

# Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen





## Vorwort

Ich freue mich sehr darüber, dass Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Institutionen und Professionen sich gemeinsam des Themas „Sterbegleitung im Altenpflegeheim“ angenommen haben, eine Bestandsaufnahme veranlasst und über mögliche Verbesserungen diskutiert haben.



Das Altenpflegeheim als Ort, an dem gestorben wird, nimmt an Bedeutung zu und damit auch die Herausforderung, es zu einem Ort zu machen, an dem sterbende Menschen gut umsorgt und in Würde ihr Leben beschließen können.

Vieles an Verbesserungen ist schon erreicht worden, manche Altenpflegeheime haben bereits eine gute Sterbegleitung implementiert. Wir können uns aber nicht zufrieden zurücklehnen, vieles ist noch zu tun.

Die vorliegenden Empfehlungen wenden sich in ihrem fachlichen Teil in erster Linie an Träger, Leitungen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Altenpflegeheimen und beschreiben Wege, die zur Verbesserung der Sterbegleitung in diesen Einrichtungen führen. In ihrem politischen Teil wenden sich die Empfehlungen an Verantwortungs- und Entscheidungsträger in Politik, Verwaltungen und Altenhilfeinstitutionen.

Anregungen und Beobachtungen aus der Praxis wie die vor Ihnen liegenden Empfehlungen sind für die Politik unverzichtbare Ratgeber. Sie zeigen auf, wo und warum politische Entscheidungen gut umgesetzt werden und ihren Zweck erreichen, sie machen aber auch deutlich, wo Defizite zu verzeichnen sind. Kurz: sie tragen dazu bei, dass auf längere Sicht Rahmenbedingungen verbessert werden können. Sie sind der Beweis dafür, dass bürgerschaftliches Engagement mitgestalten und Verantwortung übernehmen – sich einmischen – will. Ich danke allen, die den langen Zeitraum hinweg Zeit und Energie in die Bearbeitung eines zentralen gesellschaftlichen Themas investiert haben. Den Empfehlungen wünsche ich, dass sie bald in jedem Altenpflegeheim in Hessen gelesen und diskutiert und umgesetzt werden – im Interesse derjenigen, die unsere Unterstützung dringend brauchen: im Interesse sterbender Menschen.

Jürgen Banzer

Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit

**Impressum:**

**Herausgeber:**

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Dostojewskistraße 4  
65187 Wiesbaden  
www.hmafg.hessen.de

**Redaktion:**

Elisabeth Terno, KASA - Koordinations- und Ansprechstelle für  
Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung,  
Arbeitsbereich der HAGE e.V.  
Elke Kiltz, Christian Peter (verantwortlich), Hessisches Ministerium  
für Arbeit, Familie und Gesundheit

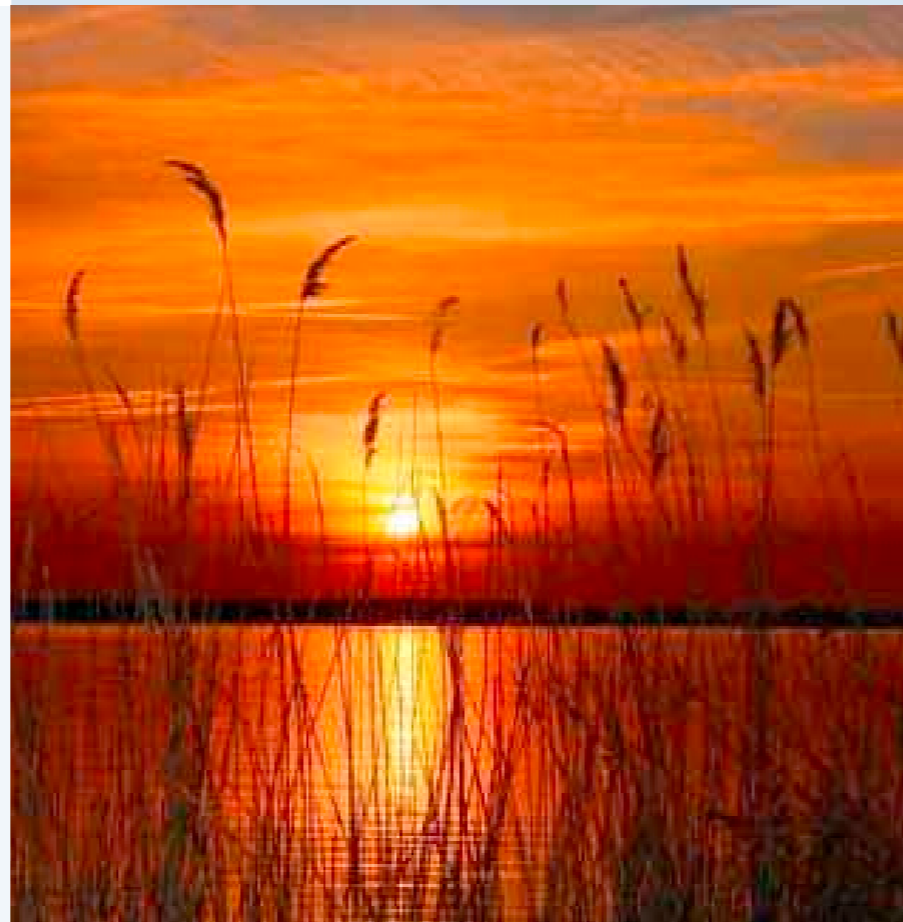
**Gestaltung:**

Gänsler+Partner Werbeagentur  
www.gaensler.de

**Druck:**

mww.druck und so... GmbH

November 2009



Inhalt

**Vorwort Staatsminister Jürgen Banzer**

<b>1</b>	<b>VORBEMERKUNGEN</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Hintergründe und Ziele der UAG</b>	<b>8</b>
<b>1.2</b>	<b>Ergebnisse der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“</b>	<b>12</b>
<b>1.3</b>	<b>Empfehlungen der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“</b>	<b>14</b>
<b>1.4</b>	<b>Veränderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz) ab April 2007</b>	<b>15</b>
1.4.1	Förderung der ambulanten Hospizdienste für Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen	15
1.4.2	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen	15
1.4.3	Leistungen der SAPV durch Personal der Pflegeeinrichtungen	16
1.4.4	Einbeziehung von stationären Pflegeeinrichtungen in Verträge zu integrierten Versorgungsformen	16
1.4.5	Einführung des Anspruchs auf Versorgungsmanagement	16
<b>1.5</b>	<b>Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) ab Juli 2008</b>	<b>16</b>
1.5.1	Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatung in das Versorgungsmanagement	16
1.5.2	Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern	16



<b>2</b>	<b>EMPFEHLUNGEN DER UNTERARBEITSGRUPPE „STERBEBEGLEITUNG IN ALTENPFLEGEHEIMEN“</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Fachliche Umsetzung</b>	<b>17</b>
2.1.1	Beteiligte an der Abschiedskultur im Altenpflegeheim	18
2.1.2	Vier zentrale Fragestellungen zur fachlichen Umsetzung	19
2.1.2.1	Wie sieht die Abschiedskultur in unserer Einrichtung aus?	19
2.1.2.2	Wie soll die Abschiedskultur in unserer Einrichtung zukünftig aussehen?	20
2.1.2.3	Wie kann die Abschiedskultur in unserer Einrichtung im Alltag gelebt werden?	20
a)	Reflexion und Evaluation der bisherigen Abschiedskultur	20
b)	Sterbende Bewohnerinnen und Bewohner im Zentrum	20
c)	Entwicklung von Haltungen und Maßnahmen in der Einrichtung	22
d)	Entwicklung von Haltungen und Maßnahmen für die jeweiligen Professionen	24
e)	Fördernde Maßnahmen zur dauerhaften Implementierung einer der Einrichtung angepassten Abschiedskultur	24
2.1.2.4	Woran erkennt man eine gelungene Abschiedskultur?	25
2.1.3	Literaturhinweise zur fachlichen Umsetzung	26
<b>2.2</b>	<b>Politische Umsetzung</b>	<b>28</b>
2.2.1	Schaffung ausreichender statistischer Grundlagen	32
2.2.2	Ausrichtung der Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen an hospizlichen Grundsätzen	29
2.2.3	Verankerung einer Abschiedskultur in hessischen Pflegeheimen	31
a)	Palliative-Care-Beauftragte/Hospizbeauftragte und entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle Beschäftigten in jedem Altenpflegeheim	31
b)	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	31
c)	Palliative-Care-Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildungen	32
2.2.4	Folgestudien zur Sterbebegleitung in Hessen	32
<b>3</b>	<b>PERSPEKTIVEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DER STERBEBEGLEITUNG IN HESSISCHEN ALTENPFLEGEHEIMEN</b>	<b>33</b>



# 1 Vorbemerkungen

Die AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung hat den 2. Entwurf der „Empfehlungen zur Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen“ auf der 10. Fachtagung „Leben und Sterben“ des damaligen Hessischen Sozialministeriums am 21.11.2007 erstmals öffentlich vorgestellt.

