

Der Umgang mit Verstorbenen

in der peri- und postmortalen Phase

Abschlussarbeit im Rahmen des Vertiefungslehrganges

„Palliativpflege“ Stufe II 2011

an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

Name: **DGKP Jan M. Medvecky**

Adresse: Sankt Johann im Pongau

Betreuerin: DGKS Angelika Feichtner, MSc.

Abgabedatum: 26.04.2011

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Einleitung	4
Hauptteil	7
1 Der Tod und die Feststellung des Todes	7
1.1 Der menschliche Tod	7
1.2 Der biologische Tod.....	7
1.3 Feststellung des Todes	8
1.3.1 Ärztliche Leichenschau	8
1.3.2 Unsichere Todeszeichen	8
1.3.3 Sichere Todeskriterien.....	10
2 Umgang mit dem toten Körper	13
2.1 Was ist eine menschliche Leiche?	13
2.2 Sind Verstorbene „giftig“?.....	14
2.3 Pflegemaßnahmen bei Verstorbenen mit einer Infektionskrankheit.....	14
2.4 Pflegemaßnahmen im Todesfall.....	15
2.5 Rolle der Angehörigen bei der Versorgung der Verstorbenen	18
3 Spirituelle Pflege um den Verstorbenen	19
3.1 Ritual.....	19
3.2 Rituale nach dem Tod	19
3.3 Gebet nach Eintritt des Todes	20
4 Umgang mit Verstorbenen unterschiedlicher Religionszugehörigkeit	22
4.1 Judentum	22
4.2 Zeugen Jehovas	23
Schlusswort	24
Literaturverzeichnis	26
Eidesstattliche Erklärung	28
Anhang	29

Abstract

In meiner Abschlussarbeit bearbeite ich das Thema „Umgang mit Verstorbenen“ in der peri- und postmortalen Phase. Das Ziel der Arbeit ist die grundlegende Beschreibung der tabuisierten Problematik „Umgang mit Verstorbenen“ in der Pflege. In dieser Arbeit wird kurz die perimortale Phase beschrieben. Ich beschäftige mich mit der Frage: „Was ist der Tod?“ aus biologischer und philosophischer Perspektive sowie mit der Feststellung des Todes. Sodann konzentriert sich die Arbeit auf die postmortale Phase, wobei der würdige Umgang mit dem toten Körper aus pflegerischer und aus spiritueller Sicht thematisiert wird.

Einleitung

Meine KollegInnen und ich wurden während eines Vortrages an der Theologischen Fakultät zum Thema Umgang mit Verstorbenen gefragt: „Ist es für Sie von Bedeutung zu wissen, was nach Ihrem Tod mit Ihrem Körper geschieht?“ Meine Antwort war natürlich: „Nein, es ist mir nicht egal, mein Körper hat mir immerhin das ganze Leben gedient. Schon Christus sagte, der Körper ist der Tempel der Seele, kümmert euch um ihn in Würde. Und mein Körper soll mit Würde behandelt und auch in Würde dem lieben Gott übergeben werden.“ Eine Kollegin antwortete auf die Frage des Professors, sie könne sich nicht vorstellen, dass es Menschen gäbe, denen egal sei, was mit ihrem Körper geschehe. Eine der abartigsten Missbrauchsarten sei die sexuelle Schändung einer Leiche.

Das Ergebnis dieser Umfrage an der Fakultät war, dass es 90 Prozent der StudentInnen sehr wichtig ist, was mit ihrem Körper nach dem Tod geschieht.

Ist der Umgang mit Verstorbenen ein tabuisiertes Thema, und haben die Verstorbenen auch Bedürfnisse?

Sterben, Tod und der Umgang mit Verstorbenen gehören zu den Schlüsselbegriffen der Pflege, ebenso wie Geburt, Leben, Krankheit, Mensch ..., und trotzdem sind diese Hauptthemen in der Pflege tabuisiert. Besonders unbeliebt ist das Thema „Umgang mit Verstorbenen“, allerdings nicht nur in der Pflege, sondern auch in jedem anderen Lebensbereich.

Da ich selbst als Diplomkrankenschwester in einem Seniorenheim arbeite, weiß ich, wie sehr die Pflege mit dieser Problematik konfrontiert ist. Laut einer Studie sterben 50 Prozent der alten Menschen in Pflegeeinrichtungen.¹

Schon in der Ausbildung wird dieses Thema tabuisiert oder nicht adäquat repräsentiert.

¹ Laut einer Sendung in Spiegel TV, *Das letzte Mysterium: Begegnungen mit dem Tod*, 22.30 Uhr., 17.3.2011.

Das Team der Abteilung Medizinische Psychologie an der Universität Heidelberg berichtet, dass 95 Prozent der befragten Studenten sagten, das Thema „Tod und Sterben“ werde in der Ausbildung zum Arzt zu wenig berücksichtigt. Nur drei Prozent sahen das Thema in der Ausbildung ausreichend repräsentiert, für zwei Prozent war das Thema unwichtig.²

Ulrich Kamphausen, Autor und akademischer Lehrer am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung Nord, Wiesenhof-Neustadt, sagte: *„Nicht nur Schüler haben wenig Erfahrung mit Tod und Sterben, sondern auch das examinierte Pflegepersonal. Auch beim examinierten Pflegepersonal gehört das Sterben eines Mitmenschen zu den Ereignissen, denen gerne ausgewichen wird. Zudem hat sich geradezu ein Tabu über dieses Thema gelegt. Man spricht nicht darüber. Unter Umständen wird die eigene Hilflosigkeit mit unangebrachten Redeweisen überspielt.“*³

Raymond A. Moody schreibt in seinem Weltbestseller „Leben nach dem Tod“ folgende Zeilen: *„Das Todesthema ist tabu. Wir haben vielleicht unbewusst das Gefühl: Wenn wir auf irgendeine Weise mit dem Tod in Berührung kommen, und sei es indirekt, dann werden wir dadurch mit der Aussicht auf unseren eigenen Tod konfrontiert, dann wird dadurch unser eigener Tod angezogen, er wird realer, wird denkbarer.“*⁴

Auch Verstorbene haben meiner Meinung nach Bedürfnisse, zum Beispiel das Bedürfnis nach professionellem Umgang, Verständnis, Pflege, Kommunikation, nach Abschied nehmen und spiritueller Begleitung. Es gilt, die Wünsche des Verstorbenen zu respektieren und sie so weit wie möglich zu erfüllen.

