

Sabine Stengel

**STERBEN.
DIE GEBRAUCHSANLEITUNG**

Alles, was wir wissen müssen,
um Sterbende gut zu begleiten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

2. Auflage 2022

ISBN Print: 978-3-910251-00-7

Dieses Buch ist auch als E-Book erhältlich.

Copyright © 2018, 2022 by Radieschenverlag, S. Stengel, Berlin

Texte: Sabine Stengel

Umschlaggestaltung: © Kraft plus Wiechmann Grafikdesign, Berlin

Layout: Infotext GbR, Berlin und Sabine Stengel

Lektorat und Korrektorat:

Katharina Frier-Obad, Berlin; Rosemarie Hoffmann, Bonn

Illustration: S. 34, 60 f., 66 f. S. Stengel, S. 146 Camilla Schindelwig

Radieschenverlag, Sabine Stengel, Sonntagstr. 29, 10245 Berlin

post@radieschen.tips

<https://sterbenlernen.net/buch> | <https://radieschenliste.de>

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages und der Autorin unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Ein Hinweis zur geschlechtergerechten Sprache: Die Verwendung beider Formen, der Arzt und die Ärztin, bremst den Lesefluss. Daher verwende ich die Geschlechtsform abwechselnd und bunt gemischt. Wenn ich von Frauen spreche, gilt das ebenso für die Männer, die Ärzte fühlen sich bitte auch angesprochen, wenn ich von Ärztinnen schreibe, und andersherum. Egal, welche Geschlechterform wir wählen und welche Sprache wir sprechen: Wir sind alle Menschen.

INHALT

Einleitung	9
1. Warum tun wir uns so schwer mit dem Thema Sterben? 15	
1.1 Wer kennt sich aus mit dem Sterben?	21
1.1.1 Medizinische Experten: Ärzte, Pflegende, Apothekerinnen	21
1.1.2 Seelsorger: Sozialarbeiter, Psychologen, Pfarrer, spirituelle Begleiter	26
1.1.3 Palliativ- und Hospizbewegung	27
2. Wo sterben?..... 33	
2.1 Sterben im Krankenhaus	34
2.2 Sterben im Pflegeheim	38
2.3 Sterben im stationären Hospiz	39
2.4 Sterben auf der Palliativstation	43
2.5 Sterben Zuhause	44
2.5.1 Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)	46
2.5.2 Die Rolle der Hausärztin	47
2.5.3 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)/ Palliative Care	47
2.5.4 Was tun im akuten Notfall	48
2.6. Ambulante Sterbebegleitung	50
3. Der Sterbeprozess	53
3.1 Sterbephasen aus psychologischer/seelischer Sicht	53
3.1.1 Das Illness Constellation Model	54
3.1.2 Die Sterbephasen nach Kübler-Ross	55
3.2. Was passiert beim Sterben?	57
3.3. Woran erkenne ich, dass jemand stirbt?	58
3.3.1 Die letzten Monate (Präterminalphase)	59
3.3.2 Die letzten Wochen (Terminalphase)	59
3.3.3 Die letzten Tage (präfinale Phase)	62
3.3.4 Die letzten Stunden (finale Phase)	64
3.4 Eintritt des Todes: Organtod	74
3.5 Verstorben – was ist zu tun?.....	78
3.5.1 In Ruhe verabschieden	78

3.5.2	Was ist nun zu tun?	80
3.5.3	Totenschein	81
3.5.4	„Muss ich jetzt nicht sofort den Notarzt rufen?“	82
3.5.5	Die nächsten Schritte	84
3.5.6	Was ist heute unbedingt noch zu erledigen	88
4.	Wie stirbt man gut? Sterbende unterstützen	91
4.1	Heißt gut sterben schnell sterben?	91
4.2	Kriterien eines „guten“ Todes	92
4.2.1	Geborgenheit, Orientierung und Halt	92
4.2.2	Nicht leiden müssen	94
4.2.3	Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit	95
4.2.4	Respekt und Würde	99
4.2.5	Selbstbestimmung	100
4.2.6	Letzte Dinge regeln	101
4.2.7	Trost auf spiritueller Ebene	103
4.2.8	In Frieden gehen dürfen	105
4.3	Die „Scharfe Radieschen-Liste“	109
5.	Praktische Unterstützung Sterbender	119
5.1	Erleichterung im Alltag	119
5.2	Kommunikation ohne Worte	120
5.3	Kein Appetit und Essen	122
5.4	Durst und Trinken	129
5.5	Mundpflege	133
5.6	Hören	137
5.7	Sehen	139
5.8	Riechen	140
5.9	Körper- und Hautpflege	143
5.10	Müdigkeit und Erschöpfung	144
5.11	Tabletten geben	145
5.12	Dekubitus (Wundliegen)	145
5.13	Kalte Hände und Füße	146
5.14	Behutsame Massage von Händen und Füßen	147
5.15	Körperwahrnehmung und Bewegung	147
5.16	Sterben und Demenz	148

6.	Atemnot und Schmerzen – palliativmedizinische Unterstützung	151
6.1	Atemnot (Dyspnoe)	151
6.1.1	Atemnot medikamentös lindern	152
6.1.2	Atmung nichtmedikamentös unterstützen	154
6.1.3	Opioide gegen Atemnot	156
6.1.4	Schleim absaugen	158
6.1.5	Zu viel Flüssigkeit	158
6.1.6	Hilft Sauerstoff?	159
6.2	Schmerzen wirksam behandeln	160
6.2.1	Schmerzen ernst nehmen	161
6.2.2	Schmerzen erkennen	161
6.2.3	Die vier Dimensionen des Schmerzes	162
6.2.4	Das Schmerzmittel Morphin (Morphium)	163
6.2.5	Schmerzen nichtmedikamentös behandeln	169
6.3	Weitere Symptome	169
6.3.1	Verdauungsstörungen – Verstopfung (Obstipation)	169
6.3.2	Übelkeit, Erbrechen	170
6.3.3	Halluzinationen und Delir	171
7.	Was ist „Sterbehilfe“?	173
7.1	Begriffsklärung	173
7.2	Rechtslage	175
8.	Was hilft Wegbegleitern?	181
8.1	Trauen Sie sich das zu?	181
8.2	Informieren Sie sich	183
8.3	Suchen Sie sich Unterstützer!	183
8.3.1	Die 7 wichtigsten Tipps im Umgang mit Trauernden	186
8.4	Kinder trauern anders	188
8.5	Sorgen Sie gut für sich	190
8.6	Vital-Tipps zur Stärkung - Gastbeitrag R. Ritsert-Dettmar	194
8.6.1	Atmung	195
8.6.2	Bewegung	197
8.6.3	Vitalquellen	198
8.7	Habe ich wirklich alles gegeben?	201

9. Danksagungen	203
10. Anhang	205
Literaturverzeichnis	205
Literatur zum tieferen Eintauchen	209
Filme und TV-Beiträge	212
Podcasts	213
Links und Websites, Verbände & Vereine	214
Register	219
Quellenverzeichnis	227

EINLEITUNG

Warum dieses Buch?

Das Sterben naher Angehöriger, der Tod von Menschen, die wir lieben, versetzt uns in einen Ausnahmezustand und bringt uns an unsere Grenzen. Dieses Buch soll Sie in dieser Situation mit den wichtigsten Fakten unterstützen. Strukturiert und Schritt für Schritt erfahren Sie, was Sie wissen müssen und was genau in welcher Situation zu tun ist.

Warum fällt es den meisten Menschen so schwer, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen oder sogar darüber zu reden? Dank der Hospizbewegung der vergangenen 25 Jahre sind Sterben und Tod in unserer Gesellschaft kein Tabu mehr. Doch die meisten Menschen haben Angst, sich mit der Vergänglichkeit ihres eigenen Lebens oder dem ihrer nächsten Angehörigen und Freunde auseinanderzusetzen. Tod und Trauer sind kein Schulfach, obwohl sie jeden von uns unser ganzes Leben lang betreffen. Einerseits ist Sterben aus sicherer Distanz in den Medien allgegenwärtig. Andererseits wird über den Tod und das Sterben nicht geredet und wenig informiert. Unwissenheit macht unsicher, Halbwissen schadet.

Was bringt mich zu diesem Thema? Tod, Sterben und Trauer sind Begleiter meines Lebens. Trauer habe ich als Kind durchlitten. Nach tränenreichen Abschieden von zahlreichen Haustieren starb, als ich 14 Jahre alt war, meine Großmutter Zuhause. 1987 erkrankte eine Freundin an Lungenkrebs. Ich war damals Mitte 20 und völlig überfordert. Trotzdem unterstützte ich sie nach Kräften, bis sie ein Jahr später starb. Das war mein erster Kontakt mit der Begleitung einer Sterbenskranken. Vor einigen Jahren wurde mein Vater, damals 86-jährig und immer kerngesund, ins Krankenhaus eingeliefert. Nach einer Notoperation versuchte die Medizin ihn wieder „fit“ zu kriegen. Ich stand ihm in der Zeit rund um die Uhr zu Seite, bangte und hoffte mit ihm. Nach sechs Wochen starb er.

Ich bin medizinische Laiin. Ich habe mit dem „System Medizin“ und Krankenhäusern nichts zu tun und keinerlei Erfahrung. Wenn ich damals schon all das, was ich heute weiß, gewusst und anwenden hätte können, dann hätte ich vieles anders eingeordnet und mei-

nem Vater (und mir) viel Leid erspart. Ich hätte erkannt, dass er nicht „krank“ war und es nicht darum ging, ihn wieder „gesund zu machen“. Weder die Ärzte noch das Pflegepersonal sprachen jemals davon, dass er „altersschwach“ sei, „im Sterben liegt“ oder dass alle Anzeichen auf die „Finalphase“, den bevorstehenden Tod hindeuten. Heute erst verstehe ich, warum diejenigen, die sich doch mit dem Sterben hätten auskennen sollen, die Krankenhausärzte, uns damals keine Hilfe waren, eher im Gegenteil.

