

THE LAST STOP

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Konzept	6
3. Themenfindung	8
4. Palliativversorgung	10
4.1 Hospiz	
4.2 Palliativphase des Menschen anhand des Beispiels im Hospiz	11
5. Thema „Tod“ in der Fotografie	14
5.1 Inspiration durch Richards Avedons Porträts von seinem Vater	
6. Layout	17
6.1 Gestaltung	
6.2 Bildformate	21
6.3 Typografie	23
7. Endmedium	25
8. Erster Eindruck - Ein Tagebucheintrag	26
9. Fazit	28
10. Quellenverzeichnis	30
11. Anhang (Interview mit Tanja Inderheggen)	32

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird sich mit dem Leben im Hospiz auseinandergesetzt. Es wird auf den Krankheitsverlauf und das allgemeine Befinden der Bewohner eingegangen. Begleitend dazu wurde ein Buch angefertigt, welches Fotografien eines Hospizes sowie ein paar Mitbewohner dessen beinhaltet. Mit diesen wurde gesprochen und nach deren Gemütszustand gefragt.

Sie erzählen von ihrer Diagnose, ihren alltäglichen Gedanken und ihren Schmerzen. Manche erzählen dazu noch einen Teil aus ihrem Leben und bringen diese Geschichten dem Leser noch mit auf dem Weg. Aus diesen Geschichten resultieren einige lehrende Worte und Zitate, über die man länger nachdenken muss und welche vielleicht sogar einem die Ansicht über das Leben und dessen Wichtigkeit beeinflussen.

Frau Inderheggen bietet mit dem Interview eine zuverlässige Quelle für medizinische Fragen. Aufgrund ihrer Erfahrung in dem Bereich weiß sie mit den Bewohnern umzugehen und kennt die Situationen die auf einen zukommen, wenn der Mensch in seiner terminalen Phase ist.

Den Titel „THE LAST STOP“ habe ich gewählt, da ich das Leben als eine Reise ansehe und das Hospiz für mich eine „letzte Station“ auf dieser Reise darstellt, an der es nicht mehr weiter geht. Das Buch lädt auch mit seinem Cover dazu ein, diese Station von der Sicht eines Betrachters einmal zu besuchen und dort einige Gespräche und Worte mit auf seinem eigenen Weg mitzunehmen.

2. Konzept

Die Abschlussarbeit setzt den Fokus auf die Atmosphäre und Stimmung in einem Hospiz.

Es werden die nüchternen Momente festgehalten ohne übertriebene Emotionalität. Im Rahmen der Arbeit wird mit den Patienten gesprochen, welche wissen dass sie bald sterben werden. Dort ist es interessant zu hören, wie sie mit ihrem Schicksal umgehen. Sie erzählen von ihrer Erkrankung und dem Moment der Diagnose, sowie ihre täglichen Gedanken in einem Hospiz und wie sie die letzte Zeit nutzen.

Das Thema Tod gehört immer noch zu den Themen in der Fotografie, die nicht häufig thematisiert werden. Mit dieser Arbeit soll dem Betrachter eine besserer Einblick gewährleistet werden wie es den todkranken Patienten geht und wie es in so einer Einrichtung abläuft. Dem Tod auf Fotos so nahe zu sein erzeugt eine einmalige Intimität von Betrachter und Motiv. Anhand von atmosphärischen Aufnahmen soll diese unausweichliche Situation dieser Patienten dem Zuschauer näher gebracht werden. Die Patienten werden in ihren Zimmern in einer Perspektive porträtiert, bei welcher sie sich am wohlsten fühlen. Einige Patienten verwenden noch zusätzlich z.B. Schals, damit man ihre krankheitsbedingte Gewichtsabnahme verstecken kann. Es werden keine zusätzlichen Lampen verwendet, welche die Stimmung in dem Raum verfälschen würden. Es soll gezeigt werden, wie hell die Patienten ihre Zimmer machen möchten, da einige aufgrund von depressiven Stimmungen beispielsweise die Vorhänge mehr zuziehen als andere Patienten.

Auch die Räumlichkeit einer solchen Einrichtung wird fotografisch festgehalten, da diese ebenfalls relevant für das Ziel der Arbeit ist. Jeder Patient hat zunächst die gleichen Voraussetzungen für die Einrichtung ihres Zimmers. Sie dekorieren sich ihr Zimmer so, dass sie sich wohl fühlen, wohlwissend dass diese Gestaltung nur sporadisch ist und in ein paar Wochen bzw. Monaten der nächste Patient in das Zimmer einzieht und dort seine eigenen Gegenstände für einen kleinen Zeitraum platziert.

Innerhalb der Abschlussarbeit wird recherchiert, welche Krankheiten am häufigsten in Hospizen vorzufinden sind und wie eine Palliativphase eines Menschen ablaufen kann. Dazu wird zusätzlich mit einer Pflegekraft dieses Hospizes gesprochen und deutlich gemacht, wie die Versorgung in einer solchen Einrichtung aussieht. Außerdem wird in der Arbeit darüber recherchiert, wie verschiedene Gestalter mit dem Thema Tod in der Fotografie umgehen. Durch diese verschiedenen Ansätze wird gezeigt, dass jeder Mensch eine eigene Grenze zu diesem Thema hat.

Den Fotos soll in der Layoutgestaltung viel Platz gegeben werden und die Gespräche mit den Patienten werden aufgezeichnet um sie im Nachhinein abzutippen und begleitend zu den Fotos einzubringen. Jedoch sollen diese nicht überwiegen und den Fokus der Fotografien nicht nehmen. Am Ende soll ein großes Format den Fotos und den Gesprächen genügend Platz geben um den Betrachter in einer gewissen Weise mit diesen Anblicken zu konfrontieren.

3. Themenfindung

Es hat ehrlich gesagt einige Zeit gedauert, bis sich ein Thema gefunden hat, bei dem ich mir vorstellen könnte meine Bachelorarbeit drüber zu schreiben und mich für so eine lange Zeit damit auseinander zu setzen.

Bevor ich angefangen habe Kommunikationsdesign zu studieren habe ich bei der Lebenshilfe ein Freiwilliges Soziales Jahr gemacht. Bereits damals habe ich mich für die Soziale Arbeit interessiert sowie auch für Fotografie und Grafikdesign. Nach dem FSJ habe ich jedoch dazu entschieden, in diese Richtung nicht weiter zu arbeiten und habe mich für den richtigen Weg für mich persönlich entschieden.

In meinen vergangenen Fotoprojekten habe ich mich nie an ein solches Thema ran getastet und auch im alltäglichen Leben mich eher ungern mit dem Thema „Tod“ auseinandergesetzt. Als ich dann eines Nachts mir vor lauter Langeweile Dokus auf YouTube angeschaut habe bin ich auf eine Doku über ein Hospiz gestoßen. Alles wurde mit trauriger Musik unterlegt und mit sehr emotionalen Bildern unterstützt. Daraufhin habe ich mir als Ziel gesetzt, mir selber einen Eindruck solch einer Einrichtung zu schaffen. Ich wollte eine Arbeit erstellen über die man nachdenkt, nachdem man sich die Fotos und die Gespräche angesehen hat. Es soll ein authentischer Einblick gewährleistet werden und dieses Thema über das Leben in einem Hospiz dem Betrachter näher gebracht werden.

