

## **KONGRESSBERICHT**

### **2. Kongress Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen**



**22.11.2014**

**Aula der Justus-Liebig Universität, Gießen**

### **Begründung für den Kongress und dessen Ausgangslage**

Alle Experten die sich für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender einsetzen, sind sich dahingehend einig, dass die gegenwärtig größte Herausforderung dahingehend besteht, wie eine bestmögliche Betreuung Sterbender unabhängig vom Ort des Sterbens ermöglicht werden kann. Einigkeit besteht auch darin, dass hierfür die psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Angebote und Leistungserbringer bestmöglich – transsektoral und interprofessionell – organisiert und koordiniert werden müssen. Nur so ist es möglich die oben benannte Zielgröße eines würdevollen Sterbens unabhängig vom Sterbeort zu erreichen. Erst wenn dies gelingt, relativiert sich die immer wieder entfachbare und regelmäßig aufgeregt geführte Debatte zu assistiertem Freitod und Sterbehilfe auf ihre angemessene Bedeutung. Die wenigen empirischen Studien, die durchgeführt wurden zeigen auf, dass auch hochaltrige und kranke Menschen bei aller Beeinträchtigung ihr Leben lieben und kein wirklicher Zweifel darin bestehen kann als Gesellschaft oder Versorgungserbringer alles zu tun, dass dies begründet ist.

### **Ziele und Ablauf des Kongresses**

Der Kongress steht unter dem Titel: Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge und Empfehlungen. Folgende Kongressziele sollten erreicht werden:

1. Bericht zum Stand der erreichten Ergebnisqualität der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.
2. Bestehende Problemlagen und Hindernisse in der Entwicklung einer guten Praxis.
3. Lösungen, gute Beispiele und Qualitätsmanagement.

Erreicht werden sollen diese Ziele durch Referate, Podiumsdiskussionen und Austausch mit dem angereichten Fachpublikum. Auch die Wahl der Referenten, deren Interprofessionalität und unterschiedlichen Funktionen soll dazu beitragen die benannten 3 Ziele zu erreichen.

Im Folgenden werden die zentralen Aussagen der Referenten/Podiumsteilnehmer zusammengefasst.

### **Eröffnungsstatement: Staatsminister im Kanzleramt Dr. Helge Braun**



Bei allem Entwicklungsbedarf darf nicht das hohe Niveau des Erreichten übersehen werden. Auch der Blick in die Krisenregionen der Welt sollte zur Umsicht und Kooperation der Beteiligten beitragen. Der Dank gilt alldenjenigen, die sich für die Versorgung Sterbender unter z.T. nicht immer einfachen Bedingungen Tag für Tag an ihrem Arbeitsplatz für deren Versorgung einsetzen.

**Eröffnungsstatement: JLU-Universitätsvizepräsident Prof. Dr. Schreiner**



Die JLU-Universität Gießen versteht sich in einer langen Tradition der Lebenswissenschaften und es ist klar, dass zu diesen auch das Sterben und der Tod gehörten. Nie sind die Voraussetzungen in unserer Gesellschaft auch aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnis besser gewesen, den Menschen einen würdevollen und damit auch schmerzfreien Tod im Kreis der Familie und Freunde zu ermöglichen.

**Eröffnungsreferat Kordula Schulz-Asche (MdB): „Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven“**



Anders als von vielen gewünscht, sterben wir in Deutschland nicht in der häuslichen Umgebung, sondern in Krankenhäusern (knapp 50%) und Pflegeeinrichtungen (rund 30%). Aus beiden stationären Settings erhalte ich Problemanzeigen, auf die politisch reagiert werden sollte: Sei es das Fehlen des Themas Sterben und die Begleitung Sterbender im Medizinstudium (Zuständigkeiten Bundesländer); sei es, dass in Pflegeheimen Lebende nicht in stationäre Hospize wechseln können (Bund) oder sei es – wie leider in sehr vielen Bereichen der Gesundheitspolitik – die fehlende Datenlage z.B. über die Versorgung mit spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung (Bund). Neben der Verbesserung dieser Rahmenbedingungen ist der Dreh- und Angelpunkt für die Umsetzung von Veränderungen vor Ort die Beteiligung aller: Der Beschäftigten aus Pflege und Ärzteschaft, der BewohnerInnen und Angehörigen, der Leitung und externer KooperationspartnerInnen. Bei den Kooperationen sollte das bürgerschaftliche Engagement von Ehrenamtlichen in Hospizvereinen als ein wichtiges Element berücksichtigt werden. Die Politik kann hierzu Anstöße geben, etwa durch die Förderung von Modellprojekten (Bund) zur Gestaltung solcher Prozesse, oder das Gesundheitsamt vor Ort könnte für Vernetzung sorgen.

