

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang Geriatric

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Franz Böhmer
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

Rückfragen:

österreichische akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 512 63 83-40DW

Abschiedskultur in der Palliativmedizin

Abschlussarbeit der Geriatrie-Diplomausbildung der
Österreichischen Ärztekammer 2008/09 von Dr. Martin Doppelreiter

1. Einleitung:

Abschiede begleiten mich tagtäglich auf meinem Lebensweg. Zumeist nehme ich sie kaum wahr. Ich kenne den Abschied der Trennungen, doch muss ich mir immer wieder bewusst machen, dass er mir auch in jedem Neubeginn begegnet. Sehr intensiv bleiben und blieben mir endgültige Verabschiedungen von und letzte Momente mit Menschen in Erinnerung.

In meiner Arbeit als Arzt für Palliativmedizin der Caritas Socialis (CS), bei der ich sowohl im Mobilen Hospiz Rennweg als auch in den drei Pflege- und Sozialzentren der CS tätig bin, wiederholen sich in den Dienstbesprechungen, Patientenkontakten und Angehörigengesprächen die Abschiede vom Leben unserer Patientinnen und Patienten. Dort begleiten mich zudem die Abschiede sowohl vom ärztlichen Paradigma der Heilung als auch vom Anspruch auf Linderung aller belastenden Symptome im Rahmen der sogenannten und oft (ent-) täuschenden Begrifflichkeit der Symptomenkontrolle. Ich erlebe andererseits jedoch eine fortwährende, gemeinschaftliche Abschiedskultur mit all meinen Mitarbeitern im Prozess von Palliative Care, die mir ständig aufs neue vermittelt, wie wertvoll diese nicht mehr körperlich heilende, aber dafür trotzdem (oder gerade deshalb?) ganzheitliche Seite der Medizin sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Angehörige und uns Betreuenden ist.

2. Zielsetzung:

Als Arzt für Palliativmedizin der Caritas Socialis (CS) habe ich für meine berufliche Gegenwart und Zukunft eine ärztliche Wirkungsstätte gefunden, an der ich Abschiede - und damit aber auch umso mehr die Gegenwart – behutsam zum Gesprächsthema mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen machen

darf, ohne dabei auf großen Widerstand zu stoßen. Warum erscheint mir im Arbeitsfeld von Palliative Care plötzlich etwas möglich und richtig, das ich in einigen klinischen Jahren auf diversen Abteilungen in mehreren Spitälern für kaum durchführbar oder sogar unzumutbar gehalten habe? Was macht es möglich, eine spürbare, menschliche Abschiedskultur zu erleben und auch zu leben? Was für Rahmenbedingungen, was für Strukturen braucht es, um in der finalen Lebensphase eine Sinnfindung für alle Beteiligten, die freilich nicht immer gelingt, zu ermöglichen? Denn: Sterbende Menschen leben. Diesen Fragen möchte ich in dieser schriftlichen Abschlussarbeit nachgehen.

3. Methode:

In dieser Arbeit werde ich mittels Literaturrecherche aus Fachbüchern und dem Internet möglichst aktuelle Meinungen und Forschungsergebnisse zusammentragen. Zudem werden auch meine eigenen beruflichen Erfahrungen und Reflexionen in die Diskussion einfließen, da meiner Meinung nach gerade die ethische Komponente dieses Themas die Darlegungen persönlicher Sichtweisen unumgänglich machen.

4. Diskussion:

Begriffsdefinitionen:

Palliativmedizin ist laut WHO die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und progredienten Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität ist (1).

Palliative Care ist ein Angebot, dass sich an Menschen richtet, die unter einer schweren, fortschreitenden, unheilbaren oder chronischen Krankheit leiden. Diese umfassende und fürsorgliche Betreuung soll geschehen durch das rechtzeitige Vorbeugen und Lindern von Schmerzen und anderen belastenden krankheitsbedingten Beschwerden. Dazu gehört auch das frühzeitige und sorgfältige Wahrnehmen und Berücksichtigen der Kernbedürfnisse und Kernprobleme der Betroffenen wie auch deren Angehörigen im biologischen, seelisch-geistigen, sozialen und kulturellen Bereich (2).

Kultur ist die Gesamtheit der Lebensäußerungen der menschlichen Gesellschaft in Sprache, Religion, Wissenschaft, Kunst u.a. (3), oder laut Wikipedia definiert als all das, was der Mensch gestaltend hervorbringt (4).

Wozu brauchen wir eine Abschiedskultur?

