



Gesellschaft für
Technologietransfer mbH

Projektbereich für
Versorgungsforschung
und Beratung

Kongressbericht:

Donnerstag 30. November 2017
Aula der Justus-Liebig-Universität
35390 GIESSEN | LUDWIGSTRASSE 23
9.00 -16.00 Uhr

5. KONGRESS
**Sterben in Krankenhäusern
und stationären Pflegeeinrichtungen**

Schirmherr: Kanzleramtsminister Dr. med. Helge Braun

Berufsbiografische Wege

Gießen im Dezember 2017

Grußwort Schirmherr Kanzleramtsminister Prof. Dr. Helge Braun

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich herzlich für die erneute Schirmherrschaft zum diesjährigen „5. Kongress Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen“.

Derzeit befinden sich in Deutschland (Stand 2016, DHPV) rund 1.500 ambulante Hospizdienste, 236 Hospize und mehr als 300 Palliativstationen in Krankenhäusern. Rund 300 Teams betreuen deutschlandweit ambulant Palliativpatienten. Darüber hinaus engagieren sich über 100.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich in der Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen (DHPV). Der Wunsch der Hospiz- und Palliativverbände, ambulante und stationäre Hospizdienste stärker durch die Krankenkassen zu fördern, wurde vom Gesetzgeber entsprechend aufgegriffen.

Der Bundesregierung stärkt damit die Hospiz- und Palliativversorgung überall dort, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen. Zugleich wird die Information und Beratung stetig verbessert, um Hilfsangebote weiter in die Öffentlichkeit zu tragen. Neben einer Verbesserung der ambulanten und häuslichen Palliativversorgung, werden auch stationäre Maßnahmen in Pflegeheimen und Krankenhäusern ausgebaut. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Arbeit wird besser als bisher von den Krankenkassen finanziell gefördert. Diese tragen künftig 95, anstatt der bisherigen 90 Prozent, der zuschussfähigen Kosten.

Die Verpflichtung der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen, Ärzten und Hospizdiensten ermöglicht den Bewohnern ein umfangreiches Angebot an bedürfnisorientierter Betreuung. Auch die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wurde verbessert, indem der Mindestzuschuss der Krankenkassen um rund 25 Prozent angehoben wurde. Des Weiteren wurde die Sterbebegleitung als ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung eingestuft. Hospiz- und Palliativversorgung sollen sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben in ihrer letzten Lebensphase ermöglichen. Dies ist ein Gebot der Menschlichkeit. Deswegen wird auch die künftige Bundesregierung daran arbeiten, dass die entsprechende Hilfe für Sterbende deutschlandweit ausgebaut wird – unabhängig davon, ob Menschen ihre letzte Lebensphase zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz verbringen möchten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Helge Braun

Eröffnung Wolfgang George

Eine der wichtigsten Erkenntnisse unserer Studie 2017 zu den biographischen Entwicklungen derer, die in der Betreuung Sterbender arbeiten, war es, dass die Befragten – wohl gerade durch deren interprofessionellen und intersektoralen Herkunft begründet – sehr präzise in der Lage sind, die bestehende Belastung, Schwierigkeiten und die sich aus diesen ergebenden Konsequenzen zu analysieren. So war die von uns befragte Gruppe in der Lage, einen Handlungsplan – zur Verbesserung der Betreuungssituation Sterbender – erkennbar zu machen. Teil dieses Plans und auf diesen richtete sich an diesem Kongresstag unsere besondere Aufmerksamkeit – war die Klärung der Frage, wie denn eine „Verbesserung der Situation der betroffenen Mitarbeiterinnen“ möglich ist. Denn allen Befragten ist klar, dass die Belastungen insgesamt hoch sind. In unserer Untersuchung, die heute Nachmittag im näheren vorgestellt wird, wurde deutlich, dass ein sehr großer Aussprache- und Erklärungsbedarf auf Seiten der Mitarbeiter besteht, den wir in diesem Umfang so nicht erwartet hätten. So sollen die an dem heutigen Kongresstag vorgestellten Beiträge, Referate und Plenaraussprachen insbesondere dem Ziel dienen, ein Gefühl dafür zu gewinnen, welche beruflichen Wege die unterschiedlichen Helfer wählen, welche Einflussfaktoren diese bedingen und wie es gelingen kann, in dieser „Grenzsituation“ menschlichen Handelns nicht nur dauerhaft psychisch und physisch gesund zu bleiben, sondern in seiner beruflichen Identität und Persönlichkeit wachsen zu können.

Grußwort Bernd Klotz, Hessischer Städte- und Gemeindebund

Bernd Klotz ist Referent für Öffentlichkeitsarbeit und neue Medien des Hessischen Städte- und Gemeindebundes. Eines seiner wichtigsten Themengebiete ist die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in den kreisangehörigen Kommunen. "Der Hessische Städte- und Gemeindebund möchte das in seinen Mitgliedskommunen bereits vorhandene bürgerschaftliche Engagement bekannt machen und den Anstoß, aber auch Unterstützung geben, das in möglichst vielen Gemeinden und Städten der freiwillige Einsatz der Bürgerinnen und Bürger gefordert wird.

Ein wichtiger Bereich dieses zivilgesellschaftlichen Engagements ist die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen. Viele Hospizgemeinschaften ergänzen ehrenamtlich die Palliativversorgung und möchten allen unheilbar kranken Menschen in der letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in vertrauter Umgebung ermöglichen.

Bei dieser Arbeit ist Vernetzung möglich und nötig. Hausarzt, ambulanter Pflegedienst und ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer ergänzen die Arbeit der Palliativteams in vielen Kommunen. Bei dieser Unterstützung ist die Bedeutung der örtlichen sorgenden Gemeinschaft evident. Ziel ist es, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien zu verbessern, die Selbstbestimmung zu erhalten bis zum Lebensende".

Dieser Verantwortung, so Klotz, müssen wir uns alle stellen, nicht nur Betroffene und die medizinischen Fachleute. In diesem Sinne begrüßt der Hessische Städte- und Gemeindebund den Kongress in Gießen mit dem diesjährigen Schwerpunkt der berufsbioграфischen Wege. Hilfe für die Helfer – dies gilt auch für die Freiwilligen, die in der Palliativ- und Hospizarbeit tätig sind, so Klotz in seinem Grußwort abschließend.

Vortrag Prof. Dr. Dr. Claude-Hélène Mayer. Kulturelle Perspektiven auf Leben, Gesundheit, Tod und Sterben

Der Mensch ist erst wirklich Tod, wenn niemand mehr an ihn denkt.

