

U. und W. George,
Gießen

Rolle der Helfer im Transplantationsprozess

Die Einbindung von Angehörigen bei Organtransplantation

Nach einer allgemeinen Beschreibung der Situation der Organtransplantation sowie der mit dieser verbundenen Ziele und Herausforderungen, wird entlang eines Fallbeispiels die Chronologie einer Organspende – deren charakteristische Stationen, die sich darin abzeichnenden Probleme, die Aufgaben und das anzuzielende Helferverhalten – sichtbar gemacht. Die Klärung der persönlichen Haltung gegenüber der Transplantation ist von großer Bedeutung für das Engagement und den weiteren Verlauf. Dabei kann eine nachhaltig ziellertende und Erfolg versprechende Führung dieser schwierigen Grenzsituation nur in Abstimmung mit allen daran Beteiligten gelingen. Insbesondere den betreuenden Pflegepersonen kommt ein besonderer Platz in der Transplantationssituation zu, da sie in der Bezugspflege zu den Angehörigen eine besondere Nähe entwickeln und somit diese in ihren Reflexionen über das Für und Wider einer Organspende unterstützen können.

Die Organtransplantation, das heißt der Transfer eines menschlichen Organs (innere Organe, Bindehaut des Auges, Gewebe, etc.) von einem hirntoten Spender hin zu einem bedürftigen Empfänger und die mit der Organentnahme verbundenen Aktivitäten, werden in Deutschland auf Grundlage des „Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen“ – kurz „Transplantationsgesetz“ (TPG) – reguliert. Dieses trat 1997 in Kraft.

Der Hirntod wird darin als „nicht manipulierbare, nicht mehr rückgängig zu machende definitive Grenze des Lebens des Menschen als Organismus“ gesetzlich festgeschrieben. Die Hirntoddiagnose ist durch „zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organspender unabhängig voneinander untersucht haben“. Eine Organentnahme ist nur zulässig, wenn der Betroffene zu Lebzeiten eingewilligt hat. Liegt keine schriftliche Zustimmung oder Ablehnung des Verstorbenen vor, so soll der Arzt den nächsten Angehörigen nach dessen mutmaßlichen Willen befragen; hat der Verstorbene zu Lebzeiten eine bestimmte andere Person bevollmächtigt, Entscheidungen für ihn zu treffen, so tritt diese an die Stelle des nächsten An-

gehörigen (erweiterte Zustimmungslösung). In jedem Fall, auch wenn ein Organspendeausweis vorliegt, müssen die Angehörigen über eine geplante Organentnahme informiert und für eine Transplantation gewonnen werden.

Als „Koordinierungsstelle“ sorgt die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) für die Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes sowohl bei der Vorbereitung als auch bei der Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen sowie der Vermittlung und Übertragung als gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Organe dürfen nur von „Transplantationszentren“ übertragen werden. Für die Vermittlung der Organe ist eine überregionale „Vermittlungsstelle“ (Eurotransplant, Leiden/Niederlande) zuständig. Abzugrenzen von der Organspende bei Hirntod ist die Lebendspende, etwa wenn als Spender ein Verwandter eintritt, der beispielsweise auf eine Niere verzichtet.

Da bis heute nur sehr wenige Verstorbene einen Organspendeausweis besitzen – die Quote liegt bei unter 5% der Bevölkerung – liegt die Anzahl der zur Verfügung ste-

henden und transplantierten Organe weit unter dem ermittelten Bedarf. Auch im europäischen Vergleich besteht in Deutschland ein Ungleichgewicht zwischen der Anzahl der für schwerstkranke Patienten benötigten Organe und der Anzahl spendebereiter Bürger oder Patienten. Dementsprechend ist Deutschland ein Organimportland, da die mit der Typisierung verbundene Verteilung der Organe europaweit erfolgt. Die aktuellen Zahlen weisen auf eine stagnierende Spendebereitschaft hin. Auch unter diesen problematischen Gesichtspunkten gilt es die Umstände und Faktoren, die auch die Pflegenden betreffen, zu identifizieren und soweit möglich positiv zu beeinflussen.

