

Diakonie 

[INFORMATION]

Leben am Lebensende

Diakonische Leitlinien zu Palliative Care,
Sterbebegleitung und Abschiedskultur

Eine Empfehlung des Diakonischen Werkes der
Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.

Herausgeber

2

Leben am Lebensende

Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.

Ebhardtstraße 3 A, 30159 Hannover

Renate Keil	Referat Ambulante Pflegerische Dienste
Frank Pipenbrink	Referat Altenhilfe
Telefon	0511 36 04 256 und 204
Fax	0511 36 04 101
E-Mail	renate.keil@diakonie-hannovers.de frank.pipenbrink@diakonie-hannovers.de
Internet	www.diakonie-hannovers.de

Hannover, im März 2006

Alle Rechte vorbehalten.

Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e. V.

Veröffentlichungen, auch in Auszügen, nur mit Nennung des Verfassers.

Mitglieder der Projektgruppe

Christine Eilers	Diplompflegepädagogin FH, Trauerbegleiterin Leiterin der Fachschule Marienhain, Vechta
Dora Hagen	Pflegedienstleitung, Altenpflegerin, Ev. Alters- und Pflegeheim Lehrte e.V.
Heide Heithecker	Heimleiterin Pflegeheim Badenstedt, Hannover
Christine Stockstrom	Diakonin, Dipl. Supervisorin, Dozentin für Hospiz- und Trauerarbeit im Lutherstift
Corinna Warnken	Gesundheitsmanagerin FH, Pflegedienstleitung Senioren am Mutterhaus gGmbH, Rotenburg
Sabine Willenbrock	Altenpflegerin, Seniorenzentrum Haus am Hang, Osterholz-Scharmbeck
Astrid Winkler-Milatz	Dipl.-Sozialpädagogin Herbergsverein Tostedt
Renate Keil	Referentin Ambulante Pflegerische Dienste Diakonisches Werk der Ev.- luth. Landeskirche Hannovers
Frank Pipenbrink	Referent Altenhilfe, Diakonisches Werk der Ev.- luth. Landeskirche Hannovers

Inhalt

Vorwort	4
1. Einleitung	5
2. Christliches Menschenbild und Leitbild	7
3. Palliativkompetenz im Alten- und Pflegeheim	8
4. Palliative Care in der stationären Altenpflege	11
5. Pflege sterbender alter Menschen	12
6. Pflege bei Schmerz	13
7. Dokumentation	16
8. Seelsorge	17
9. Trauer	18
10. Rituale	19
11. Schulung und Begleitung der Mitarbeitenden	21
12. Ethikberatung	22
13. Kooperation und Vernetzung	23
14. Rechtliche Aspekte in Grenzsituationen des Lebens	24
15. Geborgenheit erleben – auch auf der letzten Wegstrecke Ein Erfahrungsbericht aus der Altenpflege	28
Anlagen	
1. Dänisches Leitbild	31
2. Indikatoren der Palliativkompetenz	35
3. Schmerzdefinitionen und Stufenschema WHO	38
4. Schmerzbeurteilung mit ECPA	40
5. Bedeutungen und Rituale der großen Weltreligionen	45
6. Leitfaden für eine Trauerkultur	48
7. Ablauf einer Aussegnung	49
8. Nimwegener Modell	51
9. Netzwerkpartner für Palliativkompetenz	53
Literaturverzeichnis und -empfehlungen	54

Vorwort

4

Leben am Lebensende

Gott spricht: Ich lasse Dich nicht fallen und verlasse Dich nicht.

Josua, Kapitel 1, Vers 5

Tod und Sterben gehört in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie zum Alltag. Zunehmend wird das Sterben aus dem familiären und gesellschaftlichen Leben isoliert. Fast jede und jeder dritte Hochaltrige stirbt in Alten- oder Pflegeheimen.

Die wenigen vorliegenden Arbeiten zum Umgang mit Sterben und Tod in Altenpflegeheimen weisen aber darauf hin, dass es sich hierbei in den Einrichtungen um weitgehend „unorganisierte“ Prozesse handelt. Das heißt, das Gelingen einer würdevollen Sterbebegleitung bleibt damit dem Zufall überlassen.

Die vorgelegte Leitlinie zur Sterbebegleitung für die stationäre Altenhilfe will Wege aufzeigen, um die Integration hospizlicher Praxis in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie zu verbessern. Besondere Beachtung findet dabei die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der / des sterbenden Bewohnerin / Bewohners.

Gefordert ist damit nicht nur eine hohe Professionalität in der Pflege, sondern auch die bewusste Aus-

einandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer vor dem Hintergrund des christlichen Glaubens. Gott spricht: „Ich lasse Dich nicht fallen und verlasse Dich nicht.“ Weil ich nicht fallen gelassen werde, kann ich mich fallen lassen. Leid und Trauer lassen sich dabei in der Gewissheit annehmen, wertvoll und in Würde bis zum Tode zu leben.

Es kommt darauf an, auch dort, wo ein selbst bestimmtes und eigenverantwortliches Leben nicht mehr ohne äußere Hilfe möglich ist, ein Beziehungsgeflecht aufzubauen, in dem die Hoffnungen und die Ängste der Sterbenden genauso ihren Platz haben, wie das Leid der Trauernden. Darin besteht die besondere Herausforderung für diakonische Altenhilfeeinrichtungen bei der Entwicklung von geeigneten Konzepten zur Integration einer Abschiedskultur in ihre Unternehmensphilosophie.

Besonderer Dank gilt der Projektgruppe, die sich mit dieser Empfehlung einem zentralen zukünftigen Aufgabengebiet der stationären Altenhilfe in besonderer Weise angenommen hat.

Jörg Reuter-Radatz
Bereichsleiter

1. Einleitung

Bereits 1992 schrieben die Vereinten Nationen in ihren Grundsätzen für die älteren Menschen den provozierenden Satz: „Alte Menschen sterben nicht. Mit keinem Satz wird das Sterben thematisiert.“

Angeregt durch den Aufruf der Vereinten Nationen im Jahr 1999 zum „Internationalen Jahr der älteren Menschen“ beschäftigten sich verschiedene Institutionen, Wissenschaftler, Ärzte und Pflegenden mit dieser Thematik, dem Sterben alter Menschen den gebührenden Raum zu geben.

In ihrem Buch „Sterben im Pflegeheim“, 2003, beleuchtet Karin Wilkening die Situationen in Pflegeheimen. Sie kommt zu dem Schluss, dass „der Umgang mit dem Sterben Schwerpflegebedürftiger von einem eher verschämten Randthema zu einem der zentralen künftigen Aufgabengebiete der Heime“ wird.

Dieses Wissen veranlasste das Diakonische Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers (DWH), bei seinen stationären Altenhilfeeinrichtungen den Wissensstand und den Bedarf an Beratung zu erheben. Der Erhebungsbogen enthielt Fragenkomplexe zu den Themen Sterbebegleitung, Abschiedskultur und Palliative Care.¹

Mit einer kurzen Einführung wurde der Fragebogen in den regionalen Heimleitertreffen des Referats Altenhilfe im DWH verteilt. 27 Fragebögen (45 %) konnten ausgewertet werden.

„Jeder Mensch hat den Wunsch, in seiner angenehmen Atmosphäre und frei von Schmerzen sterben zu können - sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in einem Hospiz.“²

Dieser Leitsatz der Hospizbewegung zur Sterbebegleitung stand über dem Fragenkomplex zur Sterbebegleitung in Altenpflegeeinrichtungen. Die Antworten machten deutlich, dass bei 78 % der befragten Einrichtungen weder ein schriftliches Konzept für die Sterbebegleitung noch besondere Regelungen

für den Dienstplan zur Sterbebegleitung erarbeitet sind. Die Sterbebegleitung muss in der Regel durch das Pflegepersonal oder die Angehörigen abgedeckt werden. Die Einbeziehung von ambulanten Hospizgruppen und Seelsorgern in die Sterbebegleitung praktizieren 40 % der Einrichtungen.

„Abschiedskultur ist mehr als Sterbekultur. Es geht hier nicht nur um das, was während des Sterbens geschieht, sondern auch um das, was vorher und nachher geschieht.“

Dieses Zitat aus „Sterben im Pflegeheim“ verdeutlicht den Umfang, mit dem eine Altenpflegeeinrichtung sich dieses Themas annehmen muss. Die ethische Fallbesprechung als klärendes Instrument oder die Beratung zu einer Patientenverfügung gehören in das Geschehen vor und nach dem Sterben. Die ethische Fallbesprechung ist nur 14 % der Einrichtungen bekannt. Die Aufklärung über die Patientenverfügung wird bereits von 85 % der befragten Einrichtungen vorgenommen.

Palliative Care bedeutet die umfassende, aktive Fürsorge, Pflege und Begleitung für Menschen ab dem Zeitpunkt, da ihr Zustand nicht mehr auf eine heilungsorientierte Behandlung anspricht.³

Bei der Abfrage zu diesem Thema wurde deutlich, dass hier der größte Bildungs- und Informationsbedarf in stationären Altenhilfeeinrichtungen besteht. Die Weiterbildung „Palliative Care“ für Pflegefachkräfte und die Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege wurden nur von 7 % der Einrichtungen bestätigt. Die Kooperation mit einem Palliativmediziner praktizieren immerhin 22 % der Einrichtungen.

Begrüßt wurde von 96 % der Einrichtungen ein Fortbildungsangebot zu diesen Themen durch das DWH. Die Befragung machte deutlich, dass sich alle befragten Einrichtungen immer nur punktuell mit den Themen auseinandersetzen. Ein Konzept, in dem alle Perspektiven bedacht sind, nutzen die wenigsten.

¹ Palliative Care ist ein umfassendes, der Verbesserung oder Wahrung eines Mindestmaßes an Lebensqualität verpflichtetes Versorgungskonzept für schwerstkranken Menschen, ² Leitsatz der Hospizbewegung zur Sterbebegleitung, ³ Abgeleitet aus dem Standard der WHO „Cancer Pain relief and Palliative Care“, Genf 1990

Die Ergebnisse der Befragung veranlassten die Referenten des DWH Renate Keil und Frank Pipenbrink, das Projekt „Diakonische Leitlinien und Standards zur Sterbebegleitung, Abschiedskultur und Palliative Care in stationären Altenhilfeeinrichtungen“ durchzuführen. In einer Projektgruppe traf sich ein multiprofessionelles Team aus stationären Altenpflegeeinrichtungen und Bildungseinrichtungen, das bereits

Erfahrungen mit dem Thema Hospiz gesammelt hatte. Ergänzt wurde das Team bei den Projekttreffen durch Fachleute aus Medizin, Ethik und Recht. Die Projektgruppe erarbeitete eine Empfehlung für diakonische Leitlinien zur Sterbebegleitung in Altenpflegeeinrichtungen. Diese Empfehlung des DWH soll Altenpflegeeinrichtungen eine Unterstützung bieten um das Thema in ihrer Einrichtung bearbeiten zu können.



2. Christliches Menschenbild und Leitbild

Wie mit Tod und Sterben in einer Altenpflegeeinrichtung umgegangen wird, ist abhängig von der Zielrichtung und dem Profil der Einrichtung. Das Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege beschreibt unter 3.2 Prozesskriterien: „Die Verantwortung für die praktische Umsetzung des Leitbildes liegt bei der Geschäftsführung, der Trägervertretung und der Einrichtungsleitung. Die Mitarbeitenden sind an der Erstellung beteiligt.“

Das vom Träger entwickelte Leitbild nach den Kriterien des Bundesrahmenhandbuches ist ein aussagekräftiges Element. Im Rahmen einer Studienreise nach Dänemark stellte uns dort eine Alten- und Pflegeheim einrichtung in Ramme/Dänemark ihr Leitbild vor. Dieses wurde im Rahmen des Qualitätsmanagements von den Mitarbeitenden mit erstellt. Die Aussagen zum Leitbild wurden unterstützt mit einer Erklärung der Mitarbeitenden, wodurch sich ein verständliches, nachvollziehbares Leitbild entwickelt hat, das von allen Mitarbeitenden gelebt werden kann. (siehe Anlage 1 Dänisches Leitbild)

Das christliche Menschenbild gehört zum Wertekanon unserer Gesellschaft. Es erkennt dem Menschen eine unverlierbare Würde zu, die ihm von Gott gegeben ist und im Sterben und Tod bestehen bleibt. Als solches prägt es das Profil der Arbeit in diakonischen Altenpflegeeinrichtungen.

Das diakonische Profil macht Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie auf dem freien Anbietermarkt er-

kennbar. Es ist ein Qualitätsmerkmal im Wettbewerb mit anderen und für zukünftige Kunden ein wichtiges Auswahlkriterium. In der Praxis muss sich das diakonische Profil erkennbar bewähren, vor allem seit die Ökonomie immer mehr in den Vordergrund tritt. Im Rahmen eines Qualitätsmanagements wird das christliche Menschenbild in einem Pflegeleitbild des Trägers wie folgt beschrieben:

„Wir verstehen den Menschen als Geschöpf Gottes, dessen Körper, Seele und Geist als Einheit in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt steht und sich lebenslang verändert.

Seine physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Bedürfnisse sind dabei immer ganzheitlich und nicht von einander getrennt zu sehen.

Unser Ziel ist es daher, Menschen, die zu uns kommen, Beratung, Begleitung und Unterstützung anzubieten. Dieses erfüllen wir auf der Grundlage des christlichen Glaubens und der damit gebotenen Nächstenliebe sowie der Wahrung der Grundrechte und Menschenwürde. Das Recht auf Individualität und Selbstbestimmung ist dabei für uns selbstverständlich.

Wo aber das gesundheitliche Gleichgewicht gestört oder nicht mehr herzustellen ist, wo Leiden, Schmerzen, Behinderung und Krankheit bestehen, wo Leben endet, sehen wir es als unsere Aufgabe an, einfühlsam und professionell zu pflegen und zu betreuen.“⁴

⁴ Pflegeleitbild, Birkenhof e.V. Hannover

3. Palliativkompetenz im Alten- und Pflegeheim

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz richtete 2003 eine Fachgruppe „Hospizarbeit in Einrichtungen“ ein, die sich mit der Fragestellung einer hospizlichen Kultur in der stationären Altenhilfe beschäftigte. In der Gruppe wurde ein Grundsatzpapier mit Indikatoren und Empfehlungen entwickelt, um hospizliches Denken und Handeln in Altenhilfeeinrichtungen anzuregen und überprüfbar zu machen.

Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Altenhilfe⁵

„Wir verstehen unter Palliativkompetenz eines Alten- und Pflegeheimes, dass nachweislich und dokumentiert die 20 Indikatoren, die um die Grundgedanken des hospizlichen Paradigmas kreisen, in den Blick genommen und umgesetzt wurden.

Die Erstellung eines Ist-Zustands zu Beginn der Implementierung mit vorläufiger Prioritätenliste gibt Auskunft über das geplante weitere Vorgehen. Im Rahmen des Projektes sind die unterschiedlichen Möglichkeiten der Einrichtung entsprechend ihrer vorhandenen Strukturen auszuloten.

Die Hospizkultur in ein Heim zu implementieren, kann Ziel und Auftrag eines spezifischen Projektes sein. Es geht dabei um Haltung, Fähigkeiten und organisationales Lernen, um einen Prozess, der initiiert, gesteuert und evaluiert werden kann.

Wichtig ist uns, dass die Leitung einer Einrichtung sich zusammen mit den für dieses Thema Verantwortlichen vor Augen hält: Es geht um Prozesse und Veränderungen, die der uneingeschränkten Unterstützung durch die Leitung bedürfen, und die gleichzeitig an den Anliegen und Möglichkeiten der Betroffenen und Beteiligten orientiert sein müssen. Diese Bedürfnisse und Möglichkeiten sind zu erheben, bevor über einzelne Maßnahmen entschieden wird. Die Entwicklung von hospizlicher Kompetenz in einer Einrichtung ist im Detail zunächst also ergebnisoffen und lässt Spielräume für den jeweiligen Prozess vor Ort. Den-

noch sollte der Implementierung eine verbindliche Entscheidung des Trägers vorausgehen („top-down“). Dokumentation und Transparenz als Kern guten Projektmanagements tragen direkt zur Etablierung von Hospizkultur bei. Sie fördern die Vernetzung und Entstehung neuen Wissens. Sie begleiten Routinen kritisch und festigen die Kultur. Anregungen von außen haben nur eine Chance, wenn die Bemühungen um diese Fragen nicht verheimlicht, sondern gezeigt werden. Zusätzlich erhöht eine gute Öffentlichkeitsarbeit die Bereitschaft, das Thema wach zu halten. Bewohnerinnen⁶, Angehörige und (potentielle) Mitarbeiterinnen einer Einrichtung sollen und dürfen diese Kultur erkennen.

Im konkreten Verfahren wird die Implementierung als notwendige Basisorientierung „bottom up“ funktionieren: Von den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Wünschen sämtlicher Betroffener ausgehend entsteht eine neue Praxis. Dabei sind die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zu erfragen und nicht vorauszusetzen. Die Analyse des Bestehenden ist eine Würdigung der schon praktizierten Kultur und stärkt die Motivation. Die Ergebnisse fremder Erhebungen (etwa aus der Literatur) ersetzen nicht diesen entscheidenden Prozess in der eigenen Einrichtung. Er ist zentraler Teil des Qualitätsmanagements.

Insgesamt wird durch ein solches Projekt die radikale Bewohnerzentrierung (und im Weiteren auch Angehörigenorientierung) mit intensiver Mitarbeiterorientierung und Wahrnehmung des Trägerinteresses ausbalanciert. Es ist dabei sinnvoll, sowohl spezifische interne Strukturen zu schaffen (z.B. eine Steuerungsgruppe für das Projektmanagement eines Implementierungsprozesses) als auch externe Begleitung und Beratung heranzuziehen. Dies sichert den notwendigen Perspektivenwechsel im Blick auf die „lernende Organisation“.

