

Projekt

Würdige Sterbebegleitung

**in den stationären
und ambulanten Einrichtungen
des Caritasverbandes
für die Region Kempen-Viersen e.V.**

**Bericht der Projektkoordinatoren
für den Zeitraum 2006 – 2008**



Projekt
„Würdige Sterbebegleitung
in den stationären und ambulanten Einrichtungen
des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

Bericht der Projektkoordinatoren
für den Zeitraum 2006 – 2008

Zitation:

Nießen, D. / Schrödter, C. (2008):

Projekt: „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen
des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

Bericht der Projektkoordinatoren für den Zeitraum 2006 – 2008.

Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. (Hrsg.). Viersen

Umschlag und Foto: Christian Schrödter

Ansprechpartner im Projekt

Dipl.-Pflegermanagerin

Heike Scherenberg-Leßwing

Referatsleitung Caritas II
Bereich: Alter und Pflege
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893-30
E-Mail: h.lesswing@caritas-viersen.de
Internet: <http://www.caritas-viersen.de>

Dipl.-Sozialarbeiterin

Damaris Nießen

Projektkoordinatorin
Ambulante Einrichtungen
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Bereich: Alter und Pflege
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893-37
E-Mail: d.niessen@caritas-viersen.de
Internet: <http://www.caritas-viersen.de>

Dipl.-Gerontologe

Christian Schrödter

Projektkoordinator
Stationäre Einrichtungen
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Bereich: Alter und Pflege
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893-37
E-Mail: c.schroedter@caritas-viersen.de
Internet: <http://www.caritas-viersen.de>

Wissenschaftliche Begleitung:

Dr. rer. medic. **Michael Isfort**

Dipl.-Pflegerwissenschaftler
Stellvertretender Geschäftsführer
Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
Hülchrather Straße 15
50670 Köln

Telefon: 0221 / 46861-30
E-Mail: m.isfort@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG.....	6
1.1 PROJEKTHINTERGRUND.....	7
1.1.1 <i>Sterben - Ein gesellschaftliches Tabuthema?</i>	7
1.1.2 <i>Allgemeine Situationsbeschreibung der Sterbebegleitung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen</i>	7
1.2 ZIELE DES PROJEKTS UND FINANZIERUNG.....	8
1.2.1 <i>Ziele des Projektes</i>	8
1.2.2 <i>Zielgruppe des Projektes</i>	9
1.2.3 <i>Projektfinanzierung</i>	10
2 PROJEKTAUFBAU.....	10
2.1 FUNKTION UND AUFGABEN DER PROJEKTKOORDINATOREN.....	10
2.2 METHODISCHE ANSÄTZE.....	11
2.2.1 <i>Integrativer Palliative-Care-Ansatz</i>	11
2.2.2 <i>Basisorientierte Projektverwirklichung</i>	11
2.2.3 <i>Multiperspektivische Bedarfsorientierung</i>	12
2.2.4 <i>Wissenschaftliche Begleitung</i>	12
2.3 BILDUNG VON ARBEITSGRUPPEN.....	13
2.3.1 <i>Organigramm der Arbeitsgruppen</i>	14
2.3.2 <i>Arbeitsgruppen und ihre Aufgaben</i>	15
2.4 ARBEITSSCHRITTE IN DEN JAHREN 2006-2008.....	16
3 EINRICHTUNGSBEZOGENE PROJEKTARBEIT.....	17
3.1 STATIONÄRE EINRICHTUNGEN.....	17
3.1.1 <i>Allgemeine Daten zu den Altenheimen</i>	17
3.1.2 <i>Leitlinien zur Würdigen Sterbebegleitung in den stationären Einrichtungen</i>	18
3.1.3 <i>Offene Gesprächskultur schaffen</i>	20
3.1.4 <i>Die Erfassung von Wünschen zur letzten Lebensphase</i>	21
3.1.5 <i>Gestaltung der letzten Lebenszeit – Der Palliativkoffer</i>	23
3.1.6 <i>Begleitung durch Hospizhelfer</i>	24
3.1.7 <i>Kritische ethische Fälle und palliative Maßnahmen</i>	26
3.1.8 <i>Sterbebegleitung im Team organisieren – Ein Prozess entsteht</i>	27
3.1.9 <i>Abschiedskultur</i>	28
3.2 AMBULANTE EINRICHTUNGEN.....	30
3.2.1 <i>Allgemeine Daten zu den Caritas-Pflegestationen</i>	30
3.2.2 <i>Leitlinien zur Würdigen Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen</i>	31
3.2.3 <i>Kommunikation – teilnehmen, mitteilen, teilen</i>	34
3.2.4 <i>Würdiges Sterben organisieren – Ein Widerspruch!?</i>	39
3.2.5 <i>Palliative Pflege – Was bedeutet das?</i>	42
3.2.6 <i>Aller Abschied ist schwer – Umgang mit Verlust?</i>	45

4	BEREICHSÜBERGREIFENDE PROJEKTARBEIT.....	47
4.1	STEUERUNGSGRUPPE.....	47
4.2	FORTBILDUNGEN.....	47
4.3	PALLIATIVE VERSORGUNG IM KREIS VIERSEN.....	49
4.4	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT.....	50
4.5	SONSTIGES.....	51
5	AUSBLICK.....	52
5.1	WEITERE BAUSTEINE IM PROJEKT	52
5.2	ENTWICKLUNG ZUR NACHHALTIGKEIT.....	54
6	ANLAGEN.....	55
6.1	STATIONÄRER BEREICH.....	55
6.1.1	<i>Zahlen aus dem stationären Bereich.....</i>	<i>55</i>
6.1.2	<i>Fragebogen zur Sterbebegleitung (mit Gesprächsleitfaden).....</i>	<i>56</i>
6.1.3	<i>Prozessbeschreibung „Würdige Sterbebegleitung“ (Entwurf).....</i>	<i>63</i>
6.1.4	<i>Ablaufschema „Passive Sterbehilfe“ in den stationären Einrichtungen (Entwurf).....</i>	<i>67</i>
6.2	AMBULANTER BEREICH.....	68
6.2.1	<i>Zahlen aus dem ambulanten Bereich.....</i>	<i>68</i>
6.2.2	<i>Flussdiagramm zum Prozess „Würdige Sterbebegleitung“.....</i>	<i>69</i>
6.2.3	<i>Prozessbeschreibung „Würdige Sterbebegleitung“.....</i>	<i>70</i>
6.2.4	<i>Interventionen, die die Würde von Sterbenden berücksichtigen und stützen.....</i>	<i>73</i>
6.3	VERÖFFENTLICHTE ARTIKEL IN (FACH-)ZEITSCHRIFTEN.....	76
6.3.1	<i>Artikel: Caritas-Projekt mit dem „Palliative Care Award 2008“ ausgezeichnet (Sozialcourage 2/2008).....</i>	<i>76</i>
6.3.2	<i>Artikel: Palliative Care Award 2008 (Caritas in NRW 03/2008).....</i>	<i>77</i>
6.3.3	<i>Artikel: Würdige Sterbebegleitung und neue Möglichkeiten der Finanzierung (Die Schwester Der Pfleger plus+ 08/2008).....</i>	<i>78</i>
6.3.4	<i>Artikel: Passende Lösung (Altenpflege 11/2008).....</i>	<i>81</i>
6.4	PRESSESPIEGEL.....	84
6.4.1	<i>Artikel: Projekt „Würdiger Sterben“ (02.08.2006, RP).....</i>	<i>84</i>
6.4.2	<i>Artikel: Die Kultur des Sterbens verbessern (01.11.2006, WZ).....</i>	<i>85</i>
6.4.3	<i>Artikel: Neue Kultur des Sterbens etablieren (03.11.2006, RP).....</i>	<i>86</i>
6.4.4	<i>Artikel: Mitarbeiter brauchen Zeit (26.04.2007, RP).....</i>	<i>87</i>
6.4.5	<i>Artikel: Ohne Schmerzen davongehen (21.04.2008, RP).....</i>	<i>88</i>
6.4.6	<i>Artikel: Ausgezeichnetes Projekt (14.06.2008, RP).....</i>	<i>89</i>
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	90

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht zum Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“ geben die beiden Projektkoordinatoren Damaris Nießen und Christian Schrödter einen Einblick in die Entwicklung, Maßnahmen und inhaltlichen Ergebnisse, die im Zeitraum von Oktober 2006 bis November 2008 erreicht werden konnten. Da das Projekt noch nicht beendet ist, handelt es sich um einen Zwischenbericht, der allen Interessierten die Möglichkeit bietet, sich einen Überblick über den aktuellen Projektstand zu verschaffen. In Ergänzung liegt ein Bericht über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip, Köln) vor, der vom stellvertretenden Geschäftsführer des dip, Herrn Dr. Michael Isfort, verfasst wurde.

Der nachfolgende Bericht ist inhaltlich wie folgt gegliedert:

Im ersten Kapitel wird der Hintergrund des Projekts beleuchtet, in dem auf die gesellschaftlichen Entwicklungen und die damit zusammenhängende Situation im Pflegesektor eingegangen wird, die wichtige Auslöser für die Initiierung des Projekts „Würdige Sterbebegleitung“ waren. Im zweiten Kapitel wird der Projektaufbau beschrieben anhand der methodischen Ansätze und Aufgabenverteilung innerhalb des Projekts. Ausgehend von einer Skizzierung der bisher erfolgten Arbeitsschritte stellen die Projektkoordinatoren im dritten Kapitel die konkrete Arbeit der ambulanten und stationären Einrichtungen ausführlich vor. Mit Blick auf die bereichsübergreifende Projektarbeit sollen im vierten Kapitel sowohl die Schnittstellen innerhalb des Projekts als auch flankierende Maßnahmen wie z.B. Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit aufgezeigt werden. Schließlich geben die Projektkoordinatoren im fünften Kapitel einen Ausblick auf die noch ausstehenden Arbeitsschwerpunkte und verweisen auf nachhaltige Strukturen des Projekts. Im Anhang sind Materialien und Entwürfe aus der einrichtungsbezogenen Arbeit zu finden, die einen beispielhaften Einblick in die inhaltliche Gestaltung des Projekts vermitteln und zugleich Anregungen für die Praxis enthalten.

An dieser Stelle möchten wir uns bedanken...

- ✓ bei den Mitarbeitern und Führungskräften für ihr andauerndes Engagement, ihre Ausdauer und Unterstützung.
- ✓ beim Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts, die wichtige Anstöße gegeben hat.
- ✓ bei der Nettetaler Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter, ohne die das Projekt in diesem Umfang nicht möglich gewesen wäre.

...und noch zwei Hinweise vorweg:

- Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Teilnehmer/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.
- Einige Wechsel zwischen Gegenwart und Vergangenheit ließen sich in der Formulierung des Berichts kaum vermeiden, da das Projekt noch nicht beendet ist und daher die Schwierigkeit bestand z.B. wiederkehrende oder aktuelle Maßnahmen von zurückliegenden Arbeitsschritten klar zu trennen.

*Damaris Nießen
Christian Schrödter*

1.1 Projekthintergrund

1.1.1 Sterben - Ein gesellschaftliches Tabuthema?

Noch immer wird davon gesprochen, dass das Thema Sterben von der Gesellschaft ignoriert bzw. tabuisiert wird; dass Menschen nicht mehr in der Lage sind, sich diesem Thema zu stellen, dass Menschen Angst vor dem endgültigen Augenblick haben und ihn von daher aus ihrem Denken streichen. Sie haben verlernt, mit dem Tod umzugehen und das Verlagern des Sterbens in die Institutionen Krankenhaus und Altenheim hat dazu beigetragen.

Und doch scheint diese Argumentation in Schieflage zu geraten, da „in den letzten 20 Jahren die öffentliche Beschäftigung mit Sterben und Tod in starkem Maße zugenommen [hat].“¹ Diese Auseinandersetzung mit dem Thema spiegelt sich bspw. in der Änderung gesetzlicher Rahmenbedingungen (§§ 37b und 132d SGB V) und in der aktuellen öffentlichen Debatte um die gesetzliche Regelung der Patientenverfügungen wider.

Das bedeutet, dass das eigentliche Tabu nicht mehr das Sterben an sich ist, sondern Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Sterben und Trauer abhandeln gekommen sind. Institutionen wie Krankenhäuser, ambulante Pflegestationen, aber auch Altenheime haben es versäumt, eine Kultur des Lebens und Sterbens zu entwickeln, zu denen nicht nur stimmige organisatorische Bedingungen und optimale strukturelle und räumliche Gegebenheiten zählen. Dazu gehören auch eine adäquate Art und Weise, das Thema in der Einrichtung zu integrieren, d. h. eine Kultur des Begleitens und des Abschiednehmens zu leben, die sowohl den sterbenden Menschen, seinen Angehörigen, aber auch die Mitarbeiter der Einrichtungen erreicht und respektiert.²

1.1.2 Allgemeine Situationsbeschreibung der Sterbebegleitung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Dass in stationären Altenhilfeeinrichtungen gestorben wird, ist nicht neu. Dennoch ist die Häufigkeit, in der die Mitarbeiter mit dem Sterben konfrontiert werden, enorm gestiegen. Das liegt vor allem an den kürzeren Verweildauern der Bewohner, die solange wie möglich ambulant versorgt werden und erst im sehr hohen Alter (Durchschnittsalter: 87 Jahre), größtenteils multimorbide und hochgradig pflegebedürftig in die neue Wohnumgebung wechseln. Ungefähr ein Drittel der neu in ein Pflegeheim gezogenen Bewohner verstirbt innerhalb der ersten drei Monate.³

Das bedeutet, dass die Situation in den Altenheimen zunehmend der Arbeit in einem stationären Hospiz gleicht, jedoch ohne dessen günstigeren, der Problematik angepassten Bedingungen. Die Kostenträger honorieren die Aufgabe der „Sterbebegleitung“ in den stationären Altenhilfeeinrichtungen nicht in Form einer Leistungskategorie und damit zusammenhängenden Vergütung. Sie stellen im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen und der damit einhergehenden Personalabrechnung auch keine zusätzlichen Personalressourcen zur Verfügung. Die Finanzierung einer hauptamtlichen Fachkraft zur Koordination der Sterbebegleitung im Heim durch die Krankenkassen nach dem Vorbild der Hospizarbeit, wie sie der § 39 Abs. 2 SGB V vorsieht, ist nicht gegeben.

¹ Kaluza / Töpferwein 2005, S.19

² Vgl. Heimerl 2008, S. 24-25

³ Vgl. Jonas 2005, S. 7

Die Situation in den ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe unterscheidet sich in finanzieller und personeller Hinsicht nicht von den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Speziell die Häufigkeit der Pflegeeinsätze im Zusammenhang mit den so genannten „Finalpflegen“ und die damit verbundene Belastung der Pflegekräfte stiegen in den letzten Jahren in den ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes stetig an. Auf der einen Seite entspricht dieser Anstieg auch den Wünschen der meisten Menschen, am Ende des Lebens zu Hause sterben zu können. Eine Verschärfung der Situation tritt jedoch dort ein, wo Angehörige von sterbenden Patienten nicht in greifbarer Nähe wohnen oder wo Pflegenden selbst schon ein relativ hohes Alter erreicht haben. Hinzu kommt, dass die mehrmaligen Einsätze der Mitarbeiter am Tag für die Einrichtungen kaum oder nicht refinanziert werden.

Ein weiteres Dilemma ist, dass für die Mitarbeiter der stationären und ambulanten Einrichtungen das Sterben ein häufiges⁴, für den Bewohner bzw. Patienten und seine Angehörigen jedoch ein einmaliges Ereignis ist. Eng bemessene Zeitkorridore lassen dem Pflegepersonal kaum Freiräume zum Begleiten und Pflegen sterbender Menschen und damit zum notwendigen Innehalten als Ausdruck würdiger Anteilnahme, aber auch zum Abschiednehmen und zur Bewältigung der eigenen Trauer. Sie leben den täglichen praktischen und emotionalen Spagat zwischen der Herausforderung, Sterbenden und ihren Angehörigen nahe zu sein und dem Auftrag, das übliche Tagesgeschehen nicht außer Acht zu lassen.⁵ Und trotzdem finden gerade diese Leistung der Pflegekräfte und „die damit verbunden psychischen Belastungen häufig nicht die ihnen gebührende gesellschaftliche Anerkennung“.⁶

1.2 Ziele des Projekts und Finanzierung

1.2.1 Ziele des Projektes

Mit dem Projekt möchte der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. die Situationen in seinen zwei stationären und sechs ambulanten Pflegeeinrichtungen wesentlich verbessern. Er versteht sich als lernende Organisation und will im Zusammenhang mit dem Projekt inhaltliche und strukturelle Veränderungen angehen. Es soll gewährleistet sein, dass es eine nachhaltige Palliativkultur für alle Beteiligten gibt und es nicht nur bei einem sporadischen bzw. kräftezehrenden Engagement Einzelner bleibt.⁷ Die Ziele des Projektes sind zum einen die Entwicklung zukunftsfähiger Strukturen in den Einrichtungen zur würdigen und individuellen Lebens- und Sterbebegleitung. Dazu zählen:

- ✍ der Ausbau und das Angebot unterstützender Maßnahmen zur pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie psychosozialen und seelsorgerischen Begleitung sterbender Bewohner und Patienten und ihrer Angehörigen
- ✍ die Minimierung der Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag der Mitarbeiter, um die persönliche Kompetenz und Handlungsfähigkeit zu stärken und einem möglichen Burnout-Syndrom vorzubeugen

4 Laut einer Studie begleitet eine Pflegekraft in einer stationären Altenhilfeeinrichtung pro Jahr 9 sterbende Menschen. Vgl. Jonas 2005, S. 8

5 Vgl. Nießen 2008, S. 173

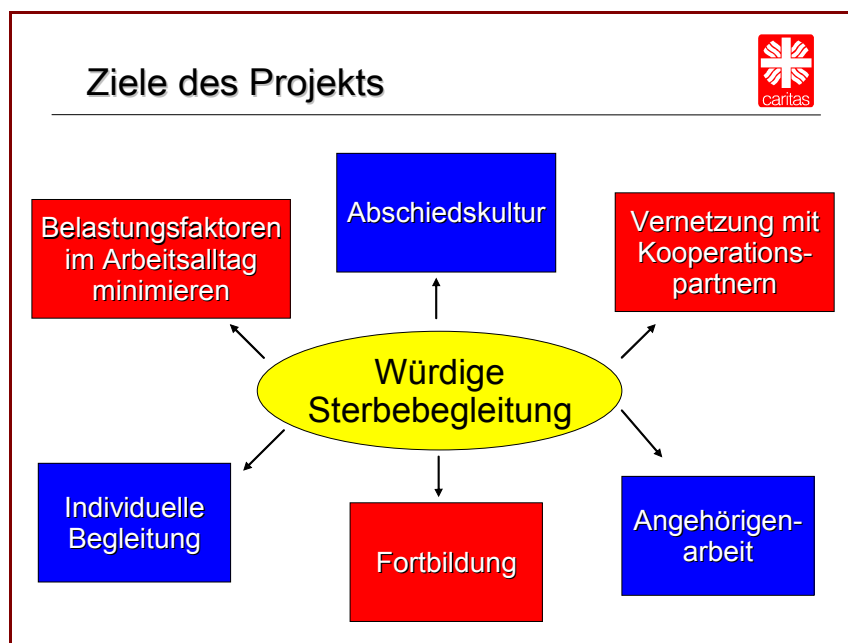
6 Kaluza / Töpferwein 2005, S.34

7 Vgl. Heimerl 2008, S. 53

- ✍ die Aneignung und Stärkung der Wissens- und Handlungskompetenz der Mitarbeiter durch Weiterbildung in Palliative Care und anderen themenbezogenen Fortbildungen
- ✍ der Aufbau einer umfassenden Abschiedskultur in den stationären und ambulanten Einrichtungen, die Zuspruch findet bei Bewohnern, Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern

Zum anderen liegt der Projektauftrag klar in der Vernetzung der Einrichtungen mit Kooperationspartnern, die eine Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen erst möglich machen. Damit ist gemeint:

- die Vernetzung mit ambulanten Hospizdiensten im Kreis Viersen
- die engere Zusammenarbeit mit stationären Hospizeinrichtungen, Palliativstationen und Krankenhäusern
- die reibungslose Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, sowie Schmerztherapeuten in der Pflege und Behandlung des Bewohners und Patienten
- die Vermittlung von seelsorgerischer Begleitung in Zusammenarbeit mit örtlichen Pfarrgemeinden und Seelsorgern



1.2.2 Zielgruppe des Projektes

Das Projekt richtet sich an schwerstkranke und sterbende Menschen, die in den Altenheimen Irmgardisstift (Süchteln) und St. Michael (Schwalmtal-Waldniel) leben bzw. von den Mitarbeitern der Caritas-Pflegestationen Kempen, Nettetal, Schwalmtal, Tönisvorst, Viersen und Willich zu Hause gepflegt und begleitet werden.

Davon nicht ausgeschlossen sind die Angehörigen der Bewohner und Patienten, die Unterstützung, Beratung und Begleitung erfahren und deren Anliegen nicht in den Hintergrund geraten sollen.

Eine weitere Zielgruppe sind die Mitarbeiter der Einrichtungen, deren Herausforderung es ist, die Menschen in dieser doch sehr eindrücklichen Zeit zu begleiten. Hier ist es wichtig, Mitarbeitern Möglichkeiten der Entwicklung von persönlicher Haltung und fachlicher Kompetenz zu bieten, um diese Aufgabe zu erfüllen.

1.2.3 Projektfinanzierung

Das Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“ wird durch die Nettetal-er Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter finanziert. Dadurch war es u.a. möglich, zwei Projektkoordinatoren einzustellen und die wissenschaftliche Begleitung des Projektes zu gewährleisten. Die Stiftung leistet damit einen großen Beitrag an der Projektverwirklichung.

2 Projektaufbau

2.1 Funktion und Aufgaben der Projektkoordinatoren

Die Erfahrung aus bereits durchgeführten Projekten zeigten dem Caritasverband, dass der Aufbau und die Koordination eines solch umfangreichen Projektvorhabens zur Verbesserung der „Sterbe- und Abschiedskultur“ in den sechs ambulanten Caritas-Pflegestationen und den zwei Altenheimen von entsprechend ausgebildeten Personen übernommen werden sollten. Der Verband entschied sich dazu, für die Projektdurchführung zwei Koordinationsstellen mit je 100 % Beschäftigungsumfang einzurichten. In der Stellenbeschreibung wurde einerseits hohen Wert auf konzeptionelle, kommunikative und methodische Kompetenzen gelegt. Andererseits spielten auch Erfahrungen im Pflegebereich, der Sterbebegleitung und Hospizarbeit eine entscheidende Rolle.

Die Aufgaben der Projektkoordinatoren waren u.a. folgende:

- Aufbau und Konzeption des Projekts
- Erarbeitung einer entsprechenden Gesamtkonzeption zur „würdigen Sterbebegleitung“ für die ambulanten und stationären Einrichtungen
- Durchführung von Qualifizierungskursen bzw. Fortbildungstagen für die hauptamtlichen Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen (z.B. Umgang mit Menschen in der Sterbephase)
- Themenbezogene Beratung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter sowie der Bewohner / Patienten und Angehörigen bei psychosozialen und ethischen Fragestellungen
- Schaffung von Strukturen zur Integration von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern, damit würdige Sterbebegleitung gelingen kann
- Vernetzungsarbeit mit externen Dienstleistern
- Öffentlichkeitsarbeit

Zum Projektstart im Oktober 2006 stellte der Verband die Diplom-Sozialarbeiterin Damaris Nießen als Projektkoordinatorin für den ambulanten Bereich und den Diplom-Gerontologen Christian Schrödter für den stationären Bereich ein. Gemeinsam mit den

Pflegefachkräften in den Einrichtungen vor Ort war somit von Beginn an eine interdisziplinäre Teamarbeit gewährleistet.

In der Anlaufphase des Projekts bis Februar 2007 standen sowohl der Kontaktaufbau und das Kennenlernen der beteiligten Einrichtungen als auch die Entwicklung einer Projektstruktur für die Koordinatoren im Vordergrund. Die Projektkoordinatoren hospitierten in den ambulanten und stationären Einrichtungen und erhielten dadurch einen Einblick in den Arbeitsalltag beider Bereiche. Teamsitzungen, Treffen der Ehrenamtlichen, Selbsthilfegruppen sowie der direkte Kontakt zu Mitarbeitern, Bewohnern, Patienten und Angehörigen wurden genutzt, um das Projekt und seine Ziele vorzustellen und die Beteiligten für das Thema zu sensibilisieren. Zur Entwicklung der Projektstruktur erfolgte eine umfangreiche Literaturrecherche zum Thema „Sterbebegleitung und Implementierung von Hospiz- und Palliativkonzepten“, um an Erfahrungen und Vorgehensweisen ähnlicher Projekte anknüpfen zu können. Dabei spielten auch methodische Überlegungen eine wichtige Rolle, die den Projektcharakter und den weiteren Verlauf kennzeichnen sollten.

2.2 Methodische Ansätze

2.2.1 Integrativer Palliative-Care-Ansatz

Mit dem Projekt sollten Strukturen innerhalb der bestehenden Einrichtungen geschaffen werden, die es ermöglichen, schwerkranke und sterbende Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bis zuletzt in Würde und unter Einbeziehung der ganzheitlichen Aspekte der Palliative Care zu begleiten, ohne dass sie aus ihrer Häuslichkeit oder dem Heim als neues Zuhause gerissen werden. Es war demnach von Beginn an klar, dass es nicht darum gehen würde, eine separate Palliativstation innerhalb der Einrichtungen oder ein stationäres Hospiz zu errichten. Vielmehr sollten Erfahrungen und das gedankliche Konzept aus dem Hospiz- und Palliativbereich soweit möglich in die Einrichtungen transferiert werden.⁸

2.2.2 Basisorientierte Projektverwirklichung

In den Zielen des Projekts ist u.a. die Minimierung der Belastungsfaktoren auf Seiten der Mitarbeiter genannt. Für die Verwirklichung des Projekts war es daher entscheidend, mitarbeiterorientiert zu arbeiten, d.h. die zu entwickelnden Arbeitsabläufe zur Begleitung Sterbender sollten entlastend und praxisnah gestaltet werden und keine empfundene Mehrbelastung beim Personal auslösen. Die Ideenentwicklung erfolgte somit gemeinsam mit den Mitarbeitern an der Basis.⁹ Bei einer solchen Vorgehensweise ist die Unterstützung der Leitungskräfte und des Trägers unerlässlich. Gemeinsam steckten sie den erforderlichen Rahmen, in dem eine konstruktive Projektverwirklichung möglich wurde. Dazu zählte bspw. die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien, die innerhalb der Einrichtungen die Wichtigkeit des Themas „Sterbebegleitung“ hervorheben sollten. Durch die zeitweise Freistellung von Mitarbeitern für die Projektarbeit und die persönliche Anwesenheit und Beteiligung an wichtigen Ereignissen innerhalb des Projekts

⁸ Vgl. Müller / Kessler 2000, S. 50-55

⁹ Vgl. Orth / Alsheimer 2005, S. 7

brachten die Leitungskräfte wesentliche Ressourcen und Wertschätzung ihrerseits mit ein.¹⁰ Insbesondere waren sie an wichtigen Aufgaben der einrichtungsübergreifenden Planung und Vernetzung beteiligt.

2.2.3 Multiperspektivische Bedarfsorientierung

Bei der Ideenentwicklung innerhalb des Projekts wurde hohen Wert darauf gelegt, den unterschiedlichen Bedürfnissen von Mitarbeitern, Bewohnern, Patienten und Angehörigen gerecht zu werden.¹¹ Die Beteiligten erleben die Sterbebegleitung aus verschiedenen Perspektiven und benötigen demnach auch unterschiedliche Unterstützung. Ausgehend von diesen Überlegungen sollte nach der Anlaufphase des Projekts eine Erstanalyse des Bedarfs der genannten Personengruppen stattfinden. Dabei sollten neben konkreten Anregungen und Wünschen auch der so genannte Ist-Zustand in den Einrichtungen bezogen auf die Sterbebegleitung erhoben werden.¹²

Für die Erst-Analyse waren demnach folgende Fragen ausschlaggebend:

- (1) Wie gestaltet sich die Sterbebegleitung und Abschiedskultur momentan in den Einrichtungen?
- (2) Welche Bedürfnisse und Wünsche haben die betroffenen Zielgruppen zur Thematik „Sterbebegleitung und Abschiedskultur“?

2.2.4 Wissenschaftliche Begleitung

Der besondere Charakter des Projekts kommt nicht zuletzt in der wissenschaftlichen Begleitung zum Ausdruck. Der regionale Caritasverband als Träger des Projekts hat eine wichtige Entscheidung getroffen, indem er das Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip, Köln) als unabhängigen Berater einbezogen hat. Das geschah vor allem in der Absicht, Projektergebnisse wissenschaftlich abzusichern und diese transparent in die Öffentlichkeit zu tragen, damit der Stellenwert des Themas „Würdige Sterbebegleitung“ weiterhin an Bedeutung gewinnt. Sowohl andere Verbände und Einrichtungen als auch politisch Verantwortliche sollten anhand des Projekts erkennen, wie wichtig der Handlungsbedarf im bestehenden Pflegesektor ist.

Das dip stand beim Aufbau und der Durchführung des Projekts beratend zur Seite. Im Jahr 2007 führte das dip die oben genannte Erst-Analyse durch. Hierzu wurden Mitarbeiter und Angehörige schriftlich und mündlich befragt. Bewohner und Patienten wurden zu strukturierten Interviewgesprächen eingeladen. Im Mai 2008 folgte eine Zwischenevaluation der bisherigen Projektergebnisse, die zudem neue Erkenntnisse und Anstöße für die weiteren Projektschritte hervorbrachte. Nähere Informationen zur wissenschaftlichen Begleitung und zu den Ergebnissen der Befragungen sind dem Bericht des dip zu entnehmen, der zeitgleich mit dem vorliegenden Bericht erschienen ist.¹³

2.3 Bildung von Arbeitsgruppen

¹⁰ Vgl. Heimerl / Heller / Kittelberger 2005, S. 49-51

¹¹ Vgl. Kittelberger 2002, S. 7

¹² Vgl. Alsheimer / Kittelberger / Orth 2006, S. 56

¹³ Vgl. Isfort 2008

Parallel zur Vorbereitung der Erst-Analyse ging es Anfang 2007 um die Bildung und Zusammensetzung verschiedener Arbeitsgruppen mit unterschiedlichen Funktionen und Aufgaben innerhalb des Projekts. Mit dem Ziel der basisorientierten Projektverwirklichung entstand in den beteiligten Einrichtungen je eine Projektgruppe mit bis zu sieben Mitarbeitern.¹⁴ Die Verantwortung für die Zusammenstellung der Projektgruppen lag bei der jeweiligen Pflegedienstleitung. Während in den ambulanten Caritas-Pflegestationen Mitarbeiter aus der Pflege und die Qualitätsbeauftragten teilnehmen, setzen sich die Projektgruppen in den Altenheimen aus Mitarbeitern der Bereiche Pflege, Sozialer Dienst und Hauswirtschaft zusammen. Dadurch kann gewährleistet werden, dass unterschiedliche Blickwinkel und Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Bewohnern eingebracht werden. Im Gegensatz zum stationären Bereich gab es im ambulanten Bereich zu Beginn des Projekts bereits weitergebildete Palliativpflegekräfte, die ebenfalls an den Projektgruppen teilnehmen. Bei der Gruppenzusammensetzung in den Altenheimen wurde darauf geachtet, dass von jedem Wohnbereich mindestens eine Pflegekraft integriert ist, die als Multiplikator die entwickelten Ideen in die Teams zurücktragen kann. Hauptaufgabe der monatlich stattfindenden Projektgruppen ist die Entwicklung von inhaltlichen und organisatorischen Veränderungen, die sowohl die Ergebnisse aus den Befragungen als auch die individuelle Situation der jeweiligen Einrichtung berücksichtigen sollen. Für die Vor- und Nachbereitung sowie die Moderation der Projektgruppen sind die Projektkoordinatoren verantwortlich. Die Ergebnisse, Vorschläge und Ideen werden protokolliert und in speziell eingerichteten Projektordnern den einzelnen Stationen und Abteilungen zur Verfügung gestellt. Die Projektordner stellen somit ein wichtiges Instrument für den internen Informationsfluss dar.

