

10. Krisenverarbeitung

10.1 Film: Abschied vom Leben⁷⁶

„Der Film zeigt, wie Susanne Fler, 30 Jahre, mit ihrer Leukämie und ihrem Sterben umgeht. Trotz aller Schwere, ist der Film ermutigend.“⁷⁷

Susanne Fler lebt in Köln und erfährt, daß sie Leukämie hat. Nach einer Knochenmarkstransplantation möchte ein Fernsehteam einen Film über ihre Genesung drehen. In Gesprächen mit den Autoren berichtet sie über ihre Erkrankung und das Gefühl von Todesnähe in ihrem Leben. Nach der Knochenmarkstransplantation vergehen zwei Jahre, bis Susanne einen Rückfall erleidet. Sie weiß, daß sie nun sterben muß, spricht jedoch weiter mit dem Kamerateam, Angehörigen und Freunden über ihren bevorstehenden Tod. Sie nimmt Abschied vom Leben. Dieser Film zeigt in eindringlicher Weise, wie sie sich auf den Tod vorbereitet, welche Schwierigkeiten ihr Lebensgefährte, ihre Mutter und Freunde haben, sie loszulassen. Sie muß viel Energie darauf verwenden, um die Zurückbleibenden zu trösten. Eine Mittlerperson in dieser Krise ist der Seelsorger Bert van der Post, der selbst einst Krebs hatte, und von sich sagt, daß nur der, der selbst schon mal gelitten hat, das Leiden anderer Menschen verstehen kann. Alles andere ist in seinen Augen Theorie. Ihm gelingt es im Gespräch mit den Angehörigen und dem Freund klarzumachen, daß Susanne erst gehen kann, wenn sie bereit sind, sie gehen zu lassen.

Beeindruckend ist, wie sie ihrem 10jährigen Sohn mit Hilfe von Ritualen und Symbolen den Abschied erleichtert. Beispielsweise verabreden die beiden, daß, wenn er sie in seinen Traum einladen möchte, eine rote Rose auf den Nachtschrank stellen soll. Falls er keine Rose habe, solle er sich

⁷⁶ vgl. Film: Filmer, Werner/Wingens, Ernst-Michael, Abschied vom Leben, WDR 1991

⁷⁷ Tausch-Flammer, Daniela, Video-Filme zu Sterben und Tod, in: Brennpunkt Gemeinde, Zeitschrift der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste,

vorstellen, daß eine an seinem Bett wäre. In seinem Traum kann er dann die Mutter um Rat fragen, erzählt er dem Kamerateam zuversichtlich. Mit zunehmendem körperlichem Verfall muß Susanne dann ins Krankenhaus. Von dieser Institution sagt sie im Vorfeld, daß ihr dort alles abgenommen wird und sie nicht mehr der Regisseur in ihrem Film ist.

Deutlich wird dies bei einem Interview mit dem behandelnden Chefarzt, der dies mit folgenden Worten beginnt: „Daß ich Ihnen überhaupt die Möglichkeit gebe, mit einer meiner Patienten zu sprechen ...“⁷⁸. Am Bett behauptet er, nur der Vorschlagende und das Werkzeug für die Therapie zu sein, bestimmen würde Susanne, um nach diesem Monolog über den Kopf der Patientin hinweg, kurz das Gesicht der Betroffenen zu tätscheln.

Am Ende des Films berichtet die Mutter, daß Susanne friedlich gestorben ist und sie dankbar sei, in diesem Moment dabeigewesen zu sein.

Dieser Film kann bei den Teilnehmern große Betroffenheit auslösen. Zum einen sind viele durch die Vorübung der geleiteten Meditation sensibel für Krisensituationen, zum anderen übertragen einige die Situation von

Susanne Fleer auf sich. Sie überlegen, wie sie sich in einer solchen Situation fühlen und verhalten würden. Bei einigen Teilnehmern werden Erlebnisse im Zusammenhang mit Sterben und Tod aus dem Kreise der Familie, bei Freunden oder auch aus dem Berufsalltag ins Gedächtnis zurückgerufen.

10.2 Durchführung und Auswertung der Seminareinheit

5/1993, S.14

⁷⁸ Film: Filmer, Werner/Wingens, Ernst-Michael, a.a.O.

Die Teilnehmenden müssen über den Inhalt und die Länge des Films, in diesem Fall etwa eine Stunde, hingewiesen werden. Wenn möglich, sollte das Zimmer abgedunkelt werden, damit sich die Teilnehmer unbeobachtet fühlen und sich eher trauen, ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen. Die Teilnehmer erhalten Metaplankarten und Stifte, um ihre Gedanken aufzuschreiben oder zu malen, mit dem Hinweis, daß sie dies nur für sich selbst tun. Es muß darauf hingewiesen werden, daß Personen, denen es während des Films emotional schlecht geht, hinausgehen können. Verläßt ein Teilnehmer den Raum, so wird ein Referent nach einer angemessenen Zeit folgen und an einem abgesprochenen Ort warten. Sollte der betroffene Teilnehmer ein Gespräch wünschen, so kann er diesen Ort aufsuchen. Ebenfalls sinnvoll ist die Vereinbarung, daß auch Klassenkameraden von den Betroffenen mit hinausgenommen werden dürfen.