Für mich ist sie einerseits für den kranken Menschen nötig, der durch das selbst gestaltete und gestaltende Umfeld seinem Leben und Ableben erst einen Sinn geben kann. Dass es dazu aber weit mehr als die hier bloß andiskutierten Rahmenbedingungen braucht liegt auf der Hand. Auf der Suche nach einem Weg durch eine existenzbedrohende Lebenssituation samt (Er-) Lösung ist auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion, zum Annehmen sowie Halten (statt dem oft gepredigten „aus“-halten) des hier und jetzt hilfreich.

Einen Abschied zu leben ist ferner für die Beziehung und den Trauerprozess der Angehörigen unserer Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung, da bei chronisch Erkrankten die sogenannte Trauerarbeit in der Regel nicht erst beim Tod des geliebten Menschen beginnt. Meiner Erfahrung nach macht das Leid, das auch in und durch die Abschiedskultur bewusst werden kann, eine Bewältigung des (drohenden) Verlustes erst möglich, da in der Trauer selbst die Kraft (und der Wunsch) zur Veränderung der schwer tragbaren Gegenwart steckt. Die Zukunft muss dabei der Vergangenheit und Gegenwart einen neuen Platz geben. Bei diesen Veränderungen in der Beziehung zum geliebten Menschen hilft letztendlich eine bewusst und sorgsam gelebte - und im Idealfall begleitete - Kultur.

Abschiedskultur ist schlussendlich vor allem für alle Berufsgruppen, die im Bereich von Hospiz und Palliative Care tätig sind, notwendig, da erst eine eingeforderte, sich selbst zugestandene und auch ehrlich gelebte Kultur eine Verarbeitung der verschiedensten Grenzerfahrungen, Emotionen und Berührungen möglich machen kann. Immer dort, wo Arbeit am Mitmenschen verrichtet wird, ist Kultur vonnöten. Dass natürlich gerade die Begleitung von unheilbar Kranken besondere Sensibilität und Nähe braucht, liegt nicht zuletzt durch die immanente persönliche Betroffenheit auf der Hand. Denn niemand von uns bleibt unberührt. Ich denke, keiner kann sich der eigentlichen Unvorstellbarkeit vom eigenen Tod und dem eigenen Sterben verschließen. Klar ist daher eines: *In die Begleitung von Sterbenden eintreten sollte nur, wer sich mit dem eigenen Tod und Sterben, den Erfahrungen von Verlust und*

Trauer, auseinandergesetzt hat (5). Das kann aber niemals bedeuten, dass diese Auseinandersetzung abgeschlossen ist. Vielmehr ist sie ständige Aufgabe aller. Dieser darauf beruhende sorgsame Umgang mit und unter den Mitarbeitern dieser Arbeitsbereiche muss meiner Meinung nach zukünftig im Bereich der Fort- und Weiterbildung vermehrt ins Bewusstsein rücken. Lange Zeit wurde der Fokus nur auf Zuwendung zum Erkrankten gelegt, die Professionalsten selbst sind in den Überlegungen der Sorgfalt wohl oft zu kurz gekommen. Wesentlich für die Entwicklung der Mitarbeiter ist, die Balance zwischen stimulierender Anforderung und destruktiver Überforderung zu halten. Es ist ein Unterschied ob Stress als Herausforderung oder als psychische Bedrohung erlebt wird. Nicht nur die Sterbenden sind einsam, isoliert und bedürftig, auch diejenigen, die ihnen helfen wollen. Oft wird das, wenn der Blick auf die Sterbenden gerichtet ist, übersehen (6).

Rückblick auf die Arbeitszeit in drei Wiener Krankenhäuser:

Meiner Meinung nach lag das Grundproblem der fehlenden professionellen Zuwendung zum Sterbenden in den Krankenhäusern, an denen ich 2005 - 2009 meine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvieren durfte, neben der bekannt administrativen Überforderung bei gleichzeitig vorhandener Personalunterbesetzung vor allem an der scheinbaren Diskrepanz, palliative und kurative Ziele für ein und denselben Patienten zu erkennen und zu formulieren. Dabei sollten Diagramme, die das sinnhafte Zusammenwirken dieser beiden Behandlungspfade klar verdeutlichen, nun schon in allen Fachkreisen bekannt sein. Ist es also ein Ausbildungsproblem? Sicherlich zum Teil. Ich konnte während meiner Jahre eine innerbetriebliche Fortbildung mit „palliativem“ Inhalt nie besuchen. Es fand nämlich in den drei Häusern keine einzige statt.

