

Münchener Reihe Palliative Care

Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit

Marina Kojer (Hrsg.)

Alt, krank und verwirrt

**Einführung in die Praxis
der Palliativen Geriatrie**

4., erweiterte und
aktualisierte Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgeberin

Profⁿ. Drⁱⁿ. Marina Kojer ist Geriaterin, Palliativmedizinerin und Psychologin, Honorarprofessorin der Universität Klagenfurt, Gründerin und ehem. Chefärztin der Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW), Wien.

Marina Kojer (Hrsg.)

Alt, krank und verwirrt

Einführung in die Praxis der
Palliativen Geriatrie

4., erweiterte und aktualisierte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

4., erweiterte und aktualisierte Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-039162-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-039163-5

epub: ISBN 978-3-17-039164-2

Autorenverzeichnis

Arndorfer, Regina, DGKP
Stationsleitung
Pflege Simmering
Dittmannngasse 5
A – 1110 Wien
regina.arndorfer@gesundheitsverbund.at

Binder, Siegfried, DGKP
Wiener Gesundheitsverbund Hauptgruppe 2, 1. stellvertretender Vorsitzender des
Dienststellenausschusses
Thomas Klestilplatz 7
A – 1030 Wien
siegfried.binder@gesundheitsverbund.at

Bonomo, Elisabeth, Dipl. PTⁱⁿ i. R.
Ehem. Physiotherapeutin, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Hohe Wand Straße 43
A – 2344 Maria Enzersdorf
m.bonomo@utanet.at

Borasio, Gian Domenico, Prof. Dr. med
Lehrstuhl für Palliativmedizin CHUV
Universität Lausanne,
Av. Pierre Decker 5
CH – 1011 Lausanne
gian.borasio@chuv.ch

Breitenwald-Khalil, Magdalena, DGKP i. R.
Ehem. Vertreterin der Stationsleitung, palliative Demenzstation,
Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Folusz 13
P – 32-200 Miechow

Chladek, Alfred, Dr. med. †
Geriatrer, Palliativmediziner
zuletzt Stationsarzt, Pflegewohnhaus Liesing, Wien

Falkner, Eduard i. R.
Ehem. Pfleger, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Langfeldgasse 2-16
A – 1210 Wien

Gutenthaler, Ursula, DGKP †
Langjährige Stationsleitung der palliativen Demenzstation
Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW

Haider, Herbert †
Ehem. Pfleger, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW

Jox, Ralf J., Prof. Dr.med. Dr. phil.
Professur für Geriatriche Palliative Care
Abt. für Palliative und Supportive Medizin
Einheit für Klinische Ethik
Institut für Medical Humanities
Universitätsspital Lausanne
Fakultät für Biologie und Medizin
Universität Lausanne
Avenue Pierre-Decker 5
CH – 1011 Lausanne
ralf.jox@chuv.ch

Kojer, Marina, Hon.Profⁱⁿ. Drⁱⁿ.med. Drⁱⁿ.phil.
Ehem. Chefärztin, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Ernst Karl Winter-Weg 8
A – 1190 Wien
marina.kojer@me.com

Kunz, Roland, Dr.med.
Ehem. Chefarzt Stadtspital Waid und Triemli Zürich
Spiegelhofstraße 32
CH – 8317 Tagelswangen
kunz.rol@bluewin.ch

Lazelberger, Snezana, DGKP
Stationsleitung
Pflege Simmering
Dittmannngasse 5
A – 1110 Wien
snezana.lazelberger@gesundheitverbund.at

Martinek, Andrea, MSc, LL.M Mag^a. Drⁱⁿ med. Drⁱⁿ phil. i. R.
Ehem. Stationsärztin, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Liliengasse 47/9,
A – 1060 Wien
andrea.martinek1@chello.at

Michalek, Heinz †
Ehem. Pfleger an der Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie im GZW

Pirker, Susanne, Drⁱⁿ med i. R.
Ehem. Oberärztin, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Hummelgasse 6
A – 1130 Wien
su.pi@aon.at

Schmidl, Martina, Drⁱⁿ. med. i. R.
Ehem. Oberärztin, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Ziehrerstraße 20
A – 2700 Wiener Neustadt
ma.sc@gmx.at

Schmidt, Gerda, DGKP, MAS (Palliative Care)
Wohnbereichsleitung
Stellvertretende Pflegedienstleitung
CS Caritas Socialis
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse
Pramergasse 7
A – 1090 Wien
gerda.schmidt@cs.at

Schrage, Susanne, Drⁱⁿ. med.
Oberärztin
Pflege Baumgarten
Seckendorfstraße 1
A – 1140 Wien
susanne.schrage@gesundheitsverbund.at

Stöckl, Andrea, Dipl. ETⁱⁿ
Ergotherapeutin, Validationslehrerin
Pflege Innerfavoriten
Bernhardtstalgasse 32
A – 1100 Wien
andrea@sfinks.net

Thaller, Manuela, DGKP i. R.
Ehem. Stationsleitung, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Pumgasse 11-13/2/12
A – 1230 Wien

Urban, Renate, MTF
Dipl. Med. Techn. Fachkraft i. B. Physiotherapie
Pflege Meidling an der Abteilung
Stüber Gunther Gasse 2
A – 1120 Wien
Renate.Urban2@gesundheitsverbund.at

Vasko, Greta †
Ehem. Patientin/Bewohnerin
Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW

Zadak, Ingrid, DGKP i. R.
Ehem. Dipl. Pflegeperson, Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie, GZW
Spengergasse 4/14
A – 1050 Wien
ingrid.zadak@chello.at

Zsifkovics, Michaela, DGKP
Stationleitung
Pflege Baumgarten
Seckenhofstraße 1
A – 1140 Wien, Österreich
michaela.zsifkovics@gesundheitsverbund.at

Geleitwort zur 4. Auflage

von *Gian Domenico Borasio*

Diese Neuauflage von Marina Kojers Buch »Alt, krank und verwirrt« in der »Münchner Reihe Palliative Care« ist zweierlei: eine Notwendigkeit und eine Hommage.

