

„Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Wie wir die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen
in den Diensten und Einrichtungen der Caritas weiter verbessern können.

27. April 2016, Frankfurt



Dokumentation



Werkstatt-Tagung



Deutscher
Caritasverband e.V.
Projekt „Bei uns soll keiner
alleine sterben“.

„Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Wie wir die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen
in den Diensten und Einrichtungen der Caritas weiter verbessern können.

27. April 2016, Frankfurt

Um was es geht ...

Sterben und Sterbebegleitung sind inzwischen zu Themen geworden, über die gesellschaftlich gesprochen wird. Es war schon immer Aufgabe der Kirche und ihrer Caritas, sich um sterbende Menschen zu kümmern. Im Rahmen des Projekts „Bei uns soll keiner alleine sterben“ lädt der Deutsche Caritasverband Sie zu einer fachbereichsübergreifenden Werkstatt-Tagung ein.

Trägervertreter und Mitarbeitende aus Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie Sozialstationen sollen zu Fragen der Sterbebegleitung miteinander ins Gespräch kommen. Es geht darum, fachbereichsspezifisch als auch bereichsübergreifend voneinander zu lernen und miteinander herauszuarbeiten, welche konkrete Unterstützung vor Ort nötig ist und was sozialpolitisch getan werden muss, um die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in den Diensten und Einrichtungen der Caritas weiter zu verbessern.

Das am 8. Dezember 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz, das u.a. die Zusammenarbeit der stationären Pflegeeinrichtungen und der Krankenhäuser mit ambulanten Hospizdiensten befördern will, und das am 3. Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung bilden neben Inputs den Hintergrund dieser Werkstatt-Tagung. Wir wollen gemeinsam nach Wegen suchen, wie eine hospizlich-palliative Kultur in den Diensten und Einrichtungen der Caritas weiter befördert werden kann.

Programm

- 10:30 **Eröffnung und Einführung**
Prälat Dr. Peter Neher
- 11:00 **Ergebnisse aus der Befragung von Caritas-Mitarbeitenden zum Thema Sterbebegleitung**
Thomas Hiemenz
- 11:40 **Erfahrungen austauschen, neue Ideen entwickeln**
Bereichsspezifische moderierte Arbeitsgruppen: Input, Austausch, Verbesserungsbedarf zu den Themen:
1. Gewährleistung von Schmerzfreiheit
2. Ethische Entscheidungsfindungen in kritischen Situationen
3. Religionssensibilität
4. Einbeziehung von Angehörigen/ambulanten Hospizdiensten?
5. Qualifizierung und Begleitung der Mitarbeitenden?
- 13:00 Mittagsimbiss
- 14:00 **Speedpräsentationen aus den Arbeitsgruppen**
- 14:35 **Fishbowl-Diskussion**
- Was können wir für eine noch bessere Sterbebegleitung in unseren Einrichtungen und Diensten tun?
 - Was können wir voneinander lernen?
 - Was muss sozialpolitisch getan werden?
- 15:20 **Zusammenfassung Dank und Ausblick**
Prälat Dr. Peter Neher
- 15:30 Ende der Werkstatt-Tagung

Adressat(inn)en

Träger und Mitarbeitende der Dienste und Einrichtungen der Caritas

Zielsetzung

- Es findet ein bereichsspezifischer und bereichsübergreifender Austausch (voneinander lernen) statt.
- Konkrete Unterstützungsbedarfe und sozialpolitische Forderungen werden herausgearbeitet.

Termin

27. April 2016, 10.30 Uhr – 15.30 Uhr

Veranstaltungsort

Das Spenerhaus
Dominikanergasse 5,
60311 Frankfurt am Main
Tel. 069 21651410
www.spenerhaus.de

Leitungen der Arbeitsgruppen

AG Behindertenhilfe

Peter Hell (Input und Moderation)
Referatsleiter Alten-, Behinderten-, Gesundheitshilfe und Hospiz, DiCV Augsburg

AG Stationäre Altenhilfe

Tobias Ising (Input)
Heimleiter, Vincenzhaus, Neuenhaus

Angela Querfurth (Moderation)
Referentin VKAD

AG Ambulante häusliche Pflege / Sozialstationen

Waltraud Kannen (Input)
Geschäftsführung, Sozialstation Südlicher Breisgau e. V., Bad Krozingen

Nora Roßner (Moderation)
Referentin Referat „Alter, Pflege, Behinderung“ im DCV

AG Krankenhaus

Bernd Oliver Maier MSc (Input)
Chefarzt Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
Ulrich Füsser (Moderation) Krankenhausseelsorger, St. Katharinen Krankenhaus, Frankfurt

Impuls / Tagungsleitung / Moderation

Prälat Dr. Peter Neher
Präsident des Deutschen Caritasverbandes

Thomas Hiemenz
Leiter des Projekts
„Bei uns soll keiner alleine sterben“, Deutscher Caritasverband

Dr. Klaus Ritter
Leiter der Abteilung „Theologische und verbandliche Grundlagen“, Deutscher Caritasverband

Kosten

Für die Teilnahme und Verpflegung fallen keine Kosten an.

Anmeldung

Bitte melden Sie sich auf dem beigefügten Anmeldeformular bis spätestens **04.03.2016** an.

Ihr/e Ansprechpartner/in

Für inhaltliche Fragen:
Thomas Hiemenz
Tel. 0761 200-381
thomas.hiemenz@caritas.de

Für organisatorische Fragen:
Sabine Bächle
Tel. 0761 200-717
sabine.baechle@caritas.de

Veranstalter

Deutscher Caritasverband e. V.
Projekt „Bei uns soll keiner alleine sterben“
Karlstraße 40, 79104 Freiburg

in Kooperation mit den Fachverbänden

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD),

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)

Eröffnung der Werkstatt-Tagung

Bei Diskussionen zum Thema Sterben und Tod fallen mir immer wieder zwei Dinge auf. Zum einen äußern viele Menschen den Wunsch, dass sie zuhause sterben möchten. Das gilt gerade dann, wenn sie familiär eingebunden sind. Im Kontrast dazu stirbt die Mehrheit der Menschen in Deutschland nicht zuhause bzw. im familiären Umfeld. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind zu den Hauptorten des Sterbens geworden. Primäre Begleiter sind Fachleute: Ärzte, Pflegekräfte sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger.

Häufig ist von der Verdrängung des Todes in modernen Gesellschaften die Rede. Ob diese Schlussfolgerung so stimmt, sei dahin gestellt, wenn man bedenkt, wie vielfach einem der Tod im Fernsehen bzw. im Film begegnet. Sicher ist jedoch, dass Sterben und Tod, anders als zu früheren Zeiten, für viele Menschen nicht mehr zu den persönlichen Alltagserfahrungen gehören.¹ Die Orte des Sterbens haben sich verändert.

Eine zweite Beobachtung macht sich für mich am Begriff der Würde fest. Wir alle möchten in Würde sterben. So richtig und konsensfähig dieser Satz ist, viel sagt er nicht aus. Sowohl in Debatten über die Sterbehilfe als auch in Diskussionen über den richtigen Umgang mit Sterbenden zeigt sich immer wieder wie populär und umstritten die Rede vom würdevollen Sterben ist. Dabei wird genauso die aktive Beendigung des Lebens als Ausdruck der Würde des Menschen betrachtet wie die Begleitung von Sterbenden bis zuletzt. Insofern reicht es nicht aus, auf ein würdevolles Sterben zu pochen. Es ist deshalb immer auch nötig, deutlich zu machen, was unter einem würdevollen Sterben zu verstehen ist – und das geht nicht ohne weltanschaulichen Hintergrund.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Beobachtungen möchte ich auf drei Punkte eingehen:

1. Orte des Sterbens
2. Würdevolles Sterben
3. Der Beitrag der Caritas

1. Orte des Sterbens

Der über viele Jahrhunderte übliche Ort zu sterben, hat sich verändert. Nicht die Familie, professionelle Einrichtungen sind zu den Hauptorten des Sterbens geworden. Im gleichen Zug sind neben familiären Angehörigen vor allem Ärzte und Pflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie nicht selten Ehrenamtliche zu Hauptpersonen in der Begleitung von Sterbenden geworden. Damit ist diesen Berufsgruppen eine Aufgabe zugewachsen, die nicht immer bzw. erst nach und nach angenommen wurde.

Es überrascht beispielsweise nicht, dass die moderne Hospizbewegung in den 1960er Jahren in England in einer Zeit entstand, in der sich der Ort des Sterbens zunehmend verlagerte. Die in den Jahrzehnten danach stark wachsende Hospizbewegung kann als Reaktion auf diese Entwicklung verstanden werden mit dem Ziel, die Sterbebegleitung an den wichtiger werdenden Orten des Sterbens zu etablieren.² Dass die Idee der Hospizbewegung gerade im christlichen Bereich, wenn auch mit Verzögerung, auf fruchtbaren Boden fiel, mag vor dem geschichtlichen Hintergrund nicht überraschen. Die moderne Hospizidee führt ihr Verständnis auf die mittelalterlichen Hospize und Hospitäler zurück, die aus einer christlichen Perspektive den Sterbenden beistehen wollten. Hier sollte das Leid im Sterbeprozess mit mitmenschlichem Beistand, Pflege und Seelsorge gelindert werden.

¹ Vgl. Alois Hahn und Matthias Hoffmann, Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis, in: Michalski Krzysztof (Hg.), Transit Europäische Revue Nr. 33, Frankfurt a.M., 2007, 5.

² Vgl. Alois Hahn und Matthias Hoffmann, Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis, in: Michalski Krzysztof (Hg.), Transit Europäische Revue Nr. 33, Frankfurt a.M., 2007, 5-24.

Die Begleitung von Sterbenden lässt sich schon früh im Christentum nachvollziehen. Nicht nur der Besuch und die Versorgung von Kranken, auch die Beerdigung der Toten gehörten selbstverständlich zu den Werken der Nächstenliebe. „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“³, so in der bekannten Gerichtsrede bei Matthäus. Diese Textpassage diente speziell zu Beginn des Christentums zur Begründung caritativer Hilfe. Dieser Satz drückt dabei mehrere Dinge aus. Er verdeutlicht die Verbindung von Gottes- und Nächstenliebe und fordert dazu auf, notleidenden Menschen beizustehen. Dabei begegnet dem Helfenden im Leidenden immer auch Christus. Selbst wenn man diesen Text nicht mit einer religiösen Brille liest, verweist er auf etwas im Menschen, das für andere unverfügbar ist: Seine Würde.