Nach einem langen Diskussionsprozess werden nun die endgültigen Empfehlungen herausgegeben, wohl wissend, dass die Diskussion zur Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen damit nicht abgeschlossen ist und sein kann. Die vorliegenden Empfehlungen sollen vielmehr einen Anstoß geben, die Situation sterbender Menschen in Altenpflegeheimen weiterhin kontinuierlich zu verbessern.

Die Empfehlungen basieren auf der quantitativen Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“ von Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer, Michael Berls, Andrea Newerla und Anne Seiffert, 2006, die im Auftrag der Unterarbeitsgruppe „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ durchgeführt wurde.

## 1.1 Hintergründe und Ziele der UAG

Die hier vorgelegten „Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen“ wurden von einer Unterarbeitsgruppe (UAG) „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ erarbeitet, die sich im Frühjahr 2004 konstituiert hat. Die UAG setzt sich aus Mitgliedern der AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung zusammen. In der AG sind Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der Pflege, der Landesärztekammer, der LAG Hospize, der Heimaufsicht, der Wissenschaft und des damaligen Hessischen Sozialministeriums, der AOK Hessen sowie der Verbände der Kranken- und Pflegekassen vertreten.

Die UAG hat sich mit folgenden **Aspekten der „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“** beschäftigt:

- Verankerung der Sterbebegleitung in der Organisation (Abschiedskultur),
- Auswirkungen veränderter Belegungsstrukturen,
- Kooperation in der Sterbebegleitung zwischen den Altenpflegeheimen und anderen Gruppen,
- Palliative Versorgung in den Altenpflegeheimen,
- Sterbebegleitung bei demenziell erkrankten Menschen,
- Finanzierung der Sterbebegleitung in den Altenpflegeheimen.

**Ziele** der Arbeit der UAG waren:

- Schaffung einer Übersicht über die Situation der Sterbebegleitung in den hessischen Altenpflegeheimen,
- Formulierung von Bereichen, in denen die Sterbebegleitung in den Altenpflegeheimen verbessert werden kann bzw. muss,
- Erarbeitung von Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung
  - für die Einrichtungen,
  - für politische Entscheidungsträger.

Auf geänderte Rahmenbedingungen durch das am 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-WSG sowie anstehende Änderungen durch das zum 01.07.2008 in Kraft tretende Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird Bezug genommen.



## Adressaten der Empfehlungen:

Diese Empfehlungen richten sich sowohl an die politisch Verantwortlichen, als auch an die fachlich Verantwortlichen. Mit den vorliegenden Empfehlungen wird beabsichtigt, das Gespräch auf politischer und fachlicher Ebene anzuregen und weitergehende fachliche Umsetzungen zu ermöglichen.

Die notwendige politische und fachliche Umsetzung richtet sich

- an die **politisch Verantwortlichen der Bundesrepublik Deutschland**.
- an die **politisch Verantwortlichen des Landes Hessen und der kommunalen Spitzenverbände**.
- an die **Verantwortlichen im Bereich der Verbände**.
- an die **Verantwortlichen im Bereich der Kostenträger**.

Sie richtet sich des Weiteren für die fachliche Umsetzung

- an die **Verantwortlichen der Wohlfahrtsverbände**,
- an die **Verantwortlichen der Träger und deren Zusammenschlüsse**,
- an die **verantwortlichen Heimleitungen**,
- an die **verantwortlich Mitarbeitenden** in den Altenpflegeheimen,
- an die **Berufs- und Fachverbände**,
- an die **Heimaufsichtsbehörden des Landes Hessen**,
- an die **Gesundheitsämter im Land Hessen**,
- an die **Seniorenvertretungen im Land Hessen**.

## Die Mitglieder der UAG „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“:

Renate Bautsch	Bürgerinstitut e.V., Frankfurt
Dr. Karin Falkenstein	EVIM - Evangelischer Verein für Innere Mission in Nassau, Wiesbaden
Sonja Frommhold	Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit
Volker Gussmann	Regierungspräsidium Gießen Abteilung VII – Heimaufsicht
Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer	Justus-Liebig-Universität Gießen Institut für Soziologie
Brigitte Lerch	Caritaslandesarbeitsgemeinschaft Hessen, Liga der freien Wohlfahrtspflege Hessen
Monika May	Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises
Friedhelm Menzel	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Liga der freien Wohlfahrtspflege Hessen
Peter Otto	Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen
Maria Schmelter	Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Darmstadt - Heimaufsicht
Elisabeth Terno	KASA - Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, Arbeitsbereich der HAGE e.V.



## 1.2 Ergebnisse der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“

Aus Sicht der Unterarbeitsgruppe (UAG) „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ der Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung sind folgende Ergebnisse der quantitativen Studie der Justus-Liebig-Universität Gießen aus dem Jahre 2006 besonders bemerkenswert.

### 1 Rücklaufquote:

Die breite Beteiligung von über 30% aller hessischen Altenpflegeheime und die Zusammensetzung der Einrichtungen nach ihrem Rechtsstatus zeigen, dass die Untersuchung als repräsentativ gelten kann.

### 2 Eintrittsalter und Verweildauer:

Das erhobene durchschnittliche Eintrittsalter (bei Frauen 82 Jahre und bei Männern 79,1 Jahre) sowie die durchschnittliche Verweildauer (bei Frauen 41,6 Monate, bei Männern 32,2 Monate) zeigen aktuell bekannte Bundesdurchschnittswerte.

### 3 Sterbeorte:

Der deutlich häufigste Sterbeort für die Altenpflegeheimbewohner<sup>1</sup> ist die jeweilige Einrichtung mit 69,1%, gefolgt vom Krankenhaus mit 30,2%. Drei von vier Heimbewohnern sterben demnach im vertrauten Heim. Dies sind erheblich mehr Menschen als sonst im eigenen häuslichen Umfeld verbleibend sterben.

### 4 Ansprechperson für Sterbebegleitung im Pflegeheim:

Nur in ca. 57% der Einrichtungen gibt es bislang eine spezielle Ansprechperson für Sterbebegleitung im Pflegeheim.

### 5 Aussagen zur Sterbebegleitung im Pflegeleitbild:

In 82,8% der Einrichtungen werden im Pflegeleitbild Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen. Jede 6. Einrichtung spricht aber die Perspektive des Sterbens nicht an.

### 6 Ehrenamtliche in der Begleitung bei sterbenden Menschen:

Insgesamt sind externe oder interne ehrenamtliche Begleiter in 39,9% der hessischen Altenpflegeheime in den Prozess der Sterbebegleitung eingebunden. Das ist zum einen ein erfreulicher Wert, zum anderen ist die Mitwirkung von ehrenamtlichen Kräften noch ausbaufähig.

### 7 Hauptamtliche Begleitung bei sterbenden Menschen:

Ein Großteil der Einrichtungen fordert dringend zum Nutzen der im Sterben liegenden Bewohner mehr Zeit und Ruhe für Begleitung, Trost und Pflege.

Verantwortliche sind selbst mit der Erfüllung ihres Auftrags oft nicht zufrieden und wünschen notwendige finanzielle Entlastungen, um Mitarbeitende in der Begleitung sterbender Menschen fortbilden, freistellen und gezielt einsetzen zu können.

### 8 Gestaltung der Pflege und Begleitung sterbender Menschen:

Im Hinblick auf die Gestaltung der Pflege und Begleitung in den letzten Lebenstagen und -stunden achten viele Einrichtungen darauf,

- die Bedürfnisse der sterbenden Menschen zu erfüllen,
- Gespräche anzubieten,
- pflegerische Maßnahmen durchzuführen, ohne den sterbenden Menschen unnötig zu belasten,
- Angehörige und Bezugspersonen zur Sterbebegleitung zu ermutigen und über den Zustand der Bewohner zu informieren,
- die Bedürfnisse nach religiösem und spirituellem Beistand zu erfüllen,
- wesentliche, kulturell verankerte Rituale in der Sterbephase und nach dem Versterben durchzuführen.

