

Kongressbericht

3. Kongress Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen



1

6. November 2015, Aula der Justus-Liebig Universität Gießen
TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung
Prof. Dr. Wolfgang George / Privatdozent Dr. G.-Andre Gamal
Kontakt: george@transmit.de

Grußwort von Staatsminister im Kanzleramt Prof. Dr. Helge Braun

Sehr geehrte Damen und Herren,
haben Sie vielen Dank für Ihre Einladung. Auch wenn ich heute leider nicht persönlich anwesend sein kann, möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen ein Grußwort zu übermitteln. Immer mehr Menschen werden am Lebensabend in Pflegeheimen betreut, und viele von ihnen werden in der Sterbephase in ein Krankenhaus oder ein Hospiz überwiesen. Immer seltener sterben wir zu Hause in vertrauter Umgebung, begleitet und betreut von liebenden Angehörigen. Das hat seine Ursache in veränderten Lebensverhältnissen, gesunkenen Geburtenraten und der gestiegenen Lebenserwartung, die pflegeintensive Krankheiten wie Demenz mit sich bringt.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird in den nächsten Jahrzehnten auf über vier Millionen ansteigen. Pflegeeinrichtungen müssen auf diese Entwicklung vorbereitet werden. Sie können uns zwar die Angst vor dem Sterben nicht nehmen, aber den Lebensabend zumeist so gestalten, dass wir in Würde gehen können. Ob im Krankenhaus oder im Hospiz: Entscheidend für die Betreuung Sterbender – und nicht zuletzt ihrer Angehörigen – ist entsprechend geschultes und ausreichendes Personal. Darüber hinaus bietet die Palliativmedizin heute den Sterbenden die Möglichkeit, schmerzfrei zu sterben.

Auch die Politik beschäftigt sich in dieser Legislaturperiode intensiv mit den verwandten gesetzgeberischen Fragestellungen. Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, das der Bundestag in dieser Woche beschlossen hat, sieht Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung und im Krankenhauswesen vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab

- in strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung weiter auszubauen und die Hospizbewegung zu unterstützen,
- die Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung, sowie der hospizlichen Begleitung sicherzustellen und die Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten,
- die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu verankern und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend zu verbreiten,
- die finanzielle Förderung stationärer Kinder- und Erwachsenen hospize sowie ambulanter Hospizdienste zu verbessern,
- die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken sowie die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren und Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung ein Forschungsprojekt zum Thema „Sterben in der stationären Langzeitpflege“ mit einem Budget von 300.000 Euro für die Jahre 2015 und 2016 gestartet. Es soll Fragestellungen nach geeigneter Organisation einer erfolgreichen Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und einem schmerzfreien und würdevollen Sterben im Pflegeheim, nachgehen. Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie sich heute diesem wichtigen Thema annehmen und wünsche Ihnen einen erkenntnisreichen Kongress.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Grußwort von Vizepräsident der Justus Liebig Universität Prof. Dorresteijn

In der im Jahre 2010 verabschiedeten *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* wird im Leitsatz 1 festgehalten:

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird [...].“

Eine ambitionierte Maxime, die eine Reihe von praktischen Herausforderungen birgt.

Die JLU steht mit der Leitidee der *Translation* gerne als Partner zur Verfügung, um praxisnahe Wege aufzuzeigen, wie die drängendsten Fragen auf diesem Gebiet gelöst werden können. Fußend auf einer langen Tradition der Lebenswissenschaften möchte sie Voraussetzungen schaffen, dass möglichst allen Menschen ein würdevoller letzter Lebensabschnitt im vertrauten Umfeld ermöglicht werden kann. Über die medizinischen-pharmakologischen Möglichkeiten hinaus, gilt es mit gleicher Beharrlichkeit, den Themen Tod und Ableben im gesellschaftspolitischen Diskurs Raum zu geben – dies ist eine interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe.

3



Adriaan Dorresteijn

Verantwortlichkeit für den Sterbenden und Verpflichtung des Angehörigen stärken

Referent Prof. Dr. Jürgen Howe, TU Braunschweig

Es hört sich gut an, endlich über **Lösungen** zu sprechen und nicht lediglich bei Problembeschreibungen stehen zu bleiben. Es wird allerdings dadurch die Hoffnung genährt, dass eine fundamentale Frage des menschlichen Daseins einer **einfachen Handhabbarkeit** im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen und auch in der häuslichen Umgebung zugeführt werden kann. Bei dieser Vorstellung entstehen bei mir jedoch Zweifel, ob das so grundsätzlich möglich ist. Vielleicht ist es angemessener von **Bemühungen um Verbesserungen und Erleichterungen** zu sprechen.