2. Würdevolles Sterben

Die Besonderheit, die den Menschen ausmacht, liegt in seiner Würde, die sich durch eine Unverfügbarkeit und Selbstbestimmung auszeichnet. Im Verlauf der letztjährigen Debatte um die Regelung des assistierten Suizids forderten Befürworter eine gesetzliche Regelung, um ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Ich möchte nicht noch einmal die unterschiedlichen Argumente dieser Debatte wiederholen. Ich denke aber nicht, dass die Frage nach einem würdevollen Sterben so einfach mit dem Verweis auf die menschliche Selbstbestimmung zu beantworten ist. Die Humanität einer Gesellschaft zeigt sich meines Erachtens gerade in den Grenzfällen des Lebens, wie mit Menschen umgegangen wird, die auf Unterstützung und Hilfe angewiesen sind. Damit ist eine zutiefst menschliche Antwort vor dem Hintergrund der Würde des Anderen umrissen, die zugleich der biblischen Vision gerecht wird, dem anderen in der Not beizustehen.

Interessant ist, dass die moderne Hospizbewegung die im Spätmittelalter entstandene sogenannte *Ars-moriendi*-Literatur aufgegriffen hat.⁴ Angesichts der Erfahrung massenhaften Sterbens, insbesondere durch die Pest, und weniger geeigneter Seelsorger wollte sie dem Menschen Wissen zur Bewältigung des Sterbens vermitteln und ihm so helfen, sich selbst auf den Tod vorzubereiten und den Sterbeprozess zu bestehen. Ganz wesentlich gehörte zu dieser Vorbereitung, rechtzeitig nach einem Freund zu suchen, der im Sterben Beistand leisten konnte. Später kam dann hinzu, das ganze Leben als Vorbereitung auf den Tod zu begreifen.

Menschen sind gerade im Sterben aufeinander angewiesen, so eine wichtige Botschaft dieser spätmittelalterlichen Literatur. Die Vorstellung, einsam sterben zu müssen, ist ganz sicher auch heute keine, die einem würdevollen Sterben entspricht. Es braucht deshalb so etwas wie eine Abschiedskultur, die es Menschen ermöglicht, in dieser Phase ihres Lebens nicht einsam zu sein. Auch wenn uns die *Ars-moriendi*-Literatur und die mittelalterliche Welt in einigen Punkten fremd sind, so gehört die Suche nach einem Freund, nach einem vertrauten Menschen, der einen im Sterben begleitet, ganz sicher zu deren bleibendem Impuls.

Kranke und alte Menschen fürchten sich oft davor, Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen. Das gesetzliche Verbot des assistierten Suizids als Geschäftsmodell setzt hier das richtige Zeichen. Auch sterbenskranke Menschen haben ihren Platz in unserer Gesellschaft. Mit dieser Entscheidung stellt sich aber einmal mehr die Aufgabe, die Hilfe beim Sterben in den Einrichtungen so zu gestalten, dass sich Menschen mit ihren Nöten und Sorgen angenommen und begleitet fühlen. Dazu gehört es auch, die Mitarbeitenden und ehrenamtlich Engagierten als Teil dieser Begleitung zu qualifizieren und zu begleiten. Insofern bedeutet Sterben in Würde für mich, die Art und Weise des Sterbens menschenwürdig und mit den Sterbenden zu gestalten.

³ Mt 25,40

⁴ Vgl. Peter Neher, *Ars moriendi – Sterbebeistand durch Laien. Eine historisch-pastoraltheologische Analyse*, St. Ottilien 1989.

Die Liste der damit einhergehenden Fragen und Probleme ist lang. Wie kann das Umfeld des Sterbenden gut einbezogen werden? Sind religiöse Empfindungen und Überzeugungen des Sterbenden zu beachten? Wie können besondere Situationen und Bedürfnisse in den Alltag einer Einrichtung integriert werden?

Gerade wenn es um Fragen der Behandlung von Menschen am Lebensende geht, verliert sich häufig eine vermeintliche Eindeutigkeit was zu tun ist. Die christliche Position zum Sterben ist keine, die den Erhalt des Lebens um jeden Preis fordert. Menschen haben auch das Recht zu sterben. Dies zeigt beispielsweise die Rede von der indirekten Sterbehilfe, wenn zur Linderung der Schmerzen ein schnellerer Tod durch Medikamente in Kauf genommen werden kann. Ein palliatives Behandlungsziel kann oftmals sachgerechter im Sinne des Patienten sein. Was sich in der Theorie leicht sagen lässt, ist in der alltäglichen Arbeit aber selten so eindeutig und verlangt eine ethische Auseinandersetzung.

3. Der Beitrag der Caritas

Die Verbindung der Caritas zum Thema der Sterbebegleitung liegt auf der Hand. Sie sind selbst Mitarbeitende oder Vertreter von Einrichtungen, in denen Menschen sterben. „Bei uns soll keiner einsam sterben“ – so das Thema der heutigen Werkstatt-Tagung. Nicht nur die beiden Gesetzgebungsverfahren aus dem letzten Jahr, auch die große Teilnahme an dieser Tagung mit rund 100 Teilnehmenden zeigt sowohl die Bedeutung, als auch die Aktualität des Themas.

Die Ängste im Zusammenhang mit dem Sterben sind unterschiedlich und so individuell wie die Sterbenden selbst. „Den anderen nicht zur Last fallen“ ist eine Formulierung, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt wird. Aber auch die Sorge mit Schmerzen sterben zu müssen, die Kontrolle zu verlieren oder einsam zu sterben, sind Ängste, die immer wieder aufkommen. Die vergleichsweise hohe Suizidrate bei älteren Menschen ist hierbei ein ernst zunehmendes Indiz für diese Sorgen und Nöte, die es ernst zu nehmen gilt.

Viele Ängste können genommen werden. Die Entwicklungen in der Palliativversorgung haben dazu geführt, dass Menschen ohne Schmerzen und andere belastende Symptome sterben können. In vielen Fällen gilt es die bestehenden Hilfsmöglichkeiten bekannter zu machen. Palliative Angebote müssen aber nach wie vor auch in der Breite vorangebracht werden. Das Hospiz- und Palliativgesetz ist hier ein wichtiger politischer Schritt.

Die beste medizinische Versorgung nutzt aber nichts, wenn Menschen nicht auch Freunde im Sinne der *Ars moriendi* finden, die den Sterbenden in der letzten Phase ihres Lebens beistehen. Auch wenn die Begleitung von Sterbenden nicht nur eine christliche, sondern eine grundsätzlich humane Aufgabe ist, verlangt die Ehrlichkeit bei diesem Thema aber genauso, sich einzugestehen, dass mit allen Bemühungen zwar sehr vielen, aber nicht allen Menschen geholfen werden kann. Schmerzvolles und subjektiv empfundenenes grausames Sterben wird es immer geben. Dieses Leid zu verschweigen oder zu ignorieren dürfen wir uns nicht erlauben.

Als das Projekt zur christlichen Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen in Diensten und Einrichtungen der verbandlichen Caritas vor zwei Jahren begann, wurde das Ziel formuliert, die Thematik der Sterbebegleitung sowohl thematisch, als auch in den Diensten und Einrichtungen intensiv weiterzuführen. Schnell wurde klar, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Erfahrungen und Rahmenbedingungen vor Ort bestehen. Ein Verband wie die Caritas lebt und profitiert von der Vielfalt der unterschiedlichen Verbände, Einrichtungen und Dienste und ist darauf angewiesen, dass Menschen miteinander ins Gespräch kommen und voneinander lernen. Insofern halte ich es für eine gute Entscheidung, dass diese Veranstaltung als eine Werkstatt-Tagung konzipiert wurde, um gemeinsam ins Gespräch zu kommen, Erfahrungen auszutauschen, um so gemeinsam herauszuarbeiten was in den Einrichtungen und Diensten der Caritas bereits an vielen Orten Gutes geschieht, was aber auch verbessert werden kann muss. Die sozialpolitische Dimension des Themas hat dabei eben-

falls ihren Platz, wenn es darum geht, die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen weiter zu verbessern.

Ein erster Schritt ist aber immer die Wahrnehmung dessen, was ist. So erscheint es folgerichtig, zunächst den Blick darauf zu lenken, wie Menschen in den Einrichtungen der Caritas das Sterben erleben. Welche Praxis finden sie vor? Entspricht dies den Vorstellungen, die wir von einem guten Sterben haben? Wie würden Sie selbst sterben wollen? In einer Befragung wurden die Erfahrungen und Sichtweisen von Mitarbeitenden der Caritas zum Thema Sterbebegleitung erfragt. Bevor Herr Hiemenz Ihnen die Ergebnisse als Projektleiter präsentieren und einordnen wird, wünsche ich Ihnen und uns allen einen konstruktiven Tag mit anregenden Diskussionen und fruchtbaren Erkenntnissen für die Praxis!

Prälat Dr. Peter Neher
Präsident des Deutschen Caritasverbandes

Ergebnisse aus der Befragung von Caritas-Mitarbeitenden zum Thema Sterbebegleitung

caritas

Ein Projektziel:

- Wir wollen gemeinsam nach Wegen suchen, wie eine hospizlich-palliative Kultur in den Diensten und Einrichtungen der Caritas weiter befördert werden kann

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



caritas

■ **Fragebogen** mit dem Ziel:
persönliche Praxiserfahrungen und Sichtweisen von Mitarbeitenden der Caritas in den Arbeitsfeldern

- Behindertenhilfe,
- Krankenhaus,
- stationäre Altenhilfe,
- ambulante häusliche Pflege/ Sozialstationen

zum Thema Sterben erfragen

-> Stimmungsbild
-> Grundlage für Weiterentwicklung Sterbebegleitung

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



caritas

■ **Beteiligung:**
660 Mitarbeitende/ kein repräsentatives Ergebnis

■ **Herzlichen Dank für**

- die Weiterleitung des Fragebogens an die Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen der Caritas über die Geschäftsführer der Fachverbände
- Ihre Teilnahme an der Umfrage

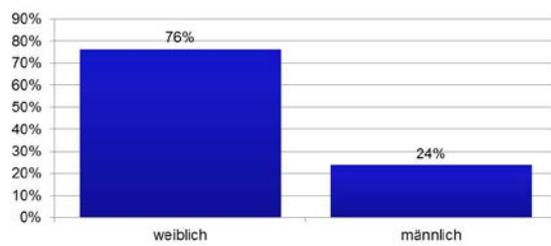
■ **Hinweis:** Sie erhalten eine Tagungsdokumentation incl. Umfrageergebnisse!