Carmen Thomas hat in ihrem Buch *„Berührungssängste? Vom Umgang mit der Leiche“* ein gutes Hilfsinstrument vorgeschlagen: eine sogenannte Wunsch-Liste, in der alle Bedürfnisse zum Thema festgehalten werden können. Diese Wunsch-Liste kann für das Pflegepersonal eine große Hilfestellung sein, es können Missverständnisse und Hilflosigkeit vermieden werden.⁵ Die Wunsch-Liste befindet sich im Anhang.

² Vgl. VERRES, R., SCHWEITZER, J., JONASCH, K., SÜBDORF, B., *Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie*, S. 254.

³ Zit. KAPHAUSEN, U., Seminar zum Thema: *Tod und Sterben*, Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung Nord, Wiesenhof: Neustadt, 2007, S. 2.

⁴ Zit. in GRUBECK, G., *Der Tod: Ein ungelöstes Problem des Menschen*, S. 4.

⁵ Vgl. THOMAS, C., *Berührungssängste?: Vom Umgang mit der Leiche*, S. 224-225.

Für mich als Krankenpfleger ist die Pflege eines Verstorbenen eine bedeutungsvolle Aufgabe. Wie die Leichenbeschau des Arztes der letzte Dienst am Verstorbenen ist, so ist die Pflege des Verstorbenen die letzte Aufgabe des Pflegepersonals.

Diese Aufgabe ist mit Ethik und Moral verbunden, es handelt sich um eine spezielle Pflege mit einem psychosozialen, spirituellen Aspekt.

Die zentrale Fragestellung ist: Wissen wir, was zu tun ist, wenn ein Mensch stirbt? Können wir auf die Bedürfnisse des Verstorbenen eingehen? Und wenn ja, wie? Welche Rolle spielt das Thema „Umgang mit Verstorbenen“ in der Pflege?

Das Ziel der Abschlussarbeit ist eine grundlegende Beschreibung der Problematik des „Umgangs mit Verstorbenen“ in der perimortalen und in der postmortalen Phase.

Hauptteil

1 Der Tod und die Feststellung des Todes

„Was kann ich wissen? Was soll ich tun? „Was darf ich hoffen?“, fragte sich Immanuel Kant in Königsberg und leitete davon eine vierte Frage ab: „Was ist der Mensch, wenn er nicht mehr (Mensch) ist?“⁶

1.1 Der menschliche Tod

Im Volksglauben wird der Tod „meist als eine Trennung von Leib und Seele“⁷ gesehen. Sokrates beschrieb in Platons Dialog „Phaidon“ den Tod als einen Akt der Trennung von Seele und Leib, wobei die Seele nach dem Tode vielleicht noch irgendwo fortexistierte.⁸ Im Wörterbuch des Pschyrembel wird der Tod „als das Ende des Lebens eines Individuums“⁹ definiert.

1.2 Der biologische Tod

Prien und Hönemann schreiben im „Handbuch gerichtliche Medizin“: „*Biologisch ist der Tod ein Vorgang, der den Zeitraum vom Bewusstseinsverlust bis zum Absterben der letzten Zelle des Organismus umfasst [...]*.“¹⁰

Eine genaue Definition wurde vom Deutschen Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer im Jahr 1993 vorgelegt:

„*Der Organismus ist tot, wenn die Einzelfunktionen seiner Organe und Systeme sowie ihre Wechselbeziehungen unwiderruflich nicht mehr zur überordneten Einheit des Lebewesens in seiner funktionellen Gesamtheit zusammengefasst und unwiderruflich nicht mehr von ihr gestreut werden.*“¹¹

⁶ Zit. in GRUBECK, G., *Der Tod: Ein ungelöstes Problem des Menschen*, S. 2.

⁷ Zit. SCHMID, B. G., *Tod durch Vorstellungskraft: Das Geheimnis psychogener Todesfälle*, S. 146.

⁸ Vgl. GROß, D., ESSER, A., KNOBLAUCH, H., TAG, B., *Tod und toter Körper*, S. 11-12.

⁹ PSCHYREMBEL, *Klinisches Wörterbuch*, S. 1926.

¹⁰ PRIEN, T., HÖNEMANN, C., *Pathophysiologie der Agonie*, in: BRINKMANN, B., MADEA, B. (Hg.), *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 3.

¹¹ Ebd.

1.3 Feststellung des Todes

Nach dem Ableben eines Menschen wird durch den Totenbeschauer oder die Totenbeschauerin¹² der Tod festgestellt. Amtliche TotenbeschauerInnen sind verpflichtet, den Verstorbenen zu untersuchen und die Todesanzeige¹³ und den Totenbeschaubefund auszustellen. Im Falle des Todes im Krankenhaus oder im Pflegeheim müssen die Pflegedienstleitung sowie Arzt oder Ärztin über den Tod der PatientInnen oder BewohnerInnen informiert werden. Wenn ein Mensch zu Hause stirbt, muss der zuständige Hausarzt informiert werden.¹⁴

1.3.1 Ärztliche Leichenschau

Jeder approbierte Arzt/jede approbierte Ärztin muss als letzten Dienst am Patienten/an der Patientin die Leichenschau durchführen. Die wichtigsten Aufgaben bei der ärztlichen Leichenschau sind:

- Sichere Feststellung des Todes (und Sicherstellung der Identität),
- Feststellung der Todeszeit,
- Feststellung der Todesursache,
- Qualifikation der Todesart,
- Dokumentation übertragbarer Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz,
- Beachtung von Meldepflichten.¹⁵

1.3.2 Unsichere Todeszeichen

Bei Menschen, die sich im fortgeschrittenen Sterbeprozess befinden, können Symptome auftreten, die als unsichere Todeskriterien gelten:

- **Bewusstlosigkeit,**
- **Atemstillstand,**

¹² Als Totenbeschauer, oder Totenbeschauerin können im Wesentlichen Ärzte, die von der Gemeinde als medizinische Sachverständige des Leichen- und Bestattungswesens beauftragt sind, herangezogen werden. In öffentlichen Krankenanstalten gelten der Prosektor und seine Stellvertreter als Totenbeschauärzte. Vgl. MAYER, E., *Dissertation: Der Umgang mit der Leiche*, Wien: Universität Wien, 2010.