Unserer kulturellen Überzeugung entsprechend, gibt es aber für **jedes** Problem eine Lösung. Diese findet man in der Regel, wenn man genügend **Energie** und **Mittel** dafür einsetzt. Bei allen Problemen, die mit Sterben, Tod und Trauer zu tun haben, greift diese lieb gewonnene und in vielen Bereichen

auch durchaus bewährte Strategie aber nur sehr bedingt. Der Unterschied von bei der Betreuung sterbenskranker Menschen liegt zum einen in der großen **gefühlsmäßigen Betroffenheit**, die durch einen engen Kontakt jeweils ausgelöst wird. Zum anderen ist die **Zielvorstellung** nicht ganz eindeutig. Was soll denn erreicht werden? Etwa ein schönes Sterben, eine Zustimmung zum Sterben, eine Auseinandersetzung mit dem Sterben, die Vermeidung von Schmerzen, ein angenehmer Tod, Selbstbestimmung im Sterben, ein würdevoller Tod? Auch der **Beitrag der einzelnen Wissenschaftsdisziplinen** ist nicht leicht zu bestimmen. Die Betreuung Sterbender bedarf der Angehörigen und Freunde (soweit vorhanden) der Ärzte, des Pflegepersonals, der Pfarrer, der Psychologen (vielleicht), der Sozialarbeiter, der Laienhelfer und Sterbegleiter in Hospizeinrichtungen und noch einiger anderer.

Ungeklärt ist auch, wie das Zusammenwirken der verschiedenen Personen- und Berufsgruppen organisatorisch einigermaßen reibungslos von statten gehen soll. Es ist überdeutlich, daß unserer Gesellschaft, die nach dem 1. und 2. Weltkrieg auf die Sicherung der materiellen Existenz ausgerichtet ist, kulturelle Muster für den angemessenen Umgang mit Sterbenden und Trauernden schlicht und einfach weitgehend fehlen. Sie sollten und können nach und nach entwickelt werden.

Die Verantwortlichkeit für den Sterbenden kann durch die Beiträge der Wissenschaft gestärkt werden. Bezüglich des Erlebens und Verhaltens und der Bedürfnisse von Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt richten sich die Erwartungen an die Wissenschaft der Psychologie. Das gilt auch für Konzepte zur Hilfestellung und zur Verringerung von Verzweiflung, Angst und Depression.

Frage: Kann die Psychologie diese Erwartungen erfüllen?

Antwort: Sie kann es nur zu einem geringen Teil!

Sterben, Tod und Trauer sind kaum Gegenstand von größeren Forschungsprojekten gewesen. Dennoch läßt sich ein **gewisser Erkenntnisstand** bilanzieren, der zur Kenntnis genommen werden sollte:

Beginn des Sterbens als psycho-sozialer Prozeß

Eine Auseinandersetzung mit den psychischen und sozialen Aspekten des Sterbens erfordert eine Definition des Beginns des Sterbens. Man könnte meinen, das psychische und soziale Sterben fängt zum selben Zeitpunkt an wie das körperliche Sterben, also mit dem Ausbruch einer zum Tod führenden Krankheit. Allerdings wird der Zeitpunkt des Ausbruchs einer Krankheit häufig nicht bemerkt. Das Sterben beginnt demnach erst dann, wenn die Fakten erkannt werden. Das heißt, wenn zunächst der Arzt aufgrund der diagnostischen Befunde zu der Beurteilung gekommen ist, dass die Krankheit nicht heilbar ist. Zwischen der ärztlichen Prognose und ihrer Übermittlung an den Patienten vergeht in der Regel einige Zeit (Stunden, Tage, Wochen).

Allerdings teilen manche Ärzte eine infauste Diagnose gar nicht mit oder sie drücken sich nicht konkret genug aus. Es kommt oft genug vor, daß der Patient die angedeuteten schlechten Nachrichten nicht versteht, sie falsch interpretiert bzw. vergißt oder aber wegen der Bedrohlichkeit ignoriert oder verleugnet. Somit bleibt der Beginn des Sterbens Interpretationssache. Er ist abhängig von der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung und der Beurteilung verschiedener Personen. Der Gestaltung der sog. Aufklärungssituation kommt damit eine größere Bedeutung zu.

Das Vorenthalten der Wahrheit über seinen Zustand ist bei unheilbar Kranken nur begrenzt möglich. Eine offene Kommunikation mit unheilbar Kranken wird in der Regel angestrebt, ist aber oftmals nur eingeschränkt möglich.

Verdrängung / Verleugnung

Weisman (1972) unterscheidet eine Verleugnung erster, zweiter und dritter Ordnung. Damit ist das Nicht-wahrnehmen bzw. Umdeuten von grundsätzlichen Fakten der Krankheit gemeint (erster Ordnung). Es findet häufig vor der Diagnosestellung statt. Krankheitssymptome werden minimalisiert oder einfach als nicht vorhanden erklärt. Das Ausmaß steigert sich mit entsprechender Unterstützung durch Ehepartner, Freunde, Bekannte u.a. Verleugnung zweiter Ordnung bezeichnet das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Implikationen der Erkrankung, die prinzipiell aber akzeptiert wird. So können

Patienten nach einem Herzinfarkt unrealistisch optimistisch hinsichtlich ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit sein und so tun als würden sie in kurzer Zeit wieder gesund werden.