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



Rückmeldungen: Geschlecht

caritas



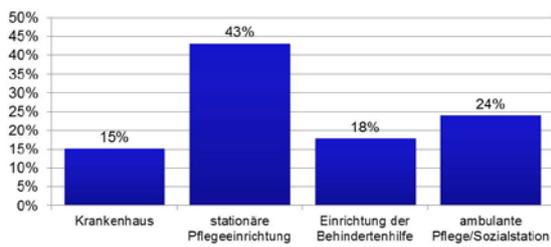
Geschlecht	Anteil
weiblich	76%
männlich	24%

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



Rückmeldungen
Mitarbeiter/in aus Einrichtung/ Dienst

caritas



Einrichtung/ Dienst	Anteil
Krankenhaus	15%
stationäre Pflegeeinrichtung	43%
Einrichtung der Behindertenhilfe	18%
ambulante Pflege/Sozialstation	24%

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



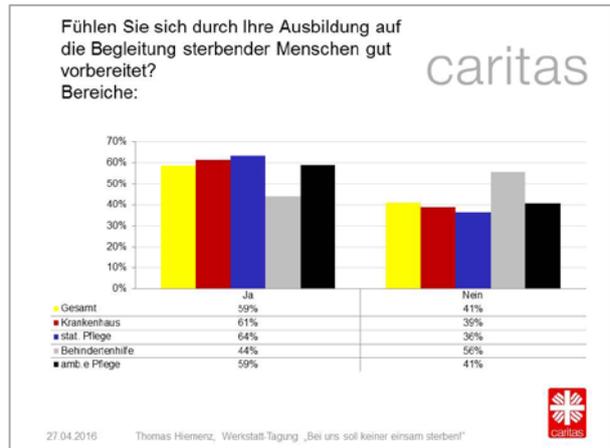
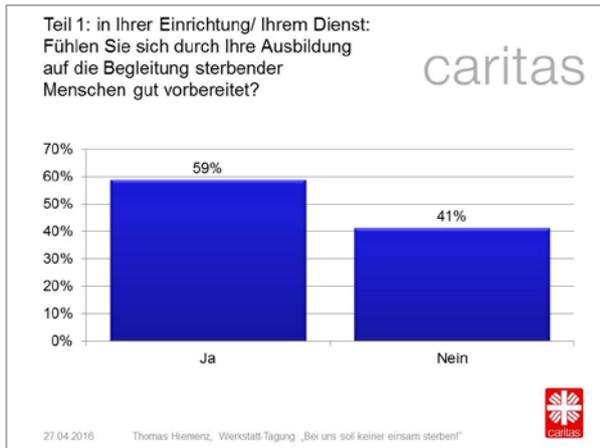
caritas

■ **Fragebogen:**

- Teil 1: bezog sich auf die Einrichtung/ den Dienst, wo die Mitarbeitenden tätig sind
- Teil 2: persönliche Fragen zum Thema Sterben

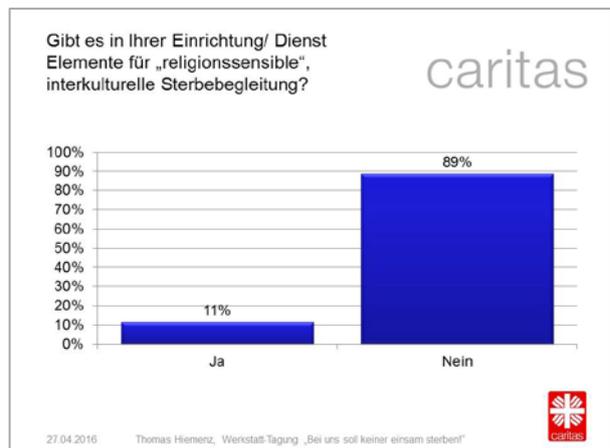
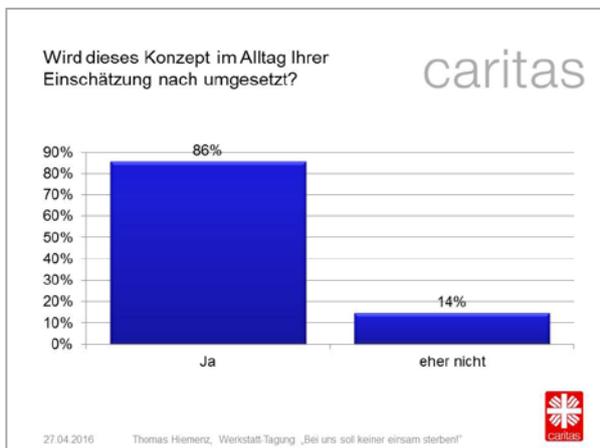
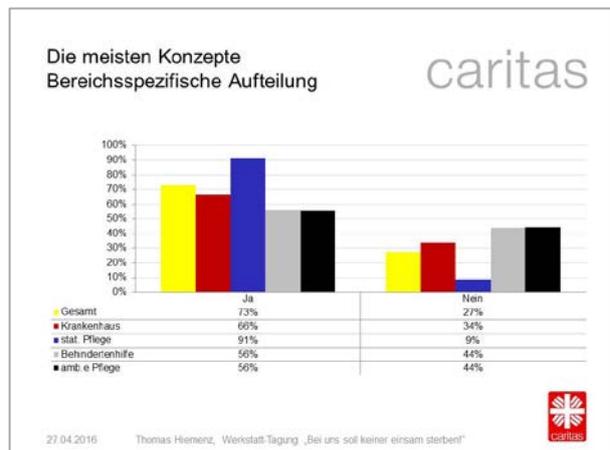
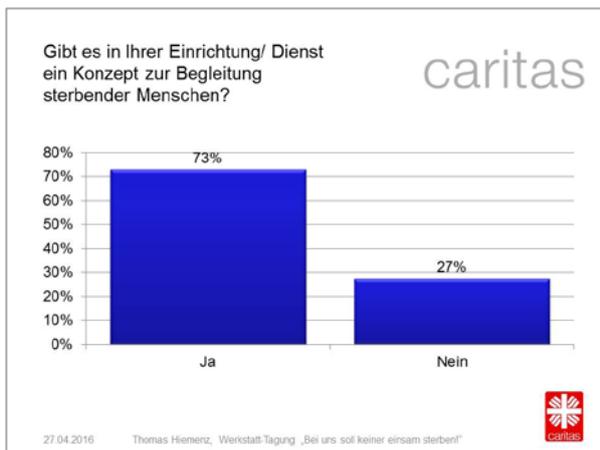
27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

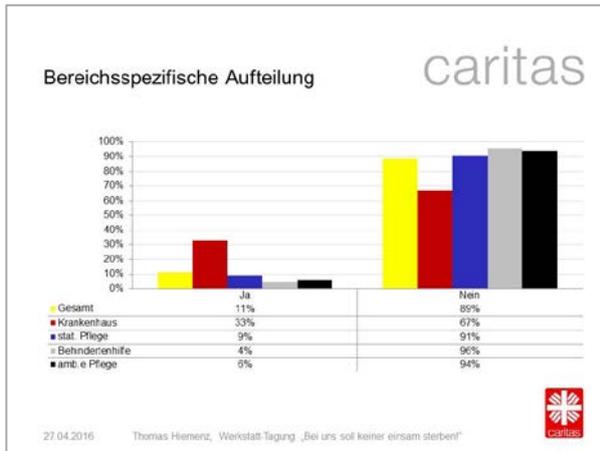




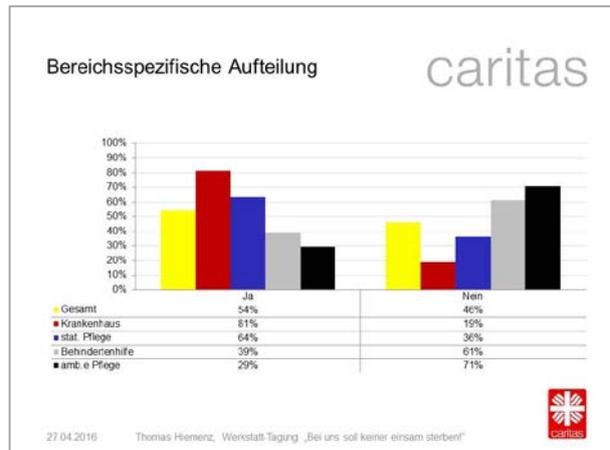
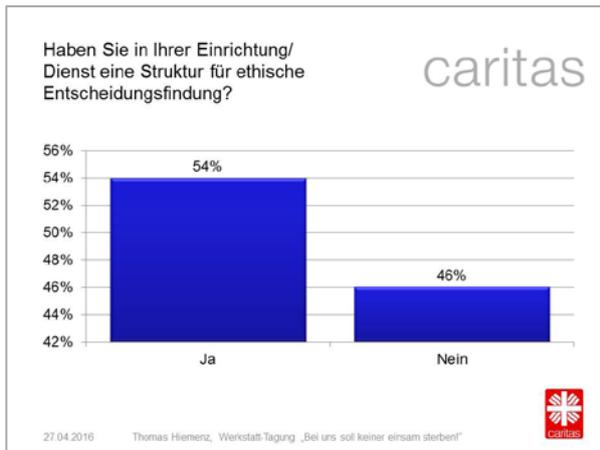
- Wenn gut vorbereitet: wodurch?
- Am häufigsten in allen Bereichen:
- palliative care Aus-/ Weiterbildung
 - Fort- und Weiterbildungen/ Seminare zum Thema Sterben, Tod und Trauer
 - Unterrichtseinheiten in der Ausbildung
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

- Was gelingt in Ihrer Einrichtung/ Ihrem Dienst im Blick auf Sterbebegleitung „richtig gut“?
- Individuelle Begleitung der Sterbenden/ Zeit haben
 - Kollegialer Austausch/ Unterstützung im Team
 - Einbeziehung der Angehörigen/ ambulante Hospizdienste
 - Seelsorgliche Begleitung
 - Gewährleistung von Schmerzfreiheit/ Zusammenarbeit mit ÄrztInnen
 - ...
 - Wenig Erfahrung (Behindertenhilfe)
 - Wenig bis „leider nichts“ (vereinzelt: alle Bereiche)
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

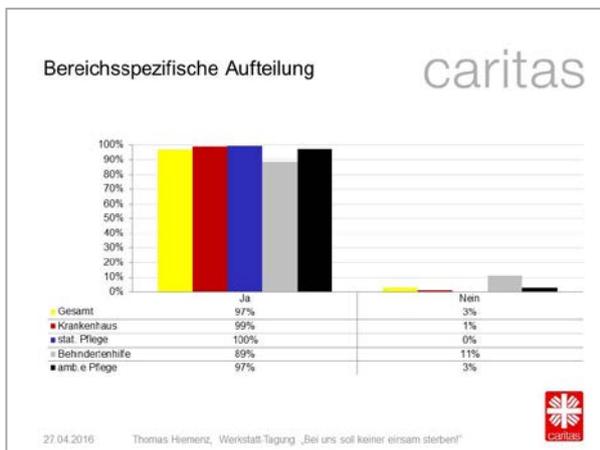
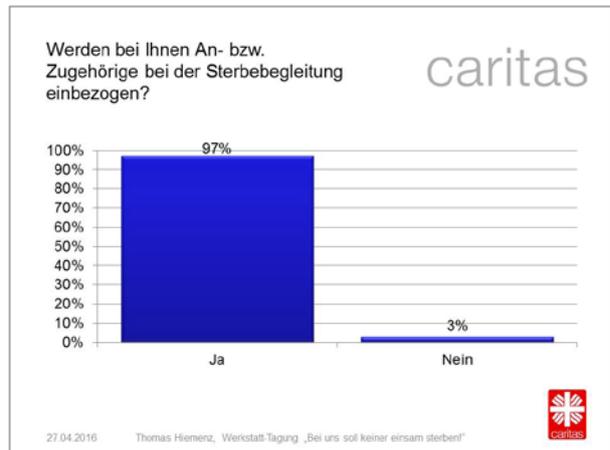




