

Daniela Lindemann, Maria Wasner, Benjamin Straßer, Thomas Hagen

Christliche Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe

Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen
des Projektes Christliche Hospiz- und Palliativkultur

Mit einem Vorwort von
Diözesan-Caritasdirektor Prälat Hans Lindenberger

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising (Hrsg.)
Erzbischöfliches Ordinariat München und Freising
Katholische Stiftungsfachhochschule München

Lindemann D, Wasner M, Straßer B, Hagen T (2011): Christliche Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen des Projektes Christliche Hospiz- und Palliativkultur. Mit einem Vorwort von Prälat Hans Lindenberger. München: Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.

© Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
Hirtenstraße 4, 80335 München

1. Auflage Oktober 2011

ISBN 978-3-00-036293-4

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

unser Ziel ist eine würdige Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Hierfür setzt sich der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising ein. Mit der finanziellen Unterstützung durch die Erzdiözese München und Freising in Höhe von einer Million Euro konnte das Projekt zur Implementierung einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur im Jahr 2009 gestartet werden. Dieses Projekt dient der Förderung, Weiterentwicklung und Verstetigung einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen und Diensten unter dem Dach der diözesanen Caritas. In dem Projektzeitraum von drei Jahren werden 55 teilnehmende Einrichtungen aus ambulanter Pflege, stationärer Altenhilfe und Behindertenhilfe begleitet und beraten und erhalten Unterstützung bei der Durchführung von Fortbildungen und bei ihrer konzeptionellen Weiterentwicklung.

Projektziel, -größe und -form haben eine begleitende Evaluation nahegelegt. Die Katholische Stiftungsfachhochschule München hat dies mit einer zweijährigen wissenschaftlichen Erhebung übernommen und dem Caritasverband mit Zwischenberichten und schließlich einem umfangreichen Abschlussbericht die Möglichkeit gegeben, die eigene Arbeit zu beleuchten sowie Stärken und Potenziale zu erschließen. Es geht weder in dem noch bis Mai 2012 laufenden Projekt „Christliche Hospiz- und Palliativkultur“ noch in der wissenschaftlichen Evaluation darum, eine Bewertung der Einrichtungen vorzunehmen. Das Anliegen war und ist es, die jeweils unterschiedlichen Ausprägungen einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur zu erheben, wertzuschätzen und Impulse für eine positive Weiterentwicklung zu geben.

Die vorliegende Publikation stellt eine Konzentration wesentlicher Ergebnisse und Erkenntnisse dar, die aus dem Abschlussbericht resultieren. Sie soll den Entscheidungsträgern und Projektbeteiligten Hilfestellung sein für weitere Bemühungen um eine gute Kultur der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen.

Mein ganz besonderer Dank gilt all jenen, die sich an der wissenschaftlichen Evaluation beteiligt haben. Sie haben mit ihren Einschätzungen dazu beigetragen, dass nun ein differenziertes Bild vorliegt - reich angefüllt mit persönlicher Haltung, Fachwissen und Erfahrungsschätzen.

Alle Beteiligten an und Verantwortlichen in der Begleitung und Betreuung von Menschen in deren letztem Lebensabschnitt sind herzlich eingeladen, die vorliegenden Ergebnisse als Diskussionsgrundlage zu verstehen und sie mit den eigenen Wahrnehmungen und der konkreten Situation im eigenen Wirkungskreis abzugleichen.



Prälat Hans Lindenberger
Diözesan-Caritasdirektor

München, im Oktober 2011

Inhalt

Vorwort	3
1. Hintergrund und Zielsetzung der Evaluation und dieser Publikation	6
2. Gegenstand und Methode der wissenschaftlichen Evaluation	7
3. Ergebnisse	8
3.1 Umgang der Einrichtungen mit Sterben und Tod	8
3.2 Umgang der Beteiligten mit Sterben und Tod	10
3.3 Partner in der Begleitung	12
3.4 Interne multiprofessionelle Arbeit und Kommunikation	14
3.5 Religion und Spiritualität	16
3.6 Christliche Rituale	18
3.7 Standards, Checklisten, Leitlinien	20
3.8 Relevante Unterschiede zwischen den Einrichtungsformen	22
3.9 Was wünschen bzw. brauchen die Beteiligten?	24
Autoren	26
Bezugsadresse	26
Dank	26

1. Hintergrund und Zielsetzung der Evaluation und dieser Publikation

Der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising führt von Mai 2009 bis Mai 2012 das Projekt Christliche Hospiz- und Palliativkultur durch. Die Führungskräfte und Mitarbeiter von 55 Einrichtungen und Diensten setzen sich in dieser Zeit schwerpunktmäßig mit der organisationseigenen Kultur des Umgangs mit schwerkranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen auseinander. Das diözesane Projekt richtet sich dabei an Einrichtungen in katholischer Trägerschaft aus stationärer Altenhilfe, ambulanter Pflege und Behindertenhilfe. Sowohl das Projektdesign als auch der theoretische Hintergrund der Projektmaßnahmen und schließlich der dieser Publikation zugrunde liegenden wissenschaftlichen Evaluation beziehen sich auf Vorerfahrungen (eigene Modellprojekte, Projekte anderer Träger) und anerkannte Implementierungshinweise für Palliative Care Entwicklungsprozesse.

Mit der wissenschaftlichen Erhebung der Ausgangssituation und von Entwicklungsprozessen in den Projekteinrichtungen sollten die bisherigen Anstrengungen der Einrichtungen gewürdigt, das Veränderungspotenzial des Projektvorhabens unterstrichen, die laufende Projektsteuerung unterstützt und das frühzeitige Engagement für eine Verstetigung des Erreichten eine inhaltliche Fundierung erfahren. Schließlich besteht das Interesse, durch die breit angelegte Erhebung weitere (vielleicht noch nicht erkannte) Entwicklungsziele zu definieren.

Die vorliegende Publikation greift Erkenntnisse der Erhebung heraus, die wertvolle Hinweise zu Ausprägung, Vielfalt und Entwicklungspotential der christlichen Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen und Diensten des Caritasverbandes, seiner

Fachverbände und angeschlossenen Träger geben.

Grundlage ist der Abschlussbericht der Katholischen Stiftungsfachhochschule München, welcher dem Caritasverband im Juli 2011 übergeben wurde. Aus diesem über 200 Seiten umfassenden Werk werden nachfolgend wesentliche Erkenntnisse herausgestellt. Wesentlich meint hier, dass die Ergebnisse ein Bild der gelebten Hospizkultur in den beteiligten Einrichtungen ergeben und für eine weitere Fachdiskussion relevante Aspekte der Entwicklung und Pflege einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur für Träger und Einrichtungen enthalten. Dies von der Annahme ausgehend, dass die erhobenen Daten und resultierende Zusammenhänge und Phänomene auch auf andere Einrichtungen bzw. andere Träger übertragbar sind.

Die neun dargestellten zentralen Themenbereiche erfahren eine Darstellung entlang der Fragen: „Was war vorhanden?“, „Was hat gefehlt bzw. wurde gewünscht?“, „Was hat sich verändert?“. Ergänzt werden diese komprimierten Zusammenstellungen jeweils durch konkrete Empfehlungen für die praktische Weiterentwicklung der Hospizkultur. Diese ergeben sich ebenfalls aus der Erhebung und stellen wesentliche Hinweise für Träger und ihre Einrichtungen dar - über den Radius der Projektteilnehmer und des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising hinaus.

2. Gegenstand und Methode der wissenschaftlichen Evaluation

Gegenstand der Evaluation ist das Projekt Christliche Hospiz- und Palliativkultur des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V. Im Mittelpunkt des Projektes steht die Förderung, Weiterentwicklung und Verstetigung einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen und Diensten des Caritasverbandes, seiner Fachverbände und angeschlossenen Träger aus stationärer Altenhilfe, ambulanter Pflege und Behindertenhilfe. Auftragnehmer der Evaluation ist die Katholische Stiftungsfachhochschule München, als Fachhochschule der Kirchlichen Stiftung des öffentlichen Rechts. Die Evaluation wurde unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Andrea Kerres, Prof. Dr. Maria Wasner, Prof. Dr. Heiner Gabriel und von Diplom-Soziologin Daniela Lindemann als Projektleiterin durchgeführt.

