



Im Leben und im Sterben begleitet:
„Ich will euch tragen bis zum Alter hin.“ Jesaja 46,4

Impressum

1. Auflage März 2014

Herausgeber:

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.

Hirtenstraße 4

80335 München

Telefon: +49 (0)89 55169-730

Telefax: +49 (0)89 66160-586

info@caritasmuenchen.de

www.caritasmuenchen.de

www.caritas-leben-im-alter.de

Konzeption und Koordination:

Gertrud Schwenk

Fotos:

Fotolia, Thomas Klinger, iStock

An der Erarbeitung der Texte haben die Mitglieder des Hospizbeirats im Caritas-verband München, Geschäftsbereich Altenheime mitgewirkt.

Diese sind: Christine Bischl, Marion Jettenberger, Gertrud Schwenk, Benjamin Straßer sowie Martin Alsheimer, Hospiz Akademie der gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Dienste Nürnberg.

Hinweis:

Diese Broschüre wurde gefördert aus Mitteln des Erzbischöflichen Hospiz- und Palliativfonds München und Freising.



Erzbischöflicher
Hospiz- und
Palliativfonds



Inhalt

Vorwort	3
Zur Broschüre	4
Herausforderungen	4
Leitlinien einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur ...	6
1 Grundlagen	8
2 Träger- und Leitungsverantwortung	10
3 Ethische Entscheidungsfindung	12
4 Öffentlichkeitsarbeit	14
5 Basisorientierung	15
5.1 BewohnerInnen	15
5.2 Angehörige	17
5.3 MitarbeiterInnen	19
5.4 MitbewohnerInnen	21
6 Palliative Pflege	22
7 Interprofessionelle Zusammenarbeit	23
7.1 Seelsorge	23
7.2 Haus- und Fachärzte	24
7.3 Ehrenamt	25
7.4 Vernetzung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung	26
8 Versorgung verstorbener BewohnerInnen und Sorge um deren Angehörige	28
Über das Projekt „Christliche Hospiz- und Palliativkultur“	29
Literatur	30
Weitere Broschüren und Zeitschriften zum Thema	31
Abkürzungsverzeichnis	31

Liebe Leserinnen und Leser!

Wo wird mein Ort in der letzten Lebensphase wohl sein? Diese Frage bewegt Menschen. Als Wunschort wird meist „Zuhause“ genannt. 66 Prozent der Deutschen erhoffen sich dies in einer Umfrage 2013 (im Auftrag des Magazins DER SPIEGEL). Damit kann die Wohnadresse gemeint sein. Bei Nachfragen, was mit „Zuhause“ gemeint ist, wird es klarer: Zuhause ist da, wo ich als Mensch Bedeutung habe und wo ich mir Sicherheit verspreche. Oder wie der Dichter Christian Morgenstern es formuliert: „Nicht da ist man daheim, wo man seinen Wohnsitz hat, sondern wo man verstanden wird.“ In diesem Sinne kann auch ein Pflegeheim ein Daheim und Zuhause sein und werden.

Die allgemeine Skepsis gegenüber Pflegeheimen ist groß. In der oben erwähnten Studie würden nur ein Prozent der Befragten das „Pflegeheim“ als Ort für das eigene Sterben wählen. Letzter Platz. Diese Vorbehalte nehmen wir sehr ernst, möchten jedoch zeigen, dass diese Sorge in den Einrichtungen des Caritasverbandes München und Freising e. V. unbegründet ist. Wir sind überzeugt: Unsere Altenheime sind Orte des Lebens und Wohnens. Und weiter: In unseren Einrichtungen können wir eine gute palliative Pflege und hospizliche Begleitung bieten.

Die vorliegende Broschüre beschreibt, wie eine hospizliche Fürsorge am Lebensende in unseren Caritas-Altenheimen aussehen kann, welche Herausforderungen es gibt und welche Antworten und Angebote wir in unseren Einrichtungen dazu entwickelt haben.

Die Broschüre richtet sich an BewohnerInnen und deren An- oder Zugehörige, an Interessenten für einen Heimplatz, an Kooperationspartner externer Dienste sowie Haus- und Fachärzte.

Gerne nehme ich an dieser Stelle die Gelegenheit wahr, den MitarbeiterInnen aller Professionen in unseren Caritas-Altenheimen herzlich zu danken. Die Broschüre soll eine Würdigung ihres hohen Engagements sein: Sie bringen ihr umfangreiches Fachwissen, ihre Menschlichkeit und ihre liebevolle Fürsorge in christlicher Haltung ein, um unsere BewohnerInnen im Leben und im Sterben gut zu begleiten.

Mit herzlichen Grüßen



Doris Schneider, Geschäftsführerin



Die Broschüre beinhaltet ...

- konzeptionelle Aussagen unseres Rahmenkonzeptes mit Aussagen zu Grundhaltungen und Konsequenzen für Pflege und Betreuung und
- ein durchgängiges Praxisbeispiel, das beschreibt, wie ein gemeinsames Begleiten aussehen könnte. Wir nehmen Sie dabei mit auf den Lebensweg von Frau Berta B. und ihrer Familie. Ein fiktives Beispiel, an dem wir zeigen möchten, wie die Realität einer guten Begleitung in der Zeit von Krankheit, Gebrechlichkeit, des Sterbens und der Trauer in unseren Einrichtungen der Caritas aussehen kann. Um das Zusammenspiel für eine gemeinsame Fürsorge lebendig darzustellen, kommen unterschiedliche Akteure zu Wort: Eine Tochter von Frau B., eine Heimleitung, eine Pflegefachkraft, eine Mitarbeiterin aus der Sozialen Begleitung, der behandelnde Hausarzt, eine Mitarbeiterin aus der Hauswirtschaft, eine Auszubildende der Pflege, eine ehrenamtliche Hospizhelferin in der Einrichtung sowie eine Mitarbeiterin aus einer regionalen Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, kurz SAPV.



Herausforderungen

Die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ fordert in ihrem Bericht: „(Die) palliativmedizinische und palliativpflegerische Kompetenz in die Alten- und Pflegeheime zu integrieren, wird eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre sein.“ (Deutscher Bundestag 2005: 35 f). Nach Schätzung der Enquête-Kommission sterben über ein Viertel der Bundesbürger in Alten- und Pflegeheimen mit steigender Tendenz (vgl. Statistisches Bundesamt 2011).

Die Anforderungen, unter denen Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Pflegeheimen geleistet werden muss, sind heute und auch in Zukunft hoch. Wir fassen die wichtigsten Herausforderungen, die wir sehen, in vier Schlaglichtern zusammen:

Die Pflegeintensität in der letzten Lebensphase wächst. 1994 wurden 63 Prozent der HeimbewohnerInnen als pflegebedürftig identifiziert – 2011 waren es 87 Prozent (Statistisches Bundesamt 2011: 16). Ab 80 Jahren leiden demenziell erkrankte Menschen zusätzlich unter durchschnittlich ca. 8 Organdiagnosen (Füsgen 2008: 12). „Der Anteil älterer Menschen mit vier und mehr unheilbar fortschreitenden Krankheiten hat in den letzten zwanzig Jahren um 300 Prozent zugenommen.“ (Kunz 2011: 48). Die häufigsten Diagnosen umfassen Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Parkinson und Demenz (Davies; Higgins 2008).

Der Heimeinzug geschieht immer später unter oft schwierigen Umständen. Immer mehr Menschen möchten und können bis ins hohe Alter in ihrer bisherigen Wohnumgebung bleiben. Das ist die gute Nachricht. Diese Entwicklung führt aber auch dazu, dass die Entscheidung für ein Pflegeheim immer später getroffen wird und unter dem Druck von gesundheitlichen Einbrüchen geschieht. Das durchschnittliche Alter liegt beim Einzug bei 86,7 Jahren (STMAS 2006: 579). Etwa drei Viertel der einziehenden BewohnerInnen werden direkt aus dem Krankenhaus verlegt. „Ins Heim kommen fast nur noch schwerstpflegebedürftige und demente Menschen in der letzten Phase ihres Lebens.“ (Gröning 2007: 39; vgl. auch Wyerer u. a. 2005).

Die verbleibende Lebenszeit in der Pflegeeinrichtung sinkt. Dies ist nicht Ausdruck schlechter Pflege, sondern Folge des immer späteren Heimeinzugs. 22 Prozent der BewohnerInnen versterben bereits innerhalb der ersten sechs Monate, weitere sieben Prozent im Laufe des ersten Jahres nach Einzug (BMFSFJ 2006: 17).

Es gibt ethisch spannungsreiche und hochsensible Entscheidungssituationen. Bei insgesamt schätzungsweise 400.000 bis 600.000 Menschen müssen jährlich Entscheidungen über lebensverlängernden Maßnahmen getroffen werden (Faust 2009: 6). Beispiel PEG-Sonde¹, deren Einsatz besonders sensibel verantwortet werden muss (vgl. Marckmann 2007: 23): „70 Prozent betreffen Heimpatienten, die meist an Demenzen leiden und bei denen diese Maßnahme meist gar nicht medizinisch indiziert ist.“ (Strätling u. a. 2007: 2153). Um zu guten Entscheidungen zu kommen, braucht es eine gute Gesprächs- und Entscheidungskultur in den Einrichtungen.

¹ Die perkutane (lateinisch für: durch die Haut) endoskopische (mittels Magen-Spiegelung) Gastrostomie (Öffnung zum Magen), kurz PEG, ist die Einlage einer Sonde durch die Haut der Bauchdecke in den Magen. Dabei wird die Sonde mittels Kanülen und Endoskop im Magen implementiert und mit einer inneren und äußeren Halteplatte fixiert. (Pflegetwiki)

Leitlinien einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur

Die Leitlinien einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe im Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. (2011) bilden die Grundlage unseres Handelns.