Im Kurs in der Uni haben wir bereits einmal über die Arbei-

ten von Richard Avedon gesprochen und dort wurde ich das erste mal fotografisch mit Bildern konfrontiert welche einen Menschen in seiner letzten Lebensphase zeigen. Da es für mich sehr wichtig war, zu zeigen in was für vier Wänden die Menschen sterben habe ich in meiner Fotoarbeit den Fokus auf die Einrichtung an sich gesetzt und drei Bewohner fotografiert und mit ihnen ein Gespräch geführt, welches am Ende des Fotobuches vorzufinden ist.

4. Palliative Versorgung

4.1 Hospiz (aus dem lat. „hospitium“ für „Herberge“¹)

Wenn ein Mensch eine infauste Diagnose bekommt und den Rest seines Lebens nicht zu Hause verbringen möchte, entscheidet er sich manchmal für die Unterbringung in einem Hospiz, einer Einrichtung zur Sterbebegleitung. Die Gründe dafür sind zum einen, dass man seine Angehörigen mit der Pflege aus Zeitgründen und psychischer Belastung nicht überfordern möchte und zum anderen, dass man vielleicht auch selbst für sich alleine Zeit haben möchte und man dort die ständige Versorgung der Pflegekräfte hat. Diese setzen sich zum Ziel, den Aufenthalt für den Patienten so angenehm wie möglich zu machen.

In Deutschland gibt es circa 236 stationäre Hospize, einschließlich der stationären Hospize für Kinder². Jedes Hospiz besitzt meistens eine Kapazität von 10 Betten. Aufgrund der wenigen Betten ist die Aufmerksamkeitsspanne für den zu behandelnden Patienten größer und es herrscht eine Arbeit mit viel Charakter und persönlichem Charme. Das Ziel in einem Hospiz ist es nicht, das Leben des erkrankten Menschen künstlich zu verlängern, sondern seine letzte Lebenszeit so angenehm wie möglich für ihn zu gestalten. Es wird mit schmerzlindernden Medikamenten therapiert und sich Zeit genommen, für den Bewohner da zu sein, wenn er es möchte.

1 <https://www.bestatter.de/wissen/vorsorge/hospiz/#c4060> (Stand: 02.02.2021)

2 <https://aerzte-fuer-das-leben.de/fachinformationen/palliativmedizin-hospizarbeit/zahlen-daten-fakten-palliativmedizin-und-hospizarbeit/> (Stand: 02.02.2021)

4.2 Die Palliativphase eines Menschen anhand des Beispiels im Hospiz

Wenn Patienten mit ihrer tödlichen Diagnose in ein Hospiz kommen, bringen sie teilweise auch schwere Begleiterscheinungen mit sich. In dem Hospiz, welches ich besucht habe, leiden alle Menschen an verschiedenen Arten von Krebs. Eine zuverlässige Quelle für solche Informationen bietet ein von mir durchgeführtes Interview mit einer Pflegekraft des Hospizes, Frau Tanja Inderheggen.

Leider passiert es häufig, dass die Patienten täglich an starken Schmerzen leiden, welche man medikamentös positiv beeinflussen kann. Dadurch, dass die Patienten ebenso häufig an Übelkeit leiden, verringert sich der Appetit und sie verweigern das Trinken und Essen. Für Außenstehende mag dies ein unschöner Anblick sein, da sich diese direkt große Sorgen machen und ihre Verwandten dazu bringen wollen, etwas zu essen. Man hat dort die Angst, dass derjenige deswegen stirbt. Doch es ist eigentlich genau andersrum: „Der Mensch stirbt nicht, weil er nichts isst oder trinkt. Er trinkt und isst nicht mehr weil er stirbt.“³

Eine andere Begleiterscheinung ist die Luftnot, wessen Gefühl sich mit Morphin verbessern lässt. Besonders für die Umwelt ist dieser Anblick unschön, da man ständig das Gefühl hat, der Mensch würde ersticken. Jedoch ist es leider normal, dass der Mensch -wenn er sich in einer Terminalphase⁴ befindet- nicht mehr den Schleim Hals abtransportieren kann.

3 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang

4 Terminalphase = Zeitraum vor dem Tod, bei dem es dem Menschen von Tag zu Tag schlechter geht (<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Die%20letzte%20Lebensphase%20-%20fachliche%20Kompetenz.pdf>) (Stand: 02.02.2021)

Aufgrund dieses Problems kommt es zu der sogenannten „Rasselatmung“⁵ bei dem Patienten. Diese geräuschvolle Atmung ist für einen Menschen, der so etwas nicht gewohnt ist ein bedrohliches Gefühl, da es sich so anhört, als würde der Patient keine Luft mehr bekommen.

Einige Patienten haben den Wunsch, dass mithilfe verschiedener Arten von Spiritualität ihre teilweise depressiven Stimmungslagen erträglicher gemacht werden. Bei der Patientenaufnahme im Hospiz wird nach der Zugehörigkeit einer Kirche gefragt und es kommt vor, dass diese im Laufe ihres Aufenthalts einen Seelsorger sprechen wollen oder eine Krankensalbung in Anspruch nehmen wollen⁶. Um diese Wünsche wird sich gekümmert und man setzt sich als Aufgabe, bei verschiedenen Stellen nachzufragen ob dies möglich sei. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, eine Kommunion zu vollführen, da es dafür sogar ausgebildetes Personal gibt.

Eine andere Möglichkeit um diese depressiven Phasen erträglicher zu machen sind in erster Linie bestimmte Medikamente wie z.B. Antidepressiva. Mithilfe dieser medikamentösen Behandlung lassen sich diese negativen Begleiterscheinungen der Patienten behandeln, jedoch darf man dort den zwischenmenschlichen Aspekt nicht außer Acht lassen. Denn oft sind es die Kleinigkeiten im Alltag, die den Patienten Freude bereiten und zu einer besseren Stimmung verhelfen. Man muss zeigen, dass man für denjenigen da ist und erkennen, dass es manchmal genügt wenn man sich ans Bett setzt und die Hand hält. Es gibt Patienten, die den Wunsch haben

5 Rasselatmung = geräuschvolle Atmung von Sterbenden in den letzten Stunden oder Tagen vor dem Tod (<https://de.wikipedia.org/wiki/Rasselatmung>) (Stand: 02.02.2021)

6 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang

noch einmal einkaufen zu gehen, um sich beispielsweise bestimmtes Bastelmaterial zu kaufen. Dort ist es wichtig, die Dinge aus einer bestimmten Perspektive zu sehen: Man darf sich nicht denken, dass es sich vermeintlich eh nicht mehr lohnen würde, an diesem oder jenen Teil zu basteln. Man nimmt diese Wünsche an und versucht alles, um diese bescheidenen Herzensangelegenheiten wahr werden zu lassen. Die Patienten wollen ernst genommen werden und die Aufgabe der Pfleger besteht darin, die Sicht nicht zu hinterfragen sondern mit der Arbeit dabei zu helfen, die restliche Zeit erträglicher machen zu lassen⁷.

Eine Palliativstation ist im Gegensatz zum Hospiz keine eigenständige Einrichtung sondern eine spezielle Station in einem Krankenhaus welche ebenfalls darauf ausgelegt ist, die Schmerzen der Patienten durch medikamentöse Therapie oder auch Physiotherapie erträglicher zu machen. Jedoch ist es bei der Palliativstation so, dass es das Ziel ist das der Patient nach einer bestimmten Zeit das Krankenhaus verlässt. Danach hat er die Möglichkeit seine letzte Lebenszeit in seinem häuslichen Umfeld oder in einem Hospiz zu verbringen⁸.