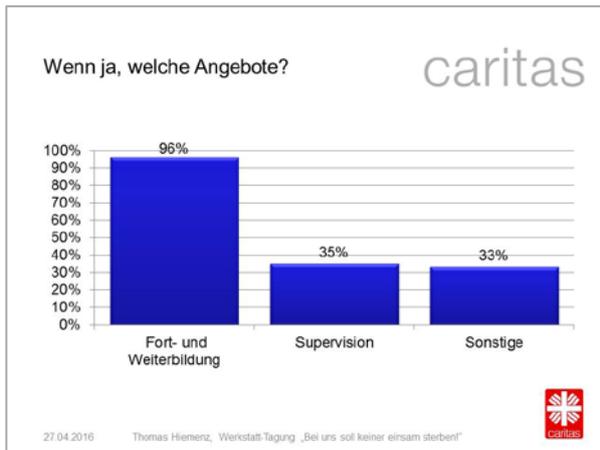
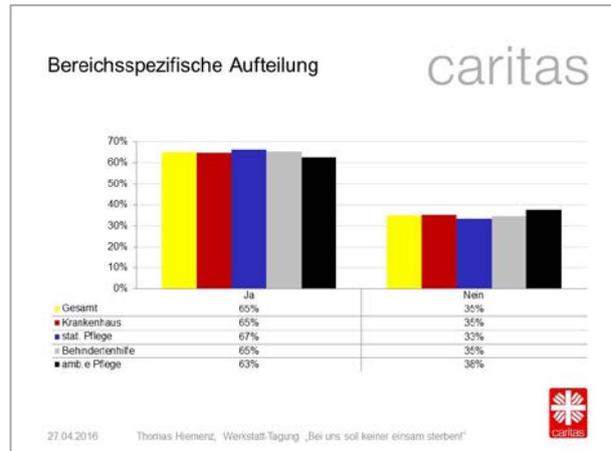
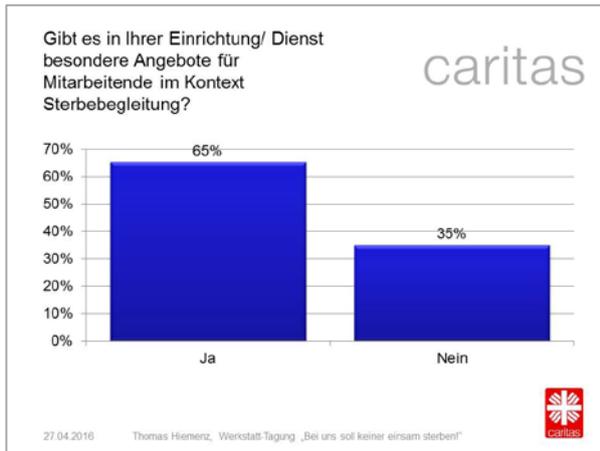
- ### Wenn ja, welche?
- Waschraum für Muslime
 - Arbeitshilfen/ Leitfäden zum Umgang mit sterbenden Menschen mit unterschiedlichen religiösen Kontexten
 - Einbeziehung der verschiedenen Religionsvertreter
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



- ### Wenn ja, welche Struktur?
- Ethische Fallbesprechungen/ Ethik-Komitee - in allen 4 Bereichen -
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“



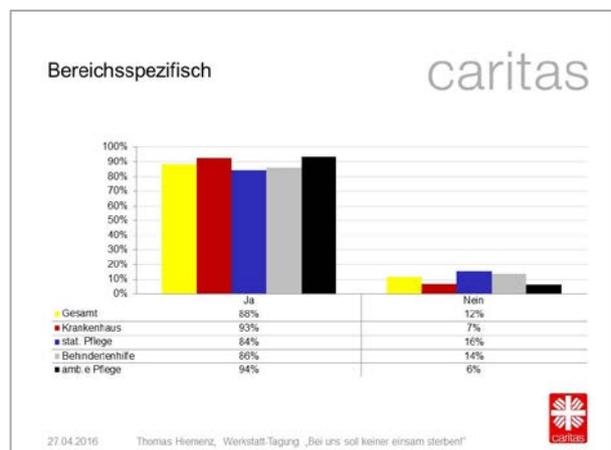
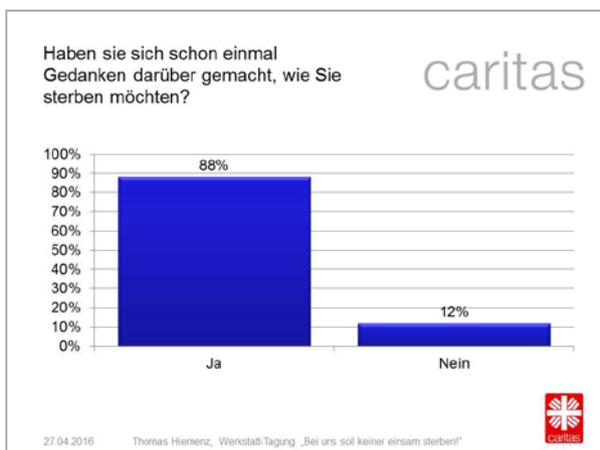
- ### Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten?
- **Krankenhaus:** große Bandbreite: keine bis sehr gute Zusammenarbeit
 - **Stat. Altenhilfe:** große Bandbreite: keine bis sehr gute Zusammenarbeit
 - **Behindertenhilfe:** eher keine Erfahrungen bis sehr gute Zusammenarbeit
 - **Amb. Pflege:** überwiegend: gute bis sehr gute Zusammenarbeit
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

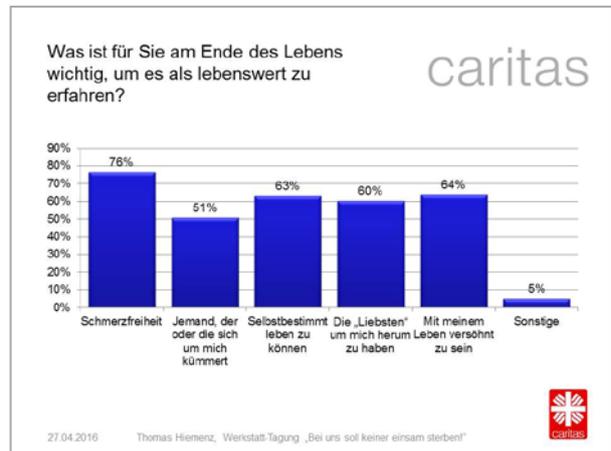
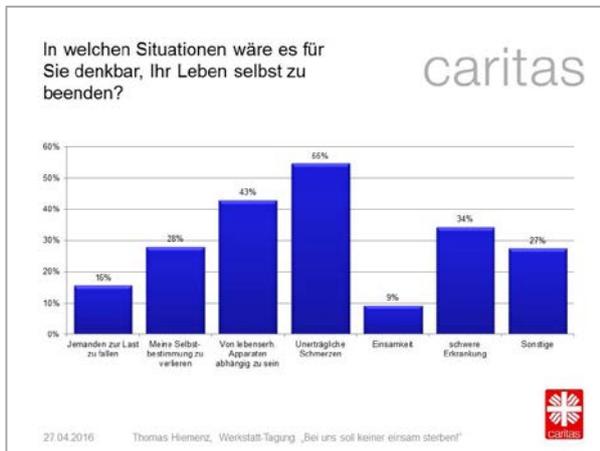
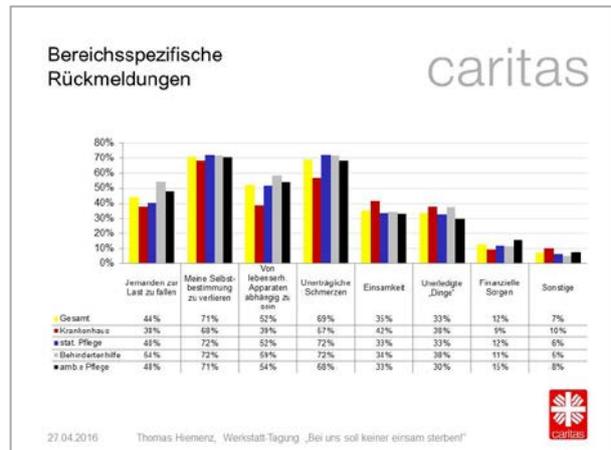
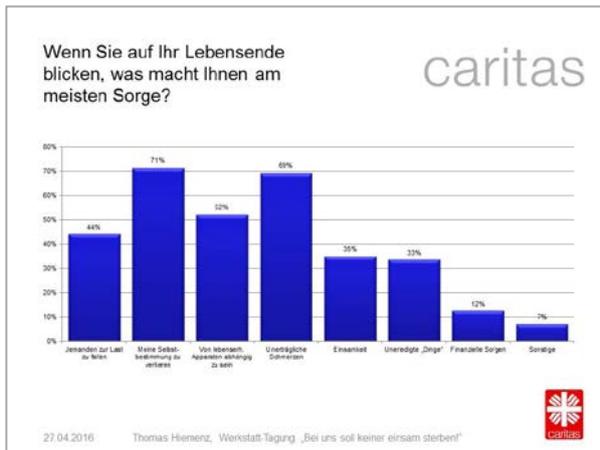
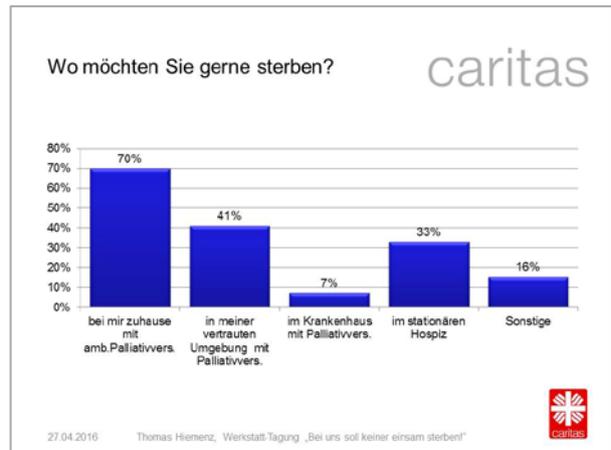
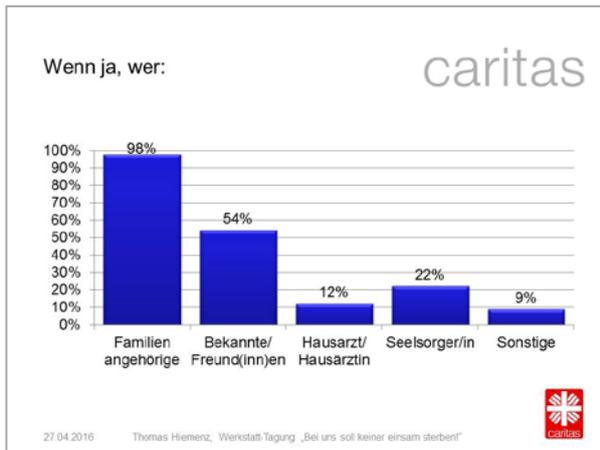
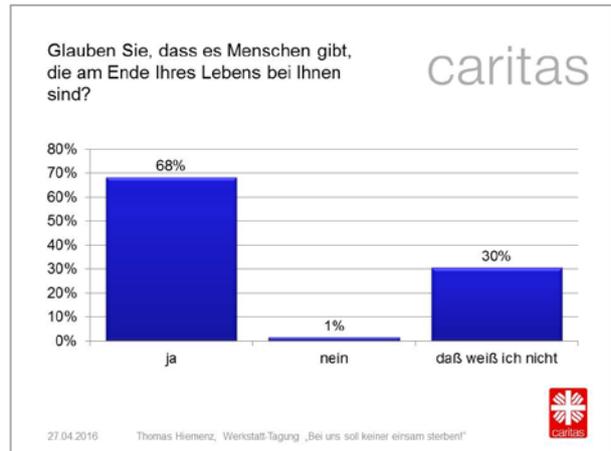
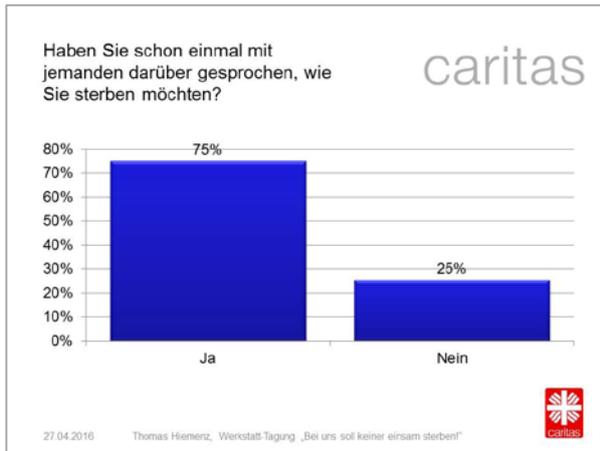