Die Vernetzung mit „relevanten Dritten“ (extern) ist genauso bedeutsam, wie die interne interdisziplinäre

⁵ Entnommen mit freundlicher Genehmigung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz aus dem Grundsatzpapier: „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen“ 2005

⁶ Im Folgendem wird ausschließlich die weibliche Personenbezeichnung verwendet. Sie umfasst Männer und Frauen

Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Priorität einzelner Professionen (z.B. Pflege) ist nicht in jeder Abschieds- und Sterbesituation automatisch voraussetzbar. Der interprofessionelle Blickwinkel ist immer einzuüben. Eine vernetzte Sterbekultur gehört zum Paradigma hospizlichen Denkens und bestimmt die Organisationskultur des Sterbens.

Der Einsatz von befähigten Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung ist ein zentrales Thema der Interdisziplinarität. Der Projektverlauf selbst zeigt, wann und wie der Einsatz von Ehrenamtlichen im Rahmen des Projektes stattfinden wird. Der ehrenamtliche Dienst gibt der Sterbebegleitung eine unverzichtbare und unverwechselbare Note. Ehrenamtliche sind gute Indikatoren für die Stimmung in einem Projekt. Ferner verfügen sie oft über breit gefächerte Lebenserfahrung und rücken durch ihren freiwilligen persönlichen Einsatz die Begleitung des Sterbenden über den Bereich beruflichen Handelns hinaus in einen Bereich des Mitmenschlichen. Der Einsatz von Ehrenamtlichen bedarf in der stationären Altenhilfe spezieller Aufmerksamkeit und Gestaltung.

Palliativkompetenz zeigt sich im laufenden Prozess. Ihre Implementierung hat jedoch als Projekt einen klaren Anfang und ein klares Ende. Fragen der Evaluation (Kriterien, Zeitplan, Evaluationsmethoden) als Vorgabe der Leitung sind für den Prozess wichtig. Ebenso bedeutsam sind ein klarer Beginn, ausreichend Meilensteine im Projekt und Sicherungsmaßnahmen für die Nachhaltigkeit der implementierten Kultur. Prozesshaft ist auch die Begegnung mit Tod und Sterben im Heimalltag: die Thematisierung von Bewohnerwünschen beim Einzug, die Begleitung der Bewohner im Sterbeprozess, die Gelegenheit zum Abschied beim Tod von Bewohnerinnen, die Verabschiedung Verstorbener mit ritualisierten Gedenkformen sowie die dazu notwendige Einbeziehung und Qualifizierung der Begleitenden – all dies sind wichti-

ge Dimensionen einer zeitlichen Kontinuität von Palliativkompetenz, die sie eher zu einer das Heimleben durchziehenden Haltung als zu einem punktuellen Dienstleistungsangebot machen.

Implementierung in Schritten und Bereichen: Was ist zu tun?

Die folgenden Fragen können an unterschiedlichen Stellen und zu verschiedenen Zeitpunkten eine Rolle spielen. Sie sind in 20 Fragenkomplexe gruppiert, welche einzelne Prozesse und verschiedene beteiligte und betroffene Personengruppen in den Blick nehmen. Einige dieser Fragen betreffen eher Querschnittsthemen (s. u. Leitungsverantwortung oder Basisorientierung), andere sind sehr direkt auf Personen bzw. Personengruppen (Interdisziplinarität) oder Situationen (zeitliche Kontinuität) bezogen. Die Fragen beziehen sich dabei sowohl auf Prozesse als auch auf Strukturen. Die Implementierung von und Orientierung an Palliativkompetenz darf dabei jedoch nie die Bedürfnisse der Betroffenen aus den Augen verlieren.

Ein möglicher, typischer Verlauf ist durch die vier gleichermaßen wesentlichen Aspekte gekennzeichnet:

- Leitungsverantwortung (top-down),
- Basisorientierung (bottom-up),
- Interdisziplinarität und
- zeitliche Kontinuität.

Der Impuls für ein Implementierungs-Projekt kann sowohl von der Leitung, aber auch von Angehörigen/Bewohnerinnen, von Ehrenamtlichen oder von Pflegenden ausgehen. Dementsprechend ändern sich dann evtl. inhaltliche Schwerpunkte und zeitliche Abläufe.

Die Indikatorenliste enthält viele Fragen statt fertiger Antworten und Checklisten. Dies geschieht aus mehreren Gründen:

Jede Einrichtung ist individuell unterschiedlich – auch bei einer Implementierung. Die Ergebnisse variieren. Die Fragen sind oft die gleichen.

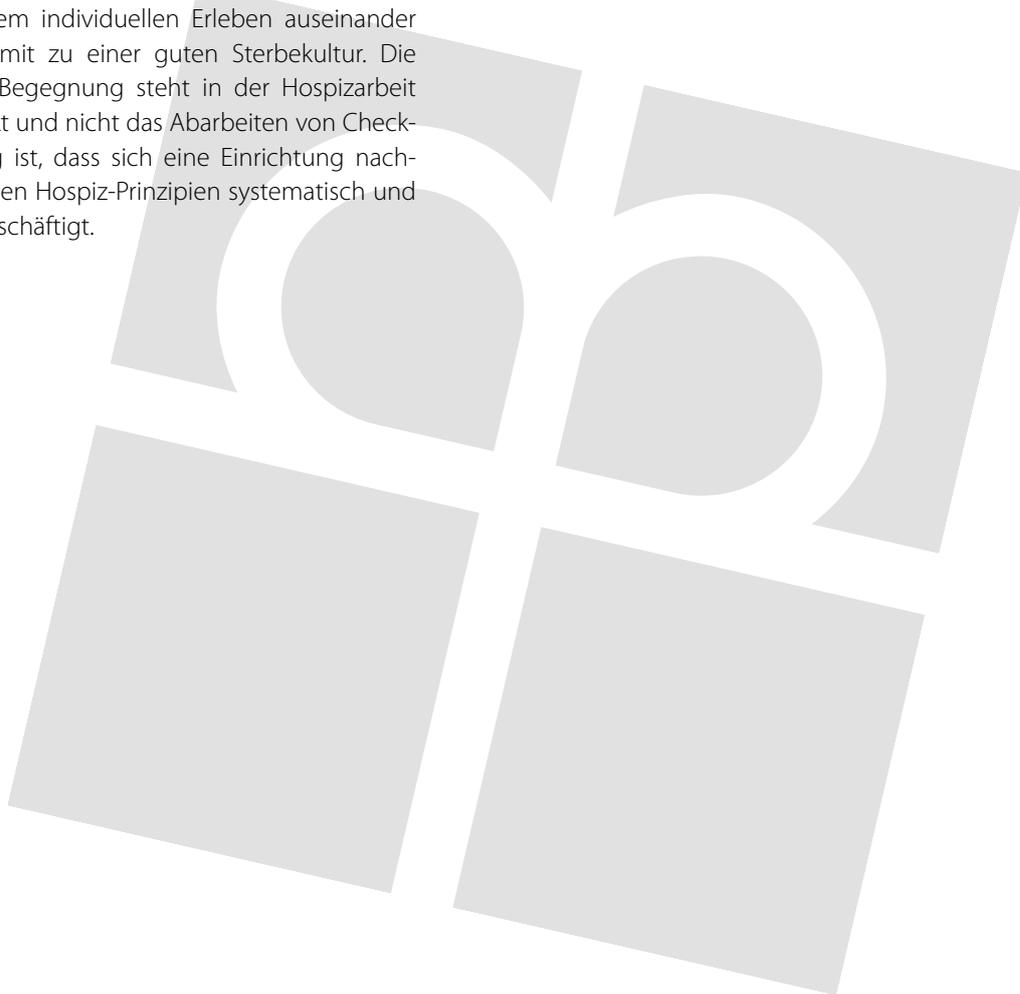
Fragen können eine Vielzahl von Antwortversuchen und Energie auslösen. Dies entspricht dem Projektcharakter einer Implementierung eher als eine Checkliste.

Das Sterben entzieht sich unserer Vorstellungskraft. Sterben als Prozess bleibt ein individuelles Erleben.

Palliativkompetenz im Alten- und Pflegeheim setzt sich mit diesem individuellen Erleben auseinander und führt damit zu einer guten Sterbekultur. Die menschliche Begegnung steht in der Hospizarbeit im Mittelpunkt und nicht das Abarbeiten von Checklisten. Wichtig ist, dass sich eine Einrichtung nachweislich mit den Hospiz-Prinzipien systematisch und nachhaltig beschäftigt.

Wir haben die Fragenkomplexe „Indikatoren“ genannt, da der Umfang der Behandlung und Bearbeitung der dazugehörigen Fragen und das individuelle Auffinden von Antworten ein „Indikator“ für die Intensität der Beschäftigung mit dem Thema und seine Umsetzung sein kann.“

Mit den 20 Indikatoren zur Palliativkompetenz ist es einer Altenhilfeeinrichtung möglich, Palliativkompetenz zu erwerben. *(siehe Anlage 2 Indikatoren der Palliativkompetenz)*



4. Palliative Care in der stationären Altenpflege

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Palliative Care als „die wirksame, ganzheitliche Pflege von Patientinnen, deren Krankheit nicht mehr kurativ zu behandeln ist....“ Daraus hat sich ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten entwickelt, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung befinden.

Sowohl in der Altenpflege- als auch in der Krankenpflegeausbildung findet sich kein ausreichender Schwerpunkt, der alle Aspekte einer palliativ-pflegerischen und einer sozial-spirituellen Versorgung berücksichtigt. Die gesetzlichen Ausbildungsrichtlinien und Leistungskataloge behandeln diese Inhalte mit einem zu geringen Stundenanteil, gemessen an der Bedeutung des Themas.

Die demografischen Entwicklungen weisen darauf hin, dass der „Sterbeort Heim“ noch mehr an Bedeutung gewinnen wird, und die Sterbebegleitung künftig ein zentrales Thema im Aufgabenspektrum der Heime sein muss. Altenpflegeeinrichtungen sind das zu Hause für die Bewohnerinnen und sie sterben in diesem „Zuhause“. Das erfordert schon beim Einzug einer Bewohnerin eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben“.

In der Phase des Einlebens stellt die Bezugspflegekraft zur Bewohnerin eine Beziehung her. Nach dem Aufbau von Vertrauen sollte die Bewohnerin befragt werden, wie sie die verbleibende Lebenszeit gestalten möchte. Um ihre ganz individuelle „Lebensqualität“ erlebbar und spürbar zu machen, sollten Wünsche an die Unterstützung und Begleitung (medizinisch, pflegerisch, sozial und spirituell) erfragt werden. Was „Lebensqualität“ für die Bewohnerin bedeutet, kann nur von ihr selber definiert und festgelegt werden. Ihre Autonomie sollte respektiert und berücksichtigt werden, auch wenn sie zu Lasten der täglichen Routine geht. In einem Biografieblatt und der Pflegeanamnese festgehalten sind diese Aussagen in der

Sterbephase eine besondere Hilfe. (siehe auch Kapitel 7. Dokumentation)

Eines der Hauptmerkmale von Palliative Care in der stationären Altenpflege ist die Erhaltung bzw. die Verbesserung der Lebensqualität der sterbenden Bewohnerin. Die Begleitung findet in der Regel durch Pflegekräfte und Ehrenamtliche statt, die auf Grund ihres Selbstverständnisses das Bestmögliche für die Sterbenden tun. Diese Chance sollte nicht ungenutzt bleiben, da die räumlichen Möglichkeiten vielfach deutlich besser als im Krankenhaus sind und die Unterbringung von Angehörigen und Ehrenamtlichen leichter zu gewährleisten ist.

Im Sinne von Palliative Care ist palliative Pflege in der stationären Altenpflege ein Teil des Alltags in einer Altenpflegeeinrichtung. Es muss eine besondere Herausforderung für diakonische Altenpflegeeinrichtungen sein, eigene Konzepte zu entwickeln und eine Kultur des Sterbens als diakonische Selbstverständlichkeit in ihre Unternehmensphilosophie zu integrieren. Mitarbeitende müssen durch ein intensives Fortbildungsprogramm befähigt werden, systemorientierte und individuelle Pflege als Palliative-Care-Konzept in ihrer Einrichtung umzusetzen. Dazu gehört außerdem für die Mitarbeitenden die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer.

5. Pflege sterbender alter Menschen

Die Pflege sterbender alter Menschen unterscheidet sich wesentlich von der Pflege jüngerer Menschen, da jüngere Sterbende nicht an ihrem natürlichen Lebensende stehen, häufig geistig wach sind und nicht lebenssatt.

Durch Demenzformen unterschiedlicher Genese, Sprachverlust oder Depression ist die verbale Kommunikation bei sterbenden älteren Menschen häufig beeinträchtigt. Das gezielte Aussprechen von Wünschen oder Bedürfnissen ist somit sehr erschwert bis unmöglich. Folgende Konzepte der Altenarbeit sollten daher Berücksichtigung finden:

Die Validation als eine Kommunikationsmethode mit verwirrten alten Menschen bietet sich besonders für den Umgang mit Sterbenden an, da die Kommunikation über die Gefühlsebene stattfindet und nicht über die kognitive Ebene. Demenziell Erkrankte sind in der Sterbephase nicht mehr in der Lage kognitiv zu kommunizieren, wohl aber emotional. Auch nicht demenziell Erkrankte fühlen sich durch diese Kommunikationsform wertgeschätzt und angenommen.

Ein weiteres Betreuungskonzept in der Altenpflege ist die basale Stimulation. Sie bietet die Möglichkeit nonverbal mit dem Betreffenden zu kommunizieren. Besonders für Sterbende, die das Bewusstsein verloren haben oder in ihrer Wahrnehmung stark eingeschränkt sind, bietet die basale Stimulation eine sehr gute Möglichkeit der Kontaktaufnahme, da alle Sinne angesprochen werden.

Die Biografiearbeit bekommt mit zunehmendem Alter einen immer höheren Stellenwert, da der alte Mensch nur noch wenig Erwartungen in die Zukunft setzt, aber das gelebte Leben immer mehr in den Mittelpunkt seines Denkens rückt. Die Möglichkeit zur Lebensreflexion sollte Unterstützung finden.

Im Rahmen der Biografiearbeit sind auch Fragen nach den religiösen Wünschen des Betroffenen zu klären und zu dokumentieren. Durch die Zunahme von Migranten stellen sich hier ganz neue Herausforderungen.

Nicht die standardisierte Ganzkörperpflege sollte im Vordergrund stehen, sondern eine individuell angepasste und an den situativen Bedürfnissen orientierte Körperpflege. Die Mundpflege und die Symptomkontrolle nehmen hierbei einen besonderen Stellenwert ein.

Eine kontinuierliche und fachkompetente Schmerztherapie ist besonders im Umgang mit alten Menschen nicht immer etabliert. So muss in Absprache mit den betreuenden Ärzten die Schmerztherapie einen zentralen Raum einnehmen und kontinuierlich gewährleistet sein.

Wenn ein Sterbender nicht mehr in der Lage ist, verbal zu kommunizieren, muss doch bedacht werden, dass sein Gehör noch funktioniert. Dies fordert von den Pflegekräften eine besondere Sensibilität.⁷

⁷In der Auseinandersetzung über die Erstellung einer situationsorientierten Pflegeplanung wurde deutlich, dass diese keinen Standardcharakter haben kann, sondern individuell auf die einzelne Sterbesituation zugeschnitten sein muss. Wir haben daher an dieser Stelle darauf verzichtet, eine Musterpflegeplanung zu veröffentlichen.

6. Pflege bei Schmerz

Wir alle kennen Schmerz. Er ist das natürliche und lebenswichtige Warnsignal unseres Körpers bei Gefahren, Überlastungen und Krankheit. Hält er länger an, kann der „freundliche Warner“ zur Qual werden.

Der Schmerz ist ein wesentlicher Faktor, der die täglichen Aktivitäten des Lebens einschränkt. Dies blieb lange Zeit unbemerkt. Möglicherweise liegt es daran, dass wir in unserer Kultur den Schmerz als etwas Unvermeidbares akzeptiert hatten und ihn sogar als nützlich oder gewissermaßen als charakterbildend begriffen. Das trifft verstärkt für die heute 80- bis 90-jährigen zu, die in einer Zeit groß geworden sind, in der das Aushalten von Leid und Schmerz geradezu als eine Tugend galt. Daran mag es gelegen haben, dass die Auseinandersetzung mit Schmerz und Schmerzbehandlung im medizinischen und auch pflegerischen Bereich lange wie ein „Stiefkind“ behandelt wurde. Langsam, aber unaufhaltsam finden der Schmerz und die Schmerztherapie nun in der fachlichen Ausbildung von Ärzten und der Pflege einen Platz.

Seinen Ausdruck findet der Bedeutungszuwachs im Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“, der seit 2003 in pflegerischen Einrichtungen umgesetzt wird. Heute wissen wir, dass „Indianer durchaus Schmerz kennen“. Nicht der Schmerz, sondern seine Vermeidung durch Analgesie (Aufhebung der Schmerzempfindung) und andere Strategien zur Schmerzkontrolle sind gut für den Menschen.

Schmerz ist ein überaus komplexes Problem und zudem individuell sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen und Einflussfaktoren unterworfen.

Wie der Schmerz erlebt wird, hängt nicht nur von der Stärke des Schmerzreizes ab, sondern auch davon, wie das Gehirn auf den Umgang mit diesen schmerzhaften Impulsen vorbereitet ist.