### 9 Begleitung von sterbenden demenziell erkrankten Menschen:

In 52,5% der Altenpflegeheime werden besondere Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen ermittelt und in 10,9% der Häuser besondere Verfahren für sterbende Demenzpatienten angewendet.

### 10 Zusatzqualifikation in Palliative Care:

In den wenigsten Einrichtungen haben die Mitarbeitenden eine Zusatzqualifikation in Palliative Care (2,8%) entsprechend dem 160 Std. umfassenden „Basiscurriculum Palliative Care“ (Kern, Müller, Aurnhammer).

### 11 Expertenstandard Schmerzmanagement:

Den Expertenstandard Schmerzmanagement (2005) wenden 41% der hessischen Altenpflegeheime an.

<sup>1</sup> Im Folgenden verwenden wir der Einfachheit halber die Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“ etc. für die Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc.

#### 12 Schmerztherapie:

In 84,1% der Fälle wird die Schmerztherapie mit dem behandelnden Arzt abgesprochen. Offen bleibt, ob die Ergebnisse daraus auch die Heimbewohner zufrieden stellen und wie weit in Palliativmedizin oder Schmerztherapie qualifizierte Mediziner zur Behandlung hinzugezogen werden.

#### 13 Patientenverfügungen:

Zu Patientenverfügungen beraten zwar 86,9% der Einrichtungen ihre Bewohner, aber nur bei 28,3% der Bewohner liegt eine Patientenverfügung vor. Der großen Differenz wäre nachzugehen.

### 1.3 Empfehlungen der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“

1. Einbindung aller Professionen, Ehrenamtlichen, Betroffenen, Angehörigen
2. Aus- und Fortbildung in palliativer Betreuung
3. Implementierung von Verfahren für Menschen mit Demenz
4. Minderung von verwaltungstechnischen Aufgaben
5. Damit verbunden: mehr Zeit für die Begleitung und Betreuung
6. Rücksichtnahme auf persönliche Wünsche und den Bewohnerwillen
7. Etablierung einer regional geprägten, ritualisierten Abschiedskultur

Diese am Ende der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“ von Prof. Dr. Dr. Gronemeyer u. a. aufgeführten Empfehlungen der Verfasser werden von der Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung ausdrücklich unterstützt.



### 1.4 Veränderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz) ab April 2007

#### 1.4.1 Förderung der ambulanten Hospizdienste für Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die bisherige Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfolgt seit 2002 ausschließlich für Sterbebegleitungen im Haushalt oder der Familie des sterbenden Menschen. Für diese Förderung stellen die Gesetzlichen Krankenkassen zurzeit (2008) ca. 0,40 € pro Versicherten zur Verfügung. Seit dem 01.04.2007 können nun auch Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste in stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden.

#### 1.4.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Übereinkunft des EU-Ministerkomitees von 2003 folgend, spezialisierte palliativmedizinische Versorgung im Bedarfsfalle allen Patientinnen und Patienten zu jeder Zeit und in jeder Situation zugänglich zu machen, wurde zum 01.04.2007 mit § 37 b SGB V „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ Rechnung getragen und der Anspruch der Versicherten auf SAPV festgeschrieben.

Dieser Anspruch gilt nicht nur in der vertrauten häuslichen Umgebung, sondern auch in stationären Pflegeeinrichtungen, seit Januar 2009 auch für Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Seit dem 20.12.2007 liegt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vor. Am 23.06.2008 wurden dazu die Gemeinsamen Empfehlungen der Gesetzlichen Krankenkassen nach §137d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 veröffentlicht.<sup>2</sup>

#### 1.4.3 Leistungen der SAPV durch Personal der Pflegeeinrichtungen

Leistungen der SAPV werden in § 132 d SGB V geregelt. Auf dieser Basis kann beispielsweise ein Palliative-Care-Team (PCT) auch in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig werden.

Darüber hinaus kann qualifiziertes Personal einer Pflegeeinrichtung Leistungen der SAPV erbringen, soweit ein Vertrag nach § 132d geschlossen worden ist.

<sup>2</sup> Download der Richtlinie und der Gemeinsamen Empfehlungen ist möglich unter [www.hospize.net](http://www.hospize.net) oder [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de).



#### 1.4.4 Einbeziehung von stationären Pflegeeinrichtungen in Verträge zu integrierten Versorgungsformen

Seit dem 01.04.2007 besteht die Möglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen, dass die Pflegeeinrichtungen in Integrierte Versorgungsverträge gemäß § 140a ff SGB V „Integrierte Versorgung“ einbezogen werden können.

#### 1.4.5 Einführung des Anspruchs auf Versorgungsmanagement

Um Schnittstellenprobleme zu vermindern, hat der Gesetzgeber sowohl Leistungserbringer als auch Gesetzliche Krankenkassen beauftragt, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass für Patientinnen und Patienten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird. Dazu wurde in § 11 SGB V „Leistungsarten“ mit dem neuen Absatz 4 der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement als neue Leistung eingeführt.

### 1.5 Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) ab Juli 2008

#### 1.5.1 Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatung in das Versorgungsmanagement

In das mit GKV-WSG<sup>3</sup> eingeführte Versorgungsmanagement werden mit Art. 6 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ausdrücklich die Pflegeeinrichtungen einbezogen und zu einer engen Zusammenarbeit mit Pflegeberater/innen gemäß dem ebenfalls neu eingeführten § 7a SGB XI verpflichtet. Auf die individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater/innen hat der Versicherte seit 01.01.2009 Anspruch.

#### 1.5.2 Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern

Zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung wurde mit Art. 6 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im SGB V der § 119b (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) um die Möglichkeit erweitert, im Bedarfsfalle Kooperationsverträge mit Vertragsärzten / Vertragsärztinnen zu schließen oder alternativ mit eigenen angestellten Ärzten / Ärztinnen die „heimärztliche Versorgung“ zu gewährleisten.

<sup>3</sup> GKV-WSG – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

## 2 Empfehlungen der Unterarbeitsgruppe „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“

Die Mitglieder der UAG „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ haben die Ergebnisse der Studie „Das Begleiten Sterbender in hessischen Altenpflegeheimen“ geprüft und im Hinblick auf eine notwendige fachliche und politische Umsetzung folgende Empfehlungen erarbeitet.

Die Bereitschaft zu einem verändernden Prozess ist in hessischen Altenpflegeheimen erfreulich gewachsen, seit sich die hessische Landesregierung auf Initiative der Hospizbewegung im Jahr 1996 zu einem 5-Punkte-Programm verpflichtete. Bereits damals wurde als Punkt 2 der Zielsetzung aufgeführt: „Verbesserungen der Bedingungen für ein würdevolles Sterben in Pflegeheimen“. Die 1997 gegründete Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung arbeitete kontinuierlich und insbesondere durch jährliche Fachtagungen an der Verbreitung der Hospizidee. Des Weiteren wurde hierzu die inzwischen landesfinanzierte Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE) in Marburg eingerichtet.

Dass das hospizliche Denken und Handeln in den letzten Jahren verstärkt auch die Altenpflegeheime erreicht hat, ist vielen Institutionen und Einzelpersonen zu verdanken, insbesondere all jenen ehren- und hauptamtlich Tätigen, die sich in den Pflegeeinrichtungen für den Aufbau einer vernetzten Abschiedskultur eingesetzt haben. Eine positive fachliche Weiterentwicklung hängt letztlich auch daran, inwieweit sich die Altenpflegeeinrichtungen in die bereits bestehenden Palliativversorgungsstrukturen integrieren. Genauso gibt es Verantwortliche an politischer Stelle, die durch Veränderung der Rahmenbedingungen auf eine Verbesserung der Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen einwirken.

### 2.1 Fachliche Umsetzung

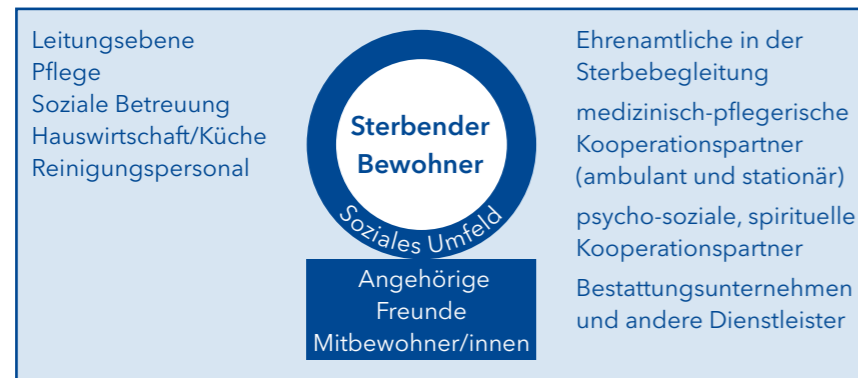
„Abschiedskultur ist mehr als Sterbekultur. Es geht hier nicht nur um das, was während des Sterbens geschieht, sondern auch um das, was *vorher* und *nachher* geschieht“ (Wilkening / Kunz: Sterben im Pflegeheim. 2003. S. 111).