Hätte ich damals gewusst, was ich heute weiß, dann hätten wir eine Patientenverfügung vorgelegt, in der alles im Detail geregelt gewesen wäre. Dann hätte ich dafür gesorgt, dass er Zuhause oder im Hospiz sterben kann; hätte mich gegen die „Bemühungen“ der Ärzte gewehrt und unsinnige Quälereien wie Schleimabsaugen, Infusionen, Trinkprotokolle und die künstliche Ernährung über einen Venenkatheter am letzten Tag vor seinem Tod verweigert. Dann hätte ich mich viel stärker gegen die Ärzte durchgesetzt und dafür gesorgt, dass er Medikamente gegen die panische Angst vor dem Ersticken bekommt. Hätte, hätte ...

Instinktiv wusste ich damals, dass wir Abschied nehmen müssen. Meinem Vater zur Seite zu stehen war emotional sehr intensiv, wir haben gemeinsam viel geweint, noch viel mehr aber gemeinsam gelacht, auch über so manch abgründiges Erlebnis in der Krankenhauspflege.

Jahre nach seinem Tod erinnerte ich mich an die Intensität dieser Begleitung und machte eine Ausbildung zur ambulanten Sterbebegleiterin. Die intensive Begleitung von Menschen an ihrem Lebensende bis zu ihrem Tod hat mein Leben bereichert. Dabei geht es nicht immer um tiefgründige Gespräche über den Sinn des Lebens oder die Angst vor dem Tod. Meist kommt es einfach nur darauf an, „da“ zu sein, den anderen anzunehmen, wie er ist und ihm zur Seite zu stehen. Und zu lernen, die eigene Hilflosigkeit auszuhalten.

Um Angehörige zu unterstützen, bin ich jetzt auch ausgebildete Trauerbegleiterin und ehrenamtlich für junge und alte Menschen in ihrer Trauer da. Und dabei bin ich einfach nur eine von 120.000 ambulanten Sterbebegleiterinnen in Deutschland. Tod und Sterben

sind für mich persönlich genauso schwer zu (er)tragen wie für die meisten von uns. Doch ich kann nun mit Leichtigkeit darüber reden und anderen von meinen Erfahrungen erzählen.

In vielen Gesprächen mit Freunden und Bekannten, die jetzt in ähnlichen Situationen sind wie ich damals, stelle ich fest, dass sie alle die gleichen Fragen haben. Es gibt Fachliteratur und Erfahrungsberichte, aber wenig kompakte Zusammenfassungen für Nicht-Profis, in denen die wichtigsten Fakten und Antworten zu Sterben, Tod und Trauer verständlich und pragmatisch zusammengestellt sind: quasi in Form einer Gebrauchsanleitung. Mein kompakter Ratgeber richtet sich an alle, die als Angehörige oder Freundin einen Menschen begleiten, der aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder altersbedingt im Sterben liegt.

In diesem Buch geht es um das Sterben an sich. Es räumt mit den kursierenden Halbwahrheiten und Vorurteilen auf und stellt die wichtigsten Fakten vor: Wer kennt sich aus mit dem Sterben, wo kann man sterben, wie verläuft der Sterbeprozess und woran erkenne ich, dass jemand stirbt? Wie kann ich Sterbende psychisch und ganz praktisch unterstützen? Wer lindert die Atemnot? Macht Morphium gegen Schmerzen abhängig und warum müssen Sterbende nur noch wenig essen und trinken? Wie rede ich mit Kindern über das Thema, wie gestalten wir gemeinsam den Abschied mit der Sterbenden? Und wer hilft eigentlich mir als Angehörigen? Ziel ist es, Wissenslücken zu füllen und Orientierung zu geben, um damit die eigene Hilflosigkeit zu überwinden und ins Tun zu kommen. Im Anhang gibt es eine umfangreiche Link- und Literaturliste, für alle, die sich noch tiefergehend mit einzelnen Themenbereichen beschäftigen möchten. Ergänzende Informationen und Blogartikel finden Sie auf meiner Webseite <https://sterbenlernen.net>.

Ich lade Sie ein, dieses Buch als Arbeitsbuch zu nutzen. Überblättern Sie, was Sie nicht brauchen und markieren Sie zutreffende Stellen. So sehen Sie auf den ersten Blick, was für Sie wichtig ist.

Ergänzt wird dieses Buch mit den Gebrauchsanleitungen zum Thema Tod und zur „Radieschen-Liste“.

Das Buch „*Tod. Die Gebrauchsanleitung*“, ein Aufräumbuch, ist im

3.3 WORAN ERKENNE ICH, DASS JEMAND STIRBT?

Wir wissen nicht, was beim Sterben tatsächlich passiert. Wir können nur beschreiben, was wir beobachten, denn niemand von uns kann aus eigener Erfahrung davon berichten. Der Sterbeprozess eines natürlichen Todes verläuft in individuellen Phasen, wobei jeder Mensch so individuell stirbt, wie er gelebt hat. Zwischendurch kann es Momente geben, in denen der Sterbende wieder „aufblüht“, kurze Zeit später ist er wieder tief im komatösen Zustand versunken.

Lange vor dem physischen Tod beginnt bei vielen Menschen das psychische und soziale Sterben. Es kann sich über Jahre hinziehen. Der Mensch zieht sich vom aktiven Leben zurück, seine Komfortzone wird immer kleiner, seine Möglichkeiten zunehmend eingeschränkt. Früher dauerte der körperliche Sterbeprozess wenige Tage, heute wird er durch die technischen Möglichkeiten und medizinischen Interventionen nicht selten um Wochen und Monate verlängert. Nicht immer ist das die beste Option. Geburt und Sterben „[...] laufen in den meisten Fällen am besten ab, wenn sie durch ärztliche Eingriffe möglichst wenig gestört werden“.⁵⁴

■ Der natürliche Sterbeprozess verläuft in Phasen

Die physischen Sterbephasen sind nicht trennscharf abzugrenzen, sie gehen fließend ineinander über. Auch die Anzeichen sind nicht bei allen Menschen gleichermaßen zu beobachten.

Meist ist eine genauere Einordnung der Symptome erst im Rückblick möglich. Trotzdem kann die folgende Beschreibung Ihnen dabei helfen, den Verlauf des alters- bzw. krankheitsbedingten Sterbens und das Verhalten des Sterbenden besser zu verstehen.

3.3.1 DIE LETZTEN MONATE (PRÄTERMINALPHASE)

Das Sterben beginnt: Die *Präterterminalphase* beginnt meist Monate vor dem Tod. Die Symptome der lebensbedrohlichen Krankheit werden deutlich sichtbar, der Alltag zunehmend beschwerlich, für viele Alltagsverrichtungen wird Unterstützung benötigt. Die Sterbende magert ab, wird schwächer, ist ständig müde und sucht viel Ruhe.

3.3.2 DIE LETZTEN WOCHEN (TERMINALPHASE)

Die *Terminalphase* bezeichnet den Zeitraum von einigen Wochen bis Tagen vor dem Tod.

■ Anzeichen der letzten Wochen

- Der Sterbende ist kaum noch mobil, meist bettlägerig und auf Betreuung und Pflege angewiesen; durch die eingeschränkte Beweglichkeit nimmt der körperliche Verfall zu.
- Er kann sich kaum noch konzentrieren und zeigt wenig Interesse für seine Umgebung. Äußere Anregungen wie Fernsehen oder Radio, Besuche von Nachbarn und Bekannten verlieren an Bedeutung, die Gruppe von Menschen, von denen er sich Besuch wünscht, wird immer kleiner, Begegnungen werden von Schlafphasen unterbrochen.
- Er zeigt kein Interesse mehr an Essen und Trinken, hat kaum noch Appetit; dazu kommen Atemnot und Übelkeit.
- Er scheint fast nur noch zu schlafen, die Wachphasen werden immer kürzer. Möglicherweise kehrt sich der Tag-Nacht-Rhythmus um.
- Für den Sterbenden und auch seine Zugehörigen nehmen Phasen der „Zeitlosigkeit“ zu. Stunden verlieren an Bedeutung; wenn der Sterbende aufwacht, hat er oft keine zeitliche Orientierung.⁵⁵
- Es wird schwieriger, sich mitzuteilen, seine Sprache wird leiser,
- schwerer verständlich, manchmal verwaschen.
- Möglich sind Unruhe, Verwirrtheit und Halluzinationen.
- In der Nacht sind die Ängste besonders spürbar – Gedanken und Angst lassen den Sterbenden keine Ruhe finden, oft geben nur die

Nähe der geliebten Menschen und gewohnte Geräusche und Gerüche Sicherheit, in der er sich fallenlassen und schlafen kann.

3.3.3 DIE LETZTEN TAGE (PRÄFINALE PHASE)

Präfinal kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „kurz vor dem Ende“. Die *präfinale Phase* umfasst die eigentliche Sterbephase, die letzten 72 Stunden der Sterbenden.