Nachdem der Film zuende ist, sollen die Teilnehmer möglichst 15 Minuten im Raum bleiben und ihre Gedanken aufschreiben oder in einem Bild darstellen. Dazu wird eine angenehme Atmosphäre durch Kerzenlicht und Hintergrundmusik geschaffen.

Im Anschluß ist eine 15 minütige Pause unbedingt notwendig, um die Eindrücke zu verarbeiten und zu strukturieren. Nach dieser Pause können die Referenten die Auswertungsrunde mit der offenen Frage, wie den Teilnehmern der Film gefallen hat und was ihnen aufgefallen ist, eröffnen. Häufig wird an dieser Stelle die Bewunderung für das Verhalten von Susanne Fler bekundet und Stellung zu den einzelnen Personen und deren Verhaltensweisen bezogen. Um zu systematisieren, halten die Referenten Metaplankarten mit den verschiedenen Akteuren bereit.

Die Personen sind:

- Susanne Fler
- der Lebensgefährte
- der Sohn
- die Mutter

- der Stiefvater
- der Bruder
- der Seelsorger
- der Arzt
- die Freunde

Nach der Besprechung dieser Personen wird versucht, den Prozeß, den Susanne Fleer durch die Krankheit bewältigen mußte, nachzuvollziehen und damit den Übergang zur nächsten Einheit, dem Reifeprozess nach Kübler-Ross, einzuleiten.

10.3 Grundsätzliches zum Einsatz von Filmen

Bevor ein Medium, wie z.B. ein Film, eingesetzt wird, sollten die Referenten nach folgenden Kriterien vorgehen und sich die Frage stellen:⁷⁹

„Was soll mit dem Film erreicht werden?“

- Filme können, wie in diesem Fall, dazu eingesetzt werden, um in ein Thema einzuführen und/oder zu vertiefen.
- sie können bereits erarbeitete Themen ergänzen und/oder vertiefen.
- sie können neue Aspekte und Sichtweisen aufzeigen.
- sie können ein Thema in zusammengefaßter Form zeigen und abschließen.⁸⁰

Filme müssen grundsätzlich eingeleitet werden, d.h. der Referent sollte zumindest sagen:

- wie der Film heißt.
- welchen Inhalt der Film hat.
- wie lange er dauert.
- was nach dem Film passieren soll (z.B. Auswertungsmethode).

⁷⁹ vgl. Gugel, Günther, a.a.O., S. 302

⁸⁰ vgl. Gugel, Günther, a.a.O., S. 302

Die im Seminarrahmen gezeigten Filme müssen auf jeden Fall nachbereitet werden, d.h. die Referenten müssen den Zeitpunkt für die Vorführung so wählen, daß genügend Zeit für die Auswertung vorhanden ist.

Grundsätzlich gilt:

- eine Inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Film soll stattfinden, um zu einem besseren Verständnis beizutragen.
- eine dem Film angemessene Atmosphäre soll geschaffen werden.
- die Teilnehmer sollen zum Weiterarbeiten motiviert werden.
- der Film soll die Möglichkeit geben, ein Thema aus einer kritischen Distanz zu betrachten.

10.4 Krisenverarbeitungsmodell nach Kübler-Ross⁸¹

In dieser Einheit sollen die Teilnehmer das Krisenverarbeitungsmodell nach Kübler-Ross kennenlernen. Die Psychiaterin arbeitet seit vielen Jahren in den USA und ist durch ihre Forschungsarbeit über das Thema Tod und Sterben bekannt geworden. In Ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ beschreibt sie fünf Phasen, die die Patienten durchleben.

Die Fünf Phasen in der Auseinandersetzung mit dem Tod sind:

- Nichtwahrhabenwollen und Isolierung
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

Die Teilnehmer sollen nun die einzelnen Phasen mit Beispielen aus ihrem Berufsalltag füllen und ihre Verhaltensweisen in diesen Situationen beschreiben. Um den Krisenverarbeitungsprozeß zu vertiefen, werden den

⁸¹ Kübler-Ross, Elisabeth, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1989, S. 16-93

Teilnehmern Szenen aus dem Film „Abschied vom Leben“ ins Gedächtnis gerufen.⁸²

Die Reaktion des Nichtwahrhabenwollens und der Isolierung kennen die Teilnehmer von Patienten, die ihre schwerwiegende Diagnose erfahren haben und nun entweder völlig in sich gekehrt, verdrängend oder panisch im Bett liegen. Im Film „Abschied vom Leben“ sagt Susanne Fleer, daß sie sich nie mit so etwas wie Krankheit in Verbindung gebracht hat.⁸³

In der Phase des Zorns reagieren die Patienten nach Erfahrung der Teilnehmer mit einer nicht zielgerichteten Aggression. In dieser Phase ist häufig zu beobachten, daß Patienten ihren behandelnden Ärzten Vorwürfe machen, Probleme mit den Angehörigen bekommen und sich sehr oft beim Pflegepersonal über ihre Vernachlässigung beschweren.⁸⁴