7 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang

8 <https://de.wikipedia.org/wiki/Palliativstation> (Stand: 02.02.2021)

5. Thema „Tod“ in der Fotografie

Den Tod auf Bildern festzuhalten gehört immer noch zu den eher seltenen Dingen, die man zu sehen bekommt. Es gibt jedoch einige Fotografen, die sich genau damit befassen haben und verschiedene Herangehensweisen an dieses Thema haben.

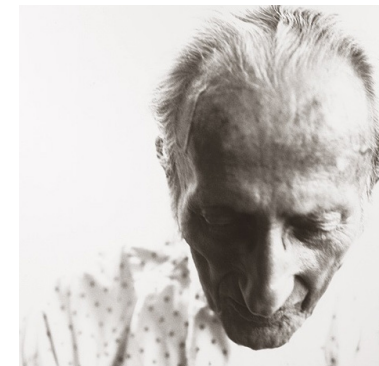
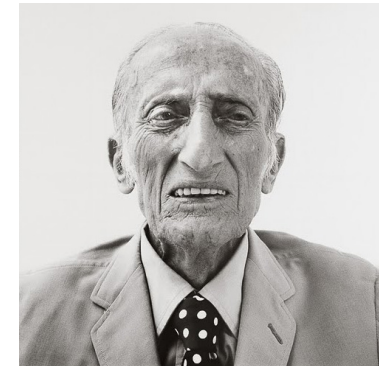
5.1 Inspiration durch Richards Avedons Porträts von seinem Vater

Der Fotograf Richard Avedon begleitet über Jahre fotografisch seinen sterbenden Vater. Diese Aufnahmen wurden in seinem Werk „Portraits“ im Jahre 1976 veröffentlicht und sorgten für Empörungen⁹. Diese Arbeit hat mich dazu inspiriert, mich mit einem Thema fotografisch zu befassen, bei dem der Sterbeprozess des Menschen und vor allem dessen Umgebung fotografisch festgehalten wird. Dabei wollte ich jedoch nicht den Respekt der Person überschreiten und auch dann nur Fotos gemacht, wenn die Bewohner sich wohl gefühlt haben.

Die Fotoaufnahmen des Vaters wurden über einen Zeitraum von circa vier Jahren angefertigt¹⁰. Anhand dieses Bildbands kann man nach jedem Foto erkennen, wie sich der Zustand des Vaters verschlimmert und wie der Tod mehr Präsenz in dem Foto bekommt.

⁹ https://de.wikipedia.org/wiki/Richard_Avedon (Stand: 31.01.2021)

¹⁰ <https://americansuburbx.com/2011/04/richard-avedon-jacob-israel-avedon-1974.html> (Stand: 31.01.2021)



11

¹¹ <https://americansuburbx.com/2011/04/richard-avedon-jacob-israel-avedon-1974.html> (Stand: 31.01.2021)

6. Layout

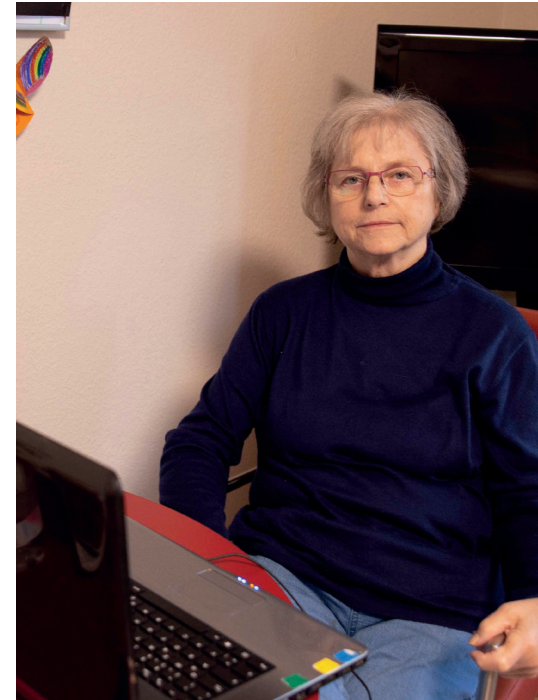
6.1 Gestaltung

Das Fotobuch „THE LAST STOP“ beinhaltet 39 Fotografien, welche die Räumlichkeiten eines Hospizes und Porträts dessen Bewohner zeigt. Es werden authentische Eindrücke solch einer Einrichtung gezeigt ohne dabei übertriebene Emotionalität darzustellen. Die Fotos sollen somit nüchterne Aufnahmen zeigen ohne starke Bearbeitung.

Eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung dieses Konzeptes spielt das Licht. Es wurden keine zusätzlichen Lichtquellen benutzt um genau zu zeigen, wie die Bewohner ihre Umgebung auffassen. Manche Bewohner lassen absichtlich nur eine einzige kleine Lampe in ihrem Zimmer an. Andere wollen, dass ihr Raum hell erleuchtet ist um vermeintliche negative Stimmungen auszugleichen. Außerdem sind die meisten Lichtquellen in den Bewohnerzimmer gelblich, um eine gewisse Wärme und das damit resultierende Gefühl der Idylle und Geborgenheit erzeugen. Jeder Bewohner wurde so fotografiert, wie er sich am wohlsten gefühlt hat.



Frau Rix hat sich für das Foto ein Tuch geholt, um es um ihren Hals zu wickeln. Sie sagte mir dass sie das getan hat damit man nicht sieht wie schmal sie geworden ist.



Frau Jauer hat sich für ein Foto an ihrem Tisch mit ihrem Laptop entschieden, welcher von verschiedener Dekorationen umringt ist.

6.2 Bildformate

Innerhalb des Fotobuches wurde sich auf vier Formate geeinigt, um der Gestaltung eine gewisse Ordnung zu geben. Davon sind zwei Hochformate und zwei Querformate. Die Maße der Bildgrößen lautet wie folgende:

- Kleines Hochformat: 128mm x 173mm
- Großes Hochformat: 173mm x 238mm
- Kleines Querformat: 185mm x 126mm
- Großes Querformat: 283mm x 180mm

Für das große Querformat wurde im Gegensatz zu dem kleinen Querformat ein breiteres Format gewählt, da das große Format meistens dafür genutzt wurde, Räume oder längliche Details zu zeigen.

Die Folgende Seite zeigt die verschiedenen Formate in Relation und legt sie übereinander.



Von Herrn Kroms wurden zwei Perspektiven fotografiert, jedoch gefiel mir am Ende diese Aufnahme besser. Es zeigt Herrn Kroms in seinem Zimmer neben der hell erleuchteten Stehlampe in einem sonst relativ dunklen Zimmer.

Den Aufnahmen werden im Fotobuch viel Weißraum gegeben, damit den Bildern viel Platz und Ruhe gegeben werden kann. Auf einige Bilder folgt eine weiße Seite, um dort diesen Effekt zu verstärken.