Einrichtungen, die eine Abschiedskultur in diesem Sinne entwickeln wollen, müssen ihre eigenen Haltungen und Handlungen gegenüber dem Alter, dem Sterben und dem Tod kritisch reflektieren und unter Umständen revidieren. Sie müssen bereit sein, sich auf einen Prozess einzulassen, der die Anregung und bewusste Förderung der Diskussion ethischer Fragen und Haltungen im Altenpflegeheim beinhaltet.



### 2.1.1 Beteiligte an der Abschiedskultur im Altenpflegeheim

Sterbende Menschen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen stehen im Mittelpunkt. Das soziale Umfeld, wie Angehörige, Freunde, Bekannte und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner von Sterbenden als enge Vertraute und Lebensbegleiter, sind ein wichtiger Bestandteil der Abschiedskultur.



Grafik der UAG: Beteiligte der Abschiedskultur

Die pflegerische, ärztliche, psychosoziale und spirituelle Begleitung sterbender Bewohner ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Sie wird in der Praxis von internen Mitarbeitenden und externen Kooperationspartnern erfüllt. Alle Beteiligten gemeinsam tragen zum Gelingen einer guten Abschiedskultur des Altenpflegeheimes bei. Dabei sind Vernetzung und verbindliche Absprachen zwischen allen Beteiligten unverzichtbar.

Im Hinblick auf die Abschiedskultur eines Heimes hat die Leitung eine besondere Schlüsselfunktion inne. Die Heimleitung ist in der Verantwortung, das Leitbild nach innen und außen zu vertreten, ihr kommt die Steuerungs- und Vernetzungsaufgabe sowohl nach innen als auch nach außen zu, sie kann Aufträge delegieren und Kooperationspartner außerhalb des Heimes gewinnen. Sie steht für die Entwicklung ethischer Grundhaltungen und sorgt für die ausreichende Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Ergebnisse der Studie zur Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen zeigen, dass die Begleitung Sterbender und der Umgang mit Tod und Trauer in sehr vielen Einrichtungen einen ausgesprochen hohen Stellenwert haben.

In fast allen Pflegeleitbildern werden Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen, es sind Handlungsanweisungen vorhanden oder als Teil der Heimkonzeption schriftlich fixiert.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Vgl. Gronemeyer, R.; Newerla, A.; Berls, M.; Seiffert, A.: „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“. Ergebnisse der Studie, Gießen 2006, S. 17.



### 2.1.2 Vier zentrale Fragestellungen zur fachlichen Umsetzung

Empfohlen wird, die folgenden vier zentralen Fragestellungen in Bezug auf die fachliche Umsetzung zur Etablierung einer gelungenen Abschiedskultur in der Einrichtung zu prüfen:

1. Wie sieht die Abschiedskultur in unserer Einrichtung aus? (Bestandsaufnahme)
2. Wie soll die Abschiedskultur in unserer Einrichtung zukünftig aussehen? (Zielentwicklung)
3. Wie kann die Abschiedskultur in unserer Einrichtung im Alltag gelebt werden? (Umsetzungsprozess)
4. Woran erkennt man eine gelungene Abschiedskultur? (Auswertung)

#### 2.1.2.1 Wie sieht die Abschiedskultur in unserer Einrichtung aus?

Die Frage nach dem Ist-Zustand, nach der derzeitigen Abschiedskultur innerhalb des Heimes, muss am Anfang der Auseinandersetzung mit dem Thema gestellt werden. Es bleibt den Verantwortlichen überlassen, wie bei der Erfassung des Ist-Zustandes vorgegangen wird und welche Instrumente eingesetzt werden.

Folgende Hinweise zeigen einige Möglichkeiten auf:

- Ein Fragebogen kann Verwendung finden, der sich an den Hauptthemen des für die Studie erstellten Fragenkataloges orientiert.<sup>5</sup>
- Im Rahmen der Qualitätssicherung können Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen gebildet werden, die sich die Verbesserung der Sterbebegleitung zum Ziel setzen.
- Die Benennung einer Person als interne Projektbeauftragte für den Prozess der Entwicklung einer Abschiedskultur ist zu empfehlen.<sup>6</sup>
- Die Beauftragung von externen Fachleuten ist möglich und in Erwägung zu ziehen.
- Im Rahmen der bestehenden Kommunikations- und Arbeitswege (z. B. Hausbesprechungen) können die notwendigen Informationen zusammengetragen werden.
- Im Rahmen eines Projektes könnte von Pflegeschülern oder Studierenden eine Situationsanalyse durchgeführt werden.

In dieser Phase geht es vorrangig um die Würdigung des Bestehenden.

<sup>5</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), Anlage.  
<sup>6</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 17.

### 2.1.2.2 Wie soll die Abschiedskultur in unserer Einrichtung zukünftig aussehen?

Im Anschluss an die Bestandsaufnahme erfolgt die Analyse der gesammelten Daten. Daraus kann die Zielformulierung für die künftige Abschiedskultur in der Einrichtung entwickelt werden.

Die Inhalte können in einer Arbeitsgruppe, einem Qualitätszirkel oder in Teamsitzungen erörtert werden. Fortbildungsveranstaltungen, Schulungen oder Seminare finden begleitend statt.

Aus der Zielformulierung können die Elemente abgeleitet werden, die verändert werden sollen. Dabei ist es sinnvoll, die einzelnen Schritte und Maßnahmen realistisch und an den Ressourcen der Einrichtung orientiert zu benennen.

### 2.1.2.3 Wie kann die Abschiedskultur in unserer Einrichtung im Alltag gelebt werden?

Alle Beteiligten der Altenpflegeeinrichtung tragen dazu bei, dass eine Abschiedskultur gelebt wird. Sie bringen ihre je eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen ein und tragen zum Gelingen des Ganzen bei. Dabei ist es wichtig, dass die Abschiedskultur von allen in ihrem jeweiligen Aufgabenfeld getragen und umgesetzt wird.<sup>7</sup>

Um eine Abschiedskultur in einer Einrichtung zu etablieren, ist zu empfehlen, sich mit folgenden fünf Aspekten zu beschäftigen:

#### a) Reflexion und Evaluation der bisherigen Abschiedskultur

Die bisher geleisteten Begleitungen sterbender Bewohner und Bewohnerinnen sollte in regelmäßigen Abständen immer wieder reflektiert werden. So können besonders gelungene Begleitungen zukünftig beispielhaft sein. Gleichzeitig können schwierige Situationen besprochen werden.

#### b) Sterbende Bewohnerinnen und Bewohner gehören ins Zentrum

Die Begleitung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner kann sich im Alltag sehr unterschiedlich gestalten. Grundsätzlich sollten die folgenden Punkte bedacht werden.

- In vertrauensvollen Gesprächen ist den Bewohnern Gelegenheit zu geben, ihre Wünsche und Ängste zu äußern. Diese sind zu dokumentieren.
- Hinweise zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden gegeben.
- Einbeziehen der Angehörigen zu den mutmaßlichen Wünschen der sterbenden Menschen, wenn diese sie nicht mehr selbst äußern können.

<sup>7</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 24.