Die zentrale Frage, die der Patient sich stellt, lautet: „Warum ich?“

„Doch leider reagieren wir oft auf den Zorn des Kranken, als sei er gegen uns persönlich gerichtet; dabei bestimmt meistens der Zufall, gegen wen er sich entlädt.“⁸⁵ Für das Pflegepersonal ist es in dieser Situation schwierig, die Notlage des Patienten zu akzeptieren und nicht ebenfalls aggressiv zu reagieren. Die Kenntnisse über den Reifeprozess können hier weiterhelfen, was bedeutet, daß das Personal versucht, zwischen Aggressionen gegen die eigene Person und nicht zielgerichteter Gewalt zu differenzieren, um entsprechend reagieren zu können. Patienten, die sich so verhalten, bekommen in der Übergabe leicht einen „Stempel“: „Patient ist uneinsichtig und aggressiv!“. Diese Darstellung wird häufig unüberprüft von Kollegen übernommen. Patienten mit „Stempeln“ werden oft unfreundlicher und schlechter betreut als sympathisches Klientel. Kübler-Ross betont die Notwendigkeit, diesen begründeten oder unbegründeten

⁸² vgl. Film: Filmer, Werner/Wingens, Ernst-Michael, a.a.O.

⁸³ vgl. Film: Filmer, Werner/Wingens, Ernst-Michael, a.a.O.

⁸⁴ vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 26-27

⁸⁵ Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 28

Zorn des Patienten zu tolerieren.⁸⁶ „Wir sind nur dann dazu imstande, wenn wir unsere eigene Angst vor dem Tode und auch unsere destruktiven Wünsche erkannt haben und wissen, welche Abwehrhaltungen mit unserer Sorge für den Patienten in Widerspruch geraten können.“⁸⁷

Nach Erfahrungen der Teilnehmer keimt in der Phase des Verhandeln noch einmal Hoffnung auf, daß die Ärzte sich geirrt haben könnten, und kann deshalb mit dem Satz charakterisiert werden: „Vielleicht doch nicht.“ Erfahrungsgemäß hören die Patienten in dieser Phase nur das, was sie hören wollen und stecken sich Ziele, auf die sie hinleben können. Häufig geht es darum, noch einen Geburtstag, die Geburt des Enkels, eine Reise o.ä. zu erleben. Die Kommunikation ist erschwert, weil die Patienten sich derart an der Hoffnung festklammern, daß sie Informationen über ihren Zustand negieren, verdrehen oder so interpretieren, daß sie wieder gesund werden. Hier steht das Pflegepersonal in der Verantwortung, durch überlegtes Handeln den Patienten durch diese Phase zu begleiten. Es ist besonders wichtig, auf die Fragen des Patienten differenziert zu antworten. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: „Schwester, wenn ich diese Tabletten nehme, komme ich doch wieder auf die Beine?“ Ein einfaches „Ja“ als Antwort auf diese Frage kann für den Patienten bedeuten, daß er wieder gesund wird. Eine adäquate Antwort kann lauten: „Es handelt sich um Schmerztabletten. Sie werden nach der Einnahme vermutlich weniger Schmerzen haben.“

Ein anderes Phänomen ist die Suche nach Geschichten, Erzählungen und Berichten von Menschen, die die gleiche Erkrankung hatten und wieder gesund geworden sind. Diese Geschichten befinden sich in der Regenbogenpresse, von den Kranken oftmals gelesen wird. Daraus schöpfen die

⁸⁶ vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 28-30

⁸⁷ vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 30

Betroffenen Hoffnung auf Heilung, ohne die Seriosität der Meldung zu überprüfen. Einige Patienten beginnen durch solche Meldungen eine „Ärzteodyssee“ zu verschiedenen Spezialisten oder suchen Wunderheiler auf in der Hoffnung, geheilt zu werden.

Die Phase der Depression beschreibt Kübler-Ross anschaulich: „Wenn der Todkranke seine Krankheit nicht länger verleugnen kann, wenn neue Eingriffe, neuer Krankenhausaufenthalt notwendig werden, wenn immer neue Symptome auftreten und er schwächer und elender wird, dann kann er seinen Zustand nicht immer mit einem Lächeln abtun. Erstarrung, Stoizismus, Zorn und Wut weichen bald dem Gefühl eines schrecklichen Verlustes.“⁸⁸ Der Patient erkennt, daß es Zeit wird, Abschied zu nehmen, und stellt sich die Frage: „Was bedeutet das für mich?“ Viele sind verzweifelt, und dem Personal fällt es schwer, die Trauer und die eigene Hilflosigkeit auszuhalten. „Unsere erste Reaktion auf den Kummer anderer Menschen ist meistens der Versuch, sie aufzuheitern und ihnen zu erklären, daß sie die Dinge nicht so grau in grau sehen sollten ... - oft aber geben wir damit nur unserem eigenen Bedürfnis nach, weil wir nicht fähig sind, längere Zeit hindurch ein trauriges Gesicht in unserer Umgebung zu ertragen.“⁸⁹ Es ist jedoch auch die Zeit, Dinge zu regeln, wie beispielsweise die Versorgung von Angehörigen, Kindern und Ehepartnern. Dazu gehört es auch, Abschied von Freunden und Verwandten zu nehmen. Das Personal kann hier unterstützen und Kontakte herstellen.