Berthold Brecht

Leben und Gesundheit, Tod und Sterben sind kulturell definierte Konzepte, die stark miteinander verknüpft sind. In allen Kulturen existieren Rituale, um das Leben zu feiern, Gesundheit (wieder) herzustellen und Prozesse des Todes, des Sterben, der Transformation zu durchlaufen (Clements et al., 2003). Ziel des Vortrags war, ausgewählte sozio-kulturelle Grundannahmen bestimmter kultureller Gruppen in der palliativen Pflege zu beschreiben und die Auswirkungen auf die professionellen Helfenden in Institutionen in selektierten Kulturen in den Blick zu nehmen.

Es ist deutlich, dass kulturelle, religiöse und gesellschaftliche Bedürfnisse herausfordernde Situationen, wie Geburt und Tod, stark prägen, und über kulturelle Grenzen hinweg als Herausforderungen bzw. Krisen aufgefasst werden, die es zu meistern gilt (Jahrmann, 2007). Buess-Willi (2014) stellt fest, dass Sterbende in allen Kulturen begleitet werden und Maddress und Sidaway (2016) betonen, dass sich gerade im Sterbeprozess die Grundwerte des Lebens innerhalb einer Kultur zeigen. Dennoch scheinen Werte und Glauben, die kulturelle Unterschiede in palliativer Pflege beeinflussen, kaum erforscht zu sein (Johnson, 2013).

Umgang mit Tod und Sterben – Kulturspezifische Perspektiven

Im Vortrag wurden verschiedene kulturelle Konzepte und Vorstellungen zum Verstehen und Begleiten des Sterbensprozesses vorgestellt (siehe u.a. Lobar, Youngblut & Brooten, 2006), wie von der ethnischen Gruppe der Swahili (Ostafrika), ausgewählten kulturellen Gruppen im Islam, kulturellen Gruppen in den USA (Hispanics, Mexico-Americans, Cuban-Americans, Puerto Rican-Americans, Chinese-American, Hindu-Americans) sowie Indern als auch Deutschen vorgestellt.

Interkulturelle Erfahrungen von Helfenden in Institutionen

Bisher existieren relativ wenige Studien zu kulturellen Wahrnehmungen von Helfenden in Hospiz und palliativer Pflege (Engler et al., 2004). Bisherige Studien weisen jedoch darauf hin, dass kulturelles Bewusstsein wichtig ist, besonders da kulturelle Unterschiede oftmals als „unangenehm“ empfunden werden (Engler et al., 2004) und beispielsweise Kultur und Sprachunterschiede als Barriere aufgefasst werden (Henke et al., 2015). Zudem zeigen sich kulturspezifische Auffassungen von Hospizkrankenpfleger*innen in unterschiedlichen Ländern. So sehen Helfende in Taiwan die professionelle Pflege als bedeutsam und holistisch und kämpfen damit, mit negativen Assoziationen zum Hospiz positiv umzugehen und gleichzeitig Sterbeprozesse zu begleiten (Wu & Volker, 2009).

Fokusthemen hingegen von Helfenden in Kanada (Sinclair, 2011) sind für sie mit den eigenen frühen Erfahrungen mit dem Tod verbunden. Sie möchten über ihre professionelle Tätigkeit in der Gegenwart leben, ein spirituelles Leben führen, den eigenen Tod im Blick haben und den Lauf des Lebens intensiv erfahren. In Australien geht es den Helfenden besonders darum, einen „guten Tod“ zu ermöglichen (Cipolletta & Oprandi, 2014), der ein soziales Ereignis zwischen dem Sterbenden und Familien, Freunden und Helfenden ist, und in dem der Tod akzeptiert und bewusst erlebt wird.

Es ist deutlich, dass kulturelle Konzepte Auswirkungen auf interkultureller Begegnungen und alle Beteiligten im Sterbeprozess haben, besonders wenn es um Einstellungen zu und dem Umgang mit Alter, Gender, Hierarchien, Familie, Zugehörigkeit zu Mehrheits- & Minderheitskulturen, Sprache und Sprachvermögen, kulturelle Stereotype und Vorurteile und kulturelle Konzepte von Leben und Tod,

Gesundheit und Sterben geht. Zudem ist jedoch auch der Umgang mit Kritik an professioneller Hilfe kulturell geprägt und beachtenswert (Jahrmann, 2007) Reflexionen zu „Was ist ein „guter Tod“?“ müssen interkulturell durchgeführt (Clements et al., 2003) und Schmerzassessments interkulturell angepasst werden (Henke et al., 2015).

Zusammenfassung und Ausblick

Konzepte von Leben, Gesundheit, Tod und Sterben unterscheiden sich kulturell und sind stark durch sozio-kulturelle und religiöse Rituale geprägt. In palliativen Institutionen und Hospizen werden interkulturelle Erfahrungen oftmals zu einer Herausforderung. Sie bedeuten jedoch gleichzeitig die Möglichkeit des interkulturellen Lernens für die Helfenden und die Familienangehörigen. Eine starke Herausforderung ist sicherlich, kulturübergreifend empathisch auf die sterbende Person einzugehen und einen inneren Zugang zu Menschen anderer kultureller Herkunft zu schaffen.

Da es professionelle Seelsorger und Helfende nicht in allen Kulturen gibt, bzw. sie nicht kulturübergreifend Akzeptanz finden, ist ein interkulturelles Lernen auf allen Seiten - gesellschaftlich, organisational und individuell - notwendig, um einen optimalen, kulturellen Umgang mit Sterben und Tod zu ermöglichen. Palliative Pflege kann somit zu einem Ort interkultureller Begegnung und interkulturellen Lernens für alle Beteiligten werden, an dem auch ein wichtiger, gesamtgesellschaftlicher Beitrag zur interkulturellen Verständigung geleistet werden kann.

Um jedoch kulturelle Werte und ihren Zusammenhang mit Konzepten familialer und institutioneller Begleitung von Sterben und Tod noch besser zu verstehen und interkulturelle Konzepte für und Kompetenzen von professionellen Helfenden weiter zu entwickeln, bedarf es neuen Studien, die zur Fortbildung und interkulturellen Öffnung der Institutionen dienen.