■ Anzeichen der letzten Tage

- Die Sterbende ist zunehmend müde, teilnahmslos bis apathisch und hat ein hohes Schlaf- und Ruhebedürfnis. Sie zieht sich von der Außenwelt in ihr Innerstes zurück, im Halbschlaf wird vieles verarbeitet. Mitunter fühlt sie sich von Besuchern in ihrer Hilflosigkeit unangenehm beobachtet und dreht sich im Bett in Richtung Wand, um den Blicken auszuweichen.
- Momente der Schläfrigkeit (Somnolenz) wechseln sich mit überraschend hellen Momenten und aktiven Tagen ab, mitunter wirkt es wie ein letztes Aufbäumen.
- Die Schlafphasen verlängern sich mit Bewusstseinstrübung bis hin zur Bewusstlosigkeit (Koma).
- Der Mund ist geöffnet, weil die Muskulatur erschlafft. Geatmet wird durch den Mund, das Gesicht wird schmaler, die Nase spitz, das Dreieck zwischen Mundwinkeln und Nase wird ganz weiß (man spricht auch vom Todesdreieck).
- Die Augen sind auch in Schlaf- und Ruhephasen halb geöffnet, der Blick geht in die Ferne, fehlender Pupillenreflex bei Lichteinfall, vermindertes Seh- und Hörvermögen.
- Die Sterbende hat einen unregelmäßigen, schwachen Puls und niedrigen Blutdruck.
- Die Extremitäten werden weniger durchblutet, Arme und Beine, Hände, Füße fühlen sich kalt an und sind bläulich verfärbt, ein Zeichen dafür, dass die Sauerstoffsättigung des Blutes abnimmt.
- Durch den sinkenden Blutdruck sammelt sich das Blut, der Schwerkraft folgend, in den feinen Blutgefäßen, die Haut erscheint „marmoriert“, ähnlich dem Muster auf Marmorflächen.
- Einige Sterbende schwitzen stark.
- Bleiche, fahlgraue, wächsern erscheinende Haut.
- Ängste und innere Unruhe nehmen zu, vor allem im Dunkeln; Zupfen an der Bettdecke, Versuche aufzustehen, auch wenn es aufgrund körperlicher Schwäche gar nicht mehr möglich ist; Umhergreifen, Entkleiden, Wegschieben der Bettdecke (siehe auch 3.3.4, Symbolsprache: Vorbereitungen der Sterbenden für „die letzte Reise“).
- Die Atmung wird flach, oberflächlich und unregelmäßig. Zwischen einzelnen Atemzügen können Atempausen von 10 Sekunden bis zu einer Minute andauern, darauf folgen einige tiefere Atemzüge, bis die Atmung wieder abflacht (Cheyne-Stokes-Atmung).
- Der Anstieg von Kohlendioxid im Blut macht schläfrig; die Sterbende ist zu schwach, um den Speichel zu schlucken oder abzuwürgen, dies führt zu einem rasselnden Atemgeräusch (siehe auch 3.3.4, Rasselatmung).
- Da Sterbende nur noch wenig trinken, wird wenig bis kein Urin mehr gebildet. Die Nierenfunktion lässt nach. Es kommt zur Inkontinenz. Der Urin ist dunkel verfärbt und riecht streng. Bei Nierenversagen kommt es zu einer Harnstoffnarkose, diese gilt als schmerzlos und sanft.⁵⁶
- Versagen einzelner Organe wie Leber, Niere, zentrales Nervensystem und Lunge.
- Durch die fehlende Entgiftungsfunktion sammeln sich Schadstoffe im Blut. Diese gelangen ins Gehirn und führen zu Wahrnehmungsstörungen, Orientierungsverlust, akustischen und optischen Halluzinationen und motorischer Unruhe.
- Die Sterbende hat mitunter durch die veränderten Stoffwechselprozesse einen anderen Körpergeruch. Die Darmtätigkeit erlahmt, es gibt kaum noch Stuhlgang.

Die letzten Stunden des Sterbenden (Finale Phase)

Hinweis:

Jedes dieser Anzeichen kann auftreten, muss aber nicht. Manche Symptome zeigen sich gar nicht.

Symptome

Unruhe, Halluzinationen

Fehlender Pupillenreflex bei Lichteinfall

Augen halb geöffnet, Unfähigkeit Augenlider ganz zu schließen oder offen zu halten

Augen, Wangen sinken ein „Todesdreieck“

Mund steht offen

Atmung flach, unregelmäßig und durch den Mund, Atempausen, Rasselatmung, Schnappatmung

Niedriger Blutdruck, schwacher Puls

Unterschenkel, Beine sind kalt, blau marmoriert

Hände und Füße werden schlechter durchblutet, sind kalt

Unterstützung

Ziel der Unterstützung: Leiden lindern, Momente des Wohlbefindens schaffen, damit Sterbender in Frieden gehen kann

Ruhige Umgebung schaffen, möglichst Einzelzimmer, ausreichend Licht, Radio/Fernsehen aus

Ruhe ausstrahlen, da sein, ernst nehmen, Hilfslosigkeit aushalten

Singen, erzählen, vorlesen, ggf. beten

Mundschleimhaut befeuchten, Mundpflege, Lippen befeuchten

Palliative Atem- und Schmerztherapie durch Arzt und Pflegepersonal

Nahrungsaufnahme reduzieren/einstellen, Trinken reduzieren

Hand halten, sanftes Handstreicheln mit weichem Handschuh

Wärmen mit angewärmtem Handtuch



CC BY-SA 4.0 DE www.sterbenlernen.net, Sabine Stengel

Diese Grafik wurde unter der Lizenz „Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International“ (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht. Den rechtsverbindlichen Lizenzvertrag finden Sie unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

wollen, das ist entwürdigend und heutzutage nicht mehr nötig. Oder wie Gottschling einen seiner Kollegen zitiert: „Zäpfchen sind was für Arschlöcher!“⁵⁸

■ Symbolsprache: Vorbereitungen der Sterbenden für „die letzte Reise“

Viele Sterbende erzählen über metaphorische Bilder, eine Art Symbolsprache, über ihre bevorstehende „letzte Reise“.

Sätze wie

- Ich muss verreisen, wann fährt der Bus/die Bahn?
- Ich habe meinen Koffer gepackt.
- Mir steht eine schwierige Reise bevor.
- Meine Zeit ist abgelaufen.

machen deutlich, dass das Ende naht. Manche Sterbende erzählen ganz glücklich von einer Begegnung oder Telefonat mit dem bereits vor Jahren verstorbenen Ehemann. Nehmen Sie den Sterbenden ernst! Stimmen Sie ihm zu: „Ja, du verreist, wann geht es denn los?“ Reden Sie ihm die Reise nicht aus. Für ihn ist es *seine* Realität. Manche Sterbende stellen ihre Schuhe unters Bett und fragen wiederholt: „Sind meine Schuhe noch da?“ oder „Wo steht meine Tasche für Zuhause?“ Beruhigen Sie ihn und bestätigen Sie, dass alles seine Ordnung hat und an seinem Platz ist. Andere fragen immer und immer wieder: „Wie spät ist es?“ Dies kann den nahenden Tod ankündigen. Ein durch den Sterbenden angekündigtes „Reisedatum“ oder der „Zeitpunkt der großen Prüfung“ kann zeitlich nah am tatsächlichen Sterbedatum liegen.

Legen Sie dennoch nicht jedes Wort auf die Goldwaage und versuchen Sie nicht, den Sinn hinter jedem Bild zu ergründen. Manchmal bedeutet die Frage „Wie viel Uhr ist es?“, dass die Sterbende gerne die Uhrzeit wissen möchte, um sich zu orientieren. „Ich habe kalte Füße“ kann auch einfach nur heißen, dass sie kalte Füße hat. Dann ist ihr mit einer Decke oder Wärmflasche mehr geholfen als mit tiefgründigen Gesprächen über das Sterben.⁵⁹

■ Was hilft gegen Unruhe?

Die finale Phase zeigt sich oft auch durch extreme Unruhe des Sterbenden. Er behauptet vehement, er müsse hier weg, greift nach unsichtbaren Dingen in der Luft, zieht sich aus dem Bett hoch, wirft die Bettdecke von sich, dreht sich im Bett hin und her oder versucht aus dem Bett zu kommen, um loszulaufen, selbst wenn er schon länger bettlägerig ist und nicht mehr die Kraft hat zu laufen.

Lagern Sie deshalb den Sterbenden so, dass er nicht aus dem Bett fallen kann. Fragen Sie hierzu Ihr Palliativpflegeteam. Ein Bettgitter, das verhindern soll, dass der Sterbende aus dem Bett fällt, darf nur auf Wunsch des Patienten und auch dann nur zur Hälfte und zeitlich begrenzt nachts eingesetzt werden. Weitere sogenannte freiheitsentziehende Maßnahmen müssen durch einen Richter angeordnet werden. Auf gar keinen Fall dürfen Sie den Sterbenden fesseln oder anderweitig fixieren, auch nicht zu seinem „Schutz“. Das gilt als Freiheitsberaubung und ist strafbar.

■ Gut zu wissen: „Rasselatmung“

Bei zwei Dritteln aller Sterbenden tritt in den letzten Tagen oder Stunden vor ihrem Tod die sogenannte Rasselatmung auf, auch präfinales Rasseln genannt oder manchmal mit dem unschönen Begriff „Todesröcheln“ bezeichnet. Die Speicheldrüsen und die Bronchien bilden weiter ihr normales Sekret, gleichzeitig wird die Atmung flacher. Der Husten- und Schluckreflex erlischt, der Speichel kann nicht mehr geschluckt und nicht abgehustet werden, kleine Flüssigkeitsmengen fließen in die Luftröhre. Das Bronchialsekret pendelt in den großen Luftwegen hin und her und verursacht so das vibrierende Geräusch.