In der Phase der Zustimmung kommt es nach Erfahrung der Teilnehmer und dem Phasenmodell von Kübler-Ross zur Annahme des unabwendbaren „Schicksals“, bald sterben zu müssen.⁹⁰ Diese Phase kann mit dem

⁸⁸ vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 57

⁸⁹ Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 58

⁹⁰ vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 77-93

Satz, „ich muß Abschied nehmen“ charakterisiert werden. Die Annahme führt bei den meisten Menschen zu einer friedlichen Stimmung. Auch für das Pflegepersonal wird es leichter, mit den Patienten umzugehen, denn nun wissen beide Seiten, woran sie sind, und es darf offen ausgesprochen werden: „Ja, sie werden sterben, ich werde es ihnen so schön wie möglich machen.“ „Wenn der Kranke Zeit genug hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phase fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein „Schicksal“ nicht mehr niedergeschlagen und zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen. Er hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger Erwartung entgegen.“⁹¹

Häufig ist in der Endphase keine verbale Kommunikation möglich, so daß der Sterbende nur durch Gesten seinen Wunsch nach Nähe zeigen kann. Beim Sterbenden bleiben und schweigen kann für Menschen, die keine Angst vor Sterbenden haben, die sinnvollste Form der Kommunikation sein.⁹² „Unsere Anwesenheit sagt dem Kranken, daß wir ihm bis zum Ende zur Verfügung stehen werden.“⁹³

Das vorgestellte Phasenmodell von Kübler-Ross beschreibt den Prozeß, den ihrer Ansicht nach Sterbende bis zu ihrem Tod durchleben. Dieser Prozeß läuft aber nicht zwangsläufig in dieser Reihenfolge ab, es können Phasen übersprungen werden oder Rückfälle in schon durchlebte Phasen stattfinden. Das Ziel von Pflegekräften, Ärzten und Angehörigen muß es sein, den Betroffenen zu unterstützen, den Abschluß zu finden und diesen nicht durch Fehlverhalten und Unkenntnis zu behindern. Grundsätzlich gilt, daß Pflegepersonal im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür Sorgen

⁹¹ Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 77

⁹² vgl. Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 78

⁹³ Kübler-Ross, Elisabeth, a.a.O., S. 78

soll, daß die Patienten angemessen begleitet werden. Im folgenden werden mögliche Verhaltensweisen vorgestellt, um dies zu gewährleisten.

10.5 Verhaltensvorschläge für Sterbebegleiter

- „Versuchen Sie, einfach zuzuhören.

Jeder lebt in einer eigenen Welt der Gefühle. So reagieren z.B. zwei Menschen auf ein und dieselbe Erkrankung unterschiedlich: der eine mit Gelassenheit, der andere mit großer Angst und der dritte vielleicht mit Wut.

Versuchen wir, hinzuhören, uns in den anderen einzufühlen und ihn zu verstehen, so schaffen wir Nähe zu ihm. Begegnung, die Hilfe ermöglicht, wird erlebt. Vergewissern Sie sich, ob Sie den Sterbenden richtig verstanden haben. Es besteht immer die Möglichkeit, daß wir in unseren eigenen Vorstellungen hängenbleiben und nicht hören, was der andere wirklich meint, was diese Ereignisse für ihn bedeuten.

- Handeln Sie mit Wertschätzung, Achtung und Ehrfurcht.

Der Sterbende ist eine Persönlichkeit. Es geht darum, alle Gefühle des anderen anzunehmen: seine Wut, seinen Zorn, seine Depression, seine Angst, seine Trauer und auch seine Resignation.

- Wahren Sie die Autonomie des sterbenden Menschen.

Handeln Sie nie an seiner Stelle, sondern immer mit ihm, denn er weiß, was ihm Not tut. Das Gesetz des Handelns liegt bei ihm.

- Lassen Sie seine und Ihre Gefühle zu.

Gefühle sind Informationen, die aus dem Inneren kommen. Fürchten Sie sie nicht. Reden Sie sie dem Betroffenen nicht aus. Nehmen Sie sie ernst. Hören Sie auf diese Gefühle, denn sie gehören zu dem Sterbenden. Auch Ihre eigenen Gefühle sind wichtig und können helfen, den anderen zu verstehen, besonders, wenn wir uns folgende Fragen stellen: Wie würde es mir in einer solchen Situation gehen? Was wäre für mich hilfreich?

- Beachten Sie die Umwelt des Sterbenden.

Beziehen Sie seine Umwelt mit ein. Das Loslassen fällt den Angehörigen oft schwerer als dem Sterbenden selbst. Auch die Angehörigen brauchen Ihre Hilfe und Unterstützung, sei es durch ein Gespräch, durch Ihr Zuhören oder auch durch praktische Hilfe.