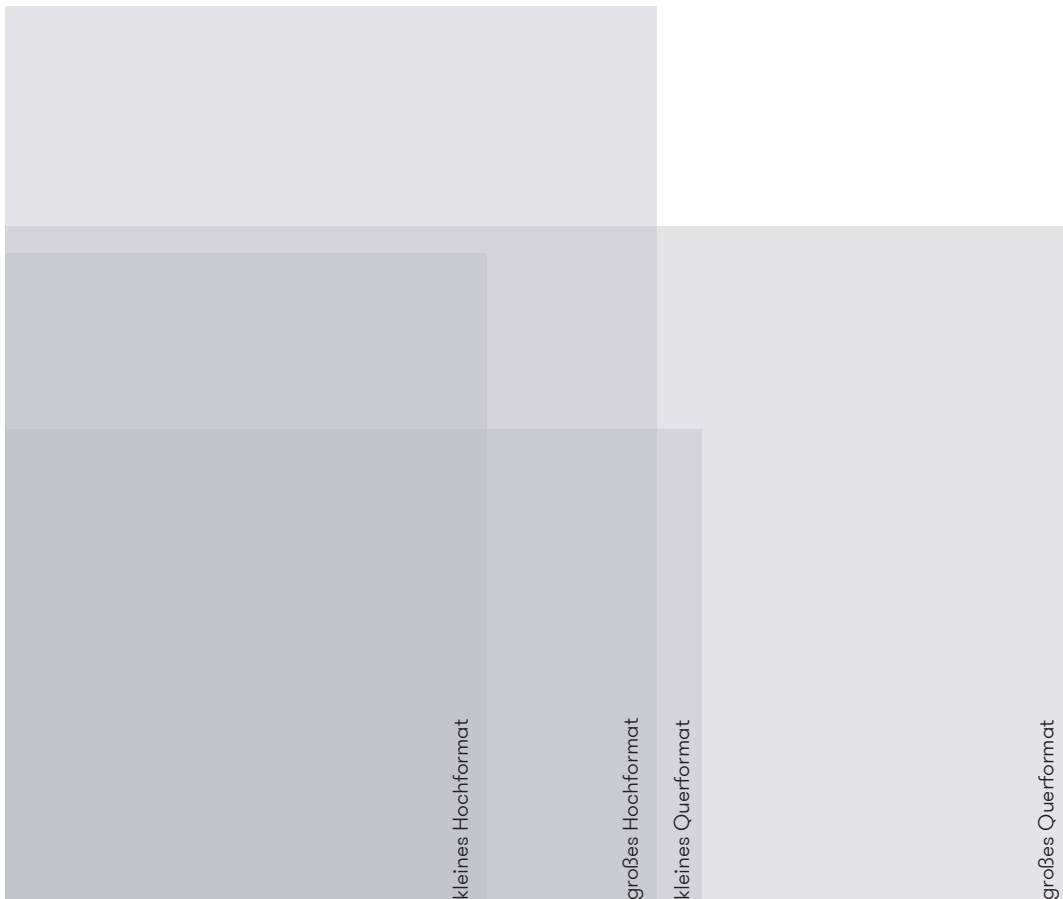
6.3 Typografie

In dem Fotobuch wird wenig mit Schrift gearbeitet, um den Fokus auf den Fotos und die Ruhe nicht zu verlieren. Lediglich am Ende des Buches werden drei Gespräche mit den Bewohnern gezeigt. Die dort verwendete Schrift *GT Walsheim Pro* von dem Schweizer Grafikdesigner und „Grilli Type“ Co-founder Noël Leu aus dem Jahre 2009/2017¹² wurde genutzt, da sie eine Vielzahl an Schriftschnitten besitzt und man somit eine große Varianz und Auswahl für Überschriften und Unterschriften hat.

Außerdem ist die *GT Walsheim Pro* eine schlichte serifenlose Schrift, die jedoch aufgrund ihrer ausgeprägten Punkte einen starken Charakter hat und diese persönliche Note sich wunderbar mit dem geschriebenen Inhalt verbinden lässt. Ein anderer Grund, weswegen sich für eine serifenlose Schrift entschieden wurde ist, dass die gesamte Gestaltung des Buches sehr clean und klar ist und solche Schriften diese Eigenschaften ebenfalls tragen.

In dem hinteren Teil des Fotobuches werden die Gespräche mit den Bewohnern aufgeführt, bei denen diese Schrift verwendet worden ist. Dort wurde jeweils der „medium“ Schriftschnitt der *GT Walsheim Pro* für die Fragen bzw. Anregungen von mir verwendet und der „light“ Schriftschnitt wurde für die Antworten und Erzählungen der Bewohner verwendet. Für zwischenzeitliche Handlungen wie z.B. das kurze Lachen einer Person bei einer bestimmten Frage oder das Nachschlagen einer Information für eine spezielle Antwort wurde

¹² <https://www.grillitype.com/typeface/gt-walsheim> (Stand: 02.02.2021)



der Schriftschnitt „light oblique“ verwendet um diese Handlungen von den Antworten zu unterscheiden. Für den Fließtext und den Fragen wurde als Schriftgröße 10pt gewählt.

Für den Titel auf dem Cover wurde die Schrift *Alegre Sans* von Grandchaos9000 aus dem Jahr 2011 gewählt¹³. Bei dieser Schrift wurden immer wieder neue Versionen erstellt, das neueste Update wurde im August 2014 veröffentlicht. Diese Schrift eignete sich für den Titel gut, da es bei der *Alegre Sans* sich um eine schmale Schrift handelt, die groß platziert sehr plakativ, aber dennoch schlicht ist. Außerdem harmonisiert diese Schrift bei dem Titel gut mit dem Foto auf dem Cover, welches den Aufzug von innen zeigt. Dort zu sehen sind schmale vertikale Linien welche das Bild etwas strecken und dort eine schmale Schrift in Großbuchstaben am besten funktioniert hat.

Das Druckerzeugnis ist in den Maßen 215×285mm. Entschieden wurde sich für diese Größe, da sie handlich ist aber dennoch genug Platz bietet, um den Fotos ihren Raum zu geben. Das fertige Buch besitzt einen Leineneinband in einem warmen beige Farbton. Dieser wurde gewählt, da eine warme Farbe sich mit dem Thema harmonisch verbindet. Außerdem bietet ein Leineneinband eine schöne Haptik in den Händen und unterstützt durch seine Struktur das sensible Thema. Dazu wird der Buchrücken mit dem Titel „THE LAST STOP“ in schwarzer Schrift geprägt. Dort wird die Schrift *Futura* in 25pt verwendet, da es bei der Druckerei die mögliche Schrift war, welche die meiste Ähnlichkeit mit der im Titel verwendeten *Alegre Sans*.

Innerhalb des Buches wurde ein klarweißes 120g/m² Papier ausgewählt. Auf diesem glatten Papier war das Druckergebnis am besten. Aufgrund mancher Bilder die viele rote Flächen besitzen entstand schnell ein Gelbstich beim Druck und bei den Fotos, bei denen die Abbildung die des sterilweißen Flurs zeigte, wurde dieses weiß verfälscht.