- Intensive Begleitung in der Phase des Heimeinzugs, Wahrnehmen und Erfassen der Lebensprioritäten, der bisherigen Lebensbewältigung und - daraus abgeleitet - Herstellen von Lebenskontinuität und Schaffung von individuellen Gestaltungsspielräumen bis zum Sterben.
- Ermöglichung eines zugewandten begleitenden Sterbens auch für Menschen, die nur sehr kurz in der Einrichtung leben.
- Berücksichtigung der besonderen emotionalen Situation, der Ängste und Unruhe von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern. Gerade bei diesen Menschen ist besonderes Augenmerk auf die Symptomkontrolle zu richten. Schmerzbekämpfung und tröstende Rituale können hier von besonderer Bedeutung sein.
- Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse durch eine zugewandte lindernde Pflege (z. B. Schmerzlinderung und andere Symptomkontrollen) und die Berücksichtigung besonderer Wünsche in Bezug auf Essen und Trinken.
- Bei Bedarf Vereinbarung von palliativmedizinischer Versorgung gemeinsam mit dem behandelnden (Haus-)Arzt.
- Information der Angehörigen und Nahestehenden über die Situation der Sterbenden und bei Wunsch Einbeziehung in die Pflege. Angehörige begleiten, unterstützen und stärken, sie gastfreundlich aufnehmen (Versorgung mit Essen und Trinken, Übernachtung ermöglichen).
- Den sozialen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner Rechnung tragen.
- Sterbende nicht isolieren, sie in ihrer gewohnten Umgebung belassen. Information der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, so dass sie den Sterbenden ihre Fürsorge entgegenbringen und sich verabschieden können.<sup>8</sup>
- Angebot eines Ausweichquartiers für Mitbewohnerinnen und Mitbewohner im Zimmer, wenn sie dies möchten (Raum zur besonderen Nutzung, leerstehendes Zimmer).
- Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnisse, Unterstützung bei der Regelung letzter Dinge. Kontakte zu den jeweiligen Religionsgemeinschaften herstellen, wenn dies gewünscht wird. Trost und Hoffnung entsprechend dem eigenen Glauben geben, wo dieses zugelassen wird. Religiöse Bedürfnisse, Rituale und Riten der Begleitung und des Abschieds entsprechend der Religionszugehörigkeit oder der eigenen Überzeugung ermöglichen.

<sup>8</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 26.



- Gestaltung eines ruhigen und würdevollen Abschiedes von Verstorbenen. Einbeziehung von Angehörigen, Bewohnern, Mitarbeitenden, Kooperationspartnern, die an der Begleitung beteiligt waren.
- Ehrendes Gedenken an Verstorbene (Kondolenzlisten, Gedenkbücher, Gedenkgottesdienste, Nachrufe, Beerdigungskaffee etc.).<sup>9</sup>

### c) **Entwicklung von Haltungen und Maßnahmen in der Einrichtung**

Folgende Überlegungen bieten sich bei der Entwicklung von Haltungen und Maßnahmen in Bezug auf die Einrichtung an:

- Werden in Konzepten unserer Einrichtung Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen? Ist die Abschiedskultur im Leitbild der Einrichtung verankert?
- Wie wird nach außen mit dem Thema Sterbebegleitung und Versorgung verstorbener Bewohner umgegangen?
- Werden Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Arbeitsbereichen ausgebaut und gefördert?
- Werden ausgegliederte Bereiche (z. B. Reinigungsfirma) und Kooperationspartner (z. B. Ehrenamtlicheninitiativen, Bestattungsinstitute) über die Abschiedskultur informiert und zum Mittragen der Abschiedskultur aufgefordert?
- Wird die Kompetenz der Hospizinitiativen genutzt und werden die Merkmale hospizlicher Begleitung gemeinsam besprochen, um ihre Umsetzung zu fördern?
- Wie werden die internen Strukturen in der Einrichtung geregelt? Sind Verantwortlichkeiten benannt? Wurden Standards für bestimmte Situationen entwickelt und in die betreffenden Abteilungen eingebracht? Sind die Handlungsanweisungen zur Sterbebegleitung schriftlich fixiert? Werden diese Handlungsanweisungen neuen Mitarbeitenden zur Kenntnisnahme gegeben?
- Wie werden die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf ihr Sterben und ihre Beerdigung erfragt und festgehalten (z. B. Biographiearbeit, Patientenverfügung)?
- Wird auf Symptome geachtet, die durch eine palliative Versorgung gelindert und behandelt werden können?
- Welche Räumlichkeiten stehen für eine gelebte Abschiedskultur zur Verfügung (Übernachtungsmöglichkeit für begleitende Angehörige, Raum für Trauergespräche mit Angehörigen oder Mitbewohnern, Abschiedsraum, Aufbahrungsraum<sup>10</sup>)?

<sup>9</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 31ff.

<sup>10</sup> Die gesetzliche Möglichkeit der Aufbahrungszeit von bis zu 36 Stunden sollte Eingang in die individuellen Lösungen vor Ort finden.



- Werden alle beteiligten Mitarbeitenden zum Leben der Abschiedskultur ausreichend aus- und fortgebildet (z. B. im Rahmen der Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger, Fortbildungen „Palliative Care“, Kultursensible Altenpflege, andere regelmäßige Fortbildungen)?
- Werden die Vorstellungen der Mitarbeitenden in Bezug auf den Abschied berücksichtigt (z. B. Möglichkeit für das Personal, Sterbende durch Gespräche zu begleiten, Möglichkeiten, sich zu verabschieden oder zur Beerdigung zu gehen)?
- Gibt es im Heim regelmäßig ethische Fallbesprechungen? Wird eine offene Diskussion über Haltungen geführt?
- Gibt es eine hauptamtliche Person (z. B. eine Palliative-Care-Beauftragte/ Hospizbeauftragte), die für die Entwicklung und Umsetzung von Abschiedskultur in der Einrichtung verantwortlich ist?

### Wichtige Aufgaben einer bzw. eines Palliative-Care-Beauftragten/ Hospizbeauftragten:

- Ansprechpartnerin/Ansprechpartner nach innen für alle Fragen der Abschiedskultur
- Ansprechpartnerin/Ansprechpartner nach außen für alle Fragen der Abschiedskultur
- Multiplikatorin/Multiplikator für die hospizlichen Grundsätze wie der Gleichrangigkeit von sozialen, physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen der sterbenden Menschen, der Multiprofessionalität des Betreuungsteams sowie der Gleichberechtigung von ehrenamtlicher und hauptamtlicher Begleitung und Betreuung
- Förderin/Förderer der Vernetzung aller inneren und äußeren Ressourcen
- Koordinatorin/Koordinator sowohl der internen Abläufe als auch der von außen in die internen Abläufe dazu kommenden Akteure (siehe Graphik, S. 17). Hier sei besonders auf die Verknüpfung der von außen erbrachten Leistungen nach § 39a SGB V (Einsatz von externen ehrenamtlichen Hospizhelfern), nach § 37b SGB V (spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung) und nach § 140a ff SGB V (Integrierte Versorgung) mit den internen Arbeitsabläufen hingewiesen.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Vgl. Kap. 1.4.



d) **Entwicklung von Haltungen und Maßnahmen für die jeweiligen Professionen**

Alle in der Einrichtung tätigen haupt- und ehrenamtlichen Professionen möchten sterbende Menschen wertschätzend begleiten. Um dies zu ermöglichen, ist ein wertschätzender Umgang aller Beteiligten miteinander eine Grundvoraussetzung.

Alle Professionen<sup>12</sup> können dabei im Rahmen ihres Tätigkeitsfeldes mitwirken:

- Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner wahrnehmen und erfüllen,
- Gespräche anbieten,
- sich Zeit und Ruhe im Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen nehmen,
- Angehörige und Bezugspersonen zur Sterbebegleitung und zur Mitversorgung Verstorbener ermutigen,
- Hospizbegleiter rechtzeitig informieren und einbeziehen,
- Bedürfnisse nach religiösem und spirituellen Beistand erfüllen,
- entsprechend der hausinternen Standards handeln,
- die Verantwortlichen über das beginnende Sterben rechtzeitig informieren, so dass für einen angemessenen Abschied Sorge getragen werden kann,
- den Dienstplan an die besonderen Erfordernisse der Sterbebegleitung anpassen,
- Freiräume zur Regeneration und Supervision für die Mitarbeitenden schaffen.

e) **Fördernde Maßnahmen zur dauerhaften Implementierung einer der Einrichtung angepassten Abschiedskultur**

Fördernde Maßnahmen zur dauerhaften Implementierung einer entsprechenden Abschiedskultur und damit der Schaffung einer höheren Zufriedenheit aller Beteiligten können sein:

- Das Thema „Abschiedskultur“ offen mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und allen, die zum sozialen Umfeld gehören, ansprechen. So können Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen an eine Sterbebegleitung und den Abschied wahrgenommen werden.
- Handlungsempfehlungen zur Begleitung Sterbender erarbeiten und als Leitung auf die Umsetzung achten.

<sup>12</sup> Siehe Graphik, Kap. 2.1.