- Haben Sie Zeit und vermitteln Sie Ruhe.

Das Hier und Jetzt am Krankenbett verträgt nicht die Geschäfte von vorher und nachher. Oft ist nichts als Ihre Gegenwart nötig, daß Sie einfach in Ruhe da sind, oftmals auch ohne zu reden.

- Nehmen Sie Ihre eigene Hilflosigkeit ernst.

Auf Grund unserer eigenen Grenzen im Geben und Nehmen ist Hilfe nicht immer möglich. Wir müssen unsere eigenen Grenzen als Begleiter kennen und damit umzugehen wissen.

- Sie müssen nicht alles wissen.

Gerade erkrankte und trauernde Menschen stellen sich die Frage: Warum ist mir dies geschehen? Warum läßt Gott dies zu? Wir als BegleiterInnen brauchen nicht immer eine Antwort zu wissen, wichtiger ist, daß wir diese Fragen mit dem anderen aushalten.

- Loslassen können.

Auch BegleiterInnen müssen loslassen können.

- Abschied nehmen.

Um den Tod des nahen Angehörigen zu verarbeiten, ist es für die Hinterbliebenen hilfreich, noch einmal den geliebten Menschen zu sehen. Auch wenn es sie zunächst ängstigt, ist es eine große Hilfe für die Hinterbliebenen, wenn Sie ihnen ermöglichen können, von dem verstorbenen Menschen Abschied zu nehmen.

- Praktische Hilfen.

Für die Zeit der schweren Erkrankung, des Sterbens und der Trauer ist es für die Betroffenen wichtig, auch praktische Hilfe zu bekommen.“⁹⁴

⁹⁴ Tausch-Flamer, Daniela, Hilfen für die Begleitung Sterbender a.a.O., S.4

Wenn diese Vorschläge von den Teilnehmern angenommen und später umgesetzt werden, kann in Verbindung mit Kenntnissen aus der Krisenverarbeitung eine adäquate Sterbebegleitung stattfinden.

10.6 Übertragen des Modells auf eigene Lebenskrisen

Damit die Teilnehmer das Modell verinnerlichen können, sollen sie es auf eigene Lebenskrisen anwenden. Es folgt ein Beispiel, das den Teilnehmern vorgetragen wird. Anhand eines vorbereiteten Plakates mit dem Krisenverarbeitungsmodell wird der Vortrag veranschaulicht.

„Es ist vier Uhr morgens und Du hast Frühdienst. Der Wecker klingelt! Was bedeutet dies für Dich im Krisenverarbeitungsprozeß nach Kübler-Ross?“

Nichtwahrhabenwollen - Schock

„Was, schon so spät, ich habe mich doch gerade erst hingelegt. Es kann noch gar nicht so spät sein.“

Zorn

„Warum habe ich diesen Beruf ergriffen. Hätte mich der Nachbar doch nicht vom Schlafen abgehalten. Nie wieder Alkohol, wenn ich am nächsten Tag Dienst habe.“

Verhandeln

„Noch fünf Minuten im Bett bleiben. Nur noch dieses Lied im Radio hören.“

Depression

In dieser Phase kann Realitätsarbeit geleistet werden, wie z.B. Duschen, Frühstücken usw.

Zustimmung

„Endlich auf Station. Jetzt kann die Arbeit losgehen.“

Weitere Anregungen, die mit der Gruppe kurz mündlich bearbeitet werden können.

Zahnschmerzen - Zahnarztbesuch

Liebeskummer - Trennung

10.7 Geschichte zur Symbolsprache

In diesem Arbeitsschritt sollen die Teilnehmer zur Wahrnehmungsüberprüfung animiert werden und sollen den wichtigen Bereich der Symbolsprache kennenlernen. Als Einstieg wird deshalb zu Beginn dieser Einheit die folgende Geschichte an die Teilnehmer verteilt und vorgelesen.

„Mein Kollege Hans-Christoph Piper, Krankenhausseelsorger in Hannover, berichtet über folgende Begebenheit:

„Eine sterbende Frau wollte die Seelsorgerin, die sie gerade besuchte, mit auf die Reise nehmen. „Wie gut, daß sie jetzt kommen“, sagte sie. „Es ist höchste Zeit, gleich fährt das Schiff ab, und ich möchte, daß sie mich begleiten.“ Sie ergreift die Hand der Seelsorgerin und zieht sie ganz dicht an sich heran. „Kennen Sie Perlmutter?“ Die Seelsorgerin nickt. „Mögen Sie es auch so gern?“ Und als die Seelsorgerin das bejaht: „Oh wie schön, daß sie es auch so gern mögen. Wissen Sie auch, daß es ganz knapp wird? Hier ist es gar nicht mehr zu finden, darum möchte ich die weite Reise machen. Ich weiß nicht, ob das Schiff nach Japan oder China fährt, aber das ist auch ganz egal, wenn wir nur das Perlmutter finden.“ Die Seelsorgerin verhält sich ganz still und wagt nicht, die Frau zu unterbrechen. Sie spricht nach einer Weile weiter: „Ist es nicht schön, wie schön und ruhig das Schiff fährt? Es ist ein guter Kapitän, der das Schiff lenkt. Das Wasser ist so blau wie der Himmel!ob wir wohl bald ankommen? Es ist doch eine lange Reise. Ich habe so Sehnsucht nach dem Perlmutter.....ich sehe es, es glänzt - sehen Sie, wie es glänzt - oh, da ist es.....“ Dann spricht sie den Vers: „Ach bleib mit deinem Glanze bei uns, wertest Licht, dein Wahrheit uns umschanze, damit wir irren nicht.“