¹³ Todesanzeige und Totenbeschaubefund befinden sich im Anhang.

¹⁴ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliative Care*, S.74.

¹⁵ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 48, 28. November 2003, S. A3162.

- **keine Pulse tastbar,**
 - **Lichtstarre, erweiterte Pupillen,**
 - **Abkühlung,**
 - **Atonie,**
 - **erloschene zentralnervöse Reflexe,**
- und**
- *der klinische Tod,*
 - *der Scheintod.*

Der klinische Tod

Der Begriff „klinischer Tod“ bezeichnet einen Stillstand von Atmung und Kreislauf, Reanimationsmaßnahmen sind irreversibel. Es bestehen unsichere Todeszeichen. Circa zehn bis 15 Sekunden nach einem akuten Durchblutungsstopp des Gehirns tritt die Bewusstlosigkeit ein. Nach circa 30 Sekunden wird durch das EEG keine elektrische Aktivität der Hirnrinde mehr angezeigt. Erste irreversible Schäden der Nervenzellen ereignen sich nach drei Minuten. Nach etwa acht- bis zehnminütiger Dauer des Durchblutungsstopps ist die Wiederbelebung des Gehirns nicht mehr möglich, es tritt der Hirntod ein.¹⁶

Für die Feststellung des Todes ist der Nachweis dieser unsicheren Todeszeichen im Rahmen einer Leichenschau nicht ausreichend. Es muss der Nachweis von zumindest einem sicheren Todeszeichen möglich sein. Besteht der geringste Verdacht auf das Vorliegen einer Vita minima, ist zu reanimieren. Unter dem Begriff „Vita minima“ versteht man ein Stadium des Sterbens, bei dem die Lebensvorgänge so stark eingeschränkt sind, dass sie nur noch mittels EEG und EKG nachgewiesen werden können.¹⁷

Die möglichen Ursachen einer Vita minima werden nach dem A-E-I-O-U-Merksatz definiert:

¹⁶ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 14.

¹⁷ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 14.

A-E-I-O-U¹⁸

- A – Anämie, Anoxämie (CO-Intoxikation), Alkoholintoxikation;
- E – Epilepsie, Elektrizität (Blitzschlag);
- I – Injury (Schädel-Hirn-Trauma);
- O – Opium (Barbiturate, Narkotika);
- U – Unterkühlung, Urämie (sowie andere, durch Stoffwechselstörungen bedingte Komata).

Scheintod

Im Duden-Wörterbuch für medizinische Fachausdrücke wird der Begriff „Scheintod“ definiert als *„todesähnlicher Zustand mit Aussetzen der Atmung und mit Ausfall anderer, äußerlich sichtbarer Lebenszeichen“*.¹⁹

In der Vergangenheit war der Scheintod eine Schreckenvorstellung für medizinische Laien und mit der Angst verbunden, lebendig begraben zu werden. Auch heute noch gibt es Meldungen in den Medien über Scheintodesfälle. Abgesehen von den wenigen tatsächlichen Fällen von Scheintod werden Befürchtungen durch Irrtümer und Unwissen genährt. Beim Bewegen der Leiche kann aus den Atemöffnungen Fäulnisgas oder Luft austreten. Diese Geräusche – Stöhnen oder Seufzer – werden als Lebenszeichen fehlgedeutet.²⁰

1.3.3 Sichere Todeskriterien

Totenflecke (Livores mortis), die Leichenstarre (Rigor mortis) und die Leichenfäulnis werden als sichere Todeszeichen akzeptiert. Zur Feststellung des Todes genügt der Nachweis mindestens eines sicheren Todeszeichens.²¹

Die sicheren Todeszeichen:

- **Livores (Totenflecke),**
- **Rigor mortis (Leichenstarre),**

¹⁸ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 14.

¹⁹ DUDEN, Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, S. 690.

²⁰ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 3.

²¹ Vgl. ebd.

- **Leichenveränderungen (Autolyse, Fäulnis, Verwesung) und**
- **der Hirntod.**

Livores mortis, Totenflecken

Die Totenflecken (Livores mortis) sind das erste sichere Todeszeichen. Diese bilden sich ca. 20 bis 30 Minuten nach Todeseintritt. Nach einem Kreislaufstillstand entstehen die Totenflecken in den abhängigen, tiefliegenden Bereichen des Körpers. In diesen Regionen entwickelt sich infolge der Hypostase eine pralle Blutfüllung in den Kapillaren und Venolen mit der Ektasie der Gefäße. Zunächst bilden sich die Totenflecke meist kleinflächig aus; liegt der Leichnam auf dem Rücken, bilden sie sich oft zuerst in der Nackenregion und konfluieren innerhalb der ersten sechs Stunden nach Todeseintritt. Solange der Prozess der Hämolyse nicht abgeschlossen ist, können sich Totenflecken bei Änderung der Leichenposition entweder vollständig oder in einem späteren Stadium (ca. sechs bis zwölf Stunden nach Todeseintritt) noch teilweise umlagern, danach nicht mehr.

Neben Livores können wir auch Vibices beobachten. Es handelt sich um postmortale Veränderungen, die sich im Bereich besonders starker Stauung und Hypostase befinden und eine dunkelblaue bis blauschwarze Farbe zeigen. Vibices können vor allem bei Lokalisation in der Gesichtshaut (z. B. bei Kopftieflage) mit Stauungsblutungen nach Halsweichteilkompression verwechselt werden.