- Die Arbeit und das Handeln sowohl im internen wie auch im externen Bereich regelmäßig reflektieren (Qualitätszirkel, Beauftragte usw.).
- Vorhandene personelle und finanzielle Ressourcen aufdecken und nutzen. Kenntnisse der Mitarbeitenden einbeziehen, Rituale zusammentragen.
- Eine(n) Palliative-Care-Beauftragte(n)/Hospizbeauftragte(n) benennen.
- Fortbildungsangebote wahrnehmen, Kooperationspartner einbeziehen usw.
- Die Begleitung der Sterbenden zwischen Heim / Mitarbeitenden und Kooperationspartnern abstimmen (z. B. Zeitabstimmung, Dokumentations- und Informationsmöglichkeiten, Begleitungen ins Krankenhaus, Information über Gedenkfeiern).
- Sich mit dem Thema „Zeit“ im Rahmen der Erweiterung und Festigung einer Abschiedskultur im Heim auseinandersetzen: Zeit für Gespräche, Zeit für das Abschiednehmen, Zeit für Trauer, Zeit für Erinnerung, Zeit für Erholung (Auszeit), Zeit für die Angehörigen, die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, die Mitarbeitenden und alle anderen an der Begleitung Beteiligten.

2.1.2.4 **Woran erkennt man eine gelungene Abschiedskultur?**

Eine gelungene Abschiedskultur ist nicht messbar im empirischen Sinne wie andere Qualitätsmerkmale einer Altenpflegeeinrichtung, da sie wie in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt, wesentlich einhergeht mit den Einstellungen und Haltungen aller Beteiligten. Dennoch möchten wir auf einige eher weiche Indikatoren hinweisen, die erkennen lassen, ob es einer Einrichtung gelungen ist, eine gute Abschiedskultur zu etablieren.

Erkennungszeichen einer gelungenen Abschiedskultur können sein:

- die Zufriedenheit aller an der Sterbebegleitung beteiligten Personen und Professionen.<sup>13</sup>
- positive Rückmeldungen, auch von außerhalb des Heimes.
- das Verhalten der Angehörigen, die sich u. U. dem Heim weiter verbunden fühlen.

<sup>13</sup> Siehe Graphik, Kap. 2.1.



### 2.1.3 Literaturhinweise zur fachlichen Umsetzung

Die folgenden Angaben geben Hinweise auf empfehlenswerte Literatur aus der Vielzahl der Publikationen zu diesem Thema:

**BREMER HEIMSTIFTUNG (Hrsg.):** „Ich möchte einfach einschlafen. Kein Tamtam drum herum.“ Gedanken und Wünsche zu Sterben und Tod. Eine Umfrage in der Bremer Heimstiftung. April 2005.  
(Download der Veröffentlichung: [www.hospiz-horn.de/broschueren](http://www.hospiz-horn.de/broschueren))

**BREMER HEIMSTIFTUNG:** Konzeption zur Verbesserung der Begleitung Sterbender in der stationären Langzeitpflege. Miteinander – Füreinander. Kommunikation und Kooperation für ein liebevoll begleitetes Sterben in den Häusern der Bremer Heimstiftung. Bremen 2005.  
(Download der Veröffentlichung: [www.hospiz-horn.de/broschueren](http://www.hospiz-horn.de/broschueren))

**DIAKONISCHES WERK DER EKD (Hrsg.):** Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diakonie Texte 17.2006. Stuttgart, Oktober 2006.

**HELLER, ANDREAS; HEIMERL, KATHARINA; HUSEBØ, STEIN (Hrsg.):** Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus-Verlag, Freiburg 1999.

**KNIPPING, CORNELIA (Hrsg.):** Lehrbuch Palliative Care. Verlag Hans Huber, Bern 2006.

**PLESCHBERGER, SABINE:** Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 2005.

**WILKENING, KARIN; KUNZ, ROLAND:** Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003.

#### Allgemein zu Hospizarbeit und palliativer Versorgung:

**HAGE / KASA und LAG HOSPIZE HESSEN (Hrsg.):** Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen. Marburg, Dezember 2006.  
(Download der Veröffentlichung: [www.kasa-hessen.de](http://www.kasa-hessen.de))

#### Weitere Literaturhinweise:

„Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen.“ Eine quantitative Studie von Michael Berls, Andrea Newerla, Anne Seiffert, unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Gronemeyer. Juli 2006.

„...man hat ja keine Zeit“. Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen. Eine qualitative Studie von Michael Berls, Andrea Newerla. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Dr. Gronemeyer. (Veröffentlichung voraussichtlich im Frühsommer 2009)

Fachtagung „Leben und Sterben“. „Wie wird es sein, wenn es soweit ist?“ Menschenwürde am Ende des Lebens im Altenpflegeheim. Dokumentation der 10. Fachtagung des Landes Hessen am 21. November 2007. Hrsg. vom Hessischen Sozialministerium. Wiesbaden 2008.

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige, Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele „Good Practice“. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt im Auftrag des BMFSFJ, November 2007.

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Befunde und Empfehlungen. Zusammenfassung. Im Auftrag des BMFSFJ, April 2008.



## 2.2 Politische Umsetzung

Für die notwendige politische Umsetzung bittet die AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung die politisch Verantwortlichen der Gebietskörperschaften in Hessen, des Landes Hessen und der Bundesrepublik Deutschland sowie der auf Kostenträgerseite und Leistungserbringerseite Verantwortlichen für die hessischen Altenpflegeheime dringlich, mit ihr zusammen die Umsetzung folgender Schritte auf ihre Machbarkeit zu prüfen.

### 2.2.1 Schaffung ausreichender statistischer Grundlagen

Hessische Altenpflegeheime sind nicht schlechthin Orte des Sterbens, auch wenn drei von vier Menschen in ihrem neuen häuslichen Umfeld des Heims versterben. Dieser Wert liegt über dem vergleichbaren Durchschnitt des häuslichen Sterbens im privaten Umfeld.

Die relativ stabile durchschnittliche Verweildauer beruht auf der gemischten Zusammensetzung der Bewohnerschaft. Diese besteht aus somatisch schwerstkranken Menschen, demenziell erkrankten Menschen in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung sowie älteren Menschen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen. Allerdings ist signifikant erkennbar, dass gegenüber der Zeit vor der Jahrtausendwende etwa 30% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im ersten Jahr nach dem Einzug versterben (vgl. „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“<sup>14</sup> MuG IV).

Das derzeit vorliegende Zahlenmaterial hat zwar eine gute repräsentative Basis, leidet jedoch unter fehlenden Angaben zur Entwicklung spezieller Verweildauern – etwa der einzelnen Heimeinzugsjahre – und der fehlenden Angaben von Sterbeort (so muss statistisch erkennbar sein, ob der Sterbeort ein Heim oder ein Krankenhaus o.ä. ist) und Sterbeumständen (begleitet / unbegleitet / alleine aufgefunden / Todesursache / Suizid). Jede qualitative Verbesserung in der Sterbebegleitung wird durch eine gute Analyse von Ist-Daten erleichtert.

#### Darum halten wir für notwendig:

#### **Verbesserung in der Erhebung notwendiger Daten im Umfeld des Sterbens**

In Hessen werden die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass kontinuierlich und regelmäßig ergänzende Daten zu Sterbe-Orten, Sterbe-Umständen und Verweildauern bei einem Versterben in Institutionen erhoben und veröffentlicht werden.

<sup>14</sup> Vgl. Abschlussbericht - Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige, Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des BMFSFJ, November 2007. Zusammenfassung - Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Befunde und Empfehlungen. Im Auftrag des BMFSFJ, April 2008.



### 2.2.2 Ausrichtung der Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen an hospizlichen Grundsätzen

Durch die Hospizbewegung wurde ein wesentlicher Beitrag zur Enttabuisierung des Sterbens geleistet. Durch die Integration sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in den Alltag soll ein würdevolles Leben bis zuletzt ermöglicht werden.

Grundsätze der Hospizbewegung sind:

- Hospiz ist kein fester Ort, sondern vielmehr eine Haltung.
- Die individuellen, d. h. die körperlichen, psychischen, psychosozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen werden beachtet und geachtet.
- Freiwillige Helferinnen und Helfer sind wichtige Begleitende im Alltag und unterstützen auf Wunsch den sterbenden Menschen und seine Angehörigen.
- Die Versorgung sterbender Menschen ist eine multiprofessionelle Aufgabe.
- Die Hilfe, Begleitung und Unterstützung ist ein kontinuierliches Hilfsangebot.