Vortrag Prof. Dr. Horst G. Seibert: Ziele und Möglichkeiten Thanatogik

Die Liebe und der Tod: das seien letztendlich unsere existentiellen Probleme, die hinter allem liegen, allen unseren großen und kleinen Problemen - sagen uns die illuminierten Häupter der Philosophie und der Psychologie. Von der Liebe ist im Tagungsprogramm nicht die Rede – obgleich lieblose Sterbebegleitung ein ethisches Desaster ist. Über den Tod sagte Aurelius Augustinus, wir Menschen seien das einzige Wesen, das wisse, dass es sterben muss; daher sei der Mensch größer und elender als alle andere Kreatur. Größe und Elend: in diesem Spannungsfeld bewegt sich einiges, das heute hier zur Sprache kommt. Da ist die wirklich großartige Hochleistungsmedizin, und da gibt es wegen der Personalsituation, wegen des Zeitdrucks, wegen der Arbeitstaktung, wegen ökonomisch bedingter Rationalisierung immer noch mancherorts die elende Sterbenseinsamkeit und das elende Gefühl derer, die ihrem Selbstanspruch als Ärzte oder PflegerInnen nicht nachkommen konnten.

Der Kollege George hat mir das Thema Thanatogik ans Herz gelegt – wahrscheinlich wegen meiner Berufsbiografie: als Geschäftsführer des Diakonischen Werks in Hessen und Nassau habe ich die 21 dazugehörigen Krankenhäuser besucht und in einigen Mitarbeiterfortbildung betrieben, gerade auch die Seelsorge an Sterbenden und deren organisatorisch-strukturelle Erfordernisse; später habe ich an der Ev.Hochschule in Darmstadt angehende PflegewissenschaftlerInnen auf die Grenzsituationen ihrer künftigen Arbeitsfelder vorbereitet und an ihrer Berufsethik mitgefeilt. Und alldem voraus ging die Zeit als Dorfpfarrer, in der ich den Anspruch hochhielt, dass in meiner Gemeinde niemand unbegleitet sterben sollte. Und im sog. Ruhestand biete ich in der Landakademie Weilrod Thanatologiekurse an, die überwiegend von Pflegerinnen und Pflegern und Vorschulpädagoginnen besucht werden. Kurzum: ich beschäftige mich seit rund 5 Jahrzehnten mit dem Sterben und dem Tod: in Forschung und Lehre, theoretisch und praktisch. Ich möchte daher einfach einige erfahrungsbedingte Behauptungen aufstellen, die die Thanatogik berühren: Thanatogik, eine neoklassizistische Verbal-Adaption der amerikanischen Death Education, der Bildung und Erziehung auf unser Sterben und unseren Tod hin. Was gehört in den Stundenplan, wenn ich Menschen bilden will für die Sterbebegleitung, den Sterbebeistand?

Die erste Behauptung ist eigentlich ein Bekenntnis. Bildung, glaube ich, hilft letztlich nicht gegen Sterbens- und Todesangst. Existentielle Beklemmungsgefühle, die eingeborene Angst kann man vielleicht gar nicht umgehen. Sie kommt und geht. Wie die Zuversicht auch. Nach niederschmetternden Diagnosen durchdringen sich gegenläufige Schübe von Annahme und Leugnung und wechseln sich ab. An puristische Phasenmodelle glaube ich nicht mehr. Auch ich möchte gern abgeklärt und gefaßt meinem letzten Stündlein entgegensehen; aber ich möchte nach allem, was ich mit mir und anderen und mit Sterbenden erlebt habe, meine Hand dafür eher nicht ins Feuer legen.

Meine zweite Behauptung: Tod und Sterben sind zwar eigentlich keine Tabuthemen mehr. Es gibt Berge fachwissenschaftlicher und populärwissenschaftlicher Literatur, entsprechend viele Rundfunk- und Fernsehfeatures usw. Aber je mehr ich davon gelesen und gesehen habe, desto weniger möchte ich ausschließen, dass die moderne – auch die wissenschaftliche - Beschäftigung mit dem Tod vielleicht auch nur eine sublime, neuzeitlich verkleidete Weise der Verdrängung ist: man kann sich Dinge oft gerade so vom Leibe halten, dass man sie wissenschaftlich objektiviert und neutralisiert, den sterbenden Menschen versachlicht und verdinglicht. Die aktuelle Gesprächigkeit über den Tod in

vielen Populär- und Fachmedien macht mich schon auch stutzig. Sie suggeriert unsere geistige Beweglichkeit angesichts der Starre des Todes (von Hegel kommt die Rede vom „Leichending“). Die Aktualität der Beschäftigung mit dem Tod pflegt vielleicht nur die Illusion unserer Sprachfähigkeit gegenüber dem Tod, während uns der Tod nach wie vor anschweigt. Dem klinisch sauberen Tod hat sich der literarisch und bild- und drucktechnisch saubere beigeesellt. Vielen Diplomarbeiten oder auch mündlichen Prüfungen – ich war einige Jahre im Promotionsausschuss der Goethe-Universität – spürte ich die tatsächliche Todesferne an, die Erlebensferne beim Sterben. Wer Death Education betreiben will, muss das aber kennen: die Schuldangst Sterbender, die Verzweiflung über Versäumtes, die Wut, wenn man mehr und mehr die Kontrolle über sich verliert, die Erleichterung über die Rechtfertigung seines Lebens durch Partner oder Kinder, den Schweiß im Todeskampf, das Röcheln, das Aussetzen des Atmens.

Aber da gibt es auch das andere Gesicht des Sterbens: nicht wenige sterben lächelnd, offenbar im Reinen mit sich und der Welt; bei manchen könnte man glauben, so etwas wie Genugtuung zu sehen: Euch hab ich's gezeigt. Es gibt Sterbende, deren Tod wird auch vom Klinikpersonal als Verlust erlebt und betrauert: Sterbende, die sogar ihre Verwandten trösten – also nicht so, wie man es sich vorstellt, dass es sein müsste. Und es gibt ein Sterben, das unvorstellbar ist, wenn man es nicht erlebt hat. Ich sah es in Bethel, der Anstalt für Epileptische, wie sie früher einmal hieß. Menschen, die zeit ihres Lebens verkrampft und verkrümmt waren: sterbend befreien sie sich – oder werden befreit – von ihren körperlichen und seelischen Verformungen.