Livores weisen eine grauviolette bis blauviolette Färbung auf, die als Ergebnis einer postmortalen Hämoglobinreduktion durch O₂-Zehrung der Gewebe verursacht ist. Eine eventuelle spätere Reoxidation des Hämoglobins führt zu einer Rotfärbung und bedingt die typische Zweifarbigkeit der Totenflecke.²²

Fäulnis

Im Handbuch gerichtliche Medizin findet sich folgende Definition: „Als Fäulnis werden reduktive Prozesse bezeichnet, die durch Bakterien – initial der physiologischen Flora des Respirationstrakt und des Magen-Darm-Trakts – ausgelöscht werden. Es kommt durch die Fäulnis im Wesentlichen zu einer Gasbildung in der Leiche [...]“²³

²² Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 17.

²³ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 17.

Rigor mortis

Durch eine Veränderung der Muskelproteine setzt die Leichenstarre ein. Nach dem Todeseintritt kommt es zur generellen Erschlaffung der Muskulatur, zuerst der gesamten glatten und dann der quergestreiften Muskulatur. Der Versteifung der Muskulatur nach dem Eintritt des Todes ist abhängig von der Außentemperatur, den Stoffwechselfvorgängen während des Sterbeprozesses, von etwaigem Fieber und von der Anstrengung im Todeskampf. Bei Fieber oder erhöhter Außentemperatur setzt die Leichenstarre etwas früher ein, ab ca. 30 Minuten nach Todeseintritt. Sie löst sich wieder nach zwei bis drei Tagen, dies ist abhängig von der Todesart und der Temperatur. Die Leichenstarre löst sich durch Autolyse der Muskelzellen. Durch den enzymatischen Abbau der Zellstrukturen werden hydrolytische Enzyme freigesetzt die die Starre wieder lösen.²⁴

²⁴ Vgl. BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, S. 17.

2 Umgang mit dem toten Körper

„Die respektvolle Achtung vor Gottes Schöpferwirken gebietet freilich, dass der Leichnam des Toten mit Pietät behandelt und würdig bestattet wird. Die Ehrfurcht vor den Toten ist eine Urform der Sittlichkeit. In allen Kulturen zeigt sich die Haltung zum Leben auch in der Pietät vor den Toten. Die Beerdigungsliturgie weist darauf hin: ‚Dein Leib war Gottes Tempel. Der Herr schenke dir ewige Freude.‘ So wird in Ehrfurcht Gott zurückgegeben, was er gegeben hatte, und der Zuversicht Ausdruck verliehen, dass allein Gott die Quelle des Lebens ist.“²⁵

Die Versorgung eines Verstorbenen muss nicht zwangsläufig eine schwierige, belastende und unbeliebte Aufgabe sein. Es kann auch eine ganz individuelle Form des Abschiedes sein. Das gilt besonders nach einer längeren Pflege-Beziehung. Oft ist es für den Pflegenden die einzige Möglichkeit, Abschied zu nehmen. Die Versorgung der Verstorbenen kann dadurch auch **positiv erlebt werden!**

Und wie? Ich wie auch meine Lehrerin Frau Angelika Feichtner sind davon überzeugt, dass die sorgfältige Pflege des Verstorbenen den Pflegenden guttut ... wenn sie erst einmal die Bedeutung dieser letzten Handlung erkannt haben.

Somit ist, wie anfangs erwähnt, der Umgang mit Verstorbenen ein wichtiger Teil der Pflege.

2.1 Was ist eine menschliche Leiche?

„Unter einem Leichnam versteht man den Körper einer verstorbenen Person, solange der gewebliche Zusammenhang infolge Fäulnis oder anderer chemischer oder physikalischer Prozesse noch nicht aufgehoben ist.“²⁶ Von einem Leichnam kann nur dann gesprochen werden, wenn die sterblichen Überreste noch **als menschliche Gestalt erkennbar** sind.²⁷

„Skelette oder Skeletteile gelten nicht mehr als Leiche.“²⁸

²⁵ http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html

²⁶ Zit. Deutsches Ärzteblatt, Jg.100, Heft 48, 28. November 2003, S. A3164.

²⁷ Zit. MAYER, E., *Dissertation: Der Umgang mit der Leiche*, S. 9.

²⁸ Zit. Deutsches Ärzteblatt, Jg.100, Heft 48, 28. November 2003, S. A3164.

2.2 Sind Verstorbene „giftig“?

Bei der Versorgung eines Toten sind die gleichen Hygienemaßnahmen zu treffen wie bei Lebenden. Jahrelang habe ich in der Pflege das Phänomen einer „distanzierten Angst“ im Umgang mit Verstorbenen beobachtet. Sie äußerte sich darin, dass die Pflegenden, die einen Patienten oder eine Patientin noch kurz vor dem Eintritt des Todes ohne Scheu und ohne Handschuhe berührt hatten, sich durch Anlegen von Handschuhen vor der unmittelbaren Berührung des Verstorbenen schützen wollten. Warum können Verstorbene nicht ohne Handschuhe berührt werden²⁹ (wie bei einer normalen Körperpflege)? Bei Austritt von Körperflüssigkeiten ist es natürlich erforderlich, dass man Handschuhe verwendet.³⁰

Die Gefahr der Vergiftung durch Fäulnisprodukte besteht nicht.³¹

Was ist anders?

Mit dem Tod eines Menschen ändert sich etwas: vielleicht unser Blick auf den Menschen, der Mensch ist nicht mehr Mensch, sondern ein „Leichnam“. Eine geheimnisvolle, mysteriöse Leiche die jeden Moment aufstehen kann, die schon in einer anderen Welt Erfahrung hat – es ist aber trotzdem noch dieselbe Frau oder derselbe Mann, den wir noch vor ein paar Minuten liebevoll gepflegt haben.

Warum ist unsere Haltung zu Verstorbenen anders?