Unter Verleugnung dritter Ordnung versteht Weisman das Ausschließen des eigenen Todes als Krankheitsfolge, obwohl die Diagnose und alle anderen Krankheitsfolgen voll erkannt und akzeptiert worden sind. Leichte Besserungen werden als Zeichen für die Genesung überbewertet.

Weismann prägte den Begriff des „middle knowledge“. Der Patient lebt in der „ungewissen Gewißheit“, daß sich sein Leben dem Ende nähert. „Fluktuationen zwischen Verleugnung und Akzeptieren findet während des gesamten Krankheitsverlaufes statt“ (Weisman 1972, S. 65). Es handelt sich um einen sehr subtilen Prozeß, der durch das Interaktionsgefüge um den Patienten herum beeinflusst wird. Ein gänzlicher Verzicht auf Verleugnungstendenzen ist nicht förderlich für die mentale Stabilität. Verleugnen und Verdrängen ist auch eine wirksame Abwehr von Angsterlebnissen, die mit der Diagnose verbunden sind. Ärzte, Pflegepersonal, Laienhelfer und Familienangehörige müssen sich von Tag zu Tag neu auf Verleugnungstendenzen einstellen. Einfache Verhaltensrezepte gibt es allerdings nicht. Vertiefte Kenntnisse über diese Form menschlichen Umgangs mit seiner Realität sind jedoch unverzichtbar.

5

Lebensbilanz / Lebensrückschau

Angesichts des nahenden Todes wird die Beschäftigung mit bilanzierenden Frage „Was war mein Leben?, „Habe ich so gelebt, wie es mir vorgestellt habe?“ bei vielen Menschen sehr wichtig. Insbesondere Butler (1960, 1961, 1980) hat sich mit dem Phänomen der **Lebensrückschau** auseinandergesetzt. Er weist darauf hin, daß dieser Prozeß bereits in der Antike von Aristoteles (lebte 367-347 v. Chr.) beschrieben wurde **„Sie leben mehr von der Erinnerung als von der Hoffnung, die ihnen ihr Leben noch gelassen hat, ihr Leben, welches im Vergleich zur langen Vergangenheit nur kurz ist. Daraus erwächst ihre Beredsamkeit, da sie sich ihres Erinnerns erfreuen“** (Butler 1980, S. 141).

In der Lebensrückschau kann ein konstruktiver und schöpferischer Aspekt gesehen werden, in dem wiederbelebte Erfahrungen und auch Konflikte neu betrachtet und bewertet werden. Lebenskrisen ganz allgemein scheinen die Auseinandersetzung mit der Bilanz des eigenen Daseins auszulösen. Eine unheilbare Erkrankung gehört sicherlich dazu. Lückel (1981) hat das Ziehen einer Bilanz über das vergangene Leben systematisch bei der Begleitung Sterbender als Krankenhauseelsorger genutzt.

Fragen nach dem Sinn

Eng verzahnt mit einer Bilanzierung der vergangenen Lebensabschnitte sind Fragen nach dem Sinn der Krankheit, des damit verbundenen Leidens sowie nach dem Sinn des Sterbens und des Todes (z. B. Warum leide ich an dieser Krankheit? / Warum muß ich sterben?). In einer Untersuchung an 153 Gesprächen mit Schwerkranken kommt Engelke (1980) zu dem Ergebnis, daß 46% nach dem ihrer Erkrankung fragten. Er ist der Auffassung, daß der letzte Lebensabschnitt sich möglicherweise besser ertragen läßt, wenn die eigene Endlichkeit als sinnhaftes und nicht als sinnloses Geschehen begriffen werden kann. Die Auseinandersetzung mit Sinn-Frage wird von vielen in der Begleitung sterbender Menschen als bedeutsam angesehen.

Angst

Ein Angstzustand wird ausgelöst, wenn das Individuum eine Situation als bedrohlich einschätzt. Je bedrohlicher die Situation, desto stärker wird die Angst. Angst führt oftmals zu innerpsychischen Abwehrvorgängen. Der Sterbeprozess und der bevorstehende Tod können zweifelsfrei ein Maximum an Angst auslösen. Das gilt sicherlich besonders für den Beginn des Sterbens nach der Aufklärung über unheilbare Erkrankung durch den Arzt. Es ist damit zu rechnen, daß starke Ängste immer wieder neu auftreten.