Heute wissen wir, dass Schmerzwahrnehmungen unter anderem bestimmt werden von unserer Stimmung, den Erinnerungen an frühere schmerzhafte Erfahrungen, der Ursache des Schmerzes, der zu erwartenden Schmerzdauer oder unserer Betrachtungsweise von Schmerz, die uns anezogen wurde. (siehe Anlage 3 Pflege bei Schmerz)

*Schmerz ist immer das,
was der Betroffene als Schmerz beschreibt!
Selbst der „eingebildete“ Schmerz tut weh.*

Schmerzmanagement

Individuelle Schmerzbegleitung bzw. Schmerzmanagement heißt, möglichst viele subjektive und situationsbedingte Faktoren, die das Schmerzerleben beeinflussen können, zu kennen und produktiv zu nutzen und hieraus pflegerische Ziele und entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

Die WHO⁸ definiert den Schmerz als eine unangenehme, sensorische und gefühlsmäßige Erfahrung,

die mit aktueller oder möglicher Gewebsschädigung einhergeht, oder mit den Begriffen einer solchen beschrieben wird.

Da der Leidensgrad eines Menschen subjektiv und nicht durch exakte Messinstrumente überprüfbar ist, bietet sich für die praktische Arbeit in der Pflege ein Schmerzverständnis an, das den betroffenen Menschen in seinen Empfindungen ernst nimmt und wertschätzt:

⁸ World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Durch Beobachtung und das systematische Erfassen körperlichen und seelischen Leidens und das Wissen um das Arsenal von schmerzlindernden Maßnahmen kann die Kooperation mit den Hausärzten auf ein qualitativ höheres Niveau gehoben werden. Dadurch kann es gelingen, den Betroffenen vermeidbare Schmerzen zu ersparen, vorhandene Schmerzen zu lindern und die Lebensqualität zu steigern. Die Teilhabe am sozialen Leben wird ermöglicht und damit die Voraussetzung für körperliche und seelische Gesundheit.

Der Arzt ist auf die Pflegenden vor Ort angewiesen. Wenn dann noch berücksichtigt wird, dass Physio-

und Ergotherapeuten mit den Betroffenen arbeiten, wird deutlich, dass eine Erfolg versprechende Schmerzbehandlung nur im interdisziplinären Austausch möglich ist. Fallbesprechung und gemeinsam genutzte Dokumentation sorgen dafür, dass dieser Austausch gewährleistet wird.

Für die systematische Erfassung des Schmerzes haben sich so genannte Schmerzassessments bewährt. Im Pflegeheim empfiehlt sich zum Ermitteln der Schmerzintensität der regelmäßige Einsatz von Schmerzskalen und für die Beurteilung des Schmerzverlaufes der Einsatz eines Schmerztagebuches.

Der beste Experte für den eigenen Schmerz ist der Betroffene selbst.

Hier knüpft das Schmerzassessment mit seinem Fragenkatalog an, der dem Pflegenden und dem Arzt wichtige Anhaltspunkte für das weitere Vorgehen liefern kann:

- Haben Sie Schmerzen?
- Wo haben Sie Schmerzen?
- Wann haben Sie die Beschwerden?
- Wie lange dauern die Schmerzen an?
- Wie fühlen sich die Schmerzen an?
- Welche Qualität haben sie?
- Wie stark sind die Schmerzen?
- Welche Intensität haben sie?
- Was beeinflusst Ihre Schmerzen?
- Was hilft Ihnen bisher am Besten?

Am häufigsten kommen für die Erfassung von Schmerz numerische Skalen mit Zahlenwerte von 0 – 10 oder visuelle Analogskalen mit aufgemalten

Gesichtern von lachend bis schmerzverzerrt zum Einsatz. Beide Skalen haben sich in der Praxis bewährt. An ihnen lässt sich leicht ablesen, wie der Betroffene selbst seine Schmerzintensität einschätzt.

Nahe liegend ist es, die alten Menschen einfach danach zu fragen, ob sie momentan oder seit längerer Zeit Schmerzen haben. Den Bewohner ernst nehmen, heißt, möglicherweise akzeptieren zu müssen, dass der Betroffene zwar Beschwerden äußert, die Schmerzen aber nicht behandelt haben möchte, da sie für ihn kein Problem darstellen.

Da angenehme Impulse, wie z.B. eine Massage, aber auch Humor, Wohlbefinden und Zuwendung, den Schmerz hemmen können, haben Pflegenden als unmittelbare Kontaktpersonen große Einflussmöglichkeiten.

Vor dem Hintergrund des Umgangs mit Schmerz zeigt sich, wie wichtig konzeptionelle Ansätze, wie die Milieutherapie, die Biografiearbeit und die Gestaltung der Lebenswelt der alten Menschen, sind.⁹

Schmerztherapie bei demenziell Erkrankten und „sprachlosen“ Menschen

Insbesondere bei Demenz ist es schwer, mögliche Schmerzen Betroffener zu erfassen, da sie noch weniger als andere alte Menschen diesen Schmerzen Ausdruck geben können. Man könnte sie diesbezüglich fast als „sprachlose“ Patienten bezeichnen. Wichtig bei demenziell Erkrankten ist, dass man aktiv nach möglichen Schmerzen suchen muss. Ziel der Schmerzerfassung bei demenziell Erkrankten ist, die-

sen trotz ihrer Kommunikationsstörung eine adäquate Schmerzbehandlung zukommen zu lassen und sie nicht im Vergleich zu anderen älteren Menschen schlechter zu behandeln. Bei ihnen können die allgemein gängigen Schmerzerfassungsskalen kaum oder gar nicht genutzt werden.

Für demenziell Erkrankte wurde eine spezielle Skala, die ECPA¹⁰ in Frankreich, entwickelt. (siehe Anlage 4 *Schmerzbeurteilung mit ECPA*)

Zusätzlich zur systematischen Verhaltensbeobachtung ist auch bei Angehörigen zu erfragen, ob der Betroffene vor Beginn der Demenz an einer schmerzhaften Erkrankung, wie z.B. der Osteoporose, gelitten hat und ob er regelmäßig Schmerzmedikamente eingenommen hat.¹¹

⁹ (Auszug aus dem Begleittext zum Videofilm „Umgang mit Schmerzen“, Vincenz Verlag Hannover)

¹⁰ ECPA = Echelle Comportementale de la Douleur pour Personnes Agées non communicantes

¹¹ vergl. Dr. Fahl, Karin/ Dr. Strelow, Karin, Berlin 2003

7. Dokumentation

Entscheidend für die Handlungsfähigkeit der Pflegenden in der jeweiligen Situation ist die Qualität der Informationen, auf die sie zurückgreifen können. Hier soll keine zusätzliche Bürokratie aufgebaut werden, aber es muss durch ein effizientes Formular- und Dokumentationswesen sichergestellt werden, dass die vorhandenen notwendigen Informationen für ein sicheres und bewohnerorientiertes Handeln übersichtlich zur Verfügung stehen. Alle Dokumente und standardisierten Abläufe sind daher auf die in dieser Broschüre genannten Aspekte abzurufen und ggf. zu ergänzen.

Um eine unnötige doppelte Erfassung der Daten zu gewährleisten, ist sicherzustellen, dass die erhobenen Informationen sinnvoll zusammenfließen. Alle Leistungsbereiche einer Einrichtung und ihre Kooperationspartner sind einzubinden und zu informieren.

Folgende Informationen sollten in der Pflegedokumentation enthalten sein

- Hinweis über vorhandene Patientenverfügung und wo sie abgelegt ist¹²
- Hinweis, in welchen Fällen (z.B. auch nachts) welche Bezugspersonen informiert werden sollen
- Hinweis für Notärzte, falls keine Einweisung in ein Krankenhaus mehr gewünscht wird
- Hinweis, ob der Wunsch besteht, dass ehrenamtliche Hilfsdienste (z.B. Hospizhelferinnen) im Bedarfsfall hinzugezogen werden sollen
- Dokumentationen über geäußerte Wünsche für die Begleitung während der Sterbephase, z.B. geistlichen Beistand
- Dokumentation über den Abbruch von Therapien, Protokolle von Fallbesprechungen, von Ethikkomitees
- aktualisierter Pflegeplan, wenn die Regelversorgung sich verändert
- zeitnahe Einträge in den Pflegebericht, wenn sich der Zustand verändert, verschlechtert
- Dokumentation der Symptomkontrollen
- Dokumentation über bereits bestehende Bestattungsverträge oder beauftragte Bestatter
- Dokumentation über Bestattungswünsche

¹² siehe auch: Kapitel 14 Rechtliche Aspekte in Grenzsituationen des Lebens

8. Seelsorge

Der Begriff „Seelsorge“ steht allgemein in den christlichen Kirchen für geistig-seelische Betreuung und Lebenshilfe.

„...dass Seelsorge etwas zutiefst Menschliches ist und ganz allgemein in zwischenmenschlichen Beziehungen stattfindet bzw. stattfinden kann. Es ist menschlich, einen anderen um Rat zu fragen und Rat einzuholen. Wo Menschen einander zuhören und sich gegenseitig helfen, findet Seelsorge statt...“¹³

Gerade im Sterbeprozess und in der ersten Zeit nach Eintritt des Todes werden in der pflegerischen Arbeit immer wieder Grenzsituationen erlebt, Glaubens- und Sinnfragen des Lebens berührt. Hier sind die Pflegenden besonderes gefragt. Seelsorge in der Pflege heißt, sich der Befindlichkeiten des Sterbenden bzw. seiner Angehörigen anzunehmen. Für die Pflegenden ist es von großer Bedeutung, die Grenzen ihres Handelns zu kennen, aber auch zu erkennen oder zu merken, wo sie durch ihr gut gemeintes Verhalten andersgläubige Bewohnerinnen verletzen statt ihnen

beizustehen. Notwendig und äußerst hilfreich ist die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Todesvorstellungen und Riten, die aus Sicht anderer Religionen, Glaubenslehren oder Weltanschauungen beim Sterben oder nach Eintritt des Todes einzuhalten sind. (siehe Anlage 5 *Bedeutung und Rituale der großen Weltreligionen*).

Oft stehen ausgebildete Seelsorgerinnen und Seelsorger zur Verfügung. Der Kontakt zu den Seelsorgern der verschiedenen Glaubensgemeinschaften und die Klärung, wann sie gerufen werden sollen und müssen, ist in der Sterbephase besonders wichtig. Trotzdem sind auch die Pflegenden gefragt, sich selbst den Fragen der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen zu stellen. Eine wichtige seelsorgerliche Aufgabe kommt ihnen auch nach Eintritt des Todes zu Beginn der Trauer zu. Dazu sind auch Ressourcen leitender Mitarbeiter (Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung) einzubeziehen.

9. Trauer

Trauer ist eine normale, natürliche, spontane, wichtige, gesunde Reaktion auf einen erlittenen Verlust. Trauer ist ein Zeichen von Lebendigkeit und hat das Ziel, nach einem Todesfall möglichst uneingeschränkt wieder am „normalen“ Leben teilnehmen zu können. Im Trauerprozess haben die Trauernden unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen:

1. Die Realität des Verlustes zu akzeptieren.
2. Den Trauerschmerz zu erfahren, auszuhalten und durchzuarbeiten.
4. Sich einer Umgebung anzupassen, in der der Verstorbene fehlt.
5. Dem Verstorbenen emotional einen neuen Platz zuzuweisen und das eigene Leben wieder aufzunehmen bzw. weiterleben zu können.

Die Trauerwege oder die Erscheinungsformen von Trauer sind dabei ganz unterschiedlich und individuell.

Entgegen früherer Vorstellungen, dass Trauer irgendwann beendet ist, weiß man heute, dass Trauer einen Menschen verändert und alle Trauererfahrungen Spuren im Sinne von Narben hinterlassen. Diese „Narben“, die so genannte Resttrauer, können zu unterschiedlichsten Zeiten bei verschiedensten Gelegenheiten wieder aufbrechen oder schmerzen. Es ist also nicht ratsam, nicht zu trauern und keine schmerzlichen Gefühle zu haben oder zu zeigen. Wichtig ist vielmehr sie zu kennen und zu lernen mit ihnen umzugehen.

Unmittelbar nachdem der Tod einer Bewohnerin eingetreten ist, wird dem Pflegenden große Professionalität abverlangt. Neben den alltäglichen üblichen Pflgetätigkeiten muss die Pflegekraft die Versorgung des Verstorbenen, die Betreuung der Angehörigen und die organisatorischen Aufgaben übernehmen. Dazu gehört z. B. die Information des Arztes und des Bestatters. Als besondere Belastung kann hinzukommen, dass die Pflegenden zusätzlich den unreflektierten Vorwürfen von Angehörigen über eine unzurei-

chende Pflege ausgesetzt sind. Sie dienen damit als Projektionsebene für deren Schuldgefühle.

Pflegende sind Wegbereiter für die Trauerwege der Angehörigen. Sie können die Angehörigen ermutigen, sich Zeit für den Abschied zu nehmen, sie einladen, die Verstorbenen mit zu versorgen und so den Tod zu begreifen und bewusst Abschied zu nehmen. Sie können den Angehörigen Mut machen, sich an der Gestaltung der Abschiedsfeier zu beteiligen.

Das besondere Merkmal qualifizierter Altenpflege besteht neben fachlicher Kompetenz in der Fähigkeit, zu den betreuten Personen eine Beziehung aufzubauen, die von Verstehen, Vertrauen und Nähe gekennzeichnet ist. „Pflege heißt: Verstehend, liebend, handelnd In-Beziehung-Treten“.¹⁴ Gleichzeitig gehört zum Alltag in der Altenpflege Sterbende zu begleiten und immer neu Abschied zu nehmen. Das Sterben alter Menschen bedeutet nicht nur für Angehörige und Freunde einen Verlust, sondern auch für die Pflegenden.

Durch die vielfältigen Aufgaben, die nach Eintritt des Todes für die Pflegenden einsetzen, rückt die eigene Auseinandersetzung um das Ende der Pflegebeziehung in den Hintergrund. Die Ablauforganisation einer Einrichtung muss den Pflegenden Gelegenheiten der eigenen Reflexion über die am Verstorbenen geleistete Pflege ermöglichen.

„Was auch immer wir verlieren, es ist wichtig, dass wir genügend Zeit und Raum und Ermutigung für unsere Trauer bekommen. Es ist wichtig, dass unsere Seele auf den Verlust antworten darf.“¹⁵

Rituale bieten Angehörigen, Bewohnerinnen und Pflegenden Gelegenheit ihrer Trauer um verstorbene Bewohnerinnen Ausdruck und Raum zu geben. Jede Einrichtung, jedes Team muss dafür eine eigene Form finden. Die folgenden Vorschläge sind Anregungen zum weiteren Nachdenken. (siehe Anlage 6 Leitfaden zur Trauerkultur)

¹⁴ Zitierung: A. Vogel, *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, Stuttgart 2000

¹⁵ Waldemar Pisarski, *Auch am Abend wird es Licht sein, Sterben lernen – Leben lernen*

10. Rituale

Rituale sind festgelegte Handlungsabläufe, beziehungsweise das Vorgehen nach einer bestimmten Ordnung. Wir begegnen ihnen oder schaffen sie uns sowohl im alltäglichen als auch im religiös-spirituellen Leben. Rituale schaffen Sicherheit und Vertrautheit, sie helfen, in schwierigen Situationen Orientierung zu finden und geben so emotionale Stabilität. Rituale wirken gemeinschaftsfördernd und gemeinschaftsstiftend. In der Pflege Verstorbener sind Rituale für die Pflegenden von großer Bedeutung. Sie ermöglichen ihnen, ihrer Trauer Ausdruck zu geben, Erinnerungen an den Verstorbenen festzuhalten und sich darüber im Kollegenkreis auszutauschen. Zudem ermöglichen Rituale eine Vergewisserung der eigenen beruflichen Tätigkeit.

Als Beispiele solcher Rituale stehen die Aussegnungsfeier, Abschiedsfeiern, jährliche Gedenkgottesdienste für die Verstorbenen oder ein Erinnerungsbuch, in dem die Pflegenden wie auch die Mitbewohner und die Angehörigen Gedanken an den Verstorbenen festhalten können. Ein Ort für weitere Rituale kann eine Erinnerungsstätte im Altenheim sein, an der mit einem Foto und mit Blumen des Verstorbenen noch eine Weile gedacht wird.

Die Aussegnungs- und Abschiedsfeier

Die Aussegnungsfeier unterscheidet sich von der Abschiedsfeier dadurch, dass sie in Gegenwart des Verstorbenen stattfindet. Sie wird im Zimmer des Verstorbenen oder, falls dies nicht möglich ist, in einem Aussegnungsraum durchgeführt, bevor der Verstorbene aus dem Haus abgeholt wird.

Die Aussegnungsfeier ist ein ritualisiertes Angebot der Altenhilfeeinrichtung und ist zunächst als Abschiedsmöglichkeit für Mitarbeitende und Bewohnerinnen, die an einer Beerdigung nicht teilnehmen können, gedacht.

Der Termin sollte zuvor mit den Angehörigen, dem Bestattungsunternehmen sowie dem Pfarramt abgesprochen werden. Alle Bewohnerinnen, die daran teilnehmen möchten sowie die Mitarbeitenden aus der

Pflege und die Angehörigen können auf diese Weise gemeinsam Abschied nehmen und sich als Solidargemeinschaft erleben.

Mögliche Elemente für den Ablauf einer Aussegnung in Form von Texten und Liedern bietet vor allem Mitarbeitenden die Vorlage für Aussegnungsfeiern aus dem Birkenhof e.V. Diese können auch auszugsweise verwandt werden.¹⁶ (siehe Anlage 7 Ablauf einer Aussegnung). Weitere Anregungen können Sie der Broschüre „Mitten im Tod das Leben“ entnehmen.¹⁷

Gedenkfeier für Bewohnerinnen und Angehörige

Einmal jährlich findet eine Gedenkfeier für die in diesem Jahr verstorbenen Bewohnerinnen statt zu der auch Angehörige eingeladen werden. Als Anlass bietet sich der Ewigkeitssonntag am Abschluss des Kirchenjahres an. Die Angehörigen werden noch einmal dazu eingeladen. Die Namen der Verstorbenen werden verlesen, eine Kerze für jeden angezündet. Erinnerungen werden ausgetauscht. Mit Symbolen wird ausgedrückt, was alle Anwesenden bewegt. Ein fester Ablauf und wiederkehrende Rituale erleichtern die Vorbereitung.¹⁸

Gedenkfeier für Pflegende

Ein guter Brauch kann es sein, sich z.B. vierteljährlich eine halbe Stunde Zeit im Team zu nehmen, um als Team der Verstorbenen des letzten Vierteljahres zu gedenken. Ein fester Rahmen für dieses Gedenken kann hilfreich sein und die Planung und Vorbereitungszeit verkürzen. Ein möglicher Ablauf könnte z.B. sein: Eine kurze Einstimmung, leise Musik, für jede verstorbene Bewohnerin wird eine Kerze angezündet, der Name wird laut ausgesprochen, Erinnerungen ausgetauscht, das Lieblingsgedicht, Lieblingslied gesprochen, gesungen, dann der nächste Name genannt. Ein Fürbittengebet oder Wünsche für die Verstorbenen folgen, bevor die Gedenkfeier mit einem Segen für die Pflegenden abschließt.