Eine Notwendigkeit, denn dieses Buch ist so wichtig, dass es immer verfügbar sein sollte. Es war das erste Buch weltweit, das den inhaltlichen Ansatz der geriatrischen Palliative Care umfassend und patientennah dargestellt hat. Und dies nicht aus noch so schönen geistig-theoretischen Überlegungen heraus (Gott schütze uns heute und fürderhin vor den Palliativ-Theor-Ethikern), sondern aus einer über viele Jahre entwickelten, täglich gelebten und verfeinerten klinischen Praxis heraus. Die von Marina Kojer gegründete palliativgeriatrische Abteilung im Geriatriezentrum am Wienerwald war – genauso wie das St. Christopher’s Hospice in London – ihrer Zeit mehrere Jahrzehnte voraus. Die dort erstmals erprobten Konzepte, die radikale Orientierung an den Bedürfnissen der hochbetagten Patientinnen und ihrer Familien, die Hervorhebung der Notwendigkeit einer wahrhaftigen und situationsgerechten Kommunikationspraxis, dies alles eingebettet in eine zutiefst ärztliche Haltung der Empathie und Menschenliebe – das war damals revolutionär und ist es (leider) zum großen Teil noch heute.

Eine Hommage, weshalb Marina Kojer zustimmen musste, dieses Geleitwort von ihr ungeprüft erscheinen zu lassen. Sie hätte sonst garantiert ihr Veto eingelegt, denn wie vielen wahrhaft großen Menschen ist ihr Geltungsbedürfnis ein Fremdwort, und zwar ein ungeliebtes. Ich erinnere mich noch gut an das erste Mal, als ich Marina Kojer bei einem Vortrag zuhören durfte. Die unglaubliche Begeisterung für die Sache, die von dieser zierlichen Person ausging und den ganzen Raum erfüllte, hatte ich davor nur zweimal erleben dürfen: bei Vorträgen von Karl Rahner, einem der größten Theologen des 20. Jahrhunderts, und von Viktor Frankl, dem Psychiater und Begründer der Logotherapie, wie Marina Kojer ein Wiener, ihr wohlbekannt (sie besuchte regelmäßig seine Vorlesungen und er versuchte vergebens, sie für die Psychiatrie zu gewinnen) und wie sie durch den Zweiten Weltkrieg gezeichnet. Es ist kein Zufall, dass Marina Kojer nicht nur Ärztin, sondern auch Psychologin ist, also zwei der wichtigsten Berufe der Palliative Care und gleichsam den Leib-Seele-Dualismus in sich vereint. Diese Multiprofessionalität hat sie mit Cicely Saunders gemeinsam, die als Ärztin, Sozialarbeiterin und Pflegende die moderne Palliative Care begründet hat. Man darf mit Fug und Recht Marina Kojer als die Cicely Saunders der palliativen Geriatrie bezeichnen – gerade, weil sie das weit von sich weisen würde.

Es gehört zu den leider häufigen Irrtümern der Medizingeschichte, dass die wunderbare Abteilung für palliative Geriatrie in Wien nach der Pensionierung von Marina Kojer schrittweise aufgelöst wurde und heute nicht mehr existiert. Aber der Geist dieser Abteilung lebt weiter, genau wie die von diesem Buch ausgegangene

Entwicklung für eine echte Umsetzung der Palliative Care-Prinzipien in der Geriatrie. Bestes Beispiel dafür ist die 2015 gegründete Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie, deren Ehrenvorsitzende Marina Kojer ist. Roland Kunz, einer der profiliertesten Palliativgeriater Europas, geht darauf in einem eigens für diese Neuauflage verfassten Kapitel ein (► Kap. 23). Ein weiteres Beispiel ist die europaweit erste Professur für geriatrische Palliative Care, die 2016 an der Universität Lausanne eingerichtet werden konnte (► Kap. 24). Diese Initiativen tragen die bahnbrechenden Konzepte, die erstmalig von Marina Kojer und ihrem Team entwickelt wurden, in die klinische Praxis und in die akademische Forschung und Lehre weiter, getreu dem Motto von Jean Jaurès: »Tradition ist nicht die Anbetung der Asche, sondern die Weitergabe des Feuers«.

Dieses Buch ist aber nicht nur wichtig in seinem historischen Kontext, sondern ist von großer – angesichts der fürchterlichen Fehler, die in der Pandemie in vielen Alters- und Pflegeheimen weltweit gemacht wurden, muss man sogar sagen: schmerzhafter – Aktualität. Das Beispiel einer Ärztin (es ist weiß Gott kein Zufall, dass sowohl Cicely Saunders als auch Marina Kojer Frauen sind), die im Brustton der Überzeugung und für jeden erkennbar glaubwürdig sagen kann »Von der Betreuung hochbetagter dementer Menschen kann man süchtig werden« ist ein Lichtblick in dieser immer dunkler werdenden Zeit. Wir brauchen diese Lichtblicke wie die Luft zum Atmen, und wir dürfen nicht zulassen, dass sie in Vergessenheit geraten. Daher ist es für die Münchner Reihe Palliative Care eine große Freude und Ehre, diese Neuauflage von »Alt, krank und verwirrt« zum 80. Geburtstag von Marina Kojer ihrem Wirken als Ärztin und Lehrerin und ihrer Pioniertätigkeit für die palliative Geriatrie zu widmen.