Erklärtes Ziel der Evaluation war die Erhebung des Ist-Zustands der Hospiz- und Palliativkultur in den einzelnen Einrichtungen und die Erfassung der durch das Projekt initiierten messbaren Veränderungen nach einem Zeitraum von achtzehn Monaten. Es sollte die Wirksamkeit der unterschiedlichen Implementierungsmaßnahmen im Bereich Christlicher Hospiz- und Palliativkultur überprüft und deren Ergebnisse bei der geplanten Ausweitung des Projekts auf weitere Einrichtungen in einem zweiten Durchgang berücksichtigt werden. Im ersten Schritt der Evaluation wurde in den dreißig teilnehmenden Einrichtungen und Diensten eine Ist-Zustands-Analyse der wesentlichen Aspekte einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur durchgeführt. Zu diesem Zweck nahmen Führungskräfte und Mitarbeiter - auch die Mitarbeiter aus pflegefernen Tätigkeitsbereichen - an einer schriftlichen Befragung teil. Nach Ab-

schluss des ersten Projektdurchlaufs wurde eine zweite schriftliche Vollerhebung mit den beteiligten Führungskräften und Mitarbeitern durchgeführt.

Um zusätzlich zu den quantitativen Daten aus den schriftlichen Befragungen Aussagen der Mitarbeiter zum Prozessverlauf sowie vertiefte Erkenntnisse zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden in den christlichen Einrichtungen zu erhalten, wurden nach der ersten quantitativen Befragung leitfadengestützte Interviews mit allen Teilnehmern der drei Begleitgruppen sowie einzelnen Mitarbeitern, Führungskräften, Bewohnern bzw. Patienten und Angehörigen durchgeführt. Alle Gruppen- und Einzelinterviews wurden auf Basis eines im Vorfeld der Befragung erarbeiteten Fragenkatalogs durchgeführt und entsprechen im Ablauf der Form halbstandardisierter Interviews.

Bei der Erstellung des Fragenkatalogs für die Interviews wurden die Ergebnisse der vorangegangenen quantitativen Befragung von Mitarbeitern und Führungskräften berücksichtigt. Die Gruppen- und Einzelinterviews wurden mit dem inhaltsanalytischen Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert und ausgewertet. Dabei wurde einerseits die Plausibilität von bereits statistisch gesicherten Zusammenhängen der quantitativen Befragung überprüft, aber auch unbeantwortete Fragestellungen bearbeitet und inkonsistente, widersprüchliche Ergebnisse hinterfragt und tiefer beleuchtet.

3. Ergebnisse

Nachstehend werden neun Aspekte der Evaluationsergebnisse vorgestellt und jeweils durch Hinweise für Träger und Einrichtungen in einem Rahmen ergänzt.

3.1 Umgang der Einrichtungen mit Sterben und Tod

In den Interviews mit Führungskräften und Mitarbeitern wird deutlich, dass in den Einrichtungen und Diensten der Caritas auch schon vor der großen Palliativbewegung eine gute Betreuung der Schwerstkranken und Sterbenden geleistet wurde. Doch mit zunehmendem Wissensstand über Palliative Care haben sich auch die Denkweisen und Einstellungen der Mitarbeiter verändert.

Die lokale Projektarbeit knüpfte in ihrer Schwerpunktsetzung an den vorhandenen unterschiedlichen Ansätzen einer würdevollen Sterbe- und Trauerbegleitung an und konnte dabei bei den Mitarbeitern auf ein höchst unterschiedliches Ausmaß an Vorkenntnissen und Erfahrungen zurückgreifen.

Die palliative Haltung, nach welcher die Wünsche und Bedürfnisse der Schwerstkranken und Sterbenden im Mittelpunkt allen Bemühens stehen, hat zu messbaren Änderungen der Einstellungen von Mitarbeitern geführt. So schätzen beispielsweise die Mitarbeiter in den Altenheimen und Behinderteneinrichtungen die Art und Weise, wie Sterbende in den Einrichtungen begleitet werden, signifikant besser ein als zu Beginn des Projekts. Die Mitarbeiter der ambulanten Dienste sind zum Zeitpunkt der Zweitbefragung signifikant zufriedener mit dem Beitrag, den jeder Einzelne zur Begleitung von Sterbenden leistet.

Die Lebensqualität der Sterbenden steht dabei über einer Lebensverlängerung um

jeden Preis. Der Trend geht nach Meinung der Befragten ganz klar weg von „Maximaltherapien“ und „Rehabilitationszwang“, hin zu einer ganzheitlichen Ausrichtung, welche sich in erster Linie an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner/Patienten orientiert.

Der ungewollte Wechsel in Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen kann zunehmend vermieden werden. Die Pflegekräfte nehmen dabei gegenüber den Patienten und deren Angehörigen immer häufiger eine aktiv beratende Rolle ein. Neben einer guten pflegerischen Betreuung erhoffen und erwarten die Angehörigen von den Pflegekräften auch eine fachkompetente Beratung und Unterstützung bei ihrem Vorhaben, die Begleitung des Sterbenden im vertrauten Umfeld zu realisieren. Eine der befragten Führungskräfte schätzt, dass in ihrer Einrichtung heute ca. 80 Prozent der Bewohner begleitet in der Einrichtung versterben und 20 Prozent im Krankenhaus, während sich das Verhältnis früher eher umgekehrt darstellte.

Die befragten Führungskräfte sind sich darin einig, dass eine Sterbebegleitung nicht erst mit Eintritt der Finalphase beginnen sollte. Doch über den genauen Startzeitpunkt gibt es unterschiedliche Auffassungen. Während für den einen die Begleitung schon mit der ersten Kontaktaufnahme beginnt, weil dabei auch Wünsche für einen würdigen Abschied angesprochen bzw. besprochen werden können, fängt sie für den anderen erst dann an, wenn ein Bewohner/Patient Ängste vor Sterben und Tod empfindet und das Bedürfnis hat darüber zu sprechen.

Nicht alle Mitarbeiter sind im gleichen Maße in den Prozess von Sterbebegleitungen involviert. Die Ergebnisse der Erstbefragung der Mitarbeiter zeigen, dass 95 Prozent der Mitarbeiter in Altenheimen, 91,5

Prozent der Mitarbeiter in den ambulanten Diensten und knapp 63 Prozent der Mitarbeiter aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe in ihrem Arbeitsalltag sterbende Bewohner/Patienten begleiten. Der Vergleich von Daten der Erst- und Zweitbefragung zeigt, dass der Anteil der Mitarbeiter, die sterbende Bewohner/Patienten in Altenheimen und ambulanten Einrichtungen begleiten, zum Projektabschluss um 2,3 Prozent hin leicht gestiegen ist, während es hier in den Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Änderungen zum Ist-Zustand der Erstbefragung gegeben hat.

Fast jeder Mitarbeiter in den Altenheimen und den ambulanten Einrichtungen kommt in die Situation, einen Bewohner/Patienten beim Sterben zu begleiten oder hat schon begleitet und benötigt dafür das entsprechende Fachwissen. Die Mitarbeiter hatten im Rahmen der Projektarbeit die Möglichkeit, an verschiedenen Fortbildungen zu Themen wie z.B. christliche Rituale, Patientenverfügung, Angehörigengesprächsführung oder schmerztherapeutische Behandlungsmöglichkeiten teilzunehmen. Bei der Erstbefragung über die persönliche Einschätzung des eigenen Wissenstands zur Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden unterscheiden sich die Mitarbeiter aller drei Einrichtungstypen signifikant in ihren Überzeugungen. Insgesamt stimmen die Mitarbeiter dem Item nur teilweise zu bzw. sind unentschieden. Insbesondere die Mitarbeiter aus dem Bereich der Behindertenhilfe sind sich unsicher darüber, ob ihr Fachwissen zur Palliativbetreuung der Bewohner ausreicht. Auch bei der Zweitbefragung hat sich der Durchschnittswert des Items in dieser Gruppe nur unwesentlich verbessert. Dagegen schätzt die Gruppe der Pflegekräfte aus dem ambulanten Bereich ihr palliatives Wissen signifikant besser ein als zum Zeitpunkt der Erstbefragung.