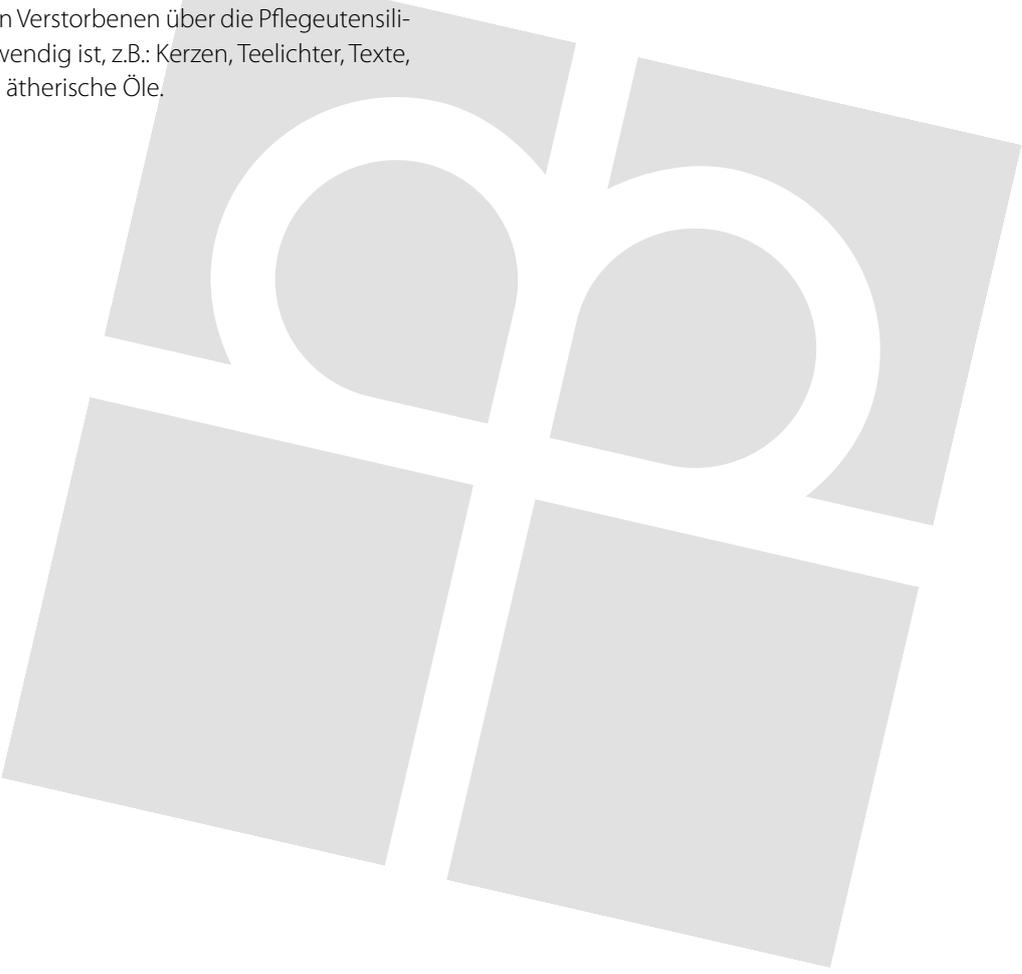
¹⁶ Ablauf einer Aussegnung, Diakon Gottfried Wasmuth Birkenhof e.V., Hannover, ¹⁷ Broschüre „Mitten im Tod das Leben“, Entwürfe zur Feier der Aussegnung in diakonischen Einrichtungen, DW EKD, Berlin 2005, ¹⁸ Konkrete Anregungen hierzu in: Friederike Schuppener „Wir bleiben, wenn du gehst, Gebete, Lesungen und Lieder am Sterbebett“ und „Arbeitshilfe Trauer- und Gedenkgottesdienste persönlich gestalten“ und im Gebetsteil des Evangelischen Gesangbuchs.

Erinnerungsbuch

Ein schöner Ordner wird angelegt, der öffentlich zugänglich ist. Für jede Verstorbene wird eine Seite gestaltet: mit Erinnerungen, einem Bild, dem Lieblingsgedicht oder Lieblingslied. Die Seite kann von Angehörigen aber auch von Pflegenden gestaltet werden.

Abschiedskoffer

Eine Anregung und Hilfe für alle Teammitglieder kann es sein, einen Abschiedskoffer zusammenzustellen und im Dienstzimmer bereitzuhalten, der alles enthält, was bei der Begleitung Sterbender und für die Versorgung von Verstorbenen über die Pflegeutensilien hinaus notwendig ist, z.B.: Kerzen, Teelichter, Texte, Gebete, Musik, ätherische Öle.



11. Schulung und Begleitung der Mitarbeitenden

Durch Mitarbeiterbefragungen wird immer wieder deutlich, dass die Grundeinstellung und die Bereitschaft, sich mit der Sterbebegleitung aktiv auseinanderzusetzen, bei vielen Mitarbeitern in diakonischen Einrichtungen vorhanden ist. Das tägliche Handeln wird von vielen Ängsten und Unsicherheiten begleitet.

Emotionale, soziale und kommunikative Kompetenzen können in Supervisionen und Fallbesprechungen geschult werden. Sie führen zu einem sicheren und selbstverständlichen Umgang mit dem Sterbenden. Fort- und Weiterbildungen sowie Projekte zu verschiedenen Themen in diesem Kontext vertiefen die Fachlichkeit und erweitern die Schlüsselkompetenzen der Mitarbeitenden.

Grundvoraussetzung ist die Bereitschaft, sich auch mit dem eigenen Sterben auseinander zu setzen. Die fachliche Qualifikation erfolgt entweder über eine Weiterbildung „Palliative Care“ oder mit Fortbildungen zur Symptomkontrolle im medizinisch pflegerischen Bereich. Begleitende und unterstützende Techniken wie Validation bei dementiell Erkrankten

und Basale Stimulation können als „Aufbaukurse“ angedacht werden.¹⁹ Spirituelle und psychologische Gesprächsführung gehören ebenfalls zur Grundausbildung in der Sterbe- und Trauerbegleitung. Rechtliches Wissen zum Thema „Patientenverfügung“ und „Patientenautonomie“ geben den Pflegekräften zusätzlich Sicherheit.

Die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung wird zukünftig die Sterbebegleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen stärker fokussieren müssen. Interdisziplinäre Qualitätszirkel bieten dafür eine geeignete Plattform und können durch schriftlich fixierte Standards zusätzliche Sicherheit im Umgang mit Sterbenden vermitteln.

Standardisierte Abläufe im Rahmen eines Qualitätsmanagements machen einen würdevollen Umgang mit den Verstorbenen leichter.

Die Kultur der Sterbebegleitung als alltägliche Selbstverständlichkeit in die Einrichtungen zu implementieren ist eine fortwährende Aufgabe und muss sich stetig weiterentwickeln.

¹⁹ siehe auch Beschreibung unter Kapitel 5 Pflege sterbender alter Menschen

12. Ethikberatung

Ethische Fragen sind in den letzten Jahren häufiger Diskussionsstoff in der Öffentlichkeit gewesen. Ethische Grundpositionen in der biomedizinischen Forschung, in Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten werden seit den 70er Jahren in Deutschland durch Ethikkommissionen beraten. Im Bereich der Patientenversorgung gründeten sich vorwiegend in diakonisch konfessionellen Häusern seit den 80er Jahren klinische Ethikkomitees. Diese Komitees beraten Ärzte und Pflegende in ethischen Konfliktsituationen. Ethikberatung hat die Aufgabe, den Prozess des Umgangs mit ethischen Fragen zu moderieren und zu organisieren. Ein Ethikkomitee setzt sich aus ca. 12 Mitgliedern der Professionen Medizin, Pflege und Seelsorge zusammen.

Die Aufgaben eines Ethikkomitees sind:

- Entwicklung von Leitlinien
- Durchführung von Fallbesprechungen vor einem ethischen Hintergrund
- Besprechung des Ergebnisses mit dem Antragsteller
- Durchführung von Fortbildungen
- Angebote von Ethikforen
- Erarbeitung eines Ethikordners für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Ethische Fallbesprechungen²⁰

Die Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren, dem menschlich Vertretbaren und dem finanziell Leistbaren wirft zunehmend Konflikte ethischer Natur auf, die durch medizinisches, pflegerisches oder ökonomisches Fachwissen allein nicht mehr lösbar sind. Ethische Konflikte werden am ehesten und dringlichsten dort spürbar, wo alltägliche Entscheidungen gefällt werden müssen, nämlich im Umgang von Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Seelsorgern usw. mit Patienten und deren Angehörigen. Ethische Fallbesprechungen bieten einen Raum, solche Konflikte unter Einbeziehung der verschiedenen Beteiligten anzusprechen und gemeinsam verantwortbare

Lösungswege zu finden. Ethische Fallbesprechungen können von den Mitarbeitern der Einrichtung, aber auch von den Patienten oder deren Angehörigen angeregt werden. Die Moderation erfolgt durch einen eigens dafür geschulten Moderator. Moderationsanleitungen – wie z. B. die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung²¹ – können helfen, die Diskussion zu strukturieren und damit in vertretbarer Zeit zu gemeinsamen Lösungen zu kommen.

Zu Beginn der Fallbesprechung sollte versucht werden, das ethische Problem so genau und so konkret wie möglich zu benennen, denn nur auf eine klare Frage kann auch eine klare Antwort gefunden werden. Danach werden Fakten erhoben, die zur Beantwortung der Frage erforderlich sind. Dabei sind neben ärztlichen und pflegerischen auch lebensanschauliche und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen. In dieser Phase sollten auch die verschiedenen Handlungsalternativen benannt werden. In der dritten Phase des Gesprächs erfolgt eine Bewertung der Fakten und der verschiedenen Handlungsalternativen im Hinblick auf bestimmte ethische Grundwerte, wie Autonomie, Fürsorge, Würde oder Gerechtigkeit. Vor der Beschlussfassung werden die bisherigen Ergebnisse der Besprechung noch einmal zusammengefasst. Dabei wird auch gefragt, ob wichtige Fragen noch unbeantwortet sind und ob dennoch eine verantwortbare Entscheidung gefällt werden kann. Nach Möglichkeit sollte die Beschlussfassung im Konsens aller Beteiligten erfolgen. Wo dies nicht möglich oder aber nicht hilfreich ist, hat oft das Akzeptieren von Dissens bereits eine klärende Wirkung. Ethische Fallbesprechungen dienen der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Sie wollen die Verantwortung des einzelnen Entscheidungsträgers unterstützen, aber nicht ersetzen. (siehe Anlage 8 Das Nimwegener Modell)

Diakonische Altenhilfeeinrichtungen sollten ihr ethisches Profil erkennbar werden lassen. Ethisches Handeln kann nicht nur eine pflegerische Aufgabe sein, sondern muss gesamtorganisatorisch erfahrbar werden.

²⁰ Der Punkt Ethische Fallbesprechung und das Nimwegener Modell wurde uns von Herrn Dr. Alfred Simon, Göttingen zur Verfügung gestellt.

²¹ Siehe Anlage 8 Das Nimwegener Modell

13. Kooperation und Vernetzung

Kooperation heißt Zusammenarbeit gestalten. Sie spart Ressourcen und setzt Kräfte frei, die anders genutzt werden können. Zum Profil diakonischer Sterbegleitung gehört die Kooperation mit anderen. Sie ist ein Qualitätsmerkmal, das in stationären Altenhilfeeinrichtungen professionell eingesetzt werden sollte. In der Sterbe- und Trauerphase kommt es darauf an, qualifizierte, fachlich seelsorgerliche Begleitung anzubieten, um die Individualität des Sterbenden nach seinen Bedürfnissen zu gestalten. Menschen in der Sterbephase brauchen viel Zuwendung und eine fachlich spezialisierte Betreuung.

Phasen einer konstruktiven Zusammenarbeit

Kooperation bei der Begleitung Sterbender ist gewollt und wichtig und doch kommt es häufig zu Problemen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen. Es fehlen notwendige Informationen über den anderen Arbeitsbereich und die Arbeitsbedingungen. Die Erwartungen der einzelnen Akteure sind sehr verschieden. Soll Kooperation gelingen, ist diese strukturiert vorzubereiten. Vor Beginn einer Kooperation sollten sich alle beteiligten Partner die grundsätzliche Frage stellen: „Was haben wir und was hat unser Kooperationspartner von einer Zusammenarbeit mit uns?“

Kooperationen sind mit vielfältigen Partnern nötig, um eine umfassende Versorgung von Sterbenden in stationären Einrichtungen zu gewährleisten. (siehe Anlage 9 Netzwerkpartner für Palliativkompetenz)

Für eine konstruktive Kooperation gilt es, vier Schritte zu berücksichtigen:

1. Informationsaustausch über den jeweiligen Arbeitsbereich und die Arbeitsbedingungen.
2. Die Klärung der wechselseitigen Erwartungen und die Benennung der möglichen Probleme, so weit sie gesehen oder befürchtet werden.
3. Festlegung der Aufgaben:
 - Zuständigkeiten
 - Ansprechpartnerinnen bei Problemen
 - Informationsfluss
 - Erfahrungsaustausch
 - Gemeinsame Fortbildung
 - Koordination
4. Institutionalisierte Zusammenarbeit
 - Schaffung von Strukturen, die eine Zusammenarbeit fördern
 - Freistellung einer Fachkraft für die Koordinationsaufgaben mit den Kooperationspartnern
 - Organisation gemeinsamer Fachgespräche und Fortbildungen
 - Öffentlichkeitsarbeit

14. Rechtliche Aspekte in Grenzsituationen des Lebens²²

Welches sind die rechtlichen Voraussetzungen für die Nichtdurchführung bzw. den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen?

Zu dieser Frage führt der Bundesgerichtshof in einer Grundsatzentscheidung Folgendes aus (BGH, Beschluss vom 17.3.2003, XII ZB 2/03):

„Ist der Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dieses seinem zuvor - etwa in Form einer sogenannten Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht. Dieses folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell - also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen - zu ermitteln ist. Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser den Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“

Daraus folgt:

1. Eine ärztliche und / oder pflegerische Behandlungsmaßnahme ist rechtswidrig, wenn kein Rechtfertigungsgrund für das ärztliche und / oder pflegerische Handeln vorliegt.
2. Als Rechtfertigungsgrund kommt in erster Linie die Einwilligung des Patienten in Betracht.
3. Wenn der Patient, der einwilligungsfähig ist, nicht in eine ärztliche und / oder pflegerische Behandlungsmaßnahme einwilligt, hat diese zu unterbleiben. Ansonsten macht sich der Arzt bzw. die Pflegekraft ggf. strafbar.

4. Ein einwilligungsfähiger Patient kann dementsprechend die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen verweigern.

Wie sieht es aber aus, wenn der Patient einwilligungsunfähig ist?

1. Entscheidend ist der Patientenwille.
2. Die größte Rechtssicherheit besteht, wenn der Patientenwille schriftlich fixiert ist. Dazu gibt es Patiententestamente.
3. Ist der Wille des Patienten nicht schriftlich fixiert, ist der mutmaßliche Wille des Patienten zugrunde zu legen.
4. Hier gibt es immer Rechtsunsicherheiten, weil der mutmaßliche Wille nicht immer eindeutig definiert werden kann. Im Regelfall ist dieser aus mündlichen Äußerungen des Patienten herzuleiten. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens kann es dazu kommen, dass Familienangehörige, Freunde, Ärzte oder Pflegekräfte unterschiedliche Aussagen über den mutmaßlichen Willen des Betroffenen machen. In solchen Fällen ist der mutmaßliche Wille des Patienten nicht festzustellen.
5. Ist der mutmaßliche Wille des Patienten nicht festzustellen, hat der Arzt im Zweifelsfall dem Patienten in Notfällen das Leben zu retten, indem lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden.
6. Ist der mutmaßliche Wille festgestellt worden, ist dieser entscheidend. Hat der Patient entsprechend seines mutmaßlichen Willens lebensverlängernde Maßnahmen verweigert, sind diese nicht durchzuführen.
7. Besondere Anforderungen an die Form von Behandlungsanweisungen (z.B. notarielle Beurkundung, Handschriftlichkeit) gibt es nicht. Dennoch ist im Interesse der Rechtssicherheit und insbesondere auch im Hinblick auf eine Akzeptanz im Rechtsverkehr eine schriftliche Patientenverfügung stets zu empfehlen. Nicht erforderlich ist im Hinblick auf die Geschäftsfähigkeit des Verfü-

²² Der Beitrag Kapitel 14. Rechtliche Aspekte in Grenzsituationen des Lebens wurde uns aus dem Justizariat des DWH von Herrn Frank Garlich, Assessor zur Verfügung gestellt.

genden das Mitunterzeichnen der Patientenverfügung durch einen Zeugen.