Lausanne/München, im November 2021
Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio

Inhalt

Autorenverzeichnis	5
Geleitwort zur 4. Auflage	9
<i>von Gian Domenico Borasio</i>	
Vorwort zur 4. Auflage	19
Vorwort zur 1. Auflage	23
Danksagung	26
 Teil I: Die Suche nach neuen Wegen in der Geriatrie	
1 Palliative Geriatrie	29
<i>Marina Kojer</i>	
2 Die Umsetzung von Palliative Care in der Geriatrie	39
<i>Marina Kojer, Susanne Pirker</i>	
2.1 Palliative Care	39
2.2 Sind Hochbetagte tatsächlich Palliativpatientinnen?	39
2.3 Das Angebot an unsere Patientinnen	42
2.4 Was wünschen sich unsere Patientinnen?	43
2.5 Palliative Geriatrie bedeutet Lebensqualität bis zuletzt	44
3 Was lässt sich durch unseren Einsatz verbessern?	49
<i>Marina Kojer</i>	
3.1 Radikale Patientinnenorientierung	49
3.2 Kommunikation und Zusammenarbeit im Team	49
3.3 Kompetenzsteigerung	50
3.4 Sichtbarmachen von Leistungen	53
4 Unspektakuläre Fortschritte – ein Bericht	54
<i>Susanne Pirker, Michaela Zsifkovic</i>	
4.1 Der palliative Behandlungsansatz	55
4.2 Die Angehörigen	56

4.3	Bestandsaufnahme	57
4.4	Angehörigenarbeit	57
4.5	Medizin	58
4.6	Pflege	59
4.7	Der weitere Weg	60
5	Handeln wir in deinem Sinne? – Was tun, wenn ein alter Mensch nicht mehr selbst entscheiden kann?	61
	<i>Susanne Schragel</i>	
5.1	Aufklärung	63
5.2	Fixierung, Sedierung, Anhaltung	65
5.3	Künstliche Ernährung – PEG-Sonde	66
6	Die »kleine Ethik« für jeden Tag	69
6.1	Ärztliche Entscheidungen	69
	<i>Martina Schmidl</i>	
6.1.1	Wie entstehen ärztliche Entscheidungen?	70
6.1.2	Fixieren	72
6.1.3	Mobilisation	72
6.1.4	Zu welchem Verhalten entscheide ich mich?	73
6.2	Alltägliche Entscheidungen in der Pflege	75
	<i>Ursula Gutenthaler, Martina Schmidl</i>	
6.2.1	Was hat Pflege mit Ethik zu tun?	75
6.2.2	Zu welchem Verhalten entscheide ich mich?	76
6.2.3	Zehn Bitten alter Menschen an ihre Betreuerinnen aller Berufsgruppen	78
7	Frau Maria G.	79
7.1	Wer gibt, wer nimmt?	79
	<i>Marina Kojer</i>	
7.2	Gemeinsam statt einsam	82
	<i>Ingrid Zadak</i>	
7.3	Die letzte Lebenszeit	83
	<i>Snezana Lazelberger</i>	
7.4	Mein Abschied von Frau G.	85
	<i>Marina Kojer</i>	
8	Ein neuer Stil der Zusammenarbeit	88
8.1	Ein »historischer« Rückblick	88
	<i>Susanne Pirker</i>	
8.2	Hierarchiefreie Räume als Chance	92
	<i>Marina Kojer, Michaela Zsifkovics</i>	
8.3	Veränderungen im Team	96
	<i>Heinz Michalek</i>	

Teil II: Was kann das Leben bis zuletzt lebenswert machen?

9	Die Bedeutung der Selbstständigkeit für alte Menschen	105
	<i>Susanne Schragel, Siegfried Binder</i>	
10	Kommunikation mit demenzkranken und verwirrten alten Menschen	110
10.1	Die Kunst der Validation Kann man mit demenzkranken und verwirrten Hochbetagten kommunizieren?	110
	<i>Ursula Gutenthaler, Marina Kojer</i>	
10.2	Eine Station im Wandel	119
	<i>Marina Kojer</i>	
10.3	Maria M., 85 Jahre alt ... eine lebende Tote	122
	<i>Ursula Gutenthaler</i>	
10.4	Poldi S. kehrt ins Leben zurück	125
	<i>Eduard Falkner</i>	
10.5	Hermi S. war ein richtiges Ekel	127
	<i>Eduard Falkner</i>	
10.6	Nachtdienst im »Zeitalter der Validation«	129
	<i>Eduard Falkner</i>	
10.7	Frau Ida findet eine neue Heimat	133
	<i>Magdalena Breitenwald-Khalil, Eduard Falkner</i>	
10.8	Die Mittwochsrunde – ein Einblick in die Gruppenvalidation	137
	<i>Magdalena Breitenwald-Khalil, Andrea Stöckl</i>	
10.9	Die Bedeutung der Validation für die Ärztin	140
	<i>Martina Schmidl</i>	
10.10	Dem Alltag Glanzlichter aufsetzen	145
	<i>Ursula Gutenthaler</i>	
10.11	Grillfest mit Gesang: Ein Fest für Bewohnerinnen und Angehörige	148
	<i>Herbert Haider</i>	
11	Basale Stimulation in der Palliativen Geriatrie Kann man mit Menschen mit sehr weit fortgeschrittener Demenz, mit Schwerstkranken, Bewusstseinsbeeinträchtigten und Sterbenden noch kommunizieren?	151
	<i>Ursula Gutenthaler, Andrea Stöckl</i>	
11.1	Multiprofessionelle Anwendungsbeispiele in der Palliativen Geriatrie	152
11.2	Die letzte Freundschaft im Leben von Frau Anna S.	157
	<i>Ursula Gutenthaler</i>	
11.3	Die letzte Zeit im Leben von Maria B.	159
	<i>Ursula Gutenthaler</i>	