Sie schließt die Augen. Der Mund steht weit offen. Ein Atmen ist nicht mehr zu bemerken. Dieser Bericht hat eine bestürzende Fortsetzung, die wir nicht verschweigen wollen. Die Seelsorgerin geht zur Stationsschwester und teilt ihr mit: „Ich glaube, sie ist tot.“ Die Schwester springt auf, reißt die Seelsorgerin mit, sie wirft sich auf die Patientin und beginnt eine Mund-zu-Mund-Beatmung. Sie ruft den Arzt - und die Reanimation gelingt. Die Patientin war danach völlig verwandelt. Sie wehrte sich, schlug um sich und schrie. In den zwei Tagen, die sie noch lebte, lehnte sie jeden Kontakt, auch den mit der Seelsorgerin, brüsk ab. Die Schwester rechtfertigte die Reanimation mit den Worten: „Auf meiner Station wird nicht gestorben, während ich Dienst habe.“ Als die Seelsorgerin ihr allerdings das vorausgegangene Geschehen berichtete, war sie tief schockiert und geriet in eine seelische Krise, in der sie ihre Haltung gegenüber Tod und Sterben überdachte.“⁹⁵

⁹⁵ Schlaudraff, Udo, Sterbehilfe und würdiger Tod, Schwerpunktthema, Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1988, S. 25-28, hier S. 26, Stuttgart 1988

5. Plakat zum Text⁹⁶

10.8 Umgang mit Notfallsituationen in der Krankenpflege

Nachdem diese Geschichte vorgelesen wurde, regt sich besonderer Unmut über das Verhalten der Schwester und deren Äußerung. Die Referenten fordern die Teilnehmer auf, sich in die Situation hineinzudenken, oder falls sie schon einmal in einer solchen Situation waren, davon zu berichten. Im sich anschließenden Gespräch wird ein Beispiel konstruiert. Die Teilnehmer sollen sich vorstellen, daß sie nach einem dreiwöchigen Blockunterricht auf die Station zurückkehren, auf der sie bereits vor der Schule eingesetzt waren. Sie sollen sich des weiteren vorstellen, daß es ein Wochenende ist und nur sie, eine examinierte Kraft, die am Schreibtisch beschäftigt ist und ein Schüler aus dem 1. Lehrjahr für die Patienten verantwortlich sind. Die Teilnehmer werden nach dieser Schilderung befragt, wie sie sich verhalten würden, wenn sie von Besuchern gerufen werden und eine leblose Person vorfinden. Einige versuchen, mit dem „Roten Punkt“ zu argumentieren, der ihnen vermeintlich Sicherheit für die Beurteilung der Situation bietet. Der „Rote Punkt“ oder ein anderes abgesprochenes Symbol besagt, daß der betreffende Patient nicht wiederbelebt wird, falls es zum Herz- und Atemstillstand kommt. Die Entscheidung darüber haben die Ärzte zu fällen und auch zu vertreten, den „Roten Punkt“ erhalten also nur Patienten, bei denen diese Maßnahme nur zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen würde. Der „Rote Punkt“ stellt allerdings keine Lösung für das Dilemma dar, in dem sich jeder in einer solchen Situation befindet. Dazu gehört die Fähigkeit, die eigene Hilflosigkeit zu ertragen. An dieser Stelle berichtet der Referent über folgende Begebenheit:

⁹⁶ vgl. Schlaudraff, Udo, a.a.O.

„Ich war als Auszubildender im ersten Lehrjahr auf einer Neurologischen Abteilung eingesetzt. An einem Dienstwochenende mit einer Besetzung von zwei Schülern und einer examinierten Pflegekraft waren die beiden Auszubildenden gegen Abend auf der Station damit beschäftigt, bettlägerige Patienten zu lagern, neue Laken einzuziehen oder diese frisch zu machen. Seit geraumer Zeit lag auf dieser Station eine 19jährige mit einem Hirntumor, der beständig wuchs, und es war allen klar, daß die Geschwulst irgendwann auf das Atemzentrum im Hirn drücken, und die Atmung dieser Frau dann aussetzen würde. Unter diesen Bedingungen gäbe es keine Möglichkeit, sie wiederzubeleben. Ich zog die junge Frau auf die Seite, damit die Mitschülerin von der anderen Seite ein frisches Laken einspannen konnte. In diesem Moment drückte der Tumor auf das Atemzentrum und die Frau lag tot in meinen Armen. Die Mitschülerin rannte weinend an den Besuchern, die vor dem Zimmer warteten, vorbei. Rational war klar, Daß die Frau nicht wiederbelebt werden konnte, aber aus dem Gefühl heraus begann ich mit Wiederbelebungsmaßnahmen; ich konnte es nicht ertragen, tatenlos dazustehen. Erst der herbeieilende Arzt machte mir begreiflich, daß es keinen Sinn hat, fortzufahren.“

Nach diesem Bericht wird den Teilnehmern bewußt, wie leicht sie in derartige Situationen kommen können. Das Verhalten der Schwester aus dem ersten Bericht des Kapitels Symbolsprache wird so verständlicher.