8. In der Praxis lässt sich die Erfahrung machen, dass Patientenverfügungen im Rechtsverkehr nicht immer eine Akzeptanz finden. Viele Ärzte entscheiden sich im Zweifelsfalle dafür, lebensverlängernde Maßnahmen durchzuführen. Hier bedarf es des Tätigwerdens von beispielsweise Pflegekräften, Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern, die den Ärzten den tatsächlichen Willen des Patienten eindeutig deutlich machen müssen, um im Einzelfall zu gewährleisten, dass der Wille des Betroffenen Berücksichtigung findet.

Wie ist beim Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zu verfahren?

1. Auch hier entscheidet der tatsächliche oder mutmaßliche Wille des Patienten. Es sollte eine größtmögliche Rechtssicherheit dadurch erzielt werden, dass der Patientenwille schriftlich und zeitnah in einem Patiententestament fixiert wird. Es empfiehlt sich, das Patiententestament jährlich erneut zu unterschreiben, um deutlich zu machen, dass der Patient an seinem im Patiententestament geäußerten Willen festhält.

Lebensverlängernde Maßnahmen können abgebrochen werden, wenn:

- der Betroffene einwilligungsunfähig ist,
- das Grundleiden einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat und
- eine Entsprechung im Willen des Betroffenen, bei mangelnder Feststellbarkeit im mutmaßlichen Willen, festgestellt werden kann.

Wer hat den Willen des Betroffenen, der dahingeht, dass lebensverlängernde Maßnahmen abgebrochen werden sollen, umzusetzen?

Hierzu hat der BGH die folgende Rechtsposition entwickelt (BGH, Beschluss vom 8.6.2005, Az.: XII Z R 177/03):

1. Sind Arzt und Betreuer einer Meinung, besteht kein Bedarf für eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung und alle sind verpflichtet, sich an die Entscheidung des Betreuers zu halten. Es wird unterstellt, seine Entscheidung entspricht dem Willen des Betreuten.
2. Verlangt der Betreuer in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt, dass künstliche Ernährung des einwilligungsunfähigen Patienten eingestellt wird, so kann das Pflegeheim in diesem Fall jedenfalls nicht den Heimvertrag entgegensetzen. Auch die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung in einem solchen Fall nicht.
3. Heime dürfen sich nicht weigern, ein selbst bestimmtes Sterben von Bewohnern zuzulassen. Sie dürfen keinen Bewohner zwangsernähren, wenn dieser dieses nicht wünscht. Sie haben mit Schadensersatz, sogar mit einer Strafanzeige zu rechnen, wenn sie entgegen des erklärten Willens des Patienten, entgegen der Aufforderung des Betreuers und des behandelnden Arztes den Patienten über die PEG-Sonde weiter ernähren und nicht sterben lassen.
4. Umstritten ist noch, ob keine Vergütungsverpflichtung des Patienten bzw. der Krankenkassen besteht, wenn dem Patienten Versorgungsleistungen wissentlich gegen seinen ausdrücklichen Willen aufgedrängt werden.
5. Ein klar geäußertes Patientenwille gilt und darf nicht stets in Frage gestellt werden. Auch dürfen Heime sich nicht über die Entscheidung der Ärzte und Betreuer hinwegsetzen. Sie können in solchen Fällen das Vormundschaftsgericht anrufen, dürfen sich aber nicht mit eigenen Erwägungen gegen die von Zuständigen gefällten Entscheidungen stellen (so BGH, in o. g. Entscheidung).

Rechtliche Problematisierung der BGH-Entscheidung vom 8.6.2005:

1. Das Problematische der Entscheidung des BGH liegt in der Annahme begründet, der Patientenwille würde hinreichend durch den Betreuer und den Arzt zum Ausdruck gebracht. Seien sich diese einig, gebe es keine Veranlassung der Überprüfung der Entscheidung durch das Vormundschaftsgericht, keine Möglichkeit des Heims, sich zu verweigern.
2. Die Entscheidung des BGH beruht auf der Annahme, dass ein einmal geäußelter Wille keinen zukünftigen Meinungsänderungen unterliegt.
3. Der Autor kritisiert, dass die BGH-Rechtsprechung die Problematik eines veränderten Willens nicht aufgreift.
4. Der Wille, wenn er denn in einer Patientenverfügung niedergelegt oder auf andere Weise zum Ausdruck gebracht wurde, ist zu einem Zeitpunkt geäußert worden, da der Betreute sich in einer ganz anderen Situation als der befand, in der die Entscheidung vollzogen, d.h. die Ernährung über PEG-Sonde eingestellt wird. Offen ist, ob er in einer solchen Situation gleichsam den in der Vergangenheit geäußerten Willen unter den neuen Situationsumständen auch äußern würde. Die Entscheidung „ich möchte in einer solchen Situation nicht weiter behandelt werden“ hat sich ggf. verändert, ist eine andere geworden, wenn der befürchtete Zustand eingetreten ist.

Wie sollte also in der Praxis verfahren werden?

1. Wenn Arzt und Betreuer der Meinung sind, dass eine PEG-Sonde nicht gelegt bzw. eine Ernährung über eine PEG-Sonde nicht weiter erfolgen soll, kann sich das Heim nicht mit Berufung auf den Heimvertrag oder das Gewissen der Pflegekräfte dieser Entscheidung widersetzen.
2. Heime und ihre Mitarbeiter sind die, die den nächsten Kontakt zu den Bewohnern haben. Sie können durch ihre persönliche Kenntnis, durch ihre Wahr-

nehmung in der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen Anhaltspunkte finden, ob dieser weiterleben möchte oder nicht, ob er am Willen von damals festhalten will bzw. bereit ist zum Sterben. Liegen Anhaltspunkte vor, dass der Bewohner weiterleben möchte und nicht mehr an seinem in der Vergangenheit geäußerten Willen festhalten will, ist durch das Heim das Vormundschaftsgericht anzurufen, damit die Entscheidung von Arzt und Betreuer ggf. überprüft werden kann.

3. Soll in einem Heim eine PEG-Sonde gelegt werden und ist der Betroffene einwilligungsunfähig, ist im Zweifelsfall ein Betreuer zu bestellen, es sei denn, der Betroffene hat vorab im Rahmen einer Vorsorgevollmacht einen Bevollmächtigten für diesen Aufgabenkreis benannt. Sind Arzt und gesetzlicher Betreuer hinsichtlich des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen unterschiedlicher Auffassung und ist der gesetzliche Betreuer der Meinung, der Betroffene wünsche den Abbruch, hat er die Möglichkeit, eine Zustimmung zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht zu erhalten. Nach der BGH-Entscheidung vom 8.6.2005 könnten Anwälte und Betreuer künftig sogar vor Gericht eine einstweilige Verfügung beantragen, um eine Zwangsbehandlung zu beenden. Das Vormundschaftsgericht kommt somit immer dann zum Zuge, wenn keine eindeutige Klarheit über den mutmaßlichen Willen des Betroffenen besteht.

In folgenden Fällen ist die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einzuholen:

- Arzt und gesetzlicher Betreuer verfügen den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, Heim oder Dritter haben Anhaltspunkte, dass der Wille des Betroffenen von dieser Entscheidung abweicht.
- Arzt und gesetzlicher Betreuer sind nicht einer Auffassung zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, will der gesetzliche Betreuer solche

durchsetzen, hat er die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einzuholen.

4. Folgende Rechtsunsicherheit besteht auch weiterhin: Pflegekräfte können nicht zu einem Verhalten gezwungen werden, bei dem sie sich möglicherweise strafbar machen. Die strafrechtlichen Grenzen einer „Hilfe zum Sterben“ sind aber noch nicht höchstrichterlich geklärt.
5. Stimmt das Vormundschaftsgericht dem Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zu, besteht aus Sicht der Heime unter dem Gesichtspunkt der Strafbarkeit keine Veranlassung, den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen nicht durchzuführen. Bestehen Zweifel am Willen des Betroffenen, sollte immer das Vormundschaftsgericht als Kontrollinstanz und mögliches Korrektiv eingeschaltet werden.

Fazit:

Die Entscheidung des Patienten, der Krankheit ihren natürlichen Verlauf zu lassen, ist kein Verlangen nach Sterbehilfe. Es stellt lediglich eine Änderung des Therapieziels dar. Besteht die Änderung des Therapieziels in der Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung (Therapiebegrenzung), muss dieses ausdrücklich verlangt werden oder in einer Vorausverfügung (Patiententestament) verlangt worden sein. Das Patiententestament wird oft im Zusammenhang mit einer Vorsorgevollmacht verschriftlicht. Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht kann der Patient Anordnungen für den Fall treffen, dass er seine Angelegenheiten nicht mehr selbstständig erledigen kann.



15. Geborgenheit erleben – auch auf der letzten Wegstrecke – Ein Erfahrungsbericht aus der Altenpflege²³

Eine stationäre Altenpflegeeinrichtung wird aus Gründen der Altersschwäche und/oder Verwirrtheit bezogen. Am Ende dieses Lebensabschnitts ist diese Einrichtung in der Regel dann auch der Ort an dem sich der Tod vollzieht. So ist die stationäre Altenhilfe durch die oftmals langjährige Beziehung zum Bewohner geradezu prädestiniert, die Grundsätze der Hospizarbeit zu integrieren und Sterbebegleitung zu leisten.

Die Einbeziehung dieser Idee ist eine Frage der Qualitätssicherung und setzt voraus, dass sich alle Mitarbeiterinnen mit der Thematik auseinandersetzen. Das bedeutet, neben den Pflegekräften müssen sich auch die Leitung und die Hauswirtschaft bis hin zu den Mitarbeiterinnen aus Verwaltung mit dem Hospizgedanken befassen, um diese Idee mittragen zu können. Die hausinterne Auseinandersetzung mit den Grundsätzen der Hospizbewegung zielt auch auf eine gute Zusammenarbeit mit den örtlichen ehrenamtlichen Hospizhelferinnen hin und erleichtert die Integration derer sowie die Multiplikation der Hospizidee überhaupt.

Der Sterbebegleitung wurde in unserem Haus schon immer eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Sterbebegleitung sollte nicht nur routinemäßig abgeleistet werden, wissen wir doch alle, wie wenig Zeit für die vielen Aufgaben in unserem Arbeitsalltag bleibt. Wir wollten erreichen, dass ein durchgängiges Bewusstsein bei den Mitarbeiterinnen für die Begleitung Sterbender geschaffen wird und in jeder Situation abrufbar vorhanden ist.

So kamen wir zu den Fragen:

1. Was wollen wir für unser Haus?
Wie soll Sterbebegleitung in unserem Haus stattfinden?
2. Wie kann es uns gelingen, eine besondere Haltung für Sterbebegleitung bei den Mitarbeiterinnen zu wecken?

Zur Vorbereitung auf dieses Thema haben wir mit einer internen Fortbildungsreihe „Sterben in Würde“²⁴ begonnen. Diese Auseinandersetzung hat zunächst bewirkt, dass wir unser eigenes bisheriges Handeln reflektiert haben. Deutlich ist hierbei aber auch geworden, dass es für die Mitarbeiterinnen unbedingt erforderlich ist, sich mit der eigenen Sterblichkeit und den damit verbundenen Ängsten zu befassen. Demzufolge erhielten Schwerpunkte der Sterbegleitung verbunden mit Ritualen in unserer stationären Umgebung eine tiefere Bedeutung für die einzelnen Mitarbeiterinnen. Es wurde darüber nachgedacht, wohin ein Mensch geht, wenn er unser Haus, die Erde selbst verlässt und wie er dieses tut.

Die Identität der Bewohnerin, biographische Kenntnisse, ihre besonderen Wünsche und Bedürfnisse, die sie noch äußern kann, alles, was ihr in ihrer letzten Lebensphase noch wichtig und achtenswert ist, wird zum besonderen Augenmerk.

Wir befassten uns unter Anleitung der Seminarleiterin, einer Pastorin und Altenheimseelsorgerin, mit biblischen Aussagen zu Sterben, Tod und Auferstehung und entwickelten für unser Haus eine Sterbekultur anhand von Ritualen sowohl in der Sterbephase als auch nach dem Entschlafen.

Die Sterbende und ihre Angehörigen sind in dieser Phase mit Fragen nach dem Sinn des Lebens und religiösen Fragen beschäftigt. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema wurde den Mitarbeiterinnen ein Rüstzeug an die Hand gegeben, das ihnen hilft, einen sterbenden Menschen sowie auch seine Angehörigen zu begleiten und ihm beizustehen.

Jede Mitarbeiterin sieht sich somit in der Lage, der Sterbenden Zeichen und Worte der Nähe und der Gemeinschaft zu geben. Sie kann den Wunsch nach einem Gebet, einer Andacht, einem Gespräch mit einem Seelsorger wahrnehmen und diesem nachgehen.

Wichtig ist uns im Besonderen, dass eine Sterbende möglichst angst- und schmerzfrei sein soll und da-

²³ Ein Bericht aus der Altenpflegeeinrichtung Herbergsverein, Altenheim und Diakoniestation zu Tostedt e.V., zertifiziert mit dem Diakonie-Siegel Pflege und EQ Zert DIN ISO 9001:2000, 2005, ²⁴ „Sterben in Würde“ Seminarleitung: Pastorin Elke Marx, zertifizierte Altenheimseelsorgerin, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Altenseelsorge in der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers. Themen: Begleitung schwerkranker Menschen, Sterbebegleitung anhand von Ritualen, Sterbebegleitung unter der besonderen Herausforderung demenziell erkrankter Sterbender.

durch bis zuletzt mehr Wohlbefinden erfahren kann. Aus diesem Grund haben mehrere Pflegefachkräfte eine Palliative-Care-Zusatzausbildung absolviert und setzen dieses Wissen in Zusammenarbeit mit den Ärzten ein.

Unser Haus verfügt ausschließlich über Einzelzimmer. Dadurch besteht die Möglichkeit, für eine individuelle Geborgenheit zu sorgen sowie auch persönliche Begegnung zu ermöglichen. In der Sterbephase versuchen wir eine besondere Atmosphäre von Stille und Ruhe herzustellen: gedämpftes Licht, eine Kerze, Duftlichter, evtl. Musik, Singen...

Bei unseren Wünschen nach guter Sterbebegleitung sahen wir auch unsere zeitliche Begrenzung im Alltag. So entstand die Idee über den ambulanten Pflegedienst, in Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde einen eigenen ehrenamtlichen Hospizdienst ins Leben zu rufen. Die Idee fiel auf fruchtbaren Boden und es fanden sich interessierte Ehrenamtliche, die gemeinsam von einer Pastorin der hiesigen evangelischen Kirchengemeinde und der Sozialpädagogin unseres Hauses nach dem Celler Modell ausgebildet wurden. Heute sind die Hospizdienstlerinnen in der Begleitung der Bewohner sowohl in Bewohnerpatenschaften als auch in der Sterbephase als Sitzwachen tätig. So können wir sicherstellen, dass niemand allein ist. Auch bei der Entlastung der Angehörigen in dieser schweren Zeit sind die Hospizdienstkräfte eine große Hilfe. Die Ehrenamtlichen erhalten die für sie notwendigen Informationen von den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und sind somit durch ihre Unterstützung unserer Arbeit ein wahrer Schatz für uns!

Der sterbende Mensch steht im Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit, aber die Zusammenarbeit mit den Angehörigen sowie auch deren Entlastung hat hier ebenfalls einen hohen Stellenwert. Wir beziehen die Angehörigen mit ein, informieren, beraten und trösten, beantworten ihre Fragen und helfen bei der

Regelung der formalen Angelegenheiten. Wir bedenken die Unsicherheit der Angehörigen, denn sie sind durch die Situation, dass ihnen der Tod vielleicht das erste Mal begegnet, mit eigenen Ängsten befasst.

Besonders wichtig ist der Gedanke:

Jeder gibt nur ein einziges Mal seine Mutter, seinen Vater oder einen anderen ihm Nahestehenden in den Tod und die Verlustgefühle sind immer einzigartig. Wir haben einen besonderen Focus darauf, den Angehörigen zu helfen, ihren geliebten Menschen loszulassen.

Die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen kümmern sich um die Angehörigen und bieten bei Bedarf Rückzugs- und Übernachtungsmöglichkeiten an. Eine Beköstigung durch die Küche unseres Hauses ist selbstverständlich. Aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich für uns die zukünftige Idee, einen Gesprächskreis für Angehörige (mit therapeutischem Ansatz) einzurichten.

Bevor jemand in die Sterbephase gelangt, möchten wir wissen, was die Bewohnerin möchte: Alleine sein oder Begleitet werden, wenn ja, durch wen? Wir erkundigen uns nach religiösen Bedürfnissen, z.B. auch nach gewünschten Ritualen, und berücksichtigen alles, was uns aus der bisherigen Biografiearbeit bekannt ist.

Nach dem Eintreten des Todes zünden wir eine Kerze an als Zeichen des Übergangs ins ewige Licht. Der tote Leib wird gewaschen, mit der gewünschten Kleidung, soweit bekannt, bekleidet und aufgebahrt. In die gefalteten Hände legen wir Blumen, ein Kreuz oder einen Rosenkranz. Auch werden Lieblingsgegenstände mitgegeben. Bei diesen letzten Handlungen wird den Angehörigen die Mitwirkung angeboten bzw. dem Wunsch nachgekommen, falls jemand dabei sein möchte.

Den Angehörigen sowie auch den Mitbewohnern wird die Möglichkeit des letzten Abschieds gegeben.

Wir versuchen, zumindest eine Arbeitsschicht lang, den Toten aufzubahren, so dass auch Angehörigen, die zum Abschiednehmen von weit her anreisen müssen, die Möglichkeit gewährt ist, ihren Toten nochmals zu sehen. Eine Aussegnung durch geistliche Begleiter findet auf Wunsch statt, um den Verstorbenen unter den Schutz Gottes zu stellen und die Angehörigen für ihren weiteren Weg zu stärken.