12	Therapeutinnen im Pflegeheim – ein unnötiger Luxus?	161
12.1	Ergotherapie bei »aussichtslosen Fällen«?	161
	<i>Andrea Stöckl</i>	
12.2	Physiotherapie in der Palliativen Geriatrie	166
	<i>Elisabeth Bonomo, Andrea Stöckl</i>	
12.3	Freunde mit vier Beinen – tiergestützte Therapie	171
	<i>Renate Urban</i>	
13	Mehr Farbe ins Leben!	175
13.1	Eine farblose Welt – Uniform am Krankenbett	175
	<i>Marina Kojer</i>	
13.2	Der positive Einfluss von Farben	177
	<i>Andrea Martinek</i>	
14	Natur erleben – Wahrnehmung und Lebendigkeit	181
14.1	Wie nehmen wir die Umwelt wahr? – der Garten als Lebensraum	181
	<i>Andrea Stöckl</i>	
14.2	Omas Garten	183
	<i>Marina Kojer</i>	
14.3	Hörst du es?	184
	<i>Snezana Lazelberger</i>	
14.4	Der Garten aus der Sicht einer Bewohnerin	185
	<i>Gerta Vasko</i>	
15	Palliative Pflege in der Geriatrie	187
	<i>Michaela Zsifkovics</i>	
15.1	Herstellen einer tragfähigen Kommunikation	190
15.2	Erwerb von Vertrauen	191
15.3	Körperliches Wohlbefinden	194
15.4	Seelisches Wohlbefinden	196
15.5	Integration der Angehörigen	202
15.6	Betreuung und Begleitung Sterbender, ihrer Angehörigen und ihrer Mitbewohnerinnen	205
16	Einbindung von Angehörigen	207
	<i>Marina Kojer</i>	
16.1	Warum entstehen Konflikte?	207
16.2	Angehörigenbetreuung	209
	<i>Snezana Lazelberger</i>	
16.3	Beispiele aus der Praxis	214
	16.3.1 Ohne Herrn S. geht es nicht!	214
	<i>Snezana Lazelberger</i>	

16.3.2	Aus einem »schwierigen Angehörigen« wird ein Partner	215
	<i>Michaela Zsifkovic</i>	
16.3.3	Maria S. und ihre Töchter	217
	<i>Michaela Zsifkovic</i>	
16.3.4	Die Ehefrau, der es niemand recht machen konnte ..	219
	<i>Alfred Chladek</i>	
17	Müssen alte Menschen Schmerzen haben?	222
	<i>Marina Kojer</i>	
17.1	Schmerztherapie in der Geriatrie	223
17.1.1	Körperliche Schmerzen	228
17.1.2	Seelische, soziale und spirituelle Schmerzen	229
17.2	»Bei euch habe ich erst zu leben gelernt«	233
	<i>Michaela Zsifkovic, Marina Kojer</i>	
17.3	Was »darf« wehtun?	240
	<i>Marina Kojer</i>	
18	Schmerzen erkennen und behandeln	244
	<i>Martina Schmidl, Marina Kojer</i>	
18.1	Schmerzerkennung bei Demenzkranken	244
	<i>Martina Schmidl</i>	
18.2	Schmerzen lindern	251
	<i>Marina Kojer</i>	
18.2.1	Die tragenden Säulen der Schmerzbehandlung hochbetagter Patientinnen	252
18.2.2	Was können wir tun? – Pflegerische und physikalische Maßnahmen, medikamentöse Therapie	253
18.2.3	Altersspezifische Probleme der Schmerztherapie – Was bei der Behandlung Hochbetagter besonders berücksichtigt werden muss	258
18.2.4	Haben sterbende alte Menschen Schmerzen?	260
18.2.5	Symptomkontrolle in der Schmerztherapie – eine Leistung des ganzen Teams	260
	<i>Susanne Pirker</i>	
18.3	Was geschieht, wenn Schmerzen unzulänglich behandelt werden?	262
	<i>Martina Schmidl, Marina Kojer</i>	
19	Lebensqualität	266
	<i>Martina Schmidl</i>	
19.1	Gibt es Lebensqualität für Hochbetagte?	266
19.2	Demenz und Lebensqualität	271

Teil III: Was ändert sich, wenn ein Mensch stirbt?

20	Sterben und Tod, ein Regiefehler der Natur? Kultur im Umgang mit Sterben und Tod	279
	<i>Regina Arndorfer</i>	
20.1	Wie war es früher?	279
20.2	Was hat sich geändert?	283
20.3	Behält eine Tote ihre Würde?	285
20.4	Das Zusammenleben auf der Station	286
21	Abschied nehmen – Pflege und Begleitung Sterbender	289
	<i>Ursula Gutenthaler</i>	
21.1	Wünsche und Bedürfnisse schwerkranker und sterbender alter Menschen	289
21.2	Sterbende und Team	291
21.3	Am besten gelingt mir die Begleitung Sterbender im Nachtdienst	293
	<i>Heinz Michalek</i>	
21.4	Die letzten Tage im Leben von Frau Elisabeth S.	294
21.5	Mein Abschied von Nagymama	296
21.6	Herr Kurt R. nimmt Abschied von seiner Frau	298
	<i>Susanne Schragel, Manuela Thaller</i>	
21.7	Nicht loslassen können	300
	<i>Marina Kojer, Martina Schmidl</i>	
21.8	Abschied, Begleitung, Sterben	305
	<i>Alfred Chladek</i>	
21.9	Gestorben, aber nicht vergessen	307
	<i>Michaela Zsifkovic</i>	

Teil IV: Aufgaben und Probleme der Palliativen Geriatrie heute

22	Palliative Geriatrie im Pflegeheim – ein Bogen von der Jahrtausendwende in die Zukunft.....	313
	<i>Gerda Schmidt</i>	
22.1	Palliative Geriatrie heute	314
22.2	Zukünftige Herausforderungen – »Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun« (Heller et al. 2007)	318
23	Palliative Geriatrie im Krankenhaus, wo stehen wir?	322
	<i>Roland Kunz</i>	
23.1	Warum werden alte Menschen hospitalisiert?	323
23.2	Die Rolle der Geriatrie	325
23.3	Das Angebot der Palliative Care	325

23.4	Palliative Geriatrie als Modell der Zukunft	326
24	Palliative Geriatrie aus wissenschaftlicher Sicht	329
	<i>Ralf J. Jox</i>	
24.1	Palliative Geriatrie als Wissenschaft	330
24.2	Konzept von Palliativer Geriatrie	331
24.3	Erkenntnisse und Herausforderungen der Palliativen Geriatrie	333
	Literatur	337
	Glossar	344
	Stichwortverzeichnis	355

Vorwort zur 4. Auflage

Ende des vorigen Jahrhunderts fassten die Mitarbeitenden einer Abteilung des damals größten Pflegeheims¹ Europas den nicht alltäglichen Entschluss, miteinander ein Buch über ihre Arbeit zu schreiben. Der Grund dafür: Sie hatten über Jahre gemeinsam die Grundlagen eines neuen, aus ihrer Sicht zukunftsweisenden Betreuungskonzepts für multimorbide Hochbetagte mit und ohne Demenz erarbeitet; das Konzept bekam den Namen Palliative Geriatrie.