■ Der Konflikt

Neben der medizinischen und logistischen Anforderung ist die Intensität des sozialen Geschehens der Grund, warum eine Organtransplantation zu einer der anspruchvollsten Herausforderungen im medizinisch-pflegerischen Handlungsfeld zählt.

So muss etwa aus medizinischen Gründen und auch aus der Perspektive eines vital bedrohten Empfängers nach dem eingetretenen Hirntod zielführend und damit möglichst zügig gehandelt werden. Ein Vorgehensmuster, das dem Bedürfnis der um Fassung ringenden Angehörigen, die sich nach Ruhe und Reduzierung der emotionalen Belastung sowie den damit verbundenen Aktivitäten sehnen, völlig entgegengesetzt ist. Selbst wenn der infauste Verlauf vor dem Eintritt des Hirntodes absehbar war und die Bedrohlichkeit der Situation angemessen an die Angehörigen herangetragen wurde, so trifft sie die Feststellung des Hirntodes zumeist in voller Stärke.

Auch die Akteure des behandelnden Teams können sich in einer schwierigen Situation befinden. So handelt es sich bei Hirntodpatienten um akute, dramatische Krankheits- bzw. Unfallverläufe, bei denen die

Therapie trotz intensiver Bemühungen eine sehr rasche Verschlechterung nicht verhindern kann. Zudem handelt es sich häufig um jüngere Patienten und so können sich durchaus Gefühle der Niederlage bis hin zur Schuld und der Empfindung, man habe vielleicht Dinge versäumt, bei den Helfern einfinden.

■ Persönliche Auseinandersetzung

Um die Angehörigen in der extremen Lebenssituation mit der Entscheidungsnotwendigkeit im Sinne des mutmaßlichen Willens des hirntoten Patienten positiv unterstützen zu können, ist die persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Krankheit, Tod und Trauer (ontologische Konfrontation) für den Helfer eine zwingende Voraussetzung. Erst so ist es möglich, die emotionale Situation der Betroffenen annäherungsweise nachzuempfinden, die eigenen Einschätzungen zu erkennen und das damit verbundene Verhalten kritisch zu überprüfen. So besteht bis heute in unserer Gesellschaft – und dies betrifft teilweise auch die professionellen Helfer – ein Informations- und Wissensdefizit zu diesem Themenkomplex, einhergehend mit einer nur unzureichenden persönlichen Auseinandersetzung.

Wie soll auf diese Weise die notwendige Vertrauensbildung zu den Angehörigen entstehen? Wie soll eine Pflegekraft oder ein Arzt für die Bereitschaft zur Organentnahme bei einem gerade Verstorbenen eintreten, wenn er/sie sich mit diesem Anliegen und dessen Berechtigung nicht persönlich auseinandergesetzt hat? Wie soll in den damit verbundenen Gesprächen das notwendige Vertrauen in die Sinnhaftigkeit – auch im Sinne des Verstorbenen – aufgebaut werden, wenn die Helfer nicht über eine authentische Sprache sowie angemessene Gefühle und Angebote für die betroffenen Angehörigen verfügen?

Es ist demnach für die Helfer notwendig, sich frühzeitig bereits

während der Ausbildung bzw. den verschiedenen Fort- und Weiterbildungen mit dem Anliegen und den Methoden der Organtransplantation auseinander zu setzen. Hierzu ist es notwendig, die bestehenden Rahmenbedingungen, die Perspektive der Betroffenen, die ethischen Herausforderungen und den gesellschaftlich formulierten Willen kennen zu lernen. Dazu gehört auch – ganz praxisnah in Übungen und Rollenspielen – die Auseinandersetzung mit den Emotionen der Angehörigen und der eigenen Person. Diese Erfahrungen ermöglichen es, eine reflektierte und eigenmotivierte Position einnehmen zu können und daraus resultierend ein hilfreiches Handeln im Umgang mit den Angehörigen anwenden zu können.

■ Kritische Betreuungsabschnitte

Aus der Perspektive der Helfer lassen sich folgende kritische Abschnitte im Umgang mit den Angehörigen im zeitlichen Verlauf einer Organtransplantation identifizieren:

- Erstkontakt vor der Intensivstation
- der erste Kontakt auf der Intensivstation
- die Betreuungszeit auf der Intensivstation
- neurologische- bzw. Hirntoddagnostik
- Eintritt des Hirntodes, Überbringen der Todesnachricht und des Anliegens der Organspende
- Abschiednahme und weiterführende Angebote.