Insgesamt wird heute ein sehr offener Umgang mit den Sterbenden befürwortet, d.h. man darf es in den Einrichtung sehen, wenn Bewohner im Sterben liegen und dies auch auf die Gefahr hin, dass eine größere Präsenz von Sterben und Tod auch belastend sein kann. In kleineren Einrichtungen ist der Tod eines Bewohners ein wohnbereichsübergreifendes Ereignis, d.h. alle sind auf irgendeine Art und Weise in das Geschehen involviert. Die Mitbewohner können auf eigenen Wunsch hin mit in den Prozess der Sterbebegleitung einbezogen werden und nutzen diese Möglichkeit auch.

Die Ergebnisse der Evaluation weisen auf einen Zusammenhang hin zwischen den Einstellungen der Mitarbeiter zur Selbstbestimmung der Bewohner/Patienten und der Tatsache, dass sie Sterbende begleiten. Je stärker ein Mitarbeiter das Gefühl hat, in seiner Einrichtung über genügend Verantwortung und Entscheidungskompetenzen zu verfügen, je wichtiger es ihm ist, dem Bewohner/Patienten autonome Entscheidungsfreiheit zuzugestehen und je eher ein Mitarbeiter das Gefühl hat, im Bedarfsfall sein Wissen für den Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden vertiefen und erweitern zu können, desto wahrscheinlicher ist es, dass er in seiner Einrichtung Sterbebegleitungen zu seinem Aufgabengebiet zählt und diese auch durchführt.

Sterben und Tod müssen in den Einrichtungen besprechbar, Sterbende und Trauernde ansprechbar werden. Erst die Integration der Begrenztheit des Lebens und die Partizipation aller Betroffenen sichert die Nachhaltigkeit der Hospizkultur. Die Identifikation der Mitarbeiter mit der Aufgabe „Begleitung Sterbender“ ist wichtig für die tatsächliche Beteiligung.

3.2 Umgang der Beteiligten mit Sterben und Tod

Die Begleitung der Bewohner/Patienten auf ihrem letzten Lebensweg führt Mitarbeiter häufig auch an ihre körperlichen und seelischen Grenzen. Mitarbeiter agieren bei Sterbebegleitungen oft im Spannungsfeld zwischen dem eigenem Anspruch an Professionalität, ökonomischen Richtlinien, Vorgesetzten (wenn für diese „Palliative Care Zeit bedeutet, die sich nicht rechnet“) und dem eigenen Bedürfnis, schwerstkranken und sterbenden Menschen beizustehen.

Die Mitarbeiter wurden im Rahmen der schriftlichen Erstbefragung gebeten zu schildern, welche Situation sie bei der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden als besonders belastend empfinden.

Erwartungsgemäß wird der Zeitmangel bzw. der Zeitdruck in allen drei Einrichtungstypen an erster Stelle der Situationen benannt, welche als besonders belastend empfunden werden. Bei genauer Analyse der Daten fällt jedoch auf, dass der Anteil der Mitarbeiter, die das Problem des Zeitmangels thematisieren, zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen erheblich schwankt. Während in den Altenheimen mit 20 Prozent jeder fünfte Mitarbeiter Zeitmangel in der Begleitung als belastend erlebt, sind es in den ambulanten Pflegediensten 17,6 Prozent und in den Einrichtungen der Behindertenhilfe 8,3 Prozent.

An zweiter Stelle der belastenden Situationen wird in den ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe die unzureichende Schmerztherapie benannt. In Altenheimen wird es dagegen als besonders belastend empfunden, wenn der Patient nicht „loslassen“ und nicht sterben kann.

Nach Projektabschluss ist die durchschnittliche Zufriedenheit mit den ärztlichen, schmerztherapeutischen Behandlungen von Bewohnern/Patienten bei allen Mitarbeitern in den ambulanten Einrichtungen und in den Altenheimen sowie den Führungskräften im ambulanten Bereich deutlich höher als bei der Erstbefragung.

Als nicht immer einfach wird in allen drei Einrichtungstypen auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen empfunden. Dabei sind die Mitarbeiter in manchen Fällen mit dem Problem konfrontiert, dass die Familie des Patienten sich über dessen Wünsche hinwegsetzt, was insbesondere in der Situation einer Sterbebegleitung zu großen inneren Konflikten bei den Betreuenden führt. Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegekräften eine große physische und psychische Entlastung für alle Beteiligten. Denn nur wenn die Familie des Patienten die Begleitung mitträgt und die Betreuung ein Miteinander ist, dann wird die Sterbebegleitung als „schön“ empfunden. Die nicht signifikanten Werte der schriftlichen Zweitbefragung weisen für die Mitarbeiter aller drei Einrichtungstypen eine leicht verbesserte Zusammenarbeit mit den Angehörigen im Betreuungs- und Abschiedsprozess nach.

Führungskräfte und Mitarbeiter erleben es als großes Geschenk, Sterbende zu begleiten, die ihren Weg „mit Würde und Tiefe“ gehen, denn dieses Erleben nimmt den Betreuenden etwas von der Angst vor dem eigenen Tod.

Führungskräfte und Mitarbeiter wurden schriftlich und mündlich danach befragt, ob sie sich persönlich mit Sterben und Tod auseinandersetzen. Die Führungskräfte in allen drei Einrichtungstypen setzen sich durchschnittlich am häufigsten mit der

Thematik auseinander, während die Mitarbeiter dieser Aussage nur teilweise zustimmen. Die Antworten der Führungskräfte und der Mitarbeiter unterscheiden sich sowohl bei der Erst- als auch bei der Zweitbefragung signifikant voneinander. Die verbesserten Mittelwerte in allen Gruppen zeigen jedoch, dass sich die Befragten nach Projektabschluss intensiver mit dem Thema Tod und Sterben beschäftigen. Die persönliche Einstellung und Haltung zu Sterben, Tod und Trauer ist dabei nicht statisch, sondern kann sich durch Erfahrungen und Erlebnisse im privaten und beruflichen Umfeld im Laufe des Lebens ändern.

Die Leitungsebene übernimmt im Projekt die wichtige Aufgabe als stützende und das Thema vorantreibende Kraft. Palliative Care wird nach Angaben der teilnehmenden Führungskräfte als Zukunftsthema wahrgenommen. Das bisherige Randthema wird in die Mitte gerückt. Den Mitarbeitern wird signalisiert, dass der letzte Lebensabschnitt, das Sterben und der Sterbende wichtig sein dürfen, ebenso wie die Sorge um Mitarbeiter und Hinterbliebene.

Die befragten Bewohner/Patienten interessieren sich sehr für die Themen Sterben und Tod. Informationsveranstaltungen z.B. zum Thema Patientenverfügungen oder Fortbildungen zu Sterbebegleitungen werden gut nachgefragt. Die Befragten machen sich Gedanken zum eigenen Lebensende und haben teilweise sehr genaue Vorstellungen von gewünschten Sterbe- und Abschiedsritualen. Für den eigenen Tod wird der Wunsch formuliert, „am besten über Nacht schnell, sanft und im Schlaf“ versterben zu können. Doch nicht jeder Bewohner/Patient möchte über die „letzten Dinge“ sprechen und dies belastet Nahestehende, wenn diese selbst darüber reden möchten. Wenn ein Bewoh-

ner/Patient die „letzten Dinge“ regelt und Vorsorge trifft, wird dies von den Angehörigen meist als große Erleichterung erlebt, „denn man weiß, das ist in seinem Sinne“. Allerdings wird es von den Befragten als sehr belastend empfunden, dass sie in ihrer Betreuungsfunktion für die Angehörigen häufig mit hohen bürokratischen Hürden konfrontiert sind.