13 <https://www.dafont.com/de/alegre-sans-nc.font>

8. Erster Eindruck - Ein Tagebucheintrag

„Da das Hospiz mit dem Auto nur circa eine halbe Stunde entfernt war, habe ich mir noch eine zusätzliche halbe Stunde zur Sicherheit eingeplant. Weil ich jedoch diese Strecke seit Monaten nicht mehr gefahren bin hatte ich nicht auf dem Schirm, dass dieser Weg gesperrt war. Erst habe ich mich davon nicht versucht aus der Ruhe zu bringen, weil ich mir dachte dass ich diese Sperrung auch einfach umfahren kann. Für die Strecke hatte ich das Navi meiner Eltern genutzt, da die GPS-Antenne meines alten iPhones schon seit über einem Jahr kaputt war und ich es schon gewohnt war nach Schildern zu fahren. Doch das reichte diesmal nicht, habe ich mir gedacht. Das Navi hatten wir lange nicht mehr benutzt und dementsprechend auch lange nicht aktualisiert. Deswegen erkannte es nicht, dass die eigentlich geplante Route nicht zu fahren war. Als ich dann durch Zufall auf die Autobahn in Richtung des Ziel fuhr, war ich dann erleichtert. Endlich geschafft, in der Innenstadt helfen mir dann Schilder. Als ich die Autobahn verließ, stellte ich das Navi wieder an da ich nicht genau wusste wo das Hospiz genau war. Zu meinem Bedauern hat dann noch die Sprachfunktion des Navis aufgegeben und der Pfeil bewegte sich nicht mehr mit. Auf der Maps App auf meinem Handy konnte ich ungefähr sehen wo das Ziel ist. Also habe ich mich irgendwo auf einen Parkplatz gestellt und mir vorgenommen den Rest zu Fuß zu gehen. Ich war bereits 10 Minuten zu spät und rief beim Hospiz an um Bescheid zu sagen, dass ich mich leider ein paar Minuten verspäten werde. Ich ging also orientierungslos durch die Gegend und hatte keinen Plan, wo lang ich gehen musste. Als ich mich

dann überwinden musste, eine Frau nach dem Weg zu fragen war ich endlich beim Ziel. Dort angekommen erklärte ich noch einmal mein Vorhaben und ging mit einem Pfleger nach oben zu den Zimmern. Ich stellte mich den Bewohnern vor und sagte ihnen, wofür mein Projekt ist. Eine Frau war begeistert von der Idee und sagte mir: „Das finde ich echt eine gute Sache, nur leider werde ich das Ergebnis nicht mehr sehen können.“. Dieser Satz brachte mich echt zum Schmunzeln. Die anderen Bewohner waren alle einverstanden und ich machte bereits erste Aufnahmen von den Räumlichkeiten. Es war alles sehr still und ruhig. Es kam mir aber eher vor wie in einem Altenheim. Man hatte nicht das Gefühl, dass diese Bewohner so schwer krank sind, dass sie nicht wissen ob sie den Tag noch überleben werden.“

9. Fazit

Das Ziel dieser Fotoarbeit bestand darin, den Tod dem Betrachter näher zu bringen und ihm einen authentischen Eindruck eines Hospizes zu geben. Mithilfe von Porträts der Bewohner und den dazugehörigen Gesprächen gewinnt man einen guten Eindruck von der Atmosphäre in einem Hospiz und den alltäglichen Gedanken der Bewohner. Vorab wurde dort kein Fragenkatalog abgearbeitet sondern bestimmte Fragen in einem Gespräch eingebaut. Es wird teilweise in den Gesprächen deutlich, wenn ein Bewohner bereits etwas verwirrt ist und Dinge vielleicht wiederholt oder mittendrin ein ganz anderes Thema anspricht. Doch genau das bringt dieser Arbeit die nötige Authentizität.

Schwierigkeiten bestanden zum einen aufgrund von Corona, da ich zuerst bei einem Hospiz in Erkelenz angefragt hatte und mir dieses wegen dem genannten Grund absagte. Im Nachhinein war es jedoch richtig so und ich fragte beim Hospiz St. Christophorus in Mönchengladbach an.

Dadurch, dass es den Bewohnern an einem Tag sehr gut ging, und eine Woche später sehr schlecht, konnte man nicht genau planen wann man die Fotos macht. Meistens wurde vor Ort erst klar, wer sich heute bereit für ein Gespräch und ein paar Aufnahmen fühlte und wer nicht. Das passierte einige Male, doch dieses Risiko war mir bewusst und ich habe dann weitere Aufnahmen der Räumlichkeiten angefertigt.

Bei der Gestaltung des Fotobuchs habe ich mir sehr lange Gedanken gemacht, da ich sonst immer mit Querformaten gearbeitet habe und mir die Optik sehr gut gefällt. Da ich aber überwiegend Fotos im Hochformat hatte, bot sich ein Hochformat für das Endmedium am besten an. Ich habe lange gebraucht, um mich bei den Bildformaten zu reduzieren, habe aber gegen Ende mich dann für vier Bildformate entschieden, mit welchen sich gut arbeiten ließ und welche gut mit der Größe der Seiten harmonieren.

Manche Worte einiger Bewohner bleiben einem lange im Gedächtnis und bekommt man auch so nicht mehr aus dem Kopf. Sie zeigen eine andere Perspektive auf das Leben und geben einem auf der weiteren Lebensreise einige Weisheiten mit auf dem Weg. Alleine dafür hat es sich sehr gelohnt, solch eine Einrichtung einmal zu besuchen und den Bewohnern zuzuhören.

Quellenverzeichnis:

- 1 <https://www.bestatter.de/wissen/vorsorge/hospiz/#c4060> (Stand: 02.02.2021)
- 2 <https://aerzte-fuer-das-leben.de/fachinformationen/palliativmedizin-hospizarbeit/zahlen-daten-fakten-palliativmedizin-und-hospizarbeit/> (Stand: 02.02.2021)
- 3 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang
- 4 <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Die%20letzte%20Lebensphase%20-%20fachliche%20Kompetenz.pdf> (Stand: 02.02.2021)
- 5 <https://de.wikipedia.org/wiki/Rasselatmung> (Stand: 02.02.2021)
- 6 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang
- 7 Interview mit Tanja Inderheggen, siehe Anhang
- 8 <https://de.wikipedia.org/wiki/Palliativstation> (Stand: 02.02.2021)
- 9 https://de.wikipedia.org/wiki/Richard_Avedon (Stand: 31.01.2021)
- 10 <https://americansuburbx.com/2011/04/richard-avedon-jacob-israel-avedon-1974.html> (Stand: 31.01.2021)
- 11 <https://americansuburbx.com/2011/04/richard-avedon-jacob-israel-avedon-1974.html> (Stand: 31.01.2021)
- 12 <https://www.grillitype.com/typeface/gt-walsheim> (Stand: 02.02.2021)
- 13 <https://www.dafont.com/de/alegre-sans-nc.font>

Anhang: Interview mit Tanja Inderheggen (Pflegekraft)

Durchgeführt am: 10.01.2021

Wie bist Du auf die Arbeit im Hospiz gekommen?

Ich habe lange Jahre in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gearbeitet und in der Zeit sind einige Bewohner an Krebserkrankungen erkrankt mit infauster Prognose, wo dann von unserer Seite eben eine Begleitung anstand. Dazu muss man sagen, dass in der Eingliederungshilfe es ja eigentlich so ausgelegt ist, dass man sagt: „Die Menschen, die da leben, leben ja zum Teil über viele Jahre da und sollen nach Möglichkeit bis zum Tode, wenn sie mal erkranken die Möglichkeit bekommen, in ihrem häuslichen Umfeld bleiben zu können.“. Ich, als Teil eines Teams habe das natürlich auch über Jahre mitgetragen und habe auch in dem Zuge gesehen, wie schlecht das teilweise läuft und wie unbefriedigend das ist. Dazu muss man sagen, dass es mir bereits während meiner Ausbildung damals passiert, dass ich mitbekommen habe wie es damals noch hieß, dass Schmerzversorgung unzureichend bis gar nicht stattgefunden hat etc. Da war für mich eigentlich sehr schnell klar, dass ich da mehr drüber wissen will und eigentlich einen höheren Handlungsradius für mich haben will. Dann habe ich damals, noch während meiner Tätigkeit in der Eingliederungshilfe, die Weiterbildung „Palliative Care“ gemacht weil ich wissen wollte, ob das für mich etwas ist und ob ich mir vorstellen kann, in dem Bereich zu arbeiten in der Perspektive. Ich habe damals, als ich dann vor ein paar Jahren einen Bewohner im Hospiz besucht habe habe ich gedacht „Geil!“. Ich bin da

rein gekommen, habe da gesessen und gedacht „Geil, in ein paar Jahren möchte ich gerne mal in einem Hospiz arbeiten, finde ich super.“. Das hat sich dann so entwickelt.