Die Blicklosigkeit und die Leblosigkeit machen Angst. Aber die Pflege-Beziehung zum Verstorbenen endet nach dem Eintreten des Todes nicht automatisch. Verstorbene sind nicht „giftig“. Zu schaffen machen uns unsere Angst, die Unwissenheit, Unsicherheit und mysteriöse Vorurteile.

2.3 Pflegemaßnahmen bei Verstorbenen mit einer Infektionskrankheit

Bei Verstorbenen mit einer Infektionskrankheit müssen spezielle Hygienemaßnahmen getroffen werden. Ein Verstorbener ist nach dem Eintreten des Todes „nicht-infektiös“ wie zuvor.

²⁹ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 76.

³⁰ KRÄNZLE, S., SCHMID, U., SEEGER, C., *Palliative Care*, S. 349

³¹ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 76.

Bei einer Norovirus-Infektion ist z. B. darauf zu achten, dass die Übertragung überwiegend fäkal-oral oder durch direkten oder indirekten Kontakt erfolgt. Auch kontaminierte Gegenstände und Flächen können eine Übertragung verursachen.

Die Hygienemaßnahmen beinhalten:

- Handschuhe,
- Mundschutz,
- eventuell Schutzkleidung.

2.4 Pflegemaßnahmen im Todesfall

Das ärztliche und pflegerische Personal versteht den Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen als gemeinsame Aufgabe und sieht sich als Ansprechpartner für Angehörige.³² Die Versorgung des Leichnams findet in Stille statt und muss die Würde des Verstorbenen bewahren.³³ „Zugleich ist die Zeit unmittelbar nach Eintreten des Todes eine ganz besonders intensive und wertvolle Zeit.“³⁴

Eine ruhige Atmosphäre ist besonders wichtig. Das Sterben eines Angehörigen ist für Hinterbliebene eine Krisensituation, auch wenn der Tod vorhersehbar war. Daher ist es wichtig, auf Fragen und Bedürfnisse einzugehen und den Hinterbliebenen Sicherheit zu vermitteln, auch dass sie sich in Ruhe verabschieden können oder dürfen. Eventuell ist zu erklären, was wann stattfinden wird/muss, damit sie sich orientieren können.³⁵ Für Mitpatienten oder Mitbewohner ist es von großer Bedeutung, sich noch auf der Station von Verstorbenen verabschieden zu können.

Die Pflegemaßnahmen im Todesfall:

- Der Verstorbene wird auf den Rücken gelegt (nicht ganz flach, der Mageninhalt könnte sich entleeren), der Oberkörper leicht erhöht gelagert (so wird die Position im Sarg sein).
- Körperpflege: Es geht vielleicht nicht primär um Hygiene, sondern um den symbolischen Akt, verbunden mit Würde und Verabschiedung. Im Christentum

³² Interdisziplinärer Standard, *Umgang mit Verstorbenen*, Mönchengladbach: LVR-Klinikverbund, 2011.

³³ Vgl. DRUDE, C., et Kol., *Pflege Heute*, S. 286.

³⁴ Zit. Angelika Feichtner

³⁵ Vgl. KRÄNZLE, S., SCHMID, U., SEEGER, C., *Palliative Care*, S. 349.

und in anderen Religionen und Kulturen ist das Waschen eines Verstorbenen eine spirituelle Reinigung, die symbolisch die Schuld vom Verstorbenen abwäscht.³⁶

Die letzte Körperhygiene wird als Ganzkörperwäsche durchgeführt, der Leichnam muss von Körperflüssigkeiten wie Blut, Urin und Stuhl gereinigt werden. Es gibt Angehörige, die beim Waschen und Ankleiden ihres Verstorbenen assistieren möchten.

Das Schließen der Augen eines Verstorbenen ist etwas sehr Intimes, das Angehörige oftmals selbst machen wollen. Sollten sich die Augenlider nicht schließen lassen, hilft es, für kurze Zeit feuchte Tupfer aufzulegen.³⁷ Bleiben die Augen nicht geschlossen, was in selteneren Fällen vorkommen kann, so kommen üblicherweise Augenkappen zum Einsatz. Man stelle sich das wie etwas zu große, hauchdünne Kontaktlinsen vor, die auf der Außenseite etwas rau sind. Diese Kappe wird vorsichtig auf das Auge gelegt und das Lid dann darüber gezogen. Augenkappen verhindern auch dass, die Verstorbenen im weiteren Verlauf des Vergehens eingefallene Augen bekommen und so sehr befremdlich auf die Angehörigen wirken können.



Die Augenkappen sind aus transparentem PVC gefertigt. Sie werden mit einem Hautkleber auf das Auge geklebt und anschließend das Lid darüber gezogen. Sie belassen die natürliche Form des geschlossenen Auges.

Im muslimischen Glauben werden die Augen des Verstorbenen grundsätzlich nur von Angehörigen geschlossen, auch die Versorgung des Verstorbenen wird von Angehörigen übernommen.³⁸

- Der/die Verstorbene wird frisiert, bei Bedarf rasiert.

³⁶ Vgl. URBAN, E., *Transkulturelle Pflege*, S. 30.

³⁷ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 76.

³⁸ Vgl. KNIPPING, C., *Lehrbuch Palliative Care*, S. 510.

- Die Zahnprothese wird eingesetzt.
- Eine Kinnstütze wird eingesetzt oder das Kinn mit Hilfe eines längs aufgerollten Handtuches angehoben, damit der Mund geschlossen bleibt.

Mundformer kann einen natürlichen Gesichtsausdruck verleihen



Kinnstütze

Die Kinnstütze ist ein einfacher Kragen, der Verstorbenen bei der Erstversorgung angelegt wird. Sie garantiert eine natürliche Haltung des Toten, ist einfach anzubringen und kaum sichtbar.

