

Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen



Eine quantitative Studie von:

Michael Berls

Andrea Newerla

Anne Seiffert

Leitung: Reimer Gronemeyer

Die Studie wurde erstellt am:
Institut für Soziologie
Justus-Liebig-Universität Giessen
Karl-Glöckner-Strasse 21 E
35394 Giessen
Tel: 0641-9923208
Fax: 0641-9923219
Mail: reimer.gronemeyer@sowi.uni-giessen.de

Titelbild: Maria Stussig, Ohne Titel. Aus dem Malprojekt "art brut" (Alzheimer Leben e.V.).
Ein Exponat der Ausstellung "demenz art" der Werkstatt Demenz e.V.

© Michael Berls, Reimer Gronemeyer, Andrea Newerla, Anne Seiffert

INHALTVERZEICHNIS

1. ZUR STUDIE „DAS BEGLEITEN VON STERBENDEN IN HESSISCHEN ALTENPFLEGEHEIMEN“	4
2. EINLEITUNG	7
3. DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DER STUDIE „DAS BEGLEITEN VON STERBENDEN N HESSISCHEN ALTENPFLEGEHEIMEN“	11
4. STERBEBEGLEITUNG IN HESSISCHEN ALTENPFLEGEHEIMEN	13
4.1. RAHMENBEDINGUNGEN	13
4.2. REGELUNGEN UND STANDARDS	17
4.3. DAS BEGLEITEN VON STERBENDEN	24
4.4. PERSPEKTIVEN UND ZUKUNFTSPLÄNE	35
4.5. ANREGUNGEN DER ALTENPFLEGEHEIME	38
5. SCHLUSSWORT	39
6. LITERATURVERZEICHNIS	42

1. Zur Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“

Die hier vorgelegte Studie wurde in Zusammenarbeit mit der Unterarbeitsgruppe (UAG) „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ erarbeitet, die sich im Frühjahr 2004 konstituiert hat. Die UAG setzt sich aus Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung in Hessen“ bei der Hessischen Landesregierung zusammen. In der Arbeitsgruppe sind Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der Pflege, der LAG Hospize, der Heimaufsicht, der Wissenschaft und des Sozialministeriums vertreten.

Zur Zeit sind Mitglieder:

Vorname	Name	Institution
Renate	Bautsch	Bürgerinstitut Frankfurt e.V.
Dr. Karin	Falkenstein	EVIM Evangelischer Verein für Innere Mission in Nassau
Sonja	Frommhold	Hessisches Sozialministerium
Volker	Gussmann	Regierungspräsidium Gießen Abteilung VII - Heimaufsicht
Prof. Dr. Dr. Reimer	Gronemeyer	Justus-Liebig Universität Institut für Soziologie
Brigitte	Lerch	Caritaslandesarbeitsgemeinschaft Hessen
Monika	May	Aus- und Fortbildungsinstitut für Altenpflege Alten- und Pflegezentren des MKK GGmbH
Friedhelm	Menzel	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau
Peter Maria	Otto Schmelter	LAG Hospize Hessen Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Darmstadt Abt.V - Heimaufsicht
Elisabeth	Terno	Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) c/o Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE)

Die UAG bearbeitet verschiedene Fragestellungen zu der Thematik „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“:

- Verankerung der Sterbebegleitung in der Organisation (Abschiedskultur)
 - Auswirkung veränderter Belegungsstrukturen
 - Kooperationen in der Sterbebegleitung zwischen den Altenpflegeheimen und anderen Gruppen
 - Palliative Versorgung in den Altenpflegeheimen
 - Sterbebegleitung bei dementiell erkrankten Menschen
 - Finanzierung der Sterbebegleitung in den Altenpflegeheimen
- u.a.

Ziele der Arbeit sind

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

Auf dem Hintergrund der oben genannten Entwicklungen hat die UAG „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ uns damit beauftragt, eine empirische Grundlage für die Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen zu erarbeiten. Dieser Auftrag wird in drei Stufen umgesetzt:

- Ein Pretest wurde im Frühjahr 2005 in 31 Einrichtungen durchgeführt. Den Fragebogen hat Dipl. Psych. Felix Schumann M.A. in Zusammenarbeit mit der UAG Sterbebegleitung erarbeitet. An der Durchführung der Studie waren außerdem Verena Rothe M.A., Anne Seiffert und Matthias Juraschek beteiligt.
- Die **quantitativ orientierte Hauptuntersuchung**, die hier vorgelegt wird, fand in der Zeit von März bis Juli 2006 statt. Den Fragebogen hat wiederum Felix Schumann weiterentwickelt, die Durchführung und Auswertung der Fragebogenaktion lag in den Händen von Michael Berls M.A., Andrea Newerla M.A. und Anne Seiffert. Die

Aufbereitung der Daten hat Thorsten Euler übernommen. Gero Schwenk M.A. danken wir für die kritische Durchsicht des Fragebogens. Die Finanzierung der Studie wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Hospiz der evangelischen Kirche in Hessen und Nassau und das Diakonische Werk in Hessen und Nassau ermöglicht. Das Hessische Sozialministerium hat den Versand des Fragebogens und den Druck der Studie übernommen.

Am Anfang dieser Studie befindet sich eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. Im Hauptteil der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse zur Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen nach den Kriterien *Rahmenbedingungen, Regelungen und Standards, das Begleiten von Sterbenden, Perspektiven und Zukunftspläne* sowie *Anregungen der Altenpflegeheime* vorgestellt.

- Der hier vorgelegten quantitativen Untersuchung wird nun eine umfangreiche qualitative Studie folgen, die durch narrative Interviews in hessischen Altenpflegeheimen die Erkenntnislage verbessern soll. Die Willy Robert Pitzer Stiftung (mit Sitz in Bad Nauheim) hat die Finanzierung dieser Forschung übernommen, sie wird wiederum durchgeführt am Institut für Soziologie der Universität Gießen von Michael Berls M.A. und Andrea Newerla M.A. unter der Leitung von Prof. Dr. Reimer Gronemeyer. An dieser Stelle sei Herrn Staatsminister a.D. Armin Clauss für sein Engagement gedankt.

2. Einleitung

Eine Veränderung ist zu vermelden: Lange ist das Thema „Sterben“ in Institutionen beschwiegen worden. Man denke nur an die Beschreibungen, die Thomas Mann im „Zauberberg“ über die Geheimhaltung, die den Sanatoriums – Tod umgibt, bietet.¹

Aber das ist heute anders geworden: Über Sterbebegleitung kann geredet werden und Sterbebegleitung ist bei Medizinern, Pflegenden, Ehrenamtlichen, Betroffenen und Angehörigen zu einer immer häufiger bedachten Aufgabe geworden.

Woran liegt das?

Die Hauptgründe darf man in zwei Tendenzen suchen:

- Laut Schätzungen von Experten sterben heute etwa achtzig Prozent der Deutschen nicht in ihren Familien, sondern in Institutionen (Krankenhäusern, Pflegeheimen, stationären Hospizen etc.).²
- Das demographische Altern in der BRD rückt das Thema Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit und Sterben deutlich ins Blickfeld.

Die Lebenserwartung ist „in den vergangenen 35 Jahren im früheren Bundesgebiet bei den Männern von 67,6 auf 75,1 Jahre gestiegen, bei den Frauen von 73,5 auf 80,9“.³ Es wird erwartet, dass die Lebenserwartung bei der Geburt sich bis zum Jahre 2050 für Jungen auf 81,1 Jahre und für Mädchen noch einmal deutlich - auf 86,6 Jahre - erhöht.⁴ Der Altenquotient (das Gegenüber von Menschen im Erwerbsalter und Menschen im Rentenalter) steigt dementsprechend mit all den gesellschaftlichen Konsequenzen, die hier nur angedeutet werden können.⁵

¹ „Der Zauberberg“ ist ein Roman von Thomas Mann aus dem Jahre 1924 über einen jungen Mann namens Hans Castorp, der sich – anfangs gesund und geplant für drei Wochen – sieben Jahre in einem Sanatorium – dem „Berghof“ in der Nähe von Davos – aufhält. Der Roman ist eine Parodie auf den Bildungsroman und die „Erziehung“ des Hans Castorp mündet nicht in Eigenständigkeit, sondern in persönlicher Leere und den Einzug in den ersten Weltkrieg mit einem Schubert-Lied auf den Lippen. Krankheit und Tod sind im Zauberberg zwar allgegenwärtig, werden jedoch lediglich abstrakt reflektiert, gestorben wird hinter verschlossenen Türen, die Leichname verschwinden des Nachts und niemand gibt Auskunft über den Verbleib der Patienten. Der Berghof ist eine zeitlose Zwischenwelt zwischen Leben und Tod und generiert die bewusstseinssteigernde Auseinandersetzung mit Krankheit und Sterblichkeit.

² In einer Untersuchung zu den Sterbeorten fand ein Forscherteam um Prof. Dr. Ochsmann für 7 Bezirke in Rheinland-Pfalz heraus, dass die Zahl der Menschen, die in Institutionen sterben, bei etwa 60% liegt (vgl. Ochsmann 1997, S. 3).

³ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2006, S. 41.

⁴ Statistisches Bundesamt 2003, S.1.

⁵ Vgl. dazu Reimer Gronemeyer: Kampf der Generationen, 2. Auflage München 2005.

Für Hessen wird damit gerechnet, dass die Zahl der Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr bis zum Jahr 2020 um 29% zunehmen wird.⁶

Sterbebegleitung ist - auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der zunehmenden Institutionalisierung des Sterbens - in kultureller, medizinischer, psychologischer, sozialer, spiritueller, pflegerischer und nicht zuletzt auch ökonomischer Hinsicht zu einem drängenden Thema geworden. In den letzten vier Jahrzehnten waren Entwicklungen zu beobachten, die Sterbebegleitung auf die Tagesordnung brachten - allerdings ist das Thema „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ dabei lange stiefmütterlich behandelt worden.

Erst neuerdings beginnt das Thema den ihm zustehenden Raum zu beanspruchen.⁷ Ein Blick zurück macht die Entwicklungslinien deutlich.

Als Reaktion auf die allmähliche „Auswanderung“ des Sterbens aus der Familie und als Reaktion auf die Schwierigkeiten, die Krankenhäuser im Umgang mit Sterbenden hatten, sind seit ca. vierzig Jahren - ausgehend von Dame Cicely Saunders im Londoner St.Christopher's Hospice - neue Konzepte der Versorgung Sterbender entstanden. Aus der bürgerschaftlich verankerten Hospizbewegung einerseits und der Entwicklung palliativmedizinischer Kompetenzen andererseits sind Ansätze in der Sterbebegleitung entstanden, die heute eine deutliche Gestalt gewonnen haben und eine starke Wirkung ausstrahlen. Dabei hat sich die deutsche Hospizbewegung besonders darum bemüht, ambulante Hilfen anzubieten, um ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, während Palliativmediziner vor allem an einer Verbesserung der Situation Sterbender im Krankenhaus orientiert waren. Weil sich die Entwicklung auf diese beiden Pole konzentrierte, ist die Situation Sterbender in Altenpflegeheimen lange übersehen worden. So hat die Einführung des §39a SGBV eine neue Zuschuss-Finanzierung ambulanter und stationärer hospizlicher Betreuung ermöglicht, Altenpflegeheime davon aber ausgenommen. Bei den Trägern von Altenpflegeheimen wird deshalb schon seit längerem vor dem Entstehen einer „Zweiklassen-Gesellschaft“ am Ende des Lebens gewarnt.

Die Ausblendung des Themas „Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen“ ist noch durch eine weitere „Betriebsblindheit“ der bisherigen Behandlung des Themas charakterisiert: Hospizarbeit und Palliativmedizin haben sich lange Zeit vor allem auf onkologische Patienten konzentriert. Zudem setzt sich im Umgang mit dem Thema

⁶ Hessisches Sozialministerium 2003, S.6.

⁷ Die Arbeiten von Karin Wilkening, Andreas Heller, Katharina Heimerl, Frank Kittelberger, Karin Falkenstein und Sabine Pleschberger haben in diesem Bereich Pioniercharakter (siehe Literaturverzeichnis).

„Sterbebegleitung“ allmählich die Einsicht durch, dass es heute auch der Einbeziehung des Themas „Demenz“ bedarf. Sobald man sich mit dem Thema Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen befasst, kann man nicht übersehen, dass mehr als die Hälfte der Bewohner⁸ von Altenpflegeheimen Zeichen von Demenz aufweisen.⁹

Im Land Hessen selber ist die Thematik „Sterbebegleitung“ auf verschiedenen politischen, institutionellen, medizinischen und bürgerschaftlichen Ebenen angekommen.

Dies ist nicht zuletzt erkennbar an der Antwort der Sozialministerin Silke Lautenschläger, die sie am 22. November 2005 im Hessischen Landtag auf eine Anfrage betreffend dem „würdigen Umgang mit Verstorbenen in Krankenhäusern und Altenheimen“ gegeben hat:

„Ein würdevoller Tod mit einem angemessenen Abschied der Angehörigen und Freunde von der/dem Verstorbenen gehört zu den Anforderungen an einen Heimbetrieb. (§11 Abs. 1 Nr. 1 HeimG). Sterben und Tod sind Bestandteil des Lebens der Menschen im Heim und deshalb vom besonderen Schutz des Heimgesetzes umfasst.