Bei der schriftlichen Befragung nach Projektabschluss geben die Mitarbeiter an, dass es Ihnen besonders wichtig sei, dass die Hospiz- und Palliativkultur von allen getragen werde, Sterben, Tod und Trauer keine Tabuthemen mehr seien, neue Abschiedsrituale in den Einrichtungen und Diensten eingeführt wurden und sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen verbessert habe.

Mitarbeiter und Angehörige benötigen Angebote der Entlastung. Gleichzeitig sind sie einzubeziehen, um ihre Perspektive in der konkreten Begleitung und in der Organisation insgesamt zu integrieren. Führungskräfte sind Belastungen ausgesetzt, die mit der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen einhergehen. Sie brauchen selbst Räume zur Reflektion als Grundvoraussetzung für das Vorleben einer hospizlichen Haltung.

3.3 Partner in der Begleitung

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass die Mitarbeiter der Altenheime Angehörige signifikant häufiger bei Sterbegleitung und Abschiednehmen unterstützen, als dies in den ambulanten Diensten und in den Einrichtungen der Behindertenhilfe der Fall ist. Dabei sind die Angehörigen der Bewohner in den Altenheimen aber auch die der Patienten im ambulanten Bereich aus Sicht der befragten Mitarbeiter immer oder häufig dankbar für jede Form der Fürsorge. Die befragten Angehörigen bewerten die Zusammenarbeit und Betreuung durch die Mitarbeiter in allen drei Einrichtungstypen größtenteils als sehr positiv. Es bedeutet für alle Betreuenden eine große Entlastung, wenn das Verhältnis von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist und keine künstliche Konkurrenzsituation hergestellt wird.

Viele Angehörige haben Angst davor, ihre Verwandten beim Sterben zu begleiten. Wenn sie sich aber darauf einlassen können, „dann ist da eine große Dankbarkeit über die gemeinsame, intensive und erfüllte Zeit“. Mitarbeiter intervenieren und vermitteln auch zwischen zerstrittenen Angehörigen, oft auf Wunsch des Bewohners/Patienten. Als besonders belastend wird es von den Mitarbeitern erlebt, wenn Bewohner von ihren Angehörigen vernachlässigt werden oder auch keine Nahestehenden mehr haben und sozial vereinsamt sind.

Die Analyse der Daten auf Basis des Einrichtungstyps zeigt ein sehr heterogenes Bild der Mitarbeiterzufriedenheit mit Blick auf die Netzwerkarbeit. Zum Zeitpunkt der Erstbefragung schätzen die Führungskräfte und Mitarbeiter der ambulanten Pflege die Zusammenarbeit mit Ärzten eher als verbesserungsbedürftig ein. Bei der Zweitbefragung verbessern sich die Mittelwerte für

alle Befragungsgruppen mit Ausnahme der Führungskräfte in den Behinderteneinrichtungen (aufgrund geringer Fallzahlen können für diese Befragungsgruppe jedoch keine signifikanten Mittelwertsunterschiede nachgewiesen werden). Die Interviews mit den Führungskräften und Mitarbeitern aus ambulanten Diensten ergeben, dass die Befragten mit der ärztlichen Betreuung der Patienten nicht immer zufrieden sind. Geringe Erfahrung in palliativen Behandlungsoptionen haben dann häufig die Folge, dass medizinischen Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. die Schmerztherapie aus Sicht der Befragten nicht der gewünschten Qualität entsprechen.

Für die Befragungsgruppe der Mitarbeiter in den Altenheimen konnte eine signifikante Verbesserung für die Zusammenarbeit mit Palliativmedizinern nachgewiesen werden. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der ärztlichen, schmerztherapeutischen Behandlung von Bewohnern/Patienten ist bei allen Mitarbeitern und den Führungskräften in den ambulanten Diensten gestiegen.

Durch eine verbesserte Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten sollen auch unnötige und ungewollte Krankenhausaufenthalte am Lebensende der Bewohner/Patienten vermieden werden. Mit Ausnahme der Führungskräfte aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe bewerten die verschiedenen Befragungsgruppen die Zusammenarbeit mit den Ärzten zum Thema Krankenseinweisungen nach dem Projekt etwas besser als vor dem Projekt. Die Mitarbeiter sind dabei tendenziell etwas zufriedener als die Führungskräfte.

In einem Zeitraum von ca. 18 Monaten hat sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten bei schmerztherapeutischen Behandlungen, Ernährungsfragen, Therapieentscheidungen am Lebensende, bei Krankenseinweisungen und in Krisensituationen

insbesondere in den Altenheimen zum Teil deutlich verbessert. Signifikante Verbesserungen lassen sich insbesondere am Thema Therapieentscheidungen für das Lebensende nachweisen. Zum einen wächst mit zunehmender Palliativkompetenz das berufliche Selbstbewusstsein der Betreuer, auch gegenüber der Gruppe der Ärzte. Zum anderen wird gezielt der Kontakt zu Ärzten mit palliativen Zusatzqualifikationen gesucht. Große Zufriedenheit herrscht unter den Befragten über die verbesserte Zusammenarbeit mit den Hospizeinrichtungen und Ehrenamtlichen, die sich, initiiert durch die Projektarbeit, besonders in den Einrichtungen der Altenhilfe „mehr zum Positiven geändert [hat] als gehofft“.

Die Erfahrung zeigt, dass, wenn eine Zusammenarbeit mit Hospizeinrichtungen stattfindet, sich auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten verbessert, da mehr auf die Qualität der medizinischen Behandlung geachtet wird. Die Zusammenarbeit mit den Hospizen ist dabei nicht immer frei von Problemen bei der Betreuung von Bewohnern/Patienten und ihrer Angehörigen. Häufig tun sich die Angehörigen schwer, ihrem schwerstkranken und sterbenden Familienmitglied zu sagen, dass jetzt jemand vom Hospizverein komme, da hiermit auch die Begrenztheit des Lebens thematisiert würde. Nicht alle Mitarbeiter können sich vorstellen, mit ehrenamtlichen Hospizhelfern zusammen zu arbeiten. Befragte aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe betrachten dies als „eher schwierig, weil der ja nicht in die ganzen Arbeitsabläufe mit eingebunden ist und wenn der dann irgendwelche Sachen macht“. Auch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung mit einer fünfstufigen Likertskala* stützen diese Erkenntnisse. Während die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eher selten auf Ehrenamtliche zur ergänzenden Unterstützung bei der Begleitung

von Schwerstkranken und Sterbenden zugehen, wird dies in Altenheimen häufiger praktiziert.

Einschätzungen der Befragten zu der Aussage „Ehrenamtliche sind eine ergänzende Hilfe bei der Begleitung Sterbender“

	Erstbefragung		Zweitbefragung	
	N	Mittelwert	N	Mittelwert
Einrichtungen der Behindertenhilfe	125	3,28	123	3,23
Altenheime	232	2,53	209	2,26
Ambulante Dienste	122	1,92	107	1,96

*Likertskala:



Aus Sicht der in den Interviews befragten Mitarbeiter findet dagegen mit den kooperierenden Krankenhäusern ein optimaler Informationsaustausch zum Wohl des Bewohners statt. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung belegen dagegen nur eine teilweise Zufriedenheit.

Große Zufriedenheit wird dagegen über die Zusammenarbeit mit Bestattungsinstituten geäußert.

Palliative Begleitung verlangt nach Unterstützung durch Partner. Eine gute Zusammenarbeit mit diesen Partnern ist vor allem auch Arbeit und braucht Kommunikationswege und -räume. Die Einrichtungsleitung trägt Verantwortung für die Integration in und den Mitaufbau von regionalen Netzwerken. Die Einbeziehung ehrenamtlicher Helfer ist im Sinne des Hospizgedankens als elementarer Bestandteil der Begleitung zu verstehen.