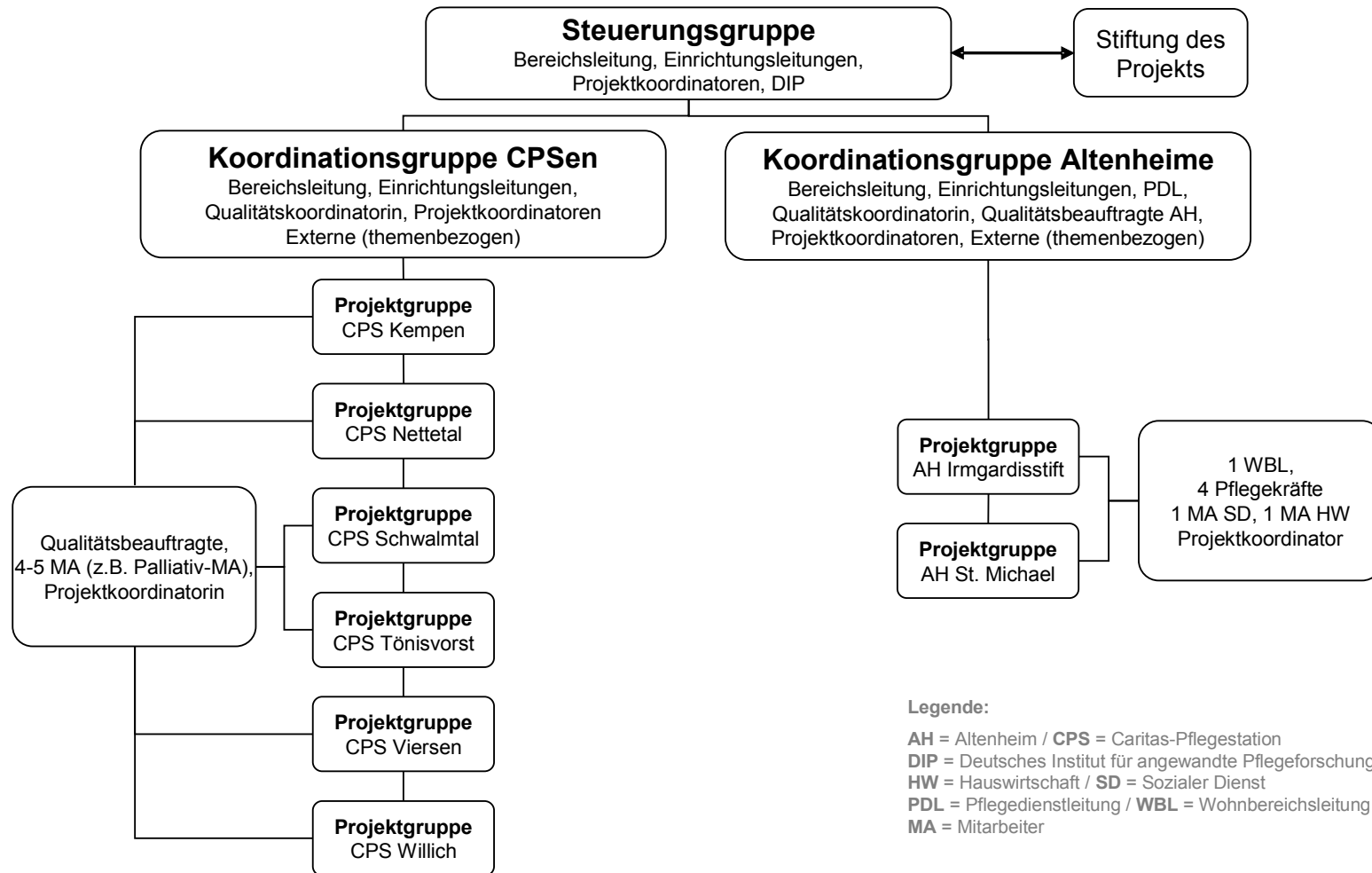
Auf der Leitungsebene gibt es für den ambulanten und stationären Bereich jeweils eine so genannte Koordinationsgruppe, die mit Aufgaben der einrichtungsübergreifenden Planung und Vernetzung mit externen Dienstleistern betraut ist. Die beiden Koordinationsgruppen treffen sich im Abstand von zwei bis drei Monaten und werden ebenfalls von den Projektkoordinatoren moderiert.

Als bereichsübergreifende Austauschplattform fungiert schließlich die Steuerungsgruppe, in der die Leitungskräfte aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammentreffen. Im zurückliegenden Projektzeitraum traf sie sich zwei mal jährlich. Auch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung war regelmäßig vertreten. Besonders in der Anfangsphase des Projekts ging es darum, gemeinsam die strategischen Ziele zu formulieren und flankierende Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Ein genauer Überblick über die Arbeitsgruppen und deren Aufgaben ist auf den folgenden Seiten zu finden.

¹⁴ Vgl. Orth et al. 2002, S. 5

2.3.1 Organigramm der Arbeitsgruppen



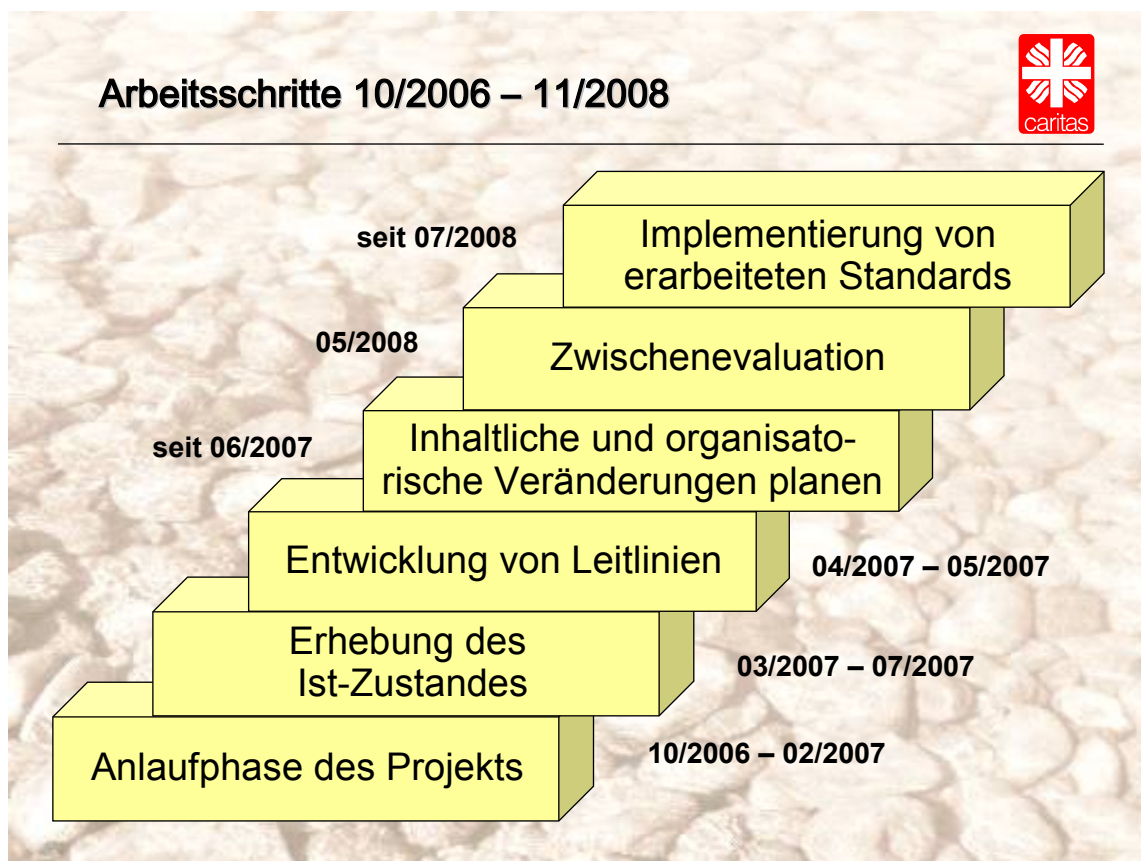
2.3.2 Arbeitsgruppen und ihre Aufgaben

In Ergänzung zum abgebildeten Organigramm sind in der nachfolgenden Tabelle nähere Informationen zu den einzelnen Arbeitsgruppen und deren Aufgaben beschrieben.

Arbeitsgruppen	Teilnehmer	Aufgaben
Ab Ende März 2007 – 2 bis 3 mal pro Jahr – ca. 3 Stunden		
Steuerungsgruppe Moderation: Bereichsleitung Protokoll: Projektkoordinatoren	Bereichsleitung, CPS-Leitungen, AH-Leitungen, dip, Projektkoordinatoren	Berichten über den aktuellen Stand des Projekts Sichten und Bewilligen der erarbeiteten Leitlinien Gesammelte Standards bewilligen / freigeben Allgemeinen Begründungsrahmen des Projekts besprechen/ verabschieden Flankierende Maßnahmen überlegen und an Koordinationsgruppe delegieren (z.B. interne Öffentlichkeitsarbeit)
Ab April 2007 – zu Beginn: 1 mal pro Monat – später: alle 2-3 Monate – ca. 2-3 Stunden		
Koordinationsgruppe Moderation und Protokoll: Projektkoordinatoren	<u>Ambulant:</u> Bereichsleitung, CPS-Leitungen Qualitätskoordinatorin, Projektkoordinatoren <u>Stationär:</u> Bereichsleitung, AH-Leitungen Pflegedienstleitungen Qualitätskoordinatorin Qualitätsbeauftragte Projektkoordinatoren <u>themenbezogen für beide:</u> Externe (z.B. Hospizinitiative, Seelsorger, Ärzte)	Leitlinien entwickeln Ergebnisse der Ist-Analyse diskutieren und anhand der Leitlinien überprüfen Einrichtungsübergreifend planen und koordinieren Entscheiden über Testphasen zur Erprobung von entwickelten Standards, Auswerten der Standards nach den Testphasen Vernetzen mit dem Qualitätsmanagement Möglichkeiten organisatorischer Veränderungen (aufgrund der entwickelten Standards) aushandeln und verfolgen Kooperationsmöglichkeiten mit Externen diskutieren Prioritätenliste für Fortbildungen festlegen
Ab Juni 2007 – 1 mal im Monat – 90 min		
Projektgruppen (1 Projektgruppe je Einrichtung) Moderation und Protokoll: Projektkoordinatoren	<u>Ambulant:</u> 4-5 Mitarbeiter (inkl. MA mit Palliative Care-Ausbildung), Qualitätsbeauftragte(r), Projektkoordinatoren <u>Stationär:</u> 1 Wohnbereichsleitung, 4 Pflegekräfte 1 MA Hauswirtschaft 1 MA Sozialer Dienst Projektkoordinatoren	Planung u. Durchführung des Implementierungsvorhabens: Ideenentwicklung Inhaltliche und organisatorische Veränderungen zur Sterbebegleitung diskutieren Arbeitsabläufe definieren Testphasen beobachten, begleiten, bewerten Verankerung im Alltag planen und umsetzen Mögliche Themen für Fortbildungen benennen und diskutieren

2.4 Arbeitsschritte in den Jahren 2006-2008

Folgende Übersicht zeigt die Arbeitsschritte, die seit Projektbeginn bis November 2008 erfolgt sind. Zu den näheren Inhalten wird in den nachfolgenden Kapiteln eingegangen. Informationen und Ergebnisse zur Erhebung des Ist-Zustandes sowie zur Zwischenevaluation sind dem Bericht des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zu entnehmen.



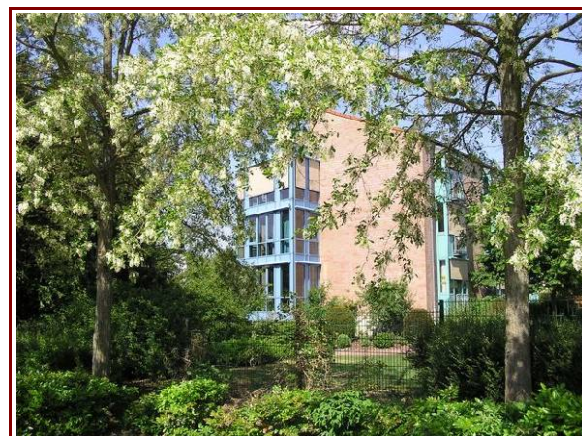
3 Einrichtungsbezogene Projektarbeit

3.1 Stationäre Einrichtungen

3.1.1 Allgemeine Daten zu den Altenheimen

Um sich ein ungefähres Bild der am Projekt beteiligten stationären Einrichtungen machen zu können, soll im Folgenden ein Blick auf allgemeine Daten zu den Altenheimen geworfen werden, die im März 2007 (Stichtag 01.03.2007) erhoben worden sind.

Das Altenheim Irmgardisstift in Süchteln verfügt über 94 Pflegeplätze (40 Einzelzimmer und 27 Doppelzimmer) und das Altenheim St. Michael in Waldniel über 90 Plätze (54 Einzelzimmer und 18 Doppelzimmer). Beide Einrichtungen bieten die Möglichkeit der Kurzzeitpflege an; im Altenheim Irmgardisstift sind es 6 und im Altenheim St. Michael 10 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze.



In beiden Einrichtungen wird die fördernde Prozesspflege nach Monika Krohwinkel praktiziert. Auch wenn das Modell vorwiegend den Aspekt der Aktivierung verfolgt, so hat Monika Krohwinkel durch die Benennung der existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL 13) bereits einen wichtigen Grundstein gelegt, um Themen wie Sterben, Tod und Trauer Raum zu geben.

Zum Stichtag lebten in beiden Altenheimen etwa gleich viele Bewohner (Altenheim Irmgardisstift: 87 / Altenheim St. Michael: 89). Den jeweils überwiegenden Anteil bildeten mit ca. 80 % in beiden Einrichtungen die weiblichen Bewohner. Ca. 70 % waren bereits verwitwet. Etwa 50 % waren zu dem Zeitpunkt älter als 85 Jahre. Das durchschnittliche Alter beim Heimeinzug betrug im Jahr 2006 im Altenheim Irmgardisstift 82 Jahre bzw. 83 Jahre im Altenheim St. Michael. Die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer der Bewohner bis zu ihrem Tod im Jahr 2006 belief sich auf drei bis vier Jahre. In den Folgejahren ist eine spürbare Verkürzung der Verweildauern zu erkennen gewesen. Immer häufiger werden Bewohner sterbend aus dem Krankenhaus entlassen und verbringen dann ihre letzten Lebenswochen und -tage im Altenheim. Im Jahr 2006 waren in beiden Heimen über 60 % der Bewohner in Pflegestufe II oder III eingestuft. Von Multimorbidität, Schwerstpflegebedürftigkeit und demenziellen Veränderungen ist die Mehrheit der Bewohner betroffen. Anders als in manchen Großstädten und Ballungsräumen ergaben sich bisher in den beiden Altenheimen keine besonderen Herausforderungen im kulturellen oder religiösen Umgang mit Bewohnern aufgrund von Migrationshintergründen.

3.1.2 Leitlinien zur Würdigen Sterbebegleitung in den stationären Einrichtungen

Die Koordinationsgruppe Altenheime entwickelte gemeinsam folgende Leitlinien zur würdigen Sterbebegleitung in den stationären Einrichtungen, die als Grundlage für die weitere Projektarbeit dienen¹⁵:

Der Begriff der Würde

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ heißt es in Artikel 1 des Grundgesetzes. Wir als Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. sind uns der zentralen Bedeutung des Begriffs der Würde bewusst und sehen gleichfalls eine große Verantwortung, die aus ihm für das tägliche Handeln in unseren stationären und ambulanten Einrichtungen erwächst. Aus unserem christlichen Verständnis heraus verstehen wir die Würde als Wesensmerkmal des Menschen. Als Ebenbild Gottes geschaffen wohnt jedem Menschen seine einmalige und unveräußerliche Würde inne, unabhängig von seiner sozialen Stellung, seinem Geschlecht, seinem Alter oder seiner Gesundheit.

Wenn wir Würde im Lichte von Lebensqualität, Selbstbestimmung, Autonomie und Individualität betrachten, dann wird deutlich, dass Würde maßgeblich in der Beziehung des Einzelnen zu seinen Mitmenschen zum Ausdruck kommt. Insbesondere schwer kranke, pflegebedürftige und ältere Menschen brauchen deshalb in ihrer Hilfebedürftigkeit Mitmenschen, die zum *Schutzpatron* und *Anwalt* ihrer Würde werden. Christliche Nächstenliebe entfaltet sich in unseren Einrichtungen als Gestaltungsauftrag einer *gelebten Würde*, die geprägt ist von bewusster Wertschätzung der Person. Achtung und Respekt vor der Individualität sowohl im Leben als auch im Sterben zeigen sich in der Haltung und Handlung unserer MitarbeiterInnen. Das frühzeitige Erkennen von körperlichen, geistigen und seelischen Bedürfnissen ist Teil unserer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen.

Würdige Sterbebegleitung in den stationären Einrichtungen

– Zwischen Abschied und Hoffnung

Das Abschiednehmen vom Leben beginnt in unserem Verständnis bereits vor dem körperlichen Sterben. Viele BewohnerInnen, die neu in unsere Einrichtungen ziehen, befinden sich bereits in einem Abschiedsprozess: das Verlassen der vertrauten häuslichen Umgebung und das Gewahrwerden über die eigene Endlichkeit bis hin zum Gedanken, dass das Heim der letzte Wohnort, das letzte „Zuhause“ sein könnte. Solchen Gedanken der Endlichkeit und Trauer über das eigene Schicksal möchten wir als Einrichtung offen begegnen und auch neue Perspektiven und Wege der Sinnfindung aufzeigen bzw. wieder entdecken. Wir bieten diese Form der Hoffnungsarbeit all denen, die eine bewusste Auseinandersetzung mit diesen sensiblen Themen nicht scheuen und machen den anderen Mut, diese Scheu zu überwinden. Dieser fürsorgliche und wahrheitsgetreue Umgang mit Schwerst-Pflegebedürftigen und Sterbenden lebt in unseren Einrichtungen vom Gespräch miteinander und der Nähe zueinander.

¹⁵ Vgl. Orth / Alsheimer 2005, S. 25/26

– Das Team als Schutzpatron und Anwalt des Einzelnen

Das Sterben als Prozess verläuft bei jedem Menschen unterschiedlich und in hohem Maße individuell, so dass auch Sterbebegleitung weder zeitlich noch inhaltlich detailliert im Voraus festgelegt werden kann. Dennoch legen wir in unseren Einrichtungen Wert auf einen verlässlichen Rahmen, der die Individualität schützt und die Begleitung nicht der Willkür überlässt. Dabei setzen wir auf Teamarbeit und Einbeziehung aller Beteiligten (Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige, Ehrenamtliche, Betreuer, Ärzte, Seelsorger). Für eine umfassende würdige Begleitung ist ein guter Informationsaustausch zwischen den Kooperationspartnern unumgänglich. Dabei geht es auch um die realistische Planung der Begleitung im Team und eine Vermeidung von überfordernden Idealvorstellungen wie z.B. einer ständigen Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Neben den körperlichen Leiden, die durch eine gute Schmerztherapie aufgefangen werden sollen, richtet sich unser Blick auch auf das psychische und seelische Wohlbefinden und auf die Vermittlung entsprechender Hilfen und Ansprechpartner.

– Sterbebegleitung mit persönlichem Hintergrund

Bei der Organisation der konkreten Begleitung achten die MitarbeiterInnen unserer Einrichtungen darauf, dass Wünsche und Vorstellungen des Bewohners zu seiner letzten Lebensphase berücksichtigt werden. Dazu zählt auch die Berücksichtigung von persönlichen Beziehungen des Sterbenden. Angehörige als wichtige Bezugspersonen spielen für uns eine große Rolle, auch in der Begleitung des Sterbenden. Sie sind willkommenen Gäste in unseren Einrichtungen. Es ist uns ein Anliegen, ihnen eine Atmosphäre der Wertschätzung und Offenheit zu schaffen, in der wir beratend und unterstützend zur Seite stehen.

– Sterbebegleitung im vertrauten Umfeld

Im Mittelpunkt der Orientierung stehen die Wünsche des Sterbenden. Wir begegnen der Angst, allein und einsam zu versterben, indem wir unseren BewohnerInnen ein Sterben im vertrauten Umfeld ermöglichen. Dazu zählt für uns, dass das Sterben im eigenen Zimmer stattfinden kann, und dass Angehörige die Möglichkeit bekommen, zu jeder Tages- und Nachtzeit am Bett des Sterbenden zu verweilen.

Um das Sterben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen, sind wir bemüht, im Vorfeld wesentliche Fragen bezüglich Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten etc. zu klären. Dadurch wollen wir gewährleisten, in absehbaren Krisenzeiten im Sinne des Betroffenen handeln zu können.

– Weg des Lebens

Den letzten Lebensabschnitt zu begehen, ist auch für Menschen, die auf ein erfülltes Leben zurückblicken nicht einfach. BewohnerInnen, die davon sprechen, „lebenssatt“ zu sein, tragen oft genau dieses Gefühl in sich, das wohl verdiente Ende eines langen Weges erreicht zu haben. Für manche verwandelt sich dieser Weg aufgrund ihres Glaubens in einen Pfad, der noch weiter geht.

Wir respektieren die unterschiedlichsten Auffassungen und Glaubensvorstellungen und suchen mit den BewohnerInnen nach Ritualen, die ihren ganz persönlichen Weg festigen. Das Schaffen von etwas Vertrautem soll Halt geben, den letzten Weg als Weg des Lebens zu gehen.

– Würdige Abschiedskultur

Die Begleitung der Begleiter ist für uns ein wichtiges Aufgabenfeld. Ihnen mit Wertschätzung würdig zu begegnen und sie vor einer möglichen Überbelastung zu bewahren ist ein Zeichen unserer Lebens- und Abschiedskultur. In unseren Einrichtungen achten wir darauf, dass weder Angehörige noch MitarbeiterInnen in ihrem Abschiednehmen und Trauern allein gelassen werden. Wir bieten ihnen Gelegenheiten, den Gefühlen Ausdruck zu verleihen und sind bemüht diese aufzufangen, so dass sie gestärkt ihren Alltag gestalten können.

Für uns ist die Reise eines Menschen auch mit dem Tod nicht vorbei. Wir haben Respekt vor dem „letzten Willen“ des Verstorbenen und sind darauf bedacht, auch nach seinem Tod diesen Wünschen nachzukommen. Wir möchten Angehörige, MitarbeiterInnen und BewohnerInnen dazu ermutigen, die Möglichkeit der persönlichen Abschiednahme vom Verstorbenen wahrzunehmen. Es hilft, den Tod als Bestandteil des Lebens zu akzeptieren und sich der eigenen Trauer zu stellen. In Gottesdiensten und gemeinsamen Rückblicken wird den Verstorbenen auch im Nachhinein gedacht.

3.1.3 Offene Gesprächskultur schaffen

Nachdem die gedankliche Basis mit den entwickelten Leitlinien gelegt war, begann die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Projektideen innerhalb der Projektgruppen der Altenheime. Grundlage für den Arbeitsauftrag waren sowohl die gewonnenen Erkenntnisse aus den Befragungen der Erst-Analyse, die das dip durchführte als auch die von den Teilnehmern geäußerten Erwartungen und Wünsche hinsichtlich des Projekts. Zu beobachten war, dass die Mitarbeiter die Projektgruppen auch als Gelegenheit nutzten, sich persönlich zu öffnen und über positive wie negative Erlebnisse im Umgang mit sterbenden Bewohnern auszutauschen. Die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich bewusst mit dem Thema „Sterben und Tod“ auseinander zusetzen, ist eine wichtige Basis für das Gelingen eines solchen Projektvorhabens. Mit dem Ziel, eine offene Gesprächskultur in den beteiligten Einrichtungen zu schaffen, besuchte der Projektkoordinator regelmäßig die Dienstübergaben auf den Wohnbereichen und war als Ansprechpartner für psychosoziale, spirituelle und ethische Fragestellungen von Mitarbeitern, Bewohnern und Angehörigen in den Altenheimen zu gegen. Vor allem Mitarbeiter und Bewohner nutzten diese Möglichkeit. Im Austausch mit den Pflegekräften wurde schnell deutlich, dass Gespräche unter Kollegen auf einer anderen Ebene stattfinden im Vergleich zu Gesprächen mit Bewohnern und deren Angehörigen, die als direkt Betroffene eine sehr sensible Form des Dialogs benötigen. Aus dieser Erkenntnis heraus war es sinnvoll, sich das Thema „Kommunikation“ innerhalb der Projektgruppen genauer anzusehen. Der Blick richtete sich zunächst auf problematische Aspekte der Kommunikation in der Altenpflege und auf die Frage, was eigentlich unter guter Kommunikation zu verstehen sei.¹⁶ Die Grundprinzipien gelingender Kommunikation nach Rogers wurden ebenso diskutiert wie das „Vier-Ohren-Modell“ nach Schulz von Thun.¹⁷ Ergebnis des Dialogs war u.a. eine schriftliche Zusammenstellung von Techniken der Gesprächsführung, die für die Pflegekräfte bedeutsam waren.¹⁸

Neben grundlegenden Kenntnissen der Kommunikation war es für die Projektgruppe auch wichtig, die theoretischen Kenntnisse der Sterbe- und Trauerprozesse sowie der

¹⁶ Vgl. Elzer / Sciborski 2007, S. 217-229

¹⁷ Vgl. Elzer / Sciborski 2007, S. 81-85 und S. 117-121

¹⁸ Vgl. Elzer / Sciborski 2007, S. 85-87

damit einhergehenden Bedürfnisse von Sterbenden und Angehörigen zu vertiefen. Anhand dessen diskutierten die Projektgruppen über situationsangemessene Reaktionsformen und Handlungsmöglichkeiten für Mitarbeiter, wie sie Sterbenden und Trauernden angemessen begegnen können. Dieses Hintergrundwissen vermittelt den Mitarbeitern Sicherheit in der Sterbebegleitung und im Umgang mit Angehörigen.¹⁹



Brainstorming der Projektgruppe im Altenheim St. Michael

3.1.4 Die Erfassung von Wünschen zur letzten Lebensphase

Ausgehend vom Thema „Kommunikation“ beschäftigten sich die Projektgruppen in beiden Altenheimen mit der Fragestellung, wie Wünsche von Bewohnern zu ihrer letzten Lebensphase frühzeitig erfasst werden könnten. Rund 80 % der befragten Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen hatten in der Erst-Analyse angegeben, dass sie es als wichtig erachten würden, Wünsche von Bewohnern rechtzeitig zu erfassen. Aufgrund der kürzer werdenden Verweildauern der Bewohner ist es für die Mitarbeiter sehr entscheidend, frühzeitig an Informationen zu gelangen, wie der Einzelne sich seine letzte Lebensphase vorstellt. Gleichzeitig war bisher, trotz der häufigen Konfrontation der Pflegekräfte mit „Sterben und Tod“, bei vielen eine Hemmschwelle vorhanden, das Thema konkret anzusprechen, vor allem, wenn die eigentliche Sterbephase noch nicht begonnen hatte. Von Seiten der Bewohner wurde im Interview mit dem Heimbeirat deutlich, dass die befragten Bewohner einen festen Zeitpunkt für ein Gespräch zu so genannten „letzten Wünschen“ etwa direkt beim Heimeinzug nicht befürworten würden. Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt ist insofern schwierig zu stellen, als dass sich jeder Bewohner beim Heimeinzug in einer individuell unterschiedlichen physischen und psychischen Verfassung befindet und daher eine besondere Sensibilität der Mitarbeiter erforderlich ist. In Fachkreisen wird jedoch immer häufiger der Hinweis gegeben, dass sich

¹⁹ Vgl. Messner 2007, S. 14-16

Aufnahmegespräche und Biografiearbeit in besonderer Weise eignen, um die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und den damit eventuell verbundenen Ängsten zu fördern.²⁰ Es wurde daher ein Kompromiss gefunden, der vorsieht, ein Gespräch mit dem Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen nach Heimeinzug (Integrationsphase) anzubieten. Als Hilfsmittel zur Gesprächsführung entwickelte die Projektgruppe einen Fragebogen mit Gesprächsleitfaden.²¹ Der dazugehörige Standard „Erfassung von Wünschen zur letzten Lebensphase“ enthält folgende Maßnahmen:

- Innerhalb der ersten vier Wochen nach Heimeinzug führt die Bezugspflegekraft ein Gespräch mit dem Bewohner, in dem seine Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zur letzten Lebensphase thematisiert werden. Als Hilfsmittel dient der Fragebogen zur Sterbebegleitung mit Gesprächsleitfaden. Der Zeitpunkt für das Gespräch sollte der individuellen Situation angemessen gewählt werden, so dass der Bewohner keiner unnötigen Überforderung ausgesetzt wird und er sich bereits in der Einrichtung wohl und integriert fühlt. Das Gespräch wird nach Möglichkeit auf dem Bewohnerzimmer geführt, wobei darauf zu achten ist, dass während des Gesprächs keine Störungen auftreten. Auch Mitbewohner sollten zu dieser Zeit nicht auf dem Zimmer sein.
- Der Mitarbeiter notiert während des Gesprächs wesentliche Informationen. Der Fragebogen dient dabei als Protokoll, das im Pflegedokumentationsordner abgeheftet wird. Die Bezugspflegekraft überträgt die wichtigsten Informationen in die Pflegedokumentation.
- Im Team werden die genannten Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners besprochen und ggf. Maßnahmen eingeleitet.
- Weitere Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase, die der Bewohner zu einem späteren Zeitpunkt äußert, werden in der Pflegedokumentation aktualisiert.

Im Zusammenhang mit dem Standard war es wichtig, einen einheitlichen Ort für die Dokumentation der geäußerten Bewohnerwünsche zu finden, um zu gewährleisten, dass sie für alle Mitarbeiter im Team schnell aufzufinden sind. Es sollte der Übersicht halber vermieden werden, den Fragebogen zur Sterbebegleitung als weiteres Formblatt innerhalb der Pflegedokumentation zu verwenden. Daher werden die Wünsche übertragen in das vorhandene Formblatt zur Pflegeanamnese im Feld „*AEDL 13: mit existenziellen Erfahrungen umgehen können*“. Auch auf dem Stammblatt der Pflegedokumentation sind einige Felder vorgesehen, die für die Zeit der Sterbebegleitung relevant sein können. Beispielsweise ist dort einzutragen, ob eine Patientenverfügung vorliegt, wer ggf. als gesetzlicher Betreuer des Bewohners bestimmt ist, welcher Seelsorger als Ansprechpartner dient und wer die Sterbebegleitung leistet. Für zukünftige Pflegedokumentationssysteme sollte überlegt werden, ein Formblatt zu integrieren, in das alle relevanten Informationen zum Bereich der Sterbebegleitung eingetragen werden können. Nach längerer Vorarbeit und Überarbeitung soll der Standard zusammen mit dem Fragebogen und Gesprächsleitfaden ab Januar 2009 in den zwei Altenheimen eingeführt werden.

²⁰ Vgl. Dreizler / Brandenburg 2006, S. 55

²¹ siehe Anlage 6.1.2 und vgl. Innere Mission München / iff Wien 2001, S. 4-6 sowie Rohleder 2002, S. 48/49

3.1.5 Gestaltung der letzten Lebenszeit – Der Palliativkoffer

Um angemessen auf die Wünsche der Bewohner eingehen zu können und ein sichtbares Zeichen der würdigen Sterbebegleitung zu setzen, ist in den Projektgruppen die Idee entstanden, einige Utensilien zur psychosozialen und religiösen Begleitung anzuschaffen, die bei Bedarf eingesetzt werden können. Dass es für einen Bewohner in der Sterbephase vor allem wichtig sei, dass Musik, Kerzen etc. eine beruhigende Atmosphäre erzeugen, betonten knapp 70 % der Mitarbeiter, die an der ersten Befragung im Jahr 2007 teilnahmen. Da viele der in den Heimen lebenden Bewohner christlich religiös sind, kann insbesondere durch die Einbeziehung von religiösen Symbolen, Gebeten und Liedern in der Begleitung das Erleben von Sinn auch in Anbetracht der eigenen Endlichkeit erfahren werden.²² Infolge einer konkreten Ideensammlung in der Projektgruppe ist der so genannte „Palliativkoffer“²³ entstanden, der seit Oktober 2008 den Wohnbereichen zur Verfügung steht.