An dieser Stelle soll das Augenmerk nur auf die Frage gerichtet werden, ob sich durch die vorgetragene Einbeziehung und Annahme der Angehörigen durch das Intensivteam, den Stationsarzt und die Bezugspflegekraft in der zurückliegenden Zeit eine vertrauensvolle und damit tragfähig-belastbare Beziehung hat entwickeln können.

■ Die Hirntoddiagnostik

Die Durchführung der so genannten Hirntoddiagnostik ist in der Praxis ein Prozess, der sich in aller Regel über einen Zeitraum von mindestens ein bis drei Tage erstreckt. Der Ablauf erfolgt entsprechend den Richtlinien der Bundesärztekammer. Besteht eine primäre oder sekundäre Hirnschädigung und liegen die klinischen Symptome Koma, Areflexie und Apnoe vor, so wird der Hirntod im Rahmen einer definierten Beobachtungszeit oder durch ergänzende apparative Untersuchungen unter Hinzuziehung von zwei neurologischen Fachärzten festgestellt. Die Hirntodfeststellung ist also mit Untersuchungen, verschiedenen Personen und Aktivitäten um den Patienten verbunden.

Mögliche Probleme

Die Angehörigen nehmen diese Aktivitäten wahr und werden gleichwohl nicht, unzureichend oder konfrontativ mit den Zielen, der vermuteten Prognose und den möglichen Konsequenzen, die sich aus der Hirntodfeststellung ergeben, konfrontiert. Oder aber die Angehörigen verdrängen oder verleugnen die Wahrnehmung dieser Situation, obwohl sie in das Geschehen einbezogen werden.

Problematisches Helferverhalten

Unangemessene Abschirmung und/oder Information über die eingesetzten Vorgehensschritte. Die Verdrängung oder Verleugnung wird forciert oder für das Erreichen der eigenen Ziele eingesetzt. Der Umgang mit den Angehörigen ist konfrontativ, sie werden mit der Situation „alleine gelassen“.

Wünschenswertes Helferverhalten

Die Bedrohlichkeit der Situation und die Sorge um das Leben des Patienten sollte die Betreuungssituation von deren Beginn an kennzeichnen, die Kommunikation mit den Angehörigen muss den Umständen angemessen sein. Insbesondere das

Informations- und Auseinandersetzungsbedürfnis des Angehörigen muss in der Praxis das Tempo, die Art und die Tiefe der Gespräche bestimmen.

Wie die wissenschaftliche Erfahrung zeigt, orientiert sich die überwiegende Mehrzahl der Angehörigen „an der Wahrheit“ der Situation. Dies heißt nicht – diese Fehleinschätzung ist zu beobachten –, hierdurch würde die Hoffnung zerstört. Hoffnung, von der häufig genug ja auch das betreuende Team und die einzelnen Helfer in ihrer Arbeit mitgetragen werden. Ein solches Vorgehen bedeutet, mit den Angehörigen eine „gemeinsame Wahrheit“ zu entwickeln, die sowohl Platz für Hoffnung als auch das Recht auf angemessene Information enthält.

Der Angehörige, der sich immer auch mit dem Sinn dieser schweren Situation (Warum muss es gerade meinen Partner betreffen?) auseinandersetzt, sollte trotz der Dramatik der Situation hierfür Angebote aus der Behandlungssituation erfahren können. Ziel, Zweck und Vorgehen der Hirntoddiagnostik müssen dem Angehörigen somit selbstverständlich berichtet werden. Die Pflegenden sind in dieser Zeit aufgefordert durch ihre Gespräche und Kontakte die Angehörigen zu entlasten, wo möglich und leistbar zu trösten und als Resultat – nicht als primäres Ziel – deren Vertrauen zu stärken.