Schlußbetrachtung

Das Wissen über diese psychischen Erlebnis- und Verhaltensweisen hilft dabei, sterbenskranke Menschen besser zu verstehen und ihre Äußerungen, Bedürfnisse und Nöte besser begreifen zu

können. Es verbessert die Kompetenz Sterbende verstehen und unterstützen zu können. Selbstverständlich ist daraus kein Rezept abzuleiten, wie darauf in den unterschiedlichsten Berufsrollen reagiert werden kann und soll. Das bleibt dem Erfindungsreichtum und der Einfühlsamkeit des einzelnen Helfers überlassen. Das ist deswegen nicht einfach und bedarf der ständigen Reflektion sowie der Unterstützung durch ein Team, weil der Prozeß des Sterbens sich oftmals Monate oder Jahre hinzieht. Die Frage lautet, wie ein Leben angesichts des näher kommenden Todes gestaltet werden kann.



Podiumsgespräch v.L. Jens Pake, Jürgen Howe, Johannes Horlemann, Eckhard Starke, Wolfgang George,
 FOTO: Franz Maywald

Zur Rolle von Region, Kommune und Bürgerschaft in der ambulanten Palliativversorgung

Referent: Prof. Dr. Jens Papke, Westsächsische Hochschule Zwickau

Etwa 80% der Menschen, die ihr Lebensende planen können, wünschen sich ein Sterben in vertrauter häuslicher Umgebung. Um dies zu erreichen, wurde 2007 die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) auf den Weg gebracht. Acht Jahre danach ist SAPV immer noch nicht flächendeckend verfügbar und demzufolge differieren die Chancen der Sterbenden auf ein Lebensende mit guter Symptomkontrolle zuhause regional. Neben der fehlenden Versorgungsstruktur ist auch die Akzeptanz palliativer Betreuung in der Ärzteschaft, bei den Pflegenden und auch bei den Laien (Angehörige, Freunde, Nachbarn) sehr verschieden. Umsetzung von Advanced care planning gelingt nur, wenn in der Region belastbare Versorgungsstrukturen bestehen (erreichbarer und qualifizierter Hausarzt, qualifizierte Pflege, SAPV, Hospizgruppe etc.). Hospizgruppen als strukturierte Verbindungen von engagierten Laien wie auch temporäre stationäre Versorgungsangebote (Palliativstationen) in der Region ermöglichen eine verbesserte Versorgung des ambulant betreuten Schwerkranken und Sterbenden. Beispielhaft zeigen jedoch aktuelle Versorgungsdaten der Malteser-Hospizgruppe Neustadt/Sachsen, dass diese derzeit vorwiegend in Pflegeheimen (53%) tätig wird und nur zu einem geringen Anteil (23%) Sterbende zuhause betreut. Die in den jeweiligen Versorgungsbereichen agierenden SAPV-Teams sollten vernetzt mit Sozialarbeitern, Hospizgruppen, qualifizierten Pflegenden und Hausärzten zu regionalen Bündnissen der Finalbetreuung weiterentwickelt werden.

„Gutes Sterben“ trotz Knochenmetastasen – Wunsch oder Wirklichkeit?

Podiumsteilnehmer: Dr. Johannes Horlemann, Kevlar

Sterbende sind Lebende bis zuletzt, mit allen Rechten und Ansprüchen Lebender. Wir empfinden ein „gutes Sterben“ in erster Linie als Erhalt von Lebensqualität für den Patienten. Die palliative Wahrnehmung schließt die Lebensqualität der Familie, Helfer und Begleiter mit ein. Eine besondere Bedrohung des Tumorpatienten liegt in der fortschreitenden Krebserkrankung mit Knochenmetastasen, mit denen er eine pathologische Fraktur mit allem Folgekomplikationen riskiert, eingeschlossen Immobilität und stärkste Schmerzen. Solche komplizierten Bedingungen schließen oft Schlafstörungen, Angst und Depressionen, sowie aufwendige Therapien ein. Die Supportivtherapie dieser Komplikationen spielt eine tragende Rolle für die Selbstwahrnehmung und die Selbstdefinition von Lebensqualität. Eine prospektive Palliation möchte nicht allein Leben verlängern und Komplikationen vermeiden, sondern Patienten und Angehörige angemessen auf erwartbare Komplikationen vorbereiten. Patienten mit soliden Tumoren und Knochenmetastasen haben deshalb einen besonderen Versorgungsbedarf. Diese Patienten gewinnen unter Denosumab im Vergleich zu Zoledronsäure im Median 8,2 Monate mehr Zeit bis zur ersten Knochenkomplikation. Diese gewonnene Zeit ging einher mit bis zu 4 Wochen ohne Progress der Knochenschmerzen, sowie einem verminderten Bedarf an starken Opioiden. In einer Subgruppenanalyse bei Patienten mit Lungentumoren zeigte sich ein Vorteil im Gesamtüberleben von 1,2 Monate. Die schnelle, subkutane Applikationsform vereinfacht die gezielte und externe Kooperation bei der Betreuung von Patienten in der SAPV, sowie bei Patienten ohne Port. Komorbide Patienten mit renaler Insuffizienz sind ebenfalls gut behandelbar. Für die Patienten ermöglichen Schmerzfreiheit und Mobilität ein gutes und würdevolles Sterben als Leben bis zuletzt.