*Kordula Schulz-Asche ist gelernte Krankenschwester, studierte Kommunikationswissenschaften, war lange Jahre in Afrika entwicklungspolitisch tätig und hat ein Aufbaustudium Gesundheitswissenschaften absolviert. Sie war u.a. 10 Jahre Abgeordnete des hessischen Landtages und ist seit 2013 im Bundestag. In der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ist sie Sprecherin für Prävention, Gesundheitswirtschaft sowie für bürgerschaftliches Engagement.*

**Vortrag Dr. Birgit Weihrauch: „Gegenwärtige Herausforderungen in der Gestaltung einer würdevollen Sterbebetreuung unabhängig des Ortes des Sterbens“**

In den vergangenen rd. 30 Jahren sind durch die Hospizbewegung und die Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen große Fortschritte erzielt worden. Dies betrifft aber nach wie vor allem Krebspatientinnen und -patienten, die in spezialisierten Strukturen – Hospizen, Palliativstationen oder in der SAPV – betreut werden. Die meisten Menschen aber sterben im höheren oder hohen Lebensalter, häufig nach einer längeren Zeit der

## 2. Kongress Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen



Pflegebedürftigkeit aufgrund chronischer Mehrfacherkrankungen und oftmals auch dementiell erkrankt. Vor diesem Hintergrund ist der „Transfer von Hospizkultur und Palliativkompetenz“ in die Einrichtungen der Regelversorgung eine der großen Herausforderungen – in die allgemeine hausärztliche und pflegerische Versorgung, die allgemeinen Krankenhäuser und die stationären Pflegeeinrichtungen; hier werden auch zukünftig die meisten Menschen sterben. Unter den Begriffen der ‚Zugangsgerechtigkeit‘ und ‚Letztverlässlichkeit‘ setzen die *Charta und die Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen* hier Schwerpunkte bei der Umsetzung der im Jahre 2010 verabschiedeten Charta – mit dem Ziel, allen Menschen unabhängig von ihrem Alter, der Art der Diagnose, ihrer besonderen Lebenssituation und dem Ort des Sterbens ein Leben bis zuletzt und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

*Birgit Weihrauch (Dr. med.) ist Ärztin/Sozialmedizinerin und Staatsrätin a.D. Sie war nach mehrjähriger ärztlicher Tätigkeit viele Jahre in leitender Funktion im Gesundheitsministerium des Landes NRW und zuletzt als Staatsrätin bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen tätig und hat sich hier bereits seit Ende der achtziger Jahre intensiv für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung engagiert. Von 2006-2012 war sie u.a. Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands und in dieser Funktion auch Mitinitiatorin der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.*

### Vortrag Prof. Dr. Rainer Röhrig: „Sterben auf Intensivstation als beständige Herausforderung“

#### 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

#### Ist sterben gleich sterben?

Art der Erkrankung

- Unfall / plötzliche Erkrankung (Herzstillstand / Schlaganfall)
- Chronische Erkrankung (Tumor)
- Postoperativ Verschlechterung / Komplikation

Prognose

- Kann diese sicher gestellt werden?
- Kann diese rechtzeitig gestellt werden?  
Oder sind nicht eingeleitete Maßnahmen eine vorweggenommene

Entscheidung?