Der Tod als Ent-Spannung, als Lösung, als Befreiung. Auf die vielen Erscheinungsweisen des Sterbens hat Thanatagogik vorzubereiten. Thanatologie braucht das Element der Selbstverständigung. Wenn entsprechende Workshops für klinische Mitarbeiterschaften angeboten werden, muss man als erstes lernen, sich Rechenschaft abzugeben über das Was und das Woher der eigenen Todesbilder, der Stereotypen, der Muster und Prägungen. Ich muss mich der Frage stellen: Wie trauere ich eigentlich, wie reagiere ich auf Todesfälle in meiner Familie? Wenn ich Sterben und Tod in meinem Berufsalltag erlebe: wieviele mitgebrachte Folien lege ich über die Situation, um sie dann so zu lesen und zu deuten? Ich muss das überdenken, damit ich nicht, wenn ich über das erlebte Sterben anderer rede, im Grunde von mir rede. Zu einem pädagogischen Konzept gehört die Festlegung von Inhalten, Zielen und Methoden; so auch zu einem thanatagogischen, durch das ich Menschen Kompetenzen im Umgang mit Sterbenden antrage. Ich behaupte, dass dies heutzutage viel schwieriger ist als früher. In der mittelalterlichen ars moriendi war alles klar: dass ich durch gute, verdienstliche Werke meine Chancen auf Gottes Himmel verbessern konnte; klar war auch, was am Ende geschehen muss, damit ich nicht in der Hölle lande: Beichte und Buße, die Sterbesakramente, die Aussegnung für die Reise meiner unsterblichen Seele. Etwas von mir überlebt, diese unsterbliche Seele eben. Und meine Nachfahren können daher auch noch etwas für mich tun nach meinem Tod, wenn sie eine Seelenmesse für mich lesen lassen. So blieb auch der soziale Zusammenhang nach dem Sterben gewahrt. In diesen Zeiten gab es keine Todesverdrängung. Die Lebenserwartung war niedrig, der Tod war allgegenwärtig.

Die Braut erhielt zur Hochzeit ihr Totenhemd oder musste es in manchen Regionen Deutschlands selber nähen. Der Bräutigam lagerte auf dem Speicher die Bretter ein für den künftigen Sarg. Die Reformatoren haben dieses thanatagogische Konzept geschrumpft, haben die unsterbliche Seele und die Sterbesakramente herausgenommen, haben eine Gewissensreligiosität gelehrt, die ebenfalls zu

einem ordentlichen Leben anhielt – als beste Voraussetzung dafür, sich am Ende einfach vertrauensvoll fallen zu lassen in Gottes Hände. Der Unterschied zum älteren Konzept: es war eine Ganz-tot-Theologie. Aber Gott werde an seinem großen Tag auferwecken. Und zwar nicht nur die Guten – auch das war ein Unterschied zur alten Lehre -, sondern auch die armen Sünder: da wir Menschen ohnehin nie ganz gut sein könnten. Die thanatagogische Sozialisation war ähnlich: die Kinder beider Konfessionen lernten zu beten: Lieber Heiland, mach mich fromm, dass ich in den Himmel komm! Die nachtodliche Bleibe war von Kindesbeinen an Erziehungsziel.

Ähnlich war auch der sozialgeschichtliche Effekt. Katholische Ordensfrauen und evangelische Diakonissen hatten bis zum Ende des Kaiserreichs ein flächendeckendes Netz aus Gemeindefrankenpflege gewoben. Aber auch in fast allen Kliniken waren Ordensfrauen oder Diakonissen tätig. In ihrem Handeln kam beides zusammen: Sinn und Funktion, Pflegen und Beten, Leib- und Seelsorge. Die Pflege und das gute Ende in einer Hand! Und sie arbeiteten auch in den ersten Kindergärten und Kinderschulen, meistens in leitender Funktion. Das ganze thanatagogische Programm! Erst die Nazis machten ihm den Garaus durch das neue Schwesternbild: „Schwester Erika reitet, spielt Tennis, pflegt und schenkt dem Führer ein Kind“. An diesem brutalen Bruch hatte die Pflegeberufsentwicklung danach lange zu „knabbern“.

Ich glaube, dass zu einem modernen thanatagogischen Konzept auch Religionswissen gehören muss. Der österreichische Thanatologe Thomas Macho war es meines Wissens, der als erster davon sprach, dass der „wilde Tod“ Einzug gehalten habe in unsere Kliniken. Er veranschaulichte diesen Begriff durch Beispiel-Geschichten wie die von der erfahrenen koreanischen Krankenschwester, die überaus kompetent pflegt, aber panische Angst hat, eine Leiche herrichten zu müssen für die Abholung; dazu muss sie jedes Mal jemanden holen, der ihr beisteht. „Unsere Toten sind nicht tot“, sagt sie.

In den Pflegewissenschaften wurde neuerdings die „kultursensible Pflege“ propagiert: zurecht, wie ich meine. Patienten wie Mitarbeiterschaften haben in unserer Multikultigesellschaft sehr unterschiedliche Todesbilder und z.B. Schamgrenzen, Zugriffsgrenzen für medizinisches und pflegerisches Handeln. Mit einem einzigen thanatagogischen Konzept kommt man nicht mehr weit – höchstens mit einem sehr egalisierten, neutralisierten. Wenn man allen an therapeutischen und Sterbe-Prozessen Beteiligten leidlich gerecht werden will, bedarf es kultureller und religiöser Kompetenz.

Nicht außeracht lassen sollte man die Auswirkungen der massenhaften Wiederkehr archaischer und magischer Todesbilder. Nach der Bibel und der sog. Maobibel haben die Harry-Potter-Bände die drittstärkste menscheitsgeschichtliche Auflagenhöhe. In Millionen Gehirne wurden in den letzten Jahren Ideen eingepflanzt, die man für längst auf die geistigen Müllhalden der Geschichte geworfen hielt. Bei Harry Potter gibt es Zaubersteine, die Tote in die Welt der Lebenden zurückholen, oder Tot-Esser, DeathEater, in denen die mythologischen menschenfressenden Riesen fröhliche Urständ feiern. Die Todesproblematik steht insgesamt im Bezugsrahmen von Gut und Böse – ähnlich wie in vielen unserer Volksmärchen, in denen nur die Bösen wirklich sterben, der Tod eine Bestrafung ist. Aber der Zauberlehrling Harry steht nicht allein: da gibt es in den 4 Twilight-Büchern und den 5 dazugehörigen Filmen die junge Dame, die von ihrem bleichen Liebhaber schließlich zur Vampirin gebissen wird, zur Untoten wird, halb tot, halb lebendig wie Schrödingers Katze. Wieder haben Millionen Gehirne etwas neues Altes gelernt. Oder auch der „Herr der Ringe“ ist mit in diesem

todespädagogischen Millionenreigen. Die Szene in einem der „Herr der Ringe“-Filme, in der der weise Gandalf den Pippin über den Tod aufklärt, wird von unzähligen jungen Menschen in den sog. Sozialen Medien diskutiert.