Es ist unabdingbar, die Teilnehmer mit solchen Notfallsituationen zu konfrontieren und diese zu durchdenken, damit sie in einer akuten Situation adäquat handeln können, bzw. eigenes Verhalten verstehen oder Kollegen nicht einfach verurteilen. Dazu gehört auch, darauf hinzuweisen, daß Pflegepersonal sich häufig in medizinische Handlungen flüchtet, sobald es in eine schwierige Situation gerät.⁹⁷ Beispielsweise läßt sich im Alltag beobachten, daß Pflegekräfte in für sie kritischen Gesprächssituationen nach dem Puls des Patienten fühlen, das Laken glatt ziehen o.ä..

⁹⁷vgl. Kapitel 13., Szenische Darstellungen

Auf diesem Gebiet fühlt sich Pflegepersonal sicher und es gelingt, Unsicherheiten zu überspielen.

Die Auszubildenden werden aufgefordert, sich an solche Situationen zu erinnern und diese Erfahrungen zu erzählen.

10.9 Sinn von Sprachbildern

Im nächsten Arbeitsschritt wird auf die Symbolsprache eingegangen, indem Bezug auf den Text von Udo Schlaudraff⁹⁸ genommen wird, der mit seinen Sprachbildern sehr eindeutig ist. Im Berufsalltag sprechen nicht nur Sterbende, sondern auch Kranke, aber auch das Personal mit diesen Bildern. Oft werden diese jedoch von den Pflegekräften nicht als solche wahrgenommen, und der Patient wird als verwirrt eingestuft. Hier liegt die Gefahr, das Sterbende und Kranke nicht mehr adäquat behandelt, d.h. nicht mehr ernst genommen werden. Den Auszubildenden soll begreiflich gemacht werden, daß ihnen diese Symbolik täglich begegnet, und sie aufmerksam sein müssen, um den Patienten gerecht zu werden.

Sprachbilder oder Symbole geben die Möglichkeit, etwas angstmachendes auszudrücken, ohne es klar benennen zu müssen. Symbolik gibt also auf der einen Seite Schutzräume, auf der anderen Seite besteht die Gefahr, nicht verstanden zu werden. Die Auszubildenden sollen nun Beispiele für eine solche Symbolsprache in ihrem Berufsalltag nennen.

10.10 Beispiele für Symbolsprache

Die am häufigsten verwendeten Symbole sind:

- das Buch:⁹⁹

⁹⁸ vgl. Schlaudraff, Udo, a.a.O.

⁹⁹ Schlaudraff, Udo, a.a.O., S.26

Patienten, die sagen „klappt das Buch zu“, sind häufig dem Tode nah. In der Regel sind es ältere Patienten, die religiös sind und damit das Buch des Lebens, die Bibel, schließen wollen.

- die Zähne:

Patienten mit Zahnprothesen weigern sich manchmal, diese zum Säubern herauszugeben bzw. verlangen diese sofort zurück. Ein alter Patient, dem abends die Zähne aus dem Mund genommen und in ein Wasserglas gelegt wurden, rief die ganze Nacht: „Ich will meine Zähne wiederhaben!“ Er verstarb am nächsten Tag. Die Zähne sind in der Regel notwendig, um ein primäres Bedürfnis, nämlich die Nahrungsaufnahme, zu befriedigen und somit das Leben zu erhalten. Selbst Nahrung aufzunehmen steht für Autonomie und Selbstbestimmung, denn die Erfahrung in dieser Abhängigkeit kennt der erwachsene Mensch nur aus der Kindheit.

- Patienten behaupten, sie seien bestohlen worden:

Gerade alte Patienten behaupten häufig, ihnen seien Gegenstände aus dem Nachtschrank gestohlen worden, obwohl dies nachweislich nicht der Fall ist. Solche Aussagen stehen für ein sich nicht wohlfühlen, sogar für ein sich bedroht fühlen, der betreffenden Personen. Sie wollen am liebsten nach Hause in die gewohnte Umgebung. Schlaudraff sieht einen gradlinigen Zusammenhang zwischen den Sätzen „es war jemand hier drin, der hat mir meine Uhr gestohlen“ und „ich will nach Hause!“¹⁰⁰ Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Uhr, die gestohlen wurde, denn sie kann für gestohlene Zeit, Lebenszeit stehen.