Ein ganz wesentliches Merkmal für Palliative Care ist für mich die stille Präsenz, das ganz einfache DA SEIN am der Seite des kranken Menschen. Das wird wohl auch zukünftig nur schwerlich als wahrhaftige Arbeit seine Anerkennung finden. Ursächlich liegt dies weniger am tätigen Personal, als eher an den gelebten Strukturen. In Organisationen, wo Arbeitsleistung anhand von Punkten, Auslastungsprozenten und Belegtagen berechnet und dementsprechend auch gelebt wird, kann das Halten eines geteilten Momentes kaum den Stellenwert erreichen, der oftmals nötig wäre.

Menschen leben nicht nach Schema, sie sterben nicht nach Schema und sie können nicht nach Schema gepflegt und behandelt werden. Das Wissen um die Individualität jedes Betroffenen, die Differenzen in den Lebensschicksalen und Lebensgeschichten bilden den Ausgangspunkt und den kontinuierlichen roten Faden (7). Es sind nämlich auch die Umstände, in denen gestorben werden darf bzw. geheilt werden muss, zum Teil recht konträr. Der Bedarf eines Menschen nach Körperpflege, Kommunikation, Ruhe, Besuchszeit oder seelsorgerischer Zuwendung in seinen letzten Lebenstagen einerseits und den fast schon verpflichtend anmutenden Tätigkeiten im Krankenhausalltag andererseits, lassen sich oft nur schwer unter einen Hut bringen. Ist Palliativmedizin auf einem Niveau, das nun auch in Österreich von den neu errichteten Palliativstationen bis hin zu den „Leben bis zuletzt“ - Projekten in Pflegeheimen immer mehr an Notwendigkeit erkennen lässt, in öffentlichen Krankenhäusern undurchführbar? Oder ist sie, als der ursprüngliche, empathische Kern unseres ärztlichen Handelns, das heute zu oft in technikintensiver Annäherung stattfindet, mittlerweile gar verloren gegangen?

Es bestimmt, von der Diagnoseforschung bis zur neuen Therapieentscheidungen, die vermeintliche Kontrolle über das Geschehen ärztliches Handeln. Kontrollverlust, wie beim nahenden Tod, führt zu Verunsicherung und persönlicher Irritation. Die krankheits-, organ- und detailorientierte Sichtweise hat im Endeffekt ihren Preis. Demgegenüber steht angesichts des Sterbens nämlich der ganze Mensch. Zuviel wird auch im Problem nur die direkte Ursache gesucht, und die Wechselwirkungen der zugrundeliegenden Aspekte übersehen. Eine Photographie des Ist - Zustandes (z.B. Röntgenbild, Anm. des Autors) reicht nie aus, um die Sorgen und Schmerzen eines Menschen zu erfassen (8).

Wird Palliativmedizin als Niederlage, wo wir doch gegen Krebs und andere Erkrankungen zum Teil sehr erfolgreich therapieren können, empfunden und kommt es in Folge davon bei frustranen Heilungsbemühungen zu einem Rückzug aus der Wahrhaftigkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung? Wie wären meine persönlichen Erfahrungen andererseits zu erklären, wo sich onkologische Therapieansätze für die eigenen, multimorbiden Eltern der behandelnden Ärzte von den stationären Schwerstkranken unterscheiden würden? Wie können Spitalsärztinnen und -ärzte sich der Palliativmedizin, die aktive Lebenshilfe sein soll, annähern? Etwa durch Spezialisierung? Diese findet seit 2010 sogar mit Hilfe eines eigenen Lehrstuhls an

der Wiener Universitätsklinik durch Prof. Watzke statt, darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Risiko einer folgenden Delegation an diejenigen wenigen, die sich damit beschäftigen, immer im Raum stehen wird.

Vier Ziele, die eine Abschiedskultur für Sterbende, Angehörige und Betreuer definieren, könnten sein (9):

1. Offene Gespräche über den Tod und das miterlebte, begleitete Sterben werden ermöglicht und angeregt

Informationsbroschüren für Angehörige liegen auf, es gibt Erst- (und wenn gewünscht bzw. notwendig) Folgegespräche mit den Patienten und Angehörigen, Ansprechpartner sind klar definiert, die Wünsche des Sterbenden sind von Anfang an Teil des ärztlich-pflegerischen Behandlungsvertrages, besprochen wird, wie diese bereits frühzeitig vereinbart werden können (z.B. Beerdigungsrituale, Organspenden), Fragen, in welchem Umfang Angehörige dazu einbezogen werden sollen, werden gestellt, Beratung zur Patientenverfügung (zielgerichtet auf den Inhalt, weniger auf die Form) wird angeboten, der Krisenfall ist vorrausschauend angedacht, eventuelle Entscheidungsvollmachten sind ausformuliert.