3.4 Interne interdisziplinäre Arbeit und Kommunikation

In der Wahrnehmung der Teilnehmer der Gruppeninterviews gibt es einen zunehmenden Diskussionsbedarf zu ethischen Fragen, u.a. nach den Möglichkeiten und Grenzen medizinischer und pflegerischer Maßnahmen am Lebensende. Die öffentliche Diskussion signalisiert „man kann, darf darüber reden“ und befördert damit auch die intraorganisationale Kommunikation zum einstigen Tabuthema.

Die Führungskräfte schätzen dabei in allen drei Einrichtungstypen die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Zusammenhang mit der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden als gut bis sehr gut ein. Nach Meinung der Mitarbeiter hat sich zum Zeitpunkt der Zweitbefragung in allen drei Einrichtungstypen die Bewertung der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen verbessert. Allerdings lässt sich nur für die Einrichtungen der Altenheime ein signifikanter Effekt nachweisen. Nach Einschätzung der Mitarbeiter in den Einrichtungen der Behindertenhilfe wird nach Projektabschluss im Team signifikant häufiger die Begleitung von Sterbenden in der Terminalphase besonders abgesprochen.

Um die Zusammenarbeit mit den Angehörigen besser beurteilen zu können, wird bei der Zweitbefragung auch nach der Häufigkeit eines wechselseitigen Informationsaustausches, einer seelsorgerischen Unterstützung der Angehörigen durch die Mitarbeiter und eines Feedback der Angehörigen gefragt. Ein aktiver Informationsaustausch zwischen Mitarbeitern und Angehörigen findet am häufigsten im häuslichen Umfeld der ambulant betreuten Patienten statt. Dabei sind die Angehörigen der Bewohner in den Altenheimen, aber auch der Patienten in den ambulanten Bereichen,

immer oder häufig dankbar für jede Form der Fürsorge.

Die Angehörigen ...		N	Mittelwert
werden in den Betreuungs- und Abschiedsprozess einbezogen	AH*	214	1,70
	AMB**	115	1,59
	BH***	153	1,78
	Gesamt	482	1,70
beteiligen sich aktiv am Austausch von Informationen	AH	213	2,22
	AMB	118	2,01
	BH	159	2,28
	Gesamt	490	2,19
werden von mir bei der Sterbebegleitung seelsorgerisch unterstützt	AH	188	2,64
	AMB	90	2,76
	BH	126	2,92
	Gesamt	404	2,75
sind sehr dankbar für jede Form der Fürsorge	AH	224	1,77
	AMB	115	1,70
	BH	149	2,06
	Gesamt	488	1,84
werden von mir beim Abschiednehmen unterstützt	AH	221	1,97
	AMB	106	1,98
	BH	136	2,32
	Gesamt	463	2,07

*stat. Altenhilfe, **Ambulante Pflege, *** Behindertenhilfe

Die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Behindertenhilfe erleben es im Verhältnis zu den beiden anderen Befragungsgruppen

signifikant seltener, dass Angehörige für jede Form der Fürsorge dankbar sind.

Die Mitarbeiter wurden auch befragt, über welche Themen sie mit schwerst- und sterbenskranken Bewohnern/Patienten sprechen. Erst- und Zweitbefragung zeigen, dass die Mitarbeiter am häufigsten über die Bedürfnisse der Sterbenden sprechen, gefolgt von den Ängsten und Sorgen. Das schwierigste Gesprächsthema ist der Austausch über die Vorstellungen von Sterben und Tod sowie der Umgang mit „unerledigten“ Dingen. Mitarbeiter der ambulanten Pflege sprechen mit den Patienten signifikant häufiger über deren Leben als die Mitarbeiter in den Altenheimen und Behinderteneinrichtungen mit den Bewohnern. Mitarbeiter sprechen zum Zeitpunkt der Zweitbefragung auch signifikant häufiger mit den Bewohnern/Patienten über ihre letzten Wünsche als zum Zeitpunkt der Erstbefragung. Insgesamt hat die Kommunikation zu und über Palliative Care in den Projekteinrichtungen zugenommen.

Mitarbeiter, die Sterbende begleiten, empfinden bei der Verarbeitung von emotional belastenden Situationen besonders die Gespräche und den Austausch mit den Kollegen als unterstützend und hilfreich. Dabei wird in den Einrichtungen und Diensten mit steigender Tendenz über die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden gesprochen. Nach Angaben der Befragten werden aber auch viele Gespräche zwischen den Mitarbeitern in deren Freizeit geführt.

Der Vergleich der Ergebnisdaten von Erst- und Zweitbefragung zum Seelsorgeangebot zeigt keine wesentlichen Änderungen für den Projektzeitraum. Bis auf eine Ausnahme stehen den Mitarbeitern in allen teilnehmenden Einrichtungen Seelsorgeangebote zur Verfügung. Die Führungskräfte machen allerdings unterschiedliche An-

gaben zur Nutzung des Angebots durch die Mitarbeiter. Davon ausgehend, dass in den Einrichtungen in denen mindestens eine Führungskraft angegeben hat, dass auf das Seelsorgeangebot zurückgegriffen wird, nutzen die Mitarbeiter in 9 von 29 teilnehmenden Einrichtungen die seelsorgerische Betreuung. Bei der Zweitbefragung lässt sich eine erhöhte Nutzungsrate des Angebotes von Fallbesprechungen in den Einrichtungen feststellen. Demnach wird das Angebot nun in 18 von 29 Einrichtungen von den Mitarbeitern genutzt. Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe berichten von sehr guten Erfahrungen mit der Einberufung von „runden Tischen“ unter Ärztebeteiligung bei ethischen Entscheidungsfindungen.

Das Angebot zur Teilnahme an Supervisionen steht den Mitarbeitern zum Zeitpunkt der Erstbefragung in 23 von 30 Einrichtungen zur Verfügung. Entsprechend der Datenlage wird dieses Angebot in 5 Einrichtungen tatsächlich genutzt.

Die Ergebnisse der Erst- und Zweitbefragung zeichnen ein weitgehend unklares und teilweise auch widersprüchliches Bild davon, bis zu welchem Grad Mitarbeiter Gesprächsangebote tatsächlich kennen und auch nutzen. Und auch die Führungskräfte innerhalb einer Einrichtung haben einen unterschiedlichen Wissensstand bezüglich der Gesprächsangebote für die Mitarbeiter.

Innerhalb der Organisation sind Räume zu ermöglichen, die zielgerichtete Kommunikation ermöglichen und für die Beteiligten auch tatsächlich nutzbar sind. Absprachen und Entlastungsmöglichkeiten sind für Mitarbeiter und Führungskräfte Teil der Arbeit und Angebote der Seelsorge sind neben Bewohnern/Patienten auch Mitarbeitern zu erschließen.

3.5 Religion und Spiritualität

Der Erfolg einer Implementierung von Palliativkompetenz misst sich im Bereich der „Seelsorge“ daran, inwieweit es gelingt, die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse aller Betroffenen zu erkennen und zu würdigen und ob eine seelsorgerische Betreuung in der Einrichtung möglich oder organisierbar ist.

Die befragten Führungskräfte geben an, dass ihr christlicher Glaube der entscheidende Faktor sei, mit Sterben und Tod besser umgehen zu können. Glaube trage im Alltag und motiviere dazu, die Liebe Gottes, die selber erfahren wurde, im privaten aber auch im beruflichen Umfeld weiterzugeben. Allerdings trage ein Glauben „ohne Wurzeln“, der sich auf die Teilnahme an Ritualen reduziert und keinen wirklichen Sinnbezug herstellt oder persönlich vertieft wurde, in Krisensituationen wie der des Sterbens nicht.

An den Befragungen nehmen 75,3 Prozent der Mitarbeiter mit katholischer und 14,9 Prozent mit evangelischer Zugehörigkeit teil, 3,6 Prozent der Mitarbeiter gehören einer anderen Konfession oder Religion an und nur 6,2 Prozent rechnen sich keiner Konfession zu. Die befragten Führungskräfte rechnen sich zu 90,3 Prozent der katholischen, zu 8,1 Prozent der evangelischen und zu 1,6 Prozent einer anderen Konfession zu.