(...) Im Übrigen fordert die Landesregierung bei von ihr geförderten Altenpflegeheimen ausschließlich die Schaffung von Einzelzimmern, in denen auch die Verabschiedung von Verstorbenen würdig erfolgen kann (...). Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Sterbebegleitung bei der Hessischen Landesregierung hat sich im letzten Jahrzehnt eine deutliche Veränderung im Umgang mit Sterbenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen ergeben. Weg von einer Negierung des Sterbens kam es in den Altenpflegeheimen zu einer Kultur der bewussten Verabschiedung. Dies betrifft praktizierte Rituale im Umgang mit Sterbenden wie auch mit Verstorbenen.“¹⁰

⁸ Im Folgenden verwenden wir der Einfachheit halber die Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“ etc. für die Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc.

⁹ Die Robert Bosch Stiftung hat dankenswerterweise in diesem Bereich Forschung und Praxis beflügelt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz hat mit ihrem Handbuch „Mit-geföhlt“ zur palliativen Praxis bei Demenz (siehe Literaturverzeichnis) das Thema richtungsweisend aufgenommen.

¹⁰ Hessischer Landtag Drucksache 16/4573.

Die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden ist in Hessen auf verschiedenen Ebenen seit mehr als einem Jahrzehnt zum Thema geworden. So befasst sich seit 1996 eine Arbeitsgruppe des Hessischen Sozialministeriums mit der Verbesserung der Sterbebegleitung. Landesweit haben sich ambulante und stationäre Hospizdienste entwickelt. 1997 hat die Hessische Landesregierung eine Beratungsstelle etabliert, die als Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) fungiert. Mit Hilfe der Willy Robert Pitzer Stiftung wurde ab Mitte 2005 eine Servicestelle zur Beratung und Unterstützung in Fragen der Finanzierung von Hospizinitiativen als Kooperationsprojekt der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) und der LAG - Hessen eingerichtet. Ambulante Pflegedienste mit speziellen Kenntnissen in der Palliativ-Pflege haben sich an einigen Orten gebildet. Die Landesärztekammer Hessen hat eine Arbeitsgruppe Palliativmedizin eingerichtet und es gibt Bemühungen, palliativmedizinische Ausbildung verpflichtend im Medizinstudium zu verankern. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen erprobt seit dem 1. Juli 2001 in Verbindung mit den Ersatzkassen ein Modell zur Förderung ambulanter hausärztlicher Palliativversorgung.

Gegenwärtig sind in Hessen ca. 100 Hospizgruppen mit über 1500 ehrenamtlichen Hospiz-Mitarbeitenden in der ambulanten Begleitung Sterbender tätig.¹¹ „Die Landesregierung unterstützt die ambulanten Hospizdienste im häuslichen Bereich, damit Menschen nach Möglichkeit zu Hause sterben können“, erklärte der Staatssekretär im Hessischen Sozialministerium Gerd Krämer am 9. November 2005. Er fügte hinzu, der Gedanke einer angemessenen Sterbebegleitung müsse in allen Institutionen und im ambulanten Bereich umgesetzt werden.¹²

Angesichts der Tatsache, dass viele alte Menschen in Deutschland und auch in Hessen ihr Leben in Altenpflegeheimen beschließen, kommt der Frage nach der Sterbebegleitung in solchen Einrichtungen eine wachsende Bedeutung zu.

Gießen im Juli 2006

Reimer Gronemeyer – Michael Berls – Andrea Newerla – Anne Seiffert

¹¹ Laut Angaben der UAG.

¹² Hessisches Sozialministerium 10.11.2005.

3. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie „Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen“

Es wurden insgesamt 650 Fragebögen in hessische Altenpflegeeinrichtungen versandt. Davon wurden 203 beantwortet zurückgesendet. Dies ergab eine **Rücklaufquote** von 32%.

Der **Rechtsstatus** der Einrichtungen ist zu 58,1% frei-gemeinnützig, zu 34,5% privat-gewerblich und 5,4% der befragten Heime sind kommunale Einrichtungen.

Das durchschnittliche **Eintrittsalter** betrug 2005 bei Frauen 82 Jahre und bei Männern 79,1 Jahre. Die durchschnittliche **Verweildauer** im Jahr 2005 belief sich bei den Frauen auf 41,6 Monate, bei den Männern auf 32,2 Monate.

Der häufigste **Sterbeort** ist die jeweilige Einrichtung mit 69,1% gefolgt vom Krankenhaus mit 30,2 %.

In über der Hälfte der Einrichtungen (57%) gibt es einen speziellen **Ansprechpartner** für die Sterbebegleitung.

In 82,8% der Einrichtungen werden im **Pflegeleitbild** Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen.

Insgesamt sind in 39,9% der hessischen Altenpflegeheime **ehrenamtliche Helfer** in den Prozess der Begleitung von sterbenden Menschen eingebunden.

Ein Großteil der Einrichtungen fordert mehr **Zeit und Ruhe** im Umgang mit den Bewohnern.

Eine der wichtigsten Fragen im Umgang mit sterbenden Menschen, ist die **Gestaltung der Pflege und Begleitung** in den letzten Tagen und Stunden. In nahezu allen Einrichtungen wird versucht,

- die Bedürfnisse der Bewohner 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 und
- die Bedürfnisse nach religiösem und spirituellem Beistand zu erfüllen.

In **52,5%** der Altenpflegeheime werden besondere Bedürfnisse von **demenziell erkrankten Menschen** ermittelt. Jedoch geben nur **10,9%** der Häuser an, besondere Verfahren für Demenzpatienten anzuwenden.

In den wenigsten Einrichtungen haben die MitarbeiterInnen eine Zusatzqualifikation in **Palliative Care (2,8%)**. In 25,9% der Heime handeln die Pflegenden nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und Palliativpflege.

Den Expertenstandard **Schmerzmanagement** wenden 41% der hessischen Altenpflegeheime an. In 84,1% der Fälle wird die Schmerztherapie mit dem behandelnden Arzt abgesprochen.

Im Hinblick auf eine **Patientenverfügung** beraten 86,9% der Einrichtungen ihre Bewohner. Im Schnitt liegt für 28,3% der Bewohner eine Patientenverfügung vor.

4. Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen

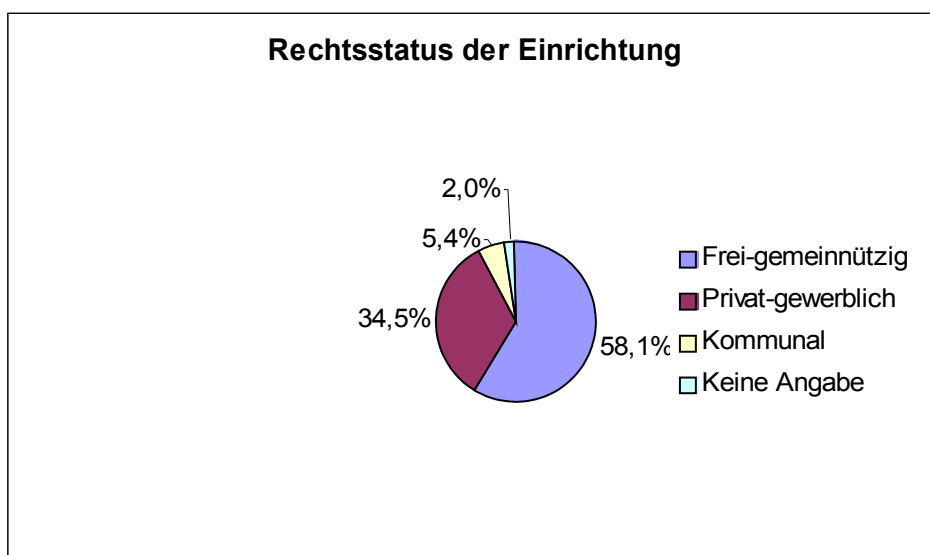
4.1. Rahmenbedingungen

Insgesamt wurden 650 Fragebögen in sämtliche hessische Altenpflegeeinrichtungen versandt. Davon wurden 203 beantwortet. Mit einer Rücklaufquote von 32% liegt eine aussagekräftige Stichprobe vor.

Landkreise/Stadt	Häufigkeit
LK Bergstraße	8
Darmstadt	9
LK Darmstadt-Dieburg	7
Frankfurt am Main	13
LK Fulda	10
Gießen	14
LK Groß-Gerau	7
LK Hersfeld-Rotenburg	3
Hochtaunuskreis	9
Kassel	8
LK Kassel	11
Lahn-Dill-Kreis	11
LK Limburg-Weilburg	12

Main-Kinzig-Kreis	17
Main-Taunus-Kreis	6
LK Marburg-Biedenkopf	12
Odenwaldkreis	5
Offenbach	2
LK Offenbach	3
Rheingau-Taunus-Kreis	4
Schwalm-Eder-Kreis	7
Vogelsbergkreis	6
LK Waldeck-Frankenberg	4
Werra-Meißner-Kreis	5
Wetteraukreis	5
Wiesbaden	5
Gesamt	203

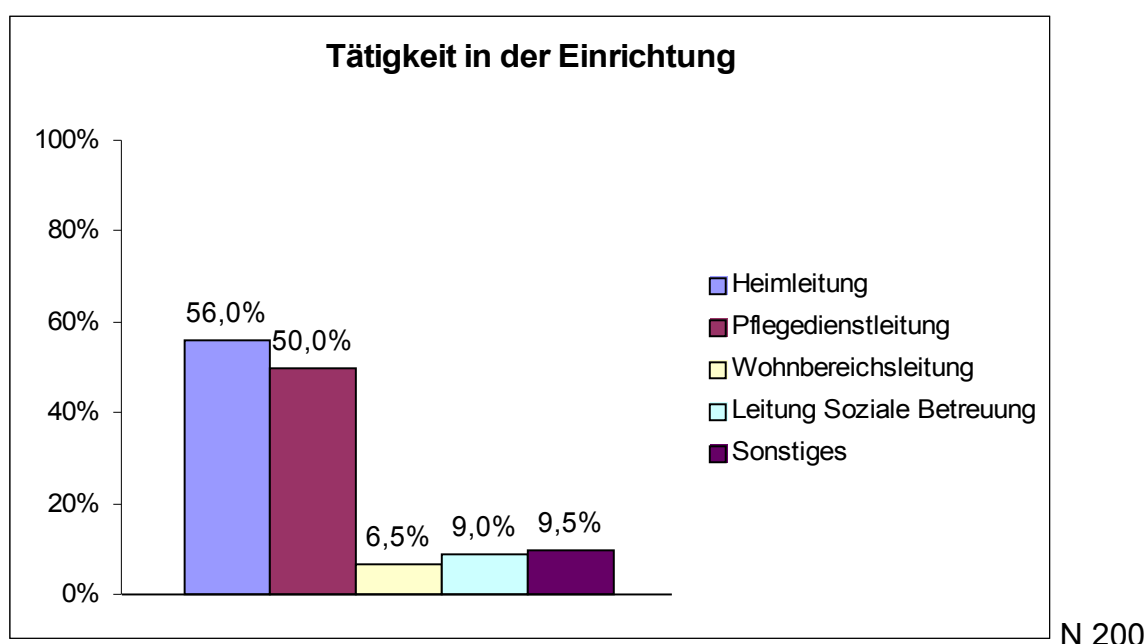
Den Rechtsstatus der Einrichtungen betreffend gaben 58,1% an, eine frei-gemeinnützige Einrichtung, 34,5% eine privat-gewerbliche Einrichtung und 5,4% eine kommunale Einrichtung zu sein.



N 199

Die Studie ist im Deutschlandvergleich repräsentativ, da der Rechtsstatus der Einrichtungen annähernd gleich verteilt ist.¹³

Die Fragebögen wurden hauptsächlich von der Heimleitung (56%) und Pflegedienstleitung (50%) beantwortet. Nur wenige gaben an, als Leitung für den Sozialen Dienst (9%) oder als Wohnbereichsleitung (6,5%) tätig zu sein.¹⁴ Unter Sonstigen wurden hauptsächlich die Tätigkeiten als Geschäftsführung, Qualitätsbeauftragte, Qualitätsmanagementbeauftragte und stellvertretende Pflegedienstleitung genannt.



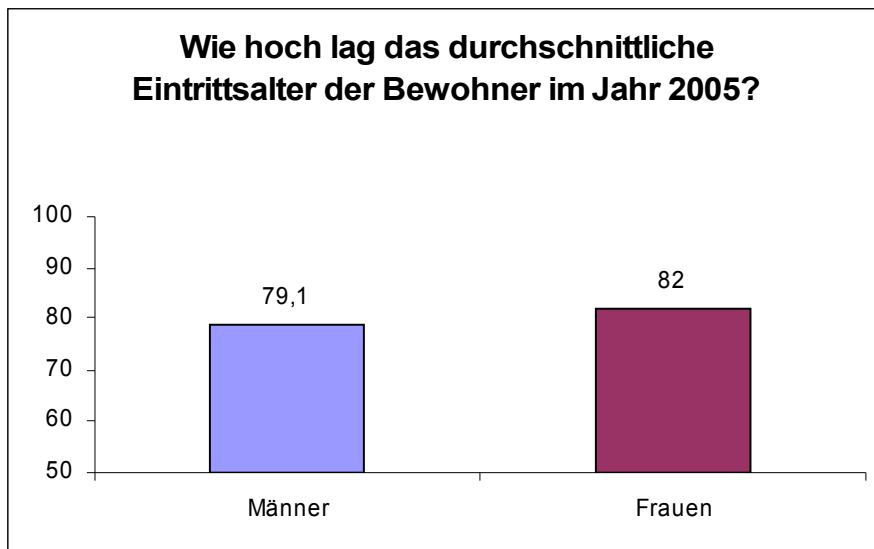
Die Anzahl der **Dauerpflegeplätze** liegt im Durchschnitt bei 82 Plätzen pro Heim. Das Pflegeheim mit der geringsten Platzanzahl hat 4 Dauerpflegeplätze, dem größten Heim stehen 320 Dauerpflegeplätze zur Verfügung.