- Einstellung
- (Mutmaßlicher) Wille des Patienten
- Einstellung der Angehörigen

#### Herausforderungen – Sterben auf der Intensivstation

- Klare Ausrichtung auf Lebenserhaltung
  - Verschlechterung wird von Personal als Versagen empfunden
- Häufig akutes Geschehen
- Patientenwille häufig schwer zu ermitteln  
(Geänderte Situation, Belastung, nicht ansprechbar)
- Angehörige sind überfordert



## 2. Kongress Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen

- Implikationen des Paradigmenwechsels
  - Gefühlte Werteverchiebung
  - Änderung von Abläufen
  - Überwachung

### Ziele

Verbesserungen für den Patienten

- Umsetzung des Patientenwillens
- Würdevolles Sterben

Verbesserungen für die Angehörigen

- Begleitung des Entscheidungs- und Trauerprozesses

Verbesserungen für die Mitarbeiter

- Stärkung der Resilienz

### Lösungen

„End of Life“ Entscheidungen

- Entscheidungen werden gemeinsam getroffen (Patient, Angehörige, Pflege, Ärzte, ggf. weitere Berufsgruppen)
- Aufklärung, Schulung und Begleitung von Angehörigen
- Fachlich methodische Unterstützung (Ethikkomitee, Seelsorger, speziell ausgebildetes Personal)

Dokumentation der Entscheidung

- Klare, nachvollziehbare Dokumentation
- Regelmäßige Überprüfung / Bestätigung
- Klare Ziele und Handlungsanweisungen

Standardisiertes Handeln

- SOPs die regeln, welche Maßnahmen (nicht) weitergeführt werden.

Ausbildung und Supervision des Personals

### Ausblick

Studie am Klinikum Hanau:

- Wie häufig wurden Patienten von Intensivstation „zum sterben“ verlegt?
- Wie häufig wurden Patienten auf Intensivstationen „zum sterben“ aufgenommen?
- Wurden „End of life“ Entscheidungen dokumentiert?
- Ist diese Dokumentation formell und fachlich ausreichend erfolgt?

*Ab dem 1.12.2014 ist Dr. med Rainer Röhrig zum Professor an der Carl-von-Ossietzky Universität in Oldenburg berufen // Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften*

### Vortrag Prof. Dr. Elisabeth Reitinge: „Hospiz- und Palliativkultur in österreichischen Pflegeheimen“



Hospizkultur und Palliative Care gewinnen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen an Bedeutung: Hochbetagte Frauen und Männer mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen, viele von ihnen mit Demenz und hohem Hilfe- und Pflegebedarf leben und sterben in diesen Häusern. Dies macht es notwendig, (Organisations-)kulturen für ein gutes Leben und ein gutes Sterben in Alten- und Pflegeheimen zu entwickeln. Zunehmend gibt es dafür Anerkennung und Beachtung. Der vorliegende Beitrag möchte die unterschiedlichen Aspekte hospizlicher und palliativer Kultur in österreichischen Pflegeheimen näher in den Blick nehmen: Ausgehend von den Wurzeln der Entwicklung wird in einem zweiten

Schritt die Bedeutung von Fort- und Weiterbildung in diesem sensiblen Bereich vorgestellt. Im Anschluss diskutieren wir die Erkenntnis, dass Kulturveränderung in Institutionen immer auch eng mit Organisationsentwicklung verknüpft ist. Abschließend wird kurz auf die Vernetzung der Entwicklungen in Österreich und Deutschland sowie auf offene Fragen im gesamteuropäischen Kontext hingewiesen.

## 2. Kongress Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen

*Reitinger, Elisabeth, Dr.in, Assoz. Prof.in, Psychologin und Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Institut für Palliative Care und Organisationsethik, Interdisziplinäre Fakultät für Forschung und Fortbildung, Alpen-Adria Universität Klagenfurt. Arbeitsschwerpunkte: Palliative Care im Alter, Gender und Demenz, Ethische Entscheidungen im Pflegeheim.*

### **Vortrag Prof. Dr. Wolfgang George: „Aktuelle empirische Daten zur Sterbesituation in den stationären Einrichtungen der Pflege“**

Über 2000 Mitarbeiter/innen in annähernd 500 Einrichtungen wurden 2014 zu deren Einschätzung der Versorgungsqualität deutschlandweit befragt. Verwendet wurde ein Fragebogen der geeignet ist, die verschiedenen, bedeutsamen Aspekte sowohl der psycho-sozialen als auch der medizinischen Pflegequalität zu ermitteln. Ziel der Studie ist es eine empirisch ermöglichte Standortbestimmung zu zur erreichten Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität vollziehen. Die Ergebnisse zeigen eine problematische Situation auf in welcher die verschiedenen Problemfelder – auch über das erneut bestätigte Ressourcenproblem hinaus – der Betreuung Sterbender beschrieben werden. Erste Zusammenhänge werden skizziert und Interventionsmöglichkeiten aufgrund der Ergebnisse nahelegen.