Wer es hört und nicht darauf vorbereitet ist, für den ist diese geräuschvolle Atmung nur schwer zu ertragen, da der Eindruck entsteht, dass die Sterbende erstickt. Doch in der Regel ist die Rasselatmung für Sie als Zugehörige deutlich mehr belastend als für die Sterbende, denn sie selbst nimmt das durch die Bewusstseinstäubung nicht mehr bewusst wahr (siehe auch 6.1 Atemnot, Die Angst zu

Ersticken). Zur Unterstützung können Sie die Flüssigkeitszufuhr beenden, um die Sekretbildung zu reduzieren und stattdessen die Mundschleimhaut befeuchten (siehe Kapitel 5.5, Mundpflege).

Fragen Sie außerdem den Palliativarzt, ob er Buscopan® spritzen kann, das mildert die Rasselgeräusche, Scopolaminpflaster verringern die Schleimbildung⁶⁰. Wenn das Hochstellen des Kopfteils und aufrechtes Sitzen nicht helfen, versuchen Sie es mit Seitenlagerung. Das Absaugen der Flüssigkeit bringt hingegen keine Verbesserung, im Gegenteil: Dadurch wird noch mehr Sekret gebildet (siehe auch 6.1.4, Schleim absaugen).

■ Gut zu wissen: „Schnappatmung“

Die unregelmäßige Atmung Sterbender mit Atemaussetzern von 10 Sekunden bis zu einer Minute (Cheyne-Stokes-Atmung, siehe auch 3.3.3, Anzeichen der letzten Tage) geht über in die sogenannte Schnappatmung: Kurz vor dem endgültigen Atemstillstand macht der Sterbende häufig einzelne, schnappende Atemzüge mit langen Pausen dazwischen. Vermutlich zieht sich das Zwerchfell wegen der geringen Sauerstoffkonzentration des Blutes zusammen. Nach wenigen schnappenden Atemzügen hört die Atmung auf. Diese letzten Signale aus dem Atemzentrum – einzelne tiefe, seufzende Atemzüge – können auch bis zu dreißig Minuten nach dem klinischen Tod noch auftreten. Diese Atemaussetzer sind verstörend, wenn man nicht drauf vorbereitet ist. Es scheint, als würde der Sterbende ersticken, tatsächlich ist er durch die Bewusstseinsstrübung, die Ausschüttung körpereigener Morphine und den sterbebedingten Stoffwechselstillstand so „weit weg“, dass er es nicht mehr bewusst wahrnimmt. Sprechen Sie mit dem Palliativteam darüber. Je besser Sie Bescheid wissen, desto weniger Angst machen die Symptome.⁶²

■ Gut zu wissen: Herzschrittmacher

Auch wenn das Herz der Sterbenden aufgehört hat zu schlagen, funktioniert der Herzschrittmacher weiter und gibt den Herzschlag-

takt auch dann noch vor, wenn der Tod bereits eingetreten ist. Falls die Sterbende also an einen Monitor beziehungsweise an ein EKG angeschlossen ist, wird dort auch nach Eintritt des Todes weiterhin der Herzschlag angezeigt. Erschrecken Sie also bitte nicht – auch nicht, wenn eine Pflegende den Monitor abstellt. Er zeigt nur die Signale einer medizinischen Apparatur, deren Funktion jetzt nutzlos geworden ist.

Bei Herzschrittmachern mit einem eingebauten Defibrillator ist allerdings besondere Vorsicht geboten! Das Gerät erkennt den Herzstillstand und sendet Stromstöße, damit das Herz wieder schlägt. Diese Stromstöße sind schmerzhaft und können den Sterbenden in der letzten Phase seines Lebens sehr belasten.

Klären Sie daher vorher mit dem Sterbendem und der Ärztin, ob und wann die Kardioverterfunktion des implantierten Defibrillators abgeschaltet werden soll. Dies kann der Sterbende auch selbst vorab in seiner Patientenverfügung regeln.

■ Das Für und Wider der Wiederbelebung Sterbender

Bei gesunden Menschen, die einen Herzstillstand oder Unfall erleiden, sind Wiederbelebungsmaßnahmen lebensrettend. Hochbetagte oder Tumorerkrankte, die am Ende ihres Sterbensprozesses angekommen sind, können unter Umständen nach einem tödlichen Herzstillstand wiederbelebt werden. So passiert es tagtäglich in Kliniken und auch bei Notarzteinsätzen.

Ärzte sind verpflichtet Leben zu retten. Durch eine Reanimation kann das Leben Sterbender vielleicht um ein paar Tage oder Stunden verlängert werden – aufhalten kann das den Sterbeprozess nicht. Was zählt: Lebenszeit, Lebensqualität oder die Würde des Sterbenden? Wenn der Sterbende Wiederbelebungsmaßnahmen am Lebensende verhindern möchte, muss er selbst dies unbedingt in einer Patientenverfügung festlegen.

Dieses „unverzüglich“ wird in den meisten Ratgebern und im weltweiten Netz noch immer fälschlicherweise mit „sofort“ gleichgesetzt. Diese Interpretation ist falsch, denn eine Leichenschau darf erst dann erfolgen, wenn sichere Anzeichen des Todes vorliegen. Diese sicheren Zeichen wie Leichenflecke oder Totenstarre können aber frühestens zwei, eher vier bis sechs Stunden nach Eintritt des Todes verlässlich festgestellt werden. Erst wenn diese Zeichen vorhanden sind, darf der Arzt nach Untersuchung der entkleideten Leiche den Tod bescheinigen. Es hilft Ihnen also gar nichts, sofort einen Arzt zu rufen, denn dieser kann den Tod nach ein oder zwei Stunden nicht sicher attestieren, sondern nur eine vorläufige Bescheinigung ausstellen.

Wenn Ihre Angehörige Zuhause verstorben ist, bitten Sie Ihren Hausarzt vorbeizukommen, sobald er Zeit hat, oder fragen Sie Ihren Palliative Care-Arzt. Diese kennen die Krankengeschichte der Verstorbenen, daher fällt es ihnen leichter als einem Bereitschaftsarzt, die Todesursache festzustellen, die auf dem Totenschein vermerkt werden muss. Ist ihr Zugehöriger in der Nacht verstorben, reicht es völlig aus, den Arzt am Morgen anzurufen, jetzt ist keine Eile mehr! Wenn weder Hausärztin noch Palliativärztin verfügbar sind, wenden Sie sich an den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

3.5.4 „MUSS ICH JETZT NICHT SOFORT DEN NOTARZT RUFEN?“

Nein. Auch wenn das viele Angehörige in ihrer Hilfslosigkeit tun: Sie sind *nicht* verpflichtet einen Notarzt zu rufen. Ein Todesfall ist kein klassischer Notfall! **Sie sind in Not, Ihr Verstorbener nicht.** Der Notarzt sollte auch nicht den Totenschein ausstellen. Es ist weder seine Pflicht noch seine zentrale Kompetenz.

Ausnahme: falls Ihr Angehöriger in Folge eines Unfalls oder Suizids verstorben ist, dann verständigen Sie sofort die Polizei und diese fordert automatisch den Notarzt an.

■ Notarzt oder ärztlicher Notdienst – Klärung eines Missverständnisses

Durch die Namensähnlichkeit werden sie gerne verwechselt: Der Notarzt und der ärztliche Notdienst sind zwei grundverschiedene Dinge.

Der Notarzt ist in Notfallmedizin ausgebildet und ein Experte darin, in Ausnahmesituationen unter Hochdruck blitzschnell zu entscheiden und damit Menschenleben zu retten. Der Notarzt ist Teil des Rettungsdienstes (Notrufnummer **112**).

Der Ärztliche Notdienst (auch bezeichnet als Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Allgemeinmedizinischer Bereitschaftsdienst, Ärztenotdienst, Kassenärztlicher Notdienst, vertragsärztlicher Notfalldienst, (bundeseinheitliche Telefonnummer **116 117**) wird in der Regel von niedergelassenen Ärzten durchgeführt.

Diese sind gesetzlich verpflichtet, eine bestimmte Anzahl von Notdiensten beziehungsweise Bereitschaftsdiensten pro Jahr zu übernehmen. Für ihren Einsatz bilden sich die Ärzte an einem Wochenende weiter. Der ärztliche Bereitschaftsdienst behandelt Erkrankungen, mit denen Sie zu normalen Praxisöffnungszeiten zu einem Hausarzt gehen würden, die aber wiederum zu dringend oder schmerzhaft sind, um bis zur nächsten Sprechstunde zu warten. Er wurde unter anderem dazu eingerichtet, um die Notaufnahmen in Krankenhäusern zu entlasten und auch am Wochenende und nachts eine medizinische Behandlung sicherzustellen.

■ Keine Zeit für Empathie – die Zuständigkeit der Notärzte

Notärzte sind in den meisten Bundesländern von der Verpflichtung zur Durchführung der vollständigen Leichenschau befreit.⁶⁶ Sie dürfen nur sogenannte vorläufige Todesbescheinigungen ausstellen, da sie in der Kürze der Zeit die Todesursache nicht zweifelsfrei attestieren können. Dieses vorläufige Dokument gilt dann nur für den Transport Ihrer Verstorbenen in die Leichenhalle; über die Rettungsleitstelle ordnet der Notarzt die abschließende Leichenschau an. Bei Zweifeln an einer natürlichen Todesursache informiert er die Polizei. Außerdem können sich Notärzte weigern, die Zeit für eine

■ Flexibel sein und Reaktionen testen

Von einem Tag auf den anderen können sich die Bedürfnisse des Sterbenden verändern. Bleiben Sie flexibel, probieren Sie behutsam aus, was funktioniert und achten Sie laufend auf die Reaktionen. Tauschen Sie sich mit anderen Besucherinnen aus, was bei ihnen funktioniert hat (siehe auch 4.2.8, Biographiebogen/Besuchsbogen).