■ Das Anliegen der Organentnahme

Ist der Hirntod festgestellt, wird diese Mitteilung zeitnah an die Angehörigen herangetragen. Auch wenn diese von den Helfern umfassend auf diese Situation vorbereitet wurden, geht das Entsetzen, das die Nachrichtübermittlung auslöst, bei zahlreichen Angehörigen mit tiefster emotionaler Erregung einher, die sich etwa in Form von Schock, Panik oder völliger Erstarrung zeigt.

Die Todesnachricht ist für die Angehörigen schwer begreifbar, da der hirntote Mensch nicht die übli-

chen, äußerlich sichtbaren Zeichen des Todes zeigt: Die Haut ist rosig, gut durchblutet und warm, Kreislauf und andere Organfunktionen sind normal, Atembewegungen (Respirator) sind sichtbar.

Mögliche Probleme

Insbesondere bei Angehörigen, die das mögliche Sterben des Familienmitgliedes bis zu diesem Zeitpunkt vollständig verleugnet oder verdrängt haben, fällt die Annahme der Todesnachricht sehr schwer. Die emotionale Qualität der Situation lässt zunächst keine weiteren Entscheidungen zu.

Problematisches Helferverhalten

Schwierigkeiten kommen hinzu, wenn unzulängliche oder falsch vermittelte Informationen von den Helfern weitergegeben werden. Unzureichendes Kommunikationsverhalten, etwa durch die Wahl des falschen Zeitpunktes, kann tatsächlichen oder imaginären Zeitdruck auf die Angehörigen ausüben. Auch durch eine fehlerhafte Koordination der Zuständigkeiten und Abläufe kann es zu einer ablehnenden Haltung der Angehörigen gegenüber dem vorgetragenen Ansinnen einer Organentnahme kommen.

Wünschenswertes Helferverhalten

Ziel ist es, ein abgestimmtes Vorgehen sowohl für das Überbringen der Todesnachricht als auch für das weitere Vorgehen zwischen dem Arzt, der Bezugspflegekraft, dem Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation und gegebenenfalls anderen Experten wie etwa Psychologen zu etablieren. Während die Nachricht des Todes möglicherweise direkt am Bett des Patienten zu berichten ist, oder telefonisch mitgeteilt werden muss, ist es für den weiteren Verlauf von großer Wichtigkeit ein zeitnahes ruhiges Gespräch zu ermöglichen.

Dies sollte in einem dafür geeigneten Raum und Umfeld geschehen,

nachdem die Angehörigen ausreichend Zeit hatten, die ganze Tragweite der Situation zu begreifen. Die Bezugspflegekraft, die häufig die Gefühle, Überlegungen und das damit verbundene Verhalten der Angehörigen am besten kennt, sollte an der Vorbereitung und Durchführung des Gesprächs unbedingt teilnehmen. Für dieses Gespräch müssen die Teilnehmer Zeit mitbringen und die Fähigkeit, die Angehörigen in ihrer Trauer – die immer mit emotionalen Instabilitäten einhergeht – stützen zu können. Lebenserfahrung und reflektierte Berufserfahrung sind in dieser Situation ebenso hilfreich wie die Kenntnisse einer einfühlsamen Gesprächsführung.

Selbstverständlich erfolgt solch ein Gespräch entlang eines Beratungsleitfadens. Es ist insbesondere der Arzt, der in dieser Situation das Anliegen und Vorgehen einer Organtransplantation vorstellt, dem es gelingen soll, die Einstellung des Verstorbenen zu einer möglichen Transplantation zu ergründen, um aus dieser die Legitimität der möglichen Organentnahme zu gewinnen. Es gilt somit, dem vermuteten Selbstbestimmungsrecht des Verstorbenen gerecht zu werden.

In diesen Gesprächen wird – wie auch in anderen Situationen, in denen Menschen verstorben sind – häufig die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Geschehenen reflektiert.

Ganz sicher liegt in diesem Bedürfnis der stärkste, auch rational nachvollziehbare Überzeugungskeim für die Einwilligung zur Organentnahme. Kann dem Tod durch eine ermöglichte Organspende und der daraus resultierenden Hilfe für einen Dritten ein wenig Sinn abgewonnen werden? Werden Fallbeispiele und positive Erfahrungen – die gerade auch auf Intensivstation gesammelt werden – vorgestellt, kann sich auch dies hilfreich auswirken.

