



©Günter Havlena / pixelio.de

Sterbekultur im Krankenhaus

RAINER PRÖNNEKE

I. These

Das Krankenhaus wird immer ein Sterbeort bleiben. Umfassende lindernde Versorgungskonzepte für jeden bedürftigen Patienten müssen implementiert werden. Auf dem Boden langjährig gesicherter Erfahrungen der Hospizbewegung und Palliativmedizin ist das Krankenhaus gefordert, seine Sterbekultur aktiv zu gestalten.

II. Einleitung

Der Schwerkranke, Sterbende und seine Angehörigen (im Krankenhaus) sollen im Mittelpunkt dieser Betrachtung stehen. Sie verpflichten uns in ihrer sensiblen, ungeschützten Lebensphase, ausschließlich bedürfnisorientiert zusammen zu arbeiten und zwar unter Vermeidung von ideologischen Reibungsverlusten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor einerseits und Hospizbewegung und Palliativmedizin andererseits!

III. Rückblick

Vom Badezimmer zum Palliativbereich

Es gab keinen Protest, als meine Großmutter 1980 wie selbstverständlich ihre letzten Lebenstage im Badezimmer eines Krankenhauses verbrachte. In meiner ersten Arztstelle Mitte der 1980er war es dann immerhin ein Einzelzimmer am Ende des Flurs, wo Menschen unter (trotz!) laufender Infusion starben – häufig als Ersatz für jedweden menschlichen Beistand! Immerhin setzten wir ein Morphinpräparat in hoher Dosierung ein, „damit der Betroffene nichts spürt“. Weder Krankenhausmitarbeiter noch Angehörige fühlten sich darüber hinaus zuständig.

Sind es diese - oft und allorts bestätigten – Begebenheiten, worauf 1994 die Deutsche Krankenhausgesellschaft ihre Feststellung stützt „Das Krankenhaus hat in dem gesundheitlichen Versorgungssystem eine zentrale Stellung (...) dazu gehören insbesondere (...) die humane ärztliche und krankpflegerische Versorgung Sterbender, für die das Krankenhaus oftmals letzte lindernde und sterbensbegleitende Zuflucht ist (...). In Deutschland sind die Krankenhäuser für viele todkranke Patienten der Ort, wo sie in

der letzten Phase ihres Lebens medizinisch-ärztliche Versorgung, Linderung, krankenpflegerische Betreuung und Zuwendung erhalten. 53% aller Sterbenden verbringen ihre letzten Lebenstage im Krankenhaus. Dies gehört in Deutschland zum tradierten Auftrag des Krankenhauses.“ Angesichts des damals sehr zarten Pflänzchens einer Palliativversorgung im Krankenhaus fernab einer systematischen Organisationsentwicklung „Sterbekultur im Krankenhaus“ bewegen sich diese Aussagen zwischen Beschwichtigung und Wunschvorstellung nach einer heilen Welt. Angesichts der Unterversorgung von Sterbenden klingen sie höhnisch!

Beschämende Fehlentwicklungen

Wie konnte es nun zu diesen beschämenden Fehlentwicklungen in einem sich selbst als kulturell hochstehend und zivilisiert bezeichnenden Land mit einem „fortschrittlichen“ Gesundheitssystem kommen?

Zum Einen haben die millionenfachen Sterbe- und Todeserlebnisse im Zweiten Weltkrieg zu einem Trauma geführt, welches ein Überleben nur mit durchgängiger Verdrängung dieser Erlebnisse (und aller aktuell Sterbenden) zuließ. Damit verbunden gingen traditionelle Rituale, die das Sterben und den Tod begreifbarer machen, verloren. So werden öffentliche Aufbahrungen in niedersächsischen Orten seit den 1960er Jahren „plötzlich“ nicht mehr durchgeführt. Wir sind deshalb heute mit einem jahrzehntelangen Erfahrungsdefizit im Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden, Verstorbenen und Trauernden konfrontiert.