Sterben ist ein persönlicher und individueller Prozess. Dem Sterben wie dem Leben Heimat geben bedeutet, die Einzigartigkeit jedes Menschen in seiner Lebenssituation zu achten und ihn zu begleiten. Die Fürsorge für den sterbenden Menschen orientiert sich an dessen Selbstbestimmung. Dies bedeutet, seine Wünsche in einer Atmosphäre der Offenheit, Wertschätzung und Empathie zu erkunden und zu ertasten.

Sterben gehört zum Leben. Eine gute Begleitung sterbender Menschen muss nichts Spektakuläres bedeuten. Aufgabe ist, noch eine Lebenszeit zu ermöglichen, die lebenswert ist. Es sind die kleinen Dinge des Alltags, die wichtig sind (z.B. Achtsamkeit im Kontakt, Aufmerksamkeit für besondere Wünsche). Auch im Sterben hat jedes Leben göttliche Würde, Sinn und Wert.

Wenn Menschen sterben, ist dies oft mit Schmerzen, Leid und Not verbunden. Eine gute Begleitung sterbender Menschen erfordert, den Menschen wahrzunehmen in seinen physischen, sozialen, psychischen und spirituellen Belangen und ihm und allen Beteiligten achtsame Begleitung anzubieten.

Sterben führt an und über Grenzen – auch an die Grenze der Sprache. Vieles ist nicht sagbar. Die Begleitung sterbender Menschen bedeutet, weitere nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten (z.B. christliche und persönliche Rituale, Symbole, Berührung, Körpersprache) zu entdecken und anzubieten.

Im Sterben begleiten durch Zeichen und Rituale des Glaubens. Christliche Hoffnung vertraut darauf, dass durch Sterben und Tod hindurch neues, anderes Leben beginnt. Die Sakramente der Eucharistie und der Krankensalbung, weitere Glaubensrituale auch anderer Konfessionen und Religionen sowie alle individuellen Bedürfnisse, die sterbenden Menschen Stärkung und Halt bieten, werden respektiert.

Eine gute Begleitung sterbender Menschen braucht Flexibilität, Absprachen und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der Prozess der Sterbebegleitung fordert von den Begleitern im Team (Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Ehrenamtliche) ein hohes Maß an fachlichen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen.

Sterben und Tod konfrontieren die BegleiterInnen mit der Endlichkeit ihres eigenen Lebens. Sterbebegleitung bedeutet, dass sich die Begleiter mit eigenen Ängsten und Grenzen auseinandersetzen, Orte der Hoffnung und Stärkung kennen und wissen, wo Halt und Hilfe für das eigene Leben gefunden werden kann.

Christliche Hospiz- und Palliativkultur hat alle Beteiligten im Blick: Den sterbenden Menschen, die Familie, Freunde und Mitbewohner. Begleitung heißt auch, anzunehmen und auszuhalten, dass Beziehungen manchmal schwierig oder zerrüttet sind.

Die Begleitung sterbender Menschen ist zwischenmenschliche Begegnung. Sterbebegleitung bedeutet, sich für einen schützenden Rahmen in der jeweiligen Einrichtung oder Organisation einzusetzen, in dem Begegnung möglich ist. Damit dies gelingen kann, ist es auch Leitungsaufgabe, dafür Ressourcen einzusetzen.

Sterben heißt Abschied nehmen. Angehörige, Mitbewohner und Mitarbeitende brauchen Möglichkeiten und Räume, um Abschied zu nehmen und zu trauern.

Alte, kranke und sterbende Menschen zu begleiten greift einen urchristlichen Auftrag auf, dem die Caritas im Auftrag der Kirche besonders verpflichtet ist. Als Caritas sind wir uns bewusst, dass zur Umsetzung einer christlichen Hospizkultur die Haltung aller Mitarbeitenden entscheidend ist. Alle sind beteiligt, wenn es darum geht, eine christliche Hospizkultur und Palliative Care als Versorgungskonzept umzusetzen und zu leben.



Palliative Care ist mehr als Sterbebegleitung. Es geht vielmehr um einen intensiven Prozess einer guten Versorgung am Lebensende und um die Vereinbarung, mit welchen Zielvorstellungen schwerstkranke und sterbende BewohnerInnen in Caritas-Altenheimen begleitet werden. Dies schafft allen Beteiligten einen verlässlichen Rahmen, um Verständigungsprozesse zu gestalten und individuell zu begleiten. Gleichzeitig wird bemerkt, dass in der Begleitung sterbender Menschen vieles nicht planbar ist, dass Widersprüche bleiben und nicht einseitig aufgelöst werden können. Sie müssen teilweise ausgehalten und ausbalanciert werden.

„Die praktische Aktion bleibt zu wenig, wenn nicht in ihr die Liebe zum Menschen selbst spürbar wird.“
Papst Benedikt XVI, in: Enzyklika Deus caritas est, 2005

1 Grundlagen

Eine weitere Orientierung für die Weiterentwicklung und Umsetzung unserer christlichen Hospiz- und Palliativkultur sind:

- Die in einer Broschüre aufgeführten Leitlinien des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising: „Was soll ich dir tun?“ (2012),
- die „Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz“, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, 2006 (heute: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.) und
- die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. V. und der Bundesärztekammer, 2011, die der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. unterzeichnet hat.

Mit **Hospiz** (lat. hospicium = Herberge, Gastfreundschaft) wird ein Ort für Sterbende, aber auch eine einfühlsame Haltung beschrieben. Beides soll einen Rahmen schaffen, um sich im Sterben sicher und geborgen zu fühlen. In Deutschland wird mit Hospizarbeit vor allem das Ehrenamt in Verbindung gebracht; Hospizarbeit ist aus dem bürgerschaftlichen Engagement entstanden.

Palliative Care (lat. pallium = Mantel, engl. care = Sorge) will die Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, verbessern. Ziel ist es, Leiden frühzeitig zu erkennen, fachlich qualifiziert einzuschätzen und zu behandeln. (WHO 2002)

Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und die Bundesärztekammer betonen in ihrem Positionspapier: „Schwerst- kranke und sterbende alte und hochbetagte Menschen und ihre Angehörigen bedürfen einer hospizlichen und palliativen Versorgung und Begleitung, die ihren individuellen Bedürfnissen und ihrer Lebenssituation entspricht und die bestmögliche Lebensqualität am Ende des Lebens sicherstellt. Dies gilt zuhause, in besonderen Wohnformen und in stationären Pflegeeinrichtungen. Das hohe bzw. sehr hohe Lebensalter und die hier häufig vorhandene Multimorbidität stellen spezifische Anforderungen an die Versorgungsformen. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf alte Menschen mit Demenzerkrankungen und deren Bedürfnisse zu richten.“ (DGP, DHPV, BÄK 2010)

Als Grundlagen für eine christliche Hospizkultur und Palliative Care sind folgende Prinzipien gemeint:

- Ganzheitliches Begleiten von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen,
- Erkennen und Lindern von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Anerkennung der besonderen beruflichen Rollen und persönlichem Einsatz aller Beteiligten,
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen bei gleichzeitiger Wahrnehmung von Fürsorge, Verantwortung und Engagement, wo diese gebraucht und gewünscht wird und
- ein stetes Einüben von Achtsamkeit und die Bereitschaft, die eigene Endlichkeit zu reflektieren.

Palliative Care für alle BewohnerInnen in Altenpflegeeinrichtungen, das heißt auch Offenheit gegenüber den Themen von Sterben und Tod. So beginnt palliative Versorgung bereits mit dem Einzug ins Altenheim. Bei der Sterbebegleitung im engeren Sinne kann es manchmal schwer sein, den Zeitpunkt zu bestimmen; deshalb bedarf es dazu der kontinuierlichen, sensiblen Wahrnehmung aller Beteiligten für die Bedürfnisse der BewohnerInnen und deren Angehörigen.



PRAXISBEISPIEL

Eine schwere Entscheidung ...

Ich bin eine der Töchter von Berta B. Meine Mutter ist 85 Jahre. Bis jetzt konnte sie mit unserer Unterstützung noch in ihrem eigenen Haushalt leben. Meine Schwester und ich teilen uns die Aufgaben: Einkaufen, putzen, beim Duschen helfen, da sein. Gelegentlich hilft mein Mann mit, der aller-

dings noch berufstätig ist. Unser Bruder wohnt weiter entfernt und sieht die Versorgung mehr als „Frauenaufgabe“.

Vor acht Monaten wurde bei meiner Mutter ein Tumor im Bauchraum entdeckt. Diagnose Darmkrebs, fortgeschritten, wie es hieß. Meine Mutter hatte eine Operation abgelehnt und lediglich einer Chemotherapie zugestimmt. Sie hatte Angst, dass sie den Rest ihres Lebens vielleicht einen künstlichen Darmausgang bräuchte. „Das will ich auf keinen Fall“, sagte sie. Der Tumor wachse in ihrem Fall langsam, wie der Hausarzt meint. Eine Operation wäre äußerst risikoreich gewesen.

Unsere Mutter ist – wie soll ich sie beschreiben – schon immer jemand, der das Zepter in der Hand hatte. Das musste sie auch. Unser Vater ist früh verstorben. Und dann allein mit drei Kindern. Sie hat oder besser: hatte ein ungeheures Gedächtnis. Sie konnte ein Duzend Gedichte auswendig. Im Kopfrechnen war sie unschlagbar. Seit mehreren Monaten fällt uns aber auf, dass sie zunehmend vergesslicher, ja verwirrter wird. Vorgestern hat sie mich lange nicht erkannt. Meiner Schwester ist auch aufgefallen, dass sie kaum noch was isst. Unsere Mutter wollte nicht von ihren Kindern gepflegt werden, das hat sie immer abgelehnt.

Wir haben in der Familie die Entscheidung lange hinausgeschoben. Eine Sozialstation haben wir zur Unterstützung bereits eingeschaltet. Sie kommt morgens zum Waschen und Ankleiden. Ungefähr 30 Minuten. Aber was geschieht in den anderen 23 Stunden? Ich schäme mich manchmal, dass wir es nicht mehr alleine schaffen. Ich sage mir zwar immer, dass es anderen Familien wohl auch so geht, aber trotzdem bleiben Zweifel. Jetzt brauchen wir wohl wirklich Hilfe – auch wenn es mir wirklich schwer fällt ...