Ziele:

- Sichtbarer und symbolhafter Beistand in der letzten Lebensphase
- Unterstützung von Ritualen in der Sterbebegleitung
- Beruhigende Atmosphäre gestalten
- Psychosoziale bzw. religiöse/spirituelle Begleitung nach den individuellen Wünschen des Bewohners in der letzten Lebensphase
- Wertschätzung und Unterstützung der Angehörigen in ihrer persönlichen Auseinandersetzung und Abschiednahme

²² Vgl. Schrödter 2007, S. 101 u. S. 106

²³ Vgl. Honigschnabel 2003, S. 1

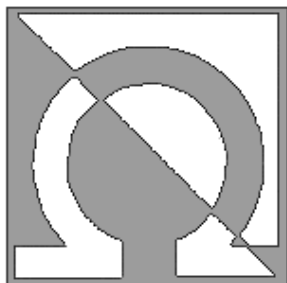
Inhalte des Palliativkoffers sind:

- Windlichter / Teelichter
- religiöse Symbole (z.B. Holzkreuz, Weihwassergefäß, Rosenkranz)
- Handschmeichler (aus Holz und Stein)
- ein Gebetsbuch mit speziellen Gebeten für kranke und sterbende Menschen
- eine selbst erstellte Textsammlung mit Gedichten, Sprüchen und Kurzgeschichten für Menschen in der letzten Lebensphase und deren Angehörige
- Musik-CDs und Hörbücher
- Duftstein und Duftöle
- Tücher und Tischdeckchen
- Steine zur Dekoration

Umgang mit dem Palliativkoffer:

In vielen Fällen wird der Bewohner bereits persönliche Dinge aus seinem Leben, Lieblingsgegenstände, religiöse Symbole, Lieblingsmusik etc. auf seinem Zimmer bereithalten, die zu seiner Begleitung in der letzten Lebenszeit zum Einsatz kommen können. Gemäß den Wünschen des Bewohners erfolgt der Einsatz des Palliativkoffers und seiner Inhalte in sensibler und bedachter Weise getreu dem Motto: „Weniger ist oft mehr“.

3.1.6 Begleitung durch Hospizhelfer



Logo der Hospizinitiative
Kreis Viersen e.V.

Bereits vor Beginn des Projekts bestand eine sporadische Zusammenarbeit zwischen dem Altenheim St. Michael und der Hospizinitiative Kreis Viersen e.V., die seit 1993 wertvolle Pionierarbeit im Bereich der Sterbebegleitung in der Region geleistet hat. Etwa 50 ehrenamtliche Hospizhelfer engagieren sich in den örtlichen Gruppen der Initiative. Koordiniert wird sie von zwei hauptamtlichen Mitarbeiterinnen.

Der Einsatz von ambulanten Hospizhelfern in stationären Pflegeeinrichtungen wird seit dem 01.04.2007 dank der gesetzlichen Änderung des § 39a SGB V auch von den Krankenkassen gefördert. Für das Projekt kam diese Gesetzesänderung genau zum richtigen Zeitpunkt, da die Vernetzung mit der Hospizinitiative ein wichtiges Ziel im Hinblick auf den Aufbau nachhaltiger Strukturen zur würdigen Sterbebegleitung darstellte.²⁴

Nach einigen Vorgesprächen traf sich die Koordinationsgruppe Altenheime erstmalig am 17.09.2007 mit Vertretern der Hospizinitiative. Die Hospizkoordinatorin stellte die Arbeit der Initiative vor und verwies auf mögliche Formen der Zusammenarbeit, die u.a. aus den bisherigen Erfahrungen mit unterschiedlichen Einrichtungen in der Region resultierten.²⁵ Die Koordinationsgruppe entschied sich für folgendes Kooperationsmodell:

²⁴ Vgl. Wagner / Kottnik 2006, S. 35

²⁵ Vgl. LAG Hospiz RP 2007, S. 2

Kooperationsmodell:

„Die Altenheime bieten die Sterbebegleitung, die konzeptionell auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung beinhaltet, in Kooperation mit dem Hospizdienst an. Die Altenheime informieren die in Frage kommenden Bewohner und deren Angehörige und/oder Freunde über diese Kooperation und die Möglichkeit der psychosozialen und spirituellen Begleitung durch den Hospizdienst. Sofern der Bewohner oder die Angehörigen es wünschen, informiert die Pflegedienstleitung die Koordinationskraft des Hospizdienstes. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizdienstes werden durch die Koordinationskraft des Hospizdienstes an die Heime vermittelt. Die Einsatzplanung übernimmt seitens der Heime die Pflegedienstleitung in konkreter Absprache mit den Bezugspflegekräften/ Wohnbereichsleitungen.

Ist ein ehrenamtlicher Mitarbeiter des Hospizdienstes verhindert, informiert die Koordinationskraft des Hospizdienstes die Pflegedienstleitung des jeweiligen Altenheims und versucht im Rahmen der Möglichkeiten eine Ersatzperson zu vermitteln.

Der Hospizdienst übernimmt Aufgaben der psychosozialen und spirituellen Betreuung bei sterbenden Bewohnern, die voraussichtlich nur noch wenige Tage oder Wochen zu Leben haben. Er unterstützt den Bewohner und seine Angehörigen in der Sterbephase und den damit verbundenen Lebens- und Sinnkrisen.

Der Hospizdienst bietet Beratung zu ethischen Fragestellungen am Lebensende und fördert die bewusste Auseinandersetzung mit dem Sterben

Der Hospizdienst ergänzt die Leistungen der hauptamtlichen Mitarbeiter der Heime. Es ist nicht seine Aufgabe, Tätigkeiten der pflegerischen Versorgung zu übernehmen.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizdienstes, die aktuell nicht in eine Einzelbegleitung eingebunden sind, haben keinerlei Verpflichtung, in den Heimen regelmäßig präsent zu sein. Ein wohnbereichsbezogener Einsatz der Ehrenamtlichen erfolgt nicht.“

Diese Regelung wurde in einen Kooperationsvertrag aufgenommen, der demnächst offiziell unterzeichnet werden soll. Dieser sieht u.a. vor, dass zukünftig zwei Hospizhelfer je Einrichtung zur Verfügung stehen. Im Oktober 2008 hospitierten die ausgewählten Hospizhelfer einmal wöchentlich im jeweiligen Altenheim, um die Einrichtung und die stationären Abläufe kennen zu lernen. Insofern gibt es auf beiden Seiten zukünftig feste Ansprechpartner, was ein wichtiges Kriterium für die Mitarbeiter ist. So hatte die Mitarbeiterbefragung im Mai 2008 ergeben, dass die Mehrheit der Pflegekräfte bereit wäre, Hospizhelfer in die Begleitung einzubeziehen, wenn ein konkreter Ansprechpartner zur Verfügung steht. Ca. ein Drittel der Befragten betont, dass sich die Kontakthäufigkeit mit der Hospizinitiative seit dem Projektbeginn erhöht hat, also noch vor Bestehen eines Kooperationsvertrages.

Für die konkrete Zusammenarbeit entwarf die Koordinationsgruppe in Absprache mit der Hospizinitiative einen entsprechenden Standard „Begleitung durch Hospizhelfer“, der im August und September 2008 in den Teamsitzungen der jeweiligen Wohnbereiche durch den Projektkoordinator vorgestellt wurde. In diesem Standard werden die Aufgaben und das Rollenverständnis der Hospizhelfer beschrieben sowie ein Leitfaden zur Organisation und zum Ablauf einer Begleitung. Klar beschriebene Abläufe vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit in ihrem Handeln. Das bestätigten die Mitarbeiter in beiden Befragungen, die innerhalb des Projekts stattfanden.

3.1.7 Kritische ethische Fälle und palliative Maßnahmen

Immer häufiger sehen sich Pflegeeinrichtungen mit kritischen ethischen Fällen konfrontiert, in denen es um das Einleiten oder Unterlassen von Maßnahmen der Lebenserhaltung oder künstlichen Lebensverlängerung geht. In Zeiten, in denen das medizinisch Machbare dem natürlichen Verlauf des Lebens zu trotzen scheint, ist es absehbar, dass die Zahl der Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten weiter steigen wird und auch Entscheidungen zur passiven Sterbehilfe zukünftig keine Einzelfälle bleiben werden. Für die Einrichtungen stellt sich die Frage, wie mit solchen schriftlichen Verfügungen zu verfahren ist und wie im Sinne einer Krisenvorsorge ein frühzeitiger Dialog mit dem pflegebedürftigen Menschen, den beteiligten Angehörigen, Betreuern und Ärzten entstehen kann. Anhand eines konkreten Falles im Juni 2007, in dem es um das Beenden von lebenserhaltenden Maßnahmen bei einer wachkomatösen Bewohnerin ging, entwarfen die Projektkoordinatoren ein Schema, in dem der interne Informationsfluss bei zukünftigen Entscheidungen zur passiven Sterbehilfe („Sterbenlassen“) geregelt werden sollte.²⁶



Dazu zählt auch das Element der „ethischen Fallbesprechung“²⁷. Das Ablaufschema liegt als Entwurf vor, ist jedoch noch nicht in den Einrichtungen implementiert. Die Diskussion wird auf der Leitungsebene weiterhin geführt. Wie wichtig das Thema vom Verband eingeschätzt wird, zeigt sich auch an der Initiierung einer Fachtagung mit dem Titel „Mein Wille geschehe. Perspektiven und Probleme der Patientenverfügung in unseren Einrichtungen“, die im November 2008 stattfand. Zu erwarten ist, dass durch die Impulse der Veranstaltung eine Überarbeitung des Ablaufschemas erfolgen wird und eine Implementierung der Verfahrensweise im neuen Jahr passieren kann.

Auf der Mitarbeiterebene ist es vor allem wichtig, das nötige Hintergrundwissen zu haben, um als kompetenter Ansprechpartner den Bewohnern und Angehörigen zur Seite zu stehen. Neben gezielten Fortbildungen, die bspw. auch zum Thema „Patientenverfügung“ im Jahr 2009 stattfinden sollen, fand auch in den Projektgruppen Wissensvermittlung statt. Die Teilnehmer diskutierten etwa über die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe und deren rechtliche Abgrenzung²⁸ und über Symptome und Symptomkontrolle²⁹ in der letzten Lebensphase. Im Altenheim St. Michael demonstrierte der Projektkoordinator z.B. Möglichkeiten der palliativen Haut- und Mundpflege anhand von praktischen Hilfsmitteln.³⁰ Mit diesem Hintergrundwissen können die Mitarbeiter den Bewohnern und Angehörigen in ihren Ängsten begegnen und beruhigend auf sie einwirken, in dem palliative Maßnahmen aufgezeigt werden, wie der Sterbende bis zuletzt in Würde leben kann.

²⁶ Vgl. Schema „Passive Sterbehilfe“, siehe Anlage 6.1.4

²⁷ Vgl. Heinemann 2005, S. 4 sowie Simon 2006, S. 22

²⁸ Vgl. Putz / Steldinger 2004, S. 202 sowie Garlich 2006, S. 24-27

²⁹ Vgl. Raabe 2005, S. 17-19

³⁰ Vgl. Kern 2000, S. 12-27 sowie DGP Sektion Pflege 2004, S. 1-6

3.1.8 Sterbebegleitung im Team organisieren – Ein Prozess entsteht

Das Thema „Sterbebegleitung im Team organisieren“ wurde ab Januar 2008 in der Projektgruppe des Altenheims Irmgardisstift diskutiert. Nachdem bereits im Jahr zuvor das Augenmerk darauf gerichtet war, wie die Wünsche von Bewohnern zu ihrer letzten Lebensphase zu erfassen und sinnvoll zu dokumentieren sind, sollte nun besprochen werden, wie eine individuelle Sterbebegleitung im Team zu organisieren ist, um den Bedürfnissen der Sterbenden nachzukommen.

Dabei waren folgende Fragen ausschlaggebend:

- a) Wer gehört zum Team im engeren und weiteren Sinne?
- b) Wer übernimmt welche Aufgaben im Ablauf einer Sterbebegleitung?
- c) Wie sehen die Informationswege aus?

Ein erster Schritt bestand darin, sich zu vergegenwärtigen, welche Personengruppen an der Betreuung und Begleitung eines sterbenden Heimbewohners mehr oder weniger beteiligt sind bzw. sein sollten.³¹ Im zweiten Schritt war es sehr hilfreich, sich die Pflege und Begleitung Sterbender nach den Schwerpunkten „somatischer (körperlicher) Beistand“, „psychosozialer Beistand“ und „seelsorgerischer Beistand“ anzusehen.³² Die wesentlichen Aufgaben, die diesen Bereichen zufallen, wurden gesammelt und durch wünschenswerte Anregungen aus Sicht der Projektgruppe ergänzt. In einem dritten Schritt wurde der interne und externe Informationsfluss in Bezug auf die Sterbebegleitung angesehen. Dabei wurden auch Probleme deutlich, die sich in ganz konkreten Situationen zeigten. Folgendes Beispiel verdeutlicht, wie eine praktische Lösung auf unkompliziertem Wege schnell gefunden werden konnte.

Beispiel: Hinweisschild



Die Information, dass ein Bewohner im Sterben liegt, kam häufig nicht rechtzeitig an die pflegefremden Bereiche wie Hauswirtschaft oder Technischer Dienst, so dass die Mitarbeiter unvorbereitet und unpassend in das Zimmer des Sterbenden gingen. Zur Lösung des Problems entwickelte die Projektgruppe ein Hinweisschild, das solche unvorbereiteten Situationen verhindern soll und dem Informationsfluss dient. Da das Schild sehr neutral gehalten ist, ist es nicht nur für den Bereich der Sterbebegleitung einsetzbar, sondern für alle

Situationen, in denen eine vorherige Rücksprache mit dem Pflegepersonal wichtig ist. Auf jedem Wohnbereich ist seit April 2008 das Hinweisschild mehrfach vorhanden und wird bei Bedarf an der Zimmertür eines Bewohners befestigt.

Die gesammelten Ideen und Entwürfe zum Thema „Sterbebegleitung im Team organisieren“ bildeten letztendlich die Grundlage, um in der Koordinationsgruppe einen Prozess „Würdige Sterbebegleitung“ zu beschreiben, der in seiner endgültigen Fassung als

³¹ Vgl. Wilkening / Kunz 2003, S. 188

³² Vgl. Birkhahn et al. 2005, S. 13-15

ein Teil des Qualitätsmanagements im Jahr 2009 implementiert werden soll.³³ Er wird den Mitarbeitern als „roter Faden“ und Handlungsorientierung in der Begleitung Sterbender dienen und damit Handlungssicherheit vermitteln. Alle im Projekt entwickelten Standards zur Sterbebegleitung sind diesem Prozess untergeordnet.

3.1.9 Abschiedskultur

Zur Abschiedskultur zählen im engeren Sinne alle Rituale, die innerhalb der Einrichtungen vollzogen werden, um ein würdevolles Abschiednehmen von verstorbenen Bewohnern zu ermöglichen und ihnen zu gedenken. Bereits vor Projektbeginn waren in beiden Altenheimen unterschiedliche Rituale vorhanden, die es ermöglichen, den Verstorbenen zu gedenken, die Zurückbleibenden zu trösten und Zeichen gegen das Vergessen zu setzen. Unmittelbar nach dem Tod besteht die Möglichkeit, den Verstorbenen in seinem Zimmer aufzubahren, damit Angehörige und Mitarbeiter in vertrauter Umgebung Abschied nehmen können. Es gibt in beiden Altenheimen einen separaten Abschiedsraum, der jedoch immer seltener genutzt wird. Soweit möglich, wird der Verstorbene in seinem Zimmer aufgebahrt. Je nach Wunsch des Verstorbenen und seiner Angehörigen kann ein Abschiedsgottesdienst in der haus-eigenen Kapelle stattfinden. Nach Absprache nimmt eine Pflegekraft an der Beerdigung teil.



Im Altenheim St. Michael wird der Tod eines Bewohners für jeden sichtbar im Eingangsbereich durch ein großes Windlicht und ein daneben liegendes Kondolenzbuch symbolisiert, in dem ein Foto des Bewohners und ein paar Worte des Abschieds zu finden sind. Angehörige, Mitbewohner und Mitarbeiter können durch ihre Unterschrift kondolieren. Außerdem wird für jeden Verstorbenen eine Rose aufgestellt, die nach dem Vertrocknen in eine große Glasvase gegeben wird als Zeichen der Vergänglichkeit. Innerhalb des wöchentlich stattfindenden Rosenkranzgebetes, das die Ordensschwester im Haus anbieten, wird den Verstorbenen gedacht.

Im Altenheim Irmgardisstift wird seit 1999 ein Andenkenbuch geführt, das sich auf dem Altar im Andachtsraum befindet. Jede Seite dieses Buches zeigt ein Foto eines verstorbenen Bewohners. Darunter ist eine kleine Textpassage zu finden, die einige Erinnerungen an den Aufenthalt und die erlebte Zeit mit dem Verstorbenen enthält. Zwischen Tod und Beisetzung des Verstorbenen findet das Totengedenken in der Kapelle statt, in dem neben Gebeten und Liedern auch der bewohnerbezogene Text aus dem Andenkenbuch verlesen wird. Damit knüpft die Einrichtung an die frühere Tradition der Totenwache an, die viele der heute lebenden Bewohner noch kennen.

33 Vgl. Korte-Pöppers et al. 2007, Kap 6.5, S. 49-57 sowie Anderson 2003, S. 35-37

Ziele des Totengedenkens:

- Die Hausgemeinschaft betet für den verstorbenen Mitbewohner
- Zurückbleibende Bewohner erleben, dass sie, wenn sie selbst einmal sterben, nicht vergessen sein werden.

Sie sollen:

- in geeigneter Weise die Möglichkeit des Abschiednehmens erhalten
- Trauerbegleitung und Bewältigung erfahren
- Trost und Hoffnung finden
- sich mit dem eigenen Tod auseinander setzen



Trotz der bereits vorhandenen Rituale brachten die Mitarbeiter in den beiden Einrichtungen auch neue Ideen ein, die den Bereich der Abschiedskultur zukünftig erweitern könnten. Im Altenheim St. Michael entwickelten Mitarbeiter des Wohnbereichs im Dachgeschoss eigenständig ein Abschiedsritual zum Gedenken an verstorbene Bewohner. Es wird eine gestaltete Abschiedskerze gemeinsam mit einem eingerahmten Foto des Bewohners auf der Etage aufgestellt, damit Bewohner und Mitarbeiter, die nicht häufig am Kondolenzbuch im Erdgeschoss vorbeikommen, ein sichtbares Zeichen der Anteilnahme wahrnehmen. Mitarbeiter aus beiden Einrichtungen betonten die Wichtigkeit, dass auch nach Ende des Projekts ein Rahmen zum Austausch über das Thema „Sterben, Tod und Trauer“ gegeben wird, der den Mitarbeitern geistige und emotionale Entlastung bietet. Im professionellen Sinne sind hier Supervisionen angedacht. Die Idee, ein Gesprächscafé zum eher lockeren Austausch in der Freizeit einzurichten, wurde dagegen nur von wenigen Mitarbeitern befürwortet, wie die Mitarbeiterbefragung im Jahr 2008 zeigte.

3.2 Ambulante Einrichtungen

3.2.1 Allgemeine Daten zu den Caritas-Pflegestationen

Die Aufgabenbereiche der Caritas-Pflegestationen sind vielfältig. Sie erstrecken sich vom Angebot von Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. Körperpflege), über Leistungen der Krankenversicherung (z.B. Wundverbände, Medikamentenvergabe) bis hin zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Zudem werden pflegende Angehörige in Sachen Pflege und Begleitung ihrer Angehörigen beraten. In drei Caritas-Pflegestationen (Nettetal, Schwalmthal, Tönisvorst) gibt es zusätzlich das Angebot für pflegende Angehörige, sich monatlich in einem Gesprächskreis zu treffen. Ebenfalls werden Patienten von den Mitarbeitern der Caritas-Pflegestationen in Einrichtungen der Tagespflege und Kurzzeitpflege begleitet. Zu den Aufgaben gehört außerdem die Vermittlung weiterer Hilfsdienste, z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf, Pflegehilfsmittel, Altenfachberatung, Hospizdienste und pastorale Begleitung.

Interessant ist der Blick auf einige statistische Daten aus dem Jahr 2007, die im Rahmen des Projektes in den sechs ambulanten Einrichtungen zusammengetragen wurden. Zum Zeitpunkt der Erhebung (März bzw. September 2007) waren 193 Mitarbeiter für die Pflege und Begleitung von 885 Patienten, wovon 71 % Frauen sind, im Einsatz. Im Durchschnitt³⁴ hatten zwei Drittel der Patienten keine Pflegestufe oder Pflegestufe I. Knapp ein Viertel (24 %) der Patienten hatte die Pflegestufe II und ca. 9 % der zu pflegenden Personen im ambulanten Bereich hatten die Pflegestufe III. Dabei waren 60 % der begleiteten Personen über 80 Jahre alt. Mehr als ein Drittel (35 %) der Patienten war zwischen 60 und 80 Jahre alt. Die restlichen 5 % der Patienten waren jünger als 60 Jahre. Aufgrund des hohen Alters der meisten Patienten verwundert es nicht, dass zum Zeitpunkt der Erhebung bereits 55 % verwitwet waren. Bei knapp einem Drittel (32 %) der Patienten lebte der Ehepartner noch. Die Frage nach der Einbindung von (Familien-)Angehörigen in die Pflege und Versorgung ergab ein bekanntes Bild, nämlich dass 35 % der Patienten von ihren Kindern, dabei meistens Töchtern, mit versorgt wurden. Bei weiteren 22 % der Patienten war der (Ehe-)Partner in die Pflege und Begleitung eingebunden. Nicht differenziert werden kann an dieser Stelle, welche Aufgabenbereiche genau von den Angehörigen übernommen wurden. Wie die Zahlen zeigen, wurden nicht alle verheirateten Patienten von ihren Ehepartnern begleitet. Das könnte ein Hinweis dafür sein, dass gerade bei dem hohen Anteil der hochbetagten Patienten ein Ehepartner bereits selbst von der Caritas-Pflegestation aufgrund von eigener Erkrankung und Pflegebedarf mitversorgt wurde oder in einer stationären Einrichtung lebte.

Für die ambulanten Einrichtungen ist es schwierig, eine genaue Angabe zu den verstorbenen Patienten zu machen, die von den Mitarbeitern gepflegt wurden. Die Zahlen sind von Pflegestation zu Pflegestation verschieden. So sterben jährlich zwischen 15 und 40 Patienten zu Hause. Hinzu kommen aber noch die Menschen, die „zum Sterben“ in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Dabei stellen sich nicht nur die Mitarbeiter die berechnete Frage, ob so eine kurzfristige Krankenhauseinweisung tatsächlich dem Wunsch des Patienten entspricht.

³⁴ Diese Zahlen stellen den Durchschnitt aller sechs Caritas-Pflegestationen dar. Innerhalb der einzelnen Einrichtungen variieren die Daten geringfügig.

3.2.2 Leitlinien zur Würdigen Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen

Die Leitungen der ambulanten Einrichtungen haben innerhalb der ersten Treffen der Koordinationsgruppe Grundhaltungen zur würdigen Sterbebegleitung formuliert. Es war ebenso wichtig, die Mitarbeiter der Caritas-Pflegestationen in die Gestaltung der Leitlinien einzubeziehen, weshalb der Entwurf auch in den Projektgruppen besprochen wurde. Die Leitgedanken bieten Orientierung im Arbeitsalltag. Sie sind das Fundament für organisatorische und praktische Überlegungen, schwerstkranken und sterbende Menschen zu begleiten und deren Angehörigen beizustehen. Gleiches gilt auch für die Patienten und Angehörigen, die sich in solch einer Situation an die Caritas-Pflegestation wenden, um Unterstützung in der Pflege und der Bewältigung dieser oftmals schwierigen Problematik zu finden.

Der Begriff der Würde

Die sich in Gott gründende Würde ist unantastbares Wesensmerkmal aller Menschen. Eine Werte- und Handlungsorientierung an Jesus Christus – Gott und Mensch – ist für den Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. entscheidende Grundlage seines Auftrags im Da-Sein für andere. In dem Bewusstsein einer Verantwortung für unsere Mitmenschen und vor Gott ist es uns ein Anliegen, die uns anvertrauten Personen in ihrem Streben nach Freiheit, solidarischer Gemeinschaft und Gerechtigkeit zu unterstützen und zu fördern. Grundlegend hierin ist das Miteinander in der Verwirklichung von Lebensqualität, Selbstbestimmung, Autonomie und Identität.

Die gelebte Beziehung zum Nächsten ist gekennzeichnet durch eine sichtbare Wertschätzung der Person, die unabhängig von Geschlecht, Alter, Gesundheit, gesellschaftlichem Stand etc. besteht. Das rechtzeitige Erkennen von körperlichen, geistigen und seelischen Bedürfnissen ist Teil unserer ganzheitlichen Sichtweise vom Menschen und stellt damit einen hohen Anspruch unserer Einrichtungen und MitarbeiterInnen dar, welcher gerade auch in der Hilfeleistung gegenüber schwerkranken, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen zu verwirklichen ist. Die würdige Begleitung von Menschen im Leben und Sterben ist Inhalt der Arbeit unserer ambulanten Einrichtungen und damit lebendiges Da-Sein im Sinne des biblischen Wortes aus Matthäus 7, 12: „Alles nun, was ihr wollt, dass Euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch.“

Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen

- Zwischen Abschied und Hoffnung

Trotz schwerer Erkrankung weiterhin im eigenen Zuhause, in der gewohnten Umgebung leben zu können, ist Bedürfnis der meisten Menschen. Mit der Versorgung durch unsere ambulanten Pflegedienste ist es möglich, auch sterbenden Menschen diesen Wunsch zu erfüllen. Die Pflege und Begleitung schwerkranker Menschen lehrt uns ein Verständnis vom Abschiednehmen, welches bereits während der Krankheitsphase beginnt und nicht auf den Moment des körperlichen Sterbens beschränkt werden kann. Die zu Versorgenden nehmen Abschied vom vertrauten Rhythmus, gewohnter Tätigkeit und lieb gewordenen Menschen. In unserer Arbeit möchten wir die Betroffenen unterstützen, selbstbestimmte Alltagsstrukturen sowie Handlungs- und Gesprächsinhalte zu finden, die sich trotz schwerer Krankheit als sinnstiftend erweisen. Unser Anliegen ist es auch, eine bewusste Auseinandersetzung mit der vorausseilenden, augenblicklichen und

nachgehenden Trauer der Sterbenden und ihrer Angehörigen zu fördern und zu begleiten. Der Vielfältigkeit dieser Gedanken und den Fragen zur Endlichkeit des Lebens offen zu begegnen, ist eine Herausforderung im Arbeitsalltag, der wir uns stellen. Wir bieten diese Form der Hoffnungsarbeit all denen, die eine Konfrontation mit diesen sensiblen Themen nicht scheuen und machen den anderen Mut, diese Scheu zu überwinden. Dieser fürsorgliche und wahrheitsgetreue Umgang mit Schwerst-Pflegebedürftigen und Sterbenden lebt in unseren Einrichtungen von dem Gespräch miteinander und der Nähe zueinander aller an der Pflege und Begleitung Beteiligten.

– Das Team als Schutzpatron und Anwalt des Einzelnen

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch in Würde seinen eigenen Tod sterben kann und begreifen das Ereignis des Sterbens als ein zeitlich und inhaltlich unplanbares Geschehen. Gerade aber deswegen ist es unser Anliegen, die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen nicht der Zufall zu überlassen, sondern einen verlässlichen Rahmen zu bieten, welcher die Individualität der Person schützt, mit Respekt den Sterbenden gegenübertritt und sowohl sie als auch die Angehörigen einbezieht.

Der Ausbau und die Nutzung vorhandener interner Ressourcen in unserem Team (z.B. Pflegekräfte mit Palliative Care - Ausbildung) tragen zu einem Gelingen würdiger Begleitung ebenso bei wie die kooperierende Arbeit mit Ärzten, Schmerztherapeuten, Seelsorgern und ehrenamtlichen Gruppen. Für eine umfassende würdige Begleitung ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch aller Beteiligten unumgänglich, welcher davon geprägt ist, Bedürfnislagen zu erkennen und entsprechende Hilfen zu organisieren. Dabei geht es uns auch um die realistische Planung der professionellen Arbeit im Team. Im Verlauf einer würdigen Sterbebegleitung schaffen wir unseren MitarbeiterInnen Zeitkorridore, die es ihnen gemeinsam mit den Kooperationspartnern ermöglichen, sich auf einen zunehmenden Versorgungsbedarf einzustellen und neben der körperlichen Pflege auch die psychische und seelische Dimension der Begleitung zu erfüllen.

– Sterbebegleitung mit persönlichem Hintergrund

Ein Kennzeichen ambulanter Pflege ist die Beteiligung von Angehörigen. Mit dem Bewusstsein, Gast im Lebensbereich des Pflegebedürftigen zu sein, binden unsere Mitarbeiter diese komplexen sozialen Situationen in den alltäglichen Pflegeprozess mit ein. Unser Anliegen ist es, vertrauensvolle, konstante und krisentaugliche Beziehungen zwischen Mitarbeitern, den zu Pflegenden und ihren Angehörigen zu fördern.

Eine Biographiearbeit ermöglicht es, den Wünschen, Ängsten und Anliegen des/der Sterbenden entsprechend handeln zu können. Deshalb sind wir bemüht, im Vorfeld wesentliche Fragen bezüglich des Patientenwillens (Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten etc.) zu klären. Dadurch wollen wir gewährleisten, in absehbaren Krisenzeiten im Sinne des Betroffenen handeln zu können. In Ausnahmesituationen scheint jedoch ein würdiges Sterben zu Hause unmöglich zu sein. In diesen Fällen können wir rechtzeitig auf Wunsch einen geeigneten Ort vermitteln, an welchem der Sterbende die letzten Lebenstage begleitet verbringen kann.

– Weg des Lebens

Den letzten Lebensabschnitt zu begehen, ist auch für Menschen, die auf ein erfülltes Leben zurückblicken nicht einfach. Sterbende, die davon sprechen, „lebenssatt“ zu sein, tragen oft genau dieses Gefühl in sich, das wohl verdiente Ende eines langen Weges erreicht zu haben. Für uns Christen verwandelt sich dieser Weg aufgrund unseres Glaubens in einen Pfad, der noch weiter geht.

In der Begegnung mit den Sterbenden und deren Angehörigen respektieren wir die unterschiedlichsten Auffassungen und Glaubensvorstellungen. Unsere Handlungen geschehen wertorientiert. In glaubwürdiger Art und Weise geben wir den Betroffenen sowohl mit fachlicher Hilfe als auch mit persönlichem (Glaubens-)Zeugnis die Gewissheit, ganz individuell ihren letzten Weg als Weg des Lebens zu gehen.



– Würdige Abschiedskultur

In unseren Einrichtungen achten wir darauf, dass weder Angehörige noch Mitarbeiter in ihrem Abschiednehmen und Trauern allein gelassen werden. Wir bieten ihnen Gelegenheiten, den Gefühlen Ausdruck zu verleihen und sind bemüht diese aufzufangen, so dass sie gestärkt ihren Alltag gestalten können.

Neben Anerkennung und Förderung der Fähigkeiten unserer Mitarbeiter ist es uns ein Anliegen, ihnen in ihren Fragen und Ängsten zum Thema Sterben und Tod zu begegnen. Um sie diesbezüglich einer möglichen Überbelastung vorzubeugen, unterstützen wir sie in ihrer fachlichen Bildung und fördern sie in ihrer persönlichen Auseinandersetzung, durch entsprechende Seminare.

Für uns ist das Leben eines Menschen auch mit dem Tod nicht vorbei. Wir haben Respekt vor dem „letzten Willen“ des Verstorbenen und sind darauf bedacht, auch nach seinem Tod diesen Wünschen nachzukommen. Wir möchten Angehörige und Mitarbeiter dazu ermutigen, die Möglichkeit der persönlichen Abschiednahme vom Verstorbenen wahrzunehmen. Es hilft, den Tod als Bestandteil des Lebens zu akzeptieren und die eigene Trauer zu zulassen.

3.2.3 Kommunikation – teilnehmen, mitteilen, teilen

Die Entwicklung der Leitlinien zum Thema „Würdige Sterbebegleitung“ für die ambulanten Einrichtungen war ein erster Schritt, für das Thema einen möglichen Orientierungsrahmen und Klarheit zum Handeln zu schaffen.