*Wolfgang George ist Diplompsychologe und Krankenpfleger und befasst sich seit über 25 Jahren mit den Möglichkeiten und Verfahren der Patienten- und Angehörigenintegration in das Versorgungssystem. Er leitet den TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und ist Honorarprofessor an der THM Gießen.*

### **Vortrag PD Dr. Andre Banat und Prof. Dr. Wolfgang George: „Das Deutsche Palliativsiegel / Palliativ-freundliche Einrichtung“**



Dier bisherigen Bemühungen eine durchgängig gute Versorgungskultur der Sterbenden zu erreichen, ist bis heute nur mit starken Einschränkungen gelungen. Ziel des Siegels ist es Krankenhäuser bzw. Pflegeeinrichtungen die bereits heute eine gute bzw. sehr gute Versorgung Schwerstkranker und Sterbender erbringen, hierfür auszuzeichnen und zu würdigen. Hierfür wurde ein Vorgehen gewählt, dass an das inhaltlich insbesondere an die Erfahrungen der empirischen Studien und methodisch an dasjenige des Qualitätsmanagements anschließt. Hierfür wurde die Kooperation mit der KTQ in Berlin gewählt. Auch um in den verschiedenen Bundesländern und Regionen Deutschlands zeitnahe aktiv werden zu können. Es ist der objektive Nutzen – für die Patienten/Bewohner, deren Angehörige, aber auch für die Einrichtung und deren Mitarbeiter, die Kostenträger und die komplementären Versorgungspartner – der entstehen muss, wenn das Siegel erfolgreich sein will.

**Vortrag Gerda Graf: "Hospizkultur im Pflegeheim - eine organisationsethische Betrachtung"**



Der Versorgungsauftrag der Pflegeheime beschränkt sich nicht auf medizinische oder körperlich pflegerische Leistungen. Die Annahme des Anderen und hier des betagten körperlich und / oder geistig Erkrankten erfährt nur dann einen stabilisierenden Faktor, wenn der Mensch in seinem Sosein angenommen wird. Hier liegt auch der Charakter der hospizlichen Haltung, die im Polylog von Wissenschaft und Praxis in Organisationen, die sich um schwache und alte Menschen kümmern, nur dann erfahrbar wird, wenn die ethische Dimension Berücksichtigung findet. Wie müssen sich Organisationen verändern, um den Ansätzen des hospizkulturellen Auftrages gerecht zu werden? Diese Frage wird ebenso reflektiert wie auch das Versprechen einer guten Sterbekultur.

*Gerda Graf ist Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof gGmbH, Pflegemanagerin mit Zusatzqualifikation Palliative Care und systemischer Organisationsberatung als Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. (DHPV, ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.) befasst sie sich mit der Hospizkultur in stationären und ambulanten Einrichtungen. Sie ist Initiatorin des Projektes Hospiz macht Schule und ist Mitbegründerin und stellvertretende Vorsitzende der ambulanten Hospizbewegung Düren-Jülich e.V.*