Zum Anderen hat sich dank medizinischer Entwicklungen mit zuverlässigen und nachhaltigen Behandlungserfolgen ein euphorisches Gefühl der Kontrolle über Krankheiten ausgebildet. Als „Nebenwirkung“ wurde der Tod als Versagen und Misserfolg gedeutet.

Damit musste auch das Sterben als Vorstufe zum Tod kollektiv verdrängt werden. Sterbende konterkarierten den medizinischen Siegeszug und wurden „zur Strafe“ ausgegliedert und vernachlässigt. Reine Linderung und Palliation gehörten nicht (mehr) zur Kernkompetenz von Medizin und speziell dem Krankenhaus als Ort der medizinischen Hochtechnologie.¹ Medizinische Hilfe verstand sich nun als Vorbeugung, Beseitigung von Krankheiten, Wiederherstellung oder zumindest der Erhalt von Gesundheit. Dies wiederum hat die Erwartungshaltung des Patienten geprägt... Die wissenschaftlich begründeten medizintechnischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden führten auf beiden Seiten zu einer mechanistischen Krankheitsvorstellung. Begleitende Gefühle mussten sich anpassen und unterordnen.

¹ Folgerichtig hat die jahrzehntelange Unter- und Fehlversorgung von Sterbenden im Krankenhaus zu einer vollkommen unzureichenden Abbildung im Abrechnungssystem durch Fallpauschalen (DRG) geführt – allerdings seien hier auch Zweifel erlaubt, ob das DRG-System dabei nicht selbst an seine Grenzen stößt: Wie lassen sich Zuwendung und Begleitung fallpauschalisieren?

Das Zulassen von und die Beschäftigung mit Sterbenden aber sprengt und relativiert dieses System sowohl auf der inhaltlichen als auch auf der emotionalen Ebene. Abschiedsgedanken und Traurigkeit bedrohen ein distanzierendes, rein „rationales“ Handeln und demaskieren den „hilflosen“ Helfer! Auch hinter dem Begriff „Heilung“ in der Gleichsetzung mit Kuration/Gesundwerden geht die Perspektive eines „Heilwerdens“ auch und gerade angesichts einer schweren, fortschreitenden, „unheilbaren“ Krankheit verloren.

Mit anderen Worten: Hospiz und Palliativmedizin stellen die Vorstellung einer rational begründeten Beherrschbarkeit von Krankheit in Frage.

Die ursprünglich in England entstandene Hospizidee hat sich seit Anfang der 1980er Jahre auf eine bürgerlich-ehrenamtliche Initiative hin auch in Deutschland verbreitet. Die Reaktion im professionellen Bereich heißt Palliativmedizin².

IV. Das Krankenhaus als Sterbeort

Die allermeisten Befragten in Deutschland legen ihren Wunschsterbeort nach Hause – gleichzeitig liegt die Wahrscheinlichkeit, in Deutschland in einem Krankenhaus zu sterben, bei über 50%!

Folgende Faktoren tragen in Kombination zu diesem hohen Anteil bei:

1. Die häusliche Versorgung ist unzureichend

- bei Alleinstehenden
- wegen überforderter und unerfahrener Angehöriger
- als Konsequenz einer fehlenden ambulanten hospizlich-palliativen Unterstützung
- auf Grund unvorhergesehener oder –sehbarer Notfallsituationen.

2. Eine Einweisung über das Notfall- und Rettungssystem erfolgt im Zweifel in die Klinik

- wegen ungenügender Kenntnis der Diagnosen und Lebenseinstellung des Betroffenen
- bei schwieriger prognostischer Einschätzung des Krankheitsverlaufs
- aus Sorge vor Vorwürfen einer unterlassenen Hilfeleistung.

3. Das Krankenhaus ist für krisenhaft Erkrankte zuständig

- als traditionelle Ergänzung zur ambulanten Behandlung und Betreuung
- für Notfall- und Rettungssystempatienten
- für bereits stationäre Patienten, die unvorhersehbar in die Sterbephase gelangen („akut Sterbende“)

² Im Vergleich zum angelsächsischen Vorreiter, wo „hospice care“ und „palliative care“ synonym verstanden und gelebt werden, benötigen wir hier viel Aufwand, um mit diesem dualen Prinzip und seinen daraus entstandenen begrifflichen Missverständnissen zurecht zu kommen.