Religiös eingestellte Mitarbeiter betrachten ihren Glauben als sehr wichtige, immer zur Verfügung stehende Ressource, gerade auch bei der Begleitung von Sterbenden. Christlich orientierte Mitarbeiter fühlen sich bei Sterbebegleitungen durch ihren Glauben getragen. Dabei ist für den Großteil der befragten Mitarbeiter ihr Glaube etwas sehr persönliches und privates. Die Bewohner/Patienten erhalten allerdings nur von

einem Teil der Mitarbeiter spirituelle und religiöse Unterstützung. Die Gründe dafür liegen einerseits darin, dass die Hauptaufgabe der Betreuenden eher in der palliativ-pflegerischen Betreuung gesehen wird und andererseits persönliche Unsicherheiten im Umgang mit spirituellen Themen bestehen. Von einigen Befragten wird deshalb auch Fortbildungsbedarf zu der Bedeutung und den Hintergründen ritueller Handlungen und christlicher Symbole angemeldet.

Die christliche Hospiz- und Palliativkultur in stationären Einrichtungen wird in ganz entscheidendem Maße auch von der Haltung der Bewohner geprägt. Menschen, die im tiefen Glauben und Vertrauen auf Gott sterben und ohne Angst loslassen können, werden von Führungskräften, Mitarbeitern und Mitbewohnern als stärkend für den eigenen Glauben erlebt. Mitarbeiter sind allerdings auch erschüttert, wenn scheinbar gläubige Sterbende Angst vor dem Tod haben und so die Unsicherheit der Mitarbeiter vor dem eigenen Sterben fördern. Aus Sicht der befragten Mitarbeiter sollte die spirituelle Begleitung von Sterbenden ohne Anspruch auf Änderung, Besserung oder Läuterung der Betreuten erfolgen. Die religiöse/spirituelle Einstellung des Bewohners/Patienten wird unabhängig von der eigenen religiösen Überzeugung respektiert.

73 Prozent der befragten Mitarbeiter sehen sich in der Lage, die spirituelle und seelsorgerische Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden zu übernehmen. Im ambulanten Bereich wird die spirituelle und religiöse Betreuung von Sterbenden nur auf Anfrage des Betreuten oder seiner Angehörigen übernommen. Wenn es allerdings äußere Anzeichen gibt, die dafür sprechen, dass es sich bei dem Patienten um einen religiösen Menschen handelt,

wird auch aktiv nach dessen religiösen Bedürfnissen gefragt.

Auch den befragten Bewohnern gibt ihr christlicher Glaube Halt, macht sie zufrieden, versöhnlich, sozial und gelassen dem eigenen Tod gegenüber. Dabei ist der Umzug in ein Altenheim für viele Bewohner Anlass, verstärkt über die eigene Endlichkeit nachzudenken. Die Bewohner schätzen die Vielfalt an religiösen und spirituellen Angeboten in den Einrichtungen sehr und nutzen die Chance, ihre eigene Religiosität und Spiritualität aktiv zu leben, aber auch diese wieder neu zu entdecken. Im Hinblick auf das eigene Sterben ist es den Befragten von großer Wichtigkeit, nicht ohne den Empfang der Sakramente der Versöhnung, der Krankensalbung und der Heiligen Kommunion sterben zu müssen.

Unabhängig von ihren eigenen Überzeugungen ist es den Angehörigen sehr wichtig, dass in den Einrichtungen und Diensten die spirituellen und religiösen Bedürfnisse ihrer Familienmitglieder wahrgenommen und berücksichtigt werden. Die Sterbebegleitung von religiösen Familienmitgliedern wird aus Sicht der Angehörigen einfacher empfunden, weil sie das Gefühl haben, „Für den Menschen kann man auch halt ein bisschen was tun.“ Die Möglichkeiten einer professionellen und ehrenamtlichen Seelsorgebetreuung werden dabei von ihnen sehr geschätzt und auch persönlich wahrgenommen. Angehörige von ambulant betreuten Patienten suchen sich eine seelsorgerische Unterstützung eher im familiären Umfeld.

Professionelle christliche Seelsorge im Rahmen der Begleitung Sterbender benötigt einen reflektierten Glauben, psychologisches Grundwissen, Selbsterfahrung, Selbstreflexion und die Kenntnis wichtiger Kommunikationsregeln. Die Erfüllung des Seelsorgeauftrags ist somit auch für Laien

nicht ganz voraussetzungsfrei. Während es die Mitarbeiter nur teilweise richtig finden, dass sie den Bewohnern gegenüber einen Seelsorgeauftrag haben, vertreten die Führungskräfte überwiegend die Meinung, dass die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender auch als Seelsorgeauftrag für alle Betreuenden zu verstehen sei. Die Überzeugung, gegenüber den Bewohnern/Patienten einen Seelsorgeauftrag zu haben, vertreten zum Zeitpunkt der Zweitebefragung 28,1 Prozent aller befragten Mitarbeiter.

In den Einrichtungen der Caritas wird die Hospiz- und Palliativkultur ganz real gelebt und damit für alle Beteiligten sichtbar. Die Befragten weisen in diesem Zusammenhang auf verinnerlichte Prinzipien wie die Stärkung der Autonomie von Bewohnern und Patienten, die Förderung der Lebensqualität am Lebensende und die besondere Berücksichtigung einer adäquaten Schmerztherapie hin. Bisher konnte allerdings noch kein gemeinsamer Nenner gefunden werden, der aus Sicht aller Befragten das beschreibt, was eine spezifisch christliche Hospiz- und Palliativkultur ausmacht. Ein wichtiges Ergebnis der Befragungen ist jedoch, dass bei den Führungskräften und Mitarbeitern ein großer Gesprächsbedarf entstanden ist, sich gerade über religiöse und spirituelle Themen auszutauschen.

Mitarbeiter und Führungskräfte brauchen Möglichkeiten für die Auseinandersetzung mit dem eigenen Glauben und der eigenen Spiritualität. Sicherheit in christlichen Ritualen und Wertvorstellungen sind keine Selbstverständlichkeit und entsprechende Angebote notwendig. Die Auseinandersetzung mit der Frage „Was ist für uns *christliche* Hospizkultur?“ auf Trägerebene und in jedem Team kann identitätsstiftend wirken.

3.6 Christliche Rituale

Im Rahmen der schriftlichen Erstbefragung wurden die Mitarbeiter gebeten anzugeben, welche seelsorgerischen und spirituellen Handlungen von ihnen selbst durchgeführt werden. 80 Prozent der Befragten geben an, mindestens eine der genannten Handlungen durchzuführen. Rituale werden gerade in Abschieds- und Trauersituationen als sehr hilfreich empfunden, denn sie können Sicherheit geben, Situationen einen strukturellen Rahmen verleihen und emotionalen Rückhalt in schwierigen Lebenslagen fördern.

Auf Leitungsebene der Einrichtungen und Dienste werden Verfahrensabläufe und Regelungen für die Sterbephase und die Versorgung von Verstorbenen festgelegt. Auch für die Durchführung ritueller Handlungen für den Abschied von Verstorbenen gibt es Anleitungen und Anregungen. Viele Mitarbeiter haben darüber hinaus das Bedürfnis, mit persönlichen Ritualen auf ganz individuelle Art und Weise ihre Trauer ausdrücken zu können. Das Praktizieren von Trauer Ritualen trägt mit dazu bei, dass Hemmschwellen von Mitarbeitern sinken und es ihnen leichter fällt, sich mit den Themen Sterben und Tod zu befassen.