**Vortrag Claus Fussek: "Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben!"**

Nach wie vor erreichen uns aus bundesdeutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern täglich unerträgliche, dramatische und erschütternde Berichte von verzweifelten Pflegekräften und Angehörigen. Sterben in zahlreichen Einrichtungen in Deutschland ist nach wie vor würdelos und grausam. Und es wissen fast alle, die in der Pflege tätig sind Bescheid. In vielen Heimen und Kliniken sind wir nach wie vor weit von einer selbstverständlichen würdevollen Hospizkultur, einer pflegerischen und palliativ geriatrischen Versorgung entfernt. Kostenfaktor Sterben! Die Würde des Menschen ist in Deutschland altersabhängig! Die dramatische personelle und fachliche Situation in zahlreichen Pflegeheimen und Krankenhäusern will offensichtlich niemand wahrhaben, sie wird nach wie vor kollektiv verdrängt. Wir haben doch keine Erkenntnisprobleme. Wir wissen, dass es anders geht! In einem Hospiz, auf einer Palliativstation werden wenige Menschen nach aktiver Sterbehilfe verlangen! Wenn wir es in gemeinsamer Verantwortung in dieser Gesellschaft nicht sehr bald schaffen, dass wir allen Menschen in der ambulanten, häuslichen Versorgung, im Pflegeheim und auch im Krankenhaus garantieren, dass sie im letzten Lebensabschnitt palliativ, schmerzfrei versorgt werden können, dann dürfen wir diese verzweifelten Menschen auch nicht am Sterben hindern! Wir werden uns dann offen und ehrlich in diesem Lande mit den Möglichkeiten er aktiven Sterbehilfe beschäftigen müssen, weil niemand mehr da ist, der uns pflegt! Fallpauschalen auf Palliativstationen, Zeitdruck, Akkordpflege, unverantwortliche personelle Besetzungen der Nachtwachen, keine Zeit, einem sterbenden Menschen die Hand zu halten, das ist eine Bankrotterklärung, ein Offenbarungseid für eine reiche, christliche, zivilisierte Gesellschaft! Ein Pflegeheim ohne Hospiz- und Palliativkultur, ohne palliative ärztliche und pflegerische Versorgung kann es eigentlich nicht geben, darf keinen Versorgungsvertrag erhalten. Eine schmerzfreie Versorgung ist ein Grund- und Menschenrecht! Die fehlende, bzw. unzureichende Betreuung von SchmerzpatientInnen und die lebensgefährliche Unterversorgung erfüllen den Tatbestand der Körperverletzung und der unterlassenden Hilfeleistung und das ist strafbar. Es ist überflüssig zu betonen, dass unter diesen unverantwortlichen und katastrophalen Arbeitsbedingungen die meisten Pflegekräfte überfordert sind, selber leiden, erkranken, verzweifeln, resignieren und viele hören auf!



## 2. Kongress Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen

*Der Sozialarbeiter Claus Fussek aus München setzt sich seit Jahrzehnten für eine menschenwürdige Betreuung alter Menschen, insbesondere in Versorgungseinrichtungen ein.*

**Podiumsbeitrag Karl-Christian Schelzke: „Würdevolles Sterben unabhängig des Sterbeortes verbindlich ermöglichen ist auch eine Aufgabe der Kommune“**



Immer weniger Menschen sterben zu Hause, betreut von ihren Angehörigen oder Freunden. Das Sterben findet zunehmend in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen statt – oft ohne angemessene Nähe und ausreichender Zeit. Aus dieser Not heraus ist die Hospizbewegung entstanden, die sich – nach internationalen Vorbildern – für den Aufbau menschenwürdiger ambulanter und stationärer Wohn- und Pflegeformen für sterbende Menschen einsetzt. Die ehrenamtliche Begleitung sterbenskranker Menschen findet sowohl zu Hause, in Krankenhäusern, Pflegeheimen, als auch in stationären Hospizen statt. Durch regelmäßige Besuche, Hilfe bei der Pflege, Sitzwachen, Vorlesen, Zuhören und Schweigen wird ein Sterben in Würde ermöglicht. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter, die sich in der Hospizarbeit engagieren, werden sorgfältig ausgesucht und sehr intensiv auf die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen vorbereitet sowie durch regelmäßige Supervision und Fortbildung unterstützt. Hospizarbeit thematisiert den Tod, aber sie bejaht das Leben. Hospizgemeinschaften und Gruppen machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase zu unterstützen, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Der Hospizgedanke lebt aus der Hoffnung und der Überzeugung, dass sich Kranke und ihre Familien soweit auf den Tod vorbereiten können, dass sie bereit sind, ihn annehmen zu können. Voraussetzung hierfür ist, dass es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich der menschlichen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden verständnisvoll annimmt. Hospiz ist kein fester Ort, sondern vielmehr eine Haltung. Hospizhelfer sind bereit, sich Zeit zu nehmen, den Abschied vom Leben zu begleiten und so in einem übertragenen Sinn zur Herberge zum Hospiz, zum Ruhepunkt für andere zu werden.