Menschen haben – unabhängig von ihrem Wohn- bzw. Aufenthaltsort – dieselben Rechte auf eine fachlich gute und menschenwürdige Begleitung und Betreuung in ihrer letzten Lebensphase. Dementsprechend hat der Gesetzgeber die Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen durch ambulante Hospizdienste mit dem GKV-WSG<sup>15</sup>, April 2007, förderwürdig gemacht.

Die neuen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 37b Abs. 2 SGB V werden nur für eine begrenzte Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner bedarfsgerecht zu erbringen sein. Auf jeden Fall wird der Erfolg ihrer Umsetzung jenseits der speziellen Palliative-Care-Leistungen durch Dritte, ggf. auch Leistungen durch eigenes Personal, immer noch wesentlich von den strukturellen und personellen Voraussetzungen im Pflegeheim selbst abhängen.

Insofern wird die Hauptaufgabe der Sterbebegleitung auch in Zukunft im Wesentlichen beim Pflegeheim verbleiben und damit Palliative-Care-Beauftragten bzw. Hospizbeauftragten zufallen. Die Einbeziehung von ambulanten Hospizdiensten wird für Entlastung sorgen können.

<sup>15</sup> GKV-WSG – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Das Pflegeheim ist kein stationäres Hospiz. Dennoch gehören gem. §§ 8 und 11 SGB XI<sup>16</sup> die Implementierung von palliativ-pflegerischen Leistungen und die Entwicklung einer umfassenden Abschiedskultur bereits jetzt zu seinen Aufgaben, ohne dass dies wegen fehlender Zeitdeputate bislang in die Praxis so umgesetzt wird, wie dies für eine Pflege unter Achtung der Menschenwürde bis zuletzt angemessen wäre.

Unter den derzeit noch eingeschränkten Möglichkeiten einer qualifizierten Sterbebegleitung leiden nicht nur die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und deren Angehörige, sondern auch Mitarbeitende und Leitungskräfte in den Pflegeheimen selbst. Sie stehen neben den Herausforderungen, für immer mehr demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner in engen Dienstplänen sorgen zu müssen<sup>17</sup>, vor allem auch vor gestiegenen Erwartungen an eine fachlich gute, multiprofessionell konzipierte und tröstende Sterbebegleitung.

Die Hospizbewegung setzt Maßstäbe für eine gute Sterbebegleitung. Allerdings lässt sich diese zeit- und personalintensive Sterbebegleitung, so wie sie in stationären Hospizen geleistet wird, nach hospizlichen Grundsätzen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nur ansatzweise in Altenpflegeheimen verwirklichen. Gute Erfahrungen sollten auf ihre Umsetzbarkeit geprüft und in die stationären Pflegeeinrichtungen implementiert werden.<sup>18</sup>

#### **Darum halten wir für notwendig:**

#### **Die Gleichbehandlung aller Menschen in ihrer letzten Lebensphase**

Die bisher erfolgten Gesetzesänderungen dienen dem Ziel der Gleichbehandlung aller Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Am Gleichbehandlungsgrundsatz der Anspruchsberechtigten unabhängig von ihrem Aufenthaltsort muss weiter gearbeitet werden.

#### **16 SGB XI § 8 Gemeinsame Verantwortung formuliert:**

(1) „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“  
(2) „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken ... unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. ... Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.“

#### **SGB XI § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen formuliert:**

(1) „Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“  
(2) ... „Dem Auftrag kirchlicher und anderer Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen.“

17 69 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner leiden an Demenz. Vgl. Zusammenfassung - Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Befunde und Empfehlungen. Im Auftrag des BMFSFJ, April 2008.

18 Vgl. Kap. 2.1 Fachliche Umsetzung und Kap. 2.1.3 Literaturempfehlungen.

#### **2.2.3 Verankerung einer Abschiedskultur in hessischen Pflegeheimen**

Neben der Verbesserung der häuslichen Betreuung und Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste muss der Aufbau einer verbesserten Abschiedskultur in Altenpflegeheimen verstärkt in den Blick genommen werden. Zum einen ist anzunehmen, dass eine verbesserte spezialisierte ambulante Palliativversorgung vermeidbare Einweisungen auch von sterbenden Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ins Krankenhaus vermindern wird. Zum anderen wird ein auf Fallpauschalen basierendes Finanzierungssystem der Krankenhäuser zu weiter sinkenden Aufenthaltstagen und zum rechtzeitigen Rückverlegen von Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen an ihrem Lebensende in die Altenpflegeheime führen: Das Krankenhaus als Sterbeort wird tendenziell an Bedeutung verlieren, das Altenpflegeheim als Sterbeort eher an Bedeutung gewinnen. Schon heute versterben mit 70% überdurchschnittlich viele der Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr im Krankenhaus, sondern in ihrem Heim.<sup>19</sup>

Einführung und Ausbau einer qualitativ guten Abschiedskultur ist eine Frage der gemeinsamen Prägung durch alle am Heimgeschehen Beteiligten und eine konzeptionelle Aufgabe der Leitung, jedoch abhängig vom wirtschaftlichen, personellen und finanziellen Rahmen.

Den Aufbau einer Abschiedskultur einer Einrichtung können insbesondere drei Maßnahmen unterstützen:

#### **a) Palliative-Care-Beauftragte/Hospizbeauftragte und entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle Beschäftigten in jedem Altenpflegeheim**

Die AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ empfiehlt, für jedes hessische Pflegeheim eine(n) Palliative-Care-Beauftragte(n)/Hospizbeauftragte(n)<sup>20</sup> einzusetzen, um die Abschiedskultur in der Einrichtung zu fördern und zu koordinieren.

Langfristig ist es notwendig, alle Beschäftigten in Altenpflegeheimen in den unterschiedlichen Facetten der Sterbebegleitung zu qualifizieren, insbesondere im Umgang mit an Demenz Erkrankten, der Einbeziehung Angehöriger und Freiwilliger.

#### **b) Multiprofessionelle Zusammenarbeit**

Zu den wesentlichen Kennzeichen einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung in hessischen Pflegeheimen zählen die geregelte, zuverlässig gesteuerte multiprofessionelle Zusammenarbeit. Basis ist dabei eine generelle Grundschulung in Fragen der Abschiedskultur aller am Versorgungsgeschehen im Heim beteiligten Berufsgruppen. Eine enge, wertschätzende Zusammenarbeit mit externen Partnern, wie Seelsorgerinnen/Seelsorgern, Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten ehrenamtlichen Hospizmitarbeitenden muss ein wesentlicher Bestandteil werden. Dazu gehören ausdrücklich auch die Wertschätzung ehrenamtlicher hospizlicher Arbeit und die Zusammenarbeit mit Hospizinitiativen vor Ort.

<sup>19</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 16.

<sup>20</sup> Vgl. dazu mögliche Aufgaben einer bzw. eines Palliative-Care-Beauftragten/Hospizbeauftragten Kap. 2.1.2.3 c)





Über 52,7 % der Heime wünschen sich laut der Studie<sup>21</sup> eine verbesserte Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, 36,6% mit niedergelassenen Ärzten<sup>22</sup> und über 20% mit ambulanten Hospizdiensten.

#### c) Palliative-Care-Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildungen

Jenseits der erforderlichen Qualifizierung für die Praxis in den Altenpflegeheimen schlägt die AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung die Verankerung von multiprofessionell ausgerichteten Palliative-Care-Inhalten und -Methoden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Pflege- und Gesundheitsberufe sowie in den akademischen Studiengängen für Medizin, Pflege, Theologie, Sozialarbeit und in anderen relevanten Berufsgruppen vor.

Der gewünschten multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Sterbebegleitung ist es förderlich, wenn auch Aus-, Fort- und Weiterbildung in berufsübergreifenden und von allen Berufsverbänden anerkannten Curricula angeboten werden.

#### Darum halten wir für notwendig:

Die für ein würdevolles Sterben unverzichtbaren strukturellen Bedingungen sollen auch für den Sterbeort Altenpflegeheim realisiert werden. Dazu gehören:

- Palliative-Care-Beauftragte/Hospizbeauftragte und entsprechende Fort- und Weiterbildung aller Beschäftigten
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Palliative-Care-Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von Seiten aller Beteiligten ist zu prüfen, inwieweit die praktische Umsetzung, insbesondere die Finanzierung dieser Rahmenbedingungen auf bisherigen gesetzlichen Grundlagen möglich ist oder zusätzlich neue geschaffen werden müssen.