2 Träger- und Leitungsverantwortung

Hospizkultur lebt von Vorbildern und guten Beispielen.

Die Leitungskräfte des Trägers und der Einrichtung stehen in einer besonderen Verantwortung. Sie müssen in ihrer täglichen Kommunikation und in ihrem Führungsstil die hospizliche Haltung von Respekt und Achtsamkeit vorleben und bereit sein, nach guten Wegen zu suchen.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Der Integration, Sicherung und Weiterentwicklung von christlicher Hospizkultur und Palliative Care in der Einrichtung einen hohen Stellenwert zu geben,*
- *die Palliativversorgung organisatorisch durch Fortbildungen voranzubringen und bei diesem Prozess die MitarbeiterInnen zu beteiligen und*
- *die hospizliche Kultur in der Alltagsroutine lebendig zu halten.*

Hospizliche Kultur braucht die Rückendeckung und Unterstützung der Leitung.

„Die Würde der Sterbenden beginnt mit der Würdigung der Mitarbeiter.“ (Heller, 2005) Die Leitungskräfte sind besonders gefordert, das Engagement der MitarbeiterInnen in der Palliativversorgung und Sterbebegleitung anzuerkennen.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Den MitarbeiterInnen einen verlässlichen Rahmen zu schaffen,*
- *kreative Lösungen einer individuellen Begleitung – so weit es geht – zu ermöglichen,*
- *MitarbeiterInnen in ihrer persönlichen und fachlichen Befähigung zur Palliativversorgung und der Begleitung sterbender BewohnerInnen zu unterstützen und*
- *in Konfliktfällen Verantwortung zu übernehmen und versuchen, diese zu lösen.*

PRAXISBEISPIEL

Einen guten Rahmen schaffen ...

Als **Heimleiter** ist mir eine gute Palliativversorgung und Sterbebegleitung eine Herzensangelegenheit. Insofern war für mich oder besser gesagt: für uns alle das Projekt „Christliche Hospiz- und Palliativkultur“ des Caritasverbandes eine willkommene Gelegenheit, die eigene Praxis zu überprüfen und wo nötig weiterzuentwickeln.

Am Thema selbst war ich persönlich schon immer nahe dran. Mein Vater ist vor drei Jahren verstorben. Für mich wäre auch vorstellbar gewesen, dass er in einer unserer Caritas-Einrichtungen seine letzte Lebensphase verbringt. Vor diesem familiären Verlust musste ich mich schon von zwei Freunden verabschieden, die vor einigen Jahren an Krebs verstorben sind. Von daher kenne ich auch als Angehöriger oder Freund typische Nöte.

Im Projekt haben wir gemeinsam erfasst, was schon alles geleistet wird und wo wir Entwicklungsbedarf sehen. Diese sogenannte Ist-Analyse war aufschlussreich. Es hat sich bestätigt, vieles wird bei uns bereits schon sehr verlässlich und selbstverständlich in der Palliativversorgung und Sterbebegleitung getan. Das war aber noch nicht ausführlich in einem Konzept festgehalten worden.

Für unsere Pflegedienstleitung und mich war es schön zu hören, dass die MitarbeiterInnen Rückhalt spüren. Für mich war immer der Leitgedanke tragend, dass „Sterbebegleitung Vorrang hat“. Ich war auch umgekehrt beeindruckt. In den erzählten Beispielen der MitarbeiterInnen wurde für mich

deutlich, wie kreativ und individuell sie sich kümmern. In drei Bereichen haben wir Verbesserungsbedarf festgestellt. In dem zweijährigen Projekt haben wir dann diese Bereiche weiter entwickelt:

- So haben sich die Pflegedienstleitung und ich als „Moderatoren für Ethische Fallbesprechungen“ qualifiziert. Wir können anbieten, bei schwierigen Fragen entsprechende Gespräche zu moderieren und die Verantwortlichen, wie z.B. Angehörige und den behandelnden Hausarzt, an einem „Runden Tisch“ zusammenzubringen.
- In mehreren Schulungen haben wir alle MitarbeiterInnen für die Palliativversorgung sensibilisiert. Neben speziellen Fortbildungen für Pflegekräfte wollten wir ein gemeinsames Grundverständnis schaffen, das auch vom Seelsorger, den MitarbeiterInnen der Sozialen Begleitung, der Hauswirtschaft und der Verwaltung sowie dem Hausmeister gemeinsam mitgetragen wird.
- „Jeder, der geht, belehrt uns ein wenig über uns selber. Kostbarster Unterricht an den Sterbebetten“, ermutigt uns die Dichterin Hilde Domin. Wir üben uns darin. Diese unmittelbare Nähe zu Sterben und Tod und – wie ich meine, damit auch zum Leben – ist eine Chance, birgt aber auch Belastungen. Wir bieten deshalb Besinnungstage für MitarbeiterInnen zur Entlastung. Nach jedem Versterben eines Bewohners reflektieren wir die Begleitung.

3 Ethische Entscheidungsfindung

Hospizliche Kultur braucht eine hohe ethische Sensibilität und dialogische Verfahren des Austausches, um mit Betroffenen und Beteiligten zu verantwortungsvollen Entscheidungen zu kommen.

Wir sind uns dabei der häufigen Unsicherheit bewusst zu erkennen und zu entscheiden, wann der unmittelbare Sterbeprozess eintritt. Durch die meist wellenförmigen Krankheitsverläufe bei alten Menschen, ist eine Prognose oft schwierig, ob es sich um die Sterbephase im engeren Sinn handelt oder um eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Bewohners. Deshalb ist der gleichberechtigte Austausch der Wahrnehmungen auf Augenhöhe sowie eine darauf aufbauende Entscheidungsfindung möglichst im Konsens unabdingbar.

Das bedeutet in der Umsetzung

- MitarbeiterInnen in der Moderation von ethischen Fallbesprechungen zu schulen,
- bei komplexen Fragestellungen die Entscheidungsprozesse über ethische Fallbesprechungen zu moderieren,
- die regelmäßige Überprüfung der getroffenen Therapie-Entscheidungen anzuregen (z.B. bei begonnener oder vorhandener PEG-Ernährung) und
- das Anliegen oder die Entscheidungssituation bei grundlegenden oder neuen Fragestellungen beim Caritas-Ethikrat² einzureichen bzw. dessen Angebot zur Beratung und Moderation in Anspruch zu nehmen.

Hospizkultur und Palliative Care orientieren sich stets am Willen und den Wertvorstellungen der betroffenen Bewohner.

Es kann hilfreich sein, sich möglichst frühzeitig mit Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und dem Lebensende auseinanderzusetzen. Das Wissen, was dem Bewohner wichtig ist, bietet Orientierung und Sicherheit, wenn der Bewohner selbst nicht mehr entscheiden kann.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir ermutigen die BewohnerInnen, sich mit der Verfassung einer eigenen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auseinander zu setzen und respektieren auch die Entscheidungen, nichts Verbindliches im Vorfeld regeln zu wollen,*
- *durch situative Biografiearbeit versuchen wir bei demenziell erkrankten BewohnerInnen, die sich zu diesem Thema nicht mehr aktiv äußern können, deren mutmaßlichen Willen zu erkunden, wie in der Sterbephase und bei speziellen Situationen verfahren werden soll und*
- *durch eine vorausschauende palliative Notfallplanung wollen wir unnötige bzw. nicht gewollte Krankenhauseinweisungen im Sterbeprozess vermeiden.*

² Der Caritas-Ethikrat ist ein interdisziplinär besetztes Gremium des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e. V., das 2009 gegründet wurde und für die Träger und Einrichtungen unter dem Dach des Caritasverbandes eine beratende Funktion zu ethischen Fragestellungen übernimmt.

PRAXISBEISPIEL

Die Vorstellungen und Anliegen zählen ...

Die Tochter von Frau B. war gestern bei mir als **Heimleiter**. Sie wollte sich zunächst nur erkundigen, was wir für ihre Mutter tun können, wie bei uns die Betreuung aussieht, was es kostet und ob ein Platz zur Verfügung stünde. Ich gebe nach den ersten Erläuterungen auf die Fragen im Gespräch auch Raum für eventuelle Schuldgefühle, die bei vielen Angehörigen da sind. „Ich kann mir vorstellen, es ist keine leichte Entscheidung, Ihre Mutter in ein Pflegeheim zu geben ...“

Da die Tochter von Frau B. auch von ihrer Sorge erzählt, „dass alles ganz schnell zu Ende gehen kann“, gehe ich bereits in diesem Erstgespräch darauf ein. Sonst klopfen wir bei den eingezogenen Bewohnern in der Eingewöhnungszeit taktvoll an, um über Vorstellungen zur letzten Lebensphase ins Gespräch zu kommen. Eine Türöffner-Frage ist zum Beispiel: „Gibt es etwas, das Sie auf keinen Fall möchten, wenn es Ihnen gesundheitlich mal schlechter gehen sollte oder Sie sich nicht mitteilen könnten?“ Das mögen schwierige Fragen sein, aber wir haben positive Erfahrungen: Die meisten Bewohner und Angehörigen sind sehr offen und dankbar, über diese Situation mit uns sprechen zu können. Es ist übrigens einfacher zu sagen, was man nicht möchte. Natürlich respektieren wir, wenn jemand nicht darüber sprechen möchte. Den Angehörigen stellen wir oft folgende Fragen: „Was wissen Sie oder was vermuten Sie, wäre Ihrem Vater/Ihrer Mutter wichtig, wenn es gesundheitlich schlechter geht oder das Leben zu Ende geht? Gibt es etwas, das bereits besprochen oder sogar geregelt worden ist?“ Und: „Gibt es etwas, das Ihnen als Angehörige in dieser Situation wichtig wäre oder auf was wir achten sollen?“



Für uns ist es wichtig, möglichst frühzeitig mit Bewohnern bzw. Angehörigen ins Gespräch zu kommen, z.B. auch über Angehörigenabende zum Thema. Wir bieten zusammen mit der örtlichen Pfarrei in regelmäßiger Folge Informationsveranstaltungen zum Thema „Patientenverfügung und Vorsorge“ an. Das wird gut angenommen. Neben BewohnerInnen und Angehörigen kommen immer auch interessierte Bürger aus der Umgebung.