In den drei Großstädten Frankfurt, Darmstadt und Wiesbaden (gefolgt von den Landkreisen Hochtaunuskreis und Gießen) stehen durchschnittlich über 100 Plätze je Einrichtung zur vollstationären Dauerpflege zur Verfügung.

¹³ „Bundesweit gab es im Dezember 2003 rund 9700 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (55% bzw. 5400) befand sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (z.B. Diakonie oder Caritas); der Anteil der privaten betrug 37% - er liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (7%).“ (Statistisches Bundesamt 2005, S.5).

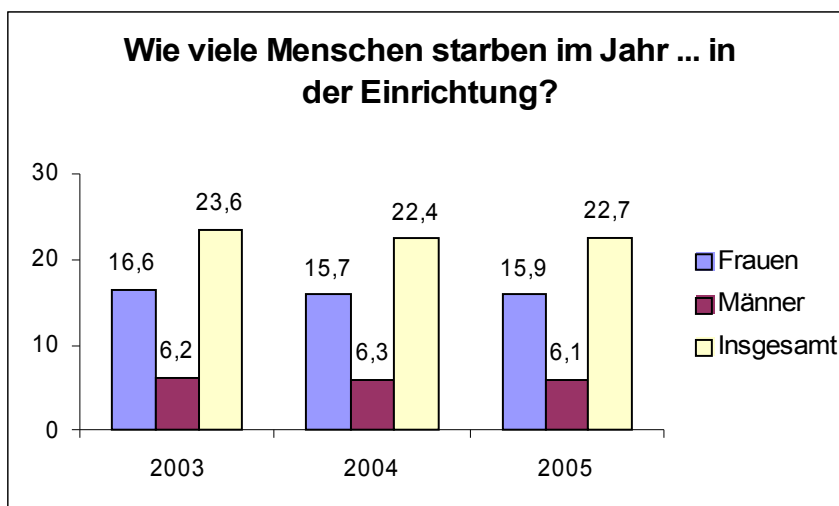
¹⁴ Hier waren Mehrfachnennungen möglich, deshalb ist davon auszugehen, dass in den Einrichtungen auch Doppelpositionen vorkommen können.

Das durchschnittliche **Eintrittsalter 2005** betrug bei Frauen 82 Jahre. Das Eintrittsalter der Männer lag 2005 durchschnittlich bei 79,1 Jahren.



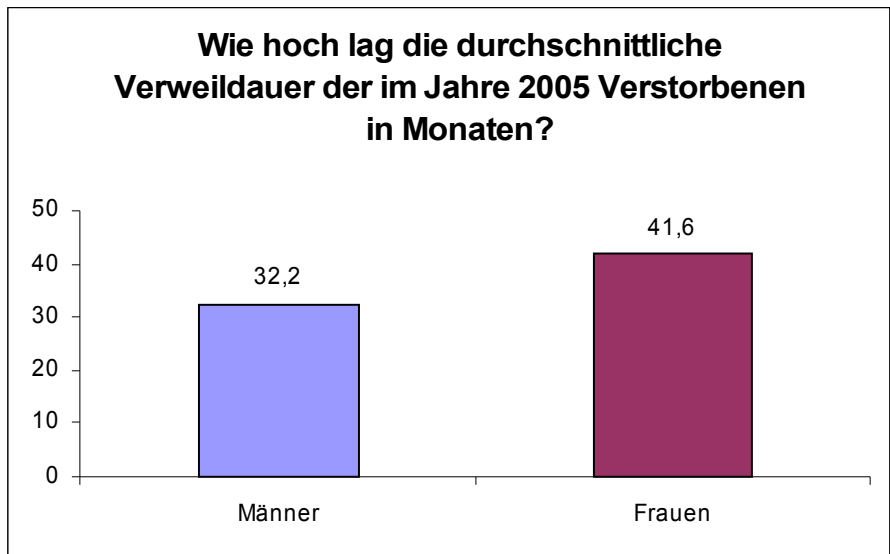
N 119 Männer
N 123 Frauen

Die Anzahl der **verstorbenen Bewohner** in den Einrichtungen sind in den Jahren 2003 bis 2005 nahezu konstant geblieben. Im Jahr 2003 starben im Durchschnitt 23 Bewohner (16 Frauen und 7 Männer). In den darauf folgenden Jahren (2004 und 2005) blieben diese Zahlen relativ konstant.



N 130

Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche **Verweildauer** der Frauen 41,6 Monate, die der Männer 32,2 Monate.

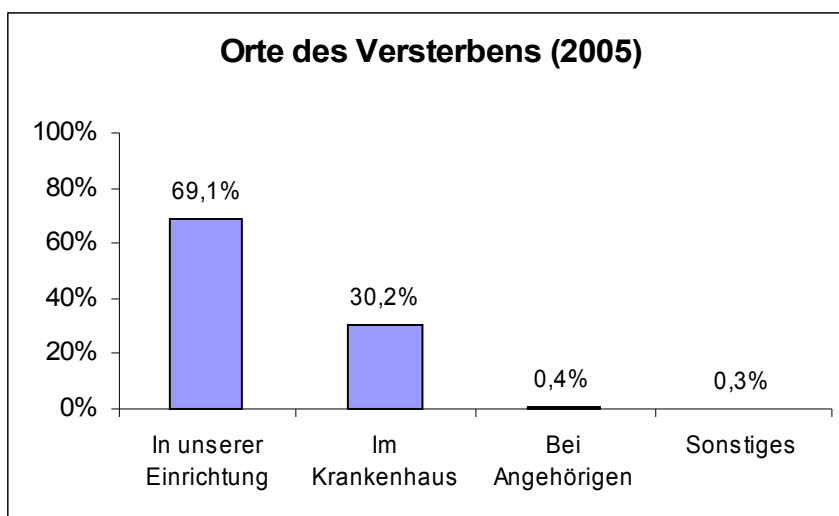


N 89

Die kürzeste **durchschnittliche** Verweildauer der Bewohner in den Altenpflegeheimen liegt bei 40,2 Tagen, die längste bei 11 Jahren.

Die kürzeste absolute Verweildauer der Bewohner in Altenpflegeheimen betrug 1 Tag, die längste 34 Jahre.

Bezüglich der **Sterbeorte 2005** gaben die hessischen Altenpflegeheime an, dass 69,1% der Bewohner in der Einrichtung und 30,2% im Krankenhaus starben. Bei den Angehörigen starben wenige der Bewohner (0,4%).



N 135

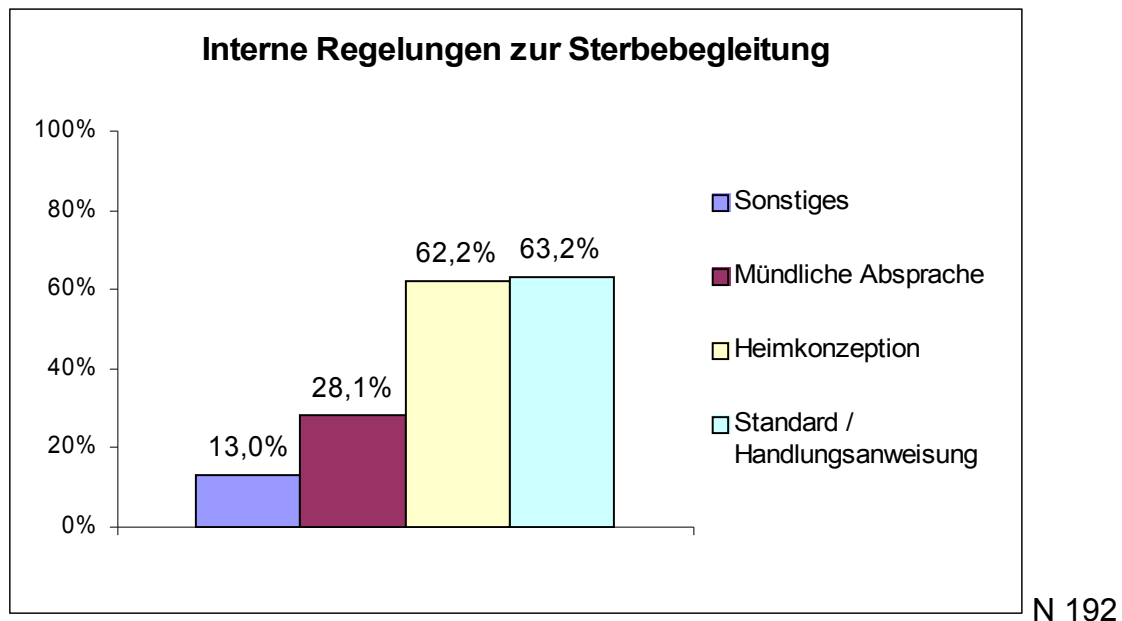
4.2. Regelungen und Standards

In den meisten hessischen Altenpflegeheimen wird die Sterbebegleitung intern geregelt. Die Einrichtungen organisieren die Versorgung der sterbenden Menschen entweder durch mündliche Absprachen oder aber durch eigens getroffene Standards bzw. Handlungsanweisungen.

In über der Hälfte der Heime (57%) gibt es einen speziellen Ansprechpartner für die Sterbebegleitung. Als Ansprechpartner wurden von diesen Einrichtungen vor allem folgende genannt:

- Pflegedienstleitung (40%)
- Seelsorge (23,8%)
- Heimleitung (23,8%)
- Sozialdienst (20,5%)
- Pflegekräfte (9,7%)
- Wohnbereichsleitung (9,7%)
- Hospizmitarbeiter (7,6%)
- Ehrenamtliche (6,5%)
- Sonstige (13%)

In 82,8% der Einrichtungen werden im Pflegeleitbild Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen. Eine interne Regelung zur Sterbebegleitung haben 93,2% der Altenpflegeheime. In 63,2% dieser Einrichtungen ist ein Standard bzw. eine Handlungsanweisung zur Sterbebegleitung formuliert, in 62,2% ist die Regelung Teil der Heimkonzeption und in 28,1% der Heime wird die Sterbebegleitung durch eine mündliche Absprache geregelt.



19,3% der Einrichtungen stellen „Sterbebegleitung“ im Heimprospekt dar.

Hier einige Beispiele gewählter Formulierungen in Heimprospekten:

- „Zum Leben gehört das Sterben. In der letzten Lebensphase werden Bewohner einfühlsam begleitet. Das ist unseren Mitarbeitern ein besonderes Anliegen.“
- „Wir verstehen Krankheit und Sterben als Teil des Lebens, [deshalb] begleiten [wir] Menschen in diesem letzten Lebensabschnitt mit besonderer Verantwortung.“
- „Die Wertschätzung des Menschen, die Achtung seiner Würde gerade auch im Alter, findet bei uns ihren Ausdruck in einer individuellen Sterbebegleitung.“
- „Wir achten und schützen menschliches Leben bis zum Tod. Unsere besondere Sorge gilt dabei der christlich motivierten Begleitung von Sterbenden bis zur Vollendung ihres Lebens.“

In 41% der hessischen Altenpflegeheime wird der Expertenstandard **Schmerzmanagement**¹⁵ angewandt und 88,7% dieser Einrichtungen gaben an, dass sich dieser Standard bewährt hat.

Von den Heimen, die den Standard nicht verwenden, gab ein Großteil an, sich in der Vorbereitungsphase zu befinden und diesen in nächster Zukunft einzuführen.

Die **Patientenverfügung**¹⁶ wird in den meisten Altenpflegeheimen beim Abschluss eines Heimvertrags angesprochen (86,9%).

Im Hinblick auf das Thema Patientenverfügung würden 27,5% der Einrichtungen das verantwortliche Personal gern schulen. Die meisten Einrichtungen sehen jedoch keinen zusätzlichen Schulungsbedarf für die verantwortliche Person.