■ Abwehr

Wenn der Sterbende Angebote wie Berührungen oder generell den Kontakt zu Ihnen ablehnt, kann das auch damit zu tun haben, dass er einer Reizüberflutung ausgesetzt ist. Wenn er zu viele Geräusche gleichzeitig zu verarbeiten hat, wenn der Besuch sich die Klinke in die Hand gibt oder anderweitige Unruhe im Zimmer ist, versucht der Sterbende sich auf seine zur Verfügung stehende Art zu wehren: „Das verursacht Stress und wird mit Abwehr, scheinbar aggressivem Verhalten oder kontrakter Haltung beantwortet“.⁸⁴

Gleiches gilt, wenn der Sterbende bei dem Versuch der Mundpflege oder beim Essen den Kopf wegdreht oder den Mund fest verschließt. Zwingen Sie ihn nicht, versuchen Sie es nicht stur weiter, sondern probieren Sie aus, ob Sie ihn nach einer Pause mit einem anderen Angebot erreichen.

5.3 KEIN APPETIT UND ESSEN

Krebskranke mit begrenzter Lebenszeit und andere Palliativpatienten haben zu Beginn ihrer Erkrankung noch eine ganze Etappe Leben vor sich. Für sie ist Ernährung und Genuss Teil ihrer Lebensqualität. Anders ist das bei Sterbenden am Ende ihres Lebens. Über Essen und Trinken in der Sterbephase werden erbitterte Glaubenskämpfe ausgetragen. Nach wie vor halten sich längst überholte Mythen, selbst beim medizinischen und Pflegepersonal, dass Sterbende „verhungern“, wenn sie nichts mehr essen wollen.

Auch wenn es Ihnen als Angehörige und Begleitende schwerfällt, das zu akzeptieren: Sterbende verhungern nicht, sie sterben. Der Zwang zu essen quält die Sterbende mehr, als dass es ihr hilft.

„Uns sollte darüber hinaus immer bewusst sein, dass Menschen nicht sterben, weil sie nicht mehr essen und trinken, sondern dass Menschen nicht mehr essen und trinken, weil sie sterben“⁸⁵, sagt der Palliativmediziner Sven Gottschling.

Sicher ist: Sterbende benötigen nicht die gleiche Kalorienzufuhr wie gesunde Menschen. Der sterbende Körper speziell alter Menschen kann die Flüssigkeitsmenge, die ein gesunder Körper braucht, nicht mehr verarbeiten. Die Nahrung wird schlechter verwertet, der Stoffwechsel verlangsamt sich. Die für den Stoffwechselprozess notwendigen Organe stellen nach und nach die Arbeit ein. Der sterbende Körper verbraucht weniger Energie, er verlangt immer weniger Nahrung, deshalb haben Sterbende oftmals keinen Appetit und kaum noch Hunger und Durst.

Gewichtsabnahme ist ein natürlicher Bestandteil des Sterbeprozesses, das Sterben kann auch durch hochkalorienreiche Nahrung wie „Astronautenkost“ nicht aufgehalten werden. Lebensqualität bedeutet, den Hunger und Durst der Sterbenden zu stillen, hierfür reichen kleinste Mengen an Nahrung und Flüssigkeit aus.

■ Lebensqualität heißt Freiwilligkeit

Viele Zugehörige setzen sich selbst und den Sterbenden aus Angst, nicht alles getan zu haben, extrem unter Druck. Doch der Zwang zum Essen ist eher ein Zeichen für die eigene Hilflosigkeit und die Verdrängung des bevorstehenden Todes. Auch mancher Sterbender denkt, er müsse essen – aus Schuldgefühlen, um seinen Familienmitgliedern einen Gefallen zu tun, wo sie sich doch so bemüht haben. Zwei Stunden hat jemand in der Küche verbracht, um extra sein Lieblingsessen zu kochen. Auch wenn er keinen Hunger und Appetit hat, zwingt er sich das Essen hinein und kämpft anschließend mit der

Übelkeit. Jeder will dem anderen etwas Gutes tun – schließlich fühlen sich alle elend und sind verzweifelt.

Vertrauen Sie darauf: Wenn der Sterbende Ihnen signalisiert, dass er keinen Hunger hat, dann stimmt das für ihn. Zwingen Sie ihn nicht zum Essen, respektieren Sie sein Bedürfnis danach, nicht essen zu wollen. Das ist eine weitere Etappe auf seinem Sterbeweg.

■ Was hilft gegen Appetitlosigkeit?

Durch die Zersetzungsprozesse des Körpers und die Nebenwirkungen von Medikamenten verändert sich der Geschmackssinn. Eine Chemotherapie zerstört Geschmacksnerven. Der Appetit lässt nach, die Mundschleimhaut trocknet aus: Alles schmeckt nur noch „wie Watte“. Das Sättigungsgefühl setzt bei immer kleineren Portionen ein. Oftmals entwickelt sich eine Abneigung gegen bestimmte Speisen wie Fleisch und andere schwer verdauliche Nahrung, später wird breiige oder flüssige Nahrung bevorzugt, da sie einfacher zu schlucken ist als feste Speisen.

Essen ist nicht nur Geschmack, sondern auch der Duft und das Aussehen der Speisen. Schenken Sie kleine Genusserlebnisse, das erinnert die Sterbende daran, dass sie lebt. Probieren Sie aus, ob stark gewürztes Essen den Appetit anregt.

■ Lieblingsessen anbieten

Wenn die Sterbende noch essen mag, dann fragen Sie sie nach ihrem Lieblingsessen und versuchen Sie, es für sie zu kochen oder mitzubringen. Egal ob Currywurst oder Schokopudding, Sonntagsbraten oder Sahnetorte – es spielt jetzt keine Rolle mehr, ob das Essen gesund oder ungesund ist. Erfüllen Sie ihren Wunsch, eine kleine Portion reicht aus! Wägen Sie ab, welche Bedeutung bisherige Diäten haben: „Falls Ihr Angehöriger zuvor wegen einer anderen Krankheit, wie z.B. dem Diabetes mellitus („der Zuckerkrankheit“), eine Diät einhalten musste, stellt sich die Frage, inwieweit diese Diät angesichts der jetzigen Lebenssituation noch notwendig und sinnvoll ist“.⁸⁶

Besprechen Sie das Für und Wider mit ihrem behandelnden Arzt und dem Palliativteam. Seien Sie abwechslungsreich und fragen Sie immer wieder, worauf sie gerade am meisten Lust hat. Wundern Sie sich auch nicht, wenn sich frühere Geschmacksvorlieben plötzlich verändert haben.

■ Essen gibt Tagesstruktur

Je mehr Zeit ein Mensch im Bett verbringt, desto mehr verschwimmen die Stunden, Tag und Nacht werden gleich. Daher sind regelmäßige Essenszeiten eine wichtige Tagesstruktur. Versuchen Sie so lange wie möglich, dass die Sterbende gemeinsam mit anderen am Tisch essen kann, das bindet sie in die Familienstruktur und die gemeinsamen Rituale ein. Falls das nicht geht, lassen Sie die Sterbende die Essenszeiten bestimmen, je nach ihrem Appetit und Hungergefühl.

■ Kleine Portionen: Qualität vor Quantität

Reichen Sie mehrmals am Tag kleine Mahlzeiten, die Sie schön dekorieren, damit auch das Auge und der Geruchssinn angesprochen werden. Richten Sie das Essen in Häppchen auf kleinen Tellern an, denn ein voller Teller macht sofort satt. Es gilt das Prinzip Qualität vor Quantität. Lieber einen Löffel vom Lieblingsessen in Ruhe und mit Genuss probiert als einen Teller voll reingezwungen.

■ Essen im Bett

Wenn sie auch nicht mehr auf der Bettkante sitzen kann, helfen Sie ihr aufrecht im Bett zu sitzen, um Verschlucken zu vermeiden. Es ist wichtig, das Essen zu sehen. Stellen Sie ein Tablett mit ausklappbaren Füßen aufs Bett oder verwenden Sie einen rollbaren Beistelltisch, der zu den Mahlzeiten herangeschoben wird. Lassen Sie die Sterbende so lange wie möglich selbständig essen. Schützen Sie Kleidung und Bettwäsche durch ein Handtuch. Wenn die Kraft nachlässt, um das Besteck zu halten, finden Sie unterstützende Hilfsmittel im Sanitäts- haus.

■ Nörgeln, Klagen über das Essen

Manchmal ist das Herumnörgeln am Essen nur das Ventil für die allgemeine Unzufriedenheit mit dem körperlichen Unwohlsein, mit Schmerzen und dem Verlust der Selbständigkeit. Prüfen Sie, ob es noch andere Ursachen für die Essensverweigerung gibt: Sitzt die Zahnprothese noch? Durch die Gewichtsabnahme kann sich der Kiefer verändern, so dass die Prothese nicht mehr fest sitzt und das Kauen unangenehm wird.