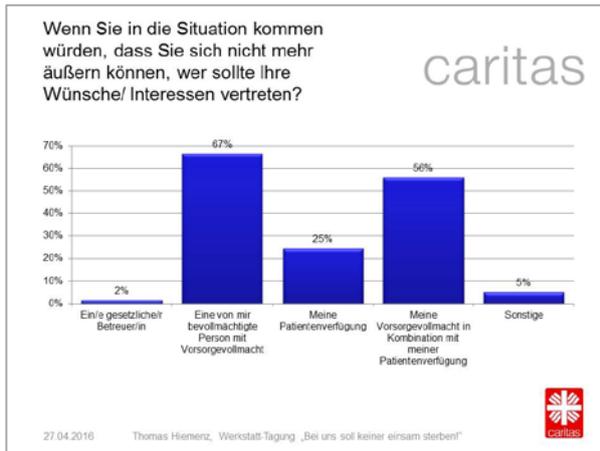
- Wie wird in Ihrer Einrichtung/ Dienst bestmögliche Schmerzfreiheit gewährleistet?
- Schmerzmittelgabe/ -management
 - Zusammenarbeit mit (Haus-/ Palliativ-) ÄrztInnen und SAPV (stat. Altenhilfe/ amb. Pflege/ Behindertenhilfe)
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

- Was könnte Ihrer Meinung nach in Ihrer Einrichtung/ Dienst in Bezug auf die Begleitung sterbender Menschen verbessert werden?
- Mehr Zeit
 - Höherer Personalschlüssel
 - Fortbildungen (Behindertenhilfe)
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

- Teil 2...und Sie persönlich?
- Ziel: Stimmungsbild/ sehr persönliche Fragen mit Zahlen belegen
- 27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“







Zusammenfassung

- 660 Rückmeldungen aus 4 Arbeitsbereichen
- Kein Anspruch auf repräsentatives Ergebnis, aber eine erste Einschätzung sichtbar
- 59% der Mitarbeitenden fühlen sich durch Ihre Ausbildung gut vorbereitet -> „Luft nach oben“
- Es gibt schon einiges, was „gut läuft“
- Es gibt bereits Konzepte zur Begleitung sterbender Menschen (73%)
 - die meisten in stat. Pflegeeinrichtungen (91%)
 - dort, wo es Konzepte gibt, werden diese auch umgesetzt (86%)

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Zusammenfassung

- „religionsensible“, interkulturelle Sterbebegleitung noch wenig im Blick (11%)
 - > am ehesten im Krankenhaus (33%)
- Struktur für ethische Entscheidungsfindung (54%)
 - > Krankenhaus (81%)
- Einbeziehung der An- bzw. Zugehörigen bei der Sterbebegleitung (97%)
- Zusammenarbeit mit AHD:
 - amb. Pflege ☺ Behindertenhilfe ☺
 - Krankenhaus/ st. Pflegeeinrichtung ☺ ☺

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Zusammenfassung

- Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende (96%)
- Gewährleistung von Schmerzfremheit durch Kooperation mit (Haus- /Palliativ-) ÄrztInnen/ SAPV
- Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Begleitung sterbender Menschen
 - > mehr Zeit!
 - > höherer Personalschlüssel

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Zusammenfassung

- Persönliche Fragen zu Sterben und Tod
 - Die meisten der Befragten haben sich schon Gedanken darüber gemacht, wie sie sterben möchten (88%) und auch schon mit jemandem darüber gesprochen (75%)
 - 70% wollen zuhause sterben
 - 41% in der vertrauten Umgebung (**auch stationäre Pflegeeinrichtung**)
 - 7% im Krankenhaus

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Zusammenfassung

- 98% wünschen die Anwesenheit Angehöriger
- 22% wollen Seelsorge
- Aber auch Zeit für mich alleine haben können
- Größte Sorge am Lebensende:
 - Meine Selbstbestimmung verlieren (71%)
 - Unerträgliche Schmerzen (69%)
 - Abhängigkeit von Apparaten (52%)
 - Zur Last fallen (44%)
 - Einsamkeit (35%)
 - unerledigte Dinge (33%)

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Zusammenfassung

- Vorsorge wird getroffen durch
 - eine von mir bevollmächtigte Person mit Vorsorgevollmacht (67%)
 - Vorsorgevollmacht kombiniert mit Patientenverfügung (56%)
 - Patientenverfügung (25%)

27.04.2016 Thomas Hiemenz, Werkstatt-Tagung „Bei uns soll keiner einsam sterben!“

Kontakt:
Thomas Hiemenz
thomas.hiemenz@caritas.de

AG Ambulante häusliche Pflege / Sozialstationen

Bereichsspezifischer Austausch



Deutscher
Caritasverband e.V.
Projekt „Bei uns soll keiner
alleine sterben“.

Inputgeberin: Waltraud Kannen

Moderation: Nora Roßner

1. **Wie gewährleisten wir gegenwärtig Schmerzfreiheit und was können wir noch besser machen?**

Es funktioniert dann, wenn eine hierarchiearme Zusammenarbeit der Akteure (Hausarzt, Brückenpflege/ SAPV-Team, Palliativ-Pflegefachkraft SST) besteht, sowie entsprechende Fachlichkeit vorhanden ist und ins Tun einfließen kann.

Es braucht ein flexibleres HKP-Leistungserstattungssystem.

2. **Wie kommen wir zu ethischen Entscheidungen in kritischen Situationen (Strukturen, wie z. B. Ethik-Komitees)? Was sollten wir weiterentwickeln?**

In multiprofessionellen Fallbesprechungen unter fachlicher Moderation werden Entscheidungen getroffen. Die Refinanzierung der Fallbesprechung ist Aufgabe der Kranken- und Pflegekassen.

In den Einrichtungen selber benötigen wir Moderatoren für die Ethische Fallbesprechung (Modell des DiCV Freiburg).

3. **Wie können wir bisher auf die Besonderheiten unserer Patienten aufgrund von Religion und Kultur eingehen? Was ist weiter zu tun?**

Häusliche Pflege arbeitet durchgängig biografisch orientiert, unterstützt durch die Informationen der häuslichen Umgebung und Angehörigen. Kulturelle und religiöse Aspekte werden selbstverständlich aufgenommen. Aufgrund der Vielfalt der Religionen und Kulturen sowie der Bevölkerungsströme ist es notwendig, differenziert auf die jeweiligen Besonderheiten zurückgreifen zu können, aber auch verbindende Elemente aufzuzeigen (Idee: Internet Info-Plattform).

4. **Wie beziehen wir die Angehörigen schwerstkranker und sterbender Menschen ein? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten? Gibt es Verbesserungsbedarf?**

Die Einbindung der An- und Zugehörigen ist in der ambulanten Pflege unabdingbar und selbstverständlich. Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten ist heterogen und vielfach abhängig von Personen, wertschätzender Zusammenarbeit und aktiv gelebtem Netzwerk.