Im Schnitt liegen für 28,3% der Heimbewohner Patientenverfügungen vor. In den meisten Fällen wird die Patientenverfügung in der Pflegedokumentation (87,2%) verwahrt, über die Hälfte nimmt sie auch in den Heimvertragsunterlagen (51%) auf. Weitere Aufbewahrungsorte der Patientenverfügung sind unter anderem:

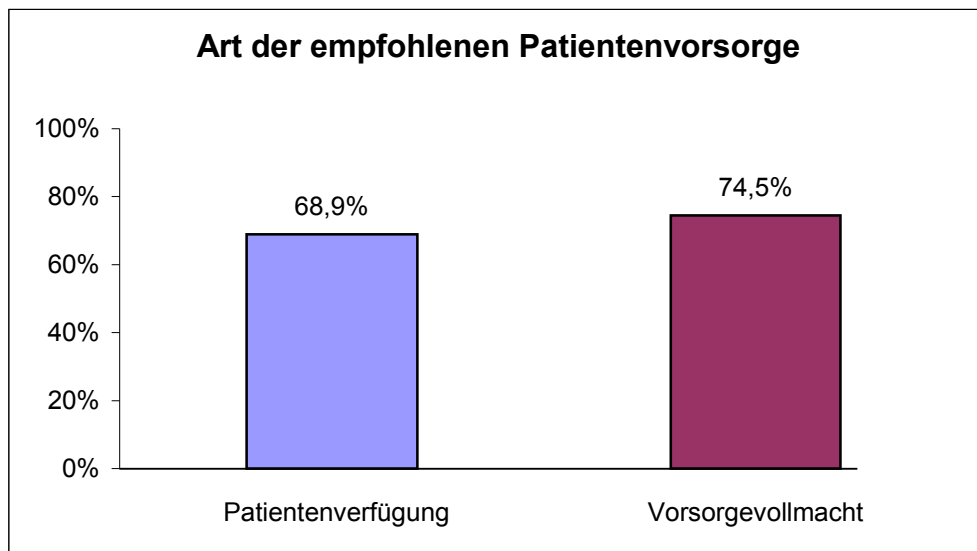
- Arztpraxen
- Angehörige
- Bewohnerakte
- Verwaltungsakte

In den meisten Fällen wird die Berücksichtigung einer Patientenverfügung im Ernstfall durch die Absprache mit dem zu behandelnden Arzt, den Angehörigen und/oder dem Krankenhaus sichergestellt. In einigen Einrichtungen wird dies durch einen Eintrag in die Pflegedokumentation ergänzt.

¹⁵ Die Aufgabe des Schmerzmanagement im Rahmen der Pflege ist es, frühzeitig Schmerzen zu erkennen und adäquate Therapien zu koordinieren und durchzuführen. Weitere Angaben über den Expertenstandard Schmerzmanagement befinden sich auf der Homepage des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (www.dnqp.de).

¹⁶ Eine Patientenverfügung dient zur Willensäußerung eines Patienten über die medizinische Behandlung in einer Notfallsituation. Eine solche Verfügung hat für Ärzte keine rechtliche Verbindlichkeit, weil für eine Behandlung durch den Arzt der tatsächliche Wille (zum Zeitpunkt der Maßnahme) des Patienten entscheidend ist. Weitere Informationen zum Thema Patientenverfügung befinden sich auf der Homepage des Hessischen Sozialministeriums (www.sozialministerium.hessen.de).

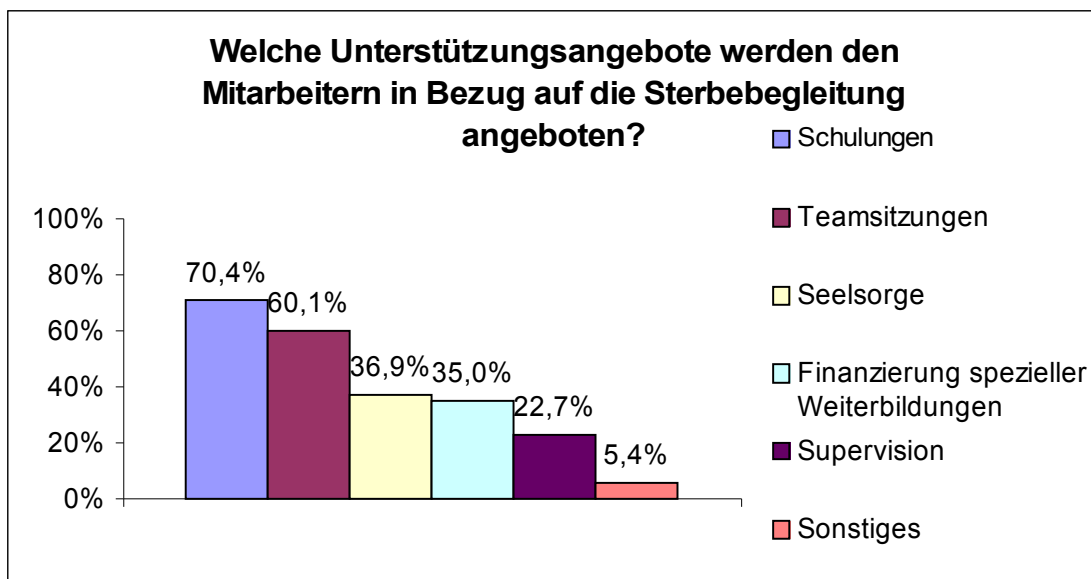
Eine persönliche **Vorsorgevollmacht** liegt verglichen mit der Patientenverfügung häufiger oder auch zusätzlich vor.¹⁷



N 165

¹⁷ Hier sei darauf hingewiesen, dass eine Vorsorgevollmacht im Gegensatz zu einer Patientenverfügung rechtlich verbindlich sein soll. Eine Vorsorgevollmacht dient in der Regel dazu, dass der Bevollmächtigte bestimmte Angelegenheiten der betroffenen Person übernimmt. Dies bedeutet nicht automatisch, dass der Bevollmächtigte berechtigt ist, über bestimmte ärztliche Maßnahmen, die zum Tode des Betroffenen führen können, zu entscheiden (vgl. Hessisches Ministerium der Justiz: Selbstbestimmt vorsorgen für Unfall, Krankheit und Alter).

Die überwiegende Mehrheit der **Mitarbeiter** hessischer Altenpflegeheime erfährt eine **spezielle Unterstützung** für die Sterbebegleitung durch Schulungen (70,4%) oder Teamsitzungen (60,1%). In 36,9% der Einrichtung können die Mitarbeiter auf eine seelsorgerische Betreuung zurückgreifen. Bei 35% der Heime werden spezielle Weiterbildungen der Mitarbeiter von den Einrichtungen finanziert. 22,7% der Altenpflegeheime bieten den Mitarbeitern die Möglichkeit, an einer Supervision teilzunehmen.



N 188

In wenigen Altenpflegeheimen haben die Mitarbeiter eine Zusatzqualifikation in **Palliative Care**. Der Mittelwert des Anteils der Mitarbeiter mit der Zusatzausbildung Palliative Care liegt bei 2,8%.

In 59,8% der Einrichtungen wurde angegeben, dass die Mitarbeiter zum Thema „Sterben und Tod“ mit dem Ziel einer **kultursensiblen Altenpflege** fortgebildet werden.

Die **Kooperationen**¹⁸ mit anderen Institutionen sind verschieden stark ausgeprägt. So besteht bei 65,8% der Altenpflegeheime eine Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden und bei 64,6% mit niedergelassenen Ärzten. Die Kooperation mit einer ambulanten Hospizgruppe wurde von knapp der Hälfte (44,1%) der Heime genannt. Eine Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus gibt es kaum (14,3%), obwohl etwa ein Drittel der Bewohner hessischer Altenpflegeheime in dieser Institution sterben. Das stationäre Hospiz, die Palliativstation und Sonstige spielen keine große Rolle und stellen höchstens Ausnahmen dar.

Es zeigt sich, dass schriftliche Kooperationsvereinbarungen die absolute Ausnahme sind und nur bei den allerwenigsten Einrichtungen überhaupt bestehen. Selbst die bestehenden Kooperationen sind eher auf der informellen Ebene anzusiedeln.

Bewertung der Kooperationen¹⁹ mit dem Krankenhaus:

Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus wurde mittelmäßig bewertet: 24,4% gaben an, dass die Zusammenarbeit gut verlaufe, 35,6% stufen diese als teils/teils ein, 26,7% beurteilten die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus als schlecht und 11,1% als sehr schlecht.

...mit der ambulanten Hospizgruppe:

Die Zusammenarbeit mit der ambulanten Hospizgruppe wurde überwiegend als sehr gut (41,4%) bis gut (37,1%) eingestuft. 18,6% der Altenpflegeheime beurteilten die Zusammenarbeit als teils/teils und 2,9% gaben an, dass die Zusammenarbeit schlecht verlaufe.

...mit der Kirchengemeinde:

Ebenso gut wurde die Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde eingestuft: 36,8% gaben an, dass eine sehr gute Kooperation besteht und 40,6% beurteilten diese als gut. 18,9% empfanden die Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde als teils/teils und 3,8% als schlecht.

¹⁸ Es sei darauf hingewiesen, dass sich die Auswertung dieses Themenbereichs aufgrund von wenigen gegebenen Antworten als schwierig erwies. Es war nicht möglich zu ermitteln, ob dies auf verwaltungstechnische Aspekte zurückzuführen ist (keine Möglichkeit oder keine Zeit um diese Angaben zu machen) oder ob keine Kooperationen bestehen.

¹⁹ Um die Daten zur Bewertung der Zusammenarbeit der Kooperationspartner zu erheben, wurde eine 5-Punkte-Skala („sehr gut“ bis „sehr schlecht“) verwendet.

...mit den niedergelassenen Ärzten:

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten wurde überwiegend als sehr gut (27,6%) bis gut (48%) eingestuft. 18,7% der Einrichtungen beurteilten die Kooperation als teils/teils und 4,9% stufte die Zusammenarbeit als schlecht und 0,8% als sehr schlecht ein.

Über die Hälfte (52,7%) der hessischen Altenpflegeheime wünscht sich eine bessere **Zusammenarbeit** mit den Krankenhäusern, 36,6% der Heime äußern sich entsprechend über niedergelassene Ärzte.²⁰ Die Arbeit mit den ambulanten Hospizgruppen ist für 29,9% der Einrichtungen zufriedenstellend, ebenso die Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde (23,7%).

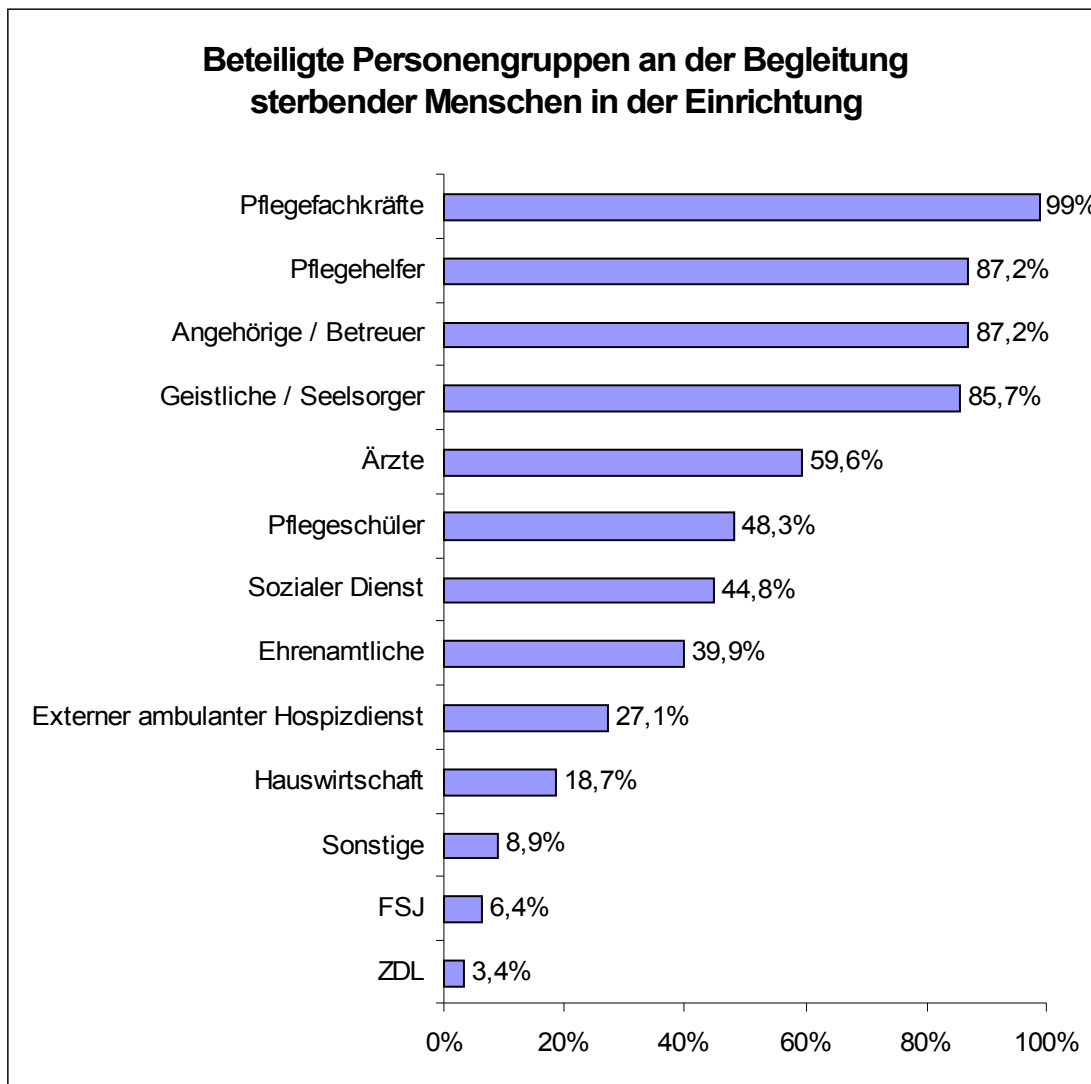
Konkrete Planungen für eine bessere Zusammenarbeit existieren in einigen Fällen für das Krankenhaus (17,9%), die ambulante Hospizgruppe (16,7%), die Kirchengemeinde (13,1%) und die niedergelassenen Ärzte (11,9%).