- für Multimorbide mit bereits eingeschränkter Prognose bei Aufnahme
- für chronisch Erkrankte mit wiederholten Aufnahmen, die sich zum Teil im Krankenhaus wie Zuhause fühlen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung verfolgt seit über zwei Jahrzehnten mit stellenweise großem Erfolg das Ziel, die Rahmenbedingungen für ein Sterben zu Hause zu verbessern. So können tatsächlich immer mehr Menschen die letzte Lebenszeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen. Trotz dieser erfolgreichen Flächenbewegung wird das Krankenhaus insbesondere wegen der unter 2. und 3. genannten Gründe weiterhin ein häufiger Sterbeort in Deutschland bleiben. Die Konfrontation mit Schwerkranken und damit der Bedarf an Palliativmaßnahmen wird sogar zunehmen. Dazu tragen sowohl die bekannte demographische Entwicklung als auch durch die Medizin selbst bedingte lange Alters- und Gebrechlichkeitsphasen und protrahierte Verläufe chronischer Erkrankungen bei.

Aber: Die bisherige Betreuung unserer Zielgruppe ist meist noch von zufälligem Bemühen, Unkenntnis, Verdrängung und Zeitdruck gekennzeichnet. Selbst die in einigen Kliniken bereits eingerichteten Palliativstationen und -bereiche ziehen nicht zwangsläufig eine systematische Veränderung der Sterbekultur für alle Patienten der Häuser nach sich. Hier besteht die Problematik einer Zweiklassenversorgung durch eine Insellösung (Sterben auf einer Palliativstation im Vergleich zum Sterben auf einer Normalstation)!

Das Krankenhaus wird also am häufigsten mit Schwerkranken und Sterbenden konfrontiert. Es könnte und müsste nach durchgehenden Konzepten zu deren Versorgung befragt werden: Wie sieht erstens die **strukturelle**, zweitens die **organisatorische** und drittens die **menschliche** Vorbereitung aus?

Mit anderen Worten: Wie wird die Sterbekultur in der Institution aktiv gestaltet? Wie sieht darüber hinaus die Gestaltung der thematisch fast vollständig vernachlässigten Trauerkultur aus?

V. Anfangen mit dem Ende

Ein Konzept zur Integration von Hospizidee und Palliativmedizin im Krankenhaus

Zur Rückbindung und kritischen Auseinandersetzung werden hier Erfahrungen des Autors wiedergegeben, die zum Einen auf der Einrichtung eines integrierten Palliativbereiches im Klinikum Salzgitter seit 1994 (fünf Hospizzimmer auf vier Stationen) und zum Anderen auf der Etablierung eines Palliativzentrums im Marienstift Braunschweig seit 2005 (Angliederung einer Sechsbetten-Palliativstation an eine Normalstation und je ein Palliativzimmer auf zwei weiteren Stationen) beruhen.

1. Die drei Säulen:

- Bereithalten von würdevollen Räumen
- Palliative Versorgung sichern
- Begleitung durch Angehörige / Hospizhelfer ermöglichen (Rooming-in)

2. Voraussetzungen:

- Bildung einer Projektgruppe mit hauseigenen Mitarbeitern aus verschiedenen Arbeitsbereichen
- Einverständnis der Krankenhausleitung als hierarchisch gestützte Zustimmung
- Erwerb von Palliativkenntnissen und Zusatzqualifikationen der Pflegenden und Ärzte
- Vorbereitung und Begleitung der Mitarbeiter in Form regelmäßiger Stationsbesprechungen und Supervision
- Einbeziehung anderer beteiligter Berufsgruppen und Hospizhelfer

3. Die strukturelle Vorbereitung

3.1. Einen würdigen Raum bereithalten

Jeder Versuch, einen öffentlichen „würdigen“ Raum einzurichten, kann nur eine grobe Annäherung an die mutmaßlichen Wünsche möglichst vieler Betroffener sein. Wir haben uns für Einzelzimmer für die Betroffenen entschieden



©Harry Hautumm / pixelio.de

mit der Vorstellung, dass es dem Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug am besten entgegen kommt. Sterben im Mehrbettzimmer kann zudem auch für die Mitpatienten sehr belastend werden.