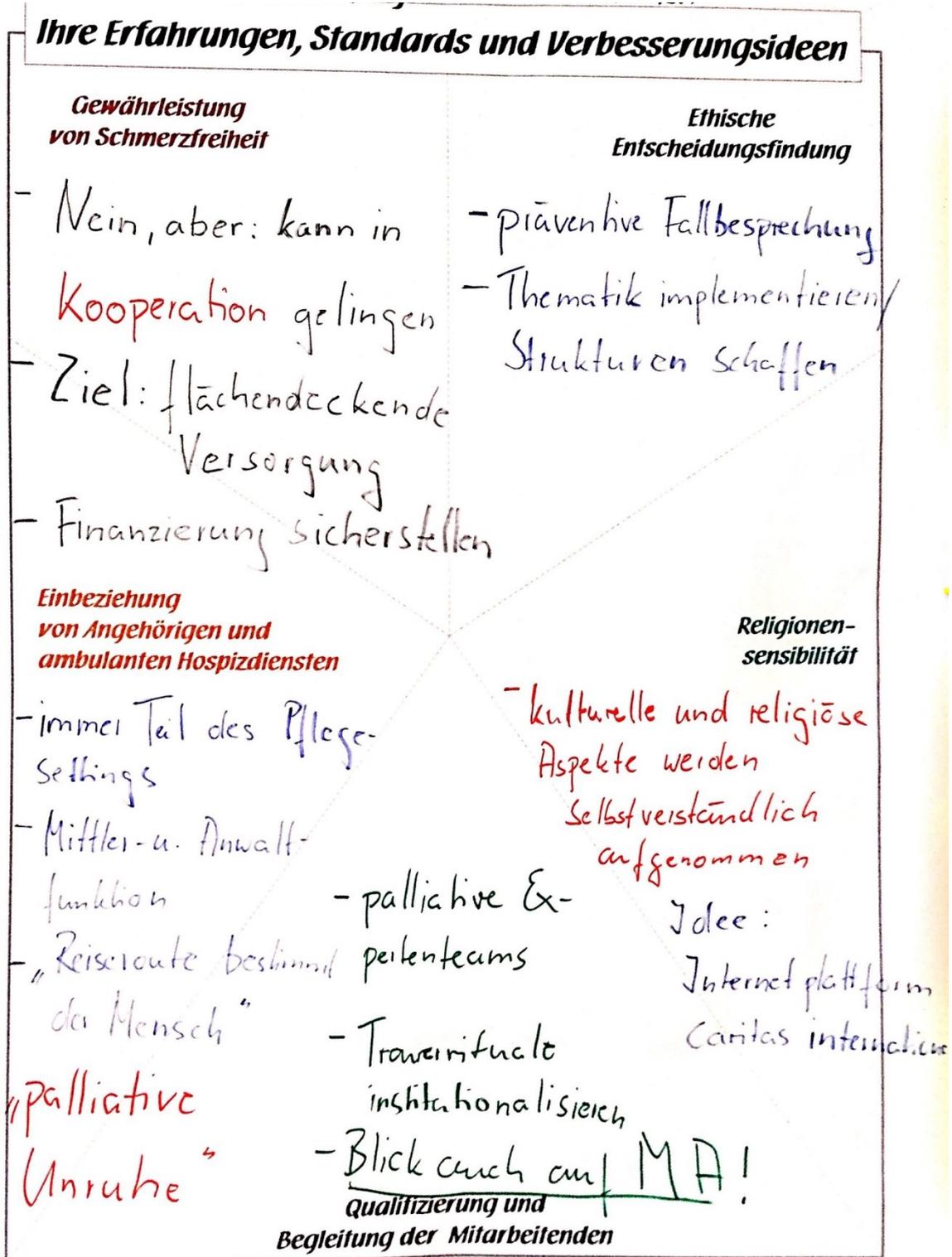
5. **Wie qualifizieren und begleiten wir unsere Mitarbeitenden? Was brauchen diese künftig?**

Qualifikation erreichen wir über Weiterbildung Palliative Care und palliativen Expertenteams in der SST. Auf Palliativkonferenzen und in Teambesprechungen erhalten die Mitarbeitenden systematisch Raum und Zeit für Austausch und Prozessbegleitung, sowie in Supervision.

Zentrale Haltung muss sein, dass die Situation der Mitarbeitenden wahrgenommen wird und sie Qualifizierung, Unterstützung und Begleitung erfahren.

Ergebnisse der Werkstatt-Gruppe

Ambulante häusliche Pflege / Sozialstationen



AG Krankenhaus

Bereichsspezifischer Austausch



Deutscher

Caritasverband e.V.

Projekt „Bei uns soll keiner alleine sterben“.

Inputgeber: Dr. med. Bernd Oliver Maier

1. Wie gewährleisten wir gegenwärtig Schmerzfreiheit und was können wir noch besser machen?

Die umsichtige Diagnose und Erfassung von Schmerzen (und anderen Symptomen) ist Grundvoraussetzung für effektive Behandlung. Wir erfassen routinemäßig Schmerzintensität und reagieren mit Medikamenten auf die Ergebnisse. Das hilft in vielen Fällen, bildet aber nicht alle relevanten Dimensionen von Schmerzerleben ab. Die notwendige Individualisierung der Therapie erfordert noch mehr kompetente Hinwendung zum individuellen Erleben von Leid.

2. Wie kommen wir zu ethischen Entscheidungen in kritischen Situationen (Strukturen, wie z. B. Ethik-Komitees)? Was sollten wir weiterentwickeln?

Der Gefahr der begründenden Projektion eigener Wertvorstellungen als relevanter Maßstab wird durch offene, transparente und strukturierte Diskussion gemindert. Dafür hilfreich sind Regeln und Handwerksmittel von der Anrufung ergänzender Strukturen wie klinische Ethikkomitees bis hin zu einer klaren Strukturierung der Fallgespräche auf Ebene der Behandlungsteams.

3. Wie können wir bisher auf die Besonderheiten unserer Patienten aufgrund von Religion und Kultur eingehen? Was ist weiter zu tun?

Eine Kultur der respektvollen Neugier, die nachfragt und erforscht, was dem einzelnen vor dem Hintergrund seiner kulturellen Eingebundenheit wichtig ist, hilft Verständnis und Handlungssicherheit zu entwickeln. Dem sprachlich – ggf. auch durch neutrale Übersetzung - Raum zu geben ist dabei Grundvoraussetzung

4. Wie beziehen wir die Angehörigen schwerstkranker und sterbender Menschen ein? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten? Gibt es Verbesserungsbedarf?

Angehörige sind Ressource und Betroffene gleichermaßen. Sie haben eigene Themen, Hoffnungen und Ängste, die nicht im Gleichklang mit denen der Erkrankten stehen müssen und dennoch prägend beeinflussen. Es ist Aufgabe hier Raum zu schaffen für Diskurs, zur Begleitung zu befähigen und eine Atmosphäre der wertschätzenden Offenheit zu stützen. Ehrenamtliche Hospizdienste können dabei eine wichtige Rolle übernehmen, sollten um diese gut ausfüllen zu können aber eng in den Gesamtkontext der Behandlungssituation eingebunden sein.

5. Wie qualifizieren und begleiten wir unsere Mitarbeitenden? Was brauchen diese zukünftig?

Unsere Mitarbeitenden sollten weiterhin dahingehend bestärkt werden als Mensch mit Haltung und Fachwissen präsent zu sein. Durch erlernte und kontinuierlich reflektierte Fähigkeit zu professioneller Nähe gelingt es der Medikalisierung des Sterbens Einhalt zu gebieten und menschliche Zuwendung als wesentlichen Inhalt von Begleitung und Behandlung zu implementieren.

Ergebnisse der Werkstatt-Gruppe

Krankenhaus

Ihre Erfahrungen, Standards und Verbesserungsideen

Gewährleistung von Schmerzfreiheit *Behandlung / Therapie*

Ethische Entscheidungsfindung

Differenzieren
Aus allen Bereichen Mitglieder im Ethikkom.
Menschen an der Basis motivieren

Einbeziehung von Angehörigen und ambulanten Hospizdiensten

- Es braucht Raum

-(Chef)-Ärzt*innen

müssen ihren Blick weiten

- Haltung muß gestärkt werden

↳ Bilanz ?!

Deinstitutionalisierung

und

Qualitätsindikatoren

Ausbehnung durch Präsenz

Mut, die Seelsorge in die Therapie einzubeziehen
[Sicht von außen / Unabhängigkeit sinnvoll]
respektvolle Neugier

Spiritualitäts- / Religionensensibilität

Es braucht Raum, zu Verhandeln

← Pflichtfortbildung Palliativversorgung

- Palliativgedanken gehören in die Qualifizierung + Schulung

aller Mitarbeitenden

- Niederschwellige Fortbildungsangebote

- Begeisterung der Mitarbeitenden → Arbeit ist erfüllend

Qualifizierung und Begleitung der Mitarbeitenden

AG Stationäre Altenhilfe

Bereichsspezifischer Austausch



Deutscher
Caritasverband e.V.
Projekt „Bei uns soll keiner
alleine sterben“.

Inputgeber: Tobias Ising
Moderation: Angela Querfurt

1. Wie gewährleisten wir gegenwärtig Schmerzfreiheit und was können wir noch besser machen?

Derzeit ist eine Schmerzfreiheit bei Menschen mit einer stark eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nicht komplett sichergestellt:

2. Wie kommen wir zu ethischen Entscheidungen in kritischen Situationen (Strukturen, wie z. B. Ethik-Komitees)? Was sollten wir weiterentwickeln?

Krisen entschärfen / Vorsorge betreiben

3. Wie können wir bisher auf die Besonderheiten unserer Patienten aufgrund von Religion und Kultur eingehen? Was ist weiter zu tun?

Die Bundesrepublik Deutschland wird immer bunter.
Wieviel muss ich wirklich über andere Kulturen und Religionen wissen?

4. Wie beziehen wir die Angehörigen schwerstkranker und sterbender Menschen ein? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten? Gibt es Verbesserungsbedarf?

Wir müssen lernen die Sorge zu teilen?

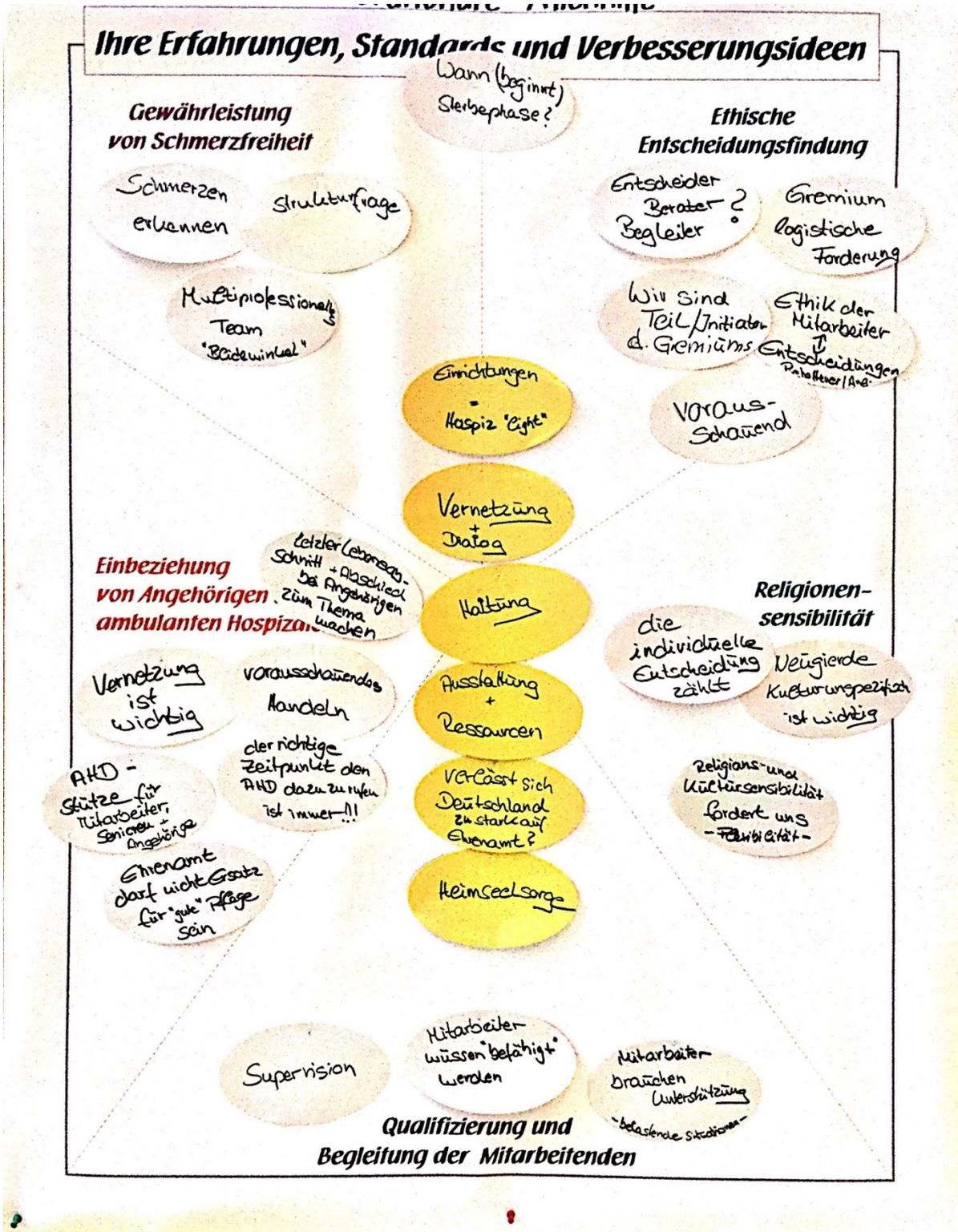
5. Wie qualifizieren und begleiten wir unsere Mitarbeitenden? Was brauchen diese zukünftig?