- Großflächige Wunden oder Punktionsstellen (PEG-Sonde kann abgeschnitten werden) müssen mit einem abdichtenden Verband abgedeckt werden. Speziell bei übelriechenden Wunden ist geruchsdichtes Verbandsmaterial wie zum Beispiel Folie erforderlich. Bei einer geplanten Obduktion ist es günstig, alle Sonden, Drainagen und Katheter zu verschließen und **nicht zu entfernen!!!**³⁹
- Stomabeutel müssen geleert oder erneuert werden.
- Mit Inkontinenzmaterial wird einer Blasen- und Darmentleerung vorgebeugt.
- Der Verstorbene wird frisch bekleidet⁴⁰ (frische Kleidung, die dafür bereitgelegt wurde).
- Mit den Angehörigen wird geklärt, welcher Schmuck am Verstorbenen belassen werden soll.

³⁹ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 76.

⁴⁰ Zit. DRUDE, C., et Koll., *Pflege Heute*, S. 287.

Der Raum soll einen ordentlichen und aufgeräumten Eindruck machen. Alle Lagerungsbehelfe und medizinischen Hilfsmittel wie Sauerstoffkonzentrator, Absauggerät und Infusionständer werden entfernt.⁴¹ Geräte müssen abgestellt sein und dürfen keine Geräusche mehr verursachen.

Bei einer Positionsveränderung des Verstorbenen kann durch Entweichen restlicher Luft aus der Lunge ein hörbares Geräusch entstehen!

2.5 Rolle der Angehörigen bei der Versorgung der Verstorbenen

Angehörige können eine große Rolle bei der Versorgung des Verstorbenen spielen. Manchmal möchten sie dabei sein, vielleicht sogar selbst z. B. die Mutter waschen und ankleiden. Um alle Befürchtungen, emotionale Belastungen und Ängste zu vermeiden, brauchen sie unsere Unterstützung, um ihren Verstorbenen noch einmal zu sehen und versorgen zu können. Sehr hilfreich ist es, wenn Pflegende anbieten, mit ihnen ins Zimmer des Verstorbenen zu gehen, und sie dabei an die Hand nehmen. Die professionelle Erfahrung zeigt, dass dieser Schritt für die Angehörigen eine Erleichterung ist.⁴²

⁴¹ Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 77.

⁴² Vgl. NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, S. 75.

3 Spirituelle Pflege um den Verstorbenen

3.1 Ritual

Ein Ritual ist ein „gleich bleibendes, regelmäßiges Vorgehen nach einer festgelegten Ordnung, also eine feste Abfolge von Handlungsschritten, die meist an bestimmte Anlässe gebunden sind“.⁴³

3.2 Rituale nach dem Tod

Rituale nach dem Tod sind wichtig. Durch gemeinsame Rituale können wir Gefühle und Gedanken ohne viele Worte verarbeiten. Rituale nach dem Tod reduzieren Angst und unangenehme Phantasien.⁴⁴

Folgende Rituale könnten durchgeführt werden:

- Christliche Angehörige wünschen sich, dass dem Leichnam die Hände wie zum Gebet gefaltet werden und ihm ein Kruzifix oder ein Rosenkranz in die Hand gegeben wird. Auf Wunsch kann auch mit dem Seelsorger oder Pfarrer eine Andacht gehalten werden, deren Verlauf mit Schriftlesung, Gebet, Lied und Segen im jeweiligen Kirchengesangsbuch abgedruckt ist. Im Zimmer kann eine Kerze angezündet werden – sie ist ein Symbol für den Glauben an die Auferstehung –, evtl. können dort auch Blumen stehen.
- Eine brennende Kerze im Dienstzimmer ist der Hinweis für die MitbewohnerInnen bzw. PatientInnen, dass jemand verstorben ist.
- Ritual auf einer Pflegestation nach einem Todesfall: eine Durchsage über die Sprechanlage und Aushang des Partezettels.
- Gedenkfeiern, Todessonntag, Abschiedsbuch.⁴⁵
- Das Pflegepersonal trifft zusammen und tauscht Erfahrungen im Umgang mit dem Verstorbenen aus.

⁴³ Zit. KRÄNZLE, S., SCHMID, U., SEEGER, C., *Palliative Care*, S. 340.

⁴⁴ Vgl. HUSEBØ, S., KLASCHIK, E., *Palliativmedizin*, S. 351.

⁴⁵ KRÄNZLE, S., SCHMID, U., SEEGER, C., *Palliative Care*, S. 344.

3.3 Gebet nach Eintritt des Todes

Es kann ein Gebet für den Verstorbenen bzw. die Verstorbene gesprochen werden.

Gebet, von den Angehörigen gesprochen

Im Namen des Vaters ...

Mache dich auf den Weg (Name einfügen) (Kreuzzeichen kann auf die Stirn gezeichnet werden)

im Namen Gottes, des allmächtigen Vaters, der dich erschaffen hat;

im Namen Jesu Christi, der für dich gelitten hat;

im Namen des Heiligen Geistes, der über dich ausgegossen worden ist.

Heute noch sei dir im Frieden deine Stätte bereitet, deine Wohnung bei Gott.

Christus, der gute Hirt, geleite dich in das ewige Leben.

Sei du uns in dieser Stunde Trost und Hoffnung.

So beten wir vertrauensvoll zu Gott unserem Vater: Vater unser, ...

Wir empfehlen unsere/n Verstorbene/n auch der Fürbitte der Mutter des Herrn:
Gegrüßet seist zu Maria ...

Herr, gib ihm/ihr das ewige Leben,

und das ewige Licht leuchte ihm/ihr!

Lass sie leben bei dir in Ewigkeit.

Gebet, vom Seelsorger/von der Seelsorgerin gesprochen

Nach dem Tod eines Menschen, setzen sich Angehörige oft mit dem Seelsorger in Verbindung, und bitten ihn zu kommen. Einem Verstorbenen kann die Krankensalbung nicht mehr gespendet werden, so ist ein Gebet angebracht:

- Der/die Seelsorger/in spricht den Angehörigen das Mitgefühl aus.
- Im Namen des Vaters, ...

Liebe Angehörige!