Mit der Tochter von Frau B. bin ich gut ins Gespräch gekommen. Beim nächsten Besuch war auch ihre Mutter dabei. Zwei Wochen später wurde ein Zimmer frei und die Entscheidung war auch bei Frau B. gereift, in unsere Einrichtung einzuziehen. Doch es fiel ihr natürlich schwer, ihre gewohnte Häuslichkeit aufzugeben.

4 Öffentlichkeitsarbeit

Hospizliche Kultur und Palliative Care „kann zur Enttabuisierung des Sterbens beitragen“ (Charta).

Sterben gehört zum Leben. Sterbebegleitung ist Lebensbegleitung. Aufgabe ist, Lebenszeit zu ermöglichen, die als lebenswert empfunden wird. Es gilt Sterben, Tod und Trauer nicht auszugrenzen, sondern ihnen – im Sinne des Hospizgedankens – einen Platz im Leben zu geben. Wichtig ist uns dabei, respektvolle und sensible Formen der Öffentlichkeit zu finden. Sie sollen für BewohnerInnen und andere Betroffene eine Auseinandersetzung erleichtern, aber auch den jeweiligen Abstand zulassen, den sie vielleicht brauchen und wünschen. Wir wissen, die beste Öffentlichkeitsarbeit ist, wenn Angehörige, BewohnerInnen und MitarbeiterInnen die Praxis der Sterbebegleitung in der Einrichtung als würdig erleben und darüber berichten.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir sprechen in den externen (z.B. Hausprospekt) und internen Veröffentlichungen (z.B. Aushänge) unseren Umgang mit Sterben, Tod und Trauer an und machen die Themen taktvoll sichtbar (z.B. Erinnerung an verstorbene BewohnerInnen),*
- *wir setzen sichtbare Zeichen des Abschieds (z.B. auf dem Wohnbereich oder in der Hauskapelle), ohne diese aufzudrängen,*
- *wir organisieren Angebote, um die Auseinandersetzung mit wichtigen Themen zu erleichtern (z.B. Angehörigenabende zum Thema Vorsorge) und*
- *wir laden Angehörige, Freunde, MitbewohnerInnen und MitarbeiterInnen ein zu Gedenkfeiern oder -gottesdiensten für unsere verstorbenen BewohnerInnen.*



PRAXISBEISPIEL

Sterben: Bei uns kein Tabu ...

Ich komme gerade von einer kleinen Abschiedsfeier für Herrn Bärmann. Entschuldigen Sie, ich habe ganz vergessen mich vorzustellen: Ich heiße Helga Dentlein, bin 84 Jahre und lebe seit mehr als eineinhalb Jahren hier in diesem Caritas-Haus. Herr Bärmann war einer meiner Nachbarn auf dem Wohnbereich. Ich habe ihn gemocht. Wir sind fast gleichzeitig damals eingezogen. Da kommt man schon ins Nachdenken ... Ich finde hier besonders schön, dass man nicht sang- und klanglos verschwindet. Man wird informiert. An seinem Platz in unserer Tischrunde brennt eine Kerze. Wie gesagt, es gab gerade eine Verabschiedung. Wir konnten im kleinen Kreis Erinnerungen austauschen. Es wurde ein Gebet gesprochen. Manche mögen das Thema ja nicht und bleiben da lieber weg. Aber das ist auch in Ordnung. Ich habe ja – Gott-sei-Dank – schon alles geregelt. Ich möchte keine Lebensverlängerung um jeden Preis. Es gab ein gutes Gespräch mit dem Heimleiter, wie man hier vorsorgen kann. Mein Sohn war damals auch dabei. Da haben wir das alles festgelegt ... Gestern ist eine Frau B. neben mir eingezogen. Man kann schon mit ihr plaudern, aber sie ist – glaube ich – schon etwas verwirrt.

5 Basisorientierung

Alle Beteiligten – der sterbende Bewohner, die An- und Zugehörigen, die Mitarbeitenden aller Bereiche, die Mitbewohner, die ehrenamtlichen Helfer, die Seelsorger, die Ärzte – sind Teil der hospizlichen Kultur in der Einrichtung und werden einbezogen bzw. berücksichtigt.

5.1 BewohnerInnen

Hospizkultur und Palliative Care unterstützt Menschen in ihrer Lebensbewältigung und Lebensbilanz.

Oft sind wir die „letzten Zeugen“ eines vergehenden Lebens. Für manche Menschen ist es dabei ein besonderes Bedürfnis, sich auf ihr Leben zu besinnen. Hier verbindet sich das Konzept von Palliative Care mit dem von Biografiearbeit.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir suchen das biografische Gespräch frühzeitig und sehen Biografiearbeit als kontinuierlichen Prozess des Kennenlernens und der Beziehungsgestaltung,*
- *wir nutzen Biografiearbeit als Kraftquelle, um BewohnerInnen in ihren positiven Lebenserfahrungen zu stärken und*
- *wir tragen nach Möglichkeit die Erfahrungen aller Professionen (Pflege, Hauswirtschaft, Soziale Begleitung etc.) über die Biografie der BewohnerInnen zusammen.*



Hospizkultur und Palliative Care sucht kommunikative Zugänge, um sich immer wieder zu vergewissern, was Menschen für und in ihrer letzten Lebensphase wollen und brauchen – und was nicht.

Es gibt nicht *die* Bedürfnisse sterbender Menschen, sondern sehr individuelle, manchmal vage, manchmal sehr konkrete Vorstellungen von BewohnerInnen. Oft werden diese nicht von selbst formuliert und mitgeteilt, sondern sie warten auf respektvollen Anstoß und Interesse.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Bei uns darf über Sterben, Tod und Trauer gesprochen werden. Wir sind hellhörig und bereit, Sorgen, Nöte und Hoffnungen aufzunehmen,*
- *wir sind auch bereit, über entsprechende Gesprächsangebote direkt Vorstellungen zur letzten Lebensphase taktvoll zu erkunden und*
- *wir erfassen die Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben der BewohnerInnen und berücksichtigen diese in der Pflegedokumentation.*

— PRAXISBEISPIEL —

Wünsche und Vorstellungen festhalten für später ...

Die Tochter von Frau B. hatte mir als **Heimleiter** ja bereits im Erstgespräch von der schweren Krebserkrankung ihrer Mutter erzählt. Sie war erstaunlich offen in diesem ersten Kontakt. Ihre Mutter habe ihr immer wieder von der Sorge erzählt, dass sie möglichst nicht mehr ins Krankenhaus möchte. Auch macht sie sich Sorgen, weil die Mutter so wenig esse in der letzten Zeit und über Schmerzen und Völlegefühl klage. Ich erkläre ihr, dass wir solche Sorgen gerne möglichst frühzeitig aufgreifen. Wir haben gute Erfahrungen gemacht, zusammen mit dem jeweiligen Hausarzt, den Angehörigen und natürlich – wenn es möglich ist – mit dem jeweiligen Bewohner genau diese Themen zu beraten. Wenn es Wünsche und Entscheidungen gibt, lassen sich diese auch in einen verbindlichen sogenannten „Palliativen Notfallplan zur Krisenvorsorge“ festhalten. Man könne sich auch so auf absehbare Komplikationen vorbereiten, z.B. wenn es vielleicht in Folge des Darmkrebsses zu einem Darmverschluss kommen sollte. Auch welche Medikamente bevorratet werden müssen, damit niemand mit Schmerzen sterben muss. Wichtig ist uns, dass möglichst nichts passiert, was der Betroffene nicht gewollt hätte. So haben auch Pflegekräfte eine gewisse Sicherheit, was zu tun und zu lassen ist. Wir haben auch gute Verbindungen zu einem Team der SAPV³, das bei Bedarf uns und den Hausarzt berät und unterstützt.

³ Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V



Hospizkultur und Palliative Care braucht eine besondere Aufmerksamkeit und Kommunikation bei demenziell erkrankten Menschen.

Viele der BewohnerInnen sind demenziell verändert. Je nach Schweregrad ihrer Erkrankung leiden sie an oft schnell wechselnden Stimmungen und der Bedrohung ihrer Identität. Gerade demenziell erkrankte Menschen können ihre Schmerzen nicht direkt äußern, sondern sind vermehrt auf unsere Wahrnehmung angewiesen.

— Das bedeutet in der Umsetzung —

- *Wir pflegen Formen der validierenden (wertschätzenden) Kommunikation, die Stimmungen auffängt und die positive Lebensantriebe als Kern der jeweiligen Identität unterstützt,*
- *wir suchen außer dem validierenden Gespräch auch nach anderen Brücken, um demenziell erkrankte Menschen zu erreichen. Gerade Berührungen können Halt geben und Beziehung vermitteln (z.B. Basale Stimulation) und*
- *wir achten insbesondere auf Schmerzgeschehen und nutzen für unsere sensible Wahrnehmung besondere Beobachtungsbogen, z.B. Schmerzermittlung mittels BESD-Skala⁴.*

⁴ Eine BESD-Skala ist ein wissenschaftlich abgesicherter Beobachtungsbogen, um bei Menschen, die sich nicht mehr direkt äußern können, mögliche Schmerzen zu erfassen.

PRAXISBEISPIEL

Leben braucht Beziehung, Sterben auch ...

Ich bin die **Pflegekraft mit besonderem Bezug** zu Frau B. „Bezugspflege“ nennt man das bei uns in der Fachsprache. Gemeint ist, dass ich mich verantwortlich um Frau B. kümmerge und erste Ansprechpartnerin für Angehörige und Ärzte bin. Wir schauen im Team, wer von uns einen „guten Draht“ zur jeweiligen Bewohnerin bzw. zum jeweiligen Bewohner hat.