Die Haltung ist das Entscheidende!!!!

Daran müssen wir arbeiten.

Ergebnisse der Werkstatt-Gruppe

Stationäre Altenhilfe



AG Behindertenhilfe

Bereichsspezifischer Austausch



Deutscher
Caritasverband e.V.
Projekt „Bei uns soll keiner
alleine sterben“.

Inputgeber: Peter Hell
Moderation: Maximiliane Eisenmann

1. Wie gewährleisten wir gegenwärtig Schmerzfreiheit und was können wir noch besser machen?

Schmerzfrei zu sein ist ein menschliches Bestreben während der gesamten Lebenszeit, das bei bestimmten finalen Erkrankungszuständen (insbesondere bei Tumorerkrankungen) in der letzten Lebensphase noch einmal an zusätzlicher Bedeutung gewinnt. Für Dienste und Einrichtungen in der Begleitung von Menschen mit Behinderung besteht zunächst eine ständige Anforderung in der Feststellung von Schmerzzuständen und in der Kommunikationsunterstützung bei ärztlicher Diagnostik und Behandlung sowie in der täglichen pflegerischen Arbeit. Ein besonderes Augenmerk muss hierbei auf kommunikationseingeschränkte Menschen mit Behinderung gerichtet werden. Neben dem Einsatz von barrierearmen Schmerzskalen spielt auch die geschulte Fremdbeobachtung eine besonders verantwortungsvolle Rolle. Diese Kenntnisse in der Schmerzerfassung sind noch nicht ausreichend in den Diensten und Einrichtungen implementiert. Schulungen zur Themensensibilisierung und in entsprechenden Instrumenten sind erforderlich. Bezüglich der letzten Lebensphase sind zusätzlich verstärkte Bemühungen um stabile Kooperationen mit der regionalen Palliativmedizin und Palliativpflege anzustellen.

2. Wie kommen wir zu ethischen Entscheidungen in kritischen Situationen (Strukturen, wie z. B. Ethik-Komitees)? Was sollten wir weiter entwickeln?

Entscheidungen zu treffen, die sich in der Tiefe an ethischen Grundsätzen orientieren, ist Bestandteil der alltäglichen Arbeit von Mitarbeitenden in Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Eine besondere Schärfe erhalten diese Fragen rund um die menschliche Gesundheit. Dort kann die ethische Auseinandersetzung z. B. zwischen dem Fürsorgeaspekt und der Anerkennung der Selbstbestimmung des Menschen existenzielle Bedeutung erlangen. Beispiele hierfür sind Krankenhauseinweisungen oder die Sondernahrung. In der letzten Lebensphase haben Entscheidungen eine hervorgehobene Bedeutung: Fehler können ggfs. nicht korrigiert werden, Entscheidungen haben häufig finalen Charakter. Die verantwortungsvolle Orientierung an ethischen Grundsätzen gewinnt daher in diesem Lebensabschnitt noch einmal an Gewicht. Einige große Träger der Behindertenhilfe haben zur Unterstützung ihrer Mitarbeitenden Ethik-Komitees gebildet, in zahlreichen Diözesan-Caritasverbänden finden sich ebenfalls solche Gremien. Bedeutsam ist, dass die Möglichkeiten der Ethik-Komitees (z. B. Veröffentlichung von Handreichungen zu ethischen Fragestellungen, Schulung und Vermittlung von ModeratorInnen ethischer Fallbesprechungen) bei Diensten und Einrichtungen ausreichend bekannt sind und ein strukturierter Austausch der operativen Ebene mit den Komitees gesichert ist. Hilfestellung bei der Findung von ethisch abgewogenen Entscheidungen können auch ganz praktische Instrumente, wie letzte Verfügungen oder Biografiearbeit bieten.

3. Wie können wir bisher auf die Besonderheiten unserer Patienten aufgrund von Religion und Kultur eingehen? Was ist weiter zu tun?

Religion und Kultur gehören, in jeglicher Vielfalt und Ausprägung, zum Leben der Menschen! Diese Realität und die wachsende gesellschaftliche Pluralität in Deutschland stellen auch die Dienste und Einrichtungen in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung vor neue Herausforderungen im täglichen Leben - aber auch vor neue Möglichkeiten und Erfahrungen. Auch durch die zunehmende kulturelle und religiöse Diversität in der Mitarbeiterschaft entsteht wechselseitiges Wissen und Vertrauen. Seltener sind strukturierte Austauschforen und Informationsmöglichkeiten, wie z. B. entsprechende Fortbildungen. Kultur- und religionsensible Kompetenzen sind jedoch bei der Begleitung in der

letzten Lebensphase von großer Bedeutung! Durch Kennenlernen der verschiedenen kulturellen Organisationen und religiöser Zentren in der unmittelbaren Umgebung bieten sich für die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe Gelegenheiten zum Wissensaufbau und Anknüpfungspunkte für Kooperationen. Umgekehrt ergeben sich durch die Öffnung der Einrichtungen und Dienste für die weiteren Akteure im Sozialraum Einblicke in den „Kulturraum Behindertenhilfe“. Erforderlich ist – wie bei anderen Maßnahmen großteils auch – eine Entscheidung auf Leitungsebene und bewusste Unterstützung entsprechender Aktivitäten. Durch Kooperationen mit religiösen Zentren, wie Moscheen, ergeben sich möglicherweise auch ganz konkrete Unterstützungspotenziale in der Begleitung von Menschen mit Behinderung (und ihrer Nächsten) während der letzten Lebensphase.

4. Wie beziehen wir die Angehörigen schwerstkranker und sterbender Menschen ein? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten? Gibt es Verbesserungsbedarf?

Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Angehörigen, Freunden und Bekannten, rechtlichen BetreuerInnen und sonstigen Personen aus dem sozialen Umfeld der Menschen mit Behinderung ist Alltagsarbeit in Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Dabei muss sich diese Tätigkeit zuerst immer an dem Wünschen des Menschen mit Behinderung, an dessen selbstbestimmten sozialen Kontaktwünschen orientieren. Dies gilt auch und gerade für die letzte Lebensphase, in der nicht selten bisher unbearbeitete Konflikte offenbar werden, evtl. Ausgleich gesucht und nach Konfliktlösungen gestrebt wird.

Das Alter und die letzte Lebensphase stehen – neben weiteren Fragen – im Fokus der fachlichen Entwicklung der Behindertenhilfe. Die demografische Entwicklung vor allem in stationären Einrichtungen hat dieses Thema zu einem Schwerpunkt werden lassen. Viele Dienste und Einrichtungen in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung haben daher bereits in den letzten Jahren Kontakt zu den ambulanten Hospizdiensten in ihrer Region gesucht. Bewährt haben sich dabei feste Kooperationen, deren Inhalte ein strukturiertes Kennenlernen von Personen (BewohnerInnen, Mitarbeitende <=> Ehrenamtliche aus den Hospizdiensten), die Anerkennung der jeweiligen Organisationskompetenzen aber auch der eigenen fachlichen Begrenzungen und einen regelmäßigen Austausch der Verantwortlichen beinhalten. Auch diese Aufgabe muss in dem Organisationsmanagement der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe verankert sein.

5. Wie qualifizieren und begleiten wir unsere Mitarbeitenden? Was brauchen diese zukünftig!

Mitarbeitende in Diensten und Einrichtungen in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung haben sehr unterschiedliche fachliche Qualifikationen. Je nach erlerntem Beruf differieren die Kenntnisse in der hospizlichen und palliativen Begleitung zum Teil erheblich. Die Ausbildungen zu den heilerzieherischen, heil- und sozialpädagogischen Berufsbildern bieten jedoch nach wie vor entschieden zu wenig Qualifizierung in diesen Fachfragen. Hier besteht ein erheblicher Bedarf. Auf der Fort- und Weiterbildungsebene auch für Mitarbeitende in der Behindertenhilfe werden dagegen in steigendem Maße entsprechende Angebote platziert und auch wahrgenommen. Über diese Wege gelangt zunehmend Kompetenz in die Dienste und Einrichtungen. Allerdings müssen für die Wahrnehmung von Fort- und Weiterbildungsangeboten auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung stehen. Dies gilt in besonderer Weise auch für die konkrete Begleitung in der letzten Lebensphase, für die – auch von den Leistungsträgern – in aller Regel keine zusätzlichen Ressourcen bereitgestellt werden. Das aktuelle Hospiz- und Palliativgesetz gibt einen ersten Impuls in diese Richtung, die operative Umsetzung steht jedoch noch aus. Um die dringend notwendigen Verbesserungen herbei zu führen muss die Begleitung in der letzten Lebensphase zum Thema der Unternehmenspolitik der Dienste und Einrichtungen und damit zum Inhalt der Verbandsarbeit und der Verhandlungen mit den Leistungsträgern werden. Die gute Begleitung beim Sterben darf nicht alleine Aufgabe der Mitarbeitenden sein, sondern muss in der Verantwortung aller maßgeblichen Akteure stehen!