Würde bezieht sich aber nicht nur auf die materielle Struktur, sondern vielmehr auf die Atmosphäre eines geschützten Raumes, die den Kranken in seiner letzten Lebensphase bedürfnisorientiert umhüllt (pallium, lateinisch: der Mantel; hospitium, lateinisch: der Gastgeber, die Herberge).

Um das Sterben nicht auf die Palliativstation „auszulagern“, hat jede (innere) Station mindestens ein Palliativzimmer erhalten.

3.2. Einrichtung

Die Raumausstattung der Palliativzimmer unterscheidet sich in einigen, nicht übertriebenen Aspekten von normalen Krankenzimmern, indem jeweils eine Bettcouch und ein bequemer Polstersessel mit Stehlampe hinzugefügt wurden. Die Krankenbetten und der Nachttisch sind z.T. aus Holz gefertigt.

3.3. Mindestens ein Palliativzimmer auf jeder (inneren) Station

Damit soll eine durchgängige Umsetzung der Palliativversorgung strukturell verankert und gelebt werden – auch mit der Absicht, eine exklusive Inselbildung einer einzelnen „bevorzugt“ ausgestatteten Palliativstation zu verhindern.

3.4. Rückzugszimmer

Da sich sowohl die Erkrankten als auch die Angehörigen zeitweise zurückziehen möchten, wurde ein Aufenthaltsraum der Station umgestaltet. So ist ein sogenanntes Rückzugszimmer mit Schlafsofa, Sessel, Couchtisch und Schrank entstanden, welches auch Angehörigengesprächen dient.

3.5. Abschiedszimmer

Unerwartet Verstorbene aus einem Mehrbettzimmer oder Intensivstation können in das Abschiedszimmer verlegt werden, wo durch eine entsprechende Einrichtung mit Bildern, Pflanze und dezenter Beleuchtung eine besinnliche Atmosphäre geschaffen wurde. Hier sind ein zeitlich nicht begrenztes Abschiednehmen und Aussegnung möglich. Da der nicht vorhergesehene Tod in einem Mehrbettzimmer insgesamt selten eintritt, dient das Abschiedszimmer auch als Besprechungszimmer. Diese Multifunktionalität entspricht wie auch bei den Palliativ- und Rückzugszimmern einer bewusst gewählten konzeptionellen Durchlässigkeit.

4. Die organisatorische Vorbereitung

4.1. Aufnahmekriterien für die Palliativzimmer

- schwerkranke symptomatische Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung (präterminales Stadium)
- Sterbende (terminale Phase)



©Maren Beler / pixelio.de

- Patienten mit Beschwerden zur Einstellung auf eine palliative Behandlung (z. B. Tumorkranke in einem relativ stabilen Zustand)
- Kranke, die eine intensive Betreuung durch Angehörige erfahren (geistig oder körperlich Behinderte)
- „normale“ Patienten, wobei o.g. Betroffenen die Priorität bei der Belegung eingeräumt wird

Idealerweise sind sowohl Patienten als auch Angehörige über den Stand der Erkrankung aufgeklärt und über die Ziele der Hospizidee und Palliativmedizin informiert. Zumindest werden alle Betroffenen gefragt, ob sie mit der Verlegung in ein Einzelzimmer einverstanden sind. Möglichen Gefühlen des Abschiebens soll auf diese Weise vorgebeugt werden.