Biographische Lebensgewohnheiten werden erhoben (Tag-/Nachtrhythmus, Mahlzeiten, Waschgewohnheiten, Kontaktpersonen, persönliche Gegenstände u.v.m.), durch Austausch untereinander und Fortbildungen lernen Mitarbeiter das Thema „Sterben“ auch mit den Patienten und Angehörigen anzusprechen. Beispiel aus der Anamnese: *„Wie ist in ihrer Familie mit dem Sterben umgegangen worden?“*, *„Was haben sie für Vorstellungen, wenn es um ihr eigenes Sterben geht?“*. *Solche Gespräche sind nicht nur herausfordernd, sondern fördern auch Beziehungen* (10).

Die Ermittlung des Patientenwillens ist ein wesentlicher Bestandteil der Abschiedskultur, wobei mir immer wieder auffällt, dass nicht jeder sich zu seinem Ableben äußern möchte oder kann. Ist der Patient selbst nicht ansprech- oder befragbar und geht es um anstehende Entscheidungen, so ist – bei Fehlen einer Vorsorgevollmacht bzw. Patientenverfügung – der mutmaßliche Wille zu eruieren. Dazu sind alle Beobachtungen und früheren Äußerungen des Patienten durch die Angehörigen, gesetzlichen Vertreter und Betreuer einzuholen, und es gilt folglich, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen, die letztendlich doch der Arzt in seiner Alleinverantwortung zu tragen hat.

Oftmals kommt es in Gesprächen über die letzten Tage auch zum Thema des optimalen Sterbeortes. Dabei liegt nicht selten der Widerspruch zwischen dem Wunsch zuhause zu versterben und der doch optimaleren medizinischen sowie pflegerischen Versorgung im Spital vor.

2. Gestaltung und Vorbereitung des Abschieds für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in einem Netzwerk bestehend aus folgenden Fachrichtungen: Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Seelsorge, Psychologie, Sozialarbeit und Ehrenamt

Evaluierung in welcher Art und Weise die Versorgung Sterbender möglich ist bzw. passiert, Erstellung von Pflegestandards, regelmäßige Fortbildung verschiedenster Bereiche (ethische, fachspezifische oder kommunikative Themen wie Angehörigenbetreuung, palliative Geriatrie, Schmerztherapie, Gesprächsführung, palliative Pflege, basale Stimulation, Supervisionen und interdisziplinäre Fallbesprechungen) mit ausreichend Vorinformation, Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Hospizhelfern, um auch personale Ressourcen zu optimieren und ausreichend zu entlasten, unter Klärung genauer Tätigkeitsfelder (klare Kompetenzen), Kontakt und Austausch zu stationärem oder ambulantem Hospiz und Besuchsdiensten.

3. Hospizähnliche Sterbebegleitung im Rahmen von „Leben bis zuletzt“

Ein Seelsorger ist - wenn erwünscht - anwesend, Wünsche Angehörigen werden beachtet, Grenzen der Betreuung sind bekannt (Übernachtung, Sitzwache), regelmäßiger ärztlicher Kontakt ist gewährleistet, Standard der Symptomenkontrolle und –begleitung werden erfüllt, die finale Situation des Kranken wird mit Angehörigen (und eventuell Mitpatienten) besprochen.

a) Physische Aufgaben, die körperliche Bedürfnisse befriedigen und seelische Belastungen minimieren

Vor allem Analgesie und medizinische Symptomenkontrolle (Lebensverkürzung durch Medikamente ist möglich). Es braucht ein Verständnis für Schmerz, das weit über die körperliche Dimension hinaus geht und auch spirituelle, soziale und psychische Komponenten – die es auch den Mitarbeitern ermöglicht ihre eigene Schmerzwahrnehmung in ihrer Vielfalt zuzulassen - umfasst. *Schmerzlinderung kann*

vielgestaltig sein: Berührung, Nähe, einige Worte, ein Medikament oder Anerkennung, Aktivität können Schmerzen erträglicher machen (11). Austausch darüber, dass Nahrung und Flüssigkeit auch eine Belastung darstellen kann, ist wichtig.