Die Grundidee der modernen Hospizbewegung ist es, Begleiterin zu sein durch Zuhören, durch Gesten der Nähe und durch die Überlegung, wie Schmerzen gemindert werden können, ohne in den Vorgang des Sterbens selbst aktiv einzugreifen. Freiwillige Helferinnen und Helfer unterstützen auf Wunsch die Angehörigen auch nach dem Abschied. Die Versorgung sterbender Menschen ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Hospizhelferinnen sind im Gespräch mit Ärzten, Pflegekräften und vor allem mit den Angehörigen. Die Kommune spielt hier einen wichtigen Part, des Moderators. Sie muss Angebot und Nachfrage in einem solch sensiblen Thema zusammenbringen:

Wer hilft mir, wenn ich auf mein Lebensende zugehe? Wer unterstützt mich, wenn ich einen todkranken Angehörigen zu Hause pflegen und begleiten will?

Wo gibt es in meiner Gemeinde entsprechende Angebote und Unterstützung?

## 2. Kongress Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen

Wie und wo kann ich mich ehrenamtlich engagieren?

Die Hospizbewegung verdankt ihre Existenz dem ehrenamtlichen Engagement von Bürgerinnen und Bürgern im Sinne eines bürgerschaftlichen Engagements. Ehrenamtliche "entschleunigen". Sie sind nicht an arbeitsrechtlich festgelegte Zeiten und Inhalte gebunden. Sie bringen Zeit zum Stillsein, Handhalten, Zuhören, Reden, Vorlesen, Singen und Lachen, Beten, ... mit. Sie verschenken ihre Zeit und tragen dadurch dazu bei, dass Menschen bis zuletzt Würde erfahren.

Die Kommune hat die Aufgabe, für das Thema "Weggemeinschaft beim Leben und Sterben" zu sensibilisieren, Menschen anzusprechen, zu begleiten, Anerkennung auszusprechen. Die freiwillige Arbeit ist eine unverzichtbare Stütze für die Hospizarbeit. Hospizhelferinnen investieren Kraft, Zeit, Liebe für ihre anspruchsvolle Aufgabe. Sie werden geschult, begleitet, gestützt. Dies hat eine Kommune im Blick zu haben. Sie bildet den Rahmen, in dem sich dieses Engagement entfalten kann. Die moderne Hospizbewegung und die Palliativmedizin entstanden in den 1960er Jahren in England und gehen wesentlich auf Cicely Saunders zurück. Von ihr stammt der bekannte Satz: "Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben." Von daher geht es auch darum, dass Kommunen mit dazu beitragen, diese Tage in der heimatlichen Umgebung angemessen und sensibel zu gestalten.

*Karl-Christian Schelzke ist Jurist und Hauptgeschäftsführer des Hessischen Städte- und Gemeindebundes in 63165 Mühlheim am Main. Die Etablierung bürgerschaftlichen Engagements ist eines der Hauptanliegen seines beruflichen Engagements*

**Podiumsbeitrag Prof. Dr. Jens Papke (3 von links): „Die im Heim versorgenden Hausärzte müssen besser ausgebildet werden“**



Der Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen wächst kontinuierlich. SAPV im stationären Pflegebereich als Modell einer sektorenübergreifenden spezialisierten Versorgung ist ein Lösungsweg, in größeren Pflegeeinrichtungen erscheint auch die Einrichtung von spezialisierten Palliativabteilungen mit entsprechender Ausstattung und qualifiziertem Personal wünschenswert. Hauptprobleme sind die noch zu geringe Qualifizierung der zumeist im Heim versorgenden Hausärzte, Überlastung und chronischer Personalmangel im Pflegebereich und auch Berührungspunkte gegenüber den Palliativteams.