²⁰ Vereinzelt wurde die Kooperation mit den Hausärzten im Bezug auf die Schmerztherapie beklagt (die Hausärzte wollen sich „nicht belehren lassen“).

4.3. Das Begleiten von Sterbenden

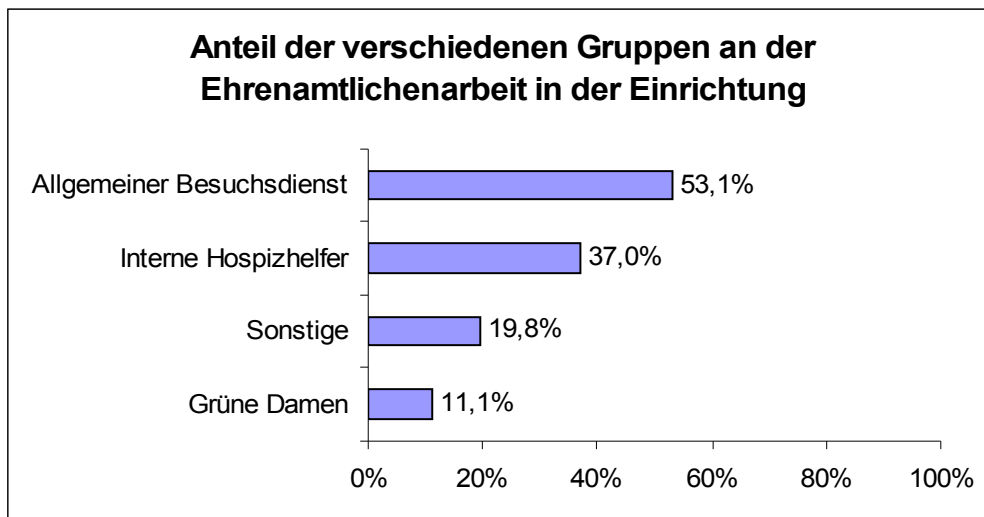
Der Begriff Sterbebegleitung umfasst alle Handlungen in Bezug auf einen sterbenden Menschen, besonders jedoch den Beistand in den letzten Tagen und Stunden des menschlichen Daseins. Sterbebegleitung aus Sicht der Pflege umfasst die Versorgung, Begleitung und Betreuung sterbender Menschen am Ende ihres Lebens. Dabei richten sich die pflegerischen Maßnahmen nach den Bedürfnissen des sterbenden Menschen. Unnötige Anstrengungen für den sterbenden Menschen werden vermieden. Neben der Durchführung einer angemessenen Körperpflege, Lagerung und Ernährung werden insbesondere soziale, seelische und geistige Bedürfnisse berücksichtigt. In die Pflege und Begleitung sterbender Menschen werden durch das Pflegepersonal andere Professionen sowie ehrenamtliche Begleiter einbezogen.

An der **Sterbebegleitung** in hessischen Altenpflegeheimen sind neben den Pflegefachkräften (99%) und Pflegehelfern (87,2%) vor allem die Angehörigen und Betreuer, sowie Geistliche / Seelsorger beteiligt. Eine Beteiligung von Ärzten ist bei 59,6% der befragten Einrichtungen genannt worden. Ebenso sind soziale Dienste (44,8%) und externe ambulante Hospizdienste (27,1%) an der Begleitung sterbender Menschen beteiligt.



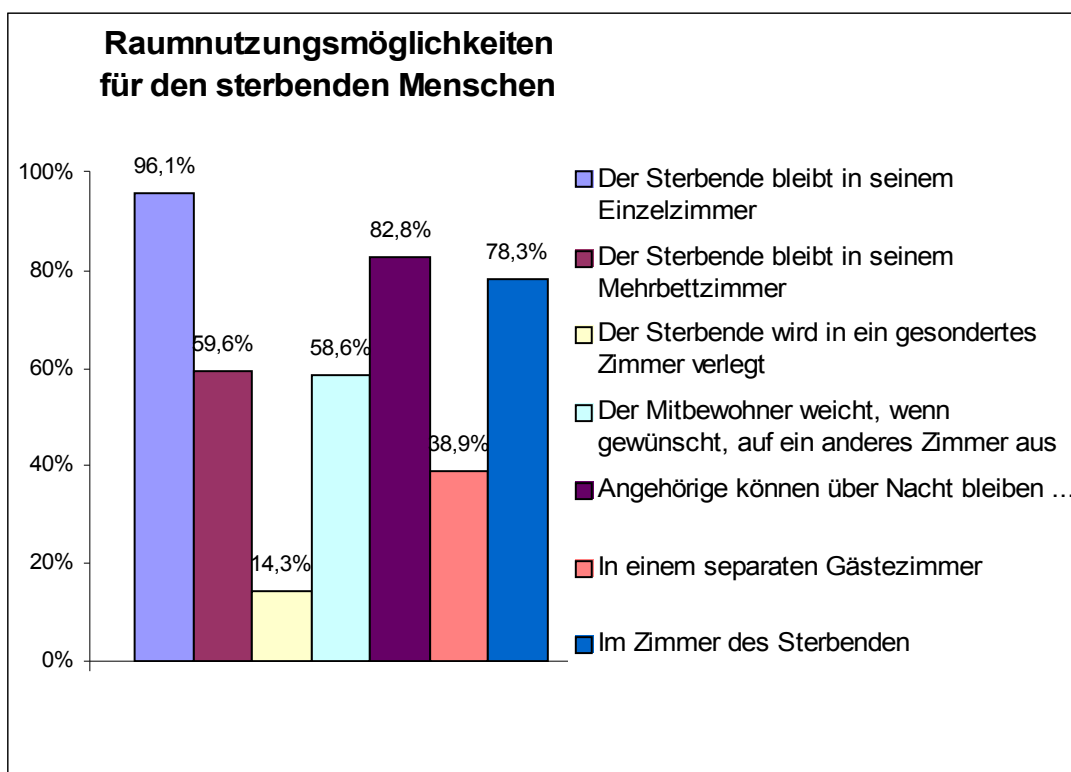
N 203

Insgesamt sind zu über einem Drittel **ehrenamtliche Helfer** (39,9%) in den Prozess der Begleitung von sterbenden Menschen eingebunden. Als ehrenamtliche Begleiter sind vor allem der allgemeine Besuchsdienst (53,1%) und interne Hospizhelfer (37%) tätig.



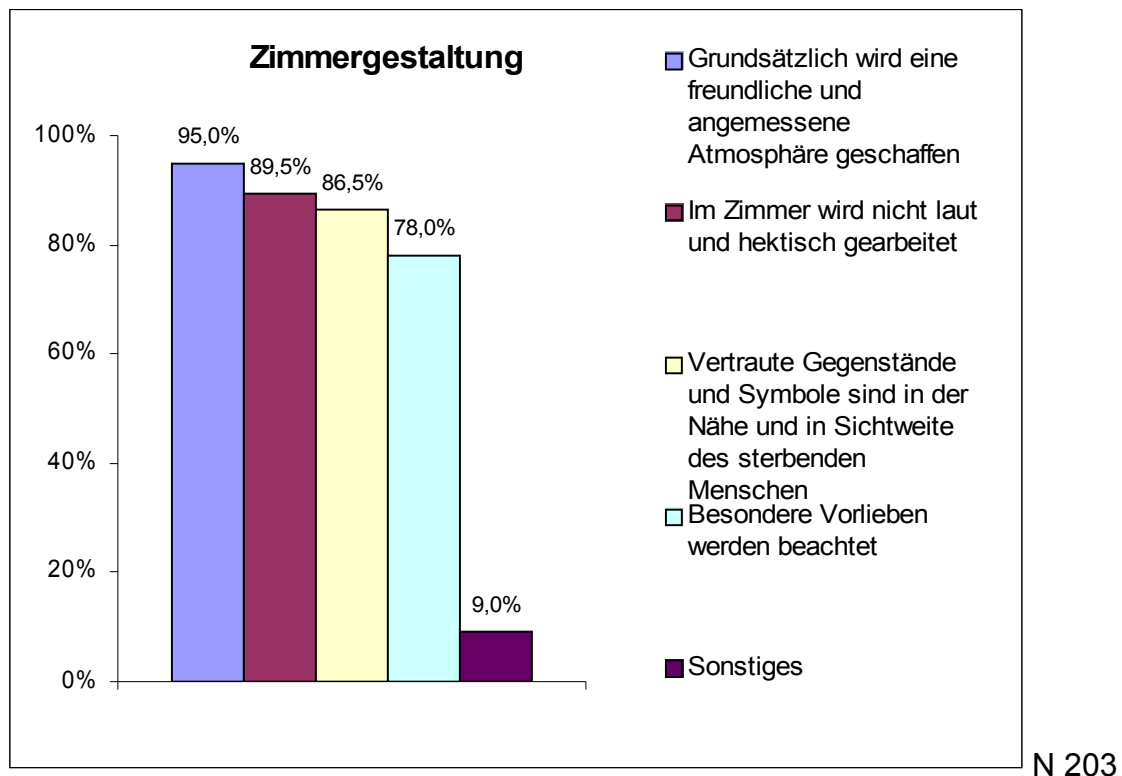
N 203

In den meisten der Fälle (96,1%) wird es den sterbenden Menschen ermöglicht, in ihrem Einzelzimmer zu verbleiben. In 59,6% der Einrichtungen bleibt der sterbende Mensch in seinem Mehrbettzimmer, bei 14,3% wird dieser in ein gesondertes Zimmer verlegt. Auf Wunsch weicht in 58,6% der Häuser der Mitbewohner in ein anderes Zimmer aus. In 78,3% der Heime besteht das Angebot, dass Angehörige über Nacht im Zimmer des Bewohners verweilen können.



N 203

Die **Zimmergestaltung** erweist sich laut Umfrageergebnissen ebenfalls als sehr bewohnerfreundlich: In fast allen Altenpflegeheimen (95%) wird eine freundliche und angemessene Atmosphäre geschaffen, es wird vermieden, laut und hektisch zu arbeiten (89,5%), vertraute Gegenstände und Symbole sind in Nähe und Sichtweite des sterbenden Menschen (86,5%) und besondere Vorlieben werden beachtet (78%).

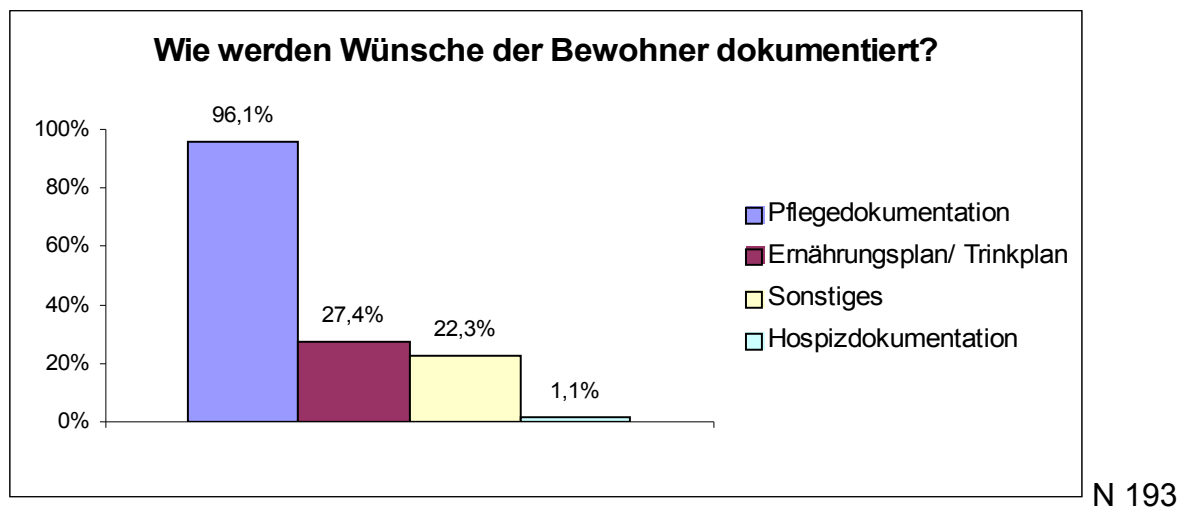


Zudem werden in 84,5% der Institutionen gezielt Informationen über **Wünsche und Vorstellungen** der Bewohner zur letzten Lebensphase gesammelt.

Einige der genannten Wünsche sind:

- die Frage nach seelsorgerischer Begleitung und die Art der Bestattung,
- die Sammlung biographischer Daten besondere Wünsche oder auch Ängste betreffend,
- die Einbeziehung von Verwandten und Freunden sowie der Mitbewohner,
- Gespräche werden soweit möglich angeboten
- die letzten Wünsche bezüglich der Mahlzeiten, der Kleidung und besonderer Rituale werden erfüllt.

Wünsche der Bewohner werden zu 96,1% in der Pflegedokumentation und zu 27,4% im Ernährungs- und Trinkplan dokumentiert.



Unter Sonstiges wurden vor allem Biographiebögen genannt. Einige Einrichtungen haben auch spezielle Erhebungsbögen zur Sterbebegleitung entwickelt, in denen auf besondere Aspekte der Begleitung hingewiesen wird.