b) Psychische Aufgaben, die die Autonomie und Sicherheit aller maximieren

Ständiges Kommunikationsangebot über alle Maßnahmen und über den momentanen Zustand, Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess und damit Information, Austausch und Einbeziehung in Entscheidungen. So viel die professionellen Begleiter auch wissen und erfahren haben, für die meisten Angehörigen und den Patienten ist es immer das erste Mal. Themen wie Trauer, Angst, Sexualität oder Bedürfnis nach Nähe sollten in der Betreuung Raum und Zeit haben. Zuwendung, aber nicht immer Handhalten, ist erwünscht, gefragt ist Kompetenz im empathischen Begleiten, zumeist besteht eine Sehnsucht nach Beziehung.

c) Soziale Aufgaben, die die Bindung sterbender zu Bezugspersonen und die Folgen des Sterbeprozesses fördern

Der Umgang mit Angehörigen wird teilweise als mühsam und herausfordernd erlebt. Es kommt regelmäßig zu unbefriedigenden Begegnungen, Gespräche werden als Zusatzbelastung zur eigenen Arbeit „am Patienten“ erlebt. Es fällt uns oft auch schwer, Vorwürfe seitens der Angehörigen nicht persönlich zu nehmen (12). Einerseits erwarten wir von den Angehörigen aktives Engagement, Hilfe und Unterstützung bei alltäglichen Dingen, andererseits fällt, wer selten zu Besuch kommt, schnell in Ungnade. Gleichzeitig wird aber wieder vermittelt, der Angehörige soll doch gefälligst „loslassen“ lernen und das Pflegen den Professionellen zu überlassen (13). All das kann zwischen den Zeilen transportiert werden und die bestehende Unsicherheit der Angehörigen in totale Hilflosigkeit führen, die wiederum einen gemeinsamen und heilsamen Beziehungsaufbau verunmöglichen kann.

d) Spirituelle Aufgaben, die sich auf Sinnhaftigkeit, Hoffnung und religiöse Überzeugung beziehen

Stimmige Atmosphären durch Bilder, Düfte, Musik, religiöse Bräuche und Riten ermöglichen eher ein Loslassen und können manchmal einer langen Terminal- oder

Abschiedsphase vorbeugen, Gespräche mit den Angehörigen dienen ihnen als Stütze, Vermittlung des Gehalten-Seins durch Präsenz oder Sitzwache gibt Patienten Sicherheit.

a. – d. (14)

4. Würdige Verabschiedung sowie Zeit und Raum für Trauer sind gewährleistet

Sensible Übermittlung der Todesnachricht an Angehörige und Mitpatienten, Rituale am Totenbett werden den Hinterbliebenen ermöglicht, Kontakt zum Leichnam möglichst nach deren Wünschen, ein Abschiedsraum ist vorhanden und nutzbar, institutionelle Verabschiedungen für das betreuende Team (z.B. Abschiedsbuch) finden regelmäßig statt, trauernde Angehörige haben Zugang und Informationen zu Selbsthilfegruppen, ein Gesprächstermin in der Trauerphase wird angeboten, Veranstaltungen wie z.B. Gedenkgottesdienste werden veranstaltet, wo wiederum auch Zeit für Kontakt und Gespräch zwischen Betreuenden und Hinterbliebenen ist.

Ein Ausblick:

Die Begründerin der Hospizbewegung, die englische Ärztin und Krankenschwester Cicely Saunders, hat geschrieben: „Du bist wichtig, weil du DU bist. Du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch leben kannst bis zuletzt.“

Ein Wille oder eine Bewusstseinsänderung von Personen führt nicht automatisch zu Veränderungen in Organisationen, denn die individuellen Haltungen von Mitarbeitern und die Wünsche von Angehörigen haben wenig Einflüsse auf die Rahmenbedingungen des Sterbens in komplexen Organisationen (15). Das Engagement einzelner relativiert sich radikal, wenn sich nicht die gesamte Organisation dem organisationalen Lernen verschreibt und den Mitarbeitern Strukturen bieten, durch die sie ihr Wissen, ihre Fähigkeiten, entfallen können (16).

„Komme und Gehen“ als Beispiel für Kultur:

Die Caritas Socialis hat im Zug eines Projektes in seinen Seniorenwohnheimen festgestellt, dass die Bewohner das Heim über die Eingangstüre betreten, nach dem Versterben jedoch im Sarg über die Hintertür hinausgetragen werden. Das hat zum Nach- und Umdenken angeregt. Nun wird der Metallsarg, der viele Mitbewohner mit

seiner Kälte und Unnahbarkeit abgeschreckt hat, beim Verlassen mit einer von den Bewohnern selbst verzierten Decke geschmückt und sehr wohl durch die Eingangstüre getragen. So wird der Verabschiedungsmoment zur würdevollen (Mit-) Gestaltungsmöglichkeit und damit schlussendlich zur Kultur.