*Jens Papke (Prof. Dr. med.) ist niedergelassener Internist und Palliativmediziner. Er ist Mitbegründer und Vorstandsvorsitzender von „Home Care Sachsen e.V.“, einem in drei sächsischen Landkreisen tätigen SAPV-Team, und ist Honorarprofessur für Palliative Care an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Westsächsischen Hochschule Zwickau*

**Podiumsbeitrag Dr. Eckhard Starke: „Die niedergelassenen Ärzte müssen noch besser integriert werden“**



Trotz nahezu flächendeckender Versorgung durch die spezialisierte Palliativversorgung und durch hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in Hessen sterben insbesondere noch viele multimorbide alte Patienten nicht in ihrer gewohnten Umgebung, sondern in Krankenhäusern. Einerseits wird die Palliativmedizin noch immer eng mit der finalen Versorgung krebserkrankter Menschen verbunden, andererseits sind die Kriterien der Definition zwischen schwerer Pflegebedürftigkeit und palliativer Versorgung sowohl in der häuslichen als auch in der Heimversorgung unzureichend formuliert. Darüber hinaus bestehen in der Pflege als auch in der Ärzteschaft noch erhebliche Wissenslücken bei der Ernährung und bei der medikamentösen Therapie am Lebensende. Um würdevolles Sterben unabhängig vom Sterbeort allen Menschen am Ende ihres Lebens zu ermöglichen, muss die Kooperation zwischen spezialisierten ambulanten Palliativ-

einheiten, ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in der Basisversorgung, Krankenhäusern mit und ohne Palliativstationen sowie der Pflege im ambulanten als auch im Heimbereich unter Beachtung der jeweiligen Kernkompetenzen definiert und verbessert werden.

*Dr. Eckhard Starke ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin ist stv. Vorsitzender der Vertreterversammlung KV Hessen, Vorsitzender des Palliativausschusses der Landesärztekammer Hessen und seit 1988 als Hausarzt niedergelassen. 2008 hat er das Palliativnetz Stadt und Kreis Offenbach gegründet und hat bei der Planung und Gründung des Hospizes Fanny de la Roche in Offenbach mitgewirkt. Seit Juli 2014 ist er als betreuender Arzt in diesem Hospiz tätig.*



**Podiumsbeitrag Christine Sowinski: „Würdevolles Sterben unabhängig vom Sterbeort ermöglichen aus der Sicht des Kuratorium Deutsche Altershilfe“**

Sterbende Menschen wünschen sich neben Schmerzfreiheit auch Einfluss auf ihre Situation und die ihrer Angehörigen. Oft führen z.B. die Atemprobleme des sterbenden Menschen dazu, dass Angehörige Druck ausüben, sodass der Betroffene ins Krankenhaus eingewiesen wird. Das kann zu einer Entspannung der Situation beitragen, muss aber nicht. Es stellt sich die Frage, wie die Situation des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen verbessert werden kann.

*Christine Sowinski ist Diplom-Psychologin und Krankenschwester. Sie leitet den Bereich Beratung von Einrichtungen und Diensten im Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.*



**Podiumsbeitrag Lothar Lorenz: „Würdevolles Sterben unabhängig des Sterbeortes verbindlich ermöglichen aus der Sicht des hessischen Hospiz- und Palliativverbandes“**



Der Hospiz- und Palliativverband Hessen steht für ein Sterben in der häuslichen Umgebung. Hierzu zählt nicht nur die eigene Wohnung sondern auch im vermehrten Maße das Pflegeheim. Im Grundgesetz steht, dass die Würde des Menschen unantastbar ist. Dies gilt für uns auch in der letzten Lebensphase. Daher setzen wir uns dafür ein, dass diese Würde bis zum Schluss auch gewahrt wird. Konkret geht es darum, dass Angehörige, die oftmals überfordert sind, gestützt werden durch ehrenamtliche Begleiter. Es geht aber auch darum, dass die „professionellen“ Helfer unterstützt werden. Wir wollen dabei helfen, dass die Selbstständigkeit des Betroffenen gewahrt wird. Nur durch eine gegenseitige Unterstützung aller Beteiligten ist dies möglich. Wir plädieren dafür, dass ambulanten Hospizdienste frühzeitig in die Begleitung mit eingebunden werden. Nur so kann eine würdevolle Begleitung ermöglicht werden.