In 52,5% der Altenpflegeheime werden Bedürfnisse von **dementiell erkrankten Menschen** für die Sterbebegleitung besonders ermittelt. Dieser oftmals schwierige Vorgang geschieht vor allem unter Einbeziehung von Angehörigen und Freunden in Form von biographischer Arbeit (auch im Hinblick auf die gewünschte Sterbebegleitung).

Eine der wichtigsten Fragen im Umgang mit sterbenden Menschen, ist die **Gestaltung der Pflege und Begleitung** in den letzten Tagen und Stunden. In nahezu allen Einrichtungen:

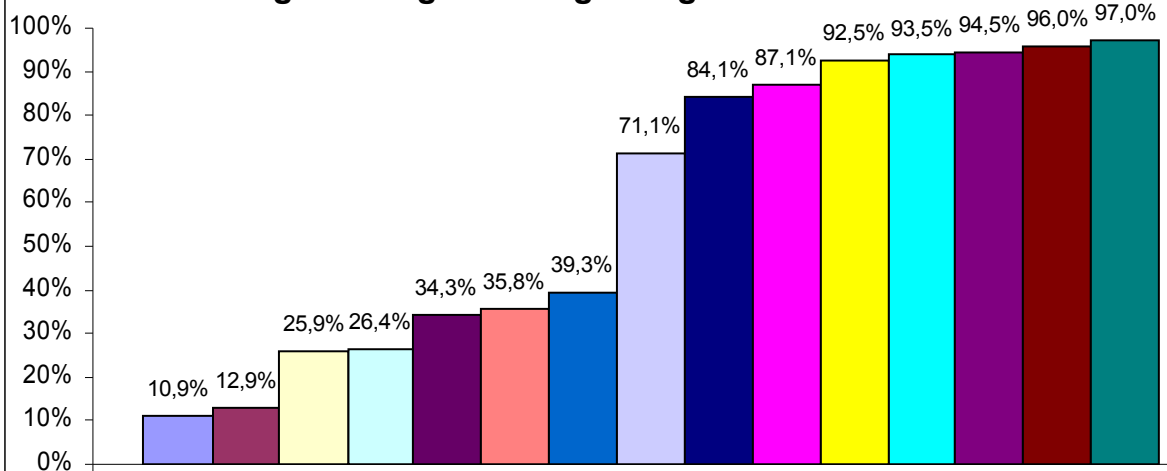
- werden die Bedürfnisse der Bewohner erfüllt (97%),
- werden die Bedürfnisse nach religiösem und spirituellem Beistand erfüllt (96%),
- werden die pflegerischen Maßnahmen durchgeführt, ohne den sterbenden Menschen unnötig zu belasten (94,5%),
- werden die Angehörigen und Bezugspersonen über den Zustand der Bewohner informiert (93,5%) und zur Sterbebegleitung ermutigt (92,5%),
- wird die Schmerztherapie mit dem Arzt abgesprochen (84,1%).

In einigen der befragten Altenpflegeheime:

- besteht eine Kooperation mit einer ambulanten Hospizgruppe (34,3%)²¹,
- werden Pflegende mit besonderer Weiterbildung in der Schmerztherapie einbezogen (26,4%),
- orientieren sich Pflegende an den Grundsätzen der Palliativmedizin und Palliativpflege (25,9%) und
- werden besondere Verfahren für dementiell erkrankte Menschen angewendet (10,9%).

²¹ Diese Frage nach der Kooperation mit einer ambulanten Hospizgruppe wurde – im Gegensatz zu Frage nach den Kooperationspartner (siehe Fragebogen Nr.22) – von N=201 der Befragten beantwortet, und ist daher als aussagekräftiger zu bewerten.

Gestaltung der Pflege und Begleitung sterbender Menschen

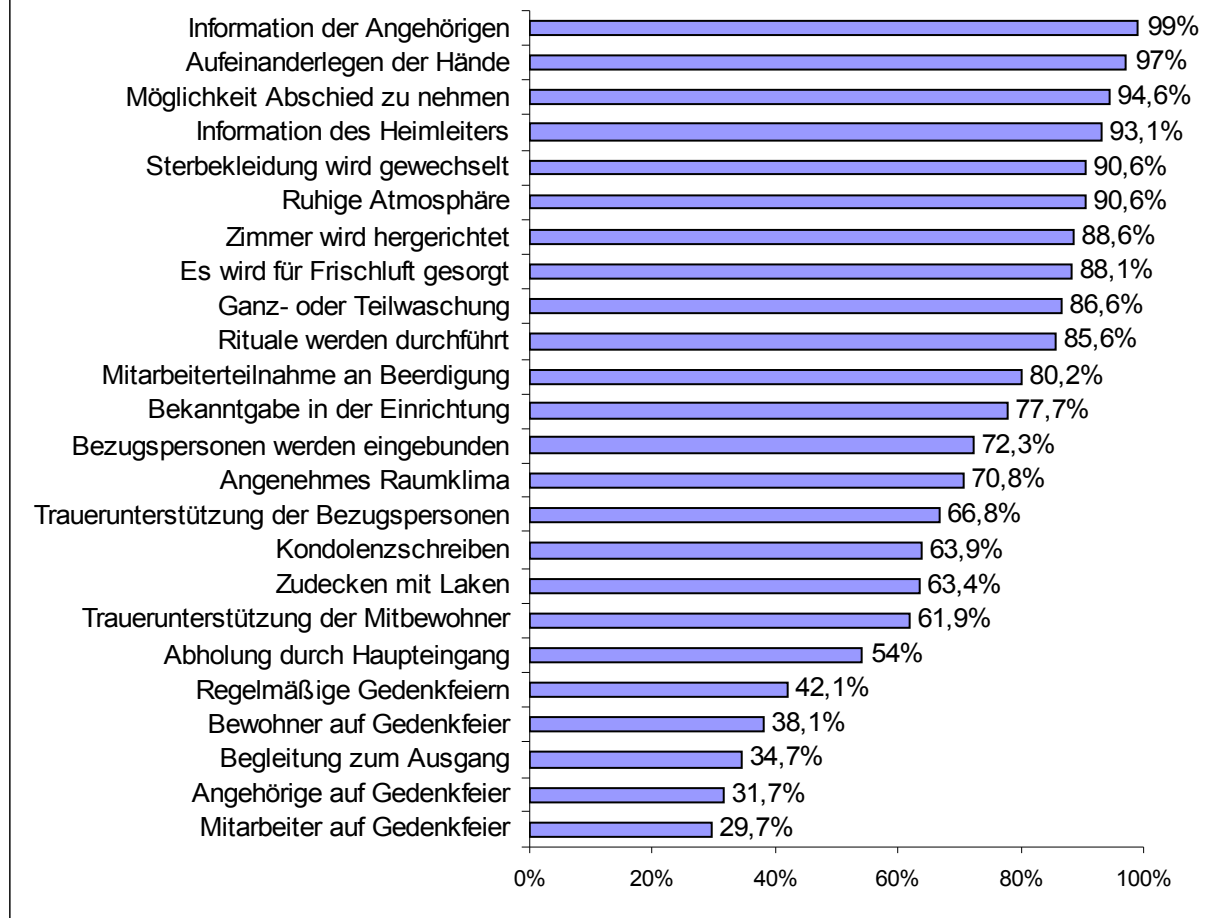


- Besondere Verfahren für Demente werden angewandt
- Die Nachtwachen werden personell verstärkt
- Pflegende handeln nach Grundsätzen von Palliativmedizin und Palliativpflege
- Pflegende mit besonderer Weiterbildung werden einbezogen
- Kooperation mit einer ambulanten Hospizgruppe
- Bewohner werden bei ihrer Lebensrückschau unterstützt
- Es werden Sitzwachen geleistet
- Sterbebegleitung hat Vorrang im Pflegeprozess
- Schmerztherapie mit Arzt abgesprochen und durchgeführt
- Spezielle Bedürfnisse, basierend auf dem biographischen Hintergrund, werden berücksichtigt
- Angehörige/Bezugspersonen werden zur Sterbebegleitung ermutigt
- Umgehende Information der Angehörigen/Bezugspersonen
- Pflegerische Maßnahmen werden so durchgeführt, dass sie sterbende Menschen nicht zusätzlich belasten
- Bedürfnisse nach religiösem und spirituellem Beistand werden wahrgenommen und nach Möglichkeit erfüllt
- Bedürfnisse von sterbenden Menschen werden wahrgenommen und soweit möglich erfüllt

Nach dem Versterben eines Bewohners erfolgen in den meisten Häusern unmittelbar bestimmte **Arbeitsabläufe für Pflege und soziale Betreuung**. Nahezu alle Einrichtungen informieren direkt die Angehörigen und Heimleiter, zudem wird die Kleidung des verstorbenen Menschen gewechselt, seine Hände werden aufeinander gelegt und die Angehörigen sowie die Mitbewohner haben in ruhiger Atmosphäre die Möglichkeit, Abschied zu nehmen. In fast allen hessischen Altenpflegeheimen werden die Zimmer hergerichtet, es wird das Fenster geöffnet und eine Ganz- oder Teilwaschung des verstorbenen Menschen wird vorgenommen. Überwiegend wird es den Mitbewohnern ermöglicht, an der Trauerfeier für einen verstorbenen Mitmenschen teilzunehmen.

In zwei Dritteln der Heime wird der verstorbene Mensch mit einem Laken zugedeckt und es wird ein angenehmes Raumklima geschaffen. Recht häufig erfolgt eine Trauerunterstützung der Angehörigen sowie der Mitbewohner – vorwiegend geschieht dies in Form von Gesprächen sowie durch Hilfestellungen bei Verwaltungsangelegenheiten. In ungefähr der Hälfte der Einrichtungen werden die verstorbenen Menschen durch den Haupteingang abgeholt.

Arbeitsabläufe für Pflege und soziale Betreuung nach dem Versterben eines Bewohners

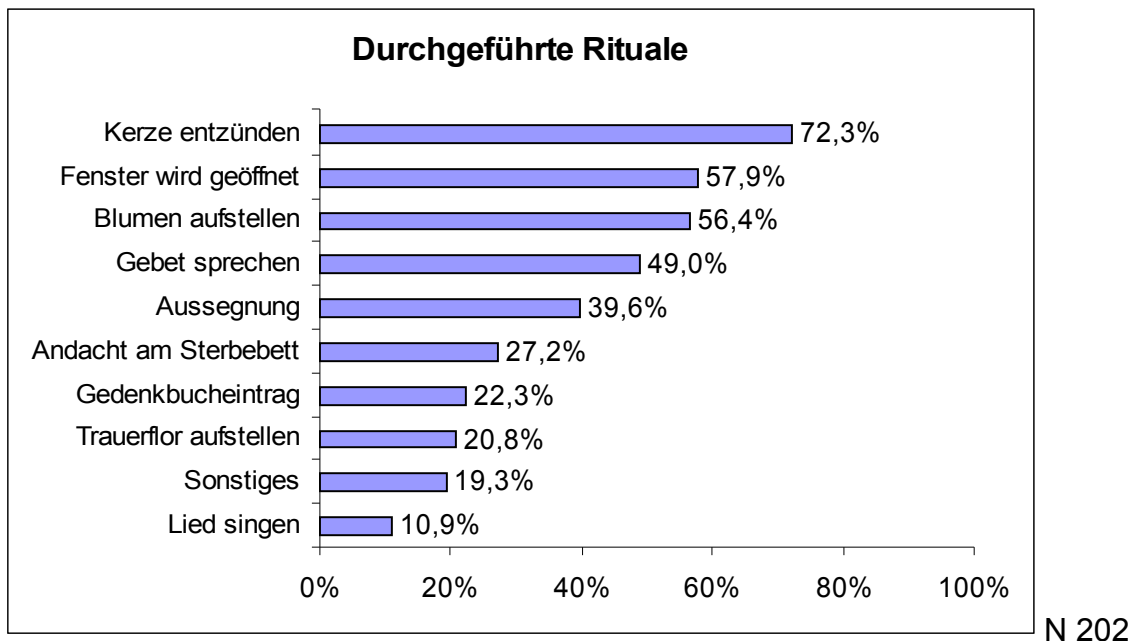


N 202

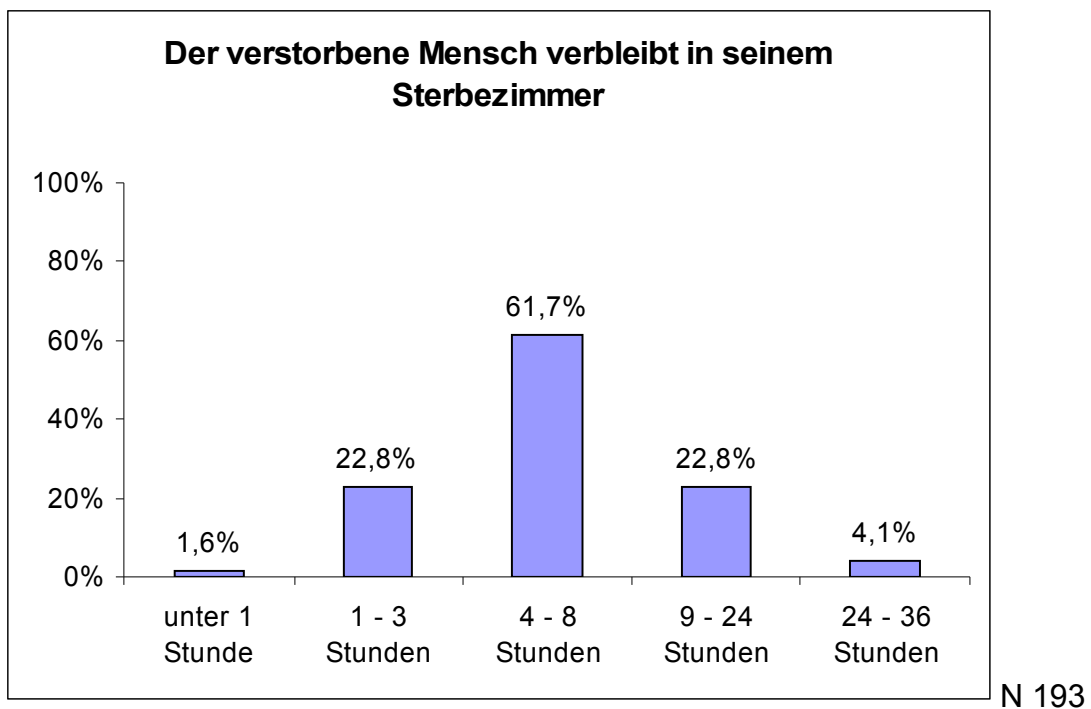
Folgende **Rituale** werden in der überwiegenden Mehrheit der Heime durchgeführt:

- das Entzünden einer Kerze (72,3%)
- das Öffnen eines Fensters (57,9%)
- das Aufstellen von Blumen (56,4%)
- das Sprechen eines Gebets (49%) und
- das Aussegnen (40%).