Pippin: "Ich hätte nicht gedacht, dass es so endet ..." Gandalf: "Endet? ... Nein, hier endet die Reise nicht. Der Tod ist nur ein weiterer Weg, einer, den wir alle gehen müssen. Der graue Regenvorhang dieser Welt wird zurückgezogen und alles verwandelt sich in silbernes Glas ... Und dann siehst du es ..." Pippin: "Was, Gandalf? Was sehe ich?" Gandalf: "Weiße Strände ... und dahinter ein fernes grünes Land hinter einer rasch aufgehenden Sonne." Pippin: "Na, dann ist es doch nicht so schlimm ..." Gandalf: "Nein, das ist es nicht ..."

Wir werden damit rechnen müssen, jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Therapie und Pflege zu haben, die von merkwürdigen Todesvorstellungen mitinfiziert sind. Eine besondere thanatagogische Herausforderung! Erlauben Sie mir bitte noch zwei Bemerkungen. Ich habe erlebt, dass diejenigen, die sich in besonderer Weise seelsorgerlich qualifiziert hatten, die die Sprache, die Zeichen, die Symbole Sterbender zu verstehen lernten, die sensibel erspüren konnten, ob der „organismische Dialog“, wie ihn die Gestalttherapie propagiert, möglich und überhaupt gewünscht wird – dass solche Menschen in stationären Einrichtungen durch ihre Kompetenz nicht glücklicher wurden, sondern die Diskrepanz zwischen Möglichem und Erlaubtem erst recht spürten. Wenn Thanatagogik einrichtungsreformerisch ohnmächtig ist, wirkt sie dysfunktional. Dieses Problem wird etwa als „Anpassungsstörung“ gehandelt – mit den möglichen Folgen Zynismus oder Burnout. Davon ist in Beiträgen dieses Kongresses die Rede. Aber es gibt noch viel dramatischere Folgen dieses Auseinanderbrechens von Sinn und Funktion, von Notwendigem und Erlaubtem.

In den letzten Jahren und Jahrzehnten standen nicht wenige Pflegerinnen und Pfleger oder Ärzte vor Gericht, weil sie beim Sterben nachgeholfen hatten. Klaus Dörner, der solche Prozesse beobachtete und kommentierte, prägte den Begriff des tödlichen Mitleids. Dabei ging es nicht nur darum, dass Menschen das Sterbeelend ihrer Patienten einfach nicht mehr mit ansehen konnten, sondern Dörners Analysen lassen den Schluss zu, dass Pflegekräfte und Ärzte ihre eigene Ohnmacht nicht mehr ausgehalten haben, ihrer Hilflosigkeit gegenüber dem Sterbeelend ihrer Patienten ein Ende machen wollten. Hilflöse Helfer werden gelegentlich zur Gefahr für ihre Anbefohlenen.

Dass dieses Problem, das gelegentlich als „Anpassungsstörung“ gehandelt wird, nicht zwangsläufig zu Zynismus oder Burnout führen muss, habe ich mit einem Studententeam eruiert, als wir eine besondere Gruppe von Schwesternschülerinnen und –schülern vor ihrem Berufseintritt und ein Jahr später befragten. Es handelte sich um junge Leute aus einem pietistischen Milieu; in manchen Regionen Hessens, gerade auch in der Nähe, gibt es dieses fromme Milieu. Die jungen Leute waren diakonisch hochmotiert, voll sozialem Ethos ... und Pathos. Die meisten von ihnen erlebten, dass diese diakonische Spiritualität, die sie einbringen wollten, selbst in einem konfessionellen Krankenhaus als eher störend empfunden wurde; gefragt war ihre möglichst reibungslose Einpassungsfähigkeit in ein vorgeformtes technisch-therapeutisches Programm. Sie erlebten, dass persönlich Tragfähiges und Gesellschaftsfähiges nicht zusammenpaßten, auseinanderklafften, Lebenssinn und Funktionierensollen. Wenn einem aber dieses persönlich Tragfähige sehr wichtig ist, gibt man es nicht auf; es kam zu dem, was die Soziologie die Privatisierung von Religion bzw. die Privatisierung von Sinn nennt. Die jungen Leute spalteten ihre Lebenswelten, taten beruflich, was

von ihnen erwartet wurde, und machten dies gut. Privat engagierten sie sich mehr denn je ehrenamtlich diakonisch und in Hauskreisen. Die Privatisierung von Sinn ist ein Phänomen, das es in unserer Gesellschaft öfter gibt, und das dafür verantwortlich ist, dass sich wertvolle Impulse oft kein Gehör verschaffen und manche wichtige Felder der Öffentlichkeit von Großschwätzern und Schreihälsen oder von formelhafter Phraseologie dominiert werden. Was war das für ein Rauschen im Blätterwald, als kürzlich in einer Fernsehdiskussion ein wertethisch orientierter, kompetenter Pflegeschüler die Kanzlerin über die Situation der Krankenversorgung, Altenpflege, Palliativmedizin, Sterbebegleitung belehren mußte.

Also, Ihr jungen Leute: es gibt viel zu tun, viel öffentlich zu besprechen!

Ich habe den Eindruck, es war nicht so sehr die verbesserte thanatologische Ausbildung, die in manchen Kliniken oder auch in Pflegeheimen in letzter Zeit zu Verbesserungen geführt hat, zu Palliativabteilungen, in denen Menschen in Würde sterben können. Ich glaube, es war die Breitenwirkung der Hospizbewegung. Allein in der ambulanten Hospizarbeit engagieren sich zur Zeit bundesweit rund 100 000 thanatagogisch gut ausgebildete Ehrenamtliche als Sterbebegleiter – ohne Zeitdiktat, ohne Spardruck. Mit Methoden, die in anderen Einrichtungen kaum möglich sind: etwa auch mit dem Einsatz der Trösterin Musik oder mit tierischen Helfern. Das hat m.E. den Druck auf andere Großeinrichtungen erhöht, das Sterben in ihnen menschenfreundlicher zu ermöglichen, und hat allgemeine Hoffnungen genährt, aus denen Veranstaltungen wie die heutige erwachsen sind.

Vortrag Eugen Brysch: Rechtsanspruch auf Hospizversorgung in Pflegeheimen

Rechtsanspruch auf Hospizversorgung in Pflegeheimen

Gießen, 30. November 2017

Eugen Brysch
Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz

Wo wollen die Menschen sterben? Wunsch und Wirklichkeit gehen hier weit auseinander. Nicht zuhause oder im Hospiz, sondern im Krankenhaus oder Pflegeheim verbringen die meisten Menschen ihre letzten Stunden. Genaue Daten dazu gibt es nicht. Daher muss die Bundesregierung endlich dafür sorgen, dass aussagekräftige Statistiken nach Sterbeorten vorgelegt werden.