*Lothar Lorenz ist 1. Vorsitzender des Hospiz- u. Palliativverband Hessen e.V. in Wiesbaden*

**Moderator: Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer: „Die letzten fünfzig Jahre haben uns mit drei Umbrüchen im Umgang mit dem Lebensende konfrontiert“.**

1. **Institutionalisierung:** Innerhalb eines halben Jahrhunderts ist das Sterben in das Krankenhaus, das Pflegeheim, in kleinem Maße auch in das Hospiz verlagert worden. 80 Prozent der Deutschen sterben in Einrichtungen (obwohl 80 Prozent der Menschen sagen, dass sie zu Hause sterben möchten). Dieses „Experiment“ „Institutionalisierung des Sterbens“ ist einmalig in der Geschichte der Menschheit.
2. **Medikalisierung:** Mit der Institutionalisierung geht einher die Medikalisierung des Sterbens. Noch im 19. Jahrhundert hatte der Medicus – ganz in hippokratischer Tradition – das Zimmer des Sterbenden zu verlassen, wenn die „Facies“, die Zeichen des Todes auf dem Antlitz sichtbar wurden. Dann kam die Stunde des Priesters, der Angehörigen, der Freunde. Seitdem der Tod aber nicht mehr „kommt“, sondern seine medizinisch zu diagnostizierende Ursache im Körper des Sterbenden hat, bekommt die Medizin ein Primat am Bett des Sterbenden. Heute ist ein Sterben ohne medizinische Expertise fast undenkbar geworden und gerät in den Bereich abweichenden Verhaltens.
3. **Ökonomisierung:** Die letzten Lebensmonate oder – wochen eines Menschen sind heute - so sagen die Krankenkassen – der teuerste Abschnitt im Leben. Das Lebensende ist medizinisch ein lukratives, zumindest finanziell interessantes Areal geworden. Aus der Hospizbewegung, die eine Initiative von Bürgerinnen war, ist ein palliatives Projekt geworden, das auf die Planungs- und Versorgungswünsche der Sterbenden reagiert und diese Planungswünsche bedient und verstärkt. Der entstehende palliative Apparat ist in der Gefahr, aus der heiklen, schwierigen letzten Erfahrung des Menschen ein Projekt zu machen, das den Sicherheits- und Betäubungsbedürfnissen des *homo modernissimus* entgegenkommt.

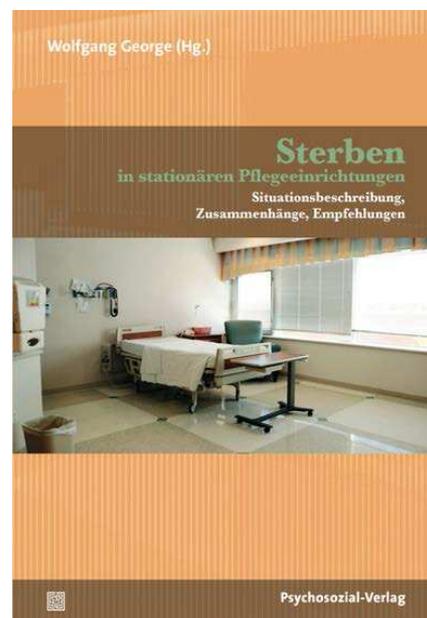


An der Studie zur Ermittlung der Sterbequalität in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligen können Sie / Ihr Einrichtung sich bis zum 31.12.2014 unter:

[www.sterbestudie.de](http://www.sterbestudie.de)

---

## Neues Buch zum Thema



Vorwort: Karl-Josef Laumann (Patienten und Pflegebeauftragter der Bundesregierung)

Beiträge u.a. von: Stefanie Becker, Kathrin Engel, Feline Engling, Claus Fussek, Wolfgang George, Gerda Graf, Reimer Gronemeyer, Trutz Haase, Martina Hasseler, Katharina Heimerl, Jürgen Howe, Giovanna Jenni, Cathrin Kliemt, Frieder R. Lang, Norbert Lübke, Friedhelm Menzel, Dirk Müller, Friedemann Nauck, Andrea Newerla, Jens Papke, Elisabeth Reitingner, Michael Schilder, Ulrike Schulze, Walter Sendner, Johanna Tiedtke, Birgit Weihrauch, Ursula Wiesli, Hartmut Wolter und Andreas Zimmer

**Der Kongress wurde unterstützt und befördert:**



**B. BRAUN-STIFTUNG**