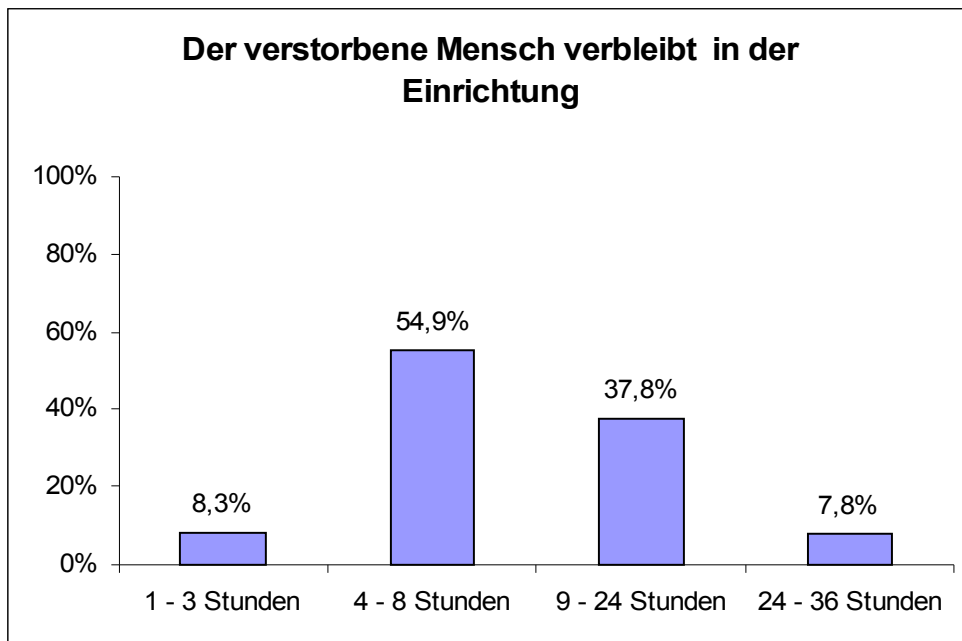
Auf Wunsch der verstorbenen Menschen oder der Angehörigen erfolgen weitere Rituale, es finden Abschiedsfeiern oder Gedenkgottesdienste statt und den Bewohner wird die Gelegenheit gegeben, sich zu verabschieden.



Bei den meisten Einrichtungen wurden mehrere Möglichkeiten genannt, wie lange der verstorbene Mensch in seinem Zimmer verweilen kann. 61,7% der Altenpflegeheime gaben an, dass der verstorbene Mensch in der Regel 4 bis 8 Stunden in seinem Zimmer bleibt.

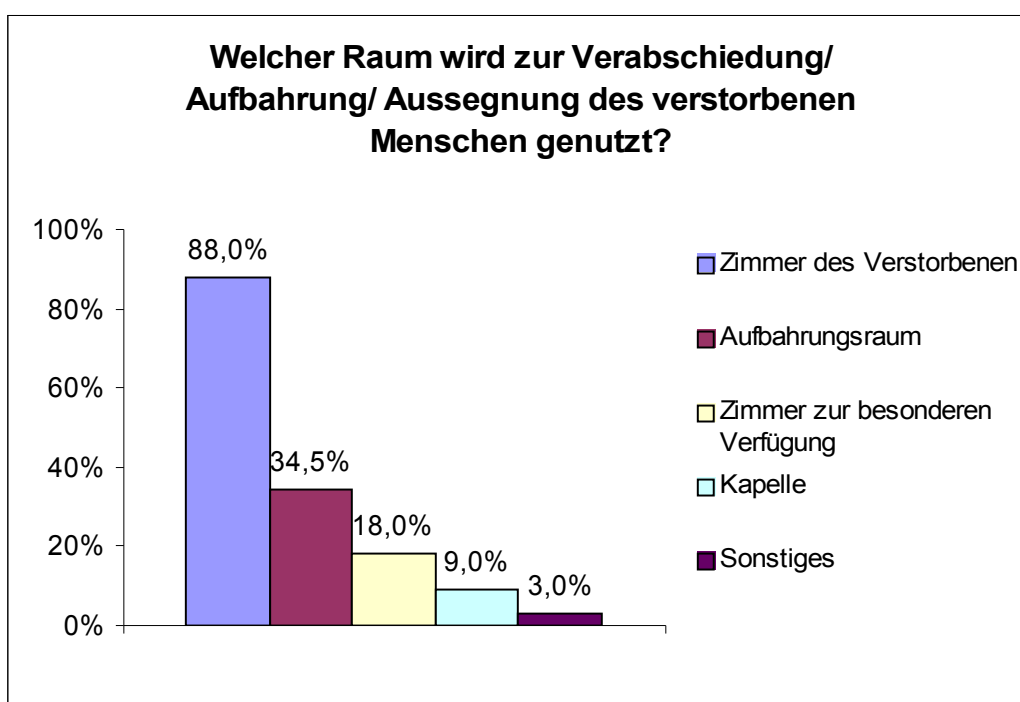


In 54,9% der Altenpflegeheime bleibt der verstorbene Mensch 4 bis 8 Stunden in der Einrichtung, bei 37,8% sind dies 9 bis 24 Stunden.



N 193

In 88% der Einrichtungen dient das Zimmer des verstorbenen Menschen zur **Verabschiedung / Aufbahrung / Aussegnung**. 34,5% der Einrichtungen nutzen einen eigenen Aufbahrungsraum für diesen Vorgang. Ein Zimmer zur besonderen Verfügung wird von 18% der Heime, eine Kapelle von 9% der Einrichtungen genutzt.



N 200

4.4 Perspektiven und Zukunftspläne

Als verbesserungswürdig bei der Begleitung sterbender Menschen erachten die Altenpflegeheime vor allem Aspekte wie Ausbildung in Palliative Care, Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, Begleitung der Pflegekräfte, der Angehörigen und der sterbenden Menschen, sowie eine bessere Ausbildung und Weiterbildung des Personals. Die Mehrzahl der Heime beklagt die mangelnde Zeit im Umgang mit den Bewohnern. Äußerungen, wie „...die Zeit, [die] zur Sterbebegleitung aufgebraucht wird, [geht] zulasten der anderen Bewohner“, machen die Brisanz dieses Aspektes deutlich. Hauptsächlich werden Wünsche nach mehr Zeit für das Pflegepersonal und deren Möglichkeit, eine "Auszeit" nehmen zu können, geäußert. Zudem fordern die Heime mehr Zeit für eine intensivere Begleitung der Sterbenden, das genauere Erfassen von Wünschen und die Möglichkeit, zeitliche Reserven flexibler gestalten zu können.

Einige Beispiele der Forderungen der Altenpflegeheime:

- „Mehr Zeit aufwenden, um Wünsche etc. zu erfassen.“
- „Ruhe für die Pflege, damit sie sich der Begleitung der Sterbenden besser widmen können; weitere Schulung aller Mitarbeiter.“
- „Mehr Zeit und Ruhe für die Mitarbeiter, damit mehr Zeit für die Sterbenden bleibt.“
- „Mehr auf individuelle Bedürfnisse eingehen; mehr Zeit des Pflegepersonals für [die] Sterbenden.“
- „Mehr Zeit, da die Zeit zur Sterbebegleitung aufgebraucht wird, die zu Lasten der anderen Bewohner geht.“

Die Forderung der Einrichtungen nach **Aus- und Weiterbildungen** bestätigen die Ergebnisse dieser Studie bezüglich der Mitarbeiterschulungen (Palliative Care, Schmerztherapie). Die Kooperation mit anderen Institutionen wie Krankenhäusern, Hospizdiensten und Ärzten wird als verbesserungswürdig erachtet.

Sitzwachen werden von den Heimen als sehr wichtig angesehen, können aber oftmals nicht wegen des Personalmangels wahrgenommen werden. Speziell in der Nacht können Sitzwachen oft nicht ermöglicht werden: „Sitzwachen sind nicht durchgängig möglich (...)“. In diesem Zusammenhang fällt auch die Forderung,

Ehrenamtliche sowie Angehörige oder Bewohner mehr in die Sterbebegleitung und den Sterbeprozess einzubinden.

Standards werden vereinzelt von den Heimleitungen gefordert wie zum Beispiel die „Dokumentation unserer Arbeit in Standards und Handbuch“. Auch die **Festigung von Ritualen** ist ein Anliegen der hessischen Altenpflegeheime und bedarf möglicherweise einer genaueren Untersuchung.

Die „Verabschiedung“ wird ebenfalls von den Heimen als verbesserungswürdig angesehen. Mitarbeitern und Bewohnern soll die Möglichkeit geboten werden, an einer gemeinsamen Verabschiedung teilzunehmen.

Die „Sensibilisierung von Verwandten, Sterbebegleitung zu praktizieren“ wird von vielen hessischen Altenpflegeheimen gewünscht. Auch die „Vertiefung der Gespräche mit dem Bewohner und seinen Angehörigen zum Thema »Sterben«“ wird vermehrt geäußert.

Konkrete Zukunftspläne vieler hessischer Altenpflegeheime sind Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen wie Palliative Care und Sterbebegleitung sowie Seminare zur Sterbebegleitung für Nachtwachen. Die Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Hospizen sowie Palliativstationen wird ebenfalls von sehr vielen Einrichtungen angestrebt. Viele Altenpflegeheime wollen in Zukunft mehr ehrenamtliche Helfer in die Sterbebegleitung einbeziehen.

Das Einrichten und Verschönern von Aufbahrungs- und Abschiedsräumen ist in einigen Altenpflegeheimen in konkreter Planung. Des weiteren planen manche der Einrichtungen Palliativ-Plätze zur Verfügung zu stellen und des weiteren soll es zur Anwendung von Schmerz- und Aromatherapie in der Sterbebegleitung kommen.

Als konkreter Zukunftsplan wird auch die Einführung von Standards wie dem Expertenstandard „Schmerzmanagement“ genannt.

Einige der hessischen Altenpflegeheime versuchen, ihre Zeitressourcen besser zu erkennen und zu nutzen.

Von den Heimen wird ein offensiver Umgang mit dem Thema Sterben und die Entwicklung einer **Abschiedskultur** sowie die Verbesserung der **Sterbekultur** gefordert. Durch „gezielte Gespräche mit Bewohnern über Gedanken und Wünsche zum Sterben [und] bessere Begleitung der Angehörigen durch Trauergespräche und Literatur“ wollen die Einrichtungen dem Sterben und Tod in Zukunft offener begegnen. Es gilt also, das Sterben nicht weiter zu ignorieren, die Gedanken daran nicht zu verdrängen, sondern den Tod und die Sterbebegleitung öffentlicher zu gestalten. Nicht die Quantität der pflegerischen Maßnahmen sollte im Vordergrund stehen, sondern die Qualität der Pflege und Fürsorge.