7

Das neue Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung.

Podiumsteilnehmer: Dr. Eckhard Starke stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Im Vortrag wird auf die Situation der Palliativversorgung in Hessen eingegangen sowie auf die allgemeinen Ziele. Dabei wird ein „Hessischer Masterplan“ erwähnt, der als Entwurf von Beteiligten aus der Pflege, der SAPV und der KV Hessen erarbeitet wurde. Zu den allgemeinen Zielen sind besonders die Verknüpfung von SAPV und AAPV sowie die grundsätzliche Stärkung der AAPV zu zählen. Zum HPG wird auf die Weiterentwicklung der Demographiestruktur, auf das geplante Hospiz- und Palliativgesetz, auf die Probleme und Ziele, auf die Maßnahmen des HPG sowie auf die Schwerpunkte im Einzelnen eingegangen. Diese sehen u.a. die Unterstützung der Palliativ- und Hospizversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen sowie die Stärkung der AAPV vor. Die Sterbebegleitung wird ausdrücklich Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Krankenkassen werden zur individuellen Beratung der Versicherten und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen des Palliativ- und Hospizgesetzes verpflichtet. Es müssen zukünftig klare Regelungen für die Delegation ärztlicher Leistungen geschaffen werden sowie eine Weiterentwicklung des EBM.

Wie kann ein Projekt zugunsten einer guten Praxis der Sterbebetreuung durchgeführt werden?

Referent: Prof. Dr. Rainer Röhrig, Universität Oldenburg



Rainer Röhrig

Es ist der Sterbeort Intensivstation auf welche sich der Vortrag maßgeblich bezieht. Klar ist, dass dieser Sterbeort mit ungefähr 120.000 Verstorbenen pro Jahr eine besondere Aufmerksamkeit verdient.

Sterbeort Intensivstation Statistik



- 120.000 Sterbefälle pro Jahr auf Intensivstationen
- 26.000 Intensivbetten (Stand 2012)
- 2.127.037 Intensivbehandlungsfälle (Stand 2012)
- 4,6 Sterbefälle pro Intensivbett
- ca. 5,6% der Intensivbehandlungsfälle

Auf einer 10-15 Bettenstation = 1-2 Sterbefälle pro Woche

Um eine gute Praxis der Betreuung Sterbender auch auf Intensivstation zu erreichen ist es zwingend notwendig sich an den Empfehlungen und Stellungnahmen der Fachgesellschaften zu orientieren:

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Deutsche Gesellschaft für Onkologie (DGO)

Zugleich gilt es geeignete Qualitätsindikatoren insbesondere auch zur Strukturqualität zu entwickeln. Alle Erfahrungen mit Qualitätsmanagementsystemen weisen auf die besondere Bedeutung von Peer-Review Verfahren.

Spiritual Care: Zur geistlichen Begleitung in schwerer Krankheit und in Palliativsituationen

Referent: Walter Sendner, Hospizseelsorger und Trauerbegleiter



Walter Sendner

Auf dem Gipfel des Gebirges
steht Mose, der Mann Gottes und Prophet.
Seine Augen schauen unverwandt
in das heilige gelobte Land.
"So erfüllst DU, Herr, was DU versprochen,
niemals hast DU mir Dein Wort gebrochen.

Im September 1944 schrieb Dietrich Bonhoeffer vor seiner Hinrichtung durch die Nationalsozialisten diesen Text. Viele dieser Zeilen, die er Mose in den Mund legt, gelten auch für ihn. Sie können heute Menschen auf der Suche nach religiöser Deutung ihres Lebens Halt geben.

„Es ist unglaublich,
wie viel Kraft die Seele
dem Körper zu leihen vermag!“
(Alexander von Humboldt 1767-1835)



„Spiritualität“ meint die Auseinandersetzung mit dem Lebenssinn, bzw. mit der Sinnlosigkeit angesichts unheilbarer Erkrankung und dem bevorstehenden Sterben. Die Suche nach dem Heilen und Heiligen, nach dem Vollkommenen und nach einer Transzendenz, die über das Feststellbare, Messbare und Beeinflussbare hinausreicht. Die Praxis konfrontiert mit Aussagen wie dieser:

„Ich werde in der Finalphase meiner Erkrankung nicht mehr reden können. Die ständige Einforderung mir wichtiger religiöser Lebensvollzügen schmerzt mich. Die Menschen in meiner Nähe müssen darum

wissen – egal wie oft sie Schichtwechsel machen. Die Palliativfachkräfte müssen mir Wünsche von den Augen ablesen können!“