Unser Haus bereitete der Bewohnerin ihr letztes Zuhause. Unserem Wunsch, dass der Leichnam in einem Holzsarg zum Haupteingang aus dem Haus getragen wird, wird von den Bestattungsunternehmern nachgekommen. Dieser Auszug aus dem Haus wird von Pflegemitarbeiterinnen begleitet.

Es ist uns wichtig, den Namen der Verstorbenen nochmals zu nennen und für jeden sichtbar zu machen, dass dieser Mensch nicht mehr unter uns ist. Unsere Gefühle von Verlust und Erinnerung sollen Raum haben dürfen.

Wir haben einen Gedenkstein im Wohnbereich errichtet. Hier wird geschützt in einem Glasgefäß eine Kerze entzündet. Der Name der Verstorbenen, ihr Todestag und das erreichte Alter werden aufgeschrieben, eingerahmt und aufgestellt. Auch für frische Blumen und eine Losung ist hier Platz.

Soweit die Beerdigung hier an unserem Ort bzw. in Nachbargemeinden stattfindet, geben die Heimleitung, die Pflegedienstleitung, der Begleitende Dienst und Mitarbeiterinnen, die sich dem Verstorbenen nahe fühlten, ein letztes Geleit. Hierbei werden ein Blumengesteck und ein Kondolenzschreiben für die Familie übergeben. In der 14-tägig stattfindenden Andacht in unserem Haus wird dem Verstorbenen nochmals gedacht.

In der Auseinandersetzung mit den geschaffenen Rahmenbedingungen wurde uns deutlich, wie wichtig es ist, sich noch intensiver mit dem Thema zu befassen und sich tiefer auf die eigene Sterblichkeit einzulassen. Dieser Erkenntnis begegnet unsere Einrichtung

mit dem Angebot einer hausinternen Ausbildungsmöglichkeit für Mitarbeiterinnen zum Hospizdienst nach dem Celler Modell. Durch dieses intensive Befassen mit der Thematik wird „Leben, Sterben, Tod und Trauer – Verlass mich nicht, wenn ich schwach bin“ immer wieder kommuniziert und erhält eine immer größere Bedeutung für den Einzelnen und in der täglichen Arbeit aller Mitarbeiterinnen.

*Trösten kann nur, wer Trost empfangt
Lieben nur der Geliebte;
Nur der, dem Vergebung ward,
kann selber vergeben.
Nur, wer geborgen, kann bergen;
Gnade üben, wer Gnade erfuhr,
helfen der, dem geholfen,
segnen der, der gesegnet ward,
geben, der selbst empfangen.
Nur der Versöhnte vermag zu versöhnen,
nur der Beschenkte zu schenken.
Nur wer selber vom Wasser des Lebens trank
kann andere tränken.*

(Lindolfo Weingärtner)

Anlage 1

Dänisches Leitbild

Menschenbild

Wir haben Respekt vor der Individualität, weil Ergebnisse durch Vertrauen und Zusammenarbeit mit Menschen entstehen.

Darum ist es:

Richtig	Falsch
Menschen als Individuum zu verstehen	Alle über einen Kamm zu scheren
Alt und jung gleichermaßen zu respektieren	Mit tauben Ohren zuzuhören
Erfahrungen und neues Wissen zu teilen	Mit Vorurteilen zu entscheiden
Vertrauen zu zeigen	Kein Vertrauen zu zeigen und zu haben
Im Dialog zu bleiben und einander zuzuhören	Konflikte nicht zu besprechen – Probleme nicht zu benennen
Glaubwürdigkeit zu erhalten – Dinge als solches zu benennen, was sie sind	Nicht aufrichtig zu sein
Aufgeschlossen zu sein, sich entgegen zu kommen – Individualität neugierig zu betrachten	Abweisend zu sein
Sensibel zu sein – Respektvoll mit Grenzen anderer umzugehen	
Vertrauen zu haben, dass alle das Beste wollen	

Energie

Energie ist Motor des Alltags

Darum ist es:

Richtig	Falsch
Humor zu haben	Sich schlecht zu benehmen
Fürsorge zu zeigen	Unverbindlich zu sein
Herausforderungen im Arbeitsleben zu bekommen	Unsicherheit bezüglich der Arbeitsaufgaben zu haben
Verantwortung zu übernehmen	Destruktiv Kritik zu üben
Engagiert zu sein	Mangelnden Einfluss zu erleben
Sich auszubilden und weiter zu qualifizieren	Nicht aufrichtig zu sein
Sich geborgen zu fühlen	Abweisend zu sein
Positiv zu denken	Negativ zu denken

Betriebsklima (Arbeitsmilieu)

Arbeitszufriedenheit und Selbstbewusstsein geben
Wohlbefinden und fördern das Betriebsklima.

Darum ist es:

Richtig	Falsch
An sich selbst und seine Arbeit zu glauben	Keinen Raum für andere zu lassen
Andere zu fördern, zu ermuntern sich selbst etwas zuzutrauen	Andere mit ihren Fehlern zu erschlagen
Mit unseren Stärken zu arbeiten	Zum Stillstand zu kommen, sich nicht weiter zu entwickeln
Ständig zu versuchen sich zu verbessern – stolz auf seine Arbeit zu sein	Neue Initiativen und Ideen zu behindern
Das Risiko auf berufsbedingte Arbeitsschäden zu beachten	Gedankenlos und stupide zu arbeiten
Ressourcen optimal einzusetzen	Ressourcen zu verschwenden
Sich gegenseitigen Respekt zu bewahren	Gerüchte und Tratsch zu verbreiten
Bemüht zu sein, neues Wissen zu erlangen und sich weiter zu bilden	Die eigene Fachlichkeit und sich selbst zu vergessen
	Aufzugeben ohne es versucht zu haben

Fachliche Entwicklung

Mitverantwortung zeigen für die eigene fachliche Entwicklung.

Darum ist es:

Richtig	Falsch
Mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten	Ohne Rücksicht auf andere Berufsgruppen zu arbeiten
Stärken anderer mit Respekt zu nutzen und Schwächen auszugleichen	Nur Schwachstellen zu fokussieren
Zukunftsorientiert sich erreichbare Ziele zu setzen	Planlos seine Arbeit zu verrichten
Fachlich kompetent zu sein	Fachlich inkompetent zu sein
Vertrauen in die fachliche Kompetenz anderer Kollegen und Berufsgruppen zu haben	Fremde und eigene Kompetenz zu ignorieren

Was uns wichtig ist

Dass wir handeln, warum wir handeln, wie wir handeln.

Darum ist es:

Richtig	Falsch
Fragen zu stellen	Nur Fehlersuchender zu sein
Vorschläge zu machen	Verantwortung nicht zu übernehmen
Initiative zu loben	Zu sagen „Das war immer so“
Aktivitäten zu fördern	Sich unnötig einzumischen
Offenheit, Mut, Vertrauen und Respekt zu zeigen	Nicht für neue Ideen offen zu sein
Möglichkeiten für ein Netzwerk zu schaffen	
Dass Kritik auch positiv ist	

Anlage 2

Indikatoren der Palliativkompetenz

Indikatoren der Hospizkompetenz

Im Folgenden werden die Aspekte Leitungsverantwortung, Basisorientierung, Interprofessionalität und zeitliche Kontinuität behandelt.

Aspekt Leitungsverantwortung

Beschreibt eine Leitungskultur mit Projektarbeit und dokumentierten Leitlinien, die auf ihre Nachhaltigkeit hin evaluiert wird, Lösungsmodelle für Ethikkonflikte entwickelt und dies alles auch öffentlich macht.

1. Indikator: Projektarbeit

Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

2. Indikator: Leitlinien

Wird oder wurde hausintern und schriftlich ein Text mit „Leitgedanken zur Sterbebegleitung“ entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitenden getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben – Tod – Abschied geht?

Spiegeln sich diese Leitgedanken im Leitbild der Einrichtung und in den Veröffentlichungen über die Einrichtung (z.B. im Hausprospekt)?

Sind diese Leitgedanken konkret und operationalisierbar? Sind sie zu den bestehenden Standards und Richtlinien in Bezug gesetzt?

3. Indikator: Kultur und Leitung

Wird oder wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst und benannt (Analyse der bestehenden Kultur) und auch gewürdigt?

Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema? Sind das Thema und der Prozess von der Leitung der Einrichtung gewollt und getragen? Sind die damit verbundenen Entscheidungen der Projektbeteiligten hierarchisch abgesichert und gedeckt?

4. Indikator: Nachhaltigkeit / Evaluation

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Sterbe- und Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiter entwickelt wird?

5. Indikator: Ethik im Konfliktfall

Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus (wie z.B. Vorsorgevollmachten)? Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt? Gibt es ein Ethikkomitee? Ist Ethikberatung implementiert?

6. Indikator: Öffentlichkeitsarbeit

Ist „Sterben und Sterbebegleitung“ in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

Aspekt Basisorientierung

Beschäftigt sich nicht nur mit den Bedürfnissen der Bewohner, sondern auch mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden. Ebenso müssen dabei auch die Angehörigen sowie die Mitbewohnerinnen als Teil einer „Abschiedskultur“ einbezogen werden.

7. Indikator: Bewohnerinnen

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohnerinnen und Angehörigen zu diesem Thema erfasst (z.B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, der Dokumentation der Vorsorgevollmacht)? Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt (z.B. in der Pflegeplanung; speziell in der Terminalphase)?

8. Indikator: Mitarbeiterinnen

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeitenden erfasst und gewürdigt? Besteht hier Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten? Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende? Werden neue Mitarbeiterinnen auf das Thema eingestimmt (Bewerbungsgespräch)? Werden neue Mitarbeiterinnen und Auszubildende in

die Sterbebegleitung und in die Abschiedskultur eingeführt (Einarbeitungskonzept)?

9. Indikator: Angehörige

Werden Angehörige und Bezugspersonen der Bewohnerinnen zu diesem Thema gehört und ernst genommen? Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

10. Indikator: Mitbewohnerinnen

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick? Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht? Haben sie die Möglichkeit, sich von Verstorbenen zu verabschieden?

Aspekt Interprofessionalität

Beschreibt die Vernetzung aller an der Hospizkultur Beteiligten mit allen Betroffenen innerhalb und nach außen hin sowie mit den befähigten Ehrenamtlichen.

11. Indikator: Interdisziplinarität und Vernetzung

Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen (z.B. in der Pflegekonferenz)?

Gibt es eingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen (Palliativpflegedienste; Hospizvereine; stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen)?

12. Indikator: palliative Fachpflege

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen? Wenn „nein“, welche Möglichkeiten solcher Vernetzungen wurden erwogen?

13. Indikator: Hausärzte

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativmedizinisch

geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen? Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

14. Indikator: Ehrenamtliche

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Sind speziell (nach dem Qualitätsverständnis der BAG Hospiz) befähigte Ehrenamtliche verfügbar? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert? Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort? Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

Aspekt zeitliche Kontinuität

Weist auf folgende Situationen eines Prozesses hin:

- (a) der Blick auf Vergangenes (z.B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender)
- (b) das jetzige (eigene) Sterben,
- (c) danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen

18. Indikator: Trauer

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema? Werden (Frei)Räume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen? Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung? Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerung an Verstorbene ermöglichen (z.B. Gedenkfeiern)?

19. Indikator: Sterbephase

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

15. Indikator: Seelsorge

Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar? Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

16. Indikator: Soziale Fürsorge

Bekommen Bewohnerinnen und Angehörige in ihren existenziellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung sozialberaterische Unterstützung?

17. Indikator: Weitere Mitarbeiter

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z.B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick? Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?

20. Indikator: Umgang mit Verstorbenen

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnerinnen? Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen (Familie und Betreuende)? Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Überführung, Bestattung? Gibt es regelmäßige Kontakte mit Bestattern zu diesem Thema?

Anlage 3

Schmerzdefinitionen und Stufenschema WHO

Akuter Schmerz

Der akute Schmerz setzt plötzlich ein und ist von begrenzter Dauer. Er ist sozusagen der „bellende Wachhund“ der Gesundheit und hat in der Regel eine erkennbare Beziehung zu einer Verletzung oder Krankheit. Wenn seine Ursache beseitigt ist, verschwindet er meist genauso schnell, wie er gekommen ist.

Chronischer Schmerz

Schmerzen werden üblicherweise dann als chronisch bezeichnet, wenn sie länger anhalten. Zu den häufigsten Schmerzarten zählen Rücken-, Gelenk- und Kopfschmerzen sowie Osteoporose-, Rheuma- und Nervenschmerzen. Im Pflegeheim begegnen uns sehr häufig die Arthritis und osteoporosebedingte Schmerzen. Manchmal haben chronische Schmerzen scheinbar keine unmittelbar erkennbaren Ursachen. Bei der Behandlung chronischer Schmerzen steht die Schmerzlinderung im Vordergrund.

Schmerzqualitäten

Uns stehen eine Reihe von Begriffen zur Verfügung, die dazu dienen, den Schmerz näher zu beschreiben. Die Qualität eines Schmerzes, die auch einen Hinweis auf die Schmerzursache geben kann, lässt sich benennen als dumpf, pochend, spitz, brennend, ständig wiederkehrend, wellenförmig, klopfend, stechend, nagend, ermüdend, erschöpfend, krampfartig, ängstigend u. a.

Schmerzgedächtnis: Die Nerven erinnern sich.

Wird ein länger andauernder Schmerz nicht oder unzureichend (medikamentös und durch begleitende Maßnahmen) behandelt, besteht die Gefahr, dass diese ständigen Schmerzreize die Rezeptoren und die Nervenfasern in ihrer Funktion und Struktur verändern. Aus Erfahrungen, aber auch aus klinischen Untersuchungen ist mittlerweile bekannt, dass akute Schmerzen zu chronischen Schmerzen werden können. Das Nervensystem ist in der Lage, Sinnesreize zu speichern: Experten bezeichnen das als Schmerz-

gedächtnis. Als Folge davon reagieren betroffene Rezeptoren und Nerven übersensibel und melden dem Gehirn Schmerzen, obwohl eigentlich kein schmerzhafter Reiz vorliegt. Nun wird der Schmerz zu einer eigenständigen Krankheit, unabhängig von seinem ursprünglichen Auslöser. Um die Entstehung eines Schmerzgedächtnisses zu verhindern, hilft es, den Schmerz präventiv und suffizient z.B. durch eine Schmerztherapie zu behandeln. Für die medikamentöse Schmerztherapie im Heim bedeutet das, den Schmerz der betroffenen Menschen für diese zufriedenstellend zu dämpfen und die „Schmerzspitzen“ zu kappen. Dazu bedarf es in regelmäßigen Pflegevisiten der Abstimmung zwischen der Bewohnerin, ihrem behandelnden Hausarzt und den Pflegenden.

Das richtige Schmerzmittel zur rechten Zeit

Die WHO hat ein Stufenschema zur Tumor-Schmerztherapie entwickelt, das sich auch im Umgang mit nicht tumorbedingten Schmerzen bewährt hat. Es gibt den Ärzten Empfehlungen, wie sie Schmerzmittel miteinander kombinieren sollten. Leider werden diese Richtlinien noch nicht immer ausreichend beachtet. Mit der Folge, dass manches Mal unsinnige Kombinationen schwach wirksamer Schmerzmittel verordnet werden, die gar nicht das Potenzial haben, die Schmerzen des Betroffenen ausreichend zu dämpfen. Es treten oft nur die Nebenwirkungen auf, aber der Schmerz bleibt.

Wesentlich ist deshalb das Wissen um die „richtige Medikamentengruppe“ zum „richtigen Schmerz“ zur „rechten Zeit“ für den verordnenden Arzt – und die Pflegenden, die ihm mit ihren Beobachtungen zurarbeiten und beratend zur Seite stehen.

WHO-Stufenschema

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Nicht-Opioidhaltige Analgetika + unterstützende Maßnahmen + Co-Medikation	Schwache Opioidanalgetika + Nicht-Opioidanalgetika + unterstützende Maßnahmen + Co-Medikation	Starke Opioidanalgetika + Nicht-Opioidanalgetika + unterstützende Maßnahmen + Co-Medikation

Stufe 1:

Für die Linderung „mäßiger Schmerzen“ stehen so genannte Nichtopioid-Analgetika zur Verfügung. Haben sie keine ausreichende Wirkung, folgt

Stufe 2:

Hier werden zusätzlich schwache Opioid-Analgetika eingesetzt. Tritt keine Schmerzlinderung ein, folgt

Stufe 3:

Jetzt wird das schwach wirksame Opioid durch ein stark wirksames ausgetauscht. Diese unterliegen in Deutschland alle der BtMVV. (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung).

Auf jeder Stufe des WHO-Stufenschemas sollten immer auch ergänzende Maßnahmen und Therapieverfahren angewendet werden. Dazu gehören z.B. medikamentöse Maßnahmen, wie die Vergabe von Antidepressiva, ferner Physiotherapie, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Schmerzbeherrlichungsverfahren, Psychotherapie oder in besonderen Situationen Bestrahlungen und Chemotherapien.

Machen Opiode süchtig?

Viele Betroffene verweigern aus der Angst heraus, süchtig zu werden, die Behandlung mit Opioiden. Ihre Befürchtungen sind unbegründet. Mehrere wissenschaftliche Untersuchungen haben nachgewiesen, dass es so gut wie keine Suchtentwicklung durch langwirksame Opiode gibt.

Die Gewöhnung an ein Medikament durch regelmäßige Einnahme und die manchmal beobachtbare Steigerung der Dosis sind keine Hinweise auf Suchttendenzen. Ein erhöhter Bedarf an Schmerzmitteln weist in den meisten Fällen auf das Fortschreiten einer Erkrankung und zunehmenden Schmerz hin. Entzugssymptome können immer dann auftreten, wenn die Vergabe von Opioiden abrupt abgebrochen wird. Diese Symptome können durch ein „sanftes Ausschleichen“, d.h. eine langsame Dosisreduktion über mehrere Tage, verhindert werden.

Anlage 4

Schmerzbeurteilung mit ECPA

Schmerz ist das, was der Patient sagt. Aber wie helfen wir unseren „sprachlosen“ Patienten bei ihren Schmerzen?