Rest führt dazu aus, daß der Mensch Dinge benötigt, um sich zu verwirklichen.¹⁰¹ Hierbei kann es sich um das Bett, eigenes Kulturzeug, Kleidung usw. handeln. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß gerade kranke und sterbende Menschen diesen ihnen in der sterilen Krankenhausumgebung verbliebenen Sachen große Bedeutung beimessen und jede Veränderung

¹⁰⁰ Schlaudraff, Udo, a.a.O., S.26

¹⁰¹ Rest, Franco, a.a.O., S. 26

registrieren: „ ... , manchmal behaupten sie sogar, ihnen sei etwas gestohlen worden: „Die machen einfach was sie wollen...einfach weggenommen....war doch nichts dran an dem Teil.“ Mitunter werden sogar Sachen vermißt, die nach Ansicht der Umstehenden nie vorhanden waren.

Aber gerade diese Dinge waren und sind für den Menschen offenbar so wichtig, daß ihm die zeitliche Zugehörigkeit - war das gestern oder schon vor Jahren? - durcheinander gerät.“¹⁰² Rest schreibt weiter, daß die Suche des Menschen nach Dingen, die sein Leben ausgemacht haben, der Ruf nach der Fortdauer des Lebens ist, das nicht vorzeitig durch den Verlust von Sachen beendet werden soll, bevor es wirklich zu Ende ist.¹⁰³

- Patienten wollen bezahlen:

Immer wieder äußern Patienten, daß sie für eine an ihnen erbrachte Dienstleistung nicht bezahlen können. Am häufigsten geschieht dies, wenn die Auszubildenden den Kaffee auf der Station verteilen. Alte Menschen sagen dann oft erschrocken: „Ich kann den Kaffee gar nicht bezahlen.“ Dieser Satz steht häufig für die Angst vor dem Verlust der Autonomie, denn wer in dieser Gesellschaft nicht einmal Geld für einen Kaffee hat, wird fremd bestimmt, hat nichts zu entscheiden, ist nichts wert. Die Sorge davor ist nachvollziehbar. Schlaudraff betont, daß Geld häufig eine zentrale

Rolle in der Symbolsprache Sterbender spielt. Angehörigen ist es oftmals peinlich, wenn Sterbende z.B. in Gegenwart des Pastors von Geld sprechen und ihm das restliche Kleingeld aus der Geldbörse in die Hand schütten. Sie verstehen nicht, daß es andere Ebenen der Kommunikation gibt.¹⁰⁴

- Stalingrad:

¹⁰² Rest, Franco, a.a.O., S. 26

¹⁰³ vgl. Rest, Franco, a.a.O., S. 26

¹⁰⁴ Schlaudraff, Udo, a.a.O., S. 25-26

Ältere Männer, die über intensive Kriegserlebnisse verfügen, berichten davon, wie sie z.B. mit den Kameraden vor Stalingrad im Graben lagen. Auch dort ging es um Leben und Tod. Die Pastorin Margot Lüchsteinberg beschreibt dieses Beispiel, daß Teilnehmer auch aus der beruflichen Praxis kennen, im Film „Sterbeerwartungen alter Menschen“.¹⁰⁵

Im Krankenhausalltag wird die Existenz der Symbolsprache jedoch häufig verleugnet. Eine Krankenschwester aus Hannover berichtet, daß der Arzt, dem sie ihre Beobachtung von einem Patienten mitteilte, der mit Symbolen sprach, daraufhin fragte, wo denn so etwas stehe.

Die Auszubildenden sollen animiert werden, sich ein eigenes Bild zu machen und nicht das in der Übergabe gehörte kritiklos zu übernehmen. Sie sollen ihrer eigenen Wahrnehmung vertrauen und diese dann mit Kollegen besprechen, um zu sehen, ob es Differenzen gibt. Nur so ist es möglich, dem Patienten gerecht zu werden und ihn nicht zu verurteilen. Natürlich gibt es auch verwirrte Patienten, aber auch diesen Menschen wird unrecht getan, wenn sie den Stempel bekommen, nicht ganz klar im Kopf zu sein, weil sie in einer anderen, in ihrer Realität leben. Besonders schwierig ist es, mit Patienten umzugehen und diese zu verstehen, wenn sie sich zwischen einer erkennbaren Desorientiertheit und dann wieder einer erkennbaren Orientierung bewegen.¹⁰⁶

10.11 Symbolsprache zwischen Pflegekräften

Aber nicht nur die Patienten, sondern auch das Pflegepersonal benutzt im Berufsalltag Symbole, um Dinge nicht benennen zu müssen. Allein für den Satz „der Patient ist gestorben“ gibt es je nach Station und Krankenhaus verschiedene Ausdrucksweisen, dies den Kollegen mitzuteilen.

- er sitzt auf Wolke sieben.
- er ist im achten Stock (Obwohl das Krankenhaus nur fünf hat).

¹⁰⁵ Film: Bannenberg, Manfred, a.a.O.

- er liegt in Zimmer dreizehn.
- er hat uns gerade verlassen.
- der ist zur Kapelle rüber.
- der ist gerade abgehoben.
- der ist noch mal im Op..

Dieses sind nur einige Beispiele für Symbolsprache, die Pflegepersonal entwickelt hat, um sich selbst zu schützen.

¹⁰⁶ Schlaudraff, Udo, a.a.O., S.26