Was sind die Hauptunterschiede bei der Arbeit im Hospiz im Gegensatz zu ihrer Arbeit davor?

Die Unterschiede sind natürlich ein anderer Personalschlüssel, eine kleinere versorgende Einheit dadurch, dass wir ja nur zehn Patienten versorgen statt, wie auf einer normalen Station, 30 oder noch mehr. Liegt natürlich auf der Hand, dass man da eine ganz andere Zeitschiene hat. Wir haben natürlich auch einen ganz anderen Auftrag, das darf man natürlich nicht vergessen. Das macht im Groben erst mal den großen Unterschied denke ich. Palliativmedizin ist ja auch vom Wortstamm her *palliare*, was „ummanteln“ bedeutet finde ich immer sehr schön, weil es trifft es ganz gut zu sagen, dass da ein Mensch in seiner letzten Lebensphase kommt -unabhängig wie lang diese sein wird- und ich kümmere mich. Ich nehme den Menschen so wie er kommt und so wie er ist mit seiner Entourage mit seinem familiären Umfeld, ich ändere nicht weil ich habe nicht dein Anspruch, diesen Menschen noch in irgendeiner Weise zu therapieren, zu erziehen oder sonst irgend etwas. Das finde ich eine ganz wichtige Sache. Und sonst der grundlegende Aspekt ja auch in der palliativen Versorgung ist die Selbstbestimmung. Finde ich jetzt, das ist meine persönliche Meinung, dass diese Selbstbestimmung bis zum Schluss ist, dass ein Mensch die Möglichkeit bekommt, in seiner Situation so lange es geht selbst zu entscheiden wie es läuft, wie man es haben will und wie man versorgt werden will. Das fängt mit Kleinigkei-

ten an: „Dann möchte ich frühstücken“, „dann möchte ich duschen“...etc und geht natürlich auch in die großen Fragen rein. Spiritualität zum Beispiel.

Was gibt es denn in dem Bereich für Wünsche von den Patienten?

Zum Beispiel ob jemand religiös ist und ob er darauf viel Wert legt, wie er generell mit der Frage über Sterben und Tod umgeht. Es gibt ja Menschen die kommen und sind sehr klar und sagen: „Okay, das ist es jetzt für mich“ und gehen da relativ klar durch. Es gibt aber auch Menschen, die dann schon Ängste entwickeln und mit der Situation dann auch schlechter klarkommen. Der Patient, der zu uns kommt entscheidet sich ja selber freiwillig dafür ins Hospiz zu gehen. Und wenn ich mir das persönlich vorstelle, dass ich weiß ich habe eine infauste Prognose, die zum Tod führen wird, in der nächsten Zeit, und ich weiß, dass ich in so ein Haus gehe ist mir ja klar, dass ich nicht mehr lebend aus gehe. Und dass das Ängste auslöst und auch Panik machen kann in allen möglichen Bereichen ist das Ziel, genau dabei zu unterstützen und zu schauen was den Menschen ausmacht: Wie hat er sein Leben gelebt? Deswegen nehmen wir auch eine Anamnese und wir fragen uns wo man dann denjenigen unterstützen kann.

Wie kann man die Patienten unterstützen, die an solchen depressiven Stimmungslagen leiden und Angst haben?

Es ist zum einen so, dass es natürlich die medikamentöse Schiene gibt in der Palliativmedizin, das man auch mit Antidepressiva arbeitet. Zum einen geht es dort um die stimmungsaufhellenden Aspekte, zum anderen aber auch um die Schmerztherapie. Ich denke halt, dass es für mein Verhalten wichtig ist, diese menschliche Begegnung zu fördern. Das

hört sich jetzt pathetisch an aber ich versuche in meiner Arbeit authentisch zu sein. Also wenn mir jemand sagt: „Das ist alles furchtbar und ich bin jetzt hier und das ist schrecklich, das ist alles für mich ganz furchtbar“ was soll ich dann sagen? Ich kann ja nicht sagen: „Das wird schon wieder!“. Kann ich leider nicht. Denn sie sind hier sie werden sterben. So. Punkt. Ich finde es halt da total wichtig auf einer professionellen Ebene aber trotzdem authentisch zu bleiben und demjenigen die Möglichkeit zu geben, reden zu können. Zeit zu geben, dass er wirklich die Sachen besprechen kann, vielleicht dann mit mir als Pflegekraft, wo er es mit seinen Angehörigen vielleicht nicht kann. Da ist es ganz oft so, dass die Angehörigen versuchen den Patienten zu schonen und auch umgekehrt. Und wir ja quasi dann so eine Mittler-Funktion manchmal darstellen und vielleicht auch einfach mal jemanden, wo man einfach mal drauf klopfen kann. Ich kann dann auch als Patient gereizt sein, schlechte Laune haben, unzufrieden sein weil der Kaffee vielleicht zu kalt ist oder zu warm, zu viel Milch oder zu wenig Milch. Also auch sich an Kleinigkeiten austoben zu dürfen, ohne dass mein Gegenüber da direkt sich angegriffen fühlt. Das finde ich total wichtig. Die Leute halt... das ist immer so ein geflügeltes Wort: „Abzuholen, wo sie stehen.“. Und ich denke im Krankenhaus ist es ja auch oft so, dass die Kollegen da aufgrund von Zeitmangel, Überforderung etc. auch schneller vielleicht in so eine Gereiztheit kommen und denken: „Oh man jetzt klingelt der schon wieder“.

Das ist schon schade, wenn das im Krankenhaus so abläuft, aber andererseits kann man es ja auch leider nicht ändern, wenn so viele Patienten auf so wenig Mitarbeiter angesetzt sind. Da ist dann ein Hospiz doch schon ein schöner Aufenthalt.

Es ist für viele Patienten auch ein viel sichererer Rahmen.