Dies ist wichtig, um Versorgungslücken zu erkennen und zu schließen. Denn sowohl ambulant als auch stationär ist bei der Hospiz- und Palliativversorgung noch einiges zu tun. Dies gilt ganz besonders für Pflegeheime. Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) von 2015 war in dieser Hinsicht kein großer Wurf. Die Situation in den Pflegeheimen wurde dabei bewusst ausgeblendet. Obwohl die Pflegeheime in den letzten 30 Jahren immer mehr zu Sterbeorten geworden sind, hat das HPG keine zusätzlichen Leistungsansprüche für die Hospiz- und Palliativversorgung gebracht. Für sterbende Heimbewohner zahlen die Sozialkassen heute bis zu 2005 Euro pro Monat, für einen Hospizbewohner bis zu 8.300 Euro.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher einen individuellen Rechtsanspruch auf Hospizleistungen für Pflegeheimbewohner. Die Voraussetzungen, der Personaleinsatz und die Qualität sollen sich an den Bedingungen für stationäre Hospize orientieren. Die Finanzierung erfolgt als Zusatzleistung über die Krankenversicherung. Die Mehrkosten betragen geschätzt 800 Millionen Euro pro Jahr. Die Pflegeheime sollen eigene, qualifizierte Pflegekräfte vorhalten, die im konkreten Fall ein flexibles Palliative-Care-Team bilden. Dies verantwortet, koordiniert und realisiert die hospizliche und palliative Versorgung des Sterbenden im vertrauten Umfeld. Kooperationen mit Externen werden in vielen Heimen noch immer kritisch gesehen. Es gibt Schnittstellenprobleme und in Netzwerken verschwimmen schnell die Verantwortlichkeiten.

Der Gesetzgeber ist am Zug, endlich für eine Hospizkultur in Pflegeheimen zu sorgen. Eine „Versorgungsplanung am Lebensende“ reicht dafür nicht aus. Konzepte liegen auf dem Tisch, doch es fehlt die Finanzierung, das Personal und die Qualifizierung.

Plenargespräch 1: Das Projekt Palliativ-Oase. Wie kann eine stationäre Pflegeeinrichtung zugunsten der Versorgung Sterbender tätig werden? (Moderator Dr. Thorsten Fritz)

Zum Gespräch unter Moderation von Dr. Thorsten Fritz (Gesundheitszentrum Wetterau) eingeladen waren Dr. Maria Haas-Weber (Fördervereins *Palliative Patientenhilfe Hanau*) Uwe Brömmer (Einrichtungsleiter Wohnstift Hanau) und Dieter Bien (Geschäftsführer APZ-MKK). Eine der zentralen Frage des Gespräches lautete: Wie kann sich eine „normale stationäre Pflegeeinrichtung“ auf den Weg machen eine dezidiert „gute Betreuung Sterbender“ zu ermöglichen. Deutlich wurde, dass die Möglichkeit des Aufbaus einer „Palliativen Oase“, also eines Versorgungsbereiches innerhalb einer Pflegeeinrichtung in welcher die Bedürfnisse des Sterbenden und dessen Angehörigen im Zentrum der Pflege stehen und in welcher überdies hinreichend ausgebildetes Personal verfügt werden kann, hierfür eine geeignete Möglichkeit darstellt. Deutlich wurde in dem Erfahrungsbericht u.a. auch wie wichtig und zielfördernd es ist wenn solch eine Einrichtung mit „ergänzenden Fachexperten“ außerhalb des Pflegeheims zusammenarbeitet. Für die Situation in Hanau wurde die unterstützende Arbeit rund um den Förderverein beschrieben und von den Teilnehmern besonders gewürdigt. In dem Gespräch wurde darüber hinaus deutlich, dass ohne regional-politische Unterstützung das Vorhaben hätte kaum gelingen können. So ist dies im Landkreis Main Kinzig offensichtlich der substantiellen Unterstützung der ersten Kreisbeigeordneten Susanne Simmler zu verdanken, dass eine außerordentliche Stellenfinanzierung für die Palliativ-Oase ermöglicht wurde. Einrichtungsleiter Brömmer betonte, dass es in den nun folgenden Jahren darauf ankäme, dass das in der Palliativ Oase gesammelte Wissen und Kompetenzen den anderen Wohnbereichen systematisch zur Verfügung gestellt werden würde. Der Moderator dankte den anwesenden Vertretern des gelungenen Projektes und verdeutlichte wie wichtig es ist, dass dieses Wissen auch anderen vergleichbaren Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden sollte.

Verleihung des Deutschen Palliativsiegels an Vertreterinnen der Pflegeeinrichtung SANTA ISABELLA (Niederberg/Franken)

„Wir sehen das Santa Isabella als gelungenes Beispiel dafür, dass es in Deutschland Pflegeeinrichtungen gibt, die entgegen aller immer wieder zu hörenden und sicher teils berechtigten Kritiken, Hervorragendes leisten und wir sehen es als unsere Pflicht, auf diese ausdrücklich hinzuweisen“, so der Laudator Wolfgang George: „Dabei gelingt es der Einrichtung sehr gut vitale, gemeindenahе und bürgerfreundliche Angebote in das Versorgungskonzept zu integrieren. Kooperationen, die dann auch für die anspruchsvolle Situation des Sterbeprozesses hilfreich sind.“



**Urkundenübergabe Deutsches Palliativsiegel an Mitarbeiterinnen der SANTA ISABELLA /
Niederberg**

Referat Prof. Dr. U. Schulze: Berufsbiographische Entwicklungslinien - aufgezeigt am Feld „Spezialisierte(r) ambulante(r) Palliativversorgung“ oder: von Aussteigern und Avantgardisten

Die Ergebnisse im Projekt Transdisziplinäre Professionalität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (TP|sapv) zeigen, dass die SAPV nicht den tradierten herkömmlichen Konzepten folgt, welche die gesundheit(swirtschaft)liche Versorgung in Deutschland noch immer kennzeichnen. Die Menschen, die in diesem Feld arbeiten zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich sehr bewusst von diesen abgewandt haben, um Neues zu versuchen, es handelt sich somit oftmals um Aussteiger oder sogar um Avantgardisten. So sind disziplinäre Grenzziehungen zwischen den Professionen nicht aufgehoben, aber auch nicht mehr handlungsbestimmend. Entscheidend für Klient*innen sowie für An- und Zugehörige ist hier, dass ihre Bedürfnisse erkannt und adäquat beantwortet werden.