Die Mitarbeiterbefragung ergab, dass 56 Prozent aller befragten Mitarbeiter die Bewohner/Patienten beim Gebet unterstützen und Verstorbene umsorgen. 54,4 Prozent, d.h. gut jede zweite Betreuungskraft in den Altenheimen, ambulanten Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe, begleitet Bewohner/Patienten zur Heiligen Messe oder zum Gottesdienst. Mit 48,8 Prozent begleitet auch jeder zweite Mitarbeiter die Nahestehenden am Totenbett. Im Vergleich zur Erstbefragung steigt der Anteil der Mitarbeiter, die es als ihre Aufgabe sehen, sich um die spirituellen und seelsorge-

rischen Nöte von Bewohnern/Patienten zu kümmern von 33,7 auf 42,8 Prozent.

Die Mitarbeiter wurden dazu befragt, welche Rituale allgemein in ihrer Einrichtung bei der Begleitung schwerstkranker, sterbender und verstorbener Bewohner sowie deren Angehörigen durchgeführt werden. Die Auswertung der Mehrfachantworten mit Angaben zu den Häufigkeiten der gelisteten Rituale weist dabei ganz klar auf eine christliche Ausrichtung der Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen hin. Aus der Sicht von 72 Prozent der befragten Mitarbeiter sind Gebete die Rituale, welche in den Einrichtungen am häufigsten praktiziert werden. 69 Prozent der Mitarbeiter nehmen die Möglichkeit wahr, an Beerdigungen von verstorbenen Bewohnern/Patienten teilzunehmen. Beerdigungen finden in der Regel in der Freizeit der Mitarbeiter statt. Die Teilnahme basiert somit auf freiwilliger Basis und wird in der Regel vor allem bei verstorbenen Patienten/Bewohnern praktiziert, zu denen eine persönliche Beziehung bestand. Nach der Beobachtung der Mitarbeiter ist mit 71 Prozent die Krankensalbung die dritthäufigste spirituelle Handlung die in den Einrichtungen durchgeführt wird.

Auf der Ebene der Einrichtungen zeichnet sich zum Item Gebet ein differenzierteres Bild ab. Es lässt sich feststellen, dass es fast in jeder Einrichtung Mitarbeiter gibt, denen es ihren Angaben nach nicht bekannt ist, dass im Rahmen von Sterbebegleitungen Gebete gesprochen werden können. Da weder die Konfessionszugehörigkeit noch die Anzahl der Sterbebegleitungen Einfluss auf das Wissen um die Möglichkeit der Unterstützung durch das Gebet haben, kann nur vermutet werden, dass die Gründe des „Nichtwissens“ auf die persönlichen Einstellung des jeweiligen Mitarbeiters zurückgeführt werden kann.

Viele Mitarbeiter aus Hauswirtschaft, Haus-technik und Verwaltung sind aufgrund ihrer Tätigkeitsbereiche, nicht selten aber auch auf einer persönlichen Ebene, in die Begleitung von Sterbenden involviert. Auch diese Mitarbeiter wurden zu Themen der christlichen Hospiz- und Palliativkultur befragt. Es fällt auf, dass das Item „In unserer Einrichtung haben Mitarbeiter die Möglichkeit sich von sterbenden und verstorbenen Bewohnern/Patienten zu verabschieden“ von diesen Mitarbeitergruppen aus Altenheimen und Sozialstationen zum Zeitpunkt der Zweitbefragung signifikant besser bewertet wird, als bei der Erstbefragung. Für diese Berufsgruppen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe lassen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede nachweisen.

Die Bewohner im stationären Bereich haben das Interesse und auch die Möglichkeit sich an Sterbebegleitungen ihrer Mitbewohner zu beteiligen und diese zu gestalten. Die Rituale des Hauses sind den Bewohnern bekannt und werden als sehr wichtig bewertet. Auf Wunsch können die Bewohner an der Gestaltung der Sterbe- und Abschiedsrituale partizipieren. Als Teil der Trauerarbeit ist einigen Mitbewohnern das „Anschauen“ der aufgebahrten Verstorbenen sehr wichtig. Vereinzelt legen Bewohner bis in das kleinste Detail fest, wie nach ihrem Tod mit ihnen verfahren werden soll. Bewohner/Patienten die das Thema Tod und Sterben vermeiden, zeigen auch wenig Interesse an Ritualen.

Angehörige von verstorbenen Patienten begrüßen es in der Regel, wenn sie im häuslichen Bereich bei der Durchführung von rituellen Handlungen von den Pflegekräften unterstützt werden. Als hilfreich und entlastend empfinden sie es auch, wenn der Verstorbene schon zu Lebzeiten festgelegt hat, was mit seinen sterblichen

Überresten nach dem Tod geschehen soll. Angehörige von Bewohnern, die in einer stationären Einrichtung verstorben sind, richten sich bei der Auswahl der rituellen Handlungen in der Regel nach den Wünschen des Verstorbenen aber auch nach den rituellen Gepflogenheiten des Hauses. Die Rituale und die Erinnerungskultur einer Einrichtung sind den Angehörigen sehr wichtig. Sie werden als Wertschätzung gegenüber dem Verstorbenen, aber auch gegenüber den Angehörigen empfunden und unterstützen bei der Trauerarbeit und beim Erinnern.

Die christliche Prägung der Einrichtungen und Dienste wird besonders erfahrbar durch sichtbare Zeichen. Zu diesen gehören christliche Rituale und Symbole. In den Einrichtungen und Diensten ist der Stellenwert dieser Zeichen zu thematisieren und es sind Möglichkeiten der Fortbildung und persönlichen Auseinandersetzung zum Umgang mit christlichen Ritualen anzubieten. Die Teilnahme von Mitarbeitern und Führungskräften an Beerdigungen liegt im Interesse der Träger als Zeichen der Würdigung des Verstorbenen durch die Einrichtung und für den persönlichen Abschied der Beteiligten.

3.7 Standards, Checklisten, Leitlinien

In Krisensituationen bietet die Vereinheitlichung bestimmter Abläufe Handlungsorientierung, begünstigt ein hohes Maß an Pflege- und Betreuungsqualität und erleichtert den Arbeitsalltag durch Verringerung der „Reibungsverluste“ im täglichen Miteinander. Standards sind dann hilfreich, wenn die Mitarbeiter an deren Erstellungsprozess beteiligt sind und sich die Anzahl der Dokumente auf die wichtigsten Kernprozesse mit entsprechenden Verantwortlichkeiten und mit dem Fokus auf deren Praktikabilität und Umsetzbarkeit beschränkt.

Bei der Zweitbefragung fällt auf, dass bei allen zur Auswahl stehenden Dokumententypen der prozentuale Anteil der Führungskräfte, die damit arbeiten, zum Teil erheblich gestiegen ist. Zu den am häufigsten genannten Kategorien gehören mit jeweils 92,4 Prozent der Fälle, *Standards zur Mundpflege* und zum *Umgang mit Todesfällen*. Während bei der Erstbefragung 59,5 Prozent der Führungskräfte angeben, über ein *Konzept zur Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität* der Bewohner/Patienten zu verfügen sind es bei der Zweitbefragung bereits 84,8 Prozent der Befragten. Die Standards zum Umgang mit Krampfanfällen sind die Dokumententypen, die mit einem Anteil von 43,9 Prozent die geringste Verbreitung in den teilnehmenden Einrichtungen finden. Bei exemplarischer Überprüfung der Ergebniswerte der Erstbefragung fällt allerdings auf, dass Führungskräfte aus fünf Einrichtungen widersprüchliche Angaben zum Vorhandensein von Standards bei Todesfällen machen. Die Ursachen dafür liegen vermutlich in den verschiedenen Aufgabengebieten der Führungskräfte. Eine Führungskraft auf Verwaltungsebene hat beispielsweise weniger Detailwissen darüber, ob in der Einrichtung mit *Pflegestandards zu Schluck-*

störungen gearbeitet wird. Es ist im Sinne der Transparenz der Prozesse dennoch erstrebenswert, dass die in der Einrichtung vorhandenen Regelungen an alle Mitarbeiter überzeugend kommuniziert werden.