Unsere Bemühungen verfolgten im Grunde ein sehr schlichtes Ziel: Wir wollten unseren Patientinnen und Patienten bis zuletzt ein möglichst gutes Leben ermöglichen. Sehr bald stellte sich heraus, dass dies nur gelingen konnte, wenn wir uns von den alten Menschen zu ihren Zielen führen ließen, statt wie zuvor weitgehend über sie zu bestimmen. Unser Weg ähnelte der Reise in ein unbekanntes Land, einer Reise, auf der an jeder Ecke etwas Unerwartetes geschehen kann. Fast jeden Tag entdeckten wir Neues, sahen Erfolge, lösten uns ein wenig mehr von alten »Selbstverständlichkeiten«. Rückblickend können wir diese »Reise« durchaus als einen Organisationsentwicklungsprozess bezeichnen, mit dem wir gemeinsam Schritt für Schritt eine neue Realität schufen. Allmählich begann sich die Atmosphäre im ganzen Haus zu verändern. Es gelang uns immer besser mit den Menschen, die wir betreuten in Beziehung zu treten. Sie standen uns jetzt näher und wir verstanden sie viel besser als zuvor. Daher fiel es uns auch leichter ihre körperlichen und seelischen Nöte rechtzeitig zu erkennen, ihnen wirklich zu helfen und zugleich die Wärme und Zuwendung zu schenken, die sie so dringend brauchten.

Motor des Wandels zum Positiven war für jede von uns die Verbesserung von Einstellung und Haltung. Das bedeutete: Respekt vor jedem Menschen, unabhängig von Alter, Gebrechlichkeit, Multimorbidität und Demenz. Es bedeutete weiter: Achtsamkeit und Offenheit für körperliche und seelische Schmerzen sowie für soziale und spirituelle Nöte und Bedürfnisse. Diese Veränderungen prägten mit der Zeit den Geist unserer Abteilung und verbesserten die Lebensbedingungen für die alten Menschen, für ihre Angehörigen und nicht zuletzt für uns selbst. Dies gelang, obwohl vieles andere – vor allem Wohnqualität und Personalstand – unverändert blieben und sehr viel zu wünschen übrig ließen.

Seither ist viel Zeit vergangen. Palliative Geriatrie – anfangs vielfach belächelt und von vielen energisch abgelehnt (»Demenzranke sind nicht palliativbedürftig!«) –

1 In den 13 Abteilungen dieses Pflegekrankenhauses »Geriatriezentrum am Wienerwald« (GZW) wurden damals mehr als 2.400 multimorbide Hochbetagte behandelt, gepflegt und betreut.

hat sich mittlerweile allgemein durchgesetzt. Das Konzept hat längst die Grenzen der Pflegeeinrichtungen überschritten und wird jetzt auch für andere berufliche Kontexte übernommen und adaptiert, z. B. für die ambulante Pflege oder die Versorgung Hochbetagter in Krankenhäusern. 2015 wurde die deutschsprachige internationale Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG) gegründet (www.fgpg.eu). Ihr Ziel ist die Förderung, Verbreitung, gesellschaftliche Verankerung und Weiterentwicklung der Palliativen Geriatrie. Ein entscheidender, zukunftsweisender Schritt war die Einrichtung der weltweit ersten Professur für Palliative Geriatrie an der Universität Lausanne im Jahr 2016.

Über viele Jahrhunderte wurde für beide Geschlechter im Schrifttum mit Selbstverständlichkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Seit der Erstauflage dieses Buches ist das Genderbewusstsein deutlich gestiegen; die eigenständige Rolle der Frau in Familie, im Beruf und in der Gesellschaft hat an Bedeutung gewonnen. Doch auch weiterhin wird in fast allen Büchern nur das generische Maskulinum verwendet. Dieses Buch weicht davon ab: Pflegeheime sind Frauenwelten – Welten, in denen überwiegend hochbetagte Frauen leben, die von jüngeren Frauen gepflegt, ärztlich behandelt, therapeutisch betreut sowie von weiblichen Angehörigen und Ehrenamtlichen besucht werden. Um diese Realität zu spiegeln, und auch um der weniger schwerfälligen Lesart willen, verzichten wir, wenn nicht ausdrücklich von einem Mann die Rede ist, auf Gendergerechtigkeit und verwenden ausschließlich die weibliche Form. Eine Diskriminierung für die Patienten, Mitarbeiter, Ehemänner und Söhne, die natürlich auch in den Heimen anzutreffen sind, ist durch diese Wortwahl bestimmt nicht beabsichtigt.

Das »Geriatriezentrum am Wienerwald« ist mittlerweile Geschichte, es wurde über einige Jahre schrittweise aufgelöst, durch kleinere, auf die Bezirke Wiens aufgeteilte Einheiten ersetzt und 2015 endgültig geschlossen. Die »Abteilung für Palliative Geriatrie« gibt es daher schon lange nicht mehr. Der Großteil der Mitarbeiterinnen, mit denen ich dieses Buch gemeinsam geschrieben habe, ist inzwischen in Pension oder knapp davor. Nur ganz wenige stehen noch mitten im Arbeitsleben. Drei Pflegekräfte und ein Arzt sind in der Zwischenzeit bereits gestorben.