Wir stehen vor dem Menschen (ihren Vater, ihrer Mutter ...) dessen/deren Leben zu Ende gegangen ist. Sie spüren den Verlust. Sie denken daran, was dieser Mensch für Sie bedeutet hat. Vielleicht haben Sie noch seine/ihre Worte im Ohr, den Klang seiner/ihrer Stimme. Sie erinnern sich vielleicht an einzelne Begegnungen mit ihm/ihr.

(kurze Stille)

(Ist eine Kerze bereit gestellt, kann sie, wenn sie noch nicht brennt, entzündet werden.)

Nehmen wir diese brennende Kerze als Sinnbild für den/die Verstorbene/n. Es ist das Licht, das er/sie in Ihr Leben gebracht hat.

Bibelwort:

So spricht der Herr: „Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, wird leben, auch wenn er stirbt.“

Der/die Seelsorger/Seelsorgerin kann das Kreuz auf die Stirn zeichnen:

- In diesem heiligen Zeichen ist uns Jesus Christus voraus gegangen vom Tod zum Leben.
- In diesem heiligen Zeichen geben wir dich aus unserer Hand und legen dich zurück in die Hand Gottes.
- In diesem heiligen Zeichen haben wir Hoffnung auf Auferstehung und Leben.

(eventuell Vergebungsbitte)

Der allmächtige Gott erbarme sich seiner/ihrer. Er vergebe ihm/ihr alle Schuld und führe sie/ihn zum ewigen Leben.

(Ist Weihwasser bereit gestellt, so kann man beten)

In Wasser und im Heiligen Geist wurdest du getauft. Der Herr vollende an dir, was er in der Taufe begonnen hat.⁴⁶

⁴⁶ Gebete entnommen aus:<http://www.martinus.at/diozeseeseisenstab.html>

4 Umgang mit Verstorbenen unterschiedlicher Religionszugehörigkeit

Der Umgang mit Verstorbenen bringt immer wieder neue Situationen, und es kann auch eine Herausforderung sein. Ich erinnere mich an eine Situation in einem Krankenhaus, da ein Mensch aus Israel verstorben war. Ich wusste nicht, wie die Versorgung bei den jüdischen Verstorbenen geregelt ist. Es stellte sich Überforderung ein, und ich musste die fehlenden Informationen nachlesen und Vertreter der jüdischen Gemeinde konsultieren. In diesem Kapitel möchte ich die Besonderheiten bei der Versorgung Verstorbener im Judentum und bei den Zeugen Jehovas erwähnen.

4.1 Judentum

Die Versorgung des Verstorbenen ist Aufgabe einer Beerdigungsgesellschaft mit dem Namen „Chewra Kaddisha“ oder der Angehörigen. Wenn aus verschiedenen Gründen die Chewra Kaddisha oder die Angehörigen die Versorgung nicht leisten können, wird sie von orthodoxen Juden durchgeführt. Übernimmt die Versorgung das christliche Pflegepersonal, dann sollte dies nur nach Rücksprache mit der jüdischen Gemeinde geschehen, damit bestimmte Rituale eingehalten werden können.

Verhaltensregeln sind: Ruhe bewahren, den Leichnam auf den Boden legen, die Augen und den Mund schließen, die Arme und Beine müssen ausgestreckt sein, die Beine müssen in Richtung Tür gerichtet sein, den Leichnam mit einem weißen Laken zudecken, nicht mehr umbetten, den Leichnam nicht alleine lassen.

Aus Respekt gegenüber dem Verstorbenen bleibt sein Gesicht immer zugedeckt!!! Oberhalb des Kopfes wird eine Kerze angezündet.

Wird der Verstorbene durch die Chewra Kaddisha versorgt, so geschieht dies innerhalb einer Stunde nach Todeseintritt, hierbei wird die rituelle Waschung „Tahara“ mit lauwarmem Wasser durchgeführt. Dabei darf nur der Körperteil abgedeckt sein, der gerade gewaschen wird. Nach der Waschung wird der Verstorbene in ein einfaches weißes Hemd gekleidet. Die weiße Farbe symbolisiert Reinheit.

Das Wasser ist im jüdischen Glauben (Sterben) von besonderer Bedeutung. Das Wasser, das bei der Waschung verwendet wurde, wird vor dem Haus verschüttet. Dieses Ritual dient als Mitteilung für die Nachbarn.

Die Mitglieder der Chewra Kaddisha halten bis zur Beerdigung eine Totenwache mit Gebeten.⁴⁷

4.2 Zeugen Jehovas

Beim Umgang mit Verstorbenen lehnen die Zeugen Jehovas besondere Rituale ab. Die Versorgung kann auf die bei den Christen übliche Weise erfolgen. Besonderen Wert legen sie auf absolute Sauberkeit und Ordnung in der Umgebung des Verstorbenen.

Vorsicht bei der Kommunikation! Zeugen Jehovas legen großen Wert auf eine „saubere und gehobene Sprache“.⁴⁸

4.3 Umgang mit nicht-religiösen Verstorbenen

Für Pflegepersonal kann der Umgang mit nicht-religiösen Verstorbenen eine besondere Herausforderung bedeuten. Zu den nicht religiösen Menschen zählen Atheisten und Agnostiker. Da diese nicht-religiösen Menschen keine Rituale einhalten ist Einfühlungsvermögen gefordert um Sicherheit zu vermitteln und zu geben.

⁴⁷ Vgl. URBAN, E., *Transkulturelle Pflege am Lebensende*, S. 50-55.

⁴⁸ Vgl. URBAN, E., *Transkulturelle Pflege am Lebensende*, S. 89-90.

Schlusswort

Nur die Liebe öffnet die Tür zur Professionalität

Das Ziel der Abschlussarbeit war eine Deskription der Problematik „Umgang mit Verstorbenen“ (in der peri- und postmortalen Phase). In dieser Arbeit habe ich beschrieben, was man unter dem Begriff Tod versteht und wie man den Verstorbenen professionell versorgen kann, und ich habe versucht, auf die Bedürfnisse des Verstorbenen einzugehen.