#### 2.2.4 Folgestudien zur Sterbebegleitung in Hessen

Neben den Altenpflegeheimen sind die Krankenhäuser wichtige Sterbeorte für Bewohnerinnen und Bewohner.<sup>23</sup> Somit ist sowohl eine wissenschaftliche, quantitative und qualitative Folgestudie über die Situation der Sterbebegleitung in hessischen Krankenhäusern erforderlich als auch in einem angemessenen Zeitraum, (zwischen 2011 und 2013) eine Wiederholung der jetzt durchgeführten wissenschaftlichen, quantitativen und qualitativen Studien in hessischen Altenpflegeheimen.

<sup>21</sup> Vgl. Ergebnisse der Studie (2006), S. 22f.

<sup>22</sup> Um die Versorgung kranker sterbender Bewohner zu verbessern, sollte die Hausbesuchspauschale für Ärzte/Ärztinnen angemessen erhöht werden.

<sup>23</sup> Vgl. Kap. 1.2, 3. Sterbeorte sowie Ergebnisse der Studie (2006), S. 16.



## 3 Perspektiven für die Weiterentwicklung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen

Nach Vorlage des Entwurfs der Empfehlungen haben die Mitglieder der UAG „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ zahlreiche Rückmeldungen erreicht. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass die Studie die Verbesserungspotentiale für eine umfassende Praxis der Sterbebegleitung in den hessischen Altenpflegeheimen realitätsgerecht bestätigt. Zugleich wird aber auch zugestanden, dass es – sicherlich auch aufgrund der Studie – gelungen ist, dem Thema in fast allen Pflegeeinrichtungen mehr Raum und Öffentlichkeit zu geben.

Damit darf heute, gemessen an den Leitsätzen der Hospizbewegung, durchaus von einer erkennbar verbesserten Sterbebegleitung gesprochen werden. Der Lage der schwerstkranken und sterbenden Mensch in den Altenpflegeheimen gilt heute mehr Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Dennoch gibt es viele weitere Möglichkeiten und Wege zur Verbesserung einer würdevollen Sterbebegleitung.

Die Hospizbewegung, die Hospiz- und Palliativarbeit, achten auf die Bedürfnisse und Rechte der schwerstkranken und sterbenden Menschen, ihrer Angehörigen und Freunde. Eine umfassende allgemeine Hospiz- und Palliativversorgung ist ohne freiwillig engagierte Bürgerinnen und Bürger, die das Kernelement der Hospizbewegung sind, nicht möglich. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Integration sterbender Menschen und ihrer Angehörigen und Nahestehenden ins Gemeinwesen. Sie tragen darüber hinaus wesentlich dazu bei, die Hospizidee und damit die Verbesserung der Sterbe- und Trauerbegleitung in der Gesellschaft zu verankern.

#### **Rückblick auf die Verbesserung der Sterbebegleitung in den letzten Jahren durch Bestrebungen der Hospizbewegung**

Die Hospizbewegung hat es inzwischen erreicht, auf politischem Wege auf Bundesebene über die Reformen des GKV-WSG, gültig ab 01.04.2007:

1. Den Haushaltsbegriff in § 39a SGB V so zu erweitern, dass nun die Tätigkeit der ambulanten Hospizdienste in Einrichtungen der stationären Altenpflege bei der Personalkostenbezuschung der Koordinationskräfte Berücksichtigung findet.

So kann eine vorrangige Zielperspektive der Hospiz- und Palliativarbeit, die eines begleiteten Sterbens im eigenen „Zuhause“, auch in Hessen wieder besser erfüllt werden.

2. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) § 37b SGB V als Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen neu einzuführen.

Ziel der SAPV ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen durch Symptomlinderung zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Damit soll den Patienten in den letzten Tagen ein menschenwürdiges Leben in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden.

Die Empfehlungen zur SAPV nach § 132d SGB V beschreiben zusammen mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)<sup>24</sup> die Leistungen dieser spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Diese sind durch qualifizierte Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachkräfte, ggf. in Kooperation mit anderen Professionen zu erbringen. Die SAPV als zusätzliche professionelle Struktur in Form von spezialisierten Leistungserbringern soll nach den Konzepten der multiprofessionellen Palliative-Care-Teams erbracht werden. Dies ist eindeutig der Verdienst der Hospizbewegung.

Die Umsetzung und Einrichtung dieser Teams lässt – nicht nur im Bundesland Hessen – noch zu wünschen übrig. Zum einen können die hohen Qualifikationsanforderungen der bundesweiten Empfehlungen zum § 132d SGB V trotz einer breiten Qualifizierungswelle bislang nicht erfüllt werden. Zum anderen sind die finanziellen Risiken für solche Dienste erheblich, da noch völlig unklar ist, wie die Kostenträger diese Leistungen finanzieren werden bzw. ob überhaupt in ausreichendem Maße Verordnungen der SAPV durch Ärztinnen und Ärzte attestiert werden.

Es kommt hinzu, dass in Hessen netzwerkartige Versorgungsmodelle in Form von Integrierten Versorgungsverträgen (IV-Palliativ) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und bisher vorwiegend onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern angeboten werden. Damit gibt es zwei Angebotsformen der palliativen Versorgung. Während auf die SAPV alle Versicherten, also auch alle Heimbewohnerinnen und -bewohner, Anspruch haben, muss der Patient bei einer IV-Versorgung im Bedarfsfall gesondert in das Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

## Ausblick

Es ist noch nicht abschätzbar, wie sich die drei möglichen Versorgungsformen – Leben im Hospiz, SAPV und IV-Versorgung – weiterentwickeln und ausdifferenzieren werden und wie sich dies auf die Sterbebegleitung in hessischen Pflegeheimen auswirken wird. Und eine Herausforderung bleibt, wie intensiv unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen innerhalb der Altenpflegeheime am Qualifikationsprofil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gearbeitet werden kann. Aus diesen Gründen ist eine Folgeuntersuchung zur Sterbebegleitung in den hessischen Altenpflegeheimen in einigen Jahren sinnvoll.

<sup>24</sup> Der Download der Richtlinien ist möglich unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) oder [www.hospize.net](http://www.hospize.net).

Sie wird auch Hinweise darüber geben können, auf welche Indikatoren die Aufsichtsbehörden achten müssen, wenn sie die Altenpflegeheime bei der Verbesserung ihrer praktizierten Sterbebegleitung unterstützen wollen.

Die Tätigkeit der „UAG Sterbebegleitung im Altenpflegeheim“ endet mit der Vorlage dieser Empfehlungen. Das bedeutet nicht, dass die Situation der schwerstkranken und sterbenden Menschen in Altenpflegeheimen aus dem Blick gerät. Die AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung wird auf der Grundlage der geforderten Folgestudie überprüfen, welche Verbesserungen in den nächsten Jahren bei der Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen erreicht worden sind. Sie wird bei dieser Gelegenheit die dann vorzufindende Realität in den hessischen Altenpflegeheimen an ihren Empfehlungen messen und diese gegebenenfalls aktualisieren und erneut in die fachpolitische, wissenschaftliche und politische Diskussion einspeisen.

Bei allen Fragen und Forderungen muss der sterbende Mensch im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Sterben ist keine Krankheit und darf deshalb nicht prinzipiell pathologisiert werden. Sterben ist ein Teil des Lebens. Es geht darum, eine individuelle Betreuung, Begleitung, Versorgung und Pflege zu ermöglichen und belastende Symptome von Krankheit zu lindern. Kurz: Es geht darum, eine gute Kultur des Abschieds in den Altenpflegeheimen zu fördern und zu leben.

Deshalb sollen abschließend nochmals die Empfehlungen, die auf Grundlage der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“ von Prof. Gronemeyer et.al. (2006) erarbeitet wurden, genannt werden.

Ihr Inhalt ist folgender:

1. Einbindung aller Professionen, Ehrenamtlichen, Betroffenen, Angehörigen
2. Aus- und Fortbildung in palliativer Betreuung
3. Implementierung von Verfahren für Menschen mit Demenz
4. Minderung von verwaltungstechnischen Aufgaben
5. Damit verbunden: mehr Zeit für die Begleitung und Betreuung
6. Rücksichtnahme auf persönliche Wünsche und den Bewohnerwillen
7. Etablierung einer regional geprägten, ritualisierten Abschiedskultur



HESSEN



Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Dostojewskistraße 4  
65187 Wiesbaden  
Tel.: 0611 817-0 (Zentrale)  
Fax: 0611 89084-0  
[www.hmaf.g.hessen.de](http://www.hmaf.g.hessen.de)