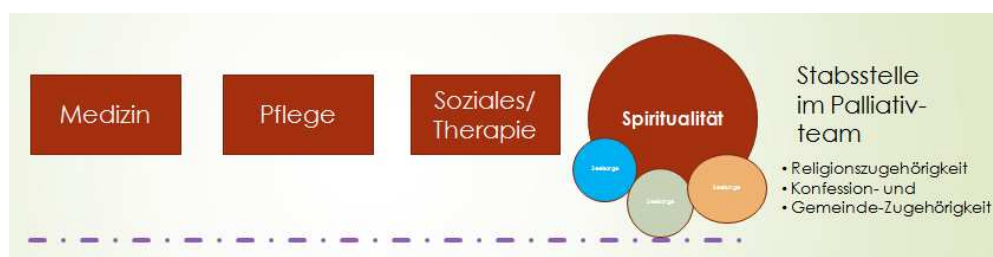
Nach einer Untersuchung von Baumgartner/Haselbeck/Koch 2012-2014 erfolgt die Erfassung religiöser/spiritueller Bedürfnisse wie folgt:

Ärzte	Pflegekräfte	Sozialarbeit	Seelsorge	Sonstige
27%	43%	7%	13%	10%

Daraus folgt, dass Pflegekräfte und Ärzte von Sterbenskranken als Ansprechpartner und „Türöffner“ für spirituelle Bedürfnisse wahrgenommen werden. Die religiösen/spirituellen Bedürfnisse brauchen in den regulären Teambesprechungen einen fixen Platz und binden das ganze Team ein. Sensibilitätstraining und Kommunikationsfähigkeit zu spirituellen und religiösen Themen sollten auf dem Fortbildungsplan des Palliativteams stehen. Es geht darum Hilfe und Unterstützung im Vollzug des religiösen, geistlichen Lebens, wenn dies im Chaos unterzugehen scheint.

Wie kann man sich dieser Situation pragmatisch, alltags- und lebensnahe nähern?

1. Gibt es für Sie persönlich wichtige „heilige Orte“ – z. B. Aussichtspunkte, Blickwinkel auf Natur- und Landschaftsbilder, Bauwerke, eine Kapelle, ...?
2. Gibt es religiöse Symbole, die für Sie im Leben Bedeutung gewonnen haben: Weihwasser, Kerzenlicht, Weihrauch, ein besonderes Bild, eine Figur?
3. Gibt es geistliche Lieder und Melodien, die für Sie im Leben Bedeutung gewonnen haben?
4. Gibt es ein besonderes Gebet, das Ihnen gern und gut über die Lippen geht?
5. Gibt es religiöse Erlebnisse und Erfahrungen, die Sie geprägt haben und die ggf. hilfreich und fördernd oder schmerzvoll und belastend waren?
6. Gibt es Worte aus der Heiligen Schrift die bedeutsam geworden sind? Empfinden Sie das Lesen oder Hören von Schriftworten wohltuend?
7. Gibt es geistliche Impulse Sendungen im Rundfunk/Fernsehen, die von Ihnen im Tages- oder Wochenverlauf hilfreich erfahren werden?
8. Gibt es eine Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft/einer (örtlichen) Kirche/Pfarrei?
9. Wie stark sind die persönlichen Beziehungen zur Gemeindeleitung? Waren Sie seit Kindheit in religiöses Leben eingebunden? Oder ist eine Distanz/Befremdung vorhanden? Sind „Brücken“ gewünscht?
10. Gibt es belastende Missverständnisse, Versäumnisse, Schuldzuweisungen, Unversöhnlichkeiten, die einer Richtigstellung bedürfen?



Um ein Qualitätsbewusstsein für das Spiritual Care aufzubauen gilt es eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter im Palliativ-Team für die Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse der Klienten zu erreichen. Es sollten Zeiten für diese Aufgaben genau wie für die anderen Disziplinen in der palliativen Betreuung (Biographie/Rituale/Gebetszeiten) geplant werden. Hierzu gehört auch die Dokumentation als Sicherungstellung der spirituellen Begleitung. Es gilt die systematische Einbindung von „professionellen“ Seelsorgern je nach Bedürfnissen der Klienten in die palliative Begleitung zu erreichen. Nicht zuletzt ein miterleben der traditionellen Feste im Jahreskreis zu ermöglichen um auf diese Weise das „Ich“ zu transzendieren. Schließlich sollte Spiritual Care auch durch Forschung in seinem Nutzen für den Gesundheitsbereich bewertet werden.