Ein brauchbarer Weg bei kognitiv beeinträchtigten älteren Patienten Schmerzen festzustellen, ist die Beobachtung ihres Verhaltens. Schmerzen können bei ihnen z.B. aggressive Zustände, Apathie oder motorische Unruhe hervorrufen, welche häufig als alleinige Folge der Demenz fehl interpretiert werden. Es gibt eine Reihe verbaler und nonverbaler Reaktionen, die

primär bei der Demenz auftreten und gleichzeitig als Reaktion auf Schmerzreize interpretiert werden können. Dies belegt auch die Erfahrung, dass mit diesen Patienten nach Gabe von Analgetika eine deutlich verbesserte Kommunikation möglich ist.

Bei vermuteten Schmerzzuständen hat sich bei demenzten Patienten der probatorische Einsatz von Analgetika bewährt, an den sich allerdings eine erneute Überprüfung des Therapiekonzeptes anschließen sollte.

Schmerzbeurteilung mit Hilfe der ECPA²⁵

Reaktion auf Schmerzreize bei dementen Patienten	
Verbale Äußerungen	Nonverbale Äußerungen
→ Laute von sich geben	→ Besorgter und ängstlicher Gesichtsausdruck
→ Stöhnen	→ Grimassen schneiden
→ Jammern	→ Starrer Blick
→ Aufschreien	→ Stirn runzeln
→ Brüllen	→ Reiben und Nesteln
	→ Wiegen und Schaukeln
	→ Unruhe bzw. Aggression
	→ Schlafstörung
	→ Schonhaltung
	→ Festhalten
	→ Zuckungen und muskulöse Anspannung
	→ Zurückziehen

²⁵ Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes

Die Erkenntnis, dass sich das Verhalten demenziell Erkrankter bei Schmerzen ändert, ist Grundlage einer Schmerzskala für nicht kommunikationsfähige ältere Patienten.

Die zugrunde liegende Methode der ECPA beruht auf der Beobachtung des Verhaltens in drei verschiedenen Beobachtungsdimensionen:

- das Verhalten des Patienten außerhalb und
- während der Pflege sowie
- dessen Auswirkung auf seine Aktivitäten.

In der Dimension 1

beurteilt man das Verhalten außerhalb der Pflege und registriert verbale Äußerungen, Gesichtsausdruck und Ruhehaltung des Patienten.

Die Dimension 2

betrifft Beobachtungen während der Pflege. Hier achtet man auf ängstliche Abwehrreaktionen, Verhalten bei der Mobilisation, Reaktionen bei der Pflege schmerzhafter Zonen und verbale Äußerungen während der Pflege.

Die Dimension 3

zielt auf die Veränderung der gewohnten Aktivitäten, wie die Auswirkung auf den Appetit, den Schlaf, den Bewegungsablauf und die Kommunikation bzw. Kontaktfähigkeit.

Da beim ECPA schmerzrelevante Verhaltensänderungen vor, während und nach der Pflege registriert werden sollen, sind die Personen, die unmittelbar mit dem älteren, kommunikationsgestörten Patienten zu tun haben, gefragt. Sie sind am ehesten in der Lage, bereits diskrete Verhaltensänderungen festzustellen.

Die festgestellten Beobachtungen müssen jedoch anschließend mit dem behandelnden Arzt diskutiert und ausgewertet werden, damit eine ausreichende analgetische Behandlung eingeleitet werden kann. Trotz hoher Treffsicherheit ist eine eindeutige Korrelation zwischen dem Testergebnis und Schmerz nicht mit letzter Sicherheit gegeben. Es ist daher notwendig, das Testergebnis nach möglichen anderen Ursachen zu hinterfragen.

Der Gesamtscore wird aus der Summe aller 11 Items ermittelt und reicht von „kein Schmerz“ (= 0) bis „stärkster Schmerz“ (= 44). Der Test erfordert bei geschicktem Handling lediglich etwa 2 bis 3 Minuten.

Dimension 1: Beobachtungen außerhalb der Pflege**ITEM 1 - verbale Äußerungen:***Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien*

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Patient macht keine Äußerungen |
| 1 | Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird |
| 2 | Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist |
| 3 | Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen |
| 4 | Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen |
-

ITEM 2 - Gesichtsausdruck:*Blick und Mimik*

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Entspannter Gesichtsausdruck |
| 1 | Besorgter, gespannter Blick |
| 2 | Ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen |
| 3 | Verkrampfter und / oder ängstlicher Blick |
| 4 | Vollständig starrer Blick / Ausdruck |
-

ITEM 3 - Spontane Ruuehaltung

-
- | | |
|---|--|
| 0 | Keinerlei Schonhaltung |
| 1 | Vermeidung einer bestimmten Position, Haltung |
| 2 | Patient wählt eine Schonhaltung (aber kann sich bewegen) |
| 3 | Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung |
| 4 | Patient bleibt vollständig immobil |
-

Dimension 2: Beobachtungen während der Pflege**ITEM 4 - ängstliche Abwehr bei der Pflege**

-
- 0 Patient zeigt keine Angst

 - 1 Ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck

 - 2 Patient reagiert mit Unruhe

 - 3 Patient reagiert aggressiv

 - 4 Patient schreit, stöhnt, jammert

ITEM 5 - Reaktion bei der Mobilisation

-
- 0 Patient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beobachtung

 - 1 Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten

 - 2 Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden während Mobilisation und Pflege

 - 3 Patient nimmt während der Mobilisation / Pflege Schonhaltung ein

 - 4 Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege

ITEM 6 - Reaktionen während der Pflege von schmerzhaften Zonen

-
- 0 Keinerlei negative Reaktionen während der Pflege

 - 1 Reaktionen während der Pflege, ohne weitere Bezeichnung

 - 2 Reaktion beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen

 - 3 Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen

 - 4 Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zonen zu nähern

ITEM 7 - verbale Äußerungen während der Pflege

-
- 0 Keine Äußerungen während der Pflege

 - 1 Schmerzäußerung, wenn man sich an den Patienten wendet

 - 2 Schmerzäußerung, sobald Pflegenden beim Patienten sind

 - 3 Spontane Schmerzäußerung oder spontanes leises Weinen, Schluchzen

 - 4 Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen

-

Dimension 3: Auswirkungen auf Aktivitäten**ITEM 8 - Auswirkungen auf den Appetit**

- | | |
|---|--|
| 0 | Keine Veränderungen bzgl. Appetit |
| 1 | Leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeiten |
| 2 | Muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen |
| 3 | Isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen |
| 4 | Verweigert jegliche Nahrung |

ITEM 9 - Auswirkungen auf den Schlaf

- | | |
|---|--|
| 0 | Guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Patient ausgeruht |
| 1 | Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen |
| 2 | Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen |
| 3 | Zusätzliches nächtliches Erwachen |
| 4 | Seltener oder fehlender Schlaf |

ITEM 10 - Auswirkungen auf Bewegungen

- | | |
|---|--|
| 0 | Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt |
| 1 | Patient bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen |
| 2 | Seltenere / verlangsamte Bewegungen |
| 3 | Immobilität |
| 4 | Apathie oder Unruhe |

ITEM 11 - Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 0 | Üblicher Kontakt |
| 1 | Herstellen von Kontakt erschwert |
| 2 | Patient vermeidet Kontaktaufnahme |
| 3 | Fehlen jeglichen Kontaktes |
| 4 | Totale Indifferenz |

Total (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)

Anlage 5

Bedeutungen und Rituale

im Umgang mit dem Thema Tod und Sterben in den großen Weltreligionen²⁶

Evangelische Kirche

45

<i>Bedeutung des Todes</i>	Im Mittelpunkt steht der Glaube an Gott und an die Auferstehung seines Sohnes Jesus Christus. Der Glaubende hat Teil am Erlösungsgeschehen in Kreuz und Auferstehung durch Taufe und Abendmahl. Im Tod vergeht das Verwesliche, aber die Seele als unverwesliche kommt bei Gott zur Vollendung.
<i>Würde in der Sterbebegleitung</i>	Keine Vorschriften, aber möglich sind Krankensalbung oder auf Nachfrage auch Abendmahl am Krankenbett. Es gibt eine umfangreiche Sammlung an Gebeten und Lieder für diese Zeit im Gesangbuch.
<i>Rituale mit dem Leichnam</i>	Möglichkeit der Aussegnung durch den Seelsorger vor Verlassen des Hauses. Sonst keine festen Vorschriften: Maßnahmen der Hygiene für den Körper, ruhige Atmosphäre, Beteiligung der Zugehörigen durch Abschiedsgesten (Kerzen, Berührung, Briefe in den Sarg, Gebet, Stille)
<i>Umgang mit der sterblichen Hülle</i>	Keine festen Vorschriften

Römisch katholische Kirche

<i>Bedeutung des Todes</i>	Der Tote verwandelt sich in einen neuen heilen Menschen zu neuem Leben. Der auferstandene Christus wird den Verstorbenen seinem verherrlichten Leib gleich gestalten.
<i>Würde in der Sterbebegleitung</i>	Krankensalbung, nicht erst in der Todesphase, sondern zur Stärkung. Kurz vor dem Tod steht das Sakrament der Letzten Ölung durch einen Geistlichen.
<i>Rituale mit dem Leichnam</i>	Siehe Protestantismus. Fand keine Letzte Ölung statt, wird der Geistliche nach dem Tod gerufen.
<i>Umgang mit der sterblichen Hülle</i>	Keine festen Vorschriften

²⁶ Leitfaden für Pflegendе Zugehörige, Reinhard Zoske, Erika Mendoza (2004)

Jehovas Zeugen

Bedeutung des Todes

Der Mensch ist eine Seele. Tod bedeutet, dass der ganze Mensch Staub wird. Die Rückkehr aus dem Staub ist zur Zeit des Tausendjährigen Reiches unter Gottes Herrschaft.

Würde in der Sterbebegleitung

Keine Bräuche, Vorschriften oder Zeremonien, aber Bluttransfusionen, Produkte aus menschlichen oder tierischen Zellen dürfen niemals verabreicht werden. Besuche vom Krankenhauseelsorger sind unerwünscht.

Rituale mit dem Leichnam

Symbolische Aufbewahrung in Gottes Gedächtnis

Umgang mit der sterblichen Hülle

Dem Leichnam dürfen keine Organe entnommen werden. Zugehörige müssen wegen Autopsie gefragt werden.

Judentum

Bedeutung des Todes

Die Seele des Gläubigen ist göttlich und damit unsterblich. So wird dem Menschen nach seinem Tod ein geistiges Dasein in Gott zuteil. Der Tod ist ein langer Schlaf, bei dem sich die Seele vom Leib trennt.

Würde in der Sterbebegleitung

Unbedingt die Familie oder Gemeinde informieren. Die Zugehörigen übernehmen die religiöse Begleitung. Der Sterbende darf nicht allein gelassen werden. Jede Haltung, die die Einhaltung der Speisegebote und Sabbatweihe unterstützt, ist erwünscht. Die Zugehörigen können darüber Auskunft geben. Alle therapeutischen Maßnahmen oder Medikamente, die Leben retten, sind erlaubt.

Rituale mit dem Leichnam

Nach dem gesprochenen jüdischen Glaubensbekenntnis (Schema Israel Dt. 6.4) werden dem Leichnam Mund und Augen geschlossen und das Gesicht mit einem Tuch bedeckt. Die Zugehörigen übernehmen das Waschen, Ankleiden und Einsargen. Es wird eine Totenwache gehalten, der Tote bekommt ein weißes Leinenhemd an, es wird ein Licht entzündet und ans Kopfende gestellt.. Auf dem Weg zum Grab wird Psalm 91 gebetet: „wer unter dem Schutz des Höchsten steht“. Fromme Juden lassen sich in ihrem Tallid (Gebetsmantel) begraben. Das jüdische Grab ist Ruheplatz der Verstorbenen bis zur Ankunft des Messias. Das Grab bleibt Eigentum des in ihm Ruhenden.

Umgang mit der sterblichen Hülle

Autopsie ist unerwünscht, meist richterliche Anweisung erforderlich. Alles, was dem Menschen im Leben wichtig war, wird mit den Toten bestattet. Die Beerdigung erfolgt rasch.

Islam

<i>Bedeutung des Todes</i>	Der Tod trennt die Seele vom Körper. Die Seele erlebt eine Entwicklung gemäß ihrer Lebensweise zu Lebzeiten. Nach dem Tod erfährt der Gläubige geistig gesehen Belohnung oder Strafe. Das allerletzte Ziel des menschlichen Lebens ist die Begegnung mit Gott, dem allmächtigen Erschaffer und barmherzigen Herrn.
<i>Würde in der Sterbebegleitung</i>	Essensbräuche: Kein Schweinefleisch, keine Gerichte mit schweinischem Fett oder Fleisch und auch keinen Alkohol reichen. Der Sterbende wird nicht allein gelassen. Es sollte für Waschungen, Gebet und Glaubensbekenntnis ein Muslime zugegen sein. Dem Sterbenden soll Wasser gereicht werden, denn „der Weg ins Paradies ist weit“.
<i>Rituale mit dem Leichnam</i>	Es wird die wichtigste Sure, 36. „Herz des Islam“, gebetet. Der tote Körper wird auf die rechte Seite gelegt, das Gesicht gen Mekka gerichtet. Die Hände einer Frau werden über der Brust verschränkt und die Hände eines Mannes über dem Bauch. Mund und Augen werden verschlossen und der Leichnam wird gewaschen und mit einem Tuch abgedeckt und auch in einem Tuch beerdigt. Särge sind unüblich. Die Waschungen darf ein Ehepartner, ansonsten eine Frau bei einer Frau, ein Mann bei einem Mann durchführen. Die rituellen Waschungen muss ein Muslime übernehmen.
<i>Umgang mit der sterblichen Hülle</i>	Die Bestattung erfolgt so schnell wie möglich. Das Grab soll parallel zu Mekka liegen. Es gibt in Deutschland spezielle Friedhöfe mit entsprechenden Grabfeldern.

Anlage 6

Leitfaden für eine Trauerkultur

1. Aufnahme der Bewohnerin

Bei der Aufnahme neuer Bewohnerinnen wird nach einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Bestattungswünschen etc. gefragt.

2. Vorbereitung der Pflegekräfte

Die Mitarbeiterinnen des Hauses werden in Fortbildungen geschult zu den Bereichen:

- Auseinandersetzen mit eigenen Erfahrungen zum Thema Tod und Sterben
- Gespräche mit Bewohnerinnen führen in Bezug auf deren Wünsche, wenn sie zum Sterben kommen
- Erkenntnisse aus der Begleitung Sterbender unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte
- Umgang mit den Verstorbenen
- Aussegnungs- oder Abschiedsfeiern
- Umgang mit Angehörigen
- Information über das Netzwerk vor Ort: Mit wem kann wann und wie zusammengearbeitet werden? Ansprechpartner?
- Psychohygiene der Pflegekräfte

3. Ausstattung für den Wohnbereich und das Haus

Es gibt die unterschiedlichsten Gegenstände und Möglichkeiten, mit denen die Atmosphäre eines Bewohnerzimmers und die nähere Umgebung des Bettes persönlich gestaltet werden können.

Zum Beispiel:

- frische Blumen
- evtl. ein Kuscheltier oder einen wichtigen Gegenstand für die Bewohnerinnen
- bequeme Sitzgelegenheiten für die Angehörigen und Begleitenden für Mehrbettzimmer: eine ansprechende Trennwand

In einem Abschiedskoffer für jeden Wohnbereich oder für das Haus könnte enthalten sein:

- große Kerze mit Ständer (oder ein schlichtes Gefäß für Teelichte)
- Duftlampe mit verschiedenen nicht zu starken Duftölen

- Kreuz, das aufgestellt werden kann
- Ordner mit eigenen Texten und Gebeten
- tragbarer CD-Player, CDs mit passender Musik

4. Hilfen zur Gestaltung des Umfeldes

- Für gute Lüftung sorgen
- Kaffeesatz unter das Bett gestellt nimmt unangenehme Gerüche
- Möchte die Bewohnerin mit dem Bett ans Fenster geschoben werden?
- Möchte die Bewohnerin die Zimmertür geöffnet haben, um am Leben im Wohnbereich teilzuhaben, oder wünscht sie Ruhe?
- Besteht der Wunsch nach Seelsorge? Soll Kontakt zum Pastor / Pfarrer hergestellt werden?
- Versuchen Sie Angehörige mit einzubeziehen
- Wer ist Ansprechpartnerin für die Angehörigen?
- Fragen Sie Angehörige nach persönlichen Wünschen (Getränke oder Essen, weitere Sitzmöglichkeit, Pausen)

5. Versorgung der verstorbenen Bewohnerin

- Nach Möglichkeit unter Mithilfe bzw. Miteinbeziehung der Angehörigen
- Soll eine Waschung und Einkleidung der Entschlafenen stattfinden?
- Welche Kleidung soll angezogen werden? (Angehörige fragen)
- Soll etwas in die Hand gegeben werden? (Kreuz, Rosenkranz, Blume, Lieblingsgegenstand)
- Soll eine Aufbahrung stattfinden? (gibt es ein Abschiedszimmer?)

6. Verabschiedung der Verstorbenen

- Wann und wie wird die Verstorbene verabschiedet? Welche Standards sind im Haus verabredet?
 - Wann soll der Bestatter angerufen werden? Wann soll er kommen? Welche Pflegekraft ist anwesend, wenn die Einsargung vorgenommen wird?
 - Wie sieht der letzte Weg der Verstorbenen durch das Haus aus? (Kein „Versteckspielen“, keine Heimlichkeit!)
 - Wer informiert die anderen Bewohnerinnen?
-

Anlage 7

Ablauf einer Aussegnung

Eine oder Einer

Wir sind zusammengekommen, um von

Frau _____
Abschied zu nehmen.