Frau B. hat sich nach anfänglichem Zögern gut bei uns eingewöhnt. Sie lebt nun über vier Monate im Haus. Ich mag sie. Sie kann schon resolut sein. Ihre Stimmungen schwanken. Die demenzielle Erkrankung schreitet voran. Gestern erzählt mir ihre Tochter bestürzt, dass ihre Mutter sie anscheinend gar nicht erkannt hätte. Ich habe sie in den Arm genommen. Meine Kolleginnen und ich hatten auch gemerkt, dass Frau B. sich verändert und mehr in der Vergangenheit lebt. Im Spiegel erkennt sie sich nicht wieder. Häufig sagt sie, sie muss jetzt nach Hause, die Kinder warten auf das Essen. Wir gehen dann auf die Gefühle ein und lenken validierend auf ihre Antriebe um. Zum Beispiel: „Ja, da muss man nach Hause. Sie sind immer so eine fleißige Mutter. Und bis man die Kinder satt bekommt. Was kochen Sie denn?“ Und oft ergibt sich daraus ein kurzes, aber beruhigendes Frauen-Gespräch übers Kochen. Der Druck ist vorübergehend weg. Wir haben auch den Eindruck, dass Frau B. Schmerzen haben könnte. Auf die direkte Frage verneint Frau B. meistens. Wir sind aber nicht sicher, ob sie unsere Frage richtig versteht. Aber wir merken eine gewisse Schonhaltung, die sie einnimmt. Deshalb haben wir im Team beschlossen, das Verhalten mit Hilfe eines Schmerzbeobachtungsbogens, speziell für demenziell erkrankte Menschen, festzuhalten.

5.2 Angehörige

Hospizkultur und Palliative Care begreift Angehörige des Bewohners oder die ihm nahestehenden Menschen nicht nur als wichtige Partner, sondern vor allem als Mitbetroffene, die besonderer Aufmerksamkeit und Begleitung bedürfen.

Für Angehörige ist die Entscheidung für ein Pflegeheim manchmal mit Schuldgefühlen verbunden. Auch das Erleben der eigenen Hilflosigkeit vor Krankheit, Verfall, Sterben und Tod des Nächsten löst vielfältige Reaktionen aus: Traurigkeit, Vorwürfe, Zweifel, Festhalten, Fernbleiben. Als Außenstehende steht uns nicht zu, die Reaktionen zu bewerten oder eventuell aufgetretene familiäre Konflikte zu verurteilen oder diese lösen zu wollen. Entscheidend ist, dass wir eine neutrale Position einnehmen und eine verständnisvolle Distanz zu allen Parteien wahren. Wir versuchen dabei, die Bedürfnisse des sterbenden Bewohners in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir suchen frühzeitig mit Angehörigen ins Gespräch zu kommen und erfragen, wie sie die Situation einschätzen und was sie an Klärung und Unterstützung brauchen,*
- *wir üben einen „zugehenden Kontakt“: Nicht die Angehörigen müssen ihre Wünsche melden, sondern wir fragen immer wieder nach und*
- *Wir verstehen Angehörige als eine wichtige Ressource bei der gemeinsamen Sorge für den Bewohner.*

Hospizkultur und Palliative Care unterstützt Angehörige insbesondere in der Zeit des Sterbens.

Für viele Angehörige ist der nahende Sterbeprozess fremd und bedrohlich. Wir sind menschlich und fachlich gefordert, sie für eine Begleitung zu ermutigen und vorzubereiten. Die kleinen Gesten sind hier oft entscheidend.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir klären Angehörige über belastende Symptomveränderungen (Atmung, Ernährung, Mundtrockenheit u. a.) auf,*
- *wir versuchen, mit möglichst viel Kontinuität beim Einsatz von Pflegekräften den Sterbeprozess und die Angehörigen zu begleiten,*
- *wir machen das Angebot, in der Einrichtung (ohne zusätzliche Kosten) essen und übernachten zu können,*
- *wir entlasten sie – wenn gewünscht und möglich – durch den Einsatz von ehrenamtlichen HospizhelferInnen, um engagierten Angehörigen Auszeiten zu ermöglichen und*
- *wir beziehen Angehörige in die Pflege und Begleitung ein, im Wissen, dass praktisches Tun einem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken und das Abschiednehmen begleiten kann. So zeigen wir z.B. Angehörigen, wie sie anstelle der oft verzweifelten Versuche, sterbende Bewohner zum Essen zu überreden oder zu zwingen, ihre Lieben über eine gute Mundpflege helfen können.*

PRAXISBEISPIEL

Als Angehörige bin ich auch eine Betroffene ...

Ich bin erleichtert, dass sich meine Mutter hier anscheinend ganz wohl fühlt. Obwohl sie auch immer wieder sagt, sie möchte nach Hause. Aber die Schwestern sind sehr nett hier. Sie reden dann mit ihr über Zuhause und wie gut sie zu ihren Kindern ist. Das beruhigt meine Mutter anscheinend.

Mich hat es gestern mitgenommen, dass mich meine Mutter wieder nicht erkannt hat. Da sind mir Tränen gekommen. Aber die Schwester hat mich dann in den Arm genommen. Das war irgendwie tröstlich.

Ich hatte ein gutes Gespräch mit der Heimleitung. Sie hat uns – mein Mann war auch dabei – Fragen gestellt, was mir oder uns wichtig wäre.

• Mir wäre das Wichtigste, dass wir als Angehörige im Heim nicht be- und verurteilt werden. Ich kann mir zum Beispiel vorstellen, dass meine Schwester, mein Bruder und ich nicht immer einer Meinung sein werden und dass wir unsere Not haben, wenn die Mutter stirbt.

• Ich würde gerne über Veränderungen informiert werden wollen. Ich hätte gerne einen Ansprechpartner, der auf mich zukommt. Ich habe oft eine Hemmung, irgendwie lästig zu wirken bei dem viel beschäftigten Pflegepersonal.

• Ich freue mich, dass ich unkompliziert übernachten kann.

• Was kann ich eigentlich tun, wenn meine Mutter im Sterben liegt? Ich hatte noch nie mit einem sterbenden Menschen zu tun ...

• Außerdem habe ich Angst davor, wie es wohl sein wird, wenn meine Mutter tot ist. Werde ich den Anblick ertragen?

5.3 MitarbeiterInnen

Hospizkultur und Palliative Care ist Teamarbeit, bei der jeder Mitarbeiter seinen Beitrag leisten kann.

Kommunikation und Reflexion im Team sind das Fundament einer hospizlichen Kultur der Einrichtung. Palliative Care erfordert stets persönliche Beziehung und Engagement. Entfalten kann sich aber diese zwischenmenschliche Zuwendung nur, wenn das Engagement Einzelner durch das ganze Team getragen wird. Alle Mitarbeitende aus sämtlichen Berufsgruppen in der Einrichtung (Pflege, Soziale Begleitung, Hauswirtschaft, Verwaltung) können ihren Beitrag leisten, damit dies gelingt.

————— **Das bedeutet in der Umsetzung** —————

- *Wir informieren uns gegenseitig, wenn sich etwas in der Situation verändert, z.B. über Anzeichen einsetzender Sterbeprozesse bzw. wenn ein Bewohner verstorben ist,*
- *das Angebot eines Abschiedsrituals im Zimmer des verstorbenen Bewohners ist Teil der Trauerbewältigung für Mitarbeitende (evtl. gemeinsam mit den Mitbewohnern),*
- *wir pflegen (christliche) Rituale des Abschieds und der Erinnerung im Team, auch zur eigenen Entlastung (z.B. nach dem Versterben eines Bewohners zu Beginn der nächsten Teamsitzung),*
- *wir achten bei der Personalauswahl darauf, dass die künftigen MitarbeiterInnen eine hospizliche Haltung einnehmen und palliative Versorgung anbieten können und*
- *wir bieten Auszubildenden und PraktikantInnen Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Thema und geben ihnen dabei Hilfestellung.*



Hospizkultur und Palliative Care unterstützt Mitarbeitende persönlich und fachlich.

Gerade die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen kann an persönliche Grenzen führen. Sterbebegleitung erinnert an die eigene Endlichkeit und wird oft als belastend empfunden. MitarbeiterInnen brauchen hier besondere Unterstützung.

————— **Das bedeutet in der Umsetzung** —————

- *Wir bieten regelmäßig Schulungen in der Einrichtung zum Thema „Christliche Hospizkultur und Palliative Care“ an,*
- *die MitarbeiterInnen haben die Möglichkeit – ohne bewertet zu werden – eigene Grenzen zu benennen und Überforderungen auszusprechen, um im Team und ggfs. mit der Leitung nach Lösungen und Entlastungen zu suchen,*
- *MitarbeiterInnen anderer Konfessionen oder Religionen ermöglichen wir, unsere christliche Haltung und unsere Rituale zu verstehen und mitzutragen und*
- *wir ermutigen einander in der Kunst von einfühlsamer Nähe und notwendiger persönlicher Distanz.*

PRAXISBEISPIEL

Sie hat meine Nähe gespürt ...