Diese „Keime“ besitzen insbesondere dann Entwicklungspotenzial, wenn es trotz der Lebenskrise, in der sich die Angehörigen befinden, gelungen ist, deren Vertrauen zu gewinnen. Vertrauen, das sich auch durch das in diesem Gespräch erkennbar gemachte Vorgehen der Abschiednahme – also über den Zeitpunkt der Organentnahme hinaus – begründet. In jedem Fall benötigen die Angehörigen ausreichend Zeit für diese schwer wiegende Entscheidung für oder gegen eine Organentnahme, die ohne jeglichen Zeitdruck gefällt werden sollte.

■ Entwicklung der Angehörigenzustimmung

Die geleistete Organspende ermöglicht eine lebensrettende oder zumindest lebensqualitätserhaltende Transplantation für einen chronisch schwer kranken Mitmenschen – dies

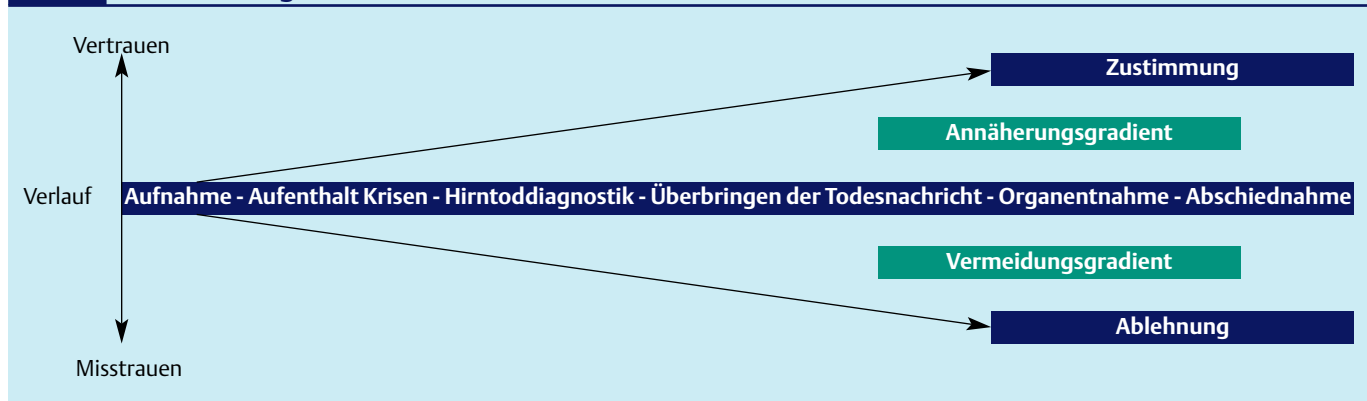
ist das zentrale rationale Argument in diesem Entscheidungsraum. Ziel des Helferverhaltens muss es demnach sein, die Souveränität des Entschlusses der Angehörigen zu befördern und dafür Sorge zu tragen, dass deren Entscheidung möglichst umfassend geprüft und begründet ist, möglichst das Ende eines Abwägungsprozesses ist.

Da die Situation für die Angehörigen einmaligen Charakter besitzt, ist es wichtig, diese zu führen und zu begleiten. Eine auf diese Art herbeigeführte Entscheidung ist in ihren Konsequenzen immer zu respektieren und darf, falls sich die Angehörigen gegen eine Organentnahme entscheiden, auch nicht als das Abweisen eines Wunsches der Helfer, des Krankenhauses oder eines bedürftigen Spenders von den Helfern fehlinterpretiert werden.

■ Abschiednahme und weiterführende Angebote

Die Organentnahme erfolgt in aller Regel noch am Tag der Hirntodklärung durch ein Explantationsteam, welches durch den Koordinator der DSO organisiert wurde. Nach der Organentnahme im OP des Krankenhauses wird der Verstorbene, der unter Beachtung strenger kosmetischer, chirurgischer und ethischer Regeln behandelt wurde, aufgebahrt oder in den für Verstorbene vorgesehen Kühlraum gebracht.