■ Künstliche Ernährung

Bei schweren Erkrankungen kann eine vorübergehende künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr den Allgemeinzustand, die Kraft und die körperliche Aktivität verbessern, speziell von Krebskranken. Eine künstliche Ernährung kann vielleicht auch helfen, das Sterben hinauszuzögern, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, zum Beispiel, um die Geburt der Enkeltochter noch zu erleben. Bei Sterbenden jedoch macht künstliche Ernährung oft alles noch viel schlimmer. „Unabhängig von der Grunderkrankung und unabhängig vom Geisteszustand der Patienten bringt weder eine künstliche Ernährung durch einen Bauchdeckenschlauch in den Magen noch eine künstliche Ernährung über die Vene eine Verbesserung der Lebensqualität, geschweige denn des Ernährungszustandes des Patienten, noch der Überlebenszeit. Im Gegenteil!“⁹⁰

Nicht selten setzen Ärzte und Pflegende Angehörige moralisch unter Druck, nach dem Motto: „Wollen Sie Ihre Frau etwa verhungern und verdursten lassen?“, wenn sie den Willen der Sterbenden umsetzen wollen und der Magensonde widersprechen. Es erfordert Wissen und Beharrlichkeit, hier den richtigen Weg zu finden.

■ PEG-Magensonde

Bei der künstlichen Ernährung mit einer PEG-Magensonde (Abkürzung des Fachbegriffs perkutane endoskopische Gastrostomie) wird ein Schlauch durch die Bauchdecke in den Magen geführt. Über die-

sen wird künstliche Nahrung, die sogenannte Astronautenkost, verabreicht. Dieser Zugang erfordert Aufmerksamkeit und Pflege, er sollte nur vorübergehend gelegt werden. Gut untersucht ist inzwischen, dass die PEG speziell bei Demenzkranken mehr schadet als nützt, daher wird sie in der Sterbephase weitgehend abgelehnt.⁹¹ Doch trotz des Infektionsrisikos werden in Deutschland, vor allem in Pflegeheimen, pro Jahr rund 100.000 PEG-Sonden neu gelegt.⁹² Dies spart vor allem in Pflegeheimen viel Zeit, da alte Menschen beim Essen Unterstützung und Zeit brauchen.

Fragen Sie sich: Wie weit sind die Krankheit und der Sterbeprozess fortgeschritten? Welches Ziel soll mit dem Legen der Sonde erreicht werden? Darf der Sterbende sein Bedürfnis nach Essen selbstverantwortlich bestimmen? „Wem wäre eine Magensonde die größere Hilfe: dem Kranken oder dem Umfeld, dem es schwerfällt, die Situation und das Nichtstun auszuhalten?“⁹³ Falls der Sterbende eine künstliche Ernährung generell ablehnt und später nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern, muss er das in seiner Patientenverfügung festlegen. Natürlich können Sie diese Festlegung jederzeit mit ihm zusammen, individuell und je nach Situation, auch wieder ändern!

5.4 DURST UND TRINKEN

Sterbende verspüren weniger Durst und benötigen auch kaum noch Flüssigkeit, da sich die Nierentätigkeit verlangsamt. Die Schluckreflexe verschlechtern sich, Sterbende verschlucken sich leicht beim Trinken aus Glas oder Schnabeltasse. Flüssigkeit gelangt in die Lunge, wodurch sie husten müssen. Dies wiederum erschwert die Atmung. Zu viel Flüssigkeit erhöht die Sekretbildung im Verdauungstrakt, dies kann Übelkeit und Erbrechen auslösen.⁹⁴ Wenn der Körper die Flüssigkeit nicht mehr richtig ausscheiden kann, nehmen Atemnot, Husten, Verschleimung, Rasselatmung, die Gefahr der Ödembildung und Schmerzen zu.

Von besonderer Bedeutung ist eine feuchte Mundschleimhaut.

Dies ist ein wichtiger Faktor zum Wohlfühlen: „Das Durstgefühl am Lebensende hängt von der Trockenheit der Mundschleimhäute, aber nicht von der Menge zugeführter Flüssigkeit ab“.⁹⁵ Um den Durst zu stillen, hilft es viel mehr, die Mundschleimhaut mit dem Lieblingsgetränk zu befeuchten, als die Sterbende immer wieder erfolglos zum Trinken aufzufordern. Grundsätzlich gilt: Geben Sie ihr das, was sie mag – nicht das, was in gesunden Zeiten vielleicht gesund wäre. Sekt statt Selters, Kakao statt Kamillentee!

■ Mundtrockenheit

Die Mundschleimhäute trocknen durch die Nebenwirkungen von Medikamenten, Pilzinfektionen, Bestrahlungen, eine künstliche Sauerstoffzufuhr oder durch das Atmen durch den offenen Mund aus. Ein trockener Mund erschwert das Sprechen, Kauen und Schlucken und fühlt sich unangenehm an. Wenn Sterbende ein Durstgefühl haben, dann vor allem durch die trockene Schleimhaut in der Mundhöhle.

■ Was hilft:

- Bereits mit wenigen Schlucken oder der Befeuchtung der Mundschleimhaut mit dem Lieblingsgetränk (siehe 5.5, Mundpflege) können Sie das Durstgefühl stillen.
- Geben Sie Flüssigkeit tropfenweise in den Mund.
- Portionieren Sie beliebige Getränke und Lebensmittel in Eiswürfelbehälter und geben Sie diese möglichst kleinen Eiswürfel zum Lutschen.
- Seien Sie ideenreich, rufen Sie Erinnerungen an früher wach und stellen Sie Flüssigkeiten ganz unterschiedlicher Geschmacksrichtungen parat. Lassen Sie den Sterbenden einen Löffel voll Eierlikör, Cola-Rum oder Aperol Spritz genießen.
- Stellen Sie immer etwas zu trinken in Reichweite, aber zwingen Sie die Sterbende nicht zum Trinken.
- Vermeiden Sie Zitrone, Glycerin und die Gabe von Sauerstoff (siehe 6.1.6, Hilft Sauerstoff?), diese trocknen den Mund weiter aus.

■ Lieblingsgetränk

Wasser ohne Kohlensäure wird meist besser vertragen als Sprudelwasser. Fragen Sie nach ihrem Lieblingsgetränk – Kaffee mit oder ohne Milch und Zucker? Wein, Bier, Radler, Sekt, Cola, Apfelsaft? Es kommt in den letzten Tagen nicht mehr darauf an, ob die Getränke gesund sind, sondern dass sie ein Wohlgefühl erzeugen. Einzige Ausnahme: Bei trockenen Alkoholikern sollten Sie auf alkoholische Getränke verzichten, um den Körper und die Seele nicht noch zusätzlich durch einen Rückfall zu belasten. Am besten besprechen Sie das mit ihrem Palliativteam.

Achten Sie auf Abwechslung: Trinkt der Sterbende gern Tee, wechseln Sie die Teesorten und bieten Sie mal Kräuter-, mal Pfefferminz- oder Malventee an – die Abwechslung der Getränke aktiviert die Sinne. Auch bei der Temperatur können Sie variieren. Manche Menschen mögen lieber warme Getränke, andere kalte. Kalte Getränke scheinen gut für ein angenehmes Mundgefühl zu sein, ebenso wie kleine Eiswürfel. Probieren Sie selbst aus, welche Eiswürfelgröße sich im Mund angenehm anfühlt.

■ Selbständig trinken

Lassen Sie die Sterbende so lange wie möglich selbständig trinken. Durch das Halten des Glases und das Führen zum Mund wird ihr bewusst, dass sie trinken und schlucken muss. Sie können sie unterstützen, indem Sie das Glas mithalten und den Arm zum Mund führen. Fragen Sie die Pflegekräfte nach ihrer Erfahrung.

Wenn das Trinken aus dem Glas nicht mehr funktioniert, weil zu viel Flüssigkeit danebengeht, weichen Sie auf Schnabeltasse oder Sportflasche aus. Oder nehmen Sie einen Strohhalm und kürzen ihn auf Höhe des Bechers, damit nicht so viel Kraft beim Ansaugen aufgewendet werden muss.

7. WAS IST „STERBEHILFE“?

Die Palliativmedizin kann vielen Menschen helfen, aber nicht allen. Manche Schmerzen sind so unerträglich, dass unheilbar Kranke in ihrer Verzweiflung Unterstützung bei Sterbehilfeorganisationen suchen.

7.1. BEGRIFFSKLÄRUNG

Der Begriff Sterbehilfe ist sprachlich in Deutschland missverständlich, verwirrend und wird oft verwechselt, da er einerseits die Hilfe *beim* Sterben und andererseits die Hilfe *zum* Sterben umfasst.

Sterbebegleitung bedeutet, unheilbar Kranke beim Sterben zu unterstützen, ohne dass in den Sterbeprozess selbst eingegriffen oder der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Bei der **Sterbehilfe** wird der Moment des Todes bewusst herbeigeführt.

Das Recht auf Suizid wird in Deutschland gesellschaftlich toleriert, selbst Teile der Kirchen respektieren, dass Menschen das Recht haben, sich das Leben zu nehmen. Die Sterbehilfe hingegen wird je nach ethischer, rechtlicher und politischer Sichtweise heiß diskutiert. Oft werden die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe vermischt. Auch aus historischen Gründen ist das Thema, gerade in Deutschland schwierig. Insofern ist es dringend Zeit, Irrtümer aufzuklären. Also: Wovon sprechen wir hier eigentlich?

■ Aktive Sterbehilfe: Tötung auf Verlangen

Die Tötung wird auf den mutmaßlichen oder tatsächlichen Wunsch der Sterbewilligen durch eine andere Person, etwa einen Arzt, durchgeführt. Das Sterben wird durch eine Überdosis von Medikamenten beschleunigt. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland, Österreich

aus Angst, etwas Falsches zu sagen. Es soll Leute geben, die wechseln aus Hilflosigkeit die Straßenseite, wenn sie Trauernden begegnen, um jeglichem Kontakt auszuweichen. Aber wie sollen Freundinnen, Kollegen, Verwandte mit Ihnen als zukünftig Trauerndem umgehen?