4.2. Umgang mit Angehörigen

Bereits die Einrichtung mit Bettcouch spricht eine ausdrückliche Einladung an die Familie zur Begleitung rund um die Uhr aus. Mahlzeiten werden kostenfrei angeboten. Damit lehnt sich das Konzept an das „Rooming-in“ der Geburtshilfe und Pädiatrie an. Je nach Fähigkeiten werden die Angehörigen in Pflegemaßnahmen einbezogen. Nach Eintritt des Todes können sich Familie und Bekannte ohne Zeitbegrenzung verabschieden.

4.3. Einbezug von anderen Mitarbeitern/ Helfern

Seelsorger leisten neben einem regelmäßigen Gesprächs- und Begleitungsangebot einen Bereitschaftsdienst. Jeder trauernde Angehörige eines im Krankenhaus Verstorbenen wird zu einem „nachgehenden“ Gespräch und außerdem einem speziellen gemeinsamen Abschiedsgottesdienst eingeladen.

Hospizhelfer werden bei alleinstehenden Schwerkranken oder auf Wunsch bzw. Einverständnis von Angehörigen in Kooperation mit dem örtlichen Hospizverein vermittelt. Ehrenamtliche übernehmen natürlich auch die Begleitung zu Hause nach Entlassung, wobei das erste Kennenlernen idealerweise schon in der Klinik stattfindet.

Entspannungstherapeuten werden hinzugezogen, weil gerade nonverbale, taktile Zugangswege wie Massagen beim Schwerkranken an Bedeutung gewinnen und Schmerzen lindern können.

4.4. Interner Palliativkonsiliardienst

Palliatverfahrene Pflegende und Ärzte stehen mit ihren Kenntnissen natürlich für jeden Betroffenen auch außerhalb der Palliativstation bzw. -zimmer und fachübergreifend zur Verfügung. Eine exklusive Insellösung soll verhindert werden. Als weiterer Nebeneffekt werden auch „normale“ Patienten nach den gleichen Regeln der Symptomenkontrolle behandelt.

4.5. Überleitungspflege

Menschen in ihrer geschwächten Lebensphase sind ganz besonders auf eine gute Kommunikation zwischen den ambulant-stationären Versorgungsstrukturen angewiesen. Neben einer Sozialarbeiterin und „Überleitungsschwester“ stehen uns die Mitglieder eines ambulanten Palliativpflege-dienstes zur Seite, um Art und Ausmaß der weiteren Versorgung abzusprechen, vorzubereiten und je nach Bedarf zu übernehmen.

5. Die menschliche Vorbereitung

Die schwierigste, anspruchsvollste und langwierigste Aufgabe bezieht sich auf die Haltungsänderung von uns Mitarbeitern:

5.1. Qualifikation in Palliativmedizin

Mindestens eine Person jeweils aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich hat eine Zusatzausbildung absolviert mit dem Abschluß „Palliativmedizin“ bzw. „palliative care“. Sie bilden eine Keimzelle als Hauptansprechpartner und Weiterbildende. Regelmäßige Besuche von Fortbildungen sind schon wegen der Außenkontakte mit Erfahrungsaustausch wichtig.

5.2. Vorbereitung der Mitarbeiter

Die gemeinsame Vorbereitungsphase zum Thema Tod und Sterben aller Stationsmitglieder einschließlich Seelsorgerin

umfasst neun Treffen á 1,5 Stunden im monatlichen Abstand und ist inhaltlich an einen Kurs für Hospizhelfer angelehnt. Formal handelt es sich um Dienstbesprechungen mit verpflichtendem Charakter unter der Leitung bzw. Moderation des palliativmedizinischen Arztes. Nach unserer Vorstellung sind alle in der Betreuung Sterbender eingebundene Mitarbeiter zu einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben verpflichtet. Dies bedeutet umgekehrt nicht, dass sie jederzeit entgegen ihres Vermögens mit Schwerstkranken umgehen müssen.