Ebenso war es wichtig, den Projektrahmen und -inhalt für die sechs ambulanten Stationen so zu gestalten, dass die Zusammenarbeit funktionieren kann und

- von einzelnen Mitarbeitern ideenreich und tatkräftig in der jeweiligen Arbeitsgruppe erfasst und bearbeitet wird, ohne dass es zu einer Mehrbelastung dieser kommt,
- alle Mitarbeiter der Einrichtung von den Ergebnissen der Arbeitsgruppen erfahren und diese in ihrem beruflichen Alltag umsetzen können,
- die Einrichtungen untereinander von den verschiedenen Arbeitsinhalten profitieren; wenn nötig ein spezielles Thema in jeder Projektgruppe besprochen wird oder, wenn möglich, jede Gruppe ein unterschiedliches Thema angeht und diese dann von den anderen Caritas-Pflegestationen übernommen werden.

Spätestens an dieser Stelle lässt sich erahnen, wie viel im Projekt kommuniziert wird, das heißt im Sinne von „communicare“ Raum, Zeit, Gedanken, Erlebtes und Gefühle mitgeteilt und miteinander geteilt werden.



Es war zu Beginn der Projektgruppenarbeit nötig, die Themenvielfalt zu ordnen und Prioritäten festzulegen. Die Auswahl der Themen beliefen sich hierbei nicht nur auf die Ergebnisse der ersten schriftlichen Mitarbeiterbefragung 2007, sondern berücksichtigten auch die speziellen Anliegen aus den Caritas-Pflegestationen vor Ort, die nicht immer unbedingt auf alle ambulanten Einrichtungen zutrafen. Nachfolgend sind die Anregungen der Mitarbeiter aufgelistet:

Themenvorschläge der Mitarbeiter für die Projektgruppenarbeit

- *Kommunikation in der Begleitung Sterbender*
- *Umgang und Kommunikation mit (pflegenden) Angehörigen*
- *Wie gehe ich mit Wünschen Sterbender und ihrer Angehörigen um? (Nähe-Distanz-Verhältnis)*
- *Trauernachsorge von Angehörigen*
- *Verbesserung des Informationsflusses im Team (Einrichtung zusätzlicher Fallbesprechung?)*
- *Organisation der Sterbebegleitung im Team (Formulierung von Handlungsabläufen in der Sterbebegleitung)*
- *Formulierung von Handlungsabläufen in der Sterbebegleitung*
- *Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung Sterbender (Aufbau einer Kooperation mit Ärzten und Schmerztherapeuten)*
- *Kooperationsmöglichkeiten mit Hospizinitiative etc.*
- *Fortbildungen: Wissensvermittlung zu rechtlichen, ethischen und schmerztherapeutischen Aspekten in der Sterbebegleitung*
- *Diskussion: Wie wird zukünftig die durch die Caritas-Pflegestation geleistete Sterbebegleitung vergütet?*
- *Entwicklung einer Abschiedskultur im Mitarbeiterteam (z.B.: Abschiedsbuch; Ritual in der Teamsitzung, wenn Patient verstorben ist)*
- *Errichtung eines Gesprächskreises für Mitarbeiter und Angehörige, die Schwerstkranke und Sterbende versorgen (z.B. Trauercafé)*
- *Abschiedsmöglichkeiten von verstorbenen Patienten für Mitarbeiter*
- *Die Bewältigung von eigener Trauer nach Beendigung der Pflege*

Im Laufe der Projektgruppentreffen ergaben sich Brücken zwischen den einzelnen Anregungen, so dass zum Beispiel die Kommunikationsthemen (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter) zusammengefasst werden konnten. Die Beschreibung von Handlungsabläufen (z.B. verschiedene palliative Pflegeleitlinien, Organisation der Begleitung im Team) wurde jedoch getrennt bearbeitet. Von daher war, ist und bleibt die Projektgruppenarbeit sehr dynamisch und inhaltlich vielfältig.

Der erste große Themenkomplex, der nahezu in allen Projektgruppen gewünscht wurde, war „Umgang und Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen“. Da den meisten der Projektgruppenteilnehmer die Lehrinhalte von Friedemann Schulz-von Thun („4-Ohren-Modell“) und Carl Rogers (Grundprinzipien gelingender Kommunikation) nach eigenen Aussagen bekannt waren, wurden diese Inhalte nur am Rande der Projektgruppentreffen betrachtet.

Vielen Teilnehmern war es jedoch wichtig, zu erfahren, welche Möglichkeiten es gibt, sich mit Sterbenden zu unterhalten und auch in welcher Art es ratsam wäre, mit Ange-

hören umzugehen. Hieraus ergaben sich folgende Fragen, die von den Mitarbeitern bearbeitet wurden:

- ◆ Inwiefern unterstützt Kommunikation die Mitarbeiter in der Pflege und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen? Gibt es Ziele, die erreicht werden können?
- ◆ In welchen Bereichen berührt Kommunikation den beruflichen Alltag der Mitarbeiter?
- ◆ Was macht es so schwer, über das Thema „Sterben“ zu sprechen?
- ◆ Welche Dialogmöglichkeiten bieten sich in der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen?
- ◆ Gibt es Hinweise, die helfen im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen?



Sensibler Umgang und verständliche Kommunikation kann in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen Wege bieten, in denen Beziehung aufgebaut, gestützt und tragbar wird. Begleitung lebt von vertrauensvoller Beziehung und hierfür ist eine klärendes Gespräch oder eine freundliche Geste unumgänglich. Für den sterbenden Menschen und seine Angehörigen eröffnen sich durch eine gute Beziehungsarbeit Chancen, die letzte Lebensphase als würdig zu erleben.

Für Mitarbeiter ist die Kommunikation auf mehreren Ebenen von Bedeutung:

- ◆ als tragender Aspekt in der Beziehung zum Patienten
- ◆ in der Beratung und Vermittlung ergänzender Hilfen für Patient und Angehörige
- ◆ bei der eigenen Identifikation mit dem Thema auf professioneller Ebene
- ◆ in der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Leben und Sterben“

Bedeutung für den Arbeitsalltag der Mitarbeiter konkret:

- 1. Sie nutzen das Gespräch als Bestandteil der täglichen Pflege, um die Beziehung zum Patienten und Angehörigen zu vertiefen.**
- 2. Sie beachten die psychosozialen Aspekte der Begleitung. Das heißt:**
 - *der Patient wird in seiner Situation und dem familiären Umfeld wahrgenommen.*
 - *Der Angehörige wird in seiner Situation und dem sozialen Umfeld wahrgenommen.*
 - *Trauer wird erkannt, zugelassen und (soweit es möglich ist) begleitet.*
 - *zusätzliche Hilfsangebote (z.B. hauswirtschaftliche Hilfe, Hospizdienste, seelsorgerische Begleitung) werden angeboten, ohne aufdringlich oder distanziert zu werden.*
- 3. Sie berücksichtigen die seelisch-geistige Dimension in der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Das bedeutet:**
 - *spirituelle Sichtweisen werden vom Mitarbeiter wahrgenommen und zugelassen.*
 - *mit seiner Beziehungsarbeit unterstützt der Mitarbeiter den Patienten und Angehörigen im Umgang mit Lebensthemen wie Sinnsuche, Angst, Schuld, Wahrheit, Versagen, Sehnsucht, Hoffnung.*
 - *Der Mitarbeiter bleibt gesprächsbereit und signalisiert den Betroffenen, dass der letzte Weg nicht allein gegangen werden muss.*
- 4. Sie werden bestärkt, sich dem Thema „Leben und Sterben“ zu öffnen. Darüber hinaus ist das Gespräch mit dem Einzelnen oder im Team immer auch eine mögliche Plattform, das Erlebte mitzuteilen. Die eigene Betroffenheit findet in solch einem Rahmen ein mögliches Feedback.**

Obwohl es kein festgesetztes Kommunikationsschema in der Begegnung mit Sterbenden und Angehörigen gibt, können gewisse Grundregeln helfen, mit Patienten und Angehörigen im Gespräch zu bleiben. Somit ist es für die Teilnehmer der Projektgruppe von Bedeutung, zu erkennen, dass auch das Da-Sein, das Schweigen, die Pflege des sterbenden Leibes, die authentische Sprache mit Mimik und Gestik eine Art der Kommunikation ist. Grundhaltungen wie Akzeptanz, Toleranz, Respekt, Ehrlichkeit gehören ebenso dazu wie auch die Bewältigung der Arbeit in einem guten Nähe-Distanz-Verhältnis, das Aushalten von schwierigen Momenten oder auch das Wahrnehmen eigener Grenzen in der Begleitung des Menschen.³⁵

Interessant ist hier, wie sich die Mitarbeiter in der Begegnung mit Sterbenden sehen und welche Erwartungen sie an sich selbst haben. Unter dem Stichwort „Empathie“ (=sich in den anderen einfühlen können) erklären sich die Projektgruppenteilnehmer als Menschen, die dem Patienten mit Ruhe begegnen und grundsätzlich eine positive Haltung einnehmen. Sie setzen außerdem auf ihre Erfahrungswerte, die sie aus bisherigen

³⁵ Vgl. Specht-Tomann / Tropper 2001, S. 153-183

Begleitungen mitbringen, um vergleichbare Situationen einschätzen zu können, ohne dabei die Individualität des Betroffenen zu untergraben. Empathie bedeutet aber auch, die Freude über die Verbesserung der Behandlung für den Patienten, der endlich Linderung seiner Schmerzen erfährt. Mitarbeiter berichten, wie sich selbst für „schwierige“ Patienten oder Angehörige ein starkes Mitgefühl einstellt.

In der Projektgruppe wurden dann in einem weiteren Schritt die verschiedenen Sprachformen erarbeitet (Signalsprache, direkt-verbale Sprache, Symbolsprache), mit denen sich sterbende Menschen verständigen. Hilfreich hierbei waren die vielen Beispiele aus dem Pflegealltag der Mitarbeiter und der stationären Hospizerfahrung der Projektkoordinatorin.

An dieser Stelle darf nicht unerwähnt bleiben, dass auch Skepsis bei manchen Projektgruppenteilnehmern entstand, was die Anwendung des Wissens über die Kommunikation mit Sterbenden angeht. Hier ist wiederholt betont worden, dass es in der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen nicht darum geht, routinierte Sprache „nach Vorschrift“ zu verwenden und in Alles und Jedes zu interpretieren. Die vermittelten Inhalte sollen dazu dienen, sich allgemeines und konkretes Wissen anzueignen und dieses situationsgerecht und reflektiert in der Arbeit anzuwenden.

Bei allem bereits erworbenen Wissen in Bezug auf die Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen sollte man dabei aber folgende Perspektive nicht vergessen: *„Wenn wir Schwerkranke, Sterbende und Trauernde begleiten, haben wir den „normalen“ Menschen gegenüber einen kräftigen Vorteil: Wir haben die Chance, mit Menschen ins Gespräch zu kommen, die am Ende ihres Lebens oder an Weggabelungen stehen. Menschen, die im Rückblick Wichtiges und Unwichtiges unterscheiden. Menschen, die einen Wertewandel vollzogen haben, oder gerade neue Wertemuster stricken,... Wir können von ihnen lernen für unser Heute und Jetzt, was wirklich wichtig ist, was zu einem sinnvollen qualitativ guten Leben gehört.“³⁶*



36 Schroth 2006, S. 222

3.2.4 Würdiges Sterben organisieren – Ein Widerspruch!?

In der Auswertung der zwei Mitarbeiterbefragungen, die das dip durchgeführt hat, wurde der Bedarf an festen Handlungsleitlinien zur Sterbebegleitung sehr deutlich. Das betrifft sowohl die Organisation innerhalb der Einrichtung, wenn sich der Bedarf an Pflege und Begleitung für den Patienten erhöht und die damit verbundenen Maßnahmen, die auch in einer Notsituation zu ergreifen sind. Es betrifft aber auch die einzelnen Aufgaben innerhalb der Pflege, die sich von den aktivierenden Schritten aufgrund schwindender Kräfte und Ressourcen beim Patienten deutlich unterscheiden. Der Aspekt palliativer Pflege spielt dabei eine bedeutende Rolle. Hierfür sehen die Mitarbeiter in den Projektgruppen ein Muss zur Formulierung von Pflegeleitlinien, welche die Inhalte und Umsetzung palliativer Pflege deutlich machen und den Mitarbeitern an die Hand gegeben werden können. (siehe unter 3.2.5)



Bei diesen Erläuterungen bleibt die Frage nicht aus, ob würdiges Sterben sich überhaupt organisieren und in einem Standard beschreiben lässt. Inwiefern kann dann die Individualität des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung Platz finden? Die Leitlinien zur würdigen Sterbebegleitung sind auf diesen Doppelaspekt eingegangen und sehen eine Verbindung zwischen dem Anspruch auf das ganz persönliche Erleben des Sterbens und den Anteil der Mitarbeiter an der Sorge um den Patienten und Angehörigen, die nicht dem Zufall überlassen werden kann. Bei der Sterbebegleitung sind sich die Mitarbeiter darin einig, dass Individualität einen Rahmen benötigt, in dem man sich frei bewegen kann. Eine empirische Studie im Freistaat Sachsen untersuchte u. a. die Praxis der Begleitung von Sterbenden durch ambulante Pflegedienste. Darin bestätigt sich, dass Pflegekräfte sich durch das Vorhandensein einer Leitlinie zur Begleitung Schwerstkranker und Sterbender sicherer im Umgang mit der Situation fühlen. Außerdem bemerkte man auch Veränderungen in der Wahrnehmung der Pflegesituation, wobei sich die Zusammenarbeit und das Verständnis innerhalb des Teams deutlich verbesserten.³⁷ In umfangreicher Arbeit entstand in der Viersener Projektgruppe der Prozess „Würdige Sterbebegleitung“. Dabei war das Pilotprojekt zur Palliativversorgung im ambulanten Bereich „Ein Netz der Begleitung knüpfen“ der Bayerischen Stiftung Hospiz³⁸ im besonderen Maße hilfreich.

³⁷ Vgl. Kaluza / Töpferwein 2005, S. 381

³⁸ Bayerische Stiftung Hospiz 2005

Wichtig war zunächst die Definition von Zielen, die durch eine würdige Sterbebegleitung erreicht werden können. Die Beschreibung dessen wie sich z.B. das Begleiten sterbender Patienten in der Dienst- und Tourenplanung niederschlägt, ist nicht unbedingt etwas Neues. Aber durch die schriftliche Fixierung wurde das besser veranschaulicht, was bereits größtenteils praktiziert wird. Die Beschreibung in tabellarischer Form und eine Kurzdarstellung in einem Flussdiagramm machen eine unplanbare Sache nicht nur für neue Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase, Auszubildende oder Praktikanten übersichtlicher.

Zunächst haben die Mitarbeiter beschrieben, was für sie zu einer guten Sterbebegleitung innerhalb ihres Teams gehört. Wichtig ist u.a. :

- ◆ ein zentraler Informationsaustausch im Team, so dass alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter den aktuellen Stand und die aktuellen Maßnahmen der Begleitung kennen.
- ◆ dass Patienten und Angehörige sich durch die Begleitung der Mitarbeiter der Caritas-Pflegestation sicher fühlen.
- ◆ dass Mitarbeiter in der Begleitung des Patienten und der Angehörigen nicht überfordert sind und durch das Team Rückenstärkung erfahren.
- ◆ eine gute Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten. Die Behandlung und Pflege soll den Wünschen des Patienten entsprechen und zwischen Arzt und Pflege kommuniziert und von beiden ausgeführt werden.
- ◆ die Einbindung weiterer Hilfsangebote, falls dies der Patient bzw. Angehörige wünscht. Dabei handelt es sich um ergänzende, nicht um ersetzende Angebote.
- ◆ dass auf Wunsch Angehörige auch nach dem Tod des Patienten nicht allein gelassen werden und weiterhin Hilfe erhalten, die dann durch ergänzende Dienste (bspw. Hospizinitiative) erbracht werden können.
- ◆ eine Nachsorge auch für Mitarbeiter einzuplanen, die bei Bedarf Abschiednahme und Erfahrungsaustausch wünschen.
- ◆ die Vorgehensweise innerhalb im Team, in der Zusammenarbeit mit Ärzten und ergänzenden Diensten auf Aktualität zu prüfen, damit Problemlagen erkannt und geklärt werden.

In einem zweiten Schritt wurde mittels bestimmter Fragestellungen überlegt, wie die Ziele erreicht werden können. Dabei spielten die Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag eine enorme Rolle. Das was auf dem Papier steht, muss auch praxistauglich sein. Das was in der Praxis verändert werden soll, muss aber auch durchdacht werden. Demnach wurden bspw. folgende Fragen näher betrachtet:

- ◆ Wie ist es möglich, im Team soweit Transparenz zu schaffen, dass alle nötigen Informationen an die beteiligten Mitarbeiter gelangen?
- ◆ Wie können Wünsche der Patienten und Anliegen der Angehörigen erfasst werden, um diesen in der jeweiligen Situation zu entsprechen?
- ◆ Wie können Angehörige in ihrer Rolle als Pflegende unterstützt werden?
- ◆ Gibt es Schwierigkeiten im Team, wenn die Dienst- und Tourenplanung sich verändert? Wodurch kann das Verständnis und die gegenseitige Rückenstärkung in der aktuellen Situation unter den Kollegen gelingen?

- ◆ Was ist zu unternehmen, damit sich die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten verbessert?
- ◆ Welche Möglichkeiten gibt es, den Patienten bzw. Angehörigen zusätzlich zu unterstützen?
- ◆ Welche Angebote sollten für Mitarbeiter gemacht werden, die in einer (schwierigen) Begleitung sind?

Das Ergebnis ist eine Prozessbeschreibung (siehe Anlage 6.2.2), die sich an dem bisherigen Verfahren orientiert. Mit bekannten und bewährten Hilfsmitteln wie Pflegedokumentation, Teamgespräch, Übergabebuch, Teamprotokoll, Gespräch mit der Leitung der Caritas-Pflegestation werden Informationen gesammelt, die in der Pflege und Begleitung von Bedeutung sind. Durch die nötige Transparenz werden sie für die Beteiligten nutzbar gemacht. Es ist aber genauso wichtig, die nur mittelbar betroffenen Teammitglieder über zeitaufwendige (Sterbe-)Begleitungen zu informieren, damit sie bspw. die plötzlich veränderte Planung der Tagestouren einordnen und nachvollziehen können.

Gestaltung der Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten und Ärzten

Die Einbindung der ambulanten Hospizdienste im Kreis Viersen bei der psychosozialen Begleitung der Patienten und Angehörigen ist eine bekannte Unterstützungsmöglichkeit, auf die in der Prozessbeschreibung hingewiesen wird.

Im Laufe der Projektarbeit wurde diesbezüglich aber auch deutlich, dass es nicht allen Mitarbeitern klar war:

- ◆ inwiefern die Hospizdienste in die eigene Arbeit integriert werden können,
- ◆ wer Ansprechpartner für die Kontaktaufnahme ist,
- ◆ wie und über wen Absprachen zwischen Caritas-Pflegestation und Hospizdienst laufen.

Demzufolge wurde mit den beiden Koordinatorinnen der Hospizinitiative Kreis Viersen e.V. und den Einrichtungsleitungen in der Koordinationsgruppe die Vorgehensweise in der Zusammenarbeit besprochen und schriftlich in einem Standard festgehalten. Den Mitarbeitern der Einrichtungen wird die Vorgehensweise innerhalb der nächsten Teamsitzungen, spätestens Anfang des Jahres 2009 vorgestellt.

Neu überlegt wurden innerhalb der Projektgruppenarbeit die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Prävention bzgl. Notfallsituationen und das Erfassen des Patientenwillens. In den Leitlinien zeigt sich das Anliegen, die Pflege nach den Wünschen des schwerstkranken und sterbenden Patienten zu gestalten. Hierbei ist es für die Pflegekräfte hilfreich, diese Wünsche zu kennen, um sie in Absprache mit dem behandelnden Arzt umsetzen zu können. Das gilt besonders für Krisensituationen, um Panikreaktionen vorzubeugen und dem Willen des Patienten mit der eingeleiteten Maßnahme zu entsprechen. Die Projektgruppe hat bereits ein Formular entwickelt, auf dem alle wichtigen Anliegen und Wünsche des Patienten zu seiner Behandlung, Pflege und Begleitung vermerkt werden können. Das Formular dient der übersichtlichen Darstellung und Dokumentation des Patientenwillens, was in einer akuten Krisensituation, im Sterbeprozess von enormer Bedeutung werden kann, wenn unverzüglich und zeitnah gehandelt werden muss.

Obwohl die Teilnehmer der Koordinationsgruppe das Papier als theoretisch sinnvoll einstufen, dauert die Diskussion über die praktische Umsetzbarkeit an. Schwierigkeiten werden nicht nur in der Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt gesehen, sondern auch bei der praktischen Anwendung des Formulars durch die Mitarbeiter der Caritas-Pflegestation.

1. *Ist der Hausarzt bereit, den Patienten bzw. Angehörigen zum Thema Krisenvorsorge gemeinsam mit der Caritas-Pflegestation zu beraten, solch ein Formular auszufüllen. Ist der behandelnde Arzt im Notfall erreichbar?*
2. *Kann die Pflegekraft im Falle einer akuten Situation tatsächlich dem Willen des Patienten Folge leisten, wenn dieser zum Beispiel zu Hause sterben möchte (Sie entspricht bspw. dem Wunsch, den Notarzt nicht zu rufen.)?*

Hier tut sich ein Dilemma auf zwischen dem Wunsch, Sterbende würdevoll begleiten zu können und den scheinbaren Grenzen der Zusammenarbeit. Dennoch wird sich das Projekt weiterhin mit dieser großen Aufgabe beschäftigen und mögliche Wege zur kooperativen Arbeit zwischen Medizin und Pflege finden.

3.2.5 Palliative Pflege – Was bedeutet das?

Die von der WHO (2002) formulierte Definition beschreibt Palliative Care als einen „Handlungsansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung oder Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt“³⁹

Für die Praxis bedeutet diese Definition, dass allen schwerstkranken und sterbenden Menschen eine umfassende Behandlung und Begleitung zu Teil wird. Ziel ist es, dem Patienten nach seinem Willen die letzte Lebensphase zu gestalten. Eine adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle gehört ebenso dazu wie die Berücksichtigung der Wünsche hinsichtlich sozialer, seelisch-geistiger und religiöser Inhalte. In der Pflege und Begleitung Sterbender nehmen körperliche Grundbedürfnisse und emotionales Wohlbefinden eine wichtige Rolle ein. Palliative Pflege vereint die Aktivierung und Nutzung vorhandener Ressourcen mit der Akzeptanz, dass menschliches Leben begrenzt und endlich ist.

Im Laufe der Projektgruppenarbeit machten Mitarbeiter deutlich, dass palliative Pflegeleitlinien für die Arbeit an Bedeutung gewinnen. Handlungsleitendes Motiv ist hier die Verlagerung des Schwerpunktes der Pflege von Aktivierung und Heilung auf Linderung und Begleitung. In den Projektgruppen sammelte sich das Erfahrungswissen aller Teilnehmer mit dem Fachwissen der Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation in Palliative Care. Daraus entstanden eine Reihe von palliativen Pflegeleitlinien, die zum Teil mittlerweile in den Einrichtungen umgesetzt werden. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass sich die Inhalte der Pflegeleitlinien an den Ausarbeitungen von Martina Kern⁴⁰ und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsge-

³⁹ Student / Napiwotzky 2007, S. 10

⁴⁰ Vgl. Kern 2000

meinschaft für Hospiz⁴¹ und an den Autoren Student und Napiwotzky⁴² sowie Knipping⁴³ orientieren.

- 1) In den Pflegeleitlinien wurde zum einen auf die palliative Pflege des Körpers und der Haut des Patienten eingegangen, sowie auf die Mundpflege, die weit mehr beinhaltet als das Reinigen mit Kamillentee oder Lemonsticks.
- 2) Für die Ausarbeitung der Leitlinien war es zunächst interessant, welche verschiedenen Möglichkeiten der palliativen Pflege es gibt. Genügend Anschauungsmaterial (siehe Abbildungen) wurde mitgebracht und auch ausprobiert. Das war wichtig, um ein Gefühl dafür zu bekommen wie viel bekannt, gut zu handhaben und dadurch auch Angehörigen zu vermitteln ist.
- 3) Im nächsten Schritt wurde überlegt, welche Ziele mit einer adäquaten Pflege sowohl für Patienten, Angehörige als auch Mitarbeiter der Caritas-Pflegestation verbunden sind.
- 4) Diesen Überlegungen folgte die Nennung verschiedener Problematiken, die im Zusammenhang mit der Pflege bei schwerstkranken und sterbenden Menschen auftreten können. Beispielsweise leiden die Betroffenen unter oft extremer Mundtrockenheit, Borkenbildung und/oder geruchsintensiven, schmerzenden Wunden im HNO-Bereich. Diese haben wiederum verschiedene Ursachen, sind z.B. eine Folge vermindernder Speichelbildung bedingt durch Medikamente oder Mundatmung. Dazu kommen schmerzhafte bakterielle Infektionen oder z.B. Schluckbeschwerden durch Tumore im HNO-Bereich.
- 5) Die Maßnahmen, die zur Linderung der Beschwerden beitragen, sind in der Pflegeleitlinie ausführlich erläutert.
- 6) Die Pflegeleitlinien enthalten außerdem Hinweise und Informationen zu Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen.
- 7) Die Pflegeleitlinien sind in das Qualitätsmanagementsystem der Caritas-Pflegestationen eingebunden und werden auf ihre Aktualität und Praxistauglichkeit regelmäßig überprüft und wenn nötig verändert.



41 Vgl. Alsheimer / Augustyn et al. 2005

42 Vgl. Student / Napiwotzky 2007

43 Vgl. Knipping 2007

Eine andere Kategorie der Pflegeleitlinien stellen die zum Thema Lagerung, Wundversorgung und Ernährung in der letzten Lebensphase dar. Sie streifen immer die Grenze des ethisch Vertretbaren und können vor allem nur in Kontakt mit Patient und Angehörigen und in Zusammenarbeit mit Arzt würdig gestaltet werden. Auch wenn diese Themen ein Stück weit problematisch erscheinen und es schwierig machen, einen Konsens zu finden, war es den Teilnehmern der Projektgruppen von großer Wichtigkeit, diese für alle Mitarbeiter nachvollziehbar zu beschreiben. Denn:

1. Palliative Pflegeleitlinie: „Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der letzten Lebensphase“

In der letzten Lebensphase oder bei unheilbarer Erkrankung kommen der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr eine besondere Bedeutung zu und stellen die Beteiligten nicht selten vor eine Vielzahl von Problemen. Nicht mehr Essen oder Trinken zu können, stellt eine unmittelbare Bedrohung für das Leben dar. Patienten wie auch Angehörige erleben die Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme, den Verzicht auf Essen und Trinken und andere damit verbundene Symptome als Verlust von Lebensqualität. Vieles, was früher wichtig war, verliert an Bedeutung. Damit verbunden sind Abschiednahme, Trauer und das Aufgeben liebgewordener Gewohnheiten.

2. Palliative Pflegeleitlinie: „Lagerung in der letzten Lebensphase“

Wenn ein Patient (z.B. in der Sterbephase) nicht gelagert werden will oder aufgrund bei der Lagerung auftretender Symptomatik nicht gelagert werden kann, ein Lagerungsmittel ablehnt etc., ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen der Vermeidung eines Dekubitus (regelmäßige Lagerung) und dem Bedürfnis des Patienten (z.B. in Ruhe gelassen zu werden). Unter dem Aspekt der Lebensqualität des Patienten ergibt sich die Frage: „Ist die Vermeidung des Dekubitalulkus in dieser Situation des Patienten das vorrangige Therapieziel?“

3. Palliative Pflegeleitlinie: „Versorgung exulcerierender, progredienter Wunden“

Exulcerierende Tumorzellen sind für die Patienten und die Begleitenden eine große Belastung. Sie zeigen ihnen den Krankheitsfortschritt. Wegen des äußerlich sichtbaren Befundes muss sich der Patient mit der Veränderung und Entstehung seines Aussehens auseinandersetzen und ist gleichzeitig mit den oft ablehnenden, schockierten Reaktionen der Mitmenschen konfrontiert. Für die Pflege ist es hierbei das Hauptanliegen, für den Menschen Lebensbedingungen zu schaffen, die seine Würde nicht kränken und Behandlungsstrategien und -ansätze für diese Situation zu finden.

Die Ausarbeitung dieser Pflegeleitlinien in den Projektgruppen ist teilweise noch nicht abgeschlossen. Auch die Rücksprachen mit den Leitungen stehen als Aufgabe für das kommende Projektjahr an. In der Beschreibung der Leitgedanken zu diesen Themen merken die Mitarbeiter, wie verschieden die Vorstellungen über Lebensqualität sind. Auch hier ist oberstes Gebot, dass immer der kranke Mensch bestimmt, was getan werden soll. Die Aufgabe des Projektes und der Einrichtungen ist es, die Mitarbeiter zu befähigen, ihre Arbeit als Begleiter, nicht als Leiter zu sehen. Die Projektgruppen dienen dazu, den Mitarbeitern zu vermitteln, dass neben fachlichem Wissen und die Erfahrungsweisen auch mindestens genauso viel Haltung dazugehört. Voraussetzung hierfür ist die Bereitschaft seitens der Mitarbeiter, sich mit der eigenen Endlichkeit ver-

traut zu machen. In diesem Sinne sollen die palliativen Pflegeleitlinien helfen, die eigenen Arbeitsschritte zu sichern und sich mit Wissen zu rüsten, um Symptome zu erkennen und zu lindern. Die Pflegeleitlinien sind rote Fäden, die bestensfalls der Sterbende selbst spannt.

3.2.6 Aller Abschied ist schwer – Umgang mit Verlust?

In der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen kommt der Aspekt der Abschiednahme und Nachsorge für Mitarbeiter der Caritas-Pflegestationen nicht selten zu kurz. Viel zu schnell wird im Berufsalltag der Platz des gerade noch zu pflegenden Patienten ersetzt durch einen anderen. Auf der Plantafel taucht in der Tour ein neues Schild auf, das Blatt im Übergabebuch, auf dem der Verstorbene erwähnt wird, ist längst umgeblättert und der Name verschwindet zwischen anderen, allen möglichen Informationen. Für manchen Mitarbeiter geht dieser Abschied zu schnell und es erinnert mehr an ein Abhaken und Ersetzen als an ein würdiges Gedenken.

Abschiednahme innerhalb der Einrichtung wurde in jeder Projektgruppe zum Thema gemacht. So unterschiedlich die Teams in jeder Caritas-Pflegestation sind, so verschieden wurde nach möglichen Ritualen und Formen des würdigen Gedenkens gesucht. Ein Ritual zum Gedenken an verstorbene Patienten führt den Prozess der Begleitung zu einem würdigen Abschluss und schafft eine Atmosphäre der Akzeptanz im Blick auf das Geschehen. Auch kann mit Hilfe eines Abschiedsrituals eine Gesprächskultur im Team entstehen, die es ermöglicht, der Betroffenheit und Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben zu begegnen.

1) Erinnerungsbücher

In zwei Einrichtungen (Kempen und Viersen) wurden bereits durch die Initiative der Palliative Care Pflegekräfte seit längerem Erinnerungsbücher geschrieben. Der Name des verstorbenen Patienten wird in das Buch geschrieben und manchmal durch einen Text oder Vers ergänzt. In den anderen Einrichtungen wurde weitere Möglichkeiten gefunden, dem verstorbenen Patienten zu gedenken und die Angehörigen in die Erinnerung mit einzubeziehen.

2) Gedenken an verstorbene Patienten

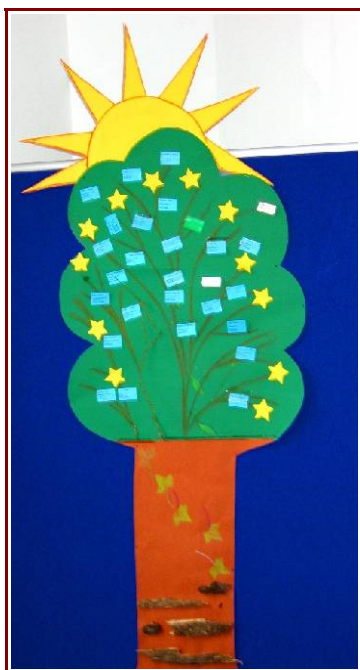
In der Projektgruppe Willich haben die Teilnehmerinnen ein Ritual zum Gedenken an verstorbene Patienten beschrieben. In den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen wird der Name des Verstorbenen genannt und eine Kerze zum Gedenken angezündet, die die gesamte Veranstaltung hindurch brennt. Es besteht die Möglichkeit, sich über die Person und Situation auszutauschen:

- Welche positiven Erinnerungen gibt es?
- Was war schwierig und fiel nicht leicht in der Pflege und Begleitung?
- Gibt es Rückmeldungen von den Angehörigen?