Das merkst du auch oft, wenn Patienten gerade aus dem Krankenhaus kommen und diese haben dann vielleicht auch einen längeren Krankenhausaufenthalt hinter sich, das ist eine große Verunsicherung. Die kennen aus dem Krankenhaus „Ich klingel, und wenn ich Pech habe passiert lange Zeit nichts“ egal, ob das Schmerzen sind, Luftnot, Übelkeit... ich habe selber als Patient auch schon so etwas erlebt. Du liegst da, du bist eh ausgeliefert, du bist eh krank und dir geht es schlecht und es kümmert sich niemand. Adäquat. Und ich finde auch ein Großteil der Arbeit ist dort eine Vertrauensbasis zu schaffen und demjenigen nicht nur zu sagen, sondern auch durch Taten zu zeigen „Hey, du bist jetzt hier, du bist sicher und wenn du klingelst passiert etwas. Umgehend. Man kümmert sich um deine Belange, egal in welche Richtung die gehen. Und das kann halt auch sein, ich habe das zum Beispiel letztes Jahr erlebt, dass eine Patientin dann sagte: „Ich möchte so gerne in die Stadt und ich will einfach noch ein paar Sachen kaufen, mein Bastelzeug...“. Gut, da könnte ich mir natürlich denken was sie wohl damit will. Wenn man böse überdenkt würde ich sagen: „Wieso willst Du das denn jetzt machen?“ „Lohnt“ sich ja nicht mehr könnte ein Gedanke sein. Aber der Gedanke in dieser palliativen Versorge ist: „Wenn wir das möglich machen können, dann organisieren wir das und dann fahr ich mit ihr und mache mit ihr einen netten Nachmittag und Stunden und Du kannst da deine Sachen machen und alles gut. Es geht ja oft auch nicht unbedingt um diese großen Wünsche dass man noch eine große Reise begleitet oder sonst was. Ich glaube, dass es da oft auch die kleinen Dinge sind die eher hilfreich sein könnten für so jemanden. Einfach abgeholt zu werden, ernst genommen zu werden auf jeden Fall und das ist auch ein wichtiger Punkt, finde ich, neben der Selbstbestimmung jemanden ernst zu nehmen. Ich hinterfrage aus professioneller Sicht natürlich die Symptome: „Wo ist der Schmerz? Wie ist der Schmerz?“ weil ich das wissen muss für eine Symp-

tomkontrolle, weil ich das wissen muss, um es an dem Arzt weiter zu geben „Wie kann man da medikamentös eingreifen?“. Aber ich bewerte es nicht. Ich rede niemandem seinen Schmerz weg, ich rede niemandem seine Übelkeit weg, seine Angst, egal was. Ich nehme ihn so wie er ist und ich nehme ihn ernst. Finde ich ganz wichtig.

Im Bezug zur Spiritualität: Passiert es dann auch mal, dass Patienten einen Priester sehen wollen oder andere spirituelle Rituale machen wollen?

Das ist ganz unterschiedlich. Wir erfragen ja bei der Aufnahme die Zugehörigkeit zu einer Kirche. Es gibt Menschen, die dann gerne noch einmal einen Seelsorger sprechen wollen; es gibt Menschen, die dann die Krankensalbung möchten. Da haben wir natürlich die Möglichkeit die entsprechenden Stellen abzufragen. Die Kommunion kann gegeben werden, wir haben eine Mitarbeiterin, die darin geschult ist von der Seite des Bistums die da die Kommunion geben darf offiziell. Ich bin ja jetzt gerade einmal ein einhalb Jahre im Hospiz und ich finde schon, dass diese religiösen Relikte da doch eher selten sind. Im Sinne von „Da muss jetzt ein Priester kommen“ das habe ich jetzt nicht so oft erlebt. Ich finde, es ist eher dieses „Bleiben Sie bei mir.“. Menschlicher Kontakt, ob es die Familie ist aber ich habe es auch schon erlebt, dass ich mit einer Angehörigen, mit einer Tochter, während des Sterbens der Mutter am Bett gesessen bin und ich habe die Hand der Mutter gehalten und die Hand der Tochter und ich saß da quasi zwischen. Das ist mir auch sehr im Gedächtnis geblieben, das war ein total schöner Moment. Das war so ein Geschenk von Vertrauen auch. Also einem fremden Menschen- in dem Fall mir- das Zukommen zu lassen, ich darf dabei sein, ich darf da sitzen und diesen Moment miterleben.

Das ist ja schon ein großes Kompliment an Deine Arbeit.

Total, total. Das ist auch das, was wir dann auch in der Regel erfahren, also diese Wertschätzung von Seiten von Angehörigen, die dann sagen: „Das war eine gute Zeit und das war schön und beruhigend einfach zu sehen, dass der Angehörige da so aufgehoben ist, so gut versorgt ist und das macht halt auch diese Freude in dem Beruf aus. Das ist sehr intim. Das ist wie eine Geburt, nur am Lebensende. Schlussendlich. Und da bei zu sein, partizipieren zu dürfen und in dem Moment, wo jemand geht dabei zu sein. Ich finde es ist ein Geschenk. So kann ich es eigentlich nur sagen.

Das ist vor allem eine sehr durchdachte Entscheidung von dem Angehörigen. Dieser Moment bleibt ja für immer. Dass Du in den letzten Minuten von dem Leben des Bewohners dabei sein kannst. Wie geht man denn allgemein mit dem Tod eines Patienten um? Das passiert ja weitaus häufiger, als in einer Psychiatrie oder in einem Krankenhaus.

Es ist unterschiedlich. Vom Grundsatz für mich habe ich da eigentlich immer diesen Satz im Kopf: „Ich sterbe nicht mit.“. Es ist nicht mein Tod, der da gestorben wird. Was natürlich für mich dann noch mal diese Grenze klar macht. Es ist eine professionelle Ebene, ich kann mich aber auch nicht davon freisprechen, dass manche Situationen mich natürlich mehr triggern. Das kann jetzt sein, weil es vielleicht Parallelen hat zu meinem privaten Leben oder weil die Menschen mich in dem Moment total berühren und ihrer Trauer oder auch mit ihrer Zufriedenheit. Also ganz unterschiedliche emotionale Ebenen die mich dann treffen dass ich mir manchmal denke: „Oh das hat mich aber jetzt gerade schon sehr berührt.“. Finde ich aber auch wichtig, weil ich mache da eine hochdefizile Arbeit und natürlich berührt es mich als Mensch und wir haben zum einen die Möglichkeit, in der Supervision Dinge

aufzuarbeiten, die für uns schwierig waren oder wo ich vielleicht auch merke, dass mir etwas sehr nah gegangen ist und ich wissen möchte, warum es so ist. Das ist auch ganz wichtig, dass wenn man da arbeitet sich da auch immer wieder reflektiert und zum anderen ist es natürlich auch so, dass wir dadurch, dass wir in einem kleinen Team arbeiten auch sich jeder Zeit mit seinen Kollegen nimmt oder da, wo ich vielleicht auch eine Affinität zu einem Kollegen sagen kann: „Puh, da muss ich jetzt mal darüber reden.“, da brauche ich manchmal einfach einen Austausch und auch da fangen wir uns dann gegenseitig auch auf.

Da ist es ja echt schön, dass man dort sich selbst so unterstützt und man dadurch Hilfe bekommt, wenn man sich seinen Kollegen anvertrauen kann und fangen kann.

Ich würde auch mal bezweifeln wollen, dass wenn die Situation bzw. das Umfeld nicht stimmen würde dass ich dann wirklich eine gute Arbeit leisten könnte. Also das würde ich auch sehr stark bezweifeln. Weil es dafür auch wirklich zu anspruchsvoll ist.

(...)

