart 1979 (1976)

Aurel, Marc, Wege zu sich selbst, Hamburg 1965,

Baudrillard, Jean, Die politische Ökonomie und der Tod, in: Ders., Der symbolische Tausch und der Tod, München 1982 (frz. 1976), S.193 – 295

Bittner, Günther, Das Sterben denken um des Lebens willen, Frankfurt 1995

Bobbio, Norberto, Vom Alter – De senectute, Berlin 1997, (ital. 1996)

Breloer, Gerhard (Hrsg.), Sinnfragen im Alter. Beiträge der Wissenschaft, Münster 2000

Canacakis, Jorgos, Ich begleite dich durch deine Trauer, Stuttgart 1990

de Beauvoir, Simone, Das Alter, Reinbek bei Hamburg 1997

de Montaigne, Michel, Philosophieren heißt sterben lernen, in: Ders., Essais, Frankfurt 1976, S. 7 - 31

- Decher, Friedhelm, Die Signatur der Freiheit. Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie, Lüneburg 1999
- De Hennezel, Marie/Leloup, Jean-Yves, Die Kunst des Sterbens. Der Tod und wie wir mit ihm umgehen können, Frankfurt am Main, 2000
- Deutsche Buddhistische Union e.V. (Hrsg.), Im Spiegel des Todes. Beiträge zu Tod und Sterben aus buddhistischer Sicht, München 1995
- Döring, Eberhard, Sinn des Lebens – Sinn des Todes. Perspektiven unserer Existenz, Düsseldorf und Bonn 1994**
- Dracklé, Dorle, (Hrsg.), Alt und zahm? Alter und Älterwerden in anderen Kulturen, Berlin 1998
- Elias, Norbert Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt 1982 S. 100
- Epikur, Philosophie der Freude, Stuttgart 1973
- Everding, Gustava / Westrich, Angelika, Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2001**
- Filmer, Werner, Susanne Fleer: Abschied vom Leben. Gespräche mit einer Sterbenden, München 1991
- Frankl, Viktor E. / Kreuzer, Franz, Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Ein Gespräch, München 1994 (1982)**
- Fuchs, Michael (Hrsg.), Sterben und Sterbebegleitung. Ein interdisziplinäres Gespräch, Stuttgart 1996 – (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend – Band 122)
- Fuchs, Richard, Das Geschäft mit dem Tod. Plädoyer für ein Sterben in Würde, Düsseldorf 2001
- Heller, Andreas u.a. (Hrsg.), Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg 2000
- Hucklenbroich, Peter / Gelhaus, Petra (Hrsg.), Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven, Münster 2001
- Jaspers, Karl, Einführung in die Philosophie, München 1973
- Ders., Was ist Philosophie?, München 1980
- Kast, Verena, Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart 1982**
- Kübler-Ross, Elisabeth, Interviews mit Sterbenden, Gütersloh 1996 (amerik. 1969)**
- Dies., Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Gütersloh '94**
- Dies., Das Rad des Lebens (Autobiographie), München 2000
- Langenmayr, Arnold, Trauerbegleitung. Beratung – Therapie – Fortbildung, Göttingen 1999**
- Levine, Stephen, Sein lassen. Heilung im Leben und im Sterben, Bielefeld 2001**
- Mittag, Oskar, Sterbende begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen,**

Stuttgart 1994

- Renz, Monika, Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung, Paderborn 2000
- Rösing, Ina, Petzold, Hilarion, (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie, Paderborn 1992**
- Saunders, Cicely, Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau 1993**
- Dies., Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht, Freiburg 1999**
- Schmitz-Scherzer, Reinhard, (Hrsg.), Altern und Sterben, Bern 1992
- Specht-Tomann, Monika, Tropper, Doris, Zeit des Abschieds, Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf 1999**
- Stoddard, Sandol, Die Hospiz-Bewegung, Freiburg 1982**
- Student, Johann-Christoph (Hrsg.), Das Hospiz-Buch, Freiburg 1999**
- Ders./Klie, Thomas, Die Patientenverfügung. Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen, Freiburg 2001
- Tausch-Flammer, Daniela, Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun?, Freiburg 1996
- Dies./Bickel, Lis, Wenn ein Mensch gestorben ist – wie gehen wir mit dem Toten um?, Freiburg im Breisgau 1995**
- Weber, Max, Der Beruf zur Wissenschaft, in: Ders., Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen. Politik, Stuttgart 1973, S. 311 – 339**
- Weiß, Wolfgang, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, Berlin 1999**
- Wilkening, Karin, Wir leben endlich. Zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, Göttingen 1998