Als feststand, dass unser Buch noch einmal aufgelegt wird, baten mich alle Autorinnen bis auf eine, die Überarbeitung der Texte für sie zu übernehmen. Die Ergotherapeutin Andrea Stöckl machte zu meiner Freude auch diesmal mit. Sie überarbeitete nicht nur ihre eigenen Texte, sondern brachte ihre Kompetenz auch in andere Kapitel ein und half mir vor allem bei der Bearbeitung der so wesentlichen Beiträge über die Kommunikation mit Menschen mit Demenz². Dafür möchte ich Dir, liebe Andrea ganz herzlich danken!

»Alt, krank und verwirrt« bildet ein gewachsenes Ganzes; es hält die Pionierarbeit meines interprofessionellen Teams während eines bestimmten Zeitraumes fest. Es schildert unseren gemeinsamen Weg, einen Weg, der genau so und nicht anders verlaufen ist. Daher habe ich die Texte sehr zurückhaltend überarbeitet, und nur Unverzichtbares hinzugefügt. Einiges wurde ergänzt, einiges weggelassen, auf be-

2 Andrea Stöckl ist nicht nur Ergotherapeutin, sondern seit vielen Jahren auch Validationslehrerin nach Naomi Feil.

deutende Veränderungen hingewiesen und die Literatur durchgehend aktualisiert. Unsere Patientinnen waren unsere wichtigsten Lehrerinnen, ihre Geschichten vermitteln nach wie vor die aussagekräftigsten Einblicke in das Wesen der Palliativen Geriatrie. Daher habe ich sie unverändert übernommen.

Beim neuerlichen Lesen der Texte wurde mir bewusst, dass sich in der Zwischenzeit zwar manche Anschauungen geändert haben und neue Erkenntnisse dazugekommen sind, dass aber das wirklich Wesentliche gleichgeblieben ist. Es geht auch heute darum, jeden Menschen, ungeachtet seines Alters und seines körperlichen und geistigen Zustands für ein gleichwertiges und gleichwürdiges Du anzusehen, ihm mit Respekt, Wertschätzung und Mitgefühl zu begegnen und ihm Selbstbestimmung zuzubilligen. Ist diese Grundhaltung, gepaart mit der unverzichtbaren fachlichen Kompetenz, vorhanden, ergeben sich die nächsten Schritte fast von selbst.

Ich hoffe, dass dieses Buch seine Leserinnen ermutigt, sich nicht von oft unzureichenden Rahmenbedingungen abschrecken zu lassen. Niemand kann Wunder wirken, aber jede Einzelne kann durch Zuwendung, Mitgefühl, zur richtigen Zeit eingesetzte fachliche Kompetenz und nicht zuletzt durch ein wenig Kreativität dazu beitragen, dass Patientinnen – heute sprechen wir meistens von Bewohnerinnen – bis zuletzt ein gutes Leben haben.

Marina Kojer

November 2021

Vorwort zur 1. Auflage

Die Liebe nimmt an, nicht weg.
Sie ergreift nicht Besitz.
Sie ist zugetan.
Sie ist das Geheimnis
der Brotvermehrung.

Christine Busta

Ich arbeite seit mehr als 20 Jahren mit und für fortgeschritten multimorbide, demenzkranke, völlig hilflos gewordene alte und hochbetagte Menschen. In dieser Zeit habe ich mich mit ganzer Kraft, mit Herz und Verstand dafür eingesetzt, erst meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, später auch andere von meinem Weg des Respekts, der Behutsamkeit und der Mit-Menschlichkeit zu überzeugen. Dieses Buch, unser Buch, ist das Ergebnis jahrzehntelangen Bemühens, gleichsam die Bilanz meines Berufslebens. Es ist nicht mein Buch, es ist unser Buch. Ich bin zutiefst dankbar dafür, dass ich nicht nur »den undenkbaren Traum« träumen durfte wie Don Quichotte, sondern meine Vision im Wirken meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lebendig werden sah. Wir, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen, haben dieses Buch gemeinsam geschrieben. Jeder Beitrag der 21 Co-Autorinnen und -autoren, ob groß oder klein, war für das Gelingen wertvoll. Erst alle gemeinsam ergaben ein Ganzes.

Wir widmen das Buch unseren Patientinnen und Patienten, den vielen kranken, alten Menschen, die wir betreuen und betreut haben. Ihnen gilt unser besonderer Dank: Sie sind und waren unsere Lehrerinnen und Lehrmeister, sie nehmen uns immer wieder an der Hand und führen uns, bis wir, oft erst nach langer Zeit, endlich begreifen, was für sie wichtig ist. Sie sind unersetzbare Kritikerinnen und Kritiker, sie machen uns auf unsere Fehler aufmerksam und lassen sich nicht so leicht täuschen. Sie sind unsere Freundinnen und Freunde und beschenken uns reichlich mit ihrem Lächeln, ihrem Vertrauen und ihrer Zuneigung. Sie sind nicht zuletzt auch unsere Kraftquellen und geben uns den Mut, auch dann weiterzumachen, wenn es schwer wird.

Nach diesen sehr persönlichen Sätzen möchte ich Sie, unsere Leserinnen und Leser, kurz mit dem Umfeld vertraut machen, in das unsere Patientinnen und wir eingebettet sind. Die Entwicklung der Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie kann nur im Gesamtkontext des Geriatriezentrums am Wienerwald (GZW) gesehen werden. Als Teil einer Krankenanstalt der Gemeinde Wien haben wir geringe Freiräume; wir haben vor allem keinen nennenswerten Einfluss auf Personalsituation und Wohnqualität. Frei verändern können wir ausschließlich uns selbst: Unsere Haltung, unser Verhalten, unsere Konzepte, unsere Kompetenz und Professionalität.