Lernen am guten Beispiel

Referent: Prof. Dr. Wolfgang M. George, TransMIT Projektbereich für Versorgungsforschung

Wie kann ein systematisches Lernen – auch in dem Handlungsfeld der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender – systematisch gefördert und organisiert werden? 3 Ebenen sollen betrachtet werden:

1. Lernen am (eigenen) Modell
2. Lernen an guten Beispielen in der eigenen Einrichtung
3. Lernen durch Kooperation mit Dritten bzw. externen Partnern

Zu 1 Nicht nur fachliches, auch soziales Lernen findet durch Modelllernen statt sondern auch Werte, Einstellungen und kulturelle Beiträge werden auf diese Weise vermittelt. Während Vorbilder ausgesucht werden müssen alle Mitarbeiter sich als Modell gegenüber ihren Kollegen und Dritten wissen. Problematische Modelle insbesondere wenn diese Führungskräfte oder auch ältere und eigentlich erfahrene Mitarbeiter sind, können insbesondere für die jüngeren Mitarbeiter bzw. die Auszubildenden fatale Konsequenzen mit sich bringen, da diese u.U. nachhaltig fehlgeprägt werden.

Zu 2: Kennzeichen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens ist, dass es überall „gute Mitarbeiter“, „gute Arbeitsprozesse“ und „gute Ergebnisse“ gibt. Es gilt diese Bereiche bzw. Prozesse zu identifizieren und die dort geübte Praxis (Befähigung) anderen Bereichen (Personen) zugänglich zu machen. Dabei treten als Vermittler bzw. Organisationsentwickler Kollegen/-innen der eigenen Einrichtung (Peers) an.



Zu 3. Die Befähigung zur erfolgreichen Kooperation mit nicht in der Einrichtung gebundenen Organisationen, Personen, Wissensträgern etc. geht mit wünschenswerten Möglichkeiten einher. Je besser, vielfältiger und zielgeleiteter mit dritten Partner kooperiert wird, desto besser die Qualität der erreichten Betreuung. Hierbei ist nicht nur an die komplementären Versorgungspartner zu denken, sondern fast ebenso notwendig an öffentliche (gemeindliche) Gewährsträger, an Schulen und andere Bildungseinrichtungen, an die Bürgerschaft, deren Vereine, Bündnisse und Meinungsbildner. Hier kann etwa von den Hospizeinrichtungen gelernt werden.

Ziele und erste Erfahrungen "Deutsche Palliativsiegel"



Podiumsgespräch: Vertreter/-innen ausgezeichneter Einrichtungen im Gespräch

In einem Podiumsgespräch bekamen Vertreter von 2 Krankenhäusern aus Hessen und Nordrhein Westfalen die Möglichkeit Ihre Erfahrungen mit der Auszeichnung durch das „Deutsche Palliativsiegel“ vorzustellen und mit den eingeladenen Gästen zu diskutieren.

19. Oktober 2015 | 00.00 Uhr

Dormagen

Palliativsiegel für Kreis- Kliniken



Dr. Uwe Torsten (Ärztammer Berlin), Frank Schneider (Qualitätsmanager Rhein-Kreis-Kliniken), Krankenhausdirektor Ralf H. Nennhaus, Studienprojektleiter Prof. Wolfgang George, Pflegedirektor Thomas Weyers (v.l.).

FOTO: RKN Kliniken

Bücher zum Thema von Wolfgang George:



Wolfgang George,
Eckhard Dommer,
Viktor R. Szymczak (Hg.)

Sterben im Krankenhaus

Situationsbeschreibung,
Zusammenhänge, Empfehlungen

ca. 280 Seiten • Broschur
Preis Euro (D): 29,90
ISBN 978-3-8379-2331-5
Buchreihe: Forschung Psychosozial

Erscheint im Oktober 2018

Psychosozial-Verlag

Wallbostr. 10
35390 Gießen
Tel.: 06 41 96 99 78 18
Fax: 06 41 96 99 78 19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität bieten Krankenhäuser den Sterbenden heute? Wie lässt sich diese verbessern? Wie erleben und beschreiben Ärzte und Pfleger die Situation? Der vorliegende Band beleuchtet umfassend die gegenwärtige Situation und stellt konkrete Handlungsempfehlungen vor.

Die meisten Menschen in Deutschland verbringen ihre letzten Lebensstage nicht in den eigenen vier Wänden, obwohl sich dies 90% wünschen. Etwa 50% sterben in Krankenhäusern, 40% in Pflegeeinrichtungen und nur etwa 10% in ihrer häuslichen Umgebung. Der Trend zur Verstärkung und zu kleineren Familien sowie die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass sich an diesem Zustand kaum etwas ändern wird.

Dies wirft Fragen auf: Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität der Sterbenden würde bislang erreicht? Entlang welcher Zeilskriterien soll diese weiterentwickelt werden? Antworten bietet die »Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in Krankenhäusern« aus dem Jahr 2013, für die ca. 1.400 MitarbeiterInnen aus 212 Krankenhäusern aller 16 Bundesländer befragt worden sind. Bereits vor 25 Jahren hat Wolfgang George mit dem gleichen Messinstrument gearbeitet, sodass ein Vergleich zwischen den damaligen und heutigen Bedingungen möglich ist.