5.3. Begleitung der Mitarbeiter

Nach Abschluss der Vorbereitung finden regelmäßig und verpflichtend sowohl themenbezogene Stationsbesprechungen als auch Supervisionen statt. Die Reflexion im geschützten Kreis dient dem Lerneffekt und der emotionalen Stabilisierung. Sie bildet damit ein essentielles Element bei der Entwicklung einer Sterbekultur!

6. Zusammenfassende Erfahrungen

Das Konzept, Schwerkranken und Sterbenden im Krankenhaus Raum zu bieten, hat sich bewährt. Die notwendige umfassende Versorgung gelingt bei gleichem Personalstand unter Einbezug von Angehörigen, Seelsorge und einem ehrenamtlichen Hospiz- und Palliativdienst. Die Bildung eines Netzes zwischen Angehörigen, Hospizhelfern und Mitarbeitern führt durch gegenseitige Unterstützung zu einer emotionalen Stabilisierung, von der alle Betroffenen profitieren! Darüber hinaus verpflichten Palliativzimmer als strukturelles Element die Mitarbeiter gegenüber Patienten und Angehörigen zur Stellungnahme, Klärung und Wahrhaftigkeit. Diese gemeinsame Festlegung auf die (lindernden) Versorgungsziele führt zu einer konzentrierten Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Kranken. Außerdem verbessert sich die Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Angehörigen aus dem Verständnis für die Doppelbelastung des Angehörigen als Mitleidendem und Anwalt des Kranken.

Durch die Einrichtung von speziell gestalteten Räumen wird die Hinwendung zur schwächsten Patientengruppe im Krankenhaus deutlich gemacht. Der Kranke wird zu einem „Intensivpatienten“, der unserer besonderen Fürsorge bedarf. Die Atmosphäre im Palliativzimmer fördert die Ausbildung einer entsprechenden Haltung, die sich wiederum auf den Umgang mit allen anderen Patienten und ihren Familien positiv auswirkt.

Die Betreuung in den Palliativzimmern führt zu einem wachsenden Erfahrungsschatz der Mitarbeiter, die dann als Multiplikatoren wirken. So ist auf unspektakuläre Weise ein hospizlich-palliatives Lern- und Lehrzentrum entstanden. Durch die regelmäßigen intensiven themenbezogenen Stationsbesprechungen kooperieren die beteiligten Berufsgruppen besser. Als Folge verflachen traditionell ausgeprägte hierarchische Strukturen: Es ist nicht wichtig, **wer** am Sterbebett steht, sondern **wie** er sich verhält.

Auch die Arbeitszufriedenheit steigt, denn es gibt einen Ort der gelebten Zuwendung, wie es dem humanistisch-christlichen Bild der Nächstenliebe entspricht! Dem Tabu Tod und Sterben wird buchstäblich der Raum entzogen.

Über die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Hospizhelfern, Hausärzten und Angehörigen (auch über den Tod hinaus) entsteht eine begrüßenswerte Öffnung der Institution Krankenhaus.

Im Fokus hospizlich-palliativer Bemühungen stehen häufig Tumorpatienten: Unsere Erfahrungen zeigen eindeutig, dass gerade im Krankenhaus auch nicht-onkologische Patienten oft und in hohem Maße davon profitieren.

Der Realität von prognostisch nicht eindeutigen Verläufen bei kritisch Kranken kommt das vorgestellte integrierende Modell entgegen. Denn der Behandlungsansatz kurativ – aufhaltend – palliativ kann sich schnell und unvorhersehbar ändern.

Wir haben gelernt, dass für sterbende Menschen die Bedeutung des Ortes im engeren Sinn abnimmt. Der oft geäußerte Wunsch „zu Hause“ sterben zu wollen bezieht sich dann nicht mehr auf die zuvor bewohnte Umgebung, sondern auf eine von fürsorglichen Menschen geschaffene Atmosphäre.