Als Abschluss des Gedenkens wird eine passender Text vorgelesen. Durch den Text wird eine klare Grenze gezogen zu den übrigen, meist organisatorischen und den pflegerischen Alltag betreffenden Anliegen. So bleibt der würdige Charakter des Gedenkens

auch im Rahmen einer Teamsitzung bestehen. Wichtig ist, dass Mitarbeiter als Verantwortliche benannt werden, die durch das Ritual führen.

3) Lebensbaum



Die Mitarbeiter der Caritas-Pflegestation Tönisvorst haben in Eigeninitiative einen „Lebensbaum“ gestaltet, der die Namen der Verstorbenen im Laufe eines Jahres trägt. Der Baum ist groß und gut sichtbar aus farbiger Pappe und Papier gebastelt. Wenn ein Patient verstorben ist, verschwindet das Schild von der Plantafel nicht mehr im Papierkorb, sondern wird an den Baum geheftet. So bleibt die Person, die den Namen trägt noch eine Weile in der Einrichtung präsent. Auch wenn Angehörige in die Einrichtung kommen, werden sie auf den Baum aufmerksam und fragen nach seiner Bedeutung. Das macht die Anteilnahme der Mitarbeiter an der Situation für den Patienten und Angehörigen deutlich. Denkbar ist, dass zu Jahresbeginn im Rahmen einer Teamveranstaltung die „Blätter“ vom Baum abgenommen und die Namen in ein Erinnerungsbuch geschrieben werden.

4) Anteilnahme für Angehörige

Auch an die Angehörigen des verstorbenen Patienten soll gedacht werden. So ist es selbstverständlich, dass eine Kondolenzkarte, auf der nach Wunsch alle Mitarbeiter unterschreiben können, an den Angehörigen versendet wird. Bedeutsam ist auch, dass eine vertraute Mitarbeiterin den Angehörigen nach angemessener Zeit und Wunsch noch einmal besucht. Hier ist es vor allem wichtig, zu schauen, ob sich der Trauernde in seiner neuen Lebenssituation zurechtfindet oder eventuell Unterstützung braucht. Der Mitarbeiter der Caritas-Pflegestation kann dann Hilfsangebote, bspw. Gesprächskreise oder Trauerbegleitung durch den ambulanten Hospizdienst, vermitteln.

In Bezug auf Möglichkeiten des Gedenkens an verstorbene Patienten lag der Gedanke nahe, die Kooperationsmöglichkeiten der Caritas-Pflegestationen mit Seelsorgern, Pfarrern und Kirchgemeinden in den Blick zu nehmen. In gemeinsamen Gesprächen der Einrichtungsleitungen mit Vertretern örtlicher Pfarrgemeinden und zwei Seelsorgerinnen lag der Fokus auf der Fragestellung, wie seelsorgerische Begleitung im Kontext der Pflege geschehen kann und nach der Notwendigkeit einer Begleitung für Mitarbeiter selbst. Erste Überlegungen, für Mitarbeiter und Angehörige aller Caritas-Pflegestationen eine gemeinsame Gedenkfeier zum Ende des Kalenderjahres unter Mithilfe einer Seelsorgerin zu gestalten, wurden jedoch nicht realisiert. Bedenken hierzu waren vor allem die der unterschiedlichen Trauer- und Abschiedsprozesse sowie Erwartungen und räumliche Entfernungen bei den beteiligten Personen. Um jedoch die Zusammenarbeit mit Seelsorgern in den einzelnen Orten zu unterstützen, wurden die Ansprechpartner der einzelnen Kirchgemeinden gelistet, so dass die Mitarbeiter zeitnah Begleitungen anfragen können.

4 Bereichsübergreifende Projektarbeit

4.1 Steuerungsgruppe

Wie bereits im Projektaufbau deutlich wurde, bildet die Steuerungsgruppe die Möglichkeit des Austausch für die am Projekt beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen. Außerdem stellt diese Arbeitsgruppe eine Schnittstelle dar zwischen den Einrichtungen.

Der stellvertretende Geschäftsführer des Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) hatte in dieser Arbeitsgruppe zum einen die Aufgabe, über die Durchführung der beiden Befragungen in 2007 und 2008 zu informieren und in der Projektplanung und Themenausrichtung zu beraten. Außerdem steuerte er wichtige Aspekte zum Projektthema aus pflegewissenschaftlicher Sicht bei.

Es darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass ursprüngliche Aufgabenstellungen der Steuerungsgruppe anderen Arbeitsgremien zugeordnet wurden. So macht es bspw. keinen Sinn, Pflegeleitlinien und Standards von einer Arbeitsgruppe festlegen zu lassen, die sich nur zweimal im Jahr trifft. Auch die Benennung und Umsetzung flankierender Maßnahmen wurde zur Aufgabe innerhalb der Koordinationsgruppen und musste nicht erst durch die Steuerungsgruppe delegiert werden. Die Steuerungsgruppe stellte eher eine Art Informationspool dar, der vor allem dazu diente, den Austausch zwischen Projektverwirklichung durch die einzelnen Einrichtungen und wissenschaftliche Projektbegleitung durch das dip zu fördern und zu sichern. Solch eine Arbeitsgruppe ist vor allem hilfreich in längerfristigen Projekten, wo das Erarbeiten jährlicher Zielformulierungen Sinn macht.

4.2 Fortbildungen

Auch wenn einige Autoren bekräftigen, dass das Thema Palliative Care 10% Wissen und 90% Haltung gegenüber dem Sterbenden Menschen und seiner Angehörigen umfasst,⁴⁴ ist Weiterbildung der Mitarbeiter ein wichtiger Baustein in der Verwirklichung der Projektidee. Denn nicht nur die Aneignung von fachlichem Wissen steht bei den Fortbildungen im Vordergrund, sondern auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zum Thema. In der konkreten Umsetzung heißt das, dass die Mitarbeiter sich in den verschiedenen Kompetenzbereichen ihrer Arbeit auskennen. Einen Sterbenden begegnen zu können, bedeutet, sich der eigenen Endlichkeit bewusst zu werden, sich auf den anderen Menschen emotional einzulassen und mögliche Grenzen in der Begleitung wahr- und annehmen zu können. Darüber hinaus ist die fachliche Kompetenz von gleichwertiger Bedeutung, d.h. Wissen zur Überwachung und Behandlung von Symptomen (z.B. Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen, Atemnot, Angst, Verwirrtheit), Überwachung von apparativen palliativ-medizinischen Behandlungsmaßnahmen (z.B.: Medikamentenpumpe, Portsysteme) und weitere palliative Pflegemethoden zur Begleitung des sterbenden Menschen. Dazu zählt aber auch Wissenskompetenz, um Patienten und ihre Angehörigen beraten zu können, wenn weiterer Hilfebedarf besteht.

44 Vgl. Student / Napiwotzky 2007, S.34

Aus diesen Überlegungen heraus und aus den Rückmeldungen der zwei Mitarbeiterbefragungen wurde daher angestoßen, weitere Mitarbeiter in dem Bereich Palliative Care auszubilden. Der derzeit stattfindende Fortbildungsblock nach dem 160-Stunden-Basis Curriculum von M. Kern, M. Müller und K. Aurnhammer endet im März 2009. Für die ambulanten Einrichtungen bedeutet das eine Aufstockung der bereits vorhandenen 7 Pflegekräfte mit Palliative Care Ausbildung um weitere 8 Mitarbeiter. In den stationären Einrichtungen werden zunächst 6 Mitarbeiter die Qualifikation erreichen, was einen guten Anfang darstellt und auf den man in einem weiteren Fortbildungsblock aufbauen wird.

Wie aktuell das Thema „Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten“ ist, zeigen nicht nur fraktionsübergreifende Entwürfe zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung, die derzeit aktuell zur politischen Diskussion stehen. Auch die Mitarbeiter der Einrichtungen des Regionalen Caritasverbandes schildern aus ihrer Sicht den Bedarf, Genaueres über Möglichkeiten der Vorsorge und die Chance der Selbstbestimmung am Lebensende zu wissen. Das spielt nicht nur für deren eigene Person eine Rolle, sondern auch für Pflegesituationen, in denen Patientenverfügungen (nicht) vorliegen. Zudem werden die Mitarbeiter in ihrer Arbeit von Patienten und Angehörigen angesprochen, die Näheres zum Verfassen einer Patientenverfügung wissen wollen. Daraus folgend wurde für die Mitarbeiter jeweils eine Veranstaltung pro Caritas-Pflegestation zu diesem Thema durchgeführt. Als Referent informierte der Bereichsleiter der Altenberatung Tönisvorst umfassend und konnte gerade auch aus seiner täglichen Arbeit ähnliche Fragestellungen von Beratungssuchenden berichten, wie sie von Mitarbeitern der Caritas-Pflegestation berichtet werden. Die Mitarbeiter fanden sich dementsprechend in den Darstellungen häufig wieder. Für die beiden stationären Einrichtungen werden diese Veranstaltungen in 2009 angeboten.



Für jeweils zwei Mitarbeiter aus den 6 Caritas-Pflegestationen gab es an zwei Nachmittagen im Juni 2008 die Möglichkeit, sich auf das Thema „Abschiednahme – Umgang mit Verlust“ einzulassen. Die Krankenhausseelsorgerin vom AKH in Viersen, die ebenfalls examinierte Krankenschwester und Supervisorin ist, übernahm die inhaltliche Gestaltung des Themas und ermöglichte Betrachtungen aus theoretisch-praktisch fundierter und supervisorischer Sicht. Die Teilnehmer waren von dem Angebot sehr angetan. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich manche Mitarbeiter anfangs schwer aus dem bisherigen Tagesgeschehen lösen und auf das Thema des Angebots einlassen konnten. Aufgrund des Feedbacks soll für eine Folgeveranstaltung im Jahr 2009 dieses Angebot

auf einen bzw. zwei komplette(n) Arbeitstag(e) erweitert werden, um den vertiefenden Charakter besser umsetzen zu können.

4.3 Palliative Versorgung im Kreis Viersen

Ein Schwerpunkt in der Projektarbeit ist die verbesserte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Schmerztherapeuten. Mit ihren Einschätzungen liegen die Pflegekräfte vor Ort vollkommen richtig, wenn sie sagen dass es immer noch zu viele Patienten und Bewohner gibt, die in ihrer letzten Lebensphase keine ausreichende Schmerztherapie erfahren. Autoren weisen darauf hin, dass zwar der Verbrauch von Schmerzmedikamenten, vor allem von Morphinpräparaten gestiegen ist, Patienten aber dennoch deutlich unterversorgt sind. In einer Untersuchung wird zu bedenken gegeben, dass selbst „Ärzte, die die Betäubungsmittelrezepte besitzen und betäubungsmittelpflichtige Substanzen verschreiben, dies zu selten, d. h. v. a. nicht regelmäßig tun. Weiterhin zeigt diese Studie, dass die Opioddosis nicht dem Schmerzniveau des Patienten angepasst wird.“⁴⁵

Andererseits ist gerade die adäquate Schmerzbehandlung ein zentrales Kriterium für eine würdige Begleitung von Sterbenden. Das Angebot palliativer Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase ist trotz vermehrter Orientierung der Medizin und Pflege in Richtung Palliation, gestützt durch verschiedene Gesetzesanpassungen zur Förderung hospizlicher Begleitung, immer noch als lückenhaft und unzureichend zu bezeichnen. Von daher ist eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten in einem Netzwerk unumgänglich. Um in diesen Dialog mit den Ärzten im Kreis Viersen zu treten, beteiligt sich der Caritasverband am Aufbau und der Gestaltung eines Palliativnetzes in der Region. Vor allem geht es hierbei um die praktische Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegestationen, stationären Einrichtungen, Haus- bzw. Fachärzten, qualifizierten Palliativärzten, Palliativstationen, Krankenhäusern, ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizeinrichtungen, Sanitätshäusern, Apotheken usw. in der Begleitung der Patienten und Bewohner. Konkrete Absprachen untereinander, gemeinsame Beratung für Patient, Bewohner und Angehörige und ein weitestgehender Konsens in der Beachtung der Patientenwünsche inklusive der Dokumentation gehören zu den wichtigen Indikatoren für die gelingende Zusammenarbeit. Sie sollen auch in Krisensituationen die konstante Begleitung gewährleisten. Die Treffen des Palliativnetzes finden auch im kommenden Jahr in größeren Abständen statt, um gemeinsame Vorgehensweisen festzulegen und damit die palliative Versorgung für Betroffene im Kreis Viersen zu verbessern.

Aufgrund der Projektarbeit in den Einrichtungen und der gebotenen Notwendigkeit und Möglichkeit, Strukturen zur Pflege und Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen zu schaffen, richtet der Bereich Alter und Pflege des regionalen Caritasverbandes außerdem einen Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst (APD) auf Grundlage des Vertrags über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach §132 a Abs. 2 SGB V ein. Um einen Vertrag dieser Art abschließen zu können, wurden u. a. neben dem Kontakt zum Palliativnetz Kreis Viersen auch Gespräche mit der ambulanten Hospizinitiative Kreis Viersen e.V. geführt und ein Kooperationsvertrag geschlossen. Die vertraglichen Voraussetzungen für den APD sind soweit erfüllt. Momentan wird auf die Zusage seitens der BKK Essen gewartet, bei der der Vertrag zur Unterschrift vorliegt.

⁴⁵ Husebø / Klaschik 2003, S.184

4.4 Öffentlichkeitsarbeit



Palliative Care Award 2008:
Zwei sich haltende Hände in einer Baumberger
Sandsteinplatte als vertieft erhabenes Relief.
Steinbildhauer: Ingo Grethmann aus Havixbeck

Öffentlichkeitsarbeit spielte von Beginn an eine wichtige Rolle im Projekt „Würdige Sterbebegleitung“. Zum einen ging es darum, die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern. Zum anderen sollte das Projekt auch einen Vorbildcharakter für andere Einrichtungen und Verbände darstellen. Dass das Projekt durch seinen bereichsübergreifenden Ansatz im ambulanten und stationären Bereich sowie durch seinen methodischen Aufbau und die bereits dargestellten Inhalte merkbares Interesse auslöste, zeigte sich im Februar 2008 auf dem Fachkongress „Palliative Care“ in Münster. Dort wurde den Projektkoordinatoren stellvertretend für

die beteiligten Einrichtungen der „Palliative Care Award 2008“ der Fachbuch Richter GmbH verliehen. Im gleichen Monat hatten die Projektkoordinatoren gemeinsam mit dem stellvertretenden Geschäftsführer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) die Gelegenheit, das Projekt auf einem Kongress der Messe „Altenpflege + Propflege 2008“ in Hannover vorzustellen.

Mehrfache Veröffentlichungen zum Projekt gab es bisher in Form von Presseberichten in den regionalen Zeitungen im Kreis Viersen sowie in überregionalen Zeitschriften des Caritasverbandes⁴⁶. Darüber hinaus sind in Zusammenarbeit mit dem dip bisher zwei Fachartikel veröffentlicht worden.⁴⁷

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit war es dem Verband auch wichtig, junge Menschen, die sich für den Bereich der Altenhilfe und Altenpflege interessieren, frühzeitig mit dem Thema „Sterben und Sterbebegleitung“ zu konfrontieren, um eine bewusste Auseinandersetzung zu fördern. Im verbandseigenen Fachseminar für Altenpflege in Nettetal waren die Projektkoordinatoren zu zwei Vorträgen im Jahr 2007 und 2008 eingeladen, um den Auszubildenden einen Einblick in die Arbeit des Projekts zu geben. Auch im Hochschulbereich konnten im Jahr 2007 vorhandene Kontakte genutzt werden, um die Thematik Studierenden in einschlägigen Fachbereichen näher zu bringen. So referierte die Projektkoordinatorin an der Katholischen Hochschule in Aachen vor angehenden Sozialarbeitern, während der Projektkoordinator einen Vortrag vor Gerontologiestudenten am Institut für Gerontologie der Hochschule Vechta hielt.

Gemeinsam mit Mitarbeitern der Caritas-Pflegestationen informierten die Projektkoordinatoren auf dem ersten Nettetaler Palliativ- und Hospiztag im April 2008 über Projekthaltungen und den Aufbau des Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes. Bürger und Interessierte aus der Region hatten an diesem Tag die Gelegenheit, sich einen Überblick

46 Vgl. Nießen / Schrödter 2008a, S. 30 sowie Nießen / Schrödter 2008b, S. 34

47 Vgl. Nießen / Schrödter / Isfort 2008, S. 97-100 sowie Schrödter / Nießen 2008, S. 34-36

über die bestehenden Dienstleistungsangebote der verschiedenen Anbieter zu verschaffen.



Im Sinne einer internen Öffentlichkeitsarbeit sind die Koordinatoren seit Beginn des Projekts regelmäßig zu verbandsinternen Gremien und Versammlungen eingeladen, um die Projekthalte darzustellen. Diese fortwährende Unterstützung des Trägers kann als unerlässlich eingeschätzt werden, denn dadurch ist gewährleistet, dass ein solches Projekt über den langen Zeitraum im Fokus bleibt und nicht durch andere Themen in den Hintergrund verdrängt wird. Interne Medien wie z.B. die Hauszeitung im stationären Bereich wurden ebenfalls regelmäßig genutzt, um über das Projekt zu informieren.

Mit dem Ziel, die wertvolle Arbeit der Begleitung von Menschen in Zeiten des Abschieds und der Trauer bildhaft und symbolisch darzustellen, ist gemeinsam mit Mitarbeitern und Bewohnern in den Altenheimen ein Fotoprojekt entstanden, dessen Ergebnisse im November 2008 in Form einer Ausstellung unter dem Titel „Begleitung, Abschied, Trauer“ in den Einrichtungen präsentiert wurden. Durch das Sichtbarmachen der Emotionen, die gerade das Thema Sterbebegleitung mit sich bringt, wurden Bewohner, Mitarbeiter und Besucher auf eine besondere Weise eingeladen, sich mit dem Thema bewusst auseinanderzusetzen und in den gegenseitigen Austausch zu begeben.

4.5 Sonstiges

Erwähnenswert unter dem Punkt Bereichsübergreifende Arbeit wäre zudem die intensive Zusammenarbeit mit dem Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in Köln. So trafen sich die Projektkoordinatoren und die Leitung des Bereiches „Alter und Pflege“ mit dem stellvertretenden Geschäftsführer des dip zu gemeinsamen Arbeitstagen in Köln bzw. Viersen. In den Treffen wurden die Fragebögen für die beiden schriftlichen Befragungen und Vorgehensweisen der gemeinsamen Veröffentlichungen in den Fachzeitschriften besprochen. Auch Veranstaltungen in den Einrichtungen des Caritasverbandes wurden gemeinsam mit dem stellvertretenden Geschäftsführer des Institutes wahrgenommen. Dazu zählen nicht nur die Gespräche mit Bewohnern, Patienten und

Angehörigen sowie Mitarbeitern in den Einrichtungen, sondern auch die Präsentation von Ergebnissen mit anschließender Diskussion im Mitarbeiterkreis und die Veranstaltung eines Abends in den beiden Altenheimen, an dem das Projekt den Angehörigen vorgestellt wurde. Außerdem unterstützte das Institut die Projektarbeit mit einer ausführlichen Literaturrecherche vor allem im englischsprachigen Bereich.

5 Ausblick

Ein Projekt ist darauf angelegt, neu entwickelte Strukturen fest in die beteiligten Einrichtungen zu implementieren, um die erreichten Veränderungen dauerhaft aufrecht erhalten zu können. Wichtige Projektergebnisse werden dadurch zum festen Bestandteil des Tagesgeschehens innerhalb der Einrichtungen. Der vorliegende Bericht stellt eine Zwischenbilanz zum Projekt dar, was bedeutet, dass in der noch zur Verfügung stehenden Zeit ganz bewusst die Entwicklung zur Nachhaltigkeit im Fokus liegt. Hierbei sind natürlich mehrere Ebenen angesprochen.

5.1 Weitere Bausteine im Projekt

Die Begleitung sterbender, an Demenz erkrankter Menschen in den Einrichtungen des Caritasverbandes bedarf einer besonderen Beachtung. Wie können Wünsche dieser erfasst werden? Die Behandlung der Symptome (vor allem Schmerzlokalisierung und -beobachtung) stellt die Mitarbeiter vor schwierige Aufgaben, zumal es für die Schmerzerfassung bei demenziell veränderten Menschen noch recht wenig verwendbares Material gibt.

Eine große Herausforderung ist die Verbesserung der Kooperation mit den Haus- und Palliativärzten. Die Versorgung Sterbender in den stationären und ambulanten Einrichtungen ist auf diese Zusammenarbeit angewiesen. Das Engagement einzelner Ärzte reicht nicht aus, um alle Betroffenen angemessen zu begleiten. Von daher sind Wege zu finden, wie der Kontakt zwischen Ärzten und den Mitarbeitern der Altenheime bzw. der Caritas-Pflegestationen in der jeweiligen Pflegesituation intensiver gestaltet werden kann. Auch beteiligt sich der Verband weiterhin im Palliativnetz Kreis Viersen mit der Hoffnung, dass dieses Palliativnetz zum Nutzen derer wird, für die es geschaffen wurde.

Das bereits entworfene Ablaufschema, um in ethisch kritischen Fällen kommunikations- und handlungsfähig zu bleiben, wird weiter verfeinert. Die Projektkoordinatoren sprechen sich dafür aus, das Instrument der ethischen Fallbesprechung in den ambulanten und stationären Einrichtungen des regionalen Caritasverbandes zu implementieren, um diese in schwierigen, ethisch-komplexen Situationen zu nutzen. Ethische Fallbesprechungen ermöglichen konstruktive Gespräche mit allen Beteiligten mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Die Ausbildung von Mitarbeitern zu Moderatoren dieser ethischen Fallbesprechungen muss dem vorausgehen.

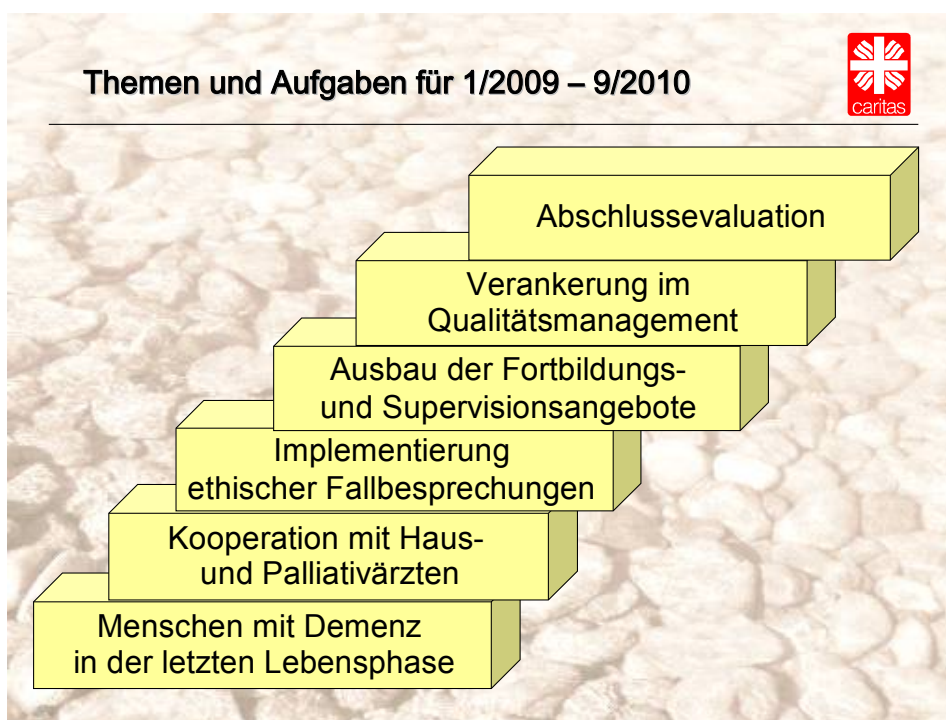
Das Fundament für eine Palliative Kultur in den Einrichtungen wird vergrößert. Wie bereits in den ersten Projektjahren werden auch in den nächsten beiden Jahren verschiedene themenbezogene Fortbildungen angeboten. Hier spielt vor allem die Vermittlung von Palliative Care - Inhalten auch für das nicht-examinierte Pflegepersonal eine bedeu-

tende Rolle. Weiterhin steht die Ausbildung von Palliative Care Fachkräften vor allem für die stationären Altenhilfeeinrichtungen im Vordergrund.

Der palliative Gedanke zeigt sich aber nicht nur in der fachlichen Weiterbildung der Mitarbeiter, sondern darin, wie das Thema in den Einrichtungen gelebt wird. Dabei bleibt immer auch die Frage, ob Mitarbeiter selbst im nötigen Maße begleitet werden, um die wachsenden Herausforderung tragen zu können? Neben einer würdigen Abschiedskultur besteht demnach auch die Notwendigkeit von supervisorischen Angeboten für die Mitarbeiter.

Der im Bericht angesprochene Ambulante Palliativpflegerische Dienst (APD) des Caritasverbandes wird die Pflege der palliativ zu begleitenden Patienten der Caritas-Pflegestationen fokussieren. Die Herausforderung besteht darin, diesen Dienst in die vorhandene Struktur der Caritas-Pflegestationen einzubinden. Darüber hinaus wird der Dienst auch in die Vernetzung mit anderen Anbietern ambulanter Pflege gehen, um ebenfalls ergänzende, vor allem behandlungspflegerische Maßnahmen zu gewährleisten. Hier besteht die Herausforderung in einer guten Kommunikation miteinander.

Auch die Öffentlichkeit wird weiterhin teilhaben können an den Inhalten des Projektes. So wird es in 2009 zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit der Volkshochschule Viersen eine Veranstaltungsreihe geben, in der unter anderem die Fotoausstellungen aus den beiden Altenheimen zusammengefasst zu sehen sein werden. Auch wird das Projekt interessierten Bürgern des Kreises Viersen vorgestellt werden.



5.2 Entwicklung zur Nachhaltigkeit

Natürlich muss in solch einem Projekt gefragt werden, was nach Ende der reinen Projektarbeit für die beteiligten Menschen und Einrichtungen bleibt. Welche Wege gibt es, Erkenntnisse, Ideen und neu Geschaffenes so zu implementieren, dass sie weiterhin Bestand haben? Für das Projekt wird der Weg über das Qualitätsmanagement genommen.⁴⁸ Die Mitarbeiter der ambulanten und stationären Einrichtungen arbeiten seit Jahren mit diesem System. Sie sind mit den einzelnen Schritten vertraut. Die Qualitätsbeauftragten in den Altenheimen und Caritas-Pflegestationen treffen



sich regelmäßig in Arbeitsgruppen mit Mitarbeitern innerhalb der Einrichtungen, aber auch einrichtungsübergreifend. Diese Mitarbeiter nehmen während der Projektlaufzeit an den Projektgruppen bzw. Koordinationsgruppen teil. Einige von ihnen absolvieren die Zusatzausbildung in Palliative Care. Sie entwickeln dafür ein Gespür, das Prozesse auch immer wieder auf die aktuelle Situation verständigt werden müssen. Wichtig ist an dieser Stelle, dass zwischen all den Optimierungs- und Zertifizierungsprozessen die Idee der palliativen Begleitung nicht verloren geht. So müssen zu den vorhandenen Fortbildungsangeboten auch Angebote der Supervision zu einem festen Bestandteil in den Einrichtungen werden. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit gesehen, dass auch Mitarbeiter in Leitungsfunktionen Wissenskompetenz entwickeln, die Begegnung mit dem Thema nicht scheuen und es in ihrer Vorbildfunktion mittragen. Nur so kann im Arbeitsalltag und in Entscheidungsprozessen eine einheitliche Sprache gesprochen werden.

Eine finanzielle Grundlage der Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase und in gewohnter Umgebung versucht der deutsche Gesetzgeber mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu geben. Mit ihr soll es zudem möglich werden, auch schwerstkranken und sterbenden Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe palliative Behandlung und Pflege ärztlich zu verordnen. Zumindest sind die gesetzlichen Grundlagen (§§ 37b und 132d SGB V) dafür geschaffen. Was die organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen angeht, so bestehen derzeit jedoch erhebliche Bedenken, ob diese von einzelnen Einrichtungen der stationären Altenhilfe bzw. Palliative Care Teams tatsächlich erfüllt werden können.⁴⁹ Der Caritasverband befindet sich mit dem Ambulanten Palliativen Dienst (APD) bereits auf dem richtigen Weg. Die kooperative Arbeit mit Medizinerinnen, ambulanten Hospizdiensten spielt dabei eine außerordentlich große Rolle. Es wird sich in Zukunft zeigen, ob das quantitativ zunehmende Angebot von Palliativärzten eine dementsprechende qualitative Behandlung und Begleitung der Bewohner und Patienten nach sich zieht. Da wo Palliative Care drauf steht, muss auch Palliative Care gelebt werden.

48 Vgl. Bartosch/ Coenen-Marx/ Erckenbrecht/ Heller 2005, S. 189

49 Vgl. Nießen/ Schrödter/ Isfort 2008

6 Anlagen

6.1 Stationärer Bereich

6.1.1 Zahlen aus dem stationären Bereich

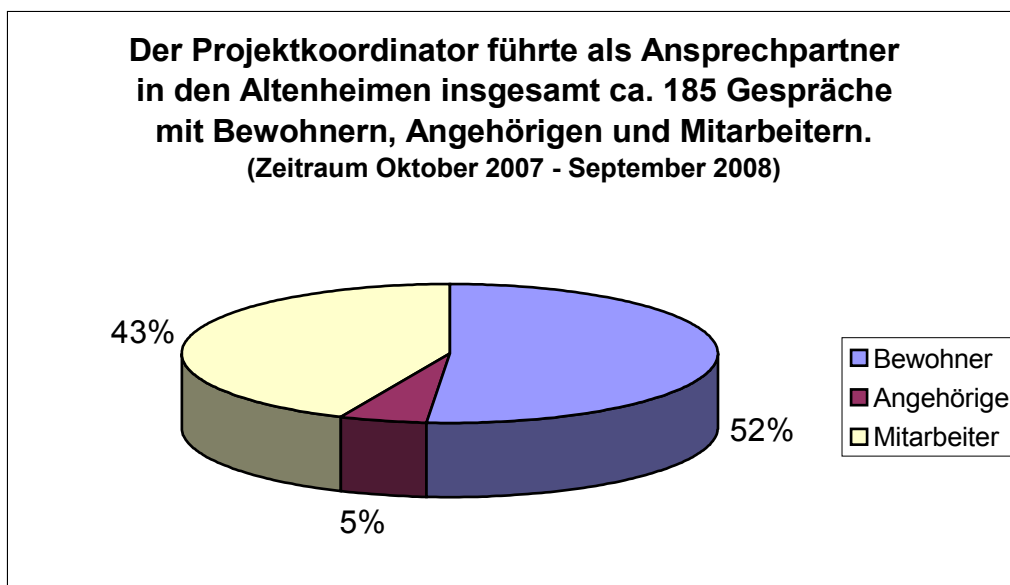
Projektgruppen der Altenheime:

- Zwischen Juni 2007 und November 2008 fanden insgesamt 29 Projektgruppentreffen zu je 90 Minuten in den Altenheimen statt.
- Durchschnittlich waren 5-6 Mitarbeiter pro Treffen anwesend.
- In der Summe ergibt das einen Arbeitsaufwand der Mitarbeiter von mindestens 237 Stunden.

Koordinationsgruppe der Altenheime:

- Zwischen April 2007 und November 2008 traf sich die Koordinationsgruppe 12 mal.
- In der Summe ergibt sich eine Besprechungszeit von ca. 30 Stunden.

Präsenzzeiten des Projektkoordinators in den Altenheimen:



6.1.2 Fragebogen zur Sterbebegleitung (mit Gesprächsleitfaden)

I. Einstieg: Begrüßen, „Anwärmen“

Mögliche Fragen:

- Sie sind seit..... bei uns.
Erzählen sie wie es Ihnen seither ergangen ist.
- Wie geht es Ihnen heute? ...
- Beschreiben Sie, wie Ihr Tag zurzeit abläuft...