Klientinnen und Angehörige geben an, es sei zunächst unbedeutend, welche Berufsgruppen vor Ort seien, da alle hauptamtlich Beteiligten Bedürfnisse erkennen, beantworten und den Bedarfen nachkommen würden, ungeachtet dessen, welche Disziplin originär für das aktuelle Problem als zuständig erklärt werden könne. Flache Hierarchien, gekoppelt an ein Prinzip fachlicher Rückbezüglichkeit scheinen diese, als transdisziplinär zu bezeichnende, Kompetenz hervorzubringen. Stets die „anderen (beteiligten Disziplinen) im Blick haben(d)“ (T 15/7/57), zielt die diagnostische Analyse, der jede Vor- Ort- Situation unterzogen wird, auf die Komplexität des Geschehens und die situative wie auch lebensgeschichtliche Verwobenheit der Beteiligten ab. Gleichwohl werden die vielfältigen Optionen in der ambulanten Palliativversorgung auch als Herausforderung erlebt: die tägliche Versorgung der Klient/-innen erfordert ein hohes Maß an Planung; letztlich orientiert sich das Vorgehen jedoch primär an stabiler bzw. instabiler Klientenbefindlichkeit. Hier ist viel Flexibilität gefragt, die stets an eine begründete bzw. begründbare Priorisierung in der Klientenversorgung gekoppelt ist, mit der Freiheit, in der situativen Notwendigkeit zu entscheiden. Diese Struktur- wie auch Handlungsmerkmale sind es, die Expertinnen und Experten an das Berufsfeld binden, eine hohe Verbleibsquote sowie Zufriedenheit generieren können.

Referat Wolfgang George: Zentrale Studienergebnisse 2017

Ein großer Teil der in den letzten Jahren veröffentlichten Studien zu den spezifischen Erfahrungen und Belastungen der Mitarbeiter, die sterbende Patienten betreuen, wurde in palliativen Versorgungsbereichen erhoben. So stellt sich die Frage, ob die dort erhobenen Erkenntnisse auf andere Versorgungsbereiche des Krankenhauses, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Versorgung übertragen werden können, denn nur maximal 30% aller Patienten werden in Deutschland durch palliative Versorgungsangebote erreicht. Über diese Fragestellung hinaus wurde in der vorliegenden Studie geprüft, ob frühe, z.T. vorberufliche Erfahrungen mit Tod und Sterben einen Einfluss auf die berufliche Sozialisation und hier insbesondere der Betreuung Sterbender besitzen.

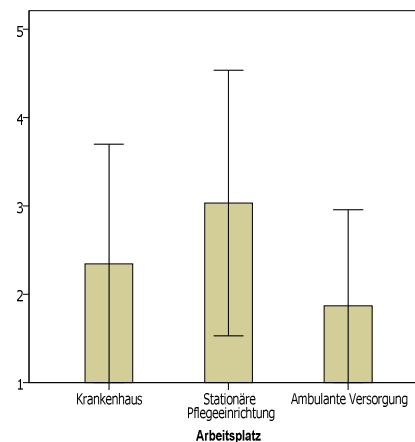
Verwendet wurde ein zu diesem Zweck entwickelter Fragebogen, dessen 82 Items (davon 6 offene) 7 Themenbereichen zuzuordnen sind: vorberufliche Erfahrung (a), frühe berufliche Erfahrungen (b), Prägungen (c), Belastungen (d), Entlastungen (e), Mitarbeiter Voraussetzungen (f), Konsequenzen (g). Der Fragebogen wurde in einem Onlineverfahren zugänglich und durch verschiedene Fachmedien und Berufsverbände auf die Teilnahmemöglichkeit der Studie aufmerksam gemacht.

Gruppenvergleich: Versorgungssektor

„Könnten Sie sich – mit gutem Gefühl vorstellen, dass einer Ihrer Familienangehörigen in Ihre Einrichtung seine letzten Lebensstage verbringt?“

MW Krankenhaus	MW Stationäre Pflege	MW Ambulant	p	R ²
2,34	3,03	1,87	0,000	0,085

MW 1 = ja, kann ich mir gut vorstellen
MW 5 = nein, kann ich mir gar nicht vorstellen



11.12.2017

Medizinisches Seminar George

22

496 Teilnehmern aus insgesamt 383 Einrichtungen (Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanter Versorgung) unterschiedlicher Versorgungssektoren und -aufträge, Bundesländer und Trägerschaft gelangten in die Datenauswertung. In den deskriptiven Auswertungen kann gezeigt werden, dass bei ca. der Hälfte eine erste Thematisierung im Elternhaus stattfand, 30% können sich an eine schulische Auseinandersetzung erinnern. Im Durchschnittsalter von 13 Jahren findet die erste Konfrontation mit einem Verstorbenen statt. Die Hälfte attestieren der beruflichen Ausbildung eine gute vorbereitende Wirkung, in der beruflichen Praxis kommt es für die Mehrzahl (60%) zeitnahe zu substanziellen Erfahrungen, 24% geben an, dass sie diese nur schwer bewältigen konnten. Es sind die praktischen Erfahrungen mit Sterbenden und Angehörigen, die als wichtigste Einflussfaktoren der beruflichen

Identitätsbildung benannt werden, wirksamer als modellhaft arbeitende Kollegen oder Fort- und Weiterbildungen. Hoher Arbeitsdruck, schlechtes Arbeitsklima, das Versterben junger Menschen, aber auch die eigene Unzufriedenheit sind die wichtigsten Belastungsfaktoren. In einem offenen Item werden Umfang und Art der Belastung ausführlich, in zumeist appellativem Charakter „kein Erkenntnis-, sondern Umsetzungsproblem“ niedergelegt. Eigene Werte, das kollegiale Gespräch und die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Erlebten sind die wichtigsten Ressourcen. Menschliche Zugewandtheit, Kommunikationsfähigkeit, physische Gesundheit und die Fähigkeit Abschalten zu können werden als die wichtigsten Mitarbeitervoraussetzungen genannt. In einer Art Bilanzierung der Erfahrungen geben 30% an, dass die Mitarbeiter keinen Schaden nehmen würden. 35% können sich gut vorstellen einen Familienangehörigen in ihrer Einrichtung versterben zu sehen, 65% formulieren hier z.T. erhebliche Einschränkungen. 28% sehen sich aufgrund ihrer Erfahrungen besser, 12% eher beeinträchtigt auf das eigene Sterben vorbereitet. Im Gruppenvergleich kann gezeigt werden, dass die Art der beruflichen Ausbildung (Arzt, Kranken-, Altenpflege, Therapeuten), Unterschiedlichkeit des Arbeitsplatzes (Intensiv, Allgemein, Onkologie, Palliativ) und des Versorgungssektors (Heim, Krankenhaus, Ambulant) z.T. deutliche Akzentuierungen entstehen lassen. In den Heimen entstehen die größten Belastungen, gleichzeitig beschreiben sich die Mitarbeiter dort als vorbereiteter für die Betreuung Sterbender. Zugleich nehmen diese Mitarbeiter am stärksten Abstand von der Möglichkeit, dass in der eigenen Einrichtung ein Familienmitglied versterben könnte. Es sind die Ärzte, die der Ausbildung die geringste Vermittlungsqualität attestieren, sie glauben insgesamt weniger an die Effekte von Weiterbildung, konnten indes zugleich erste berufliche Erfahrungen schwerer bewältigen. Im innerkrankenhäuslichen Vergleich fällt auf, dass sich die Mitarbeiter von Palliativstationen am stärksten von den anderen Gruppen (Intensiv, Onkologie, Allgemein) unterscheiden. So zeichnen sich diese durch z.T. hohe Ansprüche an sich, die erreichten Arbeitsergebnisse und auch an andere Mitarbeiter aus. Auch sind sie empfänglicher für Störungen des Arbeitsklimas.