Aber: Alle oben genannten Schlussfolgerungen sagen nichts über die Zufriedenheit der Betroffenen aus. Auch im Zeitalter des „gläsernen Menschen“ gibt es keine zuverlässigen Parameter, um die Lebensqualität direkt zu erfassen. Wir sind hier auf indirekte Methoden angewiesen: Durch die Schulung unserer Wahrnehmung versuchen wir Reaktionen und Äußerungen des Sterbenden auf sein Wohlbefinden hin zu deuten und die Behandlung darauf abzustimmen. Dies schließt beispielsweise den Respekt vor dem Wunsch ein, allein sterben zu wollen. Um derlei Wünsche zu erkennen, bedarf es eines geschützten Raumes und einer geschützten Zeit.

Auch ohne Messbarkeit dürfen wir die beeindruckende Erfahrung machen, dass zwischen Kranken und uns selten so intensive Begegnungen stattfinden wie in der letzten Lebensphase.

VI. Zusammenfassung und Ausblick

Die meisten Menschen werden auch in absehbarer Zeit im Krankenhaus versterben. Deshalb muss bei zunehmenden Hospiz- und Palliativkenntnissen hier eine Positionierung erfolgen, wie und welche Versorgungskonzepte etabliert werden sollen. Schwerkranke und Sterbende im Krankenhaus unterscheiden sich zudem im Hinblick auf Grunderkrankung, schnell wechselnde Prognose und Erwartungshaltung von den „typischen“ Hospiz- und Palliativpatienten.

Das oben vorgestellte Konzept kann bei der Entwicklung des Projektes „Sterbekultur im Krankenhaus“ Unterstützung bieten:

Der entscheidende erste Schritt besteht in der Motivation und Initiative zu diesem Projekt, muss er doch alle gängigen Tabus durchbrechen (Anfangen mit dem Ende)!

Zum Zweiten benötigt man die Bereitschaft, sich systematisch strukturell, organisatorisch und menschlich auf die Versorgung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen vorzubereiten. Drittens sind Investitionen erforderlich wie die Bereitstellung und Ausstattung von Räumen, Qualifizierungsmaßnahmen in Palliativmedizin für einzelne Mitarbeiter, Begleitung der Mitarbeiter durch regelmäßige Besprechungen und Supervision. Und viertens ist Geduld angebracht, weil sich menschliche Haltung als Grundlage des Projektes nur in einem längeren Prozess verändert!

Die Erfahrungen zeigen dann eine zunehmende Wahrnehmung für die Bedürfnisse von Schwerkranken mit Vertiefung von lindernden Behandlungskonzepten. Die Betroffenen wirken zufrieden. Angehörige sind häufig trotz Belastung und Abschiedsschmerz dankbar für An- und Aufnahme. Die betreuenden Mitarbeiter berichten über eine höhere Arbeitszufriedenheit. Sterbende in unserer Mitte „erziehen“ uns zu einer allgemeinen respektvollen und mitfühlenden Kommunikation. Die Öffentlichkeit begrüßt die Entwicklung im Krankenhaus, möglichst alles für den Erhalt der Gesundheit, aber am Lebensende auch alles für eine Linderung zu tun.

Die Einrichtung einer Palliativstation, bzw. -bereichs oder einzelner Zimmer reicht für die Implementierung einer Sterbekultur nicht aus, sondern bildet eine Basis, von der aus die Versorgung **aller** Betroffenen organisiert werden muss!

Die Integration von Hospizidee und Palliativmedizin im Krankenhaus muss die Fähigkeit nach sich ziehen, sich mit ethischen Fragestellungen konstruktiv auseinander zu setzen. Dies führt zu einer nachhaltigen Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin in Bezug auf das Leid eines je einzigartig betroffenen Menschen! Bescheidenheit und Demut sind dann Eckpfeiler einer angemessenen Versorgung.

Ein vernachlässigtes Sterben im Badezimmer eines Krankenhauses ist Ausdruck mangelnden Respekts vor der Würde und dem Leben eines Menschen. Nur eine aktiv gestaltete Sterbekultur im Krankenhaus selbst schützt vor dieser Fehlentwicklung. Vom Krankenhaus als wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitssystem können neue Maßstäbe bei der Gestaltung der Sterbekultur in Deutschland gesetzt werden! ■