II. Hinleitung zum Thema „Sterben und Tod“

Folgende Textpassage ist als beispielhafte Hinleitung zu verstehen:

Mit dem Einzug in unsere Einrichtung und dem gleichzeitigen Verlassen Ihrer vertrauten Umgebung haben Sie einen neuen Lebensabschnitt begonnen, der erfahrungsgemäß eine Zeit der Eingewöhnung und Bewältigung erfordert.

In dieser Zeit stehen Sie jedoch nicht allein da. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sehr bemüht, Ihnen neuen Halt zu geben und Sie zukünftig nach Ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen zu stützen und zu begleiten. Daher ist es uns ein besonderes Anliegen, Ihre Wünsche und Bedürfnisse frühzeitig zu kennen.

Unabhängig von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand sind uns auch Ihre Gedanken zur letzten Lebenszeit von großer Wichtigkeit. Aufgrund der Tatsache, dass die meisten Bewohnerinnen und Bewohner bis zu ihrem Lebensende von uns begleitet werden, haben wir uns als Einrichtung den Mut gefasst, dieses äußerst sensible Thema des Sterbens nicht auszublenden, sondern Sie bewusst nach Ihren Vorstellungen zur letzten Lebensphase zu befragen, sofern Sie dies möchten.

Mögliche Fragen:

- Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit dem Sterben von anderen Menschen gemacht?
- Was beschäftigte Sie dabei am meisten?
- Haben Sie sich schon einmal Zeit genommen, um über das Sterben nachzudenken?

III. Gesprächsführung anhand des Fragebogens

Ziel des Gesprächs ist die Erfassung der Wünsche des Bewohners zu seiner letzten Lebensphase. Der Fragebogen enthält Leitfragen, anhand derer sich ein möglichst offenes Gespräch entwickeln soll. Dieses Gespräch ist freiwillig und erfordert von beiden Seiten viel Mut, Verständnis und Offenheit. Im Laufe des Interviews soll es die Möglichkeit geben, inne zu halten, das Gespräch abubrechen oder es zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen.

IV. Abschluss des Gesprächs

Danken für das Gespräch:

- Herzlichen Dank, dass Sie sich für dieses Gespräch Zeit genommen haben.

Kurzer Rückblick:

- Wie haben Sie das Gespräch jetzt empfunden?
- War das Gespräch für Sie sinnvoll, belastend?



Fragebogen zur Sterbebegleitung

Name des Bewohners

Name des Mitarbeiters

Datum

1. Gestaltung der letzten Lebenszeit

-  Wenn Sie an Ihr eigenes Sterben denken, welche Personen möchten Sie in dieser Zeit in Ihrer Nähe haben? (z.B. Familie, Freunde)

-  Gibt es auch Personen, die Sie in dieser Zeit nicht in Ihrer Nähe wünschen?

- ✍ Welche Vorstellungen haben Sie bei der Gestaltung Ihres Lebensendes?
(z.B. Rituale, Symbole, Musik, Kerzen)

- ✍ Was wünschen Sie sich für Ihr eigenes Sterben?
(z.B. Schmerzfreiheit, nicht alleine sein)

- ✍ Sterbende werden bei uns auf Wunsch auch begleitet durch ehrenamtliche Hospizhelfer, die eine wertvolle Ergänzung darstellen. Behutsam unterstützen sie den Umgang mit den eigenen Ängsten, Hoffnungen und seelischen Bedürfnissen am Lebensende. Möchten Sie im Sterben begleitet werden durch ehrenamtliche Hospizhelfer?

☐ ja

☐ nein

2. Religion und Seelsorge

- ✍ Wünschen Sie sich eine religiöse Sterbebegleitung?
Wenn ja, welche Form sollte diese Begleitung haben?
(z.B. Traditionen aus ihrer Familie, Gebete und Lieder...)

- ✍ Welche Bedeutung haben Personen Ihrer Religionsgemeinschaft für Sie?
Gibt es jemanden aus ihrer Gemeinde, z.B. einen bestimmten Seelsorger oder
Pfarrer den Sie hinzuziehen möchten?

- ✍ Wünschen Sie eine Krankensalbung (katholisch) / Segnung (evangelisch)?

☐ ja ☐ nein

3. Schriftliche Unterlagen

✍ Wünschen Sie eine Beratung hinsichtlich...

...Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein

...Betreuungsverfügung? ☐ ja ☐ nein

...Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

4. Die Zeit nach dem Sterben

✍ Ein festes Ritual in unserem Haus ist das Gedenken an Verstorbene. Ein wichtiger Teil dieses Rituals ist das Erinnerungsbuch, in dem sich nach Möglichkeit ein Foto des Verstorbenen und weitere Informationen zu seiner Person befinden. Haben Sie besondere Wünsche zu diesem Ritual und Ihrer Verabschiedung im Haus?

✍ Welche Kleidung möchten Sie tragen, wenn Sie aufgebahrt werden?

 Welche Bestattungswünsche haben Sie?

5. Weitere Wünsche / Anmerkungen

 Gibt es offene Bedürfnisse im Hinblick auf die Gestaltung Ihrer letzten Lebensphase und des Sterbens, die noch nicht angesprochen wurden?

6.1.3 Prozessbeschreibung „Würdige Sterbebegleitung“ (Entwurf)

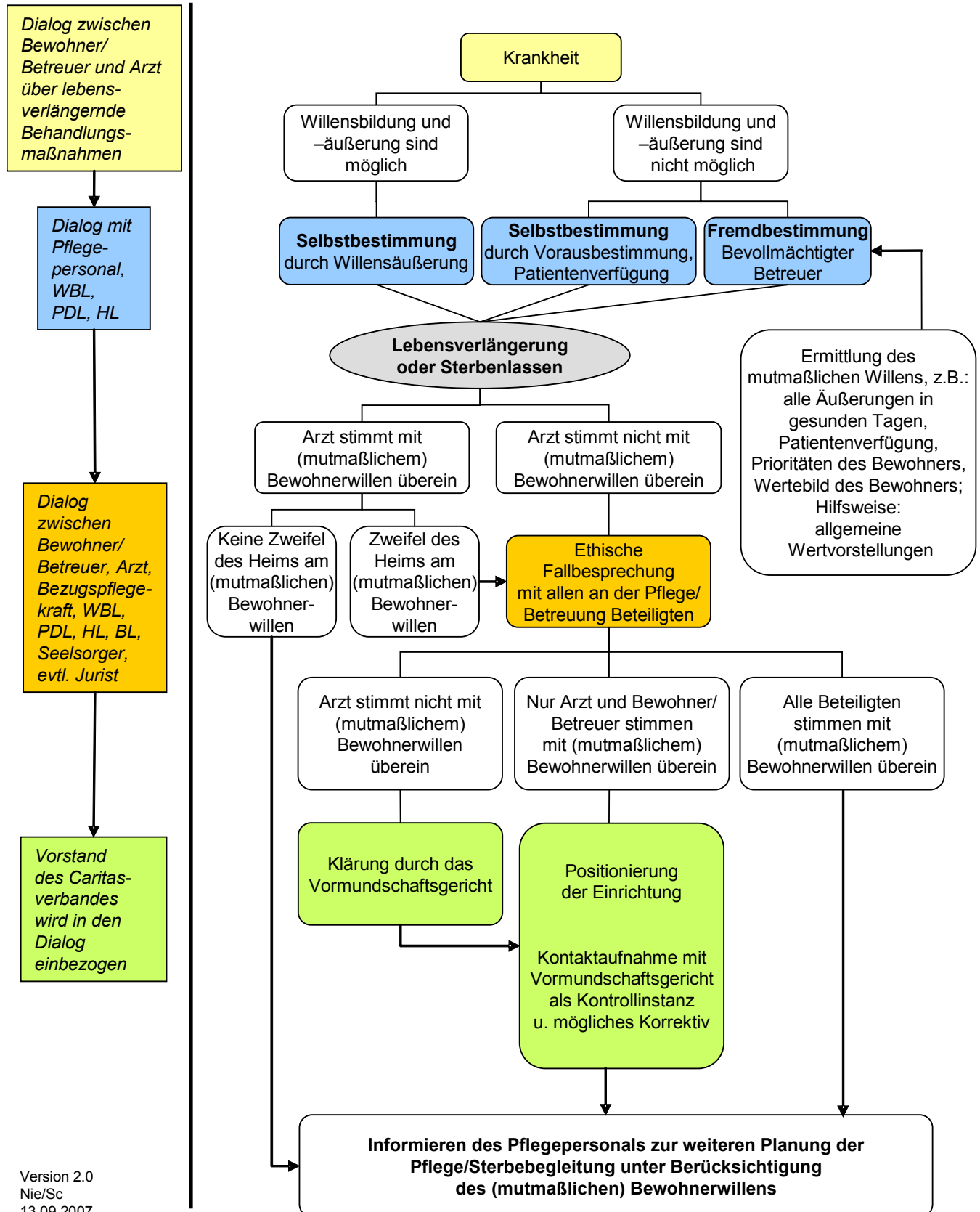
Tätigkeit/ Maßnahme	Hilfsmittel	Ergebnis
1. Heimeinzug und Heimalltag <i>Information, Beratung, Vermittlung</i>		
Beim Heimeinzug erhalten der Bewohner und seine Angehörigen Informationen zu den Themen „Sterbebegleitung, Hospizarbeit im Haus, Abschiedskultur“ Die Bezugspflegekraft und die Wohnbereichsleitung sind Hauptansprechpartner für die Sterbebegleitung des Bewohners .		Bewohner und Angehörige sind über den Themenkomplex der Sterbebegleitung informiert.
Beratungsangebot zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung Ggf. Vermittlung von weiteren Ansprechpartnern (Arzt, Notar, Altenfachberater etc.) für den Bewohner und seine Angehörigen	• Broschüren/ Rechtliche Ratgeber • Gespräch	Bewohner und Angehörige sind über Möglichkeiten von Vollmachten und Verfügungen informiert.
Informationssammlung und Pflegeplanung		
Erfassung von Wünschen des Bewohners zur letzten Lebensphase	•Standard: Erfassung von Wünschen zur letzten Lebensphase •Gesprächsleitfaden (Fragebogen) •Pflegedokumentation (Stammblatt, Biografiebogen, etc.) •Patientenverfügung	Wichtige Vorstellungen und Wünsche des Bewohners zu seiner letzten Lebensphase sind rechtzeitig erfasst.
Weitergabe wichtiger Informationen über Behandlungswünsche oder Patientenverfügung an behandelnden Arzt	•Patientenverfügung •Pflegedokumentation	
Regelmäßige Aktualisierung der Pflegeplanung unter Berücksichtigung des sich verändernden Zustandes und der Bedürfnisse des Bewohners	•Pflegevisite •Fallbesprechung •Pflegedokumentation	Alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten sind informiert.

Tätigkeit/ Maßnahme	Hilfsmittel	Ergebnis
2. Sterbeprozess im engeren Sinne Information über Eintritt in akute Sterbephase		
Das Sterben eines Bewohners ist als natürlicher Prozess zu achten und zu akzeptieren. Es werden rechtzeitige Gespräche mit den Beteiligten über die Situation geführt.	•Leitlinien zur würdigen Sterbebegleitung	In der Einrichtung wird offen mit dem Thema Sterben und Tod umgegangen.
Information an Wohnbereichsleitung und das Pflgeteam, wenn der Eindruck besteht, dass die akute Sterbephase des Bewohners beginnt. Hinweise zu den Wünschen des Bewohners werden im Team besprochen Hinweisschild mit der Aufschrift „Bitte vor dem Eintreten beim Pflegepersonal melden“ wird an der Zimmertür des Bewohners befestigt.	•Gespräch •Fallbesprechung •Pflegedokumentation •Hinweisschild	Das Pflgeteam ist informiert. Unerwünschte Störungen sind vermieden.
Schichtleitung/ Wohnbereichsleitung informiert unverzüglich die Pflegedienstleitung und Heimleitung	•Gespräch •Telefon	Heimleitung und Pflegedienstleitung sind über die Sterbephase des Bewohners informiert.
Hausinterne Information über Eintritt in akute Sterbephase an alle Mitarbeiter, die den Wohnbereich bzw. das Zimmer des Sterbenden betreten.	• E-Mail • Info-Runde	Alle beteiligten Mitarbeiter sind über die Sterbephase des Bewohners informiert.
Die Angehörigen / Betreuer werden unverzüglich bzw. entsprechend ihrer dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten Gespräch.	•Telefon	Angehörige sind informiert über die beginnende Sterbephase des Bewohners.
Information an beteiligte Berufsgruppen wie Ärzte, Therapeuten und Absprache entsprechender Maßnahmen.	•Gespräch •Telefon • Pflegedokumentation	Beteiligte Berufsgruppen sind in die Sterbebegleitung eingebunden.
Berücksichtigung der Situation des Mitbewohners des Sterbenden.		
Der Zimmernachbar/ Mitbewohner des sterbenden Bewohners wird darüber informiert, dass es dem Betreffenden schlecht geht. Befreundeten Bewohnern wird angeboten, den Sterbenden zu besuchen (insofern der Sterbende Besuch wünscht).	•Gespräch	Bekannte / befreundete Mitbewohner sind über den verschlechterten Gesundheitszustand informiert und erhalten die Möglichkeit der persönlichen Abschiednahme.

Tätigkeit/ Maßnahme	Hilfsmittel	Ergebnis
Fragen von Mitbewohnern zum betreffenden Bewohner werden der Situation angemessen und unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen beantwortet. Der Mitbewohner im Doppelzimmer erhält die Möglichkeit der zeitweiligen Verlegung, falls er dies wünscht und die räumlichen Kapazitäten vorhanden sind. Ggf. kann eine Trennwand im Doppelzimmer Abhilfe schaffen.	•Trennwand	Der Mitbewohner kann sich entscheiden, ob er während der Sterbephase im Zimmer des Betroffenen bleiben möchte oder nicht.
Individuelle und kooperative Sterbebegleitung unter Berücksichtigung der Wünsche des Sterbenden		
Das Pflgeteam stellt sicher, dass der Bewohner, sofern er keine anderen Wünsche äußert und ein Krankenhausaufenthalt nicht zwingend notwendig ist, in der vertrauten Umgebung bleiben kann.	•Wissen zum Thema „Palliative Care“ •Pflegedokumentation •Patientenverfügung	Dem Bewohner ist ein würdevolles Sterben in der vertrauten Umgebung ermöglicht, in der er von Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern in Ruhe Abschied nehmen kann.
(Palliativ-)pflegerische und (palliativ-)medizinische Maßnahmen (z.B. Schmerztherapie) einleiten in Absprache mit Palliativpflegern, Ärzten, Angehörigen / Betreuern und schriftlich fixieren Mögliche Maßnahmen: • Lagerungspläne aktualisieren (z.B. Lagerungsintervalle und Lagerungsformen anpassen) • Pflege zu zweit durchführen • Hilfsmittel bereitstellen • Mundpflege (individuelle Gewohnheiten beachten) • Nahrungsplan für den Sterbenden erstellen unter Einbeziehung der Hauswirtschaft (Nahrungsaufnahme, Essensrituale, Flüssigkeit und Flüssigkeitsmenge)	•Erforderliche Medikamente (inkl. Bedarfsmedikation) müssen ausreichend zur Verfügung stehen •Pflegedokumentation	Notwendige Maßnahmen zur Symptom- und Schmerzlinderung werden durchgeführt. Der Sterbende ist palliativpflegerisch und –medizinisch versorgt.
Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung während der Sterbephase durch flexible Absprachen im Team und durch die Einbeziehung weiterer Helfer in Einklang mit den Wünschen des Bewohners. (Ein deutlicher Wunsch des Bewohners, alleine zu sterben, ist zu respektieren.)	•Pflegedokumentation •Gespräch	Der Bewohner fühlt sich in seiner letzten Lebensphase gut begleitet und nicht allein gelassen.
Auf Wunsch besondere Gestaltung des Zimmers (z.B. Windlicht, Blumen, Düfte, religiöse Symbole)	•Palliativkoffer •Persönliche Gegenstände des Bewohners	Für den Sterbenden und seine Angehörigen ist ein sichtbares Zeichen der Wertschätzung und Anteilnahme sichtbar.

Tätigkeit/ Maßnahme	Hilfsmittel	Ergebnis
Auf Wunsch seelsorgerischen/ spirituellen Beistand ermöglichen und ggf. Seelsorger um Hausbesuch bitten. Anmerkungen: ➤ Seelsorge im weiteren Sinne leisten auch die Mitarbeiter, in dem sie den Bewohner in seinen Lebensängsten und –Hoffnungen begleiten. ➤ Eine Übertragung eigener Ängste und eigener Grundeinstellungen auf den Sterbenden ist zu vermeiden. ➤ Bei Gebeten ist die persönliche Lebenssituation des Bewohners zu berücksichtigen.	•Palliativkoffer •Liste mit Ansprechpartnern und Telefonnummern	Der Bewohner erfährt seelsorgerische Unterstützung in seiner Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit.
Auf Wunsch Hospizdienst benachrichtigen und Absprache bzgl. der ehrenamtlichen Begleitung durch Hospizhelfer	•Standard: Begleitung durch Hospizhelfer	Der Bewohner ist auf seinen Wunsch hin psychosozial/spirituell durch Hospizhelfer begleitet.
Begleitung der Angehörigen		
Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige im Bewohnerzimmer oder Gästezimmer, wenn die räumlichen Voraussetzungen bestehen, ggf. Unterstützung bei der Suche einer geeigneten Übernachtungsmöglichkeit	•Anschriftenliste von Hotels/Pensionen	Angehörige haben die Möglichkeit, in der Nähe des Bewohners bzw. in örtlicher Nähe der Einrichtung zu übernachten.
Kostenlose Verpflegung von Angehörigen während der Sterbebegleitung/Sitzwache		Die Verpflegung der Angehörigen während der Sterbebegleitung ist durch die Einrichtung gewährleistet.
Die Bezugspflegekraft stellt durch ihre Beobachtungen und Gespräche fest, welcher Informations- und Gesprächsbedarf bei den Angehörigen besteht und bietet je nach Erfordernis informierende/beratende Gespräche an und vermittelt ggf. an andere Stellen.	•Broschüren	Angehörige sind ausreichend informiert und beraten. Benötigte Ansprechpartner und Hilfen sind vermittelt.
Die Bezugspflegekraft klärt mit den Angehörigen die Möglichkeit und Bereitschaft, aktiv in die Sterbebegleitung einbezogen zu werden und gibt ggf. Anleitungen.		Angehörige übernehmen in Absprache mit dem Pflegeteam Aufgaben der Begleitung des Sterbenden.
Unterstützung der Mitarbeiter		
Die Einrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter bei ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit dem fremden und eigenen Tod.	•Regelmäßige Besinnungsangebote •Workshops zum Thema „Sterben, Abschied, Trauer“ •Supervision	Die existenziellen und spirituellen Bedürfnisse der Mitarbeiter sind wahrgenommen und unterstützt.

6.1.4 Ablaufschema „Passive Sterbehilfe“ in den stationären Einrichtungen (Entwurf)



6.2 Ambulanter Bereich

6.2.1 Zahlen aus dem ambulanten Bereich

- Zu Beginn des Projektes ist die Projektkoordinatorin bei 21 Pflorgetouren mitgefahren, um Mitarbeiter, Patienten und Angehörige sowie die Arbeit vor Ort kennen zu lernen.
- In den Caritas-Pflegestationen nahm sie in der Summe an 39 Teamsitzungen teil.

Projektgruppen in den Caritas-Pflegestationen

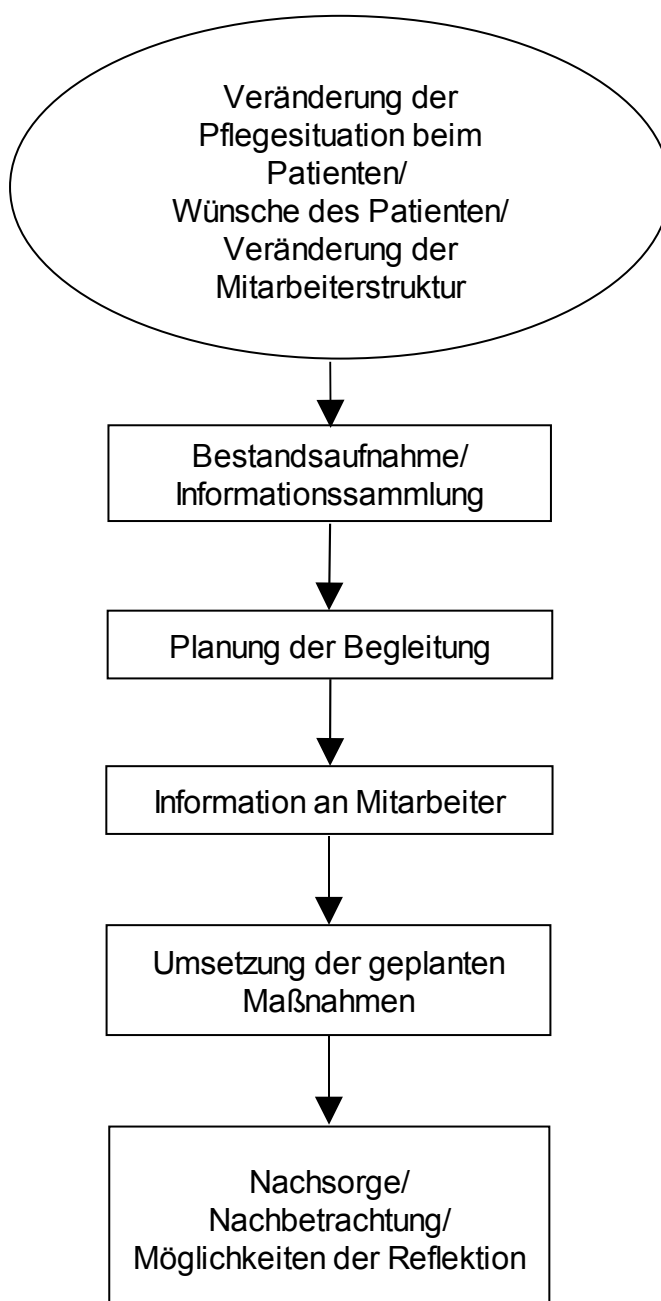
- Zwischen Juli 2007 und November 2008 gab es insgesamt 75 Projektgruppentreffen im ambulanten Bereich. Pro Pflegestation sind das zwischen 11 und 13 Treffen.
- Die Zahl der Mitarbeiter in den Treffen hängt von der Größe der Caritas-Pflegestationen ab und schwankt (teilweise urlaubs- und krankheitsbedingt) zwischen 3 und 7 Teilnehmern.
- Fasst man die teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Stationen und Termine (à 90min) zusammen, kommt man auf eine Gesamtzahl von 515 Mitarbeiterstunden.

Koordinationsgruppe der Caritas-Pflegestationen

- Zwischen April 2007 und November 2008 traf sich die Koordinationsgruppe 10 mal.
- In der Summe ergibt sich eine Besprechungszeit von 24 Stunden.

6.2.2 Flussdiagramm zum Prozess „Würdige Sterbebegleitung“

Prozess: Würdige Sterbebegleitung



6.2.3 Prozessbeschreibung „Würdige Sterbebegleitung“

Tätigkeit	Hilfsmittel	Ergebnis
<u>Bestandsaufnahme und Informations-sammlung</u> Der Mitarbeiter informiert die Leitung, wenn der Eindruck besteht, dass die präfinale Phase beginnt. Mitarbeiter informiert den behandelnden Arzt und trifft Absprache über entsprechende Maßnahmen. Alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter geben Informationen zur Pflegesituation.	Telefon, Übergabebuch, Gespräch Telefon Übergabebuch Teamgespräch Pflegedokumentation	Die Leitung ist informiert. Der behandelnde Arzt ist informiert. Alle relevanten Daten und Informationen sind erfasst.
<u>Planung der Begleitung</u> Leitung und Mitarbeiter beraten über weitere Vorgehensweise. Folgende Fragen sind für die Planung zu berücksichtigen: Was sind die Wünsche des Patienten? Wie viele und welche Mitarbeiter sollen/ wollen in der Begleitung weiterhin eingesetzt werden? Wie müssen die Pflegezeiten verändert/ erhöht/ angepasst werden? Sollten zusätzliche Hilfsangebote vermittelt werden? Mögliche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten: ⇒ Wenn möglich, Pflegebesuch bei sterbenden Patienten am Ende einer Tour ⇒ Falls nötig werden Patienten der Tour auf andere Touren verteilt.	Informationssammlung aus Teamgespräch, Plantafel, Tourenplan, Dienstplan, Verordnungen	Die Tourenplanung ist entsprechend der Situation angepasst.
<u>Informationsweitergabe an das Team</u> Leitung informiert zeitnah und umfassend das gesamte Team.	Telefon, Übergabebuch, Teamgespräch, Teamprotokolle	Alle Mitarbeiter sind informiert und auf etwaige Maßnahmen vorbereitet.

Tätigkeit	Hilfsmittel	Ergebnis
Umsetzung der geplanten Maßnahmen Mitarbeiter versorgt unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände den Patienten. Die Palliative-Care-Mitarbeiter stehen den Kollegen beratend zu Seite bzw. sind ergänzend in der Tour eingesetzt.	Palliative Pflegestandards, Telefon, Teamgespräch	Die Mitarbeiter fühlen sich sicher und in ihrer fachlichen Kompetenz bestätigt und wertgeschätzt.
Mitarbeiter klärt im Gespräch mit Patient od. ggf. Angehörigen und unter Beteiligung des behandelnden Arztes mögliche Vorsorgemaßnahmen ab. Mitarbeiter ermittelt den Bedarf an zusätzlichen Hilfen und bietet diese an. Mitarbeiter notiert unter Mithilfe des Arztes/ der Angehörigen die vereinbarten Maßnahmen. Alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter werden informiert. Die vereinbarten Maßnahmen werden umgesetzt.	Pflegedokumentation, Patientenverfügung, Verordnungen Pflegedokumentation, Übergabebuch, Telefon	Der Patienten erfährt Geborgenheit und Werteschätzung. Die Informationen gehen nicht verloren. Die Mitarbeiter sind informiert. Der Patient erfährt die bestmögliche Hilfeleistung nach seinen Wünschen.
Nachsorge Begleitung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten PDL schreibt Kondolenzkarte an Angehörige und wenn möglich alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter können unterschreiben. Nach Absprache: Bezugspflegekraft oder anderer vertrauter Mitarbeiter besucht Angehörige (im Zusammenhang mit dem Abholen der Pflegedokumentation oder der Pflegehilfsmittel) • Dem Angehörigen wird Zuhören/ Gespräch angeboten. • Bedarf an Trauerbegleitung herausfiltern • Mitarbeiter weisen Angehörige auf Unterstützungsmöglichkeiten hin	Trauerkarte, Text aus „Wegbegleiter“ Informationsbroschüren	Die Angehörigen fühlen sich unterstützt und wertgeschätzt. Termine für Gesprächskreise sind bekannt. Hilfe wird ggf. vermittelt. Angehörigen haben die Möglichkeit, sich über ihrer Erfahrungen auszutauschen

Tätigkeit	Hilfsmittel	Ergebnis
Unterstützungsmaßnahmen für Mitarbeiter, die den Patienten begleitet haben Die Mitarbeiter gedenken des verstorbenen Patienten im Team. Den Mitarbeitern werden Reflexionsmöglichkeiten angeboten.	Abschiedsrituale Gespräch mit Leitung, Teamgespräche	Die Mitarbeiter haben einen sicheren Rahmen, um Erfahrungen auszutauschen und können Erlebnisse verarbeiten.

6.2.4 Interventionen, die die Würde von Sterbenden berücksichtigen und stützen⁵⁰

Themenbereiche	Würdebezogene Fragen	(Therapeutische) Interventionen
Krankheitsbezogene Belastungen		
Symptombeschwerden		
Körperliche Belastungen	„Wie fühlen Sie sich?“ „Gibt es irgendetwas, was wir tun können, damit Sie sich wohler fühlen?“	• häufiges Assessment der Beschwerden • aufmerksame Symptommanagement • sorgfältige Behandlung
Psychische Belastung	„Wie gehen Sie mit Ihrer jetzigen Situation um?“	• unterstützende Haltung • empathisches Zuhören • eingehende Beratung
Medizinische Unsicherheit	„Gibt es etwas, was Sie über Ihre Erkrankung noch wissen möchten?“ „Erhalten Sie alle Informationen, die Ihnen wichtig sind?“ „Fühlen Sie sich ausreichend informiert?“	• auf Nachfrage des Patienten: präzise und verständliche Informationen sowie Strategien, mit möglichen Krisensituationen umzugehen
Todesangst	„Gibt es Dinge, die Ihre Erkrankung/ deren Fort -schreiten betreffen, über die Sie sprechen möchten?“	
Grad der Unabhängigkeit		
Unabhängigkeit	„Wie abhängig fühlen Sie sich aufgrund der Erkrankung von anderen?“	• Teilhabe des Patienten an Entscheidungen, die medizinische und persönliche Belange betreffen
Kognitive Kapazität	„Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten beim Denken oder Probleme, sich zu konzentrieren?“	• aufmerksames Erfassen auch subjektiv empfundener kognitiver Beeinträchtigung ggf. Behandlung von Delirium (Symptommanagement), wenn möglich, Medikamente mit sedierender Wirkung vermeiden
Funktionsfähigkeit	„Wie viel können Sie noch selbstständig tun?“	• Physiotherapie, orthopädische und andere spezifische Hilfen

⁵⁰ Mehnert / Chochinov 2006, S. 61f

Themenbereiche	Würdebezogene Fragen	(Therapeutische) Interventionen
Würde bewahrende individuelle Ressourcen		
Würde bewahrende Perspektiven		
Kontinuität des Selbstgefühls	„Gibt es Bereiche in Ihrem Denken, Fühlen oder Ihren Lebenseinstellungen, die durch Ihre Erkrankung nicht betroffen sind?“	- Anerkennung von und Interesse an den Dingen und Lebensbereichen, die dem Patienten am wichtigsten sind - Anerkennung des Patienten als einen wertvollen Menschen
Erhalt der Rollenfunktion	„Welche Dinge oder Tätigkeiten sind Ihnen zur Zeit am wichtigsten?“	
Aufrechterhaltung des Stolzes	„Auf was sind Sie in Ihrem Leben stolz?“	
Hoffnung	„Was können Sie tun?“ „Was bereitet Ihnen Freude?“	Ermutigung und Hilfe für den Patienten, an zielgerichteten Aktivitäten teilzunehmen
Autonomie und Kontrolle	„Haben Sie das Gefühl, noch selbstständig in Ihren Entscheidungen und Ihrem Handeln zu sein?“	Einbeziehen des Patienten in Behandlungsentscheidungen
Vermächtnis	„Wie möchten Sie, dass man sich an Sie erinnert?“	„Lebensprojekte“ (Erstellen von Audio- oder Videobändern, Briefen, Tagebüchern...)
Akzeptanz	„Können Sie die jetzige Situation annehmen?“	Unterstützung des Patienten in Hinblick auf verbleibende Möglichkeiten
Widerstandskraft	„Welche Seite an Ihnen ist im Moment am stärksten?“	Ermutigung des Patienten zu Dingen, die sein Wohlbefinden fördern (Musik hören, leichte Übungen...)
Würde bewahrendes Verhalten		
Leben im Hier und Jetzt	„Gibt es Dinge, die Sie im Augenblick von Ihrer Erkrankung ablenken und Ihnen Freude bringen?“	Dem Patienten gestatten, an alltäglichen Routineaufgaben teilzuhaben oder sich abzulenken (Musik, Übungen, kleine Ausflüge...)
Aufrechterhalten der Normalität	„Gibt es alltägliche Dinge und Gewohnheiten, die Ihnen Freude machen?“	
Suche nach spirituellem Trost	„Wünschen Sie seelsorgerische Begleitung oder Kontakt zu einer Kirchgemeinde?“	- Kontakte vermitteln - Teilhabe am Gemeindeleben/ Besuchen unterstützen/ er-

Themenbereiche	Würdebezogene Fragen	(Therapeutische) Interventionen
		möglichen
Würde beeinflussende soziale Bereiche		
Persönliche Grenzen	„Welche persönlichen und körperlichen Bereiche Ihrer Privatsphäre sind Ihnen wichtig?“	• Patient um Erlaubnis fragen, wenn er untersucht werden muss • Maßnahmen zum Schutz der Privatsphäre ergreifen
Soziale Unterstützung	„Welche Menschen sind Ihnen am wichtigsten?“ „Wer ist Ihre engste Vertrauensperson?“	• Großzügigkeit in Bezug auf soziale Kontakte; Einbezug in ein soziales Netzwerk; Ermutigung, Gelegenheiten soziale Kontakte wahrzunehmen
Einstellung zur Behandlung	„Gibt es irgendetwas in der Art ihrer Behandlung, das Ihre Würde verletzt?“	• kontinuierlich respektvolle und wertschätzende Haltung gegenüber dem Patienten
Belastung für andere	„Machen Sie sich Sorgen darüber, eine Last für andere zu sein?“ „Wenn ja, für Wen und in welcher Beziehung?“	• Ermutigung zum Mitteilen der Sorgen und Ängste
Sorge um die Hinterbliebenen	„Welches sind die größten Sorgen bezüglich der Menschen, die Sie zurücklassen?“	• Ermutigung, Dinge zu erledigen (Formulierung des letzten Willen, Planung der Beerdigung...)