Sie starb gestern / heute, um _____

Für eine kurze Zeit haben wir unser Tun unterbrochen,
um für sie und uns zu beten.

Eine andere oder ein anderer

Christen hoffen darauf, dass das Leben stärker ist als der Tod. Biblische Botschaft sagt: Jesus Christus hat durch seinen Tod dem Tode die Macht genommen. Gott schenkt uns das Leben und zu Gott kehrt es zurück.

Eine oder einer

In seinem Wort suchen wir Kraft und Hilfe zu finden für unser Leben.

Ihn bitten wir:

Ausgang und Eingang, Anfang und Ende liegen bei dir Herr, füll du uns die Hände.

Sei du jetzt unter uns mit deinem Trost und deiner Gnade.

Versag uns deine Hilfe nicht.

Öffne unsern Blick für das Ziel unseres Lebens und dieser Welt.

Du bist der Herr, unser Gott. Darum lass uns wissen: Auch wenn unsere Stimme versagt - du schweigst nicht!

Auch wenn unsere Kraft erlahmt - du verlässt uns nicht.

Auch wenn unsere Hoffnung schwindet - du stehst da.

Auch wenn wir ziellos sind - du bist unser Ziel.

Eine andere oder ein anderer

spricht oder alle singen dieses oder ein anderes Lied

Lied Nr. 528, Vers 1 + 8²⁷

1. Ach wie flüchtig, ach wie nichtig ist der Menschen Leben! Wie ein Nebel bald entstehet und auch wieder bald vergehet, so ist unser Leben, sehet!

8. Ach wie nichtig, ach wie flüchtig sind der Menschen Sachen! Alles, alles, was wir sehen, das muss fallen und vergehen. Wer Gott fürcht', wird ewig stehen.

Eine oder einer

betet allein oder im Wechsel oder mit allen den Psalm 73, Evangelisches Gesangbuch Nr. 733²⁸

Dennoch bleibe ich stets an dir;

denn du hältst mich bei meiner rechten Hand,

du leitest mich nach deinem Rat

und nimmst mich am Ende mit Ehren an.

Wenn ich nur dich habe,

so frage ich nichts nach Himmel und Erde.

Wenn mir gleich Leib und Seele verschmachtet,

so bist du doch, Gott, allezeit

meines Herzens Trost und mein Teil.

Aber das ist meine Freude, dass ich mich zu Gott halte

und meine Zuversicht setze auf Gott den Herrn,

dass ich verkündige all dein Tun.

Eine oder einer

Persönliche Worte, Gespräch, Stille, Text aus der Bibel

Eine andere oder ein anderer

(wenn kein persönliches Wort und kein Text aus der Bibel gesagt wird)

In der Bibel lesen wir, dass das Leben stärker ist als der Tod, dass Gott bei uns ist im Leben und im Sterben. Aus Gottes Hand kommt alles Leben. In Gottes Hand kehrt alles Leben zurück.

Im Evangelium des Johannes steht im 11. Kapitel:

Jesus kam nach Bethanien und fand Lazarus schon

²⁷ Es können auch andere Lieder aus dem Evangelischen Gesangbuch gesungen werden, z.B. Nr. 361,1+6-8; Nr. 365, 1+3+8; Nr. 376, 1-3

²⁸ Andere Psalmen können sein: 22: Nr. 709; 23: Nr. 711; 31: Nr. 716; 39: Nr. 722; 71: Nr. 732; 121: Nr. 749; 126: Nr. 750; 143: Nr. 755, alle Evangelisches Gesangbuch

vier Tage im Grabe liegen. Als Marta nun hörte, dass Jesus kommt, geht sie ihm entgegen; Maria aber blieb daheim sitzen. Da sprach Marta zu Jesus: Herr, wärest du hier gewesen, mein Bruder wäre nicht gestorben. Aber jetzt weiß ich: Was du bittest von Gott, das wird dir Gott geben. Jesus spricht zu ihr: Dein Bruder wird auferstehn. Marta spricht zu ihm: Ich weiß wohl, dass er auferstehen wird - bei der Auferstehung am Jüngsten Tage. Jesus spricht zu ihr: Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, der wird leben, auch wenn er stirbt; und wer da lebt und glaubt an mich, der wird nimmermehr sterben. Glaubst du das? Sie spricht zu ihm: Ja, Herr, ich glaube, dass du der Christus bist, der Sohn Gottes, der in die Welt gekommen ist.

Eine oder einer

Aus Gottes Hand kam dieses Leben. In Gottes Hand kehrte es zurück. Es ist nun aufgehoben bei Gott.

Ihn bitten wir um seinen Segen für Frau

Es segne dich Gott, der Vater, der dich nach seinem Bild geschaffen hat. Es segne dich Gott, der Sohn, der dich durch sein Leiden und Sterben erlöst hat. Es segne dich Gott, der Heilige Geist, der dich zum Leben gerufen und geheiligt hat.

Gott, der Vater und der Sohn und der Heilige Geist geleite dich durch das Dunkel des Todes. Er sei dir gnädig im Gericht und gebe dir Frieden und ewiges Leben.

Lasst uns für sie und uns beten:

Herr, dir vertrauen wir sie an. Lass sie schauen, was sie geglaubt hat.

Tröste und stärke alle, die durch diesen Tod betroffen sind. Gib ihnen und uns allen die nötige Zeit, uns zu lösen. Wo wir nicht weiter wissen, öffne du uns den Weg. Lehre uns immer wieder bedenken, dass auch

unsere Zeit begrenzt ist und auch wir sterben müssen. Hilf uns, allezeit für unsere letzte Stunde bereit zu sein.

Führe uns vom Tod zum Leben. Hilf uns, auf die Zukunft bei dir zu hoffen.

Beten wir gemeinsam mit den Worten von Jesus: Vater unser im Himmel. Geheiligt werde dein Name. Dein Reich komme. Dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden. Unser tägliches Brot gib uns heute. Und vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unsern Schuldigern. Und führe uns nicht in Versuchung, sondern erlöse uns von dem Bösen. Denn dein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit in Ewigkeit. Amen.

Eine oder einer

Gott begleite auch uns, die wir zurückbleiben, mit seinem Segen. Gott gehe den Weg des Schmerzes und der Trauer mit. Gott stärke uns und gebe uns, was wir nötig haben, wenn wir zurückkehren ins Leben. Gott sei uns nahe mit seinem Frieden. Amen.

Eine andere oder ein anderer

spricht die Verse dieses oder eines anderen Liedes oder alle singen

Lied Nr. 347, Vers 4²⁹

4. Ach bleib mit deinem Segen / bei uns, du reicher Herr; / dein Gnad und alls Vermögen / in uns reichlich vermehr.

²⁹ Es können auch andere Lieder aus dem Evangelischen Gesangbuch gesungen werden, z.B. Nr. 526, 1-3+7; Nr. 521, 2+3; Nr. 163

Anlage 8

Nimwegener Modell

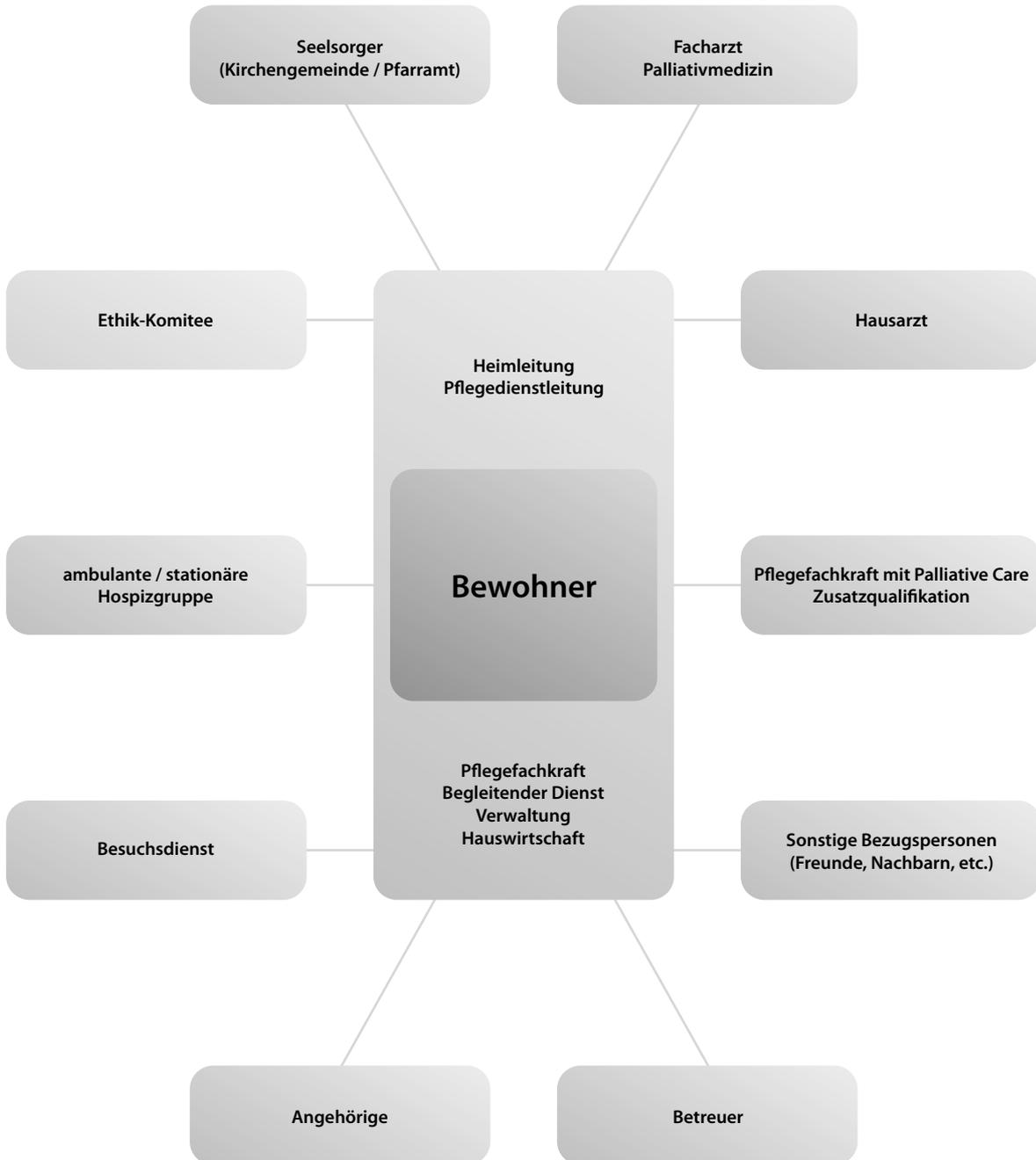
Problem	Fakten	Bewertung	Beschlussfassung
Bestimmung des ethischen Problems	Analyse der medizinischen, pflegerischen, sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten	Bewertung und Entwicklung von Argumenten aus dem Blickwinkel ethischer Normen	Beschlussfassung einschließlich Zusammenfassung der wichtigsten Gründe, die zu ihr geführt haben
Wie lautet das ethische Problem?	<p>Medizinische Gesichtspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist die Prognose? - Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden? - Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? - In welchem Maße? - Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird? - Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden? - Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander? <p>Pflegerische Gesichtspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben? - Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen? - Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?) <p>Weltanschauliche und soziale Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt? - Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an? - Wie sieht er selbst seine Krankheit? - Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit? - Hat er ein Bedürfnis nach seelsorgerlicher Begleitung? - Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus? - Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus? - Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung? - Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden? <p>Organische Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden? 	<p>Wohlbefinden des Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, Körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst etc.)? <p>Autonomie des Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurde der Patient umfassend informiert und hat er seine Situation verstanden? - Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit? - Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt? - Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung? - Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant? - Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie? - Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen? <p>Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll? - Kann dieser Konflikt gelöst werden durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung? - Gibt es genügend gemeinsame Beratung unter Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden? - Sind ihre Verantwortlichkeiten deutlich genug abgegrenzt worden? - Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen? (Vertraulichkeit) - Ist der Patient der Wahrheit entsprechend über seine Situation in Kenntnis gesetzt worden? (Aufrichtigkeit) - Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles? (Kollegialität) - Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere Patienten zu verantworten? (Gerechtigkeit) - Müssen Interessen Dritter mitberücksichtigt werden? - Welches sind die relevanten Leitlinien der Einrichtung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lautet nun das ethische Problem? - Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden? - Kann das Problem in Formulierungen miteinander im Konflikt stehender Werte übersetzt werden? - Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten des Patienten? - Welche weiteren Argumente spielen bei der Entscheidung eine Rolle? - Welche Handlungsweise verdient den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente (Behandlung, Änderung der Pflege, Konsultation, Überweisung, Abwarten etc.)? - Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein? Welche Fragen bleiben unbeantwortet? - In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

Kann man die Entscheidung und die Auswertung zusammenfassen?

Besondere Situationen		
Patienten ohne eigene Willensfähigkeit:	Kinder:	Langandauernde Behandlung:
<ul style="list-style-type: none"> - Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist? - In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig? - Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder dauerhaft angesehen? - Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit? - Können die jeweils zutreffenden Entscheidungen so lange aufgeschoben werden? - Was weiß man über die Werte des Patienten? - Gibt es einen guten Vertreter der Interessen des Patienten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt? - Kann das Kind in Hinsicht auf die Behandlung selbst entscheiden? - Welche Behandlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Eltern? - Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird? 	<ul style="list-style-type: none"> - In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden? - Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen des Vorgehens in der Pflege?

Anlage 9

Netzwerkpartner für Palliativkompetenz



Literaturverzeichnis und -empfehlungen

Sterbebegleitung

- Antonczyk, Edeltraud:
Dommach, Christiane: Was ich bei der Begleitung kranker und sterbender Menschen wissen muss, GTB 2003
- Freese, Gisela: Dich leiden sehen und (nicht) helfen können, Loccum Protokolle, Loccum 1998
- Heller – Heimer I- Husebö: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Lambertus Verlag, Freiburg 1999
- Husebö / Klaschik: Palliativmedizin, Springer Verlag 2003
- Dr. Erika Mendoza,
Reinhard Zoske: Palliativmedizin, Arrien Verlag, 2004
- Schuppner, Friederike: „Wir bleiben wenn Du gehst“ – Lesungen und Lieder am Sterbebett
- Student, Johann, Christoph: Sterben, Tod und Trauer – Handbuch für Begleitende, Freiburg 2004
- Wilkening, K./ Kunz, R. : Sterben im Altenheim, Göttingen 2003
- Reinhard Zoske,
Dr. Erika Mendoza: Leitfaden für pflegende Zugehörige, Arrien Verlag August 2004

Trauer

- Canacakis, Jorgos: Ich sehe deine Tränen, ISBN 3-7831-0877-2
- Kushner, Harold: Wenn guten Menschen Böses widerfährt
GTB Siebenstern, ISBN 3 -579 -01089-1
- Lammer, Kerstin: Trauer verstehen, ISBN 3-797-0068-8
- Specht- Tomann,
Tropper, Doris: Zeit zu Trauern
Kinder und Erwachsene verstehen und begleiten
ISBN 3-491-72441-4
- Pisarski, Waldemar: Auch am Abend wird es Licht sein, Sterben lernen - Leben lernen

Gesetze, Bestattung

- Klie, Thomas
Student, Johann Christian: Die Patientenverfügung, ISBN 3-451-05044-7
- Tausch - Flammer / Bickel: Wenn ein Mensch gestorben ist - wie gehen wir mit dem Toten um?
ISBN 3-451-23693-1
- Thomas, Carmen: Berührungängste? Vom Umgang mit der Leiche
ISBN 3-8025-1279-0
-

Rituale, Aussegnungs- oder Abschiedsfeiern

- Broschüre des DW der EKD: Mitten im Tod das Leben: Entwürfe zur Feier der Aussegnung in diakonischen Einrichtungen, Stuttgart, 2004, ISBN 3-937291-03-2
- Ev. Heimstiftung: Zeit zu leben – Zeit zu sterben
Handreichung zur Sterbebegleitung, Verabschiedung Verstorbener und Begleitung von Angehörigen,
Bezugsadresse: Ev. Heimstiftung e.V. Stuttgart, Hackstraße 12,
70190 Stuttgart, Telefon: 0711 63676-0, Fax: 0711 63676-551
www.ev-heimstiftung.de

Tod der Mütter / Eltern

- Dobrick, Barbara: Wenn die alten Eltern sterben
- Strobl, Ingrid: Ich hätte sie so gerne noch vieles gefragt, Krüger, ISBN 3-8105-1920-0

Broschüren / Zeitschriften

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen, Bonn 2005
- End-lich leben: Falkenburger Blätter Nr. 27
Bezugsadresse: Lutherstift in Falkenburg, Hauptstraße 30,
27777 Ganderkesee, Tel: 04222 921514, Fax: 04222 921511,
E-Mail: stockstrom@lutherstift.de
- Evangelisches Gesangbuch: Gebetsteil 812 – 952, Hannover, 1994
(Ausgabe für die Evangelisch-Lutherischen Kirchen Niedersachsen)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Osnabrück 2004
- Fahl, K./ Strehlow, K.: Titel, in Der Allgemeinarzt 10/2003
- Jonas, Dirk: Seelsorge als integraler Bestandteil der Begleitung sterbender Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des Pastors / der Pastorin
Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der zweiten theologischen Prüfung der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers (unveröffentlicht, 2005)
- „Krankheit, Leiden, Sterben, Tod“: Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen, ACK, Stafflenbergstr. 44,
70184 Stuttgart, Tel: 0711 243114, Fax: 0711 2361436)
- Sterben und Tod: Pro Alter, KDA 2/2005 in Einrichtungen der Altenhilfe:
-

**Diakonisches Werk
der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.**
Ebhardtstraße 3 A
30159 Hannover
Telefon 0511 36 04 256 und 204
Fax 0511 36 04 101
E-Mail renate.keil@diakonie-hannovers.de
frank.pipenbrink@diakonie-hannovers.de
Internet www.diakonie-hannovers.de