Ich gehöre hier zum **Hauswirtschaftsteam** und komme gerade von Frau B. Ich kenne Frau B. nun seit ihrem Einzug ins Heim. Wir haben – so gut es ging – uns immer wieder über Kinder und Kochen unterhalten. Ich war manchmal verblüfft, welche Rezepte sie trotz ihrer Demenz noch wusste. Mir tut es leid, dass sie nun im Sterben liegt, wie die Kolleginnen aus der Pflege mir erzählt haben. Früher hat mir das Angst gemacht. Heute sehe ich das anders. Zusammen mit meinen anderen Kolleginnen aus der Hauswirtschaft haben wir an einer Fortbildung im Haus teilgenommen, bei der wir etwas über Sterbeprozesse und den Umgang mit verwirrten Menschen und mit Ernährung und Trinken erfahren haben. Das war wirklich interessant. Und wir konnten darüber sprechen, wie es uns geht, wenn Menschen im Heim, die wir ja oft längere Zeit kennen, verwirrt sind, schwer erkranken und sterben. Meine Hauswirtschaftsleitung hat mich heute ermutigt. Ich soll nur das Nötigste putzen, damit Frau B. nicht gestört ist. Und ich darf mich auch für ein paar Minuten ans Bett setzen, wenn es Frau B. gut tut. Das habe ich gemacht. Ich hatte den Eindruck, sie hat meine Nähe gespürt. Sie hat mir jedenfalls die Hand gedrückt, als ich mich langsam wieder entfernt habe ...



PRAXISBEISPIEL

Was ich als Auszubildende hier besonders gut finde ...

Wir hatten schon frühzeitig ein Gespräch, wo ich mit meiner Praxisanleiterin über meine Angst sprechen konnte, wenn jemand stirbt. Ich meine, ich habe das ja noch nie erlebt. Ich konnte meine Fragen stellen, die Kolleginnen haben mir vieles erklärt und wir haben vereinbart, dass ich nichts alleine machen muss. Ich solle keine Mutprobe daraus machen. Es sei völlig in Ordnung, dass ich unsicher bin. Das hat mich tatsächlich sicherer gemacht. Bei einem Bewohner konnte ich dabei sein, als er im Sterben lag und auch danach. Ich bin irgendwie erleichtert, weil das gar nicht schlimm war, sondern es war würdevoll, wie meine Kolleginnen den toten Bewohner versorgt haben.

5.4 MitbewohnerInnen

Hospizkultur und Palliative Care lässt individuellen Spielraum für Nähe und Distanz.

Die Bedürfnisse der MitbewohnerInnen im Umgang mit sterbenden und verstorbenen Bewohnern sind unterschiedlich. Es braucht individuelle und angepasste Lösungen in den einzelnen Bereichen, um die Balance zwischen Bedürfnissen nach Nähe und Distanz wahren zu können.

Das bedeutet in der Umsetzung

- Die MitbewohnerInnen auf dem Wohnbereich werden frühzeitig von der Bezugspflegekraft, der Wohnbereichsleitung oder der Sozialen Begleitung über die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres nahestehenden Mitbewohners informiert,
- auf Wunsch werden die MitbewohnerInnen darauf vorbereitet und in die Begleitung (z.B. Teilnahme bei der Krankensalbung) miteinbezogen,
- die MitbewohnerInnen werden im persönlichen Gespräch und über den Aushang der Sterbefallanzeige über den Tod ihrer Mitbewohnerin bzw. ihres Mitbewohners informiert und
- wir bieten Rituale für die gemeinschaftliche oder persönliche Verabschiedung, die je nach Wunsch der MitbewohnerInnen angenommen werden können oder nicht.

PRAXISBEISPIEL

Gute Gedanken und ein Zeichen der Verbundenheit..

Heute Nachmittag haben wir uns auf einem Wohnbereich mit einigen BewohnerInnen in einer gemütlichen Runde getroffen, das machen wir jeden Freitag und verbinden dies jedes Mal mit einem anderen Thema. Meine Aufgabe als **Mitarbeiterin in der sozialen Begleitung** im Hause ist es, dazu einzuladen und einen Impuls einzubringen. Ich habe die anwesenden BewohnerInnen darüber informiert, dass es heute Frau B., die jede Woche in dieser Runde dabei war, gar nicht gut gehe. Auch habe ich erzählt, dass die Töchter von Frau B. nun ganztags da sind und teilweise auch nachts im Zimmer ihrer Mutter bleiben. Wir haben in der Gruppe gemeinsam eine Grußkarte an Frau B. gestaltet, und die anwesenden MitbewohnerInnen konnten ihre guten Wünsche zum Ausdruck bringen. Danach habe ich die Karte bei Frau B. im Zimmer vorbeigebracht und bin einige Zeit noch bei ihrer Tochter geblieben, die gerade anwesend war. Durch meine eigene Weiterbildung zur Palliative Care Fachkraft im psychosozialen Bereich konnte ich ihre Nöte gut begleiten und ihr etwas Halt geben.

6 Palliative Pflege

Hospizkultur und Palliative Care leistet eine vielfältige und kreative Fachpflege vor Ort.

Eine elementare Säule der Palliative Care ist die fachlich kompetente Pflege durch gut ausgebildete und begleitete MitarbeiterInnen. Deren Arbeit wird unterstützt durch Standards im Sinne von Empfehlungen und verlässlichen Absprachen (z.B. Notfallpläne), die für verschiedene palliativpflegerische Situationen entwickelt sind.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir wollen bei allen MitarbeiterInnen der Einrichtungen eine Sensibilisierung zu den Themen Palliative Care erreichen und organisieren entsprechend Schulungen,*
- *in unserer Einrichtung haben mindestens zwei Pflegefachkräfte die Palliative Care Weiterbildung mit 160 Unterrichtsstunden und sind kompetente AnsprechpartnerInnen. Ein entsprechendes Aufgabenprofil beschreibt den Einsatz dieser Fachkräfte in der Einrichtung und*
- *unsere Standards zum Thema Palliative Care werden ständig nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben.*

PRAXISBEISPIEL

Auch wenn medizinisch „nichts mehr zu machen“ ist, können wir noch viel tun ...

Ich bin heute als **Bezugspflegekraft** im Frühdienst. Frau B. ist heute nicht mehr direkt ansprechbar. Sie scheint schon weit weg zu sein. Manchmal spricht sie ganz leise unverständliche Worte und ist etwas unruhig. Das hört dann von ganz alleine nach kurzer Zeit wieder auf. Wir beobachten das immer wieder bei Sterbenden. Fast scheint es, sie begeben sich auf eine Zeitreise durch ihr Leben, durchleben Momente noch einmal, die sie sehr bewegt haben. Frau B. hat seit heute Morgen einen rasselnden Atem. Es klingt fürchterlich, wie rasselnde Ketten. Man will sich selber räuspern, damit das beim Sterbenden aufhört. Es klingt quälend, doch wenn man in das Gesicht des Sterbenden sieht, ist da keine Not zu beobachten, sondern ein völlig entspanntes Gesicht. Auch diese Rasselatmung gehört zum Sterben dazu, denn die Muskulatur im ganzen Körper lässt nach, so auch im Rachen, der dann nicht mehr die Spannung halten kann, um das dortige Sekret zu kanalisieren. Wir drehen Frau B. leicht auf die Seite, dann ist es schon deutlich besser. Wir besprechen noch einmal im Team, dass jetzt eine gute palliative Mundpflege wichtig ist, d. h. den Mundraum immer wieder mit Flüssigkeiten nach Geschmack anzufeuchten, ob Wasser, säuerliche Tees oder Weißwein. Die Schmerzmittel, die sie ja nun nicht mehr schlucken kann, die ihr aber zuletzt so gut geholfen haben, geben wir nun nach Anweisung über eine Medikamentenpumpe unter die Haut. So muss Frau B. auch in ihren letzten Stunden keine Schmerzen haben.

7 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Um dem Anspruch einer ganzheitlichen Begleitung des Bewohners und seiner Situation sowie körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen gerecht werden zu können, braucht es die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und Beteiligter von intern und extern.

7.1 Seelsorge

Hospizkultur und Palliative Care sieht die Seelsorge als wichtigen Baustein einer ganzheitlichen Begleitung.

Das Besuchen der Kranken (und Alten) gehört zu den gebotenen Aufgaben des Christseins und ist tätige Nächstenliebe als Wesensmerkmal von Kirche. Seelsorge im Altenheim kann in vielen Formen angeboten werden, maßgeblich im seelsorglichen Gespräch, im Spenden der Sakramente und durch Rituale. Jedoch ist Seelsorge nicht nur Aufgabe einer Profession. Immer wenn wir uns existenziellen Fragen von BewohnerInnen stellen, sind wir auch seelsorglich präsent.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Begleitung der BewohnerInnen durch den Altenheimseelsorger ist integraler Bestandteil unserer Einrichtung. Der Zugang zu ihm ist unabhängig von Religionszugehörigkeit und Glaubensrichtung möglich,*
- *die Unterschiede der verschiedenen Glaubensrichtungen werden respektiert und im Umgang mit den BewohnerInnen beachtet. Die Kontaktadressen von anderen Religions-*



gemeinschaften (z.B. muslimische) sind der Einrichtung bekannt und diese werden auf Wunsch dem/der BewohnerIn weitergegeben und

- *die seelsorgliche Begleitung der BegleiterInnen ist ebenso ein wesentlicher Bestandteil unserer hospizlichen Kultur: Die SeelsorgerInnen halten Fortbildungen für Mitarbeitende und bieten ihnen auf Wunsch Gespräche und Begleitung an.*

PRAXISBEISPIEL

Ein segensreiches Ritual ...

Ich bin als **Seelsorger** hier im Haus. Heute Morgen wurde ich zur Krankensalbung zu Frau B. gerufen. Ich hatte mit ihrer Tochter in den letzten Wochen mehrfach Kontakt; von daher weiß ich, dass sich Frau B. diese sakramentale Stärkung wünscht. Es ist immer wieder erstaunlich, wie beruhigend die spürbare Segensgeste auf alle im Raum wirkt. Die Pflegekraft erzählte mir, dass Frau B. in der Nacht und am Morgen immer wieder unruhig war, aber nach dem Segen sich ein Frieden ausgebreitet hätte ...

7.2 Haus- und Fachärzte

Hospizkultur und Palliative Care ist auf eine gelingende Kooperation mit Haus- und Fachärzten angewiesen.