Es konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zu den palliativen Versorgungsbereichen in den Pflegeeinrichtungen und den anderen Stationen des Krankenhauses unterschiedliche Erfahrungen und Belastungsszenarien zu identifizieren sind. Auch die unterschiedlichen Versorgungsaufträge und berufliche Herkunft gehen mit differenziellen Erfahrungs- und Belastungsprofilen einher, die in weiteren vergleichenden Studien geschärft werden sollten auch um selektive Interventionen zielgerichteter vorzutragen. Es konnten nur schwache Hinweise dafür gefunden werden, dass frühe positive bzw. negative Erfahrungen in Elternhaus, Schule und Ausbildung zu nachhaltigen Effekten in der Betreuung Sterbender führen. Da die Gruppengröße für einige der Gruppenvergleiche z.T. relativ klein war, ist die spezifische Ergebnisübertragung durch weitere Studien mit größeren Fallzahlen zu ergänzen.

Plenargespräch 2: Endet der berufliche Einsatz im Burn-out oder werden die Betreuer zu besseren Menschen? (Moderator *Privatdozent Dr. Andre-G. Banat*)

Statement: Elisabeth Terno, KASA – Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, Arbeitsbereich der HAGE e.V.

Sterben ist ein Teil des Lebens. Es ist uns klar. Dennoch löst die Betreuung sterbender Menschen Ängste aus. In einer sorgenden Gemeinschaft sollten wir für sterbende Mit-Menschen und ihrer Angehörigen da sein. Wer im Arbeitsalltag sterbende Menschen pflegerisch und medizinisch versorgt und betreut, benötigt eine umfassende Ausbildung, um sowohl dem sterbenden Menschen gerecht zu werden als auch für sich selber sorgen zu können. Ehrenamtliche Hospizbegleiter sind „Fachleute für das Alltägliche“ wie Prof. Student sagt. Und auch sie sind qualifiziert, zum Wohle des Begleiters und zum Wohle des zu Begleitenden. In der Qualifizierung geht es um die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, um die eigenen Erfahrungen, um Handlungsmöglichkeiten und um Möglichkeiten des Umgangs mit dem Erlebten in den Begleitungen. Während einer Begleitung ist die im Verein koordinierende Fachkraft für Fragen, Sorgen und Nöte der Ehrenamtlichen ansprechbar. Eine Teilnahme an einer Supervision ist für Begleiter verpflichtend. Darüber hinaus gibt es verschiedene Strategien, die genutzt werden, um das Erlebte nicht das eigene Leben dominieren zu lassen (Fortbildungen, Teamgespräche, aber auch aktive Freizeitgestaltung beispielsweise). Gleichzeitig erleben wir in der Hospizarbeit, dass die Ehrenamtlichen, die in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen sterbende Menschen begleiten, auch Gesprächspartner für das berufliche Personal sind. Gespräche und ein Austausch über das Erlebte sind wesentliche Elemente, einem Burn-out vorzubeugen. Wesentlich ist die Fähigkeit, über Erlebtes zu sprechen oder auch aufzuschreiben – „Sich von der Seele zu reden“. Anliegen der Hospizbewegung ist es darum, schon in Kindergarten, Schule oder Ausbildung die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien dazu anzuregen, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen. Ziel ist es, eine Sprachfähigkeit zu erwerben, die sicher nicht nur bei der Begleitung oder dem Besuch sterbender Menschen sowie dem Beistand für Begleiter hilfreich sein kann, sondern auch in anderen eigenen abschiedlichen Lebenssituationen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Hospizbewegung werden schon heute von Pflegekräften aus Krankenhaus oder Heim genutzt.

Abschluß Wolfgang George

Wie immer konnten wir die verschiedenen Überlegungen nicht zu einem abschließenden Ende führen. Dies würde unseren gewählten Kongressrahmen auch überfordern. Zugleich konnten wir immer wieder erkennen wie wichtig eine gute Aus- und begleitende Fortbildung sind, wie bedeutsam die menschliche Qualität des Teams. Wenn wir auch in unserer Studie nur schwache statistisch belastbare Hinweise dahingehend gefunden haben, dass eine gelungene Auseinandersetzung bereits im Kindes-, Schul- und Jugendalter wichtig und hilfreich sind, so klar wurde immer wieder auch im heutigen Tag sichtbar welche große Bedeutung die persönlichen Werthaltungen besitzen, die natürlich außerberuflich vermittelt wird. An dieser Stelle kann ganz sicher die Forderung erhoben werden, dass die Träger und das Management der stationären Versorger ihre Werte viel klarer zeigen und verfolgen sollten, als ich dies allein „werteorientierten Helfern“ zu übertragen. Das Gutachten des Deutschen Ethikrates „Patientenwohl im Krankenhaus“ gibt hier klare Orientierung und könnte für diese Mitarbeitergruppe wichtige Anregungen liefern. Auch in unserer Studie konnten wir Hinweise dafür finden, dass eine Konzentration von sterbenden Menschen mit verschiedenen Problemlagen einhergehen. Das Bild des „Wieviel Tod verträgt das Team“ bzw. der einzelne Mitarbeiter, weist in die richtige Richtung und schärft die Argumente für den Aufbau einer inklusiven Betreuung der Sterbenden. So freue ich mich darauf Sie anlässlich unseres 6. Kongresses 2018 erneut bei uns in Gießen begrüßen zu können.

SPONSOREN DES KONGRESSES 2017

B. BRAUN-STIFTUNG



FÖRDERER DES KONGRESSES 2017