Das GZW wurde vor knapp 100 Jahren gegründet und war damals als Versorgungsinstitution für sozial Schwache gedacht. Über viele Zwischenstufen entwickelte es sich im Laufe der Jahre zum größten Pflegeheim (Pflege-Krankenhaus) Europas. In seiner Anlage gleicht das GZW einer kleinen Stadt. In dem weitläufigen Gelände bleibt zwischen den Gebäuden genug Platz für Bäume und große Grünflächen. Fast jede der 13 Abteilungen ist in einem eigenen Pavillon untergebracht. In einem weiteren Pavillon befindet sich der Großteil der Ambulanzen der Geriatrischen Poliklinik. Alle erforderlichen Untersuchungen können rasch und unkompliziert von geriatrisch geschultem Fachpersonal durchgeführt werden.

Im Unterschied zu vielen anderen Pflegeheimen verfügt das GZW über rund 120 angestellte Ärztinnen und Ärzte, die bestimmten Abteilungen oder Ambulanzen zugeordnet sind. Zwischen 1990 und 2000 wurde die medizinische und pflegerische Versorgung in vielen Richtungen wesentlich verbessert und genauer an die Bedürfnisse unserer hochbetagten Patientinnen und Patienten angepasst. Einzelne Abteilungen, zum Teil auch einzelne Stationen, haben spezifische Arbeitsschwerpunkte gefunden und sich in diesen Bereichen zunehmend spezialisiert. Die bedarfsgerechte Zuweisung erfolgt über zwei Aufnahmestationen und ein mobiles Team.

Im krassen Gegensatz zu den hervorragenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen steht leider die unzulängliche Wohnqualität. Der größte Teil unserer Patientinnen und Patienten ist nach wie vor in 7–8-Bettzimmern ohne eigene Nasseinheiten untergebracht. Die Wege zur Toilette sind für hochbetagte, gebrechliche, von Inkontinenz bedrohte Menschen viel zu weit. Es gibt so gut wie keine Rückzugsmöglichkeiten. Das größte Handicap aber ist der, am eigentlichen Bedarf der Patientinnen gemessene Mangel an Pflegepersonal. Verglichen mit dem Personalstand der meisten anderen Pflegeeinrichtungen in Österreich dürfen wir uns nicht beklagen. Für die Leistungen, die wir erbringen sollten und selbst von uns erwarten, ist der Personalschlüssel allerdings bei weitem zu gering. Ungeachtet dieser Strukturängel gelingt es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GZW jedoch erstaunlicherweise, in den wesentlichen Bereichen hervorragende Leistungen zu erbringen.

Im Rahmen dieser Gesamtstruktur wuchs und reifte im Laufe vieler Jahre in mir und später auch in meinen Mitarbeiterinnen der Wunsch, uns besonders für fortgeschritten multimorbide Hochbetagte einzusetzen, für schwer Behinderte, schwer demenziell Erkrankte, für Menschen, die nur mehr eine kurze Lebensspanne vor sich haben. Wir beschlossen, uns für die Hilfloresten zu engagieren, aus denen nach landläufiger Meinung »nichts mehr werden kann«. Wir versuchten sie besser zu verstehen, unsere fachliche und menschliche Kompetenz sowie Kreativität dazu zu nutzen, ihre körperlichen und seelischen Schmerzen, ihre Angst, Bedrückung und Einsamkeit zu lindern. Aus dieser Haltung, im Verein mit gezielter Fortbildung und zunehmender Erfahrung, entstand mit der Zeit unser Konzept der Palliativen Geriatrie.

Zu meinem großen Glück fand ich in meiner Kollegin Susanne Pirker eine Mitstreiterin aus tiefster, persönlicher Überzeugung. Ohne sie wäre es mir vermutlich nur sehr schwer gelungen, gegen den Strom der modernen Geriatrie, gegen den Strom der inneren Antriebe vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwimmend, genug Überzeugungsarbeit zu leisten und genügend Menschen für diese Form der Arbeit zu begeistern. Ohne sie wäre ich Gefahr gelaufen, auch selbst zu verzagen.

Susanne Pirker hatte gemeinsam mit ihrer Stationsleitung Michaela Zsifkovicis auf der eigenen Station viel bewegt. Darüber hinaus war sie der gute Geist der Abteilung. Ihre selbstverständliche Offenheit, ihr einfaches, unglaublich treffsicheres Denken, ihre Geduld, ihre Bescheidenheit, ihr stiller Fleiß und nicht zuletzt ihre Liebe zu den Menschen verliehen ihr Kraft und öffneten ihr die Herzen. Ich habe sie stets bewundert, sie oft um Rat gefragt, viel von ihr gelernt und bin zutiefst dankbar dafür, dass ich elf Jahre lang mit ihr zusammenarbeiten und gemeinsam mit ihr die Weichen für eine menschlichere Geriatrie stellen durfte.

Immer wieder waren wir enttäuscht oder fanden uns auf einem Irrweg wieder, doch immer häufiger entdeckten wir auch kleine »Edelsteine«, erlebten positive Überraschungen und gewannen so allmählich viel mehr Freude an unserer Arbeit. Auf diesem Weg haben wir eine Reihe von Konzepten entwickelt, die der kritischen Prüfung durch die Praxis standhalten konnten. Mit ihrer Hilfe gelingt es uns immer öfter, die Wünsche und Bedürfnisse schwerkranker, fortgeschritten dementer und todesnaher Hochbetagter besser zu erkennen und unsere Patientinnen und Patienten heute besser und liebevoller zu betreuen als früher.