Krankheitsgeschehen sind gerade im Alter komplexe Prozesse. Unsere BewohnerInnen sind oft von mehreren schwerwiegenden Krankheiten betroffen und brauchen fachkundige und präsente ärztliche Versorgung. Wir sehen die Verpflichtung dafür nicht nur auf der Seite der Ärzte, sondern auch auf unserer Seite eine Verantwortung, die wir wahrnehmen wollen.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir tragen durch gute Beobachtungen, Information und Dokumentation dazu bei, dass die Hausärzte bei ihren medizinischen Entscheidungen unterstützt werden,*
- *wir bereiten Visiten vor, indem wir Beobachtungen, offene Fragen und Hilfen für Entscheidungen einbringen und*
- *wir kooperieren mit Apotheken, um eine rechtzeitige Versorgung mit Schmerzmitteln sicherzustellen.*



7.3 Ehrenamt

Hospizkultur und Palliative Care ist verbunden mit dem Engagement ehrenamtlicher HospizbegleiterInnen.

Wir schätzen in hohem Maße den Einsatz von Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung. Sie bringen Normalität, Aufmerksamkeit, Beziehungsangebote und Zeit mit. Sie zeigen in einzigartiger Weise, dass schwer kranke, hoch betagte und sterbende Menschen und ihre Angehörigen zu uns und unserer Gesellschaft gehören. Für uns sind ehrenamtliche Hospizbegleiter wichtige Mitglieder des erweiterten multi-professionellen Teams.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir kooperieren mit dem regionalen Hospizverein. Ehrenamtliche HelferInnen sind uns auch in ihrer Praktikumszeit während der Ausbildung willkommen, um unsere Einrichtung kennenzulernen,*
- *wir bieten ehrenamtlichen HelferInnen einen Platz im Team; sie werden im Team vorgestellt und werden nach Wunsch und Bedarf in Teambesprechungen einbezogen,*
- *wir laden ehrenamtliche HelferInnen zu den Festlichkeiten, aber auch zu den Fortbildungen unserer Einrichtung ein und*
- *wir entwickeln gemeinsam ein klares Rollenprofil, das Pflegekräften und ehrenamtlichen HelferInnen die Zusammenarbeit erleichtert (z.B. Dokumentation von Beobachtungen, Aufgaben, Verhalten in bestimmten Situationen).*

PRAXISBEISPIEL

Ich bringe Zeit mit ...

Ich bin als **ehrenamtliche Hospizhelferin** in diesem Hause schon seit zwei Jahren. Wir sind insgesamt drei Begleiterinnen im Ehrenamt, die auch einen Hospizhelferkurs absolviert haben. In diesem Caritas-Haus hatte ich schon mein Praktikum gemacht. Es hat mir so gut gefallen, dass ich mich entschieden habe, meine Hospizdienste hier anzubieten. Ich bin sowohl in meinem Hospizverein als auch hier im Haus integriert. Frau B. kenne ich bereits seit ihrem Einzug. Die Tochter hatte sich die Betreuung gewünscht und Frau B. schien mein Besuch auch willkommen. Heute Abend übernehme ich eine Sitzwache bei ihr. Das Leben scheint nun zu Ende zu gehen, auch wenn man das nie ganz genau sagen kann. Der Pfarrer hat ihr heute die Krankensalbung gespendet. Bis vor fünf Minuten war auch die Tochter noch da. Sie ist aber nun gegangen, weil sie durch die Aufregungen der letzten Tage erschöpft war. Zum Abschied hat sie mir noch gesagt, dass es sie sehr beruhige, dass ihre Mutter hier in guten Händen sei.

7.4 Vernetzung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung

Hospizkultur und Palliative Care knüpft und nutzt regionale Netzwerke und Dienste.

Bei komplexem Symptomeschehen, z.B. unzureichender Schmerztherapie oder anderen belastenden Beschwerden wie Atemnot, Übelkeit und Erbrechen oder Angst u. a., haben gesetzlich Versicherte einen Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gem. § 37b SGB V, auch in der stationären Altenpflege. Die privaten Krankenversicherungen übernehmen in der Regel auch die Kosten für die SAPV. Die Ansprechpartner eines SAPV-Teams kommen auf Verordnung durch einen Arzt bzw. Anfrage der Einrichtung und beraten vor Ort nach den Gegebenheiten über das weitere Prozedere.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir informieren unsere BewohnerInnen und ihre Angehörigen über eine mögliche Zusammenarbeit mit der SAPV und*
- *die Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team dient auch zu unserer Entlastung und Unterstützung. Bei schwierigen ethischen Entscheidungen kann das Team der SAPV zur Moderation und Unterstützung herangezogen werden.*

PRAXISBEISPIEL

Palliative Beratung und Unterstützung von außen ...

Ich stehe für das Team der SAPV hier in der Region. Meine Kollegen und ich wollen die Pflegenden und die Hausärzte im Haus in der hospizlichen und palliativen Versorgung da unterstützen, wo es gebraucht wird. Wir werden lange nicht bei allen sterbenden Menschen hier gebraucht. Für die meisten Aufgaben sind dieses Caritas-Haus und seine Mitarbeiter gut vorbereitet. Aber manchmal gibt es Beschwerden bei schwerkranken und sterbenden Menschen, für die es besondere Angebote braucht. So arbeiten wir in diesem Dienst mit einem multiprofessionellen Team aus Pflegekräften, Sozialarbeitern, Ärzten, einem Seelsorger und ehrenamtlichen Hospizbegleitern, alle mit einer besonderen und zusätzlichen Ausbildung. Wir kommen, wenn wir gebraucht werden und unterstützen die Pflegenden und Hausärzte in den Dingen, wo deren Ressourcen oder Kompetenzen alleine nicht ausreichen. So versuchen wir, zusammen mit ihnen unerwünschte und unnötige Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Das kann ein regelmäßiger Besuch einer ehrenamtlichen Hospizbegleiterin sein, weil die Angehörigen weit weg wohnen, beruflich sehr eingespannt sind oder weil sie sich auch als Angehörige Unterstützung in dieser schweren Zeit wünschen. Um belastenden Symptome wie z.B. Schmer-

zen, Atemnot und Übelkeit zu lindern, kann auch die fachliche Unterstützung von einer oder mehrerer Berufsgruppen aus dem hauptamtlichen Team des Dienstes in Anspruch genommen werden. Auch die Beratung oder die Unterstützung bei ethischen Entscheidungen zu lebensverlängernden Maßnahmen, wie z.B. das Legen einer Magensonde, kann hilfreich sein.

Aus diesem Grund bin ich diesmal hier. Frau B. will seit ein paar Tagen gar nicht mehr essen. Sie hat keinen Appetit und keinen Hunger mehr, so wie wir das in dieser Situation immer wieder erleben. Meist ist das für die Angehörigen schwer zu verstehen, so auch für die Tochter von Frau B., die dies sehr schwer aushalten kann. „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen.“ Wenn die Lieben dann nicht mehr essen, dann rückt der Tod so spürbar nahe. Wir erklären dann, dass dies zum normalen Sterbeprozess dazugehört und den Sterbenden selber meist keinerlei Beschwerden bereitet, im Gegenteil, sie eher unterstützt, wegen der körpereigenen Hormone, die ausgeschüttet werden, die sowohl Schmerzen als auch die Psyche positiv beeinflussen. Wenn jemand nicht mehr isst, dann ist die allerletzte Lebenszeit angebrochen. Auch jegliche künstliche Ernährung kann das Sterben nicht aufhalten und wir müssen sehen, was außer Nahrung in dieser Situation noch „nährt“ ...

**Du bist wichtig, weil Du eben Du bist.
Du bist bis zum letzten Augenblick Deines Lebens wichtig.
Und wir werden alles tun,
damit Du nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben kannst.**
Cicely Saunders 1918–2005,
Begründerin der Hospizbewegung

8 Versorgung verstorbener BewohnerInnen und Sorge um deren Angehörige

Hospizkultur und Palliative Care schafft auch eine würdige Atmosphäre des Abschieds nach dem Versterben des Bewohners.

Gerade die unmittelbare Zeit nach dem Versterben ist für viele Angehörige besonders wichtig. Diese letzten Eindrücke können einen Abschied erleichtern – oder auch erschweren. Wir wollen unseren Teil dazu beitragen, dass Angehörige ihre gute Form des Abschieds in der Einrichtung finden können.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir ermutigen Angehörige, sich von dem Verstorbenen noch im Zimmer bzw. am Bett zu verabschieden. Sie können dabei entsprechende Texte, Gebete, Kerzen und sonstige Materialien von der Einrichtung für die Gestaltung des Abschieds nutzen,*
- *wir haben zur Information für Angehörige Informationen vorbereitet, was im Trauerfall zu tun ist und was wir als Einrichtung anbieten,*
- *wir stehen beratend zur Seite, wenn es um die Ausrichtung einer Trauerfeier in der Einrichtung geht und*
- *wir unterstützen die Angehörigen bei der Räumung des Bewohnerzimmers, indem wir z.B. Kontaktdaten von Umzugsfirmen vorhalten und bei Bedarf weitergeben.*

Hospizkultur und Palliative Care unterstützt Angehörige auch in der Zeit der Trauer.

Trauer braucht Zeit, manchmal besondere Beratung und immer Möglichkeiten für Erinnerung und Austausch. Wir machen hier verschiedene Angebote, die Angehörige je nach Bedürfnis und Möglichkeit nutzen können.

Das bedeutet in der Umsetzung

- *Wir ermöglichen Angehörigen, mit der Einrichtung in Kontakt zu bleiben, z.B. über die Teilnahme an einer offenen Gesprächsgruppe für trauernde Angehörige oder in einem vereinbarten Trauergespräch und*
- *wir gedenken in der Einrichtung der verstorbenen BewohnerInnen, z.B. im Abschiedsbuch auf dem Wohnbereich und beim jährlichen Gedenkgottesdienst.*

PRAXISBEISPIEL

So seltsam das klingt: Der Abschied war schön ...