6.3 Veröffentlichte Artikel in (Fach-)Zeitschriften

6.3.1 Artikel: Caritas-Projekt mit dem „Palliative Care Award 2008“ ausgezeichnet (Sozialcourage 2/2008)

30 CARITAS BEI UNS Bistum Aachen

Sozialcourage 2 | 2008

CARITAS-PROJEKT MIT DEM „PALLIATIVE CARE AWARD 2008“ AUSGEZEICHNET

Ambulante und stationäre Einrichtungen setzen auf eine würdige Sterbebegleitung

kempen-viersen. Der Regionale Caritasverband geht im Rahmen eines Projektes der Frage nach, welche Rahmenbedingungen weiter entwickelt werden müssen und wie sie inhaltlich ausgestaltet werden können, damit eine würdige Sterbebegleitung und Abschiedskultur in zwei seiner Altenheime und in den sechs Caritas-Pflegestationen des Verbandes realisiert wird. Das im Oktober 2006 gestartete Projekt wird von der Nettetal Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter finanziert. Die Finanzmittel haben es ermöglicht, für das Projekt zwei Koordinatoren für eine fachliche Begleitung einzustellen. Außerdem erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Köln), das im Jahr 2007 eine Ist-Analyse mittels einer Befragung von Mitarbeitern, Bewohnern, Patienten und Angehörigen in den Einrichtungen durchgeführt hat.

Ein wichtiges Ziel des Projektes ist die Entwicklung zukunftsfähiger Strukturen in den Einrichtungen, die eine individuelle Lebens- und Sterbebegleitung möglich

Aus praxisrelevanten Fragestellungen zur „würdigen Sterbebegleitung“, „der Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen“, „der Erfassung von letzten Wünschen“, „der Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege“ sind erforderliche Arbeitsabläufe definiert worden. Diese gilt es nun in „Testphasen“ zu beobachten und zu bewerten. Erfreulich ist, dass die in das Projekt eingebundenen Mitarbeiter den steigenden Bedarf an professioneller Begleitung Schwerstkranker und Sterbender

erkennen und sich mit hohem Engagement beteiligen.

Dass die Einrichtungen mit diesem Projekt auf dem richtigen Weg sind, bestätigte sich auch auf dem Fachkongress „Palliative Care“ in Münster im März 2008. Den Projektkoordinatoren wurde hier der Palliative Care Award 2008 der Fachbuch Richter GmbH verliehen.

DAMARIS NIEßEN
CHRISTIAN SCHRÖDTER

Stellvertretend für alle Projektbeteiligten nehmen die Projektkoordinatoren Damaris Nießen und Christian Schrödter den Palliative Care Award 2008 entgegen.

machen. Dazu zählt die Bereitstellung unterstützender Maßnahmen zur pflegerischen, medizinischen sowie psychosozialen und seelsorgerischen Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen, die Minimierung der Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag der Mitarbeiter und die Etablierung einer umfassenden Abschiedskultur. Weiterhin soll die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern wie Hospizinitiativen, Seelsorgern, Schmerztherapeuten und Ärzten ausgebaut werden.



6.3.2 Artikel: Palliative Care Award 2008 (Caritas in NRW 03/2008)

Palliative Care Award 2008

Der Regionale Caritasverband Kempen-Viersen will die Rahmenbedingungen für eine würdige Sterbebegleitung und Abschiedskultur in seinen zwei Altenheimen und in den sechs Caritas-Pflegestationen verbessern.

Ziel eines Projektes sind Unterstützung der pflegerischen, medizinischen sowie psychosozialen und seelsorgerischen Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen, eine Entlastung im Arbeitsalltag der Mitarbeiter und die Etablierung einer umfassenden Abschiedskultur. Auf dem Fachkongress „Palliative Care“ in Münster im März 2008 wurde den Projektkoordinatoren der Palliative Care Award 2008 der Fachbuch Richter GmbH verliehen.

Damaris Nießen / Christian Schrödter

6.3.3 Artikel: Würdige Sterbebegleitung und neue Möglichkeiten der Finanzierung (Die Schwester Der Pfleger plus+ 08/2008)

ISSN 1866-9611

Autoren: Damaris Nießen, Christian Schrödter, Michael Isfort

AMBULANTE PFLEGE | 97

DIE SCHWESTER DER PFLEGER plus+



Ambulante Palliativversorgung

Würdige Sterbebegleitung und neue Möglichkeiten der Finanzierung

Mit den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der damit verbundenen abrechnungsfähigen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37 b SGB V) erhalten Patienten einen erweiterten Anspruch. Es sollen nun auch Maßnahmen finanziert werden, die die Selbstbestimmung des Patienten länger erhalten und ein Leben bis zum Tod in seiner vertrauten Umgebung ermöglichen. Das bietet ambulanten Palliative Care Teams die Chance, ihr Angebot als externe Dienstleistung zu erbringen und direkt mit den Krankenkassen abzurechnen.

Neue Möglichkeiten der Versorgung

Die Latte für die ambulanten Dienste hängt hoch, wenn sie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37 b SGB V) zu einem abrechnungsfähigen Regelangebot machen wollen. Nicht jeder Dienst kann die strukturellen und vertraglichen Bedingungen erfüllen, wie sie in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-

Richtlinie/SAPV-RL) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert wurden und durch die Krankenkassen eingefordert werden. In Palliative Care weitergebildete hauptamtliche Fachkräfte, eine vertraglich zugesicherte Netzwerkarbeit und vertragliche Koordinierung – das alles muss erst einmal bereitgestellt werden.

Überall in Deutschland werden derzeit Kooperationen zwischen ambulanten Diensten, Krankenhäusern, schmerztherapeutisch

ausgebildeten Ärzten, Hospizvereinigungen, Seelsorgern und weiteren Beteiligten geknüpft. Dabei ist aus Sicht der ambulanten Leistungsanbieter nicht nur die verbesserte Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen von Interesse. Es geht auch um einen Image-Gewinn und darum, dass man sich mit diesem Zusatzangebot in der Region einen Namen machen kann, dass man unter Beweis stellt, dass der eigene ambulante Dienst ein guter Partner ist, der die Betreuung bis zuletzt kompetent

Die Schwester Der Pfleger plus+ 08|08

übernimmt, durchführt und organisiert.

Sensibilisierung ist der Weg

Das setzt allerdings voraus, dass sich die Mitarbeiter mit der Besonderheit der palliativen Versorgung und damit mit der Besonderheit von würdigen Bedingungen des Sterbens auseinandersetzen müssen. Diese Auseinandersetzung kann nicht alleine den weitergebildeten Fachkräften überlassen werden. Hier müssen alle an einem Strang ziehen. Palliative Versorgung hat in der ambulanten Betreuung schon immer einen festen Platz gehabt, und die intensive Anforderung von Seiten der Patienten und Angehörigen ist in keinem anderen pflegerischen Bereich so spürbar wie in der häuslichen Pflege. Die Pflegekräfte sind nahe an der Alltagswelt und den konkreten Situationen. Verstecken kann sich niemand.

Beispiel: Caritasverband

In einem Projekt des Caritasverbandes für die Region Kempten-Viersen e. V. setzen sich die Mitarbeiter von sechs Caritas-Pflegestationen und zwei stationären Altenhilfeeinrichtungen bewusst mit dem Thema der „Sterbebegleitung“ auseinander. Anders als bei anderen Themen, zum Beispiel der Implementierung eines Expertenstandards, ist das Thema der würdigen Sterbebegleitung sehr individuell und die Frage nach ihr

immer wieder neu zu stellen. Jeder einzelne Mitarbeiter verbindet damit andere Ängste, Hoffnungen, Einstellungen und Erfahrungen. Diese gilt es, in den Vordergrund zu stellen, denn eine Auseinandersetzung mit primär palliativer Versorgung ist auch eine Auseinandersetzung jedes einzelnen Pflegenden mit den eigenen Erfahrungen zum Thema „Tod und Sterben“.

Im Rahmen einer Ersterhebung wurden insgesamt 370 Mitarbeiter der ambulanten Pflegestationen und der beiden Altenhilfeeinrichtungen befragt. Die Befragungen stellten den ersten Schritt dar, um zu ermitteln, was die Mitarbeiter brauchen, um die Arbeit sicher und gut bewerkstelligen zu können. Dabei zeigten sich auch Unterschiede in der Bewertung durch die Mitarbeiter der ambulanten und der stationären Altenhilfe. Waren zum Beispiel die Mitarbeiter der beiden Einrichtungstypen jeweils davon überzeugt, dass ihre pflegerische Versorgung für einen Sterbenden die beste sei, so sprachen jedoch beide Mitarbeitergruppen einem Hospiz die größte Kompetenz im Bereich der Schmerztherapie zu. Nur 20 Prozent der befragten Mitarbeiter im ambulanten Pflegebereich gaben an, dass sie ausreichend Zeit für die Betreuung von Sterbenden und Angehörigen haben. Nur jeder neunte Mitarbeiter stimmte bei der Aussage voll zu, dass es für das Team einen geeigneten Rahmen zum

Austausch über das Thema gibt. Dieses Ergebnis korrespondierte damit, dass auch Auszubildende nach Einschätzung der meisten Mitarbeiter nur unzureichend an das Thema der palliativen Pflege herangeführt werden konnten. Nur jeder sechste schätzte die medizinische Versorgung und damit die Kooperation mit Schmerztherapeuten und Hausärzten als gut ein. Gerade die schmerzmedikamentöse Versorgung ist den Mitarbeitern ein großes Anliegen. So gaben 88 Prozent an, dass sie die Erreichbarkeit eines Schmerztherapeuten zur Unterstützung als wünschenswert einstufen. Auch zeigte sich, dass bezüglich des Wissensstands zu unterschiedlichen Themen ein Bedarf an Schulungsmaßnahmen ausgemacht werden konnte.

Veränderungen brauchen Zeit

Die Ergebnisse der Erstbefragung zum Thema „Würdige Sterbebegleitung“ sind für die Einrichtungen Auftrag und Anregung zugleich. Wichtig hierbei ist die Beteiligung der Mitarbeiter der einzelnen Einrichtungen in den monatlich stattfindenden Projektgruppen, um Arbeitsschritte auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüfen zu können. Diese bieten sowohl den examinierten als auch den nicht-examinierten Mitarbeitern eine Plattform, Fallbeispiele aus dem täglichen Arbeitsleben genauer zu betrachten. Fragen tauchen auf: Wie kann ich mit Sterbenden sprechen? Wie begegne ich den Angehörigen? Darf ich mich vom Geschehen abgrenzen oder bin ich dann gefühllos? Wie kann ich ehrenamtliche Begleitedienste empfehlen, ohne aufdringlich zu werden? Wann höre ich mit aktivierenden Pflegemaßnahmen auf? Die Mitarbeiter wissen um die Bedeutung, neben der Begleitung der Schwerstkranken und Sterbenden auch das Vertrauen der Angehörigen zu gewinnen und diesen mit Zuhören und Gesprächen, also kommunikativ, begegnen zu können. Ein anderes großes Themengebiet ist die Beschreibung pallia-

Weiterbildung

Praxisbegleiter/in Basale Stimulation® in der Pflege

1jährige Berufsbegleitende Weiterbildung

Ort: **Freising/Obb.**

Beginn: **Juni 2009**

Nähere Information und Anmeldung:

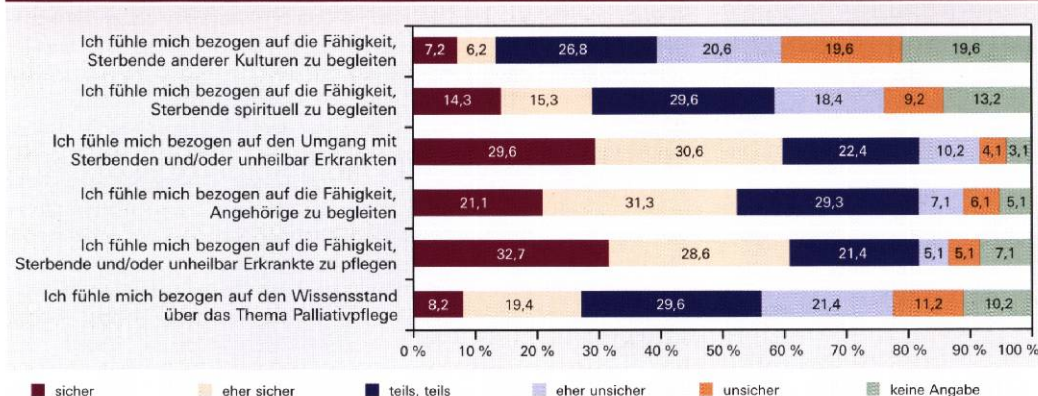
Elisabeth Wust
85354 Freising, Vimystraße 30, Tel.: 01 60-96 31 87 35
www.weiterbildung-basalestimulation.de



BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE

Ermittlung des Schulungsbedarfes der Mitarbeiter

Abb. 1



tiver Pflegeleitlinien. Palliative Pflege richtet den Fokus auf die Begleitung und Linderung der Symptome wie beispielsweise Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Obstipation. In diesem Zusammenhang sind unter anderem auch unterschiedliche Maßnahmen der Mundpflege, der Hautpflege, der Lagerung der Wundversorgung und der Versorgung von Port-Systemen zu betrachten. Die Besonderheit und Herausforderung im ambulanten Bereich ist, dass Angehörige häufig in die Pflege integriert sind. Die Mitarbeiter erleben die Ohnmacht, der Familienmitglieder hinsichtlich der Situation zu Hause ausgesetzt sind. Es kann ein Stück Hilfe sein, Angehörige beispielsweise in palliativer Mundpflege anzuleiten und somit Begegnung zwischen Kranken und Angehörigen zu schaffen.

Nicht zuletzt ist auch Abschiednahme und Trauer ein Thema, denn jede Begleitung geht einmal zu Ende. Abschiedsrituale wie Erinnerungsbücher mit Fotos und Gedanken zum Patienten oder Lebensbäume sind individuell von den sechs Caritas-Pflegestationen im Kreis Viersen umgesetzt worden. Darüber hinaus wurde auch dem Wunsch nachgekommen, im Team verstorbener Patienten und deren Angehörigen zu gedenken. Denn wer sich auf das Thema einlässt, der löst auch bei Mitarbeitern vielfältige Emotionen

aus, die es zu begleiten gilt. Auch hier sind, an der Teamstruktur orientiert, einrichtungsspezifische Abschiedsrituale entwickelt worden, für die jeweils einzelne Mitarbeiter Verantwortung übernehmen.

Wie Abbildung 1 zeigt, sind konkrete Schulungsmaßnahmen hinsichtlich der palliativen Pflege und Anregung zur Begegnung mit der Thematik Sterben, Tod und Trauer ein weiterer Aufgabenbereich des Projektes. Unsicherheiten müssen überwunden werden und Experten zukünftig als kollegiale Berater arbeiten. Zurzeit erwerben daher weitere Pflegefachkräfte die Zusatzqualifikation in Palliative Care. Angebote wie Themennachmittage zum Umgang mit Verlust, Fortbildungsveranstaltungen, die über Inhalte und Problematiken zur Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten informieren, sind in der Vorbereitung. Diese und weitere Eckpunkte des Projektes unterstützen die Mitarbeiter in ihrer Aufgabe, Menschen in ihrer Individualität fachlich und persönlich begegnen zu können.

Ein wichtiger Schritt für den Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V. ist die Schaffung eines Ambulanten Palliativen Dienstes (APD) innerhalb der Caritas-Pflegestationen. Damit setzt sich der Verband offensiv für eine verbesserte Palliativversorgung im Kreis

Viersen ein. Die Erwartungen an die bereits erwähnte Richtlinie (SAPV-RL) sind entsprechend hoch. Als Bereicherung und Herausforderung zugleich ist die Zusammenarbeit mit qualifizierten Palliativ- und Hausärzten, ambulanten Hospizinitiativen, Krankenhäusern, Palliativstationen, stationären Hospizen, Apotheken, Seelsorgern usw. zu sehen. Kompetenzen können sich zusammenschließen und vervollständigen oder konkurrieren. Zu hoffen bleibt, dass diese Kooperationen zum Nutzen derer sind, für die sie eingegangen werden.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung finden Sie im Internet unter:
www.g-ba.de/downloads/62-492-243/RL-SAPV_2007-12-20.pdf

Autoren:

Damaris Nießen, Diplom-Sozialarbeiterin, Projektkoordinatorin des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e. V.
Christian Schrödter, Diplom-Gerontologe, Projektkoordinator des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e. V.
Michael Isfort, Diplom-Pflegewissenschaftler, stellvertretender Geschäftsführer dip e. V.

Anschrift für die Verfasser:

Caritasverband für die Region
Kempen – Viersen e. V.
Bereich: Alter und Pflege
Schützenstraße 13, 41748 Viersen
www.caritas-viersen.de

Mit freundlicher Genehmigung der
Bibliomed Medizinische
Verlagsgesellschaft mbH

www.bibliomed.de

6.3.4 Artikel: Passende Lösung (Altenpflege 11/2008)



Baustein einer Palliativkultur: Zu einer würdigen Sterbebegleitung gehört eine vertrauensvolle Umgebung

FOTO: WERNER KRÜPER

Passende Lösung

Aufgrund ihrer veränderten Bewohnerstruktur müssen sich Pflegeheime zunehmend an **palliativen Versorgungskonzepten** orientieren. Ein Projekt in der Region Kempten-Vörsen zeigt, wie Einrichtungen das Thema „Sterbebegleitung“ als Entwicklungschance nutzen können

VON CHRISTIAN SCHRÖDTER
UND DAMARIS NIESSEN

Vielorts werden immer noch „Lebensaktivitäten“ als Grundlage für die Strukturierung der Pflege verwendet. Trotz der Möglichkeiten einer finanzierbaren Palliativversorgung, die die Pflegereform mit sich gebracht hat, liegt der Pflegeversicherung überwiegend das Bild einer aktivierenden und rehabilitativen Pflege mit dem vorrangigen Ziel der Wiedererlangung bzw. Erhaltung von Selbstständigkeit zugrunde. Oft besteht aufgrund der in den Einrichtungen verwendeten Formulare und Dokumentationsbögen gar keine andere Möglichkeit zur Strukturierung und Abbildung pflegerischer Leistungen als über die Beschreibung von Lebensaktivitäten und Ressourcen.

Verändertes Altersbild

All dies ist zunächst einmal positiv zu werten, wird dadurch doch das einseitige defizitorientierte Altersbild korrigiert. Doch die Realität hat die Einrichtungen eingeholt, und die Fragen an Organisation und Dokumentation, die sich aus



Titelthema:
Palliativpflege

den veränderten Bedingungen ergeben, müssen neu beantwortet werden. Studien zufolge, ist der Wandel rasant. Bekannt ist, dass in mehr als jeder zweiten stationären Einrichtung der Anteil an demenziell veränderten Bewohnern mittlerweile bei über 50 Prozent liegt und die Verweildauer gesunken ist.

„Lebensaktivitäten“ helfen bei dieser veränderten Bewohnerstruktur nur bedingt zur Konzeptentwicklung und Strukturierung der Begleitung sowie zur Beschreibung der stattfindenden pflegerischen Prozesse. Alltagsbegleitung, Gefühlsarbeit und die Schaffung einer positiven, vertrauensvollen Umgebung lassen sich nicht über zergliederte Tätigkeiten oder einzelne Aktivitäten und deren Ausführung beschreiben. Aktivierung kann auch längst nicht mehr überall als das beste aller Ziele betrachtet werden. Begleitung, würdevolle Unterstützung und die Garantie, Risiken abzuwehren, spielen eine immer zentrale Rolle in der therapeutischen Arbeit.

Die richtige Antwort auf diese Entwicklung ist die zunehmende Integration von palliativen Konzepten und von Ansätzen der Hospizarbeit in stationären

Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Bereichen. Dies stellt immer noch eine Herausforderung dar, denn Palliativpflege ist nicht nur eine Frage von Fachwissen und Haltung, sondern auch eine der gelingenden Vernetzung. Sollen Hospizkonzepte integriert werden, dann müssen die freiwilligen Helfer eingebunden und entsprechend geschult, betreut und begleitet werden. Sollen Schmerzen von sterbenden Patienten und Bewohnern wirkungsvoll gelindert werden, so reicht die Koordination mit dem Hausarzt vielerorts nicht aus – Spezialisten sind gefragt und leider nicht allorts vorhanden. Die Koordination muss über die Einrichtungen selbst erfolgen.

In der ambulanten Versorgung bestehen neben den Vernetzungsproblemen weitere Hindernisse. So sind Tourenpläne einzuhalten, und in kurzer Zeit muss von den Pflegekräften emotional verarbeitet werden, was sie in dem einen Haushalt an Leid gesehen haben, um im nächsten wieder Hoffnung spenden zu können. Der ständige Wechsel ist nicht nur eine Frage von Fachkompetenz, sondern auch von persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der professionellen Auseinandersetzung mit dem Thema. Das Sterben eines Patienten heißt für die Pflegenden immer auch, Abschied zu nehmen. Und dafür fehlt oft die Zeit. Die Pflege im Minutentakt verhindert eine strukturierte Begleitung auf dem letzten Weg des Sterbenden und eine entsprechende Betreuung seiner Angehörigen.

Integrativer Ansatz

Zahlreiche Projekte versuchen, hierauf eine Antwort zu finden, so z.B. das mit dem „Palliative Care Award 2008“ ausgezeichnete Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen“. Das im Oktober 2006 gestartete Projekt verfolgt einen integrativen Palliative Care-Ansatz. Das heißt, in den beteiligten sechs ambulanten Pflegestationen und zwei Altenheimen werden Wege erprobt, wie in den bestehenden Strukturen der Alten- und Krankenpflege Konzepte bedarfsgerecht umgesetzt werden können, die sich am Vorbild des Palliativ- und Hospizbereichs orientieren.

info

Das Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen“ hat eine Laufzeit von 2006 bis 2010. Daran beteiligt sind sechs ambulante Caritas-Pflegestationen und zwei Altenheime des Caritasverbandes.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgt durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in Köln. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)

Michael Isfort

Dipl. Pflegewissenschaftler
Stellvertretender Geschäftsführer
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Tel.: 02 21 - 4 68 61 30
E-Mail: m.isfort@dip.de
Internet: www.dip.de

Wissenschaftlich begleitet und beraten wurde das Projekt in den vergangenen zwei Jahren vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip). Das Institut führte im Rahmen einer Erstanalyse umfassende Befragungen bei Mitarbeitern, Bewohnern, Patienten und Angehörigen durch. Damit sollte zunächst erfasst werden, welche Vorstellungen, Einstellungen und Wünsche bei den beteiligten Personen bestehen. Eine zweite, schriftliche Befragung der Mitarbeiter im Mai 2008 ermöglichte eine erste Zwischenbilanz und richtungsweisende Erkenntnisse für die weitere Projektlaufzeit bis 2010. Bis dahin sollen nachhaltige Strukturen in den Einrichtungen geschaffen sein.

Die Befragungsergebnisse der Erstanalyse wurden genutzt, um in acht einrichtungsbezogenen Projektgruppen mit den Mitarbeitern vor Ort inhaltliche und organisatorische Veränderungen auf den Weg zu bringen. Damit sollten zum einen die Begleitung der Bewohner, Patienten und Angehörigen verbessert und zum anderen den Pflegekräften Entlastungsmöglichkeiten geboten werden. In den stationären Einrichtungen entwickelten die Projektgruppen beispielsweise einen

Gesprächsleitfaden zur frühzeitigen Erfassung von Bewohnerwünschen zur letzten Lebensphase. Aufgrund der spürbar sinkenden Verweildauer der Bewohner sehen die Pflegekräfte in diesem Instrument eine wesentliche Hilfe, um in der konkreten Phase der Begleitung Sicherheit im Umgang mit dem Sterbenden zu erfahren und damit handlungsfähig im Sinne des Betroffenen zu bleiben.

Im ambulanten Bereich stellt sich den Mitarbeitern neben der körpernahen Pflege des Patienten – die zunehmend palliativen Charakter annimmt – immer mehr die Aufgabe, den Fragen und Ängsten der Patienten und ihrer Angehörigen adäquat begegnen zu können. In den Projektgruppen wurden daher neben praktischen Palliativpflegemaßnahmen auch Themen wie „Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen“ erarbeitet.

Ein großes Anliegen sowohl der Pflegekräfte als auch der Angehörigen war das Thema „Krisenvorsorge“. Hierzu entwickelten die Mitarbeiter einen konkreten Ablaufplan, der – von frühzeitigen Fallbesprechungen im Team bis zum Notfallplan – Maßnahmen beinhaltet, die eine teambasierte Organisation der Sterbebegleitung forcieren. Anfängliche Bedenken der Mitarbeiter, Standards für den Bereich der Sterbebegleitung einzuführen, haben sich in die Erkenntnis aufgelöst, dass ein struktureller Rahmen nötig ist, um individuelle Begleitung sicherzustellen und sie nicht dem persönlichen Engagement Einzelner zu überlassen.

Stärkere Vernetzung

Zur Ausprägung eines solch strukturellen Rahmens zählt auch der Aspekt der Vernetzung. Einen Meilenstein hat das Projekt bisher in der Zusammenarbeit mit der regionalen Hospizinitiative erreicht. So stehen den beiden stationären Einrichtungen zwei ehrenamtliche Hospizhelfer zur Einzelbegleitung Sterbender zur Verfügung, die bei Bedarf angefragt werden können. Hierzu wurde im Projekt ein Kooperationsvertrag erarbeitet.

Als flankierende Maßnahmen im Projekt spielen die Wissensvermittlung und Qualifizierung eine wichtige Rolle. Wie aus der zweiten Befragung hervorging,

ist bei der Mehrheit der antwortenden Mitarbeiter der Wunsch zu erkennen, sich persönlich mit dem Thema „Sterbebegleitung“ auseinander zu setzen. So hat sich das themenbezogene Fortbildungsangebot in den Einrichtungen seit Projektbeginn spürbar erweitert. Zusätzlich zu den bereits qualifizierten Pflegefachkräften befinden sich derzeit 14 Mitarbeiter in der Palliative Care-Weiterbildung, davon sechs im stationären Bereich.

Ein Schwerpunkt in der zukünftigen Projektlaufzeit wird die verbesserte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Schmerztherapeuten sein. Nach Einschätzung der Pflegekräfte vor Ort gibt es immer noch viele Patienten und Bewohner, die in ihrer letzten Lebensphase

keine ausreichende Schmerztherapie erfahren. Gleichzeitig wird gerade die Schmerzbehandlung als zentrales Kriterium für eine gute Versorgung von Pflegenden und Angehörigen genannt.

Mit der Beteiligung am Aufbau eines Palliativnetzes in der Region und der Realisierung eines ambulanten Palliativdienstes geht der Caritasverband auch außerhalb des Projektes offensiv an dieses wichtige Thema heran und erhofft sich einen intensiveren Dialog mit der Ärzteschaft. Damit gibt der Verband eine Antwort auf die Frage, ob die in der Pflege bekannten Konzepte noch zu den aktuellen Problemen passen. Eine Frage, die letztlich jede Pflegeeinrichtung für sich selbst beantworten muss. ●

Christian Schrödter



ist Dipl.-Gerontologe und beim Caritasverband für die Region Kempen-Viersen Projektkoordinator in den stationären Einrichtungen

Damaris Nießen



ist Dipl.-Sozialarbeiterin und beim Caritasverband für die Region Kempen-Viersen Projektkoordinatorin in den ambulanten Einrichtungen

Mit freundlicher Genehmigung
der Redaktion Altenpflege
Vincentz Network

www.altenpflege.vincentz.net

6.4 Pressespiegel

6.4.1 Artikel: Projekt „Würdiger Sterben“ (02.08.2006, RP)

Projekt „Würdiger sterben“

Mit einem Projekt will der **Caritasverband** untersuchen, wie **Sterbebegleitung** in seinen beiden Altenheimen und sechs Pflegestationen **verbessert** werden kann. Eine Stiftung finanziert das wissenschaftlich begleitete Mode

VON GABI LAUE

KREIS VIERSEN „In Pflegeheimen wird mehr und schneller gestorben als früher, da die Bewohner beim Einzug schon sehr alt sind“, erklärte Caritas-Geschäftsführer Peter Babinetz. Dass Sterben vermehrt zur Alltäglichkeit geworden ist, werde von den Kostenträgern aber weder finanziell noch personell berücksichtigt, ergänzte Heike Scherenberg-Leßwing, Leiterin des Bereichs Pflege und Alter. „In der Sterbebegleitung legen unsere Mitarbeiter, auch die der Pflegestationen, hohes Engagement an den Tag. Sie leisten diese Aufgabe über ihre Arbeit hinaus.“

Zwei Mitarbeiter eingestellt

Was ist ein würdiges Sterben und wie können Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe besser begleitet werden? Dieser Frage will der Verband nachgehen. Babinetz: „Wir wollen in unseren Einrichtungen eine andere Kultur des Sterbens ermöglichen.“ Die „Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter“ finanziert das auf zwei Jahre angelegte und mit 130 000 Euro jährlich kalkulierte Projekt mit dem Arbeitstitel „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kampfen-Viersen“. Zum 1. Oktober hat der Verband eine Sozialarbeiterin und einen Gerontologen mit Erfahrung in der Hospizarbeit eingestellt. Beide haben sich in ihren Diplomarbeiten mit dem Thema Sterbebegleitung beschäftigt und sollen die Konzept-Skizze mit Inhalt füllen. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung soll die Arbeit wissenschaftlich auswerten.



Wie können **Sterbende** in Einrichtungen der **Altenhilfe** würdig begleitet werden? Dieser Frage geht die Caritas auf den Grund. ARCHIVFOTO: DDP/SCHLÜTER

Die Bestandsaufnahme – wie ist die Situation in den Einrichtungen – ist erste Aufgabe der beiden Neuen. „Sie sollen Strukturen weiterentwickeln, die sicherstellen, dass würdiges Sterben möglich ist“, er-

läuterte Heike Scherenberg-Leßwing. Dazu gehört Fortbildung für Haupt- und Ehrenamtliche mit Einbeziehung von Angehörigen. Der Caritasverband verfügt bereits über vier Mitarbeiter mit Palliativ-Care-

INFO

Immer später ins Heim

Beim **Einzug** ins Heim sind Bewohner im Schnitt **86,7 Jahre** alt. Sie kommen erst, wenn's alleine oder in der Familie nicht mehr geht. Etwa ein **Drittel** der neu in ein Pflegeheim gezogenen Menschen **stirbt** innerhalb der ersten **drei Monate**. Rein statistisch verbringen Altenheimbewohner gut **drei Jahre** in einer Einrichtung. In der häuslichen Pflege betreuen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der **Caritas-Pflegestationen** auch **Sterbende**. Die **Angehörigen** brauchen ebenso Begleitung.

Zusatzausbildung, weitere beginnen gerade die zweijährige Qualifikation für examinierte Pflegekräfte. Es gibt also schon fachkompetentes Personal, das sich in der auf bestmögliche Lebensqualität ausgerichteten Pflege und Begleitung Schwerstkranker auskennt.