Die Einführung neuer Standards und Regelungen wird in Einzelfällen auch als Führungsinstrument genutzt. Dabei ist den Führungskräften eine Sterbebegleitung „mit Herz und Verstand“ wichtiger als die unreflektierte Abarbeitung von Regelungen und Standards. Die Führungskräfte vertreten unterschiedliche Meinungen zur praktischen Relevanz von Qualitätsdokumenten: „Es muss schon alles in den Köpfen der Mitarbeiter drin sein“ einerseits und „recht viel langsamer bin ich dann auch nicht, wenn ich das lese und dann mach ich das Schritt für Schritt“ andererseits. Generell geben Standards den Mitarbeitern Handlungssicherheit und sind hilfreich bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Einige Mitarbeiter vertreten gegenüber dem Thema Qualitätsdokumente eine eher kritische Einstellung. So wird bei vielen Standards der Realitätsbezug vermisst und die Mitarbeiter fragen sich „wer die immer erstellt“. Besonders im ambulanten Bereich wird die Verwendung von Standards eher skeptisch beurteilt, da sich die tatsächliche Versorgung nach den Wünschen des Sterbenden und der familiären Situation richtet. Die Mitarbeiter von zwei Einrichtungen der Behindertenhilfe berichten, dass die gültigen Qualitätsdokumente im Intranet jedem Mitarbeiter verfügbar sind und bei Bedarf abgerufen werden können. Die Qualitätsdokumente werden von den Mitarbeitern in diesem Zusammenhang eher als unterstützend im Arbeitsablauf erlebt.

Informationsveranstaltungen zum Thema Patientenverfügung stoßen bei den Bewohnern in den stationären Einrichtungen auf großes Interesse. Palliative Fachkräfte

beraten und informieren Bewohner aber auch interessierte Mitarbeiter über das Thema Patientenverfügung. Dass sich für eine zunehmende Anzahl von Bewohnern der Wunsch, das Lebensende im vertrauten Umfeld zu erleben, erfüllt, wird auch auf eine erfolgreiche Aufklärungsarbeit zum Thema Patientenverfügung zurückgeführt. Mitarbeiter von ambulanten Einrichtungen sehen Patientenverfügungen überwiegend noch als Privatangelegenheit der Patienten an.

Wenn Bewohner/Patienten eine Patientenverfügung verfassen, haben sie sich vorher sehr genau mit der Thematik auseinandergesetzt. Die Bewohner, die eine Patientenverfügung für sich erstellt haben, äußern die Hoffnung, dass trotz rechtlicher Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, im Ernstfall die individuelle Gesamtsituation des Bewohners mit berücksichtigt wird. An dieser Stelle wird bei den befragten Bewohnern/Patienten auch eine Unsicherheit über die persönlichen Festlegungen spürbar. Diese beziehen sich inhaltlich in der Regel auf den Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen und die Durchführung von schmerztherapeutischen Behandlungen.

Den Nahestehenden fällt es nicht immer leicht, die Entscheidung einer Therapiezieländerung von einer kurativen hin zu einer palliativen Zielsetzung zu akzeptieren. Alle befragten Angehörigen lehnen es ab, für sich selbst eine Patientenverfügung zu verfassen, oder finden den Gedanken daran befremdlich. Eine der befragten Angehörigen gibt an, dass sie sich im Ernstfall lieber auf ihre Familienmitglieder verlasse.

Nach dem jetzigen Stand hat jede Einrichtung einen ganz „einrichtungsspezifischen Fundus“ an Qualitätsdokumenten zu palliativen Themen. Die Auswertung der Daten zeigt, dass die Führungskräfte allerdings

einen ganz unterschiedlichen Wissenstand über die vorhandenen Qualitätsdokumente aufweisen.

Das „Sterben nach Standard“ ist sicherlich kein Ziel einer christlichen Hospizkultur. Dennoch können Handreichungen, Empfehlungen und Checklisten dabei helfen, Wesentliches nicht aus den Augen zu verlieren und den Blick für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu wahren. Durch die Beteiligung der Mitarbeiter an der Dokumentenerstellung werden die Regelungen praxisnah gestaltet und damit besser akzeptiert.

3.8 Relevante Unterschiede zwischen den Einrichtungsformen

Die Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen bzw. Dienste unter dem Dach der Caritas sind in ihrem Arbeitsalltag in unterschiedlichem Maße mit der Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen konfrontiert. Während in den Altenheimen und ambulanten Diensten dieses Thema schon seit längerem präsent ist, findet es in den Einrichtungen der Behindertenhilfe erst in jüngerer Zeit verstärkte Beachtung. Menschen mit Behinderung haben heute vielfach eine ähnliche oder gleiche Lebenserwartung wie Menschen ohne Behinderung. Die Auslöschung beinahe einer ganzen Generation von Menschen mit Behinderungen im Nationalsozialismus wirkt sich bis heute aus.

Für alle drei Arbeitsfelder gilt, dass die befragten Mitarbeiter die Erweiterung der pflegerischen Handlungsfelder durch die Aneignung von palliativen Fachkompetenzen als Bereicherung und Aufwertung ihrer Tätigkeit erleben. Neben dem traditionellen Aufgabenbereich der Pflege hat sich das Handlungsrepertoire der Pflegekräfte auf die Unterstützung, Beratung und Anleitung der zu pflegenden Bewohner/Patienten und ihrer jeweiligen Bezugspersonen erweitert. So berichtet beispielsweise eine Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes, dass sie von den Angehörigen einer Patientin gebeten wurde, sie im häuslichen Umfeld über das Thema Patientenverfügung zu informieren und aufzuklären. Pflegekräfte mit palliativen Fachkompetenzen übernehmen die Rolle eines Multiplikators, welcher palliatives Fachwissen, sowohl im beruflichen, als auch im privaten Bereich weitergibt. Diese Aufgabe wird von den Befragten als intrinsisch motivierend für den Berufsalltag erlebt.

Da immer noch viele der ambulant betreuten Patienten im Krankenhaus sterben, haben die ambulanten Pflegekräfte nur selten die Möglichkeit, Sterbende in der allerletzten Lebensphase zu begleiten. Im häuslichen Umfeld haben die Patienten und deren Angehörige zudem ganz unterschiedliche Erwartungshaltungen und Ansprüche daran, wie und bis zu welchem Grad sich eine Pflegekraft an Sterbebegleitungen beteiligen sollte. Für Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die in die Familien von schwerstkranken und sterbenden Patienten kommen, ergeben sich häufig schwierige Situationen durch die psychische und physische Überbelastung der Angehörigen. Mitarbeiter sind hier auch mit Situationen konfrontiert, in denen der Wunsch nach Sterbehilfe offen oder verdeckt formuliert wird. Es kommt auch vor, dass in der Familie nicht über das Thema Tod und Sterben gesprochen werden darf, weil die Pflege von Angehörigen zum Lebensinhalt der Familie geworden ist. Als besonders belastend erleben es Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, wenn Patienten sozial isoliert und vereinsamt sind.

Von Seiten der Mitarbeiter im ambulanten Bereich besteht ein Bedürfnis, sich an rituellen Handlungen, wie z.B. dem Aufbahren und Herrichten von Verstorbenen zu beteiligen. Nicht alle Angehörigen sind aber bereit, dafür die Kosten zu übernehmen. An den Beerdigungen von Patienten im ambulanten Bereich wird nur teilgenommen „wenn diese besonders ans Herz gewachsen sind“. In der Regel reicht den Mitarbeitern das Gefühl, gute Arbeit geleistet zu haben.

Im Vergleich mit den Mitarbeitern, welche direkt im Pflege- und Betreuungsdienst beschäftigt sind, werden sterbende Bewohner/Patienten von den sonstigen Mitarbeitern, besonders im Bereich der Altenheime,

weitaus weniger häufig wahrgenommen. Dennoch haben in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe 63 Prozent der Mitarbeiter aus Technik, Verwaltung, Hauswirtschaft und anderen Bereichen direkten oder indirekten Kontakt mit Sterbenden und sind somit thematisch involviert.

Im Gegensatz zu den ambulant betreuten Patienten haben die