Ausgewiesene Wissenschaftler und Praktiker beschreiben die Situation und identifizieren relevante Einflussfaktoren. Auf der Basis der erörterten empirischen, rechtlichen, ethischen und normativen Befunde werden schließlich auch konkrete Handlungsempfehlungen vorgestellt.

Mit Beiträgen von R. Allert, U. Barandun, Schäfer, G. Becker, G. Dammann, E. Dommer, M. Eberlein-Gonska, W. George, S. Goebel, A. J. W. Goldschmidt, R. Gronemeyer, M. Groß, K. Jans, C. Klarich, A. Lauberbach, A. Newerla, H. Pappert, J. Siegrist, A. Simon, V. R. Szymczak, O. Tolmein und M. A. Weigand

Wolfgang George, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., ist Krankenpfleger, Organisationswissenschaftler und Honorarprofessor an der Technischen Hochschule Mittelhessen. Er leitet das Medizinische Seminar George und das TransMIT-Zentrum für Versorgungsforschung und Beratung in Gießen.

Eckhard Dommer, Dr., studierte Soziologie, Psychologie und Kunstgeschichte mit dem Schwerpunkt empirische Sozialforschung in Gießen. Sein aktueller Tätigkeitsbereich ist die Auswertung klinischer Studien für die pharmazeutische Industrie. Er lebt und arbeitet in Basel.

Viktor R. Szymczak Dipl.-Med. Soz., Wissenschaftsjournalist und Health Policy Consultant mit Schwerpunkt Kanada, ist Mitarbeiter am TransMIT-Zentrum sowie Projektleiter von »Sterben im Krankenhaus«.



Wolfgang George (Hg.)

Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen

Situationsbeschreibung,
Zusammenhänge, Empfehlungen

Mit einem Vorwort von Dieter Birnbacher

ca. 250 Seiten • Broschur
Preis Euro (D): 29,90
ISBN 978-3-8379-2430-5
Buchreihe: Forschung Psychosozial

Erscheint im November 2014

Psychosozial-Verlag

Wallbostr. 10
35390 Gießen
Tel.: 06 41 96 99 78 18
Fax: 06 41 96 99 78 19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

90% der deutschen Bevölkerung verbringen ihre letzten Lebensstage nicht in den eigenen vier Wänden. Ein Anlass, die Qualitätsstandards und Sterbebedingungen in Pflegeeinrichtungen genauer unter die Lupe zu nehmen.

Rund 2,4 Millionen Menschen sind in Deutschland pflegebedürftig, im Jahr 2030 werden dies etwa 3,5 Millionen sein. Der Trend zu Verstärkung, kleineren Familien und die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass in Zukunft ein Großteil der deutschen Bevölkerung in Pflegeeinrichtungen sterben wird – schon heute sind es ungefähr 40%. Dies wirft Fragen auf: Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität der Sterbenden wird dort bislang erreicht? Entlang welcher Zeilskriterien und mit welchen Verfahren soll diese weiterentwickelt werden?

Antworten bietet die »Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen« aus dem Jahr 2014, in deren Rahmen Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft aus zahlreichen Bundesländern befragt wurden. Darüber hinaus beschreiben ausgewiesene WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen die Bedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen, decken relevante Einflussfaktoren auf und geben konkrete Handlungsempfehlungen.

Mit Beiträgen u.a. von Stefanie Becker, Kathrin Engel, Felina Engling, Claus Fuschek, Wolfgang George, Gerda Graf, Reimer Gronemeyer, Trutz Hasse, Martina Hasseler, Katharina Heimerl, Jürgen Howe, Giovanna Jenti, Cathrin Klent, Frieder R. Lang, Norbert Lübke, Friedhelm Menzel, Dirk Müller, Friedemann Nauk, Andrea Newerla, Jens Papke, Elisabeth Reitinger, Michael Schilder, Ulrike Schulze, Walter Sendner, Johanna Tiedtke, Birgit Wehrhuck, Ursula Wislafi, Hartmut Wolter und Andreas Zimmer

Wolfgang George, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., ist Krankenpfleger, Organisationswissenschaftler und seit 2008 Honorarprofessor an der Technischen Hochschule Mittelhessen. Er leitet den TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung sowie das Medizinische Seminar George in Gießen.

Letzte Buchveröffentlichung im Psychosozial-Verlag: Wolfgang George, Eckhard Dommer & Viktor R. Szymczak (Hg.) (2013): *Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*, 230 Seiten, Broschur, 29,90 Euro (D), ISBN: 978-3-8379-2331-5

Weitere Informationen zum Thema auf der website:

Deutsches Palliativsiegel
in Kooperation mit der KTQ-GmbH

www.palliativsiegel.de



MEDIZINISCHES SEMINAR GEORGE
D-35494 GIEßEN JAHNSTRASSE 14

SPONSOREN DES KONGRESSES 2015

B. BRAUN-STIFTUNG



AMGEN
 Onkologie

14

FÖRDERER DES KONGRESSES 2015



das
 Krankenhaus