5. Schlussfolgerung:

Indikatoren, ob es gelungen ist eine kulturelle Ebene für Palliative Care zu schaffen, können laut Heller sein (17):

1. Sterben, Tod und Trauer werden kommuniziert, weil Raum dafür geschaffen wurde
2. Patienten, Angehörige und Berufsgruppen sind in ethische Entscheidungen mit einbezogen
3. Ein Organisationssystem ist eingeführt, das die Verantwortlichkeit für die Patienten stärkt (z.B. eine biographisch-orientierte Bezugspflege)
4. Kontinuierliche, ärztliche Versorgung ist gewährleistet
5. Schnittstellenmanagement zu externen Instanzen, die an der Versorgung mitbeteiligt sein können, existiert
6. Verabschiedungsrituale für Patienten, Mitarbeiter und Angehörige werden gelebt

Palliative Care ist unter anderem als Antwort auf die gesellschaftliche Ausgrenzung von Sterben und Tod entstanden, als Resonanz auf das einsame, weggeschobene Sterben im Badezimmer eines Spitals. Im Mittelpunkt steht der verletzte Mensch. Er wird mit seinen Gefühlen, Hoffnungen und seiner Sehnsucht nach Beziehung ernst genommen. Die Grenzen des Menschseins werden akzeptiert. Die letzte Grenze des Menschseins und seine absolute Verletzlichkeit zeigen sich im Tod, im Sterben, die wir als normale Vorgänge des Lebens verstehen und akzeptieren sollten (18).

Es muss aber auch klar sein, dass Palliative Care nicht von allen Patienten gewünscht wird. Nicht jeder möchte eine Auseinandersetzung mit seinem Lebensende und muss auch in dieser Hinsicht respektiert werden.

Ich persönlich glaube, dass wer den Tod als unabwendbaren Teil des Daseins in sein Leben hereinlässt, ein „mehr“ an Leben erntet. Es lohnt sich wie so oft auch in diesem Fall die gezielte Auseinandersetzung mit dem, was uns innere Unruhe verschafft.

So hoffe ich, dass auch ich eines Tages Abschied nehmen kann, in einem Umfeld, das meine Wünsche und Autonomie berücksichtigt, wo ich mir trotz aller körperlicher und seelischer Hürden des Moments bewusst bin und mich, in nächster Nähe zu meinen Liebsten, zurücklehnen kann.

6. Literaturangaben:

1. Kunz/Wilkening, Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, 2003, S. 82
2. Freie Übersetzung aus dem Englischen von Cornelia Knipping, Zugriff am 18.10.2010 unter http://www.palliativnetzostschweiz.ch/fileadmin/user_upload/01wir_ueber_uns/pdf_download_alle_dokumente/WHO_Definition_Pall_Care.pdf
3. Der Brockhaus, 2005, S. 466
4. Wikipedia, Zugriff am 20.10.2010 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Kultur>
5. Heller, Kultur des Sterbens, 2000, S. 33
6. Heller, Kultur des Sterbens, 2000, S. 116
7. Eggenberger/Heller, Hospizkultur und Mäeutik, S. 15
8. Heller, Kultur des Sterbens, 2000, S. 46ff..
9. nach Wilkening/Kunz, Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, 2003, S. 120ff.
10. Hallwirth-Spörk, Hospizkultur und Mäeutik, 2009 S. 64
11. Eggenberger/Heller, Hospizkultur und Mäeutik, S. 22, zitiert nach Beyer S. 2008, Hospizkultur und Mäeutik. Ein Beratungs- und Entwicklungsprojekt der Caritas Socialis.

12. Schwarzmann/Jäger in Hospizkultur und Mäeutik, 2009, S. 290, nach S. Pleschberger, Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2002

13. Metz, Hospizkultur und Mäeutik, 2009, S. 300

14. nach Brumm et al., Berlin 2007

15. nach Heller, Kultur des Sterbens, 2000, S. 42

16. Eggenberger/Heller, Hospizkultur und Mäeutik, S. 29

17. Heller, Organisationsethik, 2003, S. 364

18. Hallwirth-Spörk, Hospizkultur und Mäeutik, 2009 S. 60