8.3.1 DIE 7 WICHTIGSTEN TIPPS IM UMGANG MIT TRAUERNDEN

■ 1. Kontakt suchen

Trauernde sind in ihrer Verzweiflung um den Verlust meist isoliert und einsam. Sie haben nicht die Kraft sich zu melden. Daher hilft das Angebot „melde dich, wenn du was brauchst“ nicht. Suchen Sie den Kontakt. „Die Erwartung des Trauernden ist nicht, dass jemand kommt, der alles wiedergutmacht, sondern einfach nur, dass jemand kommt.“ schreibt Ulla Engelhardt im Buch „Jung verwitwet“.¹³⁹

■ 2. Kontakt halten und da sein

Bleiben Sie in Verbindung. Sie müssen nicht reden, Sie können auch gemeinsam schweigen. Wichtig ist nur, dass Sie da sind. Manchen Trauernden hilft eine warmherzige Postkarte oder eine tägliche SMS, um zu spüren, dass „da draußen“ jemand ist, der an sie denkt. Bieten Sie der Trauernden an, mit ihr spazieren zu gehen, zum Friedhof zu fahren, oder an einen anderen Ort ihrer Wahl. Hier können Sie beide sich bewegen und müssen nicht unbedingt reden. Die Bewegung überwindet die Erstarrung, den Stillstand.

■ 3. Aushalten

Trauernde müssen immer und immer wieder von ihrem Erlebten erzählen. Das hilft dabei, die Trauer zu begreifen und den Verlust zu verarbeiten. Haben Sie Geduld. Lassen Sie sie erzählen. Wenn es Ihnen zu viel wird, sagen Sie ehrlich, dass Sie eine Pause brauchen, aber lassen Sie die Trauernde nicht allein. Bieten Sie an, Adressen für eine professionelle Unterstützung (z.B. Trauergruppe, Trauercafé, Trauerbegleiterin, ambulanter Hospizdienst) zu besorgen.

■ 4. Nachfragen

Beginnen Sie mit einem ehrlichen „wie geht es dir heute?“. Fragen Sie nach: „magst du mehr darüber erzählen?“. Bitte erzählen Sie keine Geschichten Ihres eigenen Verlustes nach dem Motto „damals, als Jan sich von mir getrennt hat...“, „der Verlust meiner Mutter war auch schlimm...“. Wenn der Trauernde erfahren will, wie Sie Ihren Verlust überstanden haben, kann er Sie ausdrücklich danach fragen. Trauer und Verlust sind individuell, Vergleiche verletzen und vergrößern die Kluft zwischen Trauernden und „dem Rest der Welt“.

■ 5. Bitte keine Rat-Schläge

Trauer ist „untröstlich“. Hören Sie zu. Vermeiden Sie Beschwichtigungssätze wie „das wird schon wieder“. Nein, das wird nicht wieder. Es wird nur anders. Wenn Sie einem Trauernden begegnen und nicht wissen, was Sie sagen sollen, sagen Sie einfach „ich weiß nicht, was ich sagen soll, ich fühle mich so hilflos“. Damit bauen Sie eine Brücke: Manchmal reicht das schon aus, damit Trauernde sich gesehen fühlen, um dann in kleinen Schritten weiter Vertrauen aufzubauen.

■ 6. Unterstützung anbieten

Kleine Gesten helfen mehr als große Worte. Auf einen Kaffee vorbeizukommen, Kleinigkeiten, die die Trauernde mag, wie Kuchen oder Schokolade, mitzubringen: Die Fürsorge, die in diesen kleinen Gesten liegt, kann helfen wie nichts sonst. Bieten Sie Unterstützung an, aber drängen Sie sich nicht auf. Im Schock des Verlustes sind alltägliche Dinge hilfreich wie Essen kochen, Erledigungen übernehmen, oder dabei zu helfen, den Papierkram zu ordnen. Nur bitte: tun Sie es gerne und erwarten Sie keine Dankbarkeit.

■ 7. Trauer braucht Zeit

Trauer kommt oft in Wellen, mal wird es leichter, dann wieder fühlt es sich an, als würde man in der Trauer versinken und könne nie wieder auftauchen. Bei manchen dauert es Monate oder Jahre, mit der

Ritter, Marc; Ising, Tom: *So stirbt man also. Was Sie schon immer über den Tod wissen wollten.* Goldmann, München 2019.

Rostig, Dittmar: *Einen geliebten Menschen im Sterben begleiten. Wie wir Abschied gestalten und Trauer sinnvoll erleben.* Ernst Reinhardt Verlag, München 2014.

von Schirach, Ferdinand: *Gott. Ein Theaterstück.* Luchterhand Literaturverlag, München 2020.

Schnell, Martin W.; Schulz, Christian: *Basiswissen Palliativmedizin.* Springer, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg 2014.

Schramm, Stefanie: *Nicht plötzlich und nicht unerwartet.* In: DIE ZEIT, 29.03.2007 Nr. 14 (<https://www.zeit.de/2007/14/Sterben-Tod>, abgerufen am 15.7.2018).

Schulz, Roland: *So sterben wir: Unser Ende und was wir darüber wissen sollten.* Piper Verlag, München 2018.

Sitte, Thomas: *Palliativpflege durch Angehörige: Hinweise für die Betreuung und Pflege schwerkranker Menschen.* Verlag C.H.Beck, München 2014.

Stiftung Deutsche Krebshilfe (Hrsg.): *Hilfen für Angehörige. Antworten. Hilfen. Perspektiven.* Die blauen Ratgeber, Band 42 (https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Blaue_Ratgeber/042_0037.pdf, abgerufen am 23.10.2018).

Tausch, Daniela; Bickel, Lis: *Die Zeit der Trauer. Eine Hilfe für Trauernde und Begleitende.* Diakonie Deutschland und Krebsverband Baden-Württemberg, 2008.

Tausch, Daniela; Bickel, Lis: *Die letzten Wochen und Tage. Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens.* Diakonie Deutschland und Krebsverband Baden-Württemberg, 2010.

Thöns, Matthias; Sitte, Thomas: *Sauerstoff in der Palliativmedizin.* (<http://www.der-schlafdoktor.de/sauerstoff2010.pdf>, 6.10.2018).

Walper, Heike: *Basale Stimulation in der Palliativpflege.* Ernst Reinhardt Verlag, 2. überarbeitete Auflage, München 2016.

Ware, Bronnie: *5 Dinge, die Sterbende am meisten bereuen. Einsichten, die Ihr Leben verändern werden.* Arkana, München 2013.

Weissenberger-Leduc, Monique: *Palliativpflege bei Demenz.* Ein Handbuch für die Praxis. Springer, Wien, New York 2009.

Werner, Renate: *Zu Hause sterben.* Claudius Verlag, München 2014.

Zimmermann, Eliane: *Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe.* Haug Fachbuchverlag, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2018.

LITERATUR ZUM TIEFEREN EINTAUCHEN

Bausewein, Claudia; Simader, Rainer: *99 Fragen an den Tod. Leitfaden für ein gutes Lebensende.* Droemer Knauer, München 2020. Die Palliativmedizinerin und der Hospiz-Experte beantworten aus ihrer täglichen Praxis sachkundig, klar und ehrlich die wichtigsten Fragen rund um das Sterben und den Tod.

Borasio, Gian Domenico: „Über das Sterben. Was wir wissen, Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen.“ C.H.Beck, München 2011. Einer der führenden Palliativmediziner Europas beschreibt anschaulich, warum die Palliativmedizin Leiden lindern, die Angst vor dem Tod reduzieren und somit die Lebensqualität erheblich steigern kann.

Engelke, Ernst: *Die Wahrheit über das Sterben. Wie wir besser damit umgehen.* Rowohlt Taschenbuch, Reinbek bei Hamburg 2015.

Der ehemalige Klinikseelsorger und Professor für Soziale Arbeit an der FH Würzburg erzählt in seinem Buch von seinen jahrzehntelangen Erfahrungen als Sterbebegleiter.

Gockel, Matthias: *Sterben. Warum wir einen neuen Umgang mit dem Tod brauchen. Ein Palliativmediziner erzählt.* Berlin Verlag, Berlin/München 2019.

Der Internist und Palliativmediziner macht Mut, wie wir in Würde sterben können. Er schildert informativ und nahbar den Alltag auf

Schwarz hören: Die Radiomoderatorin Petra Schwarz befragt Persönlichkeiten über ihre Begegnungen mit dem Tod und ihren Umgang damit. ø 20-30 Min.

Talk about Tod: Der Bestatter David Roth und der Journalist Klaus Reichert beantworten leicht, und zugleich tiefgründig, vielfältige Fragen rund um das Leben, den Tod und das Bestattungswesen, die Sie sonst nicht zu stellen wagen. ø 20-40 Min.

the end. Der Podcast auf Leben und Tod: Eric Wrede (Musikmanager, Bestatter, Buchautor) spricht mit Musikern, Schauspielerinnen, Expertinnen und Nichtexperten über das Leben und den Tod. ø 30-60 Min.

Vom Leben und vom Loslassen: Melanie Kustra trifft die verschiedensten Menschen, die aus persönlichem Erleben oder durch ihren Beruf mit dem Tod konfrontiert sind. ø 60 Min.

Und dann? Ein Podcast vom Ende des Lebens: Die Radiomoderatoren Hendrik Schröder und Christoph Schrag gehen ans Eingemachte. Sie reden über sichere Todeszeichen, Sterbehilfe, Suizid, die Wege der Toten und derjenigen, die danach aufräumen (nur bei audible).