Um allen, die alte Menschen beruflich, ehrenamtlich oder als Angehörige behandeln, pflegen und betreuen, Mut zu machen und ihnen uns bereits bekannte Irrwege zu ersparen, haben wir 1999 beschlossen, unsere Erfahrungen schriftlich festzuhalten. In der Folge machten sich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Pflegendе, Ärztinnen, Ärzte und Therapeutinnen in ihrer Freizeit an die Arbeit, um ihren Teil zum Entstehen dieses Buches beizutragen. Besonderen Wert legten wir dabei auf den engen Bezug zur Praxis, die einfache Umsetzbarkeit und die gute Lesbarkeit. Manche Leserin, manchen Leser mag es als ungewohnt berühren, dass wir unsere Patientinnen und Patienten oft beim Vornamen nennen. Das ist kein Zeichen von Respektlosigkeit! Wir sprechen die alten Menschen so an, wie sie selbst angesprochen zu werden wünschen. So betreuten wir z. B. eine alte Dame namens Rudolfine, die von Anfang an sagte: »Ich bin die Tante Rudi! Bitte nennen Sie mich so.« Vor allem in Wien ist – zumal in der Generation der heute (2002) 90-Jährigen – die Anrede »Frau Maria« oder »Tante Maria« noch immer sehr gebräuchlich. Ein großer Teil unserer demenzkranken Patientinnen und Patienten identifiziert sich selbst nur mehr mit dem Vornamen und nicht mit dem Familiennamen. Auch viele nicht Demenzkranke fühlen sich nur dann angenommen oder verstanden, wenn wir sie in dieser viel persönlicheren Art ansprechen.

Unser »Werk« erhebt keinen Anspruch darauf, der Stein der Weisen zu sein. Es bleibt lückenhaft, behandelt einige wichtige Themen nicht oder reißt bestehende Probleme nur kurz an. So verbindet dieses Buch nicht nur sein Thema, sondern auch seine Begrenztheit mit Palliative Care: Da und dort kann es uns hilflosen Helferinnen und Helfern bestenfalls gelingen, weniger Fehler zu machen als vorher.

Ich möchte diese Einführung nicht beenden, ohne allen Co-Autorinnen und Autoren dieses Buches von ganzem Herzen für ihre spontane Bereitschaft mitzumachen und für ihren großen Einsatz zu danken. Manche von ihnen haben seit ihrer Schulzeit nichts mehr geschrieben und mussten eine hohe Hemmschwelle überwinden, ehe sie ihre Gedanken zu Papier brachten.

Danksagung

Ich möchte meinem Freund, PD Dr. Ulf Schwänke, herzlich für seine Bereitschaft danken, Fragen und Probleme, die sich während der Überarbeitung ergaben, geduldig mit mir zu diskutieren und die fertigen Kapitel kritisch zu lesen. Seine wertvollen Anregungen haben zu wesentlichen Ergänzungen und Verbesserungen geführt.

Teil I: Die Suche nach neuen Wegen in der Geriatrie

1 Palliative Geriatrie

Marina Kojer

Als ich Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in der Geriatrie zu arbeiten begann, erkannte ich bald, dass sich vieles ändern musste, wenn ich in diesem Beruf Erfüllung finden sollte. Nichts war so, wie ich es mir vorgestellt hatte: Meine Patientinnen waren weder »lieb« noch »dankbar« noch »zufrieden«, sondern zum Großteil mürrisch, aggressiv, unzugänglich und unglücklich. Es fiel mir schwer, mich ihnen zuzuwenden. Ich musste herausfinden, was diese alten Menschen brauchten und wünschten (aber sichtlich nicht bekamen!). Wie konnte ich ihnen als Ärztin dazu verhelfen? Die meisten Pflegekräfte und Ärztinnen, denen ich begegnete, wirkten uninteressiert-gleichmütig und schienen sich dabei auch recht wohl zu fühlen. Würden sie sich jemals aus ihrer Lethargie aufrütteln und für neue Ideen begeistern lassen? An der Logik der Altenarbeit, der ich hier begegnete, stimmte etwas von Grund auf nicht. Was es genau war, hätte ich nicht sagen können, ich wusste nur, dass das, was geschah, an den meisten Patientinnen vorbeizielte.

Das größte Pflegeheim Europas war damals in vieler Hinsicht ein Aufbewahrungsort für anderwärts nicht mehr tragbare alte Menschen. Im Gegensatz zu den meisten solcher Institutionen beschäftigte es eine große Zahl angestellter Ärztinnen. Sie betreuten 3.000 Langzeitpatientinnen rund um die Uhr. Sie behandelten allfällige akute Krankheiten und führten, da sie im Allgemeinen nur wenig Zeit mit ihren Patientinnen verbrachten, darüber hinaus ein ziemlich bequemes Leben. Die Pflegenden arbeiteten intensiv, die meisten Tätigkeiten dienten allerdings der Aufrechterhaltung der Reinlichkeit. Einige Schwestern, gütige, mütterliche Frauen, suchten aufrichtig nach einem Weg zu den alten Menschen, ein paar schlecht oder gar nicht ausgebildete Gutwillige taten freundlich, was von ihnen verlangt wurde, die meisten anderen erledigten einfach ihren Job. Eine Zeitlang überlegte ich ernsthaft, ob ich mich nicht nach einem anderen Arbeitsplatz umsehen sollte.

Meine Ratlosigkeit angesichts dieser bedrückenden Gegenwart machte mich zu Beginn fast aktionsunfähig. Ich war enttäuscht – enttäuscht vom Alltag des Pflegeheims (ich hatte es mir ganz anders vorgestellt), enttäuscht von den Patientinnen (sie »wollten« mich gar nicht), enttäuscht von mir selbst. Da ich mich von Kindheit an zu alten Menschen besonders hingezogen gefühlt hatte, hatte ich mich bewusst für eine Arbeit in der Geriatrie entschieden. Ich war mit vielen unrealistischen Ideen und Plänen hierhergekommen, doch diese idealistischen Vorstellungen verloren angesichts ernüchternder Tatsachen rasch ihren Glanz.

Ich war gekommen, um mich als Ärztin und als Mensch für alte Menschen einzusetzen. Ich wollte nicht nur ihre Krankheiten behandeln, ich wollte sie als ganze Menschen wahrnehmen, mich ihnen zuwenden, ihr Vertrauen und ihre Zuneigung gewinnen und mit ihnen über ihr Leben sprechen. Meine Patientinnen sollten das