4.5. Anregungen der Altenpflegeheime

- „Ein wichtiger Aspekt (...) ist für viele Menschen die Möglichkeit, sich mit einem Seelsorger zu unterhalten oder zu wissen, dass bei Bedarf jederzeit Beistand geleistet wird. Dies wird auch durch den Besuch Ehrenamtlicher der Kirchengemeinden gewährleistet. Diese Beziehung ist sehr wertvoll, wenn sich ein Ende des irdischen Daseins abzeichnet. Hier ist eine besondere Begleitung erforderlich, die durch die Mitarbeiter des Pflegeteams gewährleistet wird. Nur dann kann wirklich von einem menschenwürdigen Sterben gesprochen werden.“
- „Leider nehmen der administrative Rahmen und die Dokumentation (Rechtfertigung) unserer Arbeit einen immer größeren zeitlichen Umfang ein. Diese Zeit wird bei der Personalbemessung zu wenig anerkannt. Die Zeit für die inhaltliche Arbeit wird immer weniger.“
- „Uns erreichen leider bislang kaum passende Fortbildungsangebote zur Sterbebegleitung. Die Fortbildungen sind auch oft sehr weit entfernt, so dass die Pflegekräfte weit fahren müssten, und so schnell die Lust verlieren. Bei der heutigen Personalknappheit ist es nur schwer machbar, jedem sterbenden Bewohner gerecht zu werden. Diese wichtige und meist länger dauernde Arbeit wird durch die Pflegekassen nicht berechnet, so dass nicht mehr Personal bestellt werden kann. Dadurch werden bei uns auch Angehörige und kirchliche Seelsorger gerne in die Sterbebegleitung einbezogen.“
- „Aus der Erfahrung ist es wichtig, dass es eine Gruppe von Mitarbeitern gibt, die sich regelmäßig trifft und sich mit dem Thema "Sterbebegleitung" auseinandersetzt. Dass man zeitnah über das Sterben von Bewohnern und die Begleitung der Mitarbeiter reflektieren kann (was ist gut gelungen; was hätte besser sein können; wie habe ich das Sterben erlebt).“
- „Wir sind froh, dass sich relativ viele Angehörige an der Sterbebegleitung beteiligen. Bei Bewohnern ohne Angehörige, sind wir froh über die ehrenamtlichen Helfer.“

5. Schlusswort

Die alternden mitteleuropäischen Gesellschaften stellen uns vor schwerwiegende Aufgaben und Probleme. Die Pflege und Betreuung der alten, kranken und sterbenden Menschen wird in Zukunft immer mehr Raum und Zeit, professionelle und ehrenamtliche Zuwendung und natürlich finanzielle Ressourcen fordern.

Westliche Industriegesellschaften unterliegen einer scheinbar unvermeidlichen Spezialisierung und Technisierung – sei es im Wirtschaftssystem oder Rechtssystem – davon ist auch das Gesundheitswesen betroffen. Der Rückgang akuter infektiöser Krankheiten durch Fortschritte in Diagnostik, Therapie und der Versorgung von Akutpatienten führt zu einer steigenden Lebenserwartung, damit verbunden ist ein Anstieg von chronischen Krankheiten. Dies führt zu einer steigenden Zahl von schwerstkranken und pflegebedürftigen Patienten. Zudem steht wegen der brüchiger werdenden Familienstrukturen eine stetig wachsende Zahl alter und oft einsamer Menschen einer geringer werdenden Anzahl junger Menschen gegenüber.

Daraus folgt häufiger eine Verlagerung des Sterbens vom privaten in den öffentlichen Bereich: in Kliniken, Pflegeheime und Hospize.

Der Blick auf Sterben und Tod hat sich in den letzten Jahren geändert, das Sterben wird heute weniger tabuisiert, sondern in den Medien, in der öffentlichen Diskussion und auch im privaten Miteinander vermehrt thematisiert.

Alle Beteiligten und Betroffenen sind sich natürlich darüber im Klaren, dass einerseits Altenpflegeeinrichtungen zu Orten des menschenwürdigen Sterbens mit Hospizcharakter werden, vor allem aber im letzten Lebensabschnitt den alternden Menschen ein Heim bieten sollen.²² Hier muss vor allem die schwere und aufopfernde Arbeit der Pflegekräfte und der ehrenamtlichen Mitarbeiter ausreichend gewürdigt werden.

Ebenso ist gemeinhin bekannt, dass fehlende und gekürzte finanzielle Mittel die Pflegesituation belasten – Zeit und Ruhe im persönlichen Umgang mit den Bewohnern wird immer mehr zu einer wichtigen Forderung, das überlastete und unterbezahlte Personal kann diesen Forderungen jedoch nicht ohne Hilfe gerecht werden. Eine neue Kultur des Helfens in der letzten Lebensphase muss geschaffen werden.

²² Die Frage nach dem wo und warum der Sterbeorte konnte auch in dieser Studie nicht hinreichend beantwortet werden; es bleibt offen, inwiefern Altenpflegeheime und andere Einrichtungen für die Bewohner ein zu Hause sind.

Wie aus der vorliegenden Studie ersichtlich ist (2,7% fortgebildete in Palliative-Care), fehlt es vielerorts noch an Fachkräften mit einer Zusatzausbildung. Gleichwohl zeigen die Befunde, dass sich die Pflegeheime zunehmend dem Thema Sterbebegleitung zuwenden und erkannt haben, dass hierfür auch besondere Kenntnisse hilfreich und aufgrund der veränderten Heimbewohnerstruktur notwendig sind. Etwas erfreulicher ist, dass fast die Hälfte der Einrichtungen angeben, den Expertenstandard „Schmerzmanagement“ bereits anzuwenden. Weitere befragte Einrichtungen werden diesen Standard demnächst einführen.

Für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen muss eine größere Sensibilität und Kompetenz angestrebt werden²³ – dazu gehören auch Fortbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus ist es wichtig, die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeinstitutionen, den Ehrenamtlichen, den niedergelassenen Ärzten, sowie den Angehörigen und Betroffenen zu fördern. Zudem wäre es sinnvoll, bestimmte Abläufe im Pflegealltag sowie Rituale in der Begleitung zu festigen, um damit den Bewohnern in ihrem letzten Zuhause mehr Halt und Unterstützung bieten zu können.

Die alleinige Forderung nach mehr finanziellen Mitteln und nach der Standardisierung von Arbeitsabläufen sollte jedoch nicht im Vordergrund stehen; unter anderem da weitere Einschränkungen in der staatlichen Daseinsfürsorge eher wahrscheinlich sind: Der Sozialstaat wird nicht wachsen – und das lässt auch die Pflegesituation nicht unbeeinflusst. So dürfte es in Zukunft vor allem um mehr Ausbildung und um die Vernetzung vorhandener Strukturen gehen. Standards erleichtern dabei bis zu einem gewissen Grade den Arbeitsalltag, entlasten den Einzelnen und helfen menschliche Fehler zu vermeiden.

Als klares Ergebnis der Studie schält sich heraus, dass von den Einrichtungen auch das Fortbildungsangebot zum Thema „Sterbebegleitung“ bemängelt wird. Über viele Jahre standen Hospiz-Themen für die ambulante und stationäre Hospizarbeit im Vordergrund, während die Pflegeeinrichtungen stark mit den Themen Demenz, Ernährung und Qualitätsmanagement beschäftigt waren.

²³ Denn die „Demenzkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des hohen Alters. In Deutschland sind rund eine Million Menschen betroffen. Die jährlichen Zuwachsraten sind bedingt durch die alternde Gesellschaft hoch. Bis 2030 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf drei Millionen angewachsen sein.“ Diese Pflegebedürftigen können wahrscheinlich nicht – wie bisher – hauptsächlich durch die Angehörigen versorgt und betreut werden, da es in Zukunft mehr Singlehaushalte und brüchigere Familienstrukturen geben wird.

Quelle: <http://www.carelounge.de/pflegeberufe/news/news>, Verein „Aktion Demenz“ gegründet, vom 06.05.2006

Erst in den letzten zwei Jahren wächst die Zahl der Fortbildungs- und Zusatzausbildungsangebote, die die Lebenswelt der Alten- und Pflegeheime stärker berücksichtigt. Das gemeinsame Engagement der Einrichtungsträger und Fortbildungsträger ist gefragt, um die Thematik des „Lebens bis zuletzt“ rasch im Hinblick auf die Personalqualifikation und auf die konzeptionelle Weiterentwicklung in den Mittelpunkt zu stellen.

Über die Professionalisierung des Personals hinaus aber wird es in Zukunft darum gehen, mit den Betroffenen, den Angehörigen, den Freunden, den ehrenamtlichen Helfern und dem medizinischen und pflegenden Fachpersonal zusammen neue Wege der Begleitung am Lebensende zu „erfinden“. Die Studie zeigt, dass schon jetzt viele ehrenamtliche Helfer und Helferinnen eingebunden sind. Von den befragten Altenpflegeheimen gaben fast 40% an, dass ehrenamtliche Helfer in den Pflegeprozess eingebunden sind; diese gilt es weiter zu fördern, um auch in Zukunft das Pflegepersonal entlasten und eine persönliche Betreuung gewährleisten zu können.

Es gilt also auch, über Alternativen in Betreuung und Pflege nachzudenken und diese zu diskutieren. Die psychosozialen und seelsorgerischen Aspekte sollten dabei ebenso deutlich Beachtung finden wie die medizinischen und pflegerischen Gegebenheiten. Gesucht werden muss nach einer „Neuen Kultur des Helfens“ am Ende des Lebens.

Um ein würdevolles Sterben in unserer Gesellschaft dauerhaft zu gewährleisten, sind unterschiedliche Wege aufzuweisen: Eine Etablierung von stationären und ambulanten palliativen Versorgungsstrukturen kann bei sinnvoller Vernetzung einen professionellen Umgang mit sterbenden Menschen ermöglichen. Eine effizientere Kooperation zwischen Hausärzten, Pflegediensten, Hospizdiensten, Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, Ehrenamtlichen und nicht zuletzt Betroffenen und Angehörigen kann eine konstante, vertrauensvolle, persönliche und humane Begleitung sicherstellen.

Die Hinwendung zum Bewohner / Patienten und seinen Wünschen und Vorstellungen sollte bei dieser integrativen Zusammenarbeit im Vordergrund stehen.

Empfehlungen:

- Einbindung von allen Professionen, Ehrenamtlichen, Betroffenen und Angehörigen
- Aus- und Fortbildung in palliativer Betreuung
- Implementierung von besonderen Verfahren für Menschen mit dementiellen Erkrankungen
- Minderung von verwaltungstechnischen Aufgaben
- Damit verbunden: mehr Zeit für die Begleitung und Betreuung
- Rücksichtnahme auf persönliche Wünsche und den Willen der Bewohner
- Etablierung einer regional geprägten, ritualisierten Abschiedskultur

6. Literaturverzeichnis

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.): Mit-geföhlt. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase. Wuppertal 2004
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Broschüre 2 – Zur allgemeinen Entwicklung der Lebenserwartung. Wiesbaden 2006
- Diakonisches Werk Württemberg (Hg.): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Hannover 2004
- Dörner, Klaus: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart 2001
- Falkenstein, Karin: Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe in der Altenpflege, Hagen 2001
- Graber-Dünow, Michael: Qualität durch Bürokratie? Pflegequalität in Altenpflegeheimen. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen, März/April 2005, S. 26-28
- Gronemeyer, Marianne: Lernen mit beschränkter Haftung – Über das Scheitern der Schule. Darmstadt 1997
- Gronemeyer, Reimer; Fink, Michaela; Globisch, Marcel; Schumann, Felix: Helfen am Ende des Lebens – Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Wuppertal 2004
- Gronemeyer, Reimer u.a.: Ergebnisse des Pretests zum Thema Sterbebegleitung – Eine Umfrage in hessischen Altenpflegeheimen. Gießen 2005
- Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Kittelberger, Frank: Daheim Sterben – Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg 2005
- Hessisches Sozialministerium: Wie wir im Alter leben wollen. Wiesbaden 2003
- Kaluza, Jens; Töpferwein, Gabriele: Sterben begleiten – Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende. Berlin 2005
- Kittelberger, Frank; Heimerl, Katharina; Heller, Andreas: Daheim Sterben - Palliative Kultur im Pflegeheim, Freiburg im Breisgau 2005
- May, Monika: Bedingungen von Sterben und Tod in Alten- und Pflegeheimen. Magisterarbeit. Hagen 1997
- Meinhold, Marianne: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit – Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg im Breisgau 1998 (3. Auflage)
- Müller, M.; Kessler, G. (Hg.): Implementierung von Hospizidee und Palliativmedizin in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims. Bonn 2000

- Ochsmann, Randolph u.a.: Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes. In: Beiträge zur Thanatologie, Heft Nr. 8. Mainz 1997
- Pleschberger, Sabine: Nur nicht zur Last fallen – Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg 2005
- Salis Gross, Corina: Der ansteckende Tod – Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Frankfurt, New York 2001
- Statistisches Bundesamt: Gesundheit – Krankheitskosten 2002 (Presseexemplar). Wiesbaden 2003
- Statistisches Bundesamt: 4. Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich. Pflegeheime. Bonn 2005
- Wilkening, Karin; Kunz, Roland: Sterben im Pflegeheim – Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen 2003

Internetquellen

- Care Community: Verein „Aktion Demenz“ gegründet, vom 06.05.2006 (<http://www.carelounge.de/pflegeberufe/news>)
- Hessischer Landtag: Drucksache 16/4573 vom 02.12.2005 (http://schulzasche.de/cms/reden_presse/dokbin/123/123958.ka_betreffend_wuerdiger_umgang_mit_verst.pdf)
- Hessisches Ministerium der Justiz: Selbstbestimmt versorgen für Unfall, Krankheit und Alter (www.hmdj.justiz.hessen.de)
- Hessisches Sozialministerium: Pressemitteilung vom 07.10.2004 (<http://www.sozialministerium.hessen.de>)
- Hessisches Sozialministerium: Pressemitteilung vom 10.11.2005 (<http://www.sozialministerium.hessen.de>)
- Statistisches Bundesamt: Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein. Pressemitteilung vom 06. Juni 2003 (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm>)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.: Agenda: Weniger Bürokratie – mehr Pflege. Pressemitteilung vom 29. April 2003 (http://www.vdab.de/vdabweb/infos_frei/pressemitteilung0903.pdf)