LINKS UND WEBSITES, VERBÄNDE & VEREINE

■ Hintergrundinformationen zur Hospiz- und Palliativversorgung

Bundesverband Kinderhospiz e.V.: www.bundesverband-kinderhospiz.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV): www.dhvp.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP): www.dgpalliativmedizin.de

Palliativ-Portal: www.palliativ-portal.de

Palliativ-Stiftung: www.palliativstiftung.de

Österreichische PalliativGesellschaft: <http://www.palliativ.at>

Hospiz- und Palliative Care Österreich: <https://www.hospiz.at>

Palliative Care Schweiz: <https://www.palliative.ch>

Hospize Schweiz: <https://hospize.ch>

■ Ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Hier finden Sie Ansprechpartner zur Hospiz- und Palliativversorgung in Ihrer Region.

Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung Deutschland: Online-Adressdatenbank mit 3.000 bundesweiten Angeboten und Einrichtungen der stationären und ambulanten Hospize und Palliativstationen: <https://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de>

Hospizlotse des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek): www.hospizlotse.de

Einrichtungsübersicht Hospiz und Palliative Care Österreich: <http://www.hospiz.at/einrichtungsuebersicht>

Übersicht der Palliative-Care-Versorgung in der Schweiz: <https://www.palliativkarte.ch/>

■ Stiftungen, Vereine, Selbsthilfegruppen

Björn Schulz Stiftung: hilft Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern mit ambulanten Diensten, Nachsorge sowie Trauerangeboten: <https://bjoern-schulz-stiftung.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe: www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche AIDS-Stiftung: <https://aids-stiftung.de>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Atemwegsliga: www.atemwegsliga.de

Zentrales Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer:

www.vorsorgeregister.de

■ Organspende

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert über Organtransplantationen und Gewebespenden: <https://www.organspende-info.de>

Kostenloser **Download des Organspendeausweises:**

<https://www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.html>

Informationen zu postmortalen **Gewebespenden:**

<https://www.organspende-info.de/gewebespende.html>

■ Sorgentelefon

TelefonSeelsorge® der christlichen Kirchen – kostenlose, ehrenamtliche Beratung rund um die Uhr, per Telefon, Online oder vor Ort, anonym und vertraulich:

0800/111 0 111 (evangelisch)

0800/111 0 222 (katholisch)

www.telefonseelsorge.de

Muslimisches SeelsorgeTelefon

030/443 509 821

www.mutes.de

Nummer gegen Kummer - Kinder- und Jugendtelefon

bundesweit einheitliche Rufnummern

116 111 oder

0800 – 111 0 333

www.nummergegenkummer.de

Österreich

Kinder- und Jugendtelefon Rat auf Draht: 147

Schweiz

Kinder- und Jugendtelefon Telefonhilfe: 147

REGISTER

§217 StGB 175, 177

Aberglaube 17

Abführmittel 170

Abschied 78 ff., 80 f., 85 ff., 89, 91 f., 101 f., 190

in Frieden 105

Schatzkiste 101 f.

Aggressiv 122, 148, 162

Akzeptanz 56

Alkohol 40, 119, 131

Altersschwäche 23, 41

Alzheimer » Demenz

Angst 16 ff., 56, 59, 96, 98,

107 f., 127, 161 f., 182 f.

lindern 69, 107, 154 f.,

194 ff.

vor dem Sterben 16, 24, 191

zu Ersticken 151 ff., 157, 159

Anti-Stress-Notfallkoffer 194, 198

Apathie 66, 139

Appetit

anregen 124 f., 143

-losigkeit 59, 122 f., 124, 170

Aromatherapie 142 f.

Astronautenkost 123, 129

Atemdepression 157

Atemnot (Dyspnoe) 48, 65,

129, 151 ff., 159, 192, 195

Atemrhythmus 152, 155, 196

Atmung, flach 57, 63 f., 66, 71, 154, 159

Aufbahrung 81, 85 ff.

Zuhause 86 f., 89

Augen halb geöffnet 57, 62, 66

Augen(lider) schließen 64, 66, 77, 79

Ausbildung Sterbebegleitung

19 f., 182

Autolyse 76, 77

Bankvollmacht » Kontovollmacht

Basale Stimulation 51, 120 f., 149

Basismedikation 165, 167

Bauchschmerzen 164, 169 f.

Beatmung 37, 45, 53, 64, 85, 174

Behandlungsabbruch 174

Benzodiazepin 157

Berührung 64, 68 f., 119 f., 122, 144, 146 f.

Bestatter 81, 86 f., 88, 90, 116

Bestattung 116 f.

Bestattungsverfügung/-vorsorge -vertrag 89, 90, 116

Besuchstagebuch 109, 122

Bettgitter 71

Bettlägerigkeit 59, 71, 147, 149

Bevollmächtigter 113

Bewegungsmangel 145, 147, 155, 162, 169

Bewusstlosigkeit 62, 74 ff., 169 » Koma

Bewusstseinstrübung 62, 71, 72, 158

Biografie 109, 140, 142, 150
 -bogen 95, 109
 Blutkreislauf 57, 74 f., 76
 Bronchialsekret 71
 Chemotherapie 124, 170, 171
 Cheyne-Stokes-Atmung 63, 64, 72
 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) 154
 Defibrillator, implantiert 73
 Dekubitus 145 f.
 Delir 29, 171
 Demenz 99, 108, 129, 148 ff.
 Depression 29, 46, 56, 148, 154
 Desorientierung 148
 Diabetes 124, 148
 Diagnose 23, 25, 29, 40 f., 46, 54 f., 96
 Dialyse 64, 174
 Digitaler Nachlass 110, 112 f.
 Dokumentation 37 f., 132
 Duft 103, 124, 141 ff., 144
 Durchbruchschmerzen 167 f.
 Durst 123, 129 f., 159
 lindern 119, 123, 130
 Ehrlichkeit 25, 95, 98, 186, 190
 Einsamkeit 162, 185 f.
 Endstadium 96, 160, 165
 Entscheidungsfreiheit 35, 99 ff., 180
 Entspannung 65, 155, 194 f., 198 f.
 Entzugserscheinung 119, 164 f.
 Erbrechen 29, 129, 164, 170 f.
 Erbschleicher 115
 Ergotherapie 147
 Erkrankung, fortgeschritten 46, 145, 160
 Ernährungssonde » PEG-Magen-sonde
 Erschöpfung 144, 181
 -ssyndrom (Fatigue) 144
 Ersticken 72, 127, 151 ff.
 Essen 122 ff.
 ungesund 124
 wieviel, Portionsgröße 124 ff.
 Zwang zum 122, 123, 128
 Familienstammbuch 89, 112
 Fernseher 66, 137 ff., 140
 Finalphase 61, 64 ff., 71, 96, 132, 145
 Flüssigkeitszufuhr 72, 128, 132, 158, 170, 174 » Infusion
 Freiheitsentziehende Maßnahme/ Fixierung 71
 Frieden 28, 56, 104, 105 f., 112, 117, 191, 201
 Gehen lassen 106 f.
 Gehirntod 57, 74, 75 » Hirntod
 Gehirntumor 108
 Genussmittel 119
 Gewebespender 84 f.
 Gewichtsabnahme 123, 128
 Glücksmomente 99, 102 f., 198

Halluzinationen 59, 66, 139, 171
 Hand halten 39, 146
 Handmassage 67, 119, 144, 147
 Hausärztin 39, 41, 47 f., 69, 82, 145, 166, 170, 183
 Haustier 40, 89, 102, 107, 188
 Haustürschlüssel 88
 Heilung 24, 28
 Herzinfarkt 96
 Herzschrittmacher 72 f.
 Herzstillstand 73 f., 177
 Herztod 57, 74
 Hilflosigkeit 66, 82, 91, 95, 123, 152, 182, 185, 186
 Hirntod 75
 Homecare » SAPV
 Hörsinn 66, 137 ff., 147
 Hospiz 27 ff., 33, 39 ff., 43, 48, 50, 79, 81, 87, 114, 119
 Aufnahmebedingungen 40 f.
 Gutachten 41
 Kosten 42 f.
 Stationär 27, 39 ff., 48
 Verweildauer 41 f.
 Warteliste 41
 Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) 30, 175
 Hospizbewegung 22, 27 ff., 162
 Hospizdienst, ambulant 46, 50 f., 111, 186, 192
 Illness Constellation Model 54
 Infusion 37, 45, 132, 158, 170
 Inkontinenz 63, 145
 Intensivmedizin 35, 37, 49
 Intensivstation 37 f., 42
 Juckreiz 144
 Kalorienbedarf 123
 Kämpfen 43, 53, 56, 106 f.
 Kinder 17, 31, 40, 86, 87, 88, 102, 114, 184, 190
 Trauer 188 ff.
 was zumuten 189, 190
 Klinisch tot 74
 Kognitive Beeinträchtigung 149, 182
 Koma 62, 75, 110, 135, 137, 148, 177
 Kommunikation 25, 37 f., 50, 99
 nonverbal/ohne Worte
 120 f., 149, » Basale Stimulation
 Kontovollmacht 110, 112, 114 f.
 Körperpflege 143 f.
 Krankenhaus 33, 34 ff., 36 ff., 69, 84 f., 87, 92, 119, 143
 -einweisung 45, 47, 49, 151
 Krankenkasse 30, 41, 42, 47 f., 114
 Krebs 21, 25, 40, 46, 96, 122, 128, 160, 165, 170, 174, 189, 190, 216 f.
 Kübler-Ross, Elisabeth 55
 Künstliche Ernährung 128 f., 174
 Kurative Behandlung 28, 43