Zum Abschluss soll ausdrücklich betont werden, dass trotz Tabuisierung der Umgang mit Verstorbenen ein wichtiges und unersetzliches Thema im Bereich der Pflege ist. Dieses Thema stellt Fachpflegekräfte immer wieder vor neue Herausforderungen, schafft neue Situationen und Konfrontationen. Diese gehobene interdisziplinäre Aufgabe mit individuellem Zugang kann auch in der Pflege kreativ gelöst werden.

Den Schlüssel für den professionellen Umgang mit Verstorbenen sehe ich in der Liebe. Die Liebe öffnet die Tür zur Professionalität.

Der Verstorbene legt seine Maske ab

Ich möchte zuletzt noch eine Situation schildern, die ich als Schüler erstmals erleben durfte:

Eine Patientin, die ich im Rahmen meines Praktikums begleitet habe, ist auf der Internen Station verstorben. Zusammen mit meiner Praktikumsbetreuerin versorgte ich zum ersten Mal den Körper einer Verstorbenen.

Schon damals erstaunte mich die Veränderung des Körpers und ganz besonders des Gesichtsausdruckes. Es schien mir, als ob die Seele den Körper verlasse und der Mensch seine Gesichtsmaske ablege. Aufgrund dieser Erfahrung denke ich, dass jeder Mensch nach seinem Tod die Maske ablegt, hinter der er ein Leben lang Gefühle, Sorgen, Erlebnisse und Ängste verborgen hat (der lateinische Begriff „persona“ bedeutet Maske).

Mit unserer Maske spielen wir eine soziale Rolle, mit dieser wollen wir uns der Gesellschaft anpassen.

Ein Schauspieler, der die Bühne verlässt, legt seine Maske ab. Ein verstorbener Mensch ebenso, aber verlässt die Bühne des Lebens.

In unserer Professionalität sollten wir versuchen, bei der Pflege Verstorbener unsere eigene Maske abzulegen, die nicht voll von Vorurteilen, von Ängsten und Ekel behaftet sein soll.

„Zeige mir deine Maske, und ich kann dir sagen, wer du bist.“

Maurice English

Literaturverzeichnis

Bücher

BRINKMANN, B., MADEA, B., *Handbuch gerichtliche Medizin*, Berlin: Springer, 2004. ISBN: 3 – 540 – 00259 – 6.

DUDEN, *Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke*, Mannheim: Duden, 2003. ISBN: 3 – 411 – 04617 – 1.

GROSS, D., ESSER, A., KNOBLAUCH, H., TAG, B., *Tod und toter Körper: Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion*, Kassel University : Kassel, 2007. ISBN: 978 – 3 – 89958 – 338 – 0.

GRUBECK, G., *Der Tod: Ein ungelöstes Problem des Menschen*, Hamburg: DIPLOMICA VERLAG, 2008. ISBN: 978 – 3 – 8366 – 6504 – 9.

HUSEBØ, S., KLASCHIK, E., *Palliativmedizin*, Springer: Heidelberg, 2009. ISBN: 978 – 3 – 642 – 01548 – 9.

KNIPPING, C., *Lehrbuch Palliative Care*, Huber: Bern, 2007. ISBN: 978 – 3 – 456 – 84460 – 2.

KRÄNZLE, S., SCHMID, U., SEEGER, C., *Palliative Care*, Heidelberg: Springer, 2010. ISBN: 978 – 3 – 642 – 01324 – 9.

MAYER, E., *Dissertation: Der Umgang mit der Leiche*, Wien: Universität Wien, 2010.

NAGELE, S., FEICHTNER, A., *Lehrbuch der Palliativpflege*, Facultas: Wien, 2009. ISBN: 978 – 3 – 7089 – 0240 – 1.

DRUDE, C., et Kol., *Pflege Heute*; 4. Auflage, Elsevier Urban & Fischer: München, 2007. ISBN: 978 – 3 – 437 – 26771 – 0.

PSCHYREMBEL, *Klinisches Wörterbuch*, Walter de Gruyter: Berlin, 2007. ISBN: 978 – 3 – 11 – 018534 – 8.

SCHMID, B. G., *Tod durch Vorstellungskraft: das Geheimnis psychogener Todesfälle*, Wien: Springer, 2010. ISBN: 978 – 3 – 211 – 89868 – 0.

TAG, B., GROSS, D., *Der Umgang mit der Leiche: Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive*, Campus: Frankfurt am Main, 2010. ISBN: 978 – 3 – 593 – 39316 – 2.

THOMAS, C., *Berührungängste?: Vom Umgang mit der Leiche*, VGS: Köln, 1999. ISBN: 3 – 8025 – 1279 – 0.

URBAN, E., *Transkulturelle Pflege am Lebensende*, Stuttgart: Kohlhammer, 2011. ISBN: 978 – 3 – 17 – 021337 – 1.

VERRES, R., SCHWEITZER, J., JONASCH, K., SÜSSDORF, B., *Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie*, V&R: Göttingen, 1999. ISBN: 3 – 525 – 45831 – 2.

Vorträge

KAPHAUSEN, U., Seminar zum Thema : *Tod und Sterben*, Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung Nord Wiesenhof : Neustadt, 2007.

Zeitschrift

Deutsches Ärzteblatt/Jg.100/Heft 48/28. November 2003.

Internet- und TV-Quellen

www.martinus.at

Spiegel TV, *Das letzte Mysterium: Begegnungen mit dem Tod*, 17.3.2011.

www.ekd.de

Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, 1990, Bonn/Hannover.

www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

Interdisziplinärer Standard, *Umgang mit Verstorbenen*, Mönchengladbach: LVR-Klinikverbund, 2011.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Jan M. Medvecky, geboren am 02.12.1980 in Susice, dass die vorliegende Abschlussarbeit von mir selbstständig verfasst wurde. Zur Erstellung wurden von mir keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet.

Sankt Johann im Pongau, am 26.04.2011.

Anhang

1. Was ist beim Tod eines Menschen zu tun? - eine Checkliste
2. Anzeige des Todes
3. Meine Wünsche, wenn ich tot bin