Meine Mutter ist vorgestern gestorben. Es war wirklich keine leichte Zeit – aber ich denke, es war gut so. Gut getan hat mir, dass beim Tod meiner Mutter eine Pflegekraft in der Nähe war. Sie hat Ruhe ausgestrahlt und gab uns Sicherheit. So hat sie uns eingeladen nach dem Tod unserer Mutter uns Zeit zu nehmen. Wir hätten jetzt sehr viel Zeit. Sie hat uns Mut gemacht, uns von Mutter zu verabschieden, zuerst gemeinsam, dann aber auch alleine. Sie hat uns gefragt, ob wir beten wollen. Sie hat uns dabei unterstützt, unsere Mutter so anzuziehen, wie wir sie beerdigen wollen.

Am Nachmittag sind auch mein Bruder und seine Familie angereist. Er hatte sogar seinen kleinen Enkel dabei, also den Urenkel meiner Mutter. Er kennt meine Mutter von den Besuchen. „Omimi“ hieß meine Mutter bei ihm. Die Pflegekraft hat angeregt, ob er der Uroma noch etwas malen möchte und hat ihm Papier und Stifte gegeben. Der kleine Kerl hat dann ein schönes Bild gemalt, das wir nun meiner Mutter mitgeben. Das fand ich auch tröstlich.

Ohne die Pflegekraft wären wir – glaube ich – ganz schön hilflos gewesen. Was mir sehr gut getan hat: Wir konnten die Trauerfeier hier im Haus ausrichten. Den Seelsorger kannten wir ja schon. Er hat das sehr schön gemacht ...

Über das Projekt „Christliche Hospiz- und Palliativkultur“

Der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. hat in den Jahren 2009 bis 2012 in allen stationären Altenpflegeeinrichtungen die Implementierung von „Christlicher Hospiz- und Palliativkultur“ durchgeführt. Dabei ging es neben der Qualifizierung von Fachkräften in Palliative Care auch um die Sensibilisierung und die Entwicklung einer hospizlichen Haltung aller MitarbeiterInnen, die Einbindung von ehrenamtlichen HospizhelferInnen und um eine kulturprägende Orientierung in den Organisationen. Diese begonnenen Prozesse nachhaltig zu gestalten und kontinuierlich zu optimieren ist das Anliegen des Trägers.

Das diözesanweite Projekt mit dem Titel „Christliche Hospiz- und Palliativkultur“, durchgeführt in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e. V., wurde durch die Erzdiözese München und Freising mit 1 Mio. Euro gefördert. Dieses Projekt wurde wissenschaftlich durch die Katholische Stiftungsfachhochschule München begleitet. Zentrale Evaluationsergebnisse für stationäre Altenhilfeeinrichtungen sind:

- Mit der Implementierung von Christlicher Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen der Caritas wurde deutlich, dass auch schon vor der großen Palliativbewegung eine gute Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden geleistet wurde. Dennoch haben sich mit zunehmendem Wissensstand über Palliative Care auch die Denkweisen und Einstellungen der MitarbeiterInnen weiterentwickelt.

- Palliative Begleitung benötigt die Unterstützung durch unterschiedliche Dienste und Partner. Zur Gestaltung dieser Kooperationen braucht es Kommunikationswege und -räume.

- Die Themen Sterben und Tod müssen in der Einrichtung besprechbar werden. Erst die Integration der Begrenztheit des Lebens und die Partizipation aller Betroffenen sichert die Nachhaltigkeit der Hospizkultur.

- Die Einbeziehung ehrenamtlicher HelferInnen im Sinne des Hospizgedankens ist ein elementarer Bestandteil der Begleitung (vgl. Lindemann et al, 2011).

Im Mai 2012 wurde der Erzbischöfliche Hospiz- und Palliativfonds durch den Erzbischof von München und Freising, Reinhard Kardinal Marx, eingerichtet. Dadurch können auch in Zukunft die begonnenen Prozesse in den Einrichtungen der Caritas kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen STMAS (2006): Zweiter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/sozialpolitik/sozbericht2_kap09.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Alteinrichtungen 2005. München: BMFSFJ

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz <http://www.hospiz.net/themen/hospizkultur.pdf> (Zugriff am 10.01.2014)

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising (2012): Broschüre „Was soll ich dir tun?“ Leitlinien einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur des Caritasverbands der Erzdiözese München und Freising e. V.

Davies, E.; Higgins I. (Hg.) (2008): Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen. Übersetzung der deutschen Fassung: Nauck, F.; Jaspers, B.. Bonn: PalliaMedVerlag; http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Materialien/Better_Pall_Care_Deutsche_Endfassung.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband; Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Berlin; www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband; (2012): Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Alter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Berlin; www.dhvp.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/PositionspapierErgWorkshop_060612.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband; (2012 a): Der alte Mensch im Mittelpunkt – Wunsch oder Realität im Pflegeheim? DGP und DHPV fordern adäquate Hospiz- und Palliativversorgung für hochbetagte schwerstkranken und sterbende Menschen in Pflegeeinrichtungen. Datenlage und Forderungskatalog für die Pressekonferenz am 28.08.2012, Berlin; www.dhvp.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklaeungen_28-08-12_PK_Datenlage-und-Forderungskatalog_DGP-DHPV.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Deutscher Bundestag (2005): Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“. Berlin: Drucksache 15/5858

Faust, H.-G. (2009): Endlich Rechtssicherheit beim Umgang mit Patientenverfügungen. In: Bundes-Hospiz-Anzeiger, 7 (7), 6

Füsgen, I. (2008) (Hg.): Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität. Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsreihe, Bd. 23. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft

Gröning, K. (2007): Das Pflegeheim als Lebensphase. Anmerkungen zur Soziologie des Heims. In: Mabuseverlag, 169 (9/10): 39-42

Kunz, R. (2011): Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In: Kojer, M.; Schmidl, M. (2011): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 47-74

Lindemann, D.; Wasner, M.; Straßer, B.; Hagen, T. (2011): Christliche Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen des Projektes Christliche Hospiz- und Palliativkultur (Kurzfassung) Bestelladresse: Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V., München, Hirtenstraße 4, 80335 München

Marckmann, G.: PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. In Ärzteblatt Baden-Württemberg, 62 (1), 23-27; www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/professoren/marckmann/materialien/publikationen/ethischegrundlagen.pdf (Zugriff am 10.01.2014)

Pflegewiki: Percutan endoskopische Gastrostomie. http://www.pflegewiki.de/wiki/Percutan_endoskopische_Gastrostomie (Zugriff am 10.01.2014)

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis. Wiesbaden

Strätling, M. u. a. (2005): Künstliche Ernährung. Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (49), A 2153-2154

WHO (2002) (Hg.): National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. Part 7, Pain Relief and Palliative Care. Genf: WHO, 83-91

Wichtige Literatur zum Thema Altenheim und Hospizarbeit, die unsere Haltung und unser Profil hospizlicher Arbeit aufzeigen:

- Alsheimer, M. (2010): „Hier ist ein Zuhause zum Leben – und zum Sterben ...“ Hospizkultur im Pflegeheim entwickeln. Schlüsselfragen, Beispiele und Wege. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Br., 307-326
- Borasio, G. D. (2012): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (2005): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, Wuppertal
- Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages. Zwischenbericht; www.dgpalliativmedizin.de (Zugriff am 10.01.2014)
- Fink, M. (2012): Von der Initiative zur Institution. Die Hospizbewegung zwischen lebendiger Begegnung und standardisierter Dienstleistung. Ludwigsburg
- Gronemeyer, R. (2007): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt a. M.
- Gronemeyer, R., Heller, A. (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München
- Habersetzer, M.; Schwenk, G. (2012): Spirituelle Begleitung hochbetagter Menschen. In: Fuchs, G., Raischl, J., Steil, H., Wohlleben, U. (Hrsg.) (2012): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart
- Heimerl, K. (2010): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care im Pflegeheim umsetzen. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg i. Br., 327-340
- Heimerl, K.; Heller, A.; Kittelberger, F. (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg i. Br.
- Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, St. (Hg.) (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Freiburg i. Br.
- Heller, B., Heller A. (2014): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Bern
- Krobath, Th., Heller, A. (Hg.) (2010): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg i. Br.
- Pleschberger, S. (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen. Freiburg i. Br.

Schwenk, G. (2013): Sorge für die Sorgenden. In: Praxis Palliative Care – für ein gutes Leben bis zuletzt. Heft 21/2013, Thema: Alltagsorge – Sorgealltag. Vincentz Network, Hannover.

Sträßer, B.; Kittelberger, F. (2012): Ethikberatung in Pflegeeinrichtungen. In: Fuchs, C. u. a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: 297-304

Wegleitner, K., Heimerl, K., Heller, A. (Hrsg.) (2012): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Ludwigsburg

WHO – World Health Organization (2004): Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Wilkening, K., Kunz, R. (2005): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. 2., aktualisierte Auflage. Göttingen

Weitere Broschüren und Zeitschriften zum Thema

Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Informationen zur Patientenverfügung und rechtliche Vorsorgemöglichkeiten für Unfall, Krankheit und Alter [www.verwaltung.bayern.de/Anlage1928142/VorsorgefuerUnfall, KrankheitundAlter.pdf](http://www.verwaltung.bayern.de/Anlage1928142/VorsorgefuerUnfall,KrankheitundAlter.pdf) (Zugriff am 10.01.2014)

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2011): Gemeinsam gehen. Wege der Sterbebegleitung durch Hospizarbeit und Angehörige. Download unter: www.sozialministerium.bayern.de

Deutsche Bischofskonferenz: Christliche Patientenverfügung; Formulare unter: <http://www.dbk-shop.de/de/Deutsche-Bischofskonferenz/Gemeinsame-Texte/Christliche-Patientenvorsorge.html> (Zugriff am 10.01.2014)

Praxis Palliative Care – für ein gutes Leben bis zuletzt. Vincentz Network, Hannover, Andreas Heller, Geschäftsführender Herausgeber, Stellv. Leiter der Abteilung Palliative Care und Organisations-Ethik an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt in Wien

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
STMAS	Bayer. Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