Mir ist ein Satz im Gedächtnis geblieben. Am Anfang meines Palliativ Care Kurses haben wir mal über diese Thematik von vorhin gesprochen. Da hatten wir einen sehr guten Dozenten der eben auch noch mal über systemische Arbeit gesprochen hat und der Satz war: „Jedes Verhalten macht Sinn für denjenigen, der sich verhält.“. Also wenn es der Kaffee morgens ist, der mir da als Patient auf den Senkel geht, dann ist das ja nicht der Kaffee, über den wir reden. Das ist ja eigentlich jedem relativ schnell klar, sondern es geht da um etwas anderes. Wie bin ich in den Tag gekommen? Warum geht es

mir eigentlich nicht gut? Das ist ja unsere Aufgabe, ob derjenige körperliche Beschwerden hat. Hat er Schmerzen? Hat er eine Übelkeit? Oder was auch immer, oder ist es eben ein psychisches Ding, was ihn gerade beschäftigt. Da bekommt es eben die Umwelt ab, wie im echten Leben. Das ist total normal, das ist total menschlich, das kennt jeder von sich. Damit halt umzugehen, gut umzugehen und nicht ungerecht zu ein oder genervt sein oder was auch immer. Genervt sein kann ich natürlich und das passiert mir auch, das ist überhaupt nicht die Frage aber das mache ich eben nicht beim Patienten, sondern das mache ich wenn die Dienstzimmertür zu ist dann kann ich auch mal sagen: „Boar, war das anstrengend!“ oder: „Das nervt mich jetzt gerade“ wenn ich vielleicht selber nicht gut dran bin aber der Patient ist eben das worum es sich dreht. Punkt.

Gibt es denn typische Symptome von den Patienten, die häufiger kommen?

Die meisten bei uns haben Schmerzen, starke Schmerzen unterschiedlicher Ausprägung natürlich je nach Tumorart. Ganz unschöne Begleiterscheinung ist Übelkeit und wenn du das über Tage und Monate hast dass du eben auch einfach nicht mehr essen kannst, was natürlich neben diesem Tumorgeschehen auch zu einer weiteren Endkräftigung führt. Essen ist Leben, Essen ist Genuss. Das wissen wir ja auch. Luftnot, ganz schlimm. Das ist sehr, sehr belastend. Schwindel kann sehr belastend sein. Es gibt eben in der Palliativmedizin gute und wirksame Möglichkeiten, das in den Griff zu kriegen mit Medikamenten. Man muss dann vielleicht auch ein bisschen probieren oder es ist eben auch abhängig von der Tumorart, wie man da medikamentös einsteigt. Das in den Griff zu kriegen, ist natürlich ganz wichtig, dass man da keine Schmerzen mehr hat. Oft ist es auch so, dass die Leute mit Übelkeit kommen und werden dann medikamentös eingestellt

und fangen dann wieder an, kleine Portionen zu essen. Einen gewissen Appetit oder eine gewisse Lust am Essen wieder zu entwickeln. Was natürlich immer wieder ganz schön ist zu sehen. Viele haben auch als Begleiterscheinung durch Chemotherapien einen dadurch entwickelten Soor im Mund-Rachen-Raum, der sehr schmerzhaft sein kann bzw. ist, was einem natürlich einem auch das Trinken und Essen verleidet. Diese ganzen Begleiterscheinungen im Prinzip dann medikamentös in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt. Wir sind ja quasi die, die die Krankenbeobachtung machen täglich und wir geben es weiter an den Arzt, besprechen das und das ist eben auch das schöne bei der Arbeit im Hospiz, das der Kontakt zum Arzt in der Regel auf Augenhöhe stattfindet. Das ist nicht so wie im Krankenhaus, wo Hierarchien sind. Man arbeitet miteinander in einem multiprofessionellen Team. So, dass er dann sagt: „Dann machen wir das mal so und so.“ und man dann guckt, ob es funktioniert oder nicht. Wir geben dann eine Rückmeldung und dann wird das in Absprache mit den Patienten angepasst. So arbeitet man sich dann eben ran, sodass der Weg so gut wie möglich und so symptomfrei wie möglich für den Patienten zu gehen ist, oder begleitet werden kann.

Was ist es am Ende, woran der Patient an Krebs stirbt?

Es ist schon so, dass der Tumor - je nachdem wo er sitzt bzw. lokalisiert ist - natürlich Organe beeinträchtigt, schädigt und Gewebestrukturen schädigt. Da kann es zum Durchbruch kommen, zum Beispiel wenn jemand an einem großen Gefäß einen Tumor hat, dass er durch eine Blutung dann verstirbt. Das der Kreislauf bzw. das Herz dann nicht mehr mitmacht oder es zum Organversagen kommt, dass die Leber dann versagt, Gallengangkarzinom zum Beispiel. Wenn es in die Leber metastasiert versagt diese irgendwann und der Körper

somit nicht mehr entgiften kann und die Patienten fallen in ein so genanntes „Leberkoma“, was dann eben auch in so eine Somnolenz eingeht. Aber die versterben an diesem Tumor, also an den Folgen dieses Tumorgeschehens. Oder eben auch durch starke Blutungen, das hängt tatsächlich von der Tumorart ab. Bei einer Patientin mit Leukämie zum Beispiel, die ist natürlich körperlich noch sehr fit, sie hat ja nicht in dem Sinne einen Tumor, der nach außen wächst oder sonst was. Bei Blutkrebs kann es jederzeit dazu kommen, ein kleiner Infekt, dann bricht tatsächlich das Immunsystem komplett zusammen und sie würde an den Folgen einer Pneumonie oder was anderem versterben. Es sind halt immer die Folgegeschichten, die so ein Tumor auslöst die dann eben auch irgendwann zum Tod führen. Essen und Trinken ist auch immer so ein Thema, weil man das mit Leben verbindet. Wenn der Mensch aufhört zu essen, dann hat das was von „Der wird sterben.“. Viele Menschen haben damit ein Problem weil die denken: „Mutter/Vater, der muss doch jetzt was essen!“. Auch da gibt es einen schönen Spruch: „Der Mensch stirbt nicht, weil er aufhört zu essen oder zu trinken. Er hört auf zu essen und zu trinken weil er stirbt.“. Also genau andersrum. Man geht in diesen Sterbeprozess, also hört man auf zu essen und zu trinken und das ist in Stück weit auch normal. Was natürlich für einen Angehörigen, der da nicht so die Erfahrung damit hat, sehr belastend ist. Weil man eben denkt: „Der muss doch was essen! Sonst stirbt der!“. Das kann in schwieriges Thema sein.

Noch mal zur Luftnot. Wie findet das statt und wie kann man da denjenigen unterstützen?

Es ist ja nun mal so, dass man medikamentös dieses Gefühl der Luftnot positiv beeinflusst durch das Morphin zum Beispiel. Und das wird eben eher für Außenstehende als belastend wahrgenommen und es ist halt so in der terminalen

Phase, das die Menschen bzw. Patienten den Schleim, den wir quasi alle durch die Bewegung des Hustens immer wieder abtransportieren aus den Atemwegen, nicht mehr abtransportieren können. Das heißt, der Schleim bewegt sich immer in der oberen Luftröhre und führt zu der sogenannten terminalen Rasselatmung. Was sich sehr unschön natürlich anhört, weil man es nicht kennt, und es hört sich auch sehr bedrohlich an. Die Menschen denken dann: „Oh man der erstickt jetzt! Der erstickt jetzt!“. Was aber faktisch nicht so ist, weil derjenige das gar nicht als belastend empfindet weil man da medikamentös auch eingreifen kann und das eigentlich eher für die Umwelt das Problem ist. Es gibt viele Sachen, die da anders wahrgenommen werden und wo man immer wieder als Pflegekraft auch erklären muss. Man muss dann Angehörigen erklären, warum das jetzt so ist und warum wir das jetzt so machen oder wieso es so für sie aussieht. Um da auch ein Stück aufzuklären und den Leuten auch die Angst zu nehmen.

Bachelorabschlussarbeit von Lea Kieker
Januar 2021

Fachhochschule Aachen, Kommunikationsdesign

1. Prüfer: Gaiser, Lorenz Prof. Dipl.-Des.

2. Prüfer: Brandl M.A. , Matthias