„Wir wollen wissen, welche Ressourcen im Verband schlummern und wie wir die besser koordinieren: Wie kann ich das System optimieren?“, sagte Geschäftsführer Peter Babinetz. Es geht auch um eine effektive Vernetzung mit bestehenden Einrichtungen wie stationäres Hospiz und ambulante Hospizinitiative, Ärzten und Schmerztherapeuten. Fernziel des Verbandes: das Pilot-Modell den Kostenträgern anbieten, damit diese spezielle Aufgabe honoriert wird. Begleitung in der letzten Phase des Lebens hat bisher keine Nummer in der Kostenschlüssel-Liste.

KOMMENTAR

→ KOMMENTAR

Unwirtschaftlich

Der Tod gehört zum Leben eines jeden wie auch die Geburt. Für Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe und Nachbetreuung zahlen die Kassen. Sterben aber kann der Mensch von ganz allein. Beim neuen Erdenbürger investiert man schließlich in die Zukunft. Der Sterbende geht der Gesellschaft „verloren“. Kranken- und Pflegekassen zahlen nichts für den Dienst am

Nächsten in der letzten Phase seines Lebens: Sterbebegleitung ist beim Ehrenamt in besten Händen. Pflegekräfte leisten die Aufgabe meist in ihrer Freizeit. Müssen zwei Schwestern einer Schicht 30 Altenheimbewohner betten und ihre Arbeit dann noch dokumentieren, kann nicht eine am Bett eines Sterbenden bleiben. Diese Situation will die Caritas nachhaltig ändern. Und sie will Strukturen für eine würdigere Sterbebegleitung finden, die Kostenträger auch honorieren können. Schön wär's.

GABI LAUE

Rheinische Post Grenzland Kurier
Artikel vom 02.08.2008

6.4.2 Artikel: Die Kultur des Sterbens verbessern (01.11.2006, WZ)

Die Kultur des Sterbens verbessern

„Würdige Sterbebegleitung“: Zwei Mitarbeiter für die Altenheime und Pflegestationen der Caritas

Viersen (bt). Wie können Sterbende menschenwürdig begleitet werden? Eine Antwort auf diese Frage gibt der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen mit seinem neuen Projekt „Würdige Sterbebegleitung“. Es soll helfen, die Sterbebegleitung in den beiden Altenheimen und sechs Pflegestationen des Verbandes im Kreis Viersen zu verbessern.

„Wie können sterbende Menschen würdig begleitet werden, fragen wir uns. Wir wollen im Sinne der Qualitätsverbesserung sehen, was wir besser machen können“, betont Peter Babinetz, Geschäftsführer des Caritasverbandes. Dafür hat die Caritas zwei Mitarbeiter eingestellt. Diplom-Sozialarbeiterin Damaris Nießen (30) kümmert sich um die sechs Pflegestationen, während

Diplom-Gerontologe Christian Schrödter (25) für die beiden Altenheime zuständig ist.

Beide haben bereits während ihres Studiums Erfahrungen in der Hospizarbeit gesammelt und sich auch in ihren Diplomarbeiten mit dem Thema beschäftigt. Derzeit sind die beiden neuen Mitarbeiter dabei, eine Ist-Situation in den Altenheimen und Pflegestationen aufzustellen. „Wir fahren im ambulanten Bereich Pflegetouren mit und hospitieren in den Altenheimen“, erklärt Schrödter. Fragen zu Verbesserungs-Potenzialen und eine Sensibilisierung gehören dazu.

Babinetz spricht von einer unzureichenden Kultur des Sterbens. Sie müsse verbessert werden. „Die Menschen haben Angst, was beim Sterben passiert,

nicht vor dem Tod selbst“, ist sich der Geschäftsführer sicher. Mit dem auf zwei Jahre befristeten Projekt, das über die Nettetaler „Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter“ finanziert wird, will man dem entgegen wirken. „Wir möchten das Thema in das Bewusstsein der Menschen bringen“, bemerkt Nießen.

Der Verband möchte eine Sterbe- und Abschiedskultur etablieren, die die Sorgen und Nöte der Menschen aufgreift und alle Beteiligten einbezieht. Wie eine verbesserte Sterbebegleitung aussehen könnte und wann sie ansetze, ist derzeit noch nicht sichtbar. „Darüber können wir in einem halben Jahr sprechen, wenn erste Ergebnisse vorliegen“, sagt Felix Pieroth, Vorsitzender des Caritasverbandes.

DAS PROJEKT

► Das Projekt „Würdige Sterbebegleitung“ wird mit **160 000 Euro pro Jahr** aus der Stiftung zur „Unterstützung von Jugend und Alter“ finanziert.

► Es ist auf **zwei Jahre** angelegt, kann aber auf **fünf Jahre** verlängert werden. Danach muss es auf eigenen finanziellen Beinen stehen.

► Der Caritasverband betreibt jeweils in **Süchteln** und **Waldniel** ein Altenheim. Sechs Pflegestationen bestehen in **Willich, Tönisvorst, Schwalmthal, Kempen, Nettetal** und **Viersen**.

Westdeutsche Zeitung, Artikel vom 01.11.2006

6.4.3 Artikel: Neue Kultur des Sterbens etablieren (03.11.2006, RP)

Neue Kultur des Sterbens etablieren

Wie Sterbende und ihre Angehörigen intensiver begleitet werden können, will der **Caritasverband** für die Region Kempfen-Wörson in seinen acht Einrichtungen erkunden. Das Projekt „**würdige Sterbebegleitung**“ koordinieren zwei neue, Hospiz-erfahrene Mitarbeiter.

VON GABI LAUE

KREIS VIERSEN Seit 1. Oktober fahren sie Touren der sechs Caritas-Pflegestationen mit und schauen sich im Irmgardis-Altenheim Söchteln und im Altenheim St. Michael Waldmühl um: Sozialpädagogin Damaris Nießen (30) und Gerontologe Christian Schrödter (25) haben beide Erfahrungen in der Hospizarbeit. In den nächsten Monaten sind sie mit einer Bestandserhebung beschäftigt. Sterbebegleitung findet in den Einrichtungen der Caritas statt, aber die Mitarbeiter finden oft nicht genug Zeit, denn die Kostenträger geben den Personalschlüssel vor. So will der Wohlfahrtsverband die Strukturen in seinen Einrichtungen weiterentwickeln und eine neue Kultur des Sterbens etablieren, die Nöte der Menschen aufgreift und alle Beteiligten einbezieht, so Geschäftsführer Peter Babinetz. Das habe viel mit dem Anspruch der Caritas auf Pflegequalität zu tun.

Im Leben über den Tod nachdenken
Die Projekt-Koordinatoren stellte Babinetz mit dem Vorsitzenden Felix Pieroth und Regionaldekan Alexander Schweikert vor. Damaris Nießen hat in Aachen studiert und bei einem Praxissemester im dortigen Hospiz ein Projekt „Biografiearbeit mit Sterbenden“ umgesetzt. Sie plädiert dafür, Begleitung früh einsetzen zu lassen, bevor der Sterbeprozess beginnt: „Es geht mitten im Leben darum, über den Tod nachzudenken.“ Das will sie beim Personal und den Angehörigen ins Bewusstsein bringen.

Christian Schrödter hat in Vechta die Wissenschaft rund um das Alter studiert und Zivildienst im Hospiz Erkrath-Hochdahl geleistet. Seine Diplomarbeit schrieb er zu „Sinn- und Suche im höheren Lebensalter“. Er sucht den Kontakt zu Mitarbeitern und Ehrenamtlichen, „mit denen das Projekt steht und fällt“. Man könne nicht erst in den letzten zwei Tagen jemanden ans Bett setzen, unterstreicht er. Wie Damaris Nießen will er die Angehörigen, die meist hilflos daneben stehen, einbinden und stützen.

„Viele Menschen haben nicht Angst vor dem Tod, sondern davor, was mit ihnen im Sterbeprozess passiert“, betont Peter Babinetz. Der Caritasverband wolle den ihm anvertrauten Menschen in ihrer letzten Lebensphase ermöglichen, menschenwürdig und begleitet zu sterben. „Wir wollen etwas von der Intensivpflege in stationären Hospizen in den Alltag unserer Einrichtungen überbringen“, erklärt der Geschäftsführer. Schmerzlinderung sei ein wichtiger Aspekt sowie enger Kontakt mit Therapeuten, Ärzten, Institutionen und Hospizgruppen im Kreis. Ein Forschungsinstitut soll das Projekt begleiten, der Caritasverband will die Ergebnisse publizieren. Peter Babinetz: „Das bietet die Chance, dass auch andere Institutionen vom tieferen



Damaris Nießen und Christian Schrödter wollen – mitten im Leben – neue Impulse für den Umgang mit Abschied und Sterben geben.
RP-FOTO: BUSCH

Verständnis der Problemlage und den Lösungen profitieren.“ Vorschläge will die Caritas beim Personal, den Praktikern vor Ort, ausloten und sie fragen: Wie stellt ihr euch Sterbebegleitung vor? Babinetz: „Die hatten mal Träume. Diese Visionen wollen wir aufgreifen.“

INFO

Projekt

Die **Nettetalter Stiftung** zur Unterstützung von Jugend und Alter finanziert das **Projekt** für zwei Jahre mit 130 000 Euro jährlich. Gewünscht ist eine Verlängerung auf fünf Jahre. Nach einem Gespräch zwischen einem Stiftungsmitglied und Landrat Peter Ottmann trat Kreis-Sozialamtsleiter Werner Schieß an den Caritasverband mit der Projektidee heran. Der größte Wohlfahrtsverband in der Region Kempfen-Wörson will nun in seinen **sechs Pflegestationen** und den **beiden Altenheimen** eine neue Sterbe- und **Abschiedskultur** etablieren.

Rheinische Post, Grenzland Kurier, Artikel vom 03.11.2006

Mitarbeiter brauchen Zeit

Wie ist es um die Abschieds- und Sterbekultur in den beiden Altenheimen und sechs Pflegestationen des Caritasverbandes bestellt? Mit dieser Frage haben sich Damaris Nießen und Christian Schrödter intensiv beschäftigt.

VON GREGOR ANDERS

KREIS VIERSSEN Die Diplom-Sozialarbeiterin Damaris Nießen und der Diplom-Gerontologe Christian Schrödter sind die Koordinatoren des im Oktober gestarteten Projekts „Würdige Sterbegleitung“, mit dem der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen die Sterbegleitung in seinen Einrichtungen verbessern will. Wer einen sterbenden Menschen begleiten möchte, benötigt dazu nicht nur viel Einfühlungsvermögen, sondern auch Zeit. Die aber ist in Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege oft knapp. „Dennoch engagieren sich die Mitarbeiter sehr, um die ihnen anvertrauten Menschen so gut wie möglich auf dem letzten Weg zu begleiten“, haben Nießen und Schrödter festgestellt.

In den Altenheimen des Verbandes sprechen sich die Pflegekräfte im Team ab: Wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mehr Zeit für die Sterbegleitung braucht, fangen die Kollegen dies durch Mehrarbeit auf. Anders sieht es in den Caritas-Pflegestationen aus – hier sind die Mitarbeiter oft ehrenamtlich in ihrer Freizeit für einen sterbenden Patienten da. Hintergrund: Kranken- und Pflegekassen finanzieren die verschiedenen pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich mit jeweils festgelegten



Viel Einfühlungsvermögen und Zeit ist erforderlich, um einen sterbenden Menschen human zu begleiten.
RP-ARCHIV-FOTO: KAISER

INFO

Möglichkeiten

Projektgruppen Was sie selber in den verschiedenen Einrichtungen des Caritasverbandes verbessern können, werden die Mitarbeiter ab Juni in Projektgruppen erarbeiten.

Fortbildungen Eine Möglichkeit sind weitere gezielte Fortbildungen. Schon heute gibt es in fast allen Caritas-Pflegestationen Fachkräfte, die in der Palliativpflege sterbenskranker Menschen besonders ausgebildet sind.

Gesetzgeber weiterdenken. So lege die Pflegeversicherung für Altenheime bislang starkes Gewicht darauf, Bewohner durch pflegerische Maßnahmen zu aktivieren. „Das ist sicher wichtig, aber ebenso ist es Tatsache, dass die Menschen immer später ins Altenheim ziehen und da eine immer kürzere Lebenszeit verbringen“, so Babinetz. Daher müsse die Sterbegleitung angemessen berücksichtigt werden. „Die Mitarbeiter sind für das Thema einer würdigen Sterbegleitung sehr aufgeschlossen“, haben Damaris Nießen und Christian Schrödter in den Einrichtungen erfahren.

wandte Pflegeforschung (dip). Das Kölner Forschungsinstitut begleitet das gesamte Projekt wissenschaftlich und wertet es dann aus. Gerade als katholischer Wohlfahrtsverband sehe die Caritas eine besondere Verantwortung, Menschen in ihrer letzten Lebensphase angemessen zu begleiten, sagt Peter Babinetz, Geschäftsführer des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen. Bei der Reform der Pflegeversicherung müsse der

Rheinische Post, Grenzland Kurier, Artikel vom 07.05.2007

6.4.5 Artikel: Ohne Schmerzen davongehen (21.04.2008, RP)

Ohne Schmerzen davongehen

Leiden lindern in den **letzten Tagen** des Lebens: Neben der Medizin ist dabei auch menschliche **Zuwendung** unentbehrlich. Vielfältige Hilfe wird angeboten, wie auf dem 1. Nettetalter Palliativ- und Hospiztag zu sehen war.

VON MANFRED MEIS

NETTETAL Es sind vielfach die kleinen Dinge, die Großes bewirken können, wenn das Ende naht: das Halten der Hand, das Gespräch, die unbedeutend erscheinende Massage, das Glas Saft oder Rotwein als Mundpflegemittel, die den Schmerz abtönde Infusion. „Wenn medizinisch nichts mehr getan werden kann, gibt es unendlich viel zu tun“, schließt Elisabeth Steinfort ihren kurzen Vortrag zur Palliativmedizin. Die Internistin und Leiterin des Palliativteams am Städtischen Krankenhaus betont dabei immer wieder, dass dieser noch relativ junge Zweig der Medizin „die Lebensqualität des Patienten im Blick hat und das, was quält, gelindert werden soll“.

Aufklären auf breiter Basis

Weil der Umgang mit dem Sterben nicht jedermanns Sache ist, „sind wir jetzt einmal an die Öffentlichkeit gegangen, um auf einer breiten Basis aufzuklären“, betont Jochen Post, der zweite Mediziner im Team. Zur breiten Basis tragen ein gutes Dutzend Hilfs-, Pflege- und andere Dienste bei, die sich im Rathaus in Lobberich präsentieren. „Das ist ein ganz tolles Angebot, das eine umfangreiche Information vermittelt“, lobt eine Grefratherin im Rentenalter. Man müsse sich ja schließlich Gedanken machen über das, was kommen kann, „so unan-



Zahlreiche Interessierte nutzen dankbar die Möglichkeit, sich im Nettetalter Rathaus zu informieren. Gut ein Dutzend Dienste stellte beim Palliativ- und Hospiztag dar, was an Hilfen möglich ist.
RP-FOTO: FRANZ HEINRICH BUSCH

genehm das auch sein mag“. Der Lobbericher Fritz Herkenrath, hoch in den 80-ern, ist beeindruckt von der Fülle der Hilfsmöglichkeiten, die man nutzen könnte: das variable Krankenbett, natürliche Nahrung eines Babykostherstellers, ambulante Dienste. Er braucht sie Gott sei Dank nicht. „Aber es ist gut zu wissen, dass es sie gibt“, sagt seine Frau Käthe, denn „allein würde ich eine Pflege nicht schaffen“. Andere stimmen bei: „Es ist gut, dass das Thema angepackt wurde. Der Tag trägt dazu bei, Hemmschwellen zu überwinden.“

Nettetal's Bürgermeister Christian Wagner ist „stolz auf die Eigeninitiative der Krankenhaus-Mitarbeiter“, die das Palliativteam auf die Beine gestellt haben. Er kündigt an, dass innerhalb der Station 3b des Krankenhauses drei Räume für die Betreuung Sterbender entsprechend gestaltet werden, samt einem „Raum der Stille“ und einer Teeküche für Angehörige. Für die Gestaltung des Palliativbereichs haben sich schon Sponsoren gefunden, denn Krankenkassen sind bei der Finanzierung bisher „zurückhaltend“. Für den Bürgermeister ist es selbstverständlich, dass „wir uns in einer familienfreundlichen Stadt Nettetal um alle Bereiche des Lebens kümmern“. Schmerztherapie müsse deshalb ein „ganz normaler

Weg“ werden. Mit der Resonanz auf diesen ersten Nettetalter Palliativ- und Hospiztag ist das Palliativteam sehr zufrieden. Außerordentlich gut besucht sind die vier Vorträge; auch bei der Meditation von Seel-

sorgerin Sr. Patricia sind zu wenig Stühle vorhanden. Die beteiligten Aussteller wollen auch beim nächsten Mal mimmachen – „wahrscheinlich in zwei Jahren“, schätzt Jochen Post.

Begleitung bis zum Ende

NETTETAL (mm) Wenn Menschen allmählich sterben, wollen sie keine Schmerzen erleiden müssen, nicht alleingelassen werden und in vertrauter Umgebung sein. Das versucht Palliativmedizin gemeinsam mit professioneller und ehrenamtlicher Hilfe zu gewährleisten. Wenn ein Aufenthalt im Krankenhaus nicht mehr möglich ist, sind Pflegeheime (Marienheim, Curanum), das Hospiz (Haus Franz in Dülken) oder häusliche Pflegeletzte Station.

Mitglieder ehrenamtlicher Hospizinitiativen unterstützen professionelle Pflege. Stützpunkte in allen Orten des Kreises hat die Hospizinitiative des Kreises Viersen; Ansprechpartner in Nettetal sind Heidi Lappen (Tel. 02157 132194) und Anita Koy (Tel. 02153 8409). Die Malteser-Hospizgruppe „Klaus Hemmerle“, die rund 20 Mitglieder zählt, betreut von Grefrather aus nicht nur Mitbürger aus der Niersgemeinde, sondern auch Patienten

in den Krankenhäusern in Lobberich, Süchteln und Kempfen. Koordinatorin ist Ida Koch (02158 408358, E-Mail: ida.koch@gmx.de). Auch am Krankenhaus Lobberich gibt es einen rund zehn Personen starken Hospizkreis, der Krankenhausseelsorgerin Sr. Patricia Meyer unterstützt. Er hat sich vor sechs Jahren gebildet (Kontakt: 02153 1259000).

Als ein „Haus zum Sterben – mitten im Leben“ sieht sich das „Haus Franz“, das Bodelschwingh-Hospiz in Dülken, das „unheilbar kranken Menschen eine Heimat sein (will)“, in dem sie ihren letzten Lebensabschnitt weitestgehend selbstbestimmt verbringen können“ (Kontakt: 02162 48380-1420; www.bodelschwingwerk-duelken.de).

Ab Juni bietet auch der Caritasverband für die Region Kempfen-Viersen von den einzelnen Pflegestationen aus einen Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst (Kontakt: Petra Schröder, 02162 960811).

INFO

Palliativteam

Zusammensetzung Das Palliativteam am Krankenhaus Nettetal besteht aus zwei Ärzt(inn)en, zwei Krankenpflegerinnen, zwei Physiotherapeut(inn)en, einer Sozialarbeiterin und einer Seelsorgerin. „Ein solch interdisziplinäres Team gibt es sonst nirgendwo im Kreis“, sagte Chefarzt Dr. Michael Pauw: „Das ist unsere Stärke.“

Weiterbildung Die Teammitglieder haben spezielle Ausbildungen hinter sich und absolvieren permanent Weiterbildungen.

Logo Den Viertelbogen im Logo des Krankenhauses hat das Palliativteam zum Halbbogen erweitert, um den lateinischen Ursprung des Namens (pallium = Mantel) sichtbar zu machen: beschützende Fürsorge.

6.4.6 Artikel: Ausgezeichnetes Projekt (14.06.2008, RP)

Ausgezeichnetes Projekt

Preisgekrönt ist das Projekt „Würdige Sterbebegleitung“ des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen. Bei einem Fachkongress in Münster nahmen die Koordinatoren den „Palliative Care Award 2008“ entgegen.

VON GABI LAUE

KREIS VIERSEN Stellvertretend für alle Projektbeteiligten – das sind im Fachbereich Pflege und Alter ganze 378 Mitarbeiter – erhielten die beiden Koordinatoren Damaris Nießen und Christian Schrödter während eines Fachkongresses in Münster den „Palliative Care Award 2008“. Zuvor hatten sie ihr Projekt den rund 800 Teilnehmern des Kongresses vorgestellt und damit überregional bekannt gemacht. Der von Fachbuch Richter, einer Spezial-Versandbuchhandlung für Pflege-Fachliteratur, verliehene Preis würdigt beispielhafte Ansätze in der Palliativpflege von Schwerstkranken.

Seit Oktober 2006 geht der regionale Caritasverband im Rahmen des Projektes der Frage nach, wie sterbende Menschen in seinen beiden Altenheimen St. Michael Waldniel und Irmgardisstift Süchteln sowie in den sechs Caritas-Pflegestationen, die rund 900 Patienten betreuen, ganzheitlich begleitet und gepflegt werden können. Das Projekt wird von der Nettetal Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter finanziert und vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (Köln) wissenschaftlich ausgewertet.

Symbolsprache Sterbender

Diplom-Sozialarbeiterin Damaris Nießen (32) und Diplom-Gerontologe Christian Schrödter nahmen Strukturen und Arbeitsweisen in den acht Einrichtungen der Caritas unter die Lupe. „Wir wollen nicht das Rad neu erfinden, sondern schauen, was in unseren Einrichtungen noch zu verbessern ist“, sagte Damaris Nießen. Palliativ Care – das hat nicht nur mit Symptomlinderung zu tun, sondern auch mit der Frage: „Was kann ich für die Schwerstkranken oder Sterbenden noch tun?“. Das Institut für angewandte Pflegeforschung Köln hat



Zwei sich haltende Hände als Symbol für die würdige Sterbebegleitung zeigt der „Palliative Care Award“. Damaris Nießen und Christian Schrödter vom Caritasverband Kempen-Viersen nahmen die vom Steinbildhauer Ingo Grethman gestaltete Sandsteinplatte in Münster entgegen. FOTO: PRIVAT

bereits zwei Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt. Die Koordinatoren gaben Pflegenden und Angehörigen

viele Tipps. Statt hilflos daneben zu stehen, können Angehörige noch viel tun, wobei schon „Klein-

INFO

Alter und Pflege

Eigenständigkeit Viele ältere, kranke und behinderte Menschen möchten bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich eigenständig in ihrer gewohnten Umgebung leben. Unter dem Motto: „Nur so viel Hilfe wie nötig“ wird jede Unterstützung auf die persönliche Situation abgestimmt.

Pflegestationen: Caritaspflegestationen gibt es in Kempen, Nettetal, Schwalmthal, Viersen, Willich und Tönisvorst.

Tagespflege: Kempen, Nettetal.

Altenheime: Der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen unterhält zwei Altenheime: Irmgardisstift Süchteln und St. Michael Waldniel.

Palliativ Care: auf bestmögliche Lebensqualität ausgerichtete Schmerztherapie, Pflege und Begleitung Schwerstkranker

nigkeiten“ viel bewirken können. Mundpflege etwa oder Massagen – anregend mit Zitronenöl, beruhigend mit Lavendel. Wie geht man mit Fragen um, wenn alte Leute wissen wollen: „Muss ich jetzt sterben?“ Die Koordinatoren animieren auch Angehörige, die besonders in die häusliche Pflege stark eingebunden sind, sich dem Gespräch zu stellen. Damaris Nießen macht sensibel für die „Symbolsprache“ Sterbender. Manche sagen direkt „Ich weiß, dass es zu Ende geht“. Andere, zum Beispiel Demente, drücken es anders aus: „Meine Uhr geht falsch“ oder „Ich muss meine Koffer packen“.

Der Kongress, der sich mit „Visionen“ der Palliativversorgung befasste, bot Gelegenheit zum Austausch. Der Preis symbolisiert das, was verschiedene Professionen auf diesem Feld tun: einander die Hand reichen, Hand in Hand arbeiten.

Rheinische Post Grenzland Kurier, Artikel vom 14.06.2008

7 Literaturverzeichnis

- Alsheimer, M. / Kittelberger, F. / Orth, C.** (2006): Sterben im Heim. Den Rahmen für eine Hospizkultur schaffen. In: *Altenheim* 9/2006 (S. 56-58)
- Alsheimer, M./ Augustyn, B. et al.** (2005): Palliative Care: Lehren+Lernen+Leben – Handreichung Palliative Care und Hospizarbeit. Online: www.dgpalliativmedizin.de/ag-pf_lehren.html (12.11.2008)
- Bartosch, H./ Coenen-Marx, C./ Erckenbrecht J.F./ Heller, A.** (Hg., 2005): *Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie.* – Freiburg
- Bayerische Stiftung Hospiz** (2005): Pilotprojekt: Palliativversorgung im ambulanten Bereich. Ein Netz der Begleitung knüpfen – eine Handreichung für Sozialstationen und Hospizvereine. (11/2003 – 05/2005). Online: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft6.pdf> (13.10.2006)
- Anderson, P.** (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung. (Hrsg. AWO Bezirksverband Oberbayern) – München. Online: http://oberbayern.aw11.spacenet.de/fileadmin/Content/Startseite/2einrichtungen/2_Senioren_allgemeine_Bilder/Sterbekultur_Seniorenzentren.pdf.pdf (05.10.2006)
- DGP Sektion Pflege** (2004): Pflegeleitlinie Mundpflege in der letzten Lebensphase. Online: <http://www.dgpalliativmedizin.de/> (30.04.2008)
- Birkhahn et al.** (2005): Leitgedanken zur Sterbebegleitung in katholischen Alten- und Pflegeheimen in der Diözese Mainz. Arbeitshilfe. – Online: www.dicvmainz.caritas.de/aspe_shared/form/show_formfile.asp?typ=stellungn&area=dicvmai&file_id=88899 (21.02.2007)
- Dreizler, J. / Brandenburg, H.** (2006): *Sterben im Heim – Eine Untersuchung.* In: *Altenheim* 9/2006 (S. 53-55)
- Elzer, M. / Sciborski, C.** (2007): *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion.* – Bern
- Garlich, F.** (2006): Rechtliche Aspekte in Grenzsituationen des Lebens. In: *Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.* (2006): *Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur.* (S. 24-27) – Online: <http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf> (21.02.2007)
- Heinemann, W.** (2005): *Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung.* (MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH) – Köln
Online: http://www.malteser.de/53.MTG_Malteser_Traegergesellschaft/53.20.Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf (10.09.2007)
- Heimerl, K.** (2008): *Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen.* – Freiburg

- Heimerl, K. / Heller, A. / Kittelberger, F.** (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. – Freiburg im Breisgau
- Honigschnabel, K.** (2003): Geborgenheit statt Berge von Medizin. Die Innere Mission beschreitet in der Palliativbetreuung neue Wege. (Hospizprojekt der Inneren Mission München e.V.) – München. Online:
<http://www.im-muenchen1.de/pflegeheime/hospizprojekt/s2/u6/docs/01-05-honigschnabel.pdf> (08.10.2008)
- Husebö, S. / Klaschik, E.** (2003): Palliativmedizin – Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. – Berlin
- Isfort, M.** (2008): Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Projektes: „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). – Köln
- Kern, M.** (2000): Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. – Bonn
- Kittelberger, F.** (2002): Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. (Hrsg. Bayerische Stiftung Hospiz, Schriftenreihe Nr. 1) – Bayreuth. Online:
<http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf> (05.10.2006)
- Knipping, C. (Hg.)** (2007): Lehrbuch Palliative Care. – Bern
- Korte-Pötters, U. et al.** (2007): Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2007): Referenzmodelle 5. Qualitätsverbesserungen in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. – Düsseldorf. (Kapitel 6.5, S. 44-57)
- Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz** (LAG Hospiz RP, 2007): Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulanten Hospizen und Altenpflegeheimen – Ergebnisse des Runden Tisches Altenhilfe der LAG Hospiz RP. Online:
http://www.lag-hospiz-rp.de/download/kooperation_altenheim_hospiz.pdf (22.08.2007)
- Innere Mission München / iff Wien**, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt (2001): „Leben bis zuletzt“ - Palliativbetreuung in den Alten- und Pflegeheimen der Inneren Mission München. Leitfäden für Gespräche und Beobachtungen mit BewohnerInnen. – Wien. Online:
<http://www.im-muenchen1.de/pflegeheime/hospizprojekt/s2/u4/docs/05-07-05-gesprache.pdf> (30.09.2008)
- Mehnert, A./ Chochinov, H.M.** (2006): Würde aus der Perspektive todkranker und Sterbender Patienten. In: Koch/ Lang/ Mehnert/ Schmeling-Kludas (2006): Die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen: Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. (S. 61f)
- Messner, T.** (2007): Ein guter Begleiter sein. Kommunikation mit Sterbenden und deren Angehörigen. In: Pflegen ambulant: Fachzeitschrift für Heim- und Hauskrankenpflege Nr. 3, 2007 (S.14-16)

- Müller, M. / Kessler, G.** (2000): Implementierung von Hospizidee und Palliativmedizin in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims. Eine Orientierungs- und Planungshilfe. – Bonn
- Nießen, D.** (2008): Dietrich Bonhoeffers Theologie als Impuls für Christus-orientierte Sterbebegleitung. In: Krockauer, R / Körber, M. (Hg.) (2008): Glaubenszeugnisse in sozialer Arbeit und Diakonie. Impulse für Kirche und Gesellschaft. – Berlin
- Nießen, D. / Schrödter, C.** (2008a): Caritas-Projekt mit dem „Palliative Care Award 2008“ ausgezeichnet. Ambulante und stationäre Einrichtungen setzen auf eine würdige Sterbebegleitung. In: Sozialcourage 2/2008 (S. 30)
- Nießen, D. / Schrödter, C.** (2008b): Palliative Care Award 2008. In: Caritas in NRW 3/08 (S. 34)
- Nießen, D. / Schrödter, C. / Isfort, M.** (2008): Ambulante Palliativversorgung. Würdige Sterbebegleitung und neue Möglichkeiten der Finanzierung. In: Die Schwester Der Pfleger plus+ 08/08 (S. 97-100)
- Orth, C. et al.** (2002): Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim, München – Haidhausen. Abschlussbericht. (Bayerische Stiftung Hospiz, Schriftenreihe Nr. 2). Online: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/texte2/vortrag6.htm> (10.10.2006)
- Orth, C. / Alsheimer, M.** (2005): „...nicht sang- und klanglos gehen“. Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonard-Henninger-Haus in München. (Bayerische Stiftung Hospiz, Schriftenreihe Nr. 5). Online: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft5.pdf> (10.10.2006)
- Putz, W. / Steldinger, B.** (2004): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben. (2. Aufl.) – München
- Raabe, H.** (2005): Die letzten Lebenstage gestalten. In: Pro Alter 2 / 2005. Fachmagazin der Kuratoriums Deutsche Altershilfe (S. 12-21)
- Rohleder, C.** (2002): „Das Sterben ist nicht so schlimm. Aber das Wie!“. Bewohnerbefragung „Wünsche und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenheimen in Münster für ihre letzte Lebensphase“. (KFH NW). Online: <http://www.modellprojekt-limits.de/aktuelles/Bewohnerbefragung.pdf> (18.10.2006)
- Schroth, D.** (2006): „... doch mit dem Tod der Anderen muss man Leben“; in: von Komorowski, S./ Schmidt, H.: Seelsorge im Alter, Herausforderung für den Pflegealltag. – Heidelberg
- Schrödter, C.** (2007): Späte Sehnsucht. Sinnsuche im höheren Lebensalter. – Marburg
- Schrödter, C. / Nießen, D.** (2008): Passende Lösung. In: Altenpflege 11/2008 (S. 34-36)
- Simon, A.** (2006): Ethikberatung. In: Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. (2006): Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur. (S. 22) – Online: <http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf> (21.02.2007)
- Specht-Tomann, M. / Tropper, D.** (2001): Zeit des Abschieds – Sterbe- und Trauerbegleitung. Aus der Hospizbewegung. – Königsfurt

Student, J.-C. / Napiwotzky, A. (2007): Palliative Care: wahrnehmen – verstehen – schützen. – Stuttgart

Wagner, A. / Kottnik, R. (2006): Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Handreichung 17.2006) – Online:<http://www.diakonie.de/downloads/Texte-17-2006-Leben-bis-zuletzt.pdf> (14.02.2007)

Wilkening, K. / Kunz, R. (2003): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. – Göttingen.