Abb. 1 Modell der kognitiven Dissonanz



Mithilfe des Modells der kognitiven Dissonanz kann das Entscheidungsverhalten der Angehörigen bei Organtransplantation sehr gut beschrieben werden

Mögliche Probleme

Schwierigkeiten treten auf, wenn die Angehörigen

- der Meinung sind, der weitere Ablauf sei „so nicht vereinbart“ worden oder sei nicht reproduzierbar
- ein schlechtes Gewissen oder Gefühl gegenüber der von ihnen getroffenen Entscheidung entwickeln
- die Situation als würdelos und nicht ihren Vorstellungen entsprechend erleben
- die in Aussicht gestellten und für diese vorbereiteten Möglichkeiten nicht in Anspruch nehmen.

Auch das Verhalten der Helfer kann zu Problemen führen. Diese treten auf, wenn

- das Bezugs- oder Delegationssystem nicht eindeutig durchgehalten wird
- das Handeln der Helfer von Unverbindlichkeit geprägt ist
- sich die Helfer zurückziehen (anspruchsvolle Angehörige, eigene Ressourcen, eigene Gefühle wie Kränkung).

Wünschenswertes Helferverhalten

Die Begleitung der Angehörigen durch die Bezugspersonen findet weiterhin statt. Gesprächsangebote sollten aktiv an diese herangetragen werden. Gegenstand sollte durchaus auch die zurückliegende Organtransplantation, deren Verlauf, Auswirkungen und „Sinnhaftigkeit“ sein. Dem Angehörigen muss Anerkennung vermittelt werden, damit er sich bestätigt fühlt „das Richtige getan zu haben“.

Wie die Erfahrung auch hier zeigt, ist es weniger die Art der Berufsausbildung, als die berufliche und menschliche Integrität, die für die Angehörigen wichtig ist. Wünschenswert ist ein Raum, in dem es möglich ist, in Würde von dem Toten Abschied zu nehmen. Dies gilt auch für die begleitenden Helfer. Es ist möglich diese Situation etwa durch

eine Aussegnung des Toten durch den Seelsorger besonders zu kennzeichnen. Dies gilt nicht nur für die Angehörigen.

Es ist sinnvoll, den Angehörigen ein Symbol zum Andenken an diese schwierige Situation mit nach Hause zu geben, so wie es die DSO durch eine entsprechende Trostkarte, in

der die Mutter eines Organspenders ihre Gefühle ausdrückt, vollzieht. Solche Gegenstände besitzen für die Bewältigung der noch vor den Angehörigen liegenden Trauerarbeit eine nicht zu unterschätzende Wirkung. Die in das Transplantationsgeschehen involvierten Personen benötigen zahlreiche Unterstüt-

Kasuistik

Um etwa 14.30 Uhr kommt es zu einem Badeunfall eines 19-jährigen jungen Mannes. Er wird erst nach einigen Minuten durch Freunde bewusstlos geborgen, diese versuchen ihn bis zum Eintreffen des Notarztes wiederzubeleben. 14.55 Uhr: Der eingetroffene Notarzt setzt die Reanimationsmaßnahmen fort und bringt den Ertrunkenen in das nächste zuständige Städtische Krankenhaus. 16.00 Uhr: Die Eltern werden durch die Polizei über den Unfall ihres Sohnes informiert und begeben sich unmittelbar in das Krankenhaus. Auf der aufnehmenden Intensivstation gelingt es, die Kreislaufsituation des Patienten zu stabilisieren, der Patient wird künstlich beatmet. Der verantwortliche Arzt führt ein erstes Gespräch mit den Eltern. Diese entschließen sich nach Hause zu gehen, eine aktive Kontaktaufnahme im Fall einer Zustandsverschlechterung wird vereinbart.

2. Tag, 7.00 Uhr: Obwohl die Kreislaufsituation mittlerweile stabil ist, hat der junge Patient bisher das Bewusstsein nicht wiedererlangt. Die neurologischen Untersuchungen (Reflex- und Pupillenstatus) weisen auf starke Beeinträchtigungen hin. Ein neurologischer Konsiliararzt wird hinzugezogen, die computertomografische Untersuchung zeigt ein deutliches Hirnödem. 14.00 Uhr: Die inzwischen wieder anwesenden Eltern werden in einem zweiten Gespräch vom behandelnden Arzt über den problematischen Status und den drohenden Verlauf informiert.