Ergebnisse der Werkstatt-Gruppe

Behindertenhilfe



Statements aus der Abschlussdiskussion
**Wie kann eine hospizlich-palliative Kultur
weiter befördert werden?**

(Fishbowl)

Religionssensibilität/ Kultursensibilität

Um Menschen im Sterben begleiten zu können, ist die Kommunikation in der Muttersprache des Sterbenden eine essentielle Voraussetzung. Die Verknappung der Ressourcen im Gesundheitssystem begrenzt hier jedoch vieles.

Kultur- und Religionssensibilität kann heute auch heißen, für die Bedürfnisse Menschen christlichen Glaubens sensibel zu sein. Heute fehlen z.T. auch bei den Mitarbeitenden der Caritas entsprechendes Wissen und Kompetenzen in der christlichen Religion. Hier besteht im Hinblick auf Begleitung von sterbenden Menschen ein Qualifizierungsbedarf.

In der dieser Dokumentation beigefügten Umfrage unter Caritas-Mitarbeitenden in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Caritas hatten nur 11% angegeben, dass es religionssensible Elemente in ihrer Einrichtung bzw. ihrem Dienst gibt. Die meisten diesbezüglichen Rückmeldungen kamen aus dem Krankenhaus. Im stationären Altenpflegebereich, der Behindertenhilfe und der ambulanten häuslichen Krankenpflege spielen diese Elemente kaum eine Rolle. Wesentlicher als Konzepte ist die Haltung einer „respektvollen Neugier“, was auch im Umgang mit christlichen Patientinnen zutrifft. Dennoch ist es hilfreich die kulturellen Hintergründe zu kennen. Häusliche Pflege arbeitet durchgängig biografisch orientiert, kulturelle und religiöse Aspekte werden selbstverständlich aufgenommen.

Altenhilfe

Die stationäre Altenhilfe muss sich bewusst werden: Sterbebegleitung ist eine Kernaufgabe der Altenhilfe. Es fehlen jedoch die entsprechenden Rahmenbedingungen.

Diese Aufgabe und der dadurch bedingte erhöhte Personalbedarf muss in die Personalbemessungssysteme in der Pflege Eingang finden.

Altenheime sind im Unterschied zu stationären Hospizen soz. Hospize „light“ (vgl. Entwicklungen in den Niederlanden: high care hospices - low care hospices).

Bei Sterbenden ist die Wahrnehmung von Schmerzen häufig ein Problem, insbesondere vor dem Hintergrund von Kommunikationsbarrieren, seien sie durch kognitive Einschränkungen und/oder durch einen anderen kulturellen Hintergrund und/oder sprachliche Barrieren bedingt.

Das Erkennen von Schmerzen muss bei Menschen, die kognitiv und kommunikativ eingeschränkt sind, verbessert werden. Das betrifft v.a. die Altenhilfe aber auch die Behindertenhilfe.

Schmerz ist in seiner gesamten Dimension zu sehen (physisch, psychisch, spirituell, sozial).

Behindertenhilfe

In der Behindertenhilfe sterben 70 % der Bewohner zu Hause/in ihrer Häuslichkeit, nur 30 % im Krankenhaus.

Manchmal kann die große Motivation und Kreativität der Mitarbeiter in der Behindertenhilfe in Bezug auf das Sterben eines langjährigen Bewohners zu einer Überforderung der Mitarbeiter führen, die durch die konkrete Situation des Sterbens entsteht.

Advanced care planning kann helfen, auch Unterschiede aufzuzeigen zwischen dem, was der behinderte Mensch selber will und dem, was der langjährige Mitarbeiter denkt über den Bewohner/Betreuten zu wissen.

Menschen mit Behinderung werden heute älter als früher. Das hat mit der deutschen Geschichte, aber auch mit der medizinischen Entwicklung zu tun. Insofern kommt die Behindertenhilfe zunehmend in die Situation, Menschen mit Behinderung, die in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe begleitet und unterstützt werden, auch beim Sterben zu begleiten. Wegen der unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe ist der Fortbildungsbedarf in der Begleitung von Sterbenden größer, als in den anderen Helfefeldern. Neben der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist aber auch eine Weiterentwicklung der Strukturen notwendig, damit das Gelernte im Dienst/in der Einrichtung auch umgesetzt werden kann.

Zur Implementierung einer Sterbekultur braucht es eine Entscheidung und Förderung durch die Leitung der Behinderteneinrichtung.

Problemfeld Krankenhaus: Palliativstationen im Krankenhaushaus sind nicht unbedingt auf behinderte Menschen eingestellt.

Krankenhaus

Für eine stabilere Verortung der Hospiz- und Palliativkultur im Krankenhaus müssen die Funktionseinheiten außerhalb der spezialisierten Funktionseinheiten wie Palliativstationen und Intensivstationen geschult und sensibilisiert werden. Dafür müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Die Spezialisten müssen wissen, wann sie sich zurückziehen müssen.

Sozialstationen

Sozialstationen sind Gast in der Häuslichkeit des Sterbenden. Von daher ist hier schon immer eine gewisse Sensibilität für die Kultur und Religion des Sterbenden gegeben.

Präventive Fallbesprechungen als Äquivalent zu ethischen Fallbesprechungen sind in der ambulanten Pflege ein Instrument, das die Pflegeteams im Alltag nutzen können, um am Ende oder in der Krise Kräfte zu sparen, wenn plötzlich im Sterbeprozess „palliative Unruhe“ entsteht.

Der große Handlungsdruck, der im Alltagsgeschäft der ambulanten Pflege besteht, lässt für präventive Fallbesprechungen aber oft keinen Raum.

Ambulante Hospizdienste (AHD)

AHD haben die Kompetenz, andere für das Thema hospizliche Begleitung zu befähigen. Bei einer Befähigung geht es nicht nur um den Sterbenden, sondern auch um die Angehörigen des sterbenden Menschen.

AHD haben neben der Begleitungscompetenz aber auch eine Beratungskompetenz, die von Institutionen genutzt werden könnte.

Es ist nie zu früh mit AHD in Kontakt zu treten.
AHD sollten die Weitergabe ihres Know hows als Aufgabe sehen.

In Karlsruhe kooperiert der AHD mit drei Altenheimen im Rahmen eines Projektes. Je eine Mitarbeiterin in der Altenhilfeeinrichtung wird zur Hospizbeauftragten und versucht die Implementierung der Hospizkultur voranzubringen und eine Hospizgruppe im Altenheim aufzubauen.

Hospiz- und Palliativversorgung – Netzwerke

Wenn man nicht „infiziert“ ist vom Hospizgedanken, kann Vernetzung nicht funktionieren. Netzwerke brauchen ein Verständnis für die Kultur des jeweiligen anderen Dienstes/der anderen Einrichtung.

In der Begleitung von Sterbenden im häuslichen Kontext muss darauf geachtet werden, die Fraktionierung der verschiedenen Hilfesysteme zu überwinden (Hausarzt, ambulante Pflege, AHD, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung etc.) Gut wäre es, für das Ineinandergreifen der Hilfen ein Konzept im Interesse des Sterbenden zu haben. Dazu müsste das Familiensystem zusammen mit dem Hausarzt entscheiden, wer der „Case-Manager“ sein soll, damit es nicht zu einer „Polonaise der Helfenden“ kommt. Denn es ist eine „Letztverlässlichkeit“ notwendig.

Wichtig ist es die Akteure zu stärken, die sowieso schon da sind und den nächsten Bezug zum Sterbenden haben, und ihnen ggf. Ängste zu nehmen. Manchmal kann auch ein Rückzug der Hilfesysteme eine Option sein, wenn dies dem Willen des Patienten und seiner Angehörigen entspricht („Rückzugspflege“, „Rückzugsmedizin“). Eine Voraussetzung dazu ist jedoch eine Rufbereitschaft (bspw. der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung), damit die primär Handelnden sich sicher fühlen. Diese Rufbereitschaft muss finanziert werden.

Die Netzwerkbildung zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und AHD, die durch das Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehen ist (vgl. Informationspflicht zur Zusammenarbeit mit Ärztenetzen, Apotheken und der Hospiz- und Palliativversorgung nach § 114 SGB XI Abs. 1 und n. § 115 Abs. 1b SGB XI) kommt rein zahlenmäßig an ihre natürlichen Grenzen, da es in der BRD über 10.000 stationäre Pflegeeinrichtungen gibt, jedoch nur rund 1500 AHD. Deshalb müssen v.a. die Mitarbeiter(innen) in den Institutionen gestärkt werden, eine Hospiz- und Palliativkultur in ihren Diensten und Einrichtungen zu implementieren. Ein weiterer Punkt wäre neue Modelle quartiersbezogener Ansätze in der Sterbebegleitung zu beschreiben.

Vor Ort müssen regionale Strukturen geschaffen werden, in denen sich ambulante Pflegedienste, ambulante Hospizdienste und stationäre Altenhilfeeinrichtungen austauschen, um die Hospiz- und Palliativversorgung voranzubringen.

Grundlegendes

Um eine Hospiz- und Palliativkultur zu implementieren, sind Empathie, Wertschätzung, ein respektvoller Umgang sowie eine hospizliche Haltung, die nicht erst am Sterbebett beginnen sollte, die wichtigsten Voraussetzungen.

Hospiz- und Palliativversorgung ist mehr als end-of-life-care.
Die Endlichkeit vor Augen zu haben ist eine andere Situation als die Auseinandersetzung mit

einer schweren Erkrankung. Deshalb wird auch unterschieden zwischen einer „ars vivendi“ und einer „ars moriendi“. Dennoch handelt es sich bei der Übermittlung einer subjektiv empfundenen „schlimmen“ Diagnose um einen „kleinen Tod“, einem Loslassen als Vorstufe zum letzten Loslassen im Tod. Sterben ist ein Teil des Lebens!

Die Spezialisten der Hospiz- und Palliativversorgung finden immer einen Ansatzpunkt. Aber nicht jeder Sterbende braucht eine hospizliche Begleitung. Es gibt auch Menschen, die allein sein wollen.

Auch aus gescheiterten Projekten in der Hospiz- und Palliativversorgung kann man vieles lernen. Es wäre deshalb wichtig, auch im Bereich von Projekten der Hospiz- und Palliativversorgung eine Art Fehlerkultur aufzubauen. Denn nur so kann man aus Fehlern auch lernen.

Wichtigstes Ziel ist: die handelnden Akteure aus Haupt- und Ehrenamt müssen Sicherheit im Umgang mit dem Sterben und den sterbenden Menschen gewinnen.

Die gesellschaftliche Diskussion zum Thema Sterben und Sterbehilfe/Sterbebegleitung muss fortgesetzt werden.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde vieles, aber längst nicht alles geregelt. Von daher ist weiteres politisches und gesellschaftliches Lobbying notwendig.

28.04.2016

Elisabeth Frischhut

Referentin für das Arbeitsfeld Hospiz

Deutscher Caritasverband, Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht

Thomas Hiemenz

Deutscher Caritasverband, Projektleiter „Bei uns soll keiner alleine/ einsam sterben“