Am 3. Tag sind die Eltern den ganzen Tag über anwesend, auch Freunde haben den jungen schwer kranken Patienten besucht. Die therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung des Hirnödems werden konsequent angewandt. In der Nacht zeigen sich die Symptome eines Diabetes insipidus, die Zeichen des Hirntodes werden deutlich. Inzwischen ist auch die Koordinierungsstelle der DSO informiert. Die Hirntoddiagnostik wird am 4. Tag um 10.00 Uhr in die Wege geleitet. Der schwere Verdacht wird durch eine ergänzende apparative Untersuchung bestätigt. Mit der erfolgten Feststellung des Hirntodes wird der Tod des Patienten um 15.30 Uhr dokumentiert.

Die Eltern sind durchgängig anwesend und werden über die verschiedenen Vorgehensschritte informiert, die Bezugspflegekraft richtet kontinuierlich ihre Aufmerksamkeit und Zuwendung auch an die bangenden Eltern. Um 15.50 Uhr überbringt der Stationsarzt die Todesnachricht. Trotz der Schwere der Situation wird nach einer angemessenen Weile, in der den Eltern die für das Begreifen der Todesnachricht notwendige Zeit gegeben wird, vom Stationsarzt auch die Möglichkeit der Organspende angesprochen. Als Resultat dieses Gespräches und verschiedener darauf folgender Abstimmungen und Überlegungen, auch mit dem Koordinator der DSO, stimmen die Eltern um 21.20 Uhr einer Organentnahme zu. Eine gemeinsame Abschiednahme vom Patienten nach der Organentnahme in einem dafür geeigneten Raum auf der Intensivstation wird vereinbart. Die Pflegekraft weist die Eltern auf die Möglichkeit einer Aussegnung durch die Klinikseelsorge hin.

Die Organentnahme wird durch den Koordinator der DSO in die Wege geleitet und erfolgt um 4.30 Uhr. Am 5. Tag nehmen um 10.00 Uhr die Eltern, die Großmutter und drei Freunde auf der Intensivstation vom Verstorbenen Abschied. Das Angebot einer Aussegnung durch die Klinikseelsorgerin haben die Eltern dankbar angenommen, obwohl sie eigentlich bereits seit Jahren aus der Kirche ausgetreten sind. Die Pflegekraft übergibt bei ihrer Verabschiedung den Angehörigen eine Informationsschrift, die auf bestehende Selbsthilfemöglichkeiten und relevante Kontaktadressen verweist.

zungsformen – allein um die zeitlichen Voraussetzungen zu schaffen und auch im Sinne einer guten Arbeitsqualität mit entsprechenden komplementären Partnern zusammenarbeiten zu können. So ist es hilfreich, nicht nur über ein Verzeichnis möglicher Partner (Gruppen, Therapeuten, Sozialarbeit) aus der Selbsthilfe oder aus der professionellen Ebene zu verfügen, sondern darüber hinaus ein Empfehlungswissen aufzubauen. Schließlich beginnt für die Angehörigen mit der Abschiednahme die Zeit der Trauer. In dieser Zeit werden die Angehörigen immer wieder auch die Richtigkeit ihrer Entscheidung überprüfen.

Literatur

1. George W. George U. Angehörigenintegration in der Pflege. München: Reinhardt, 2003
2. George W. Evidenzbasierte Angehörigenintegration. Lengerich: Pabst-Publisher, 2005
3. George, W. Das Angehörigen-Assessment (MIA). Harcourt-Test-Services. Frankfurt, 2005
4. Rüdibusch S. Pflege und Versorgung von Organspendern unter Berücksichtigung der psychischen Problematik der Pflegenden. Intensiv 1998; 6 (3)
5. Tausch-Flammer D, Bickel L. Wenn ein Mensch gestorben ist – wie gehen wir mit dem Toten um? Freiburg: Herder-Verlag, 1995

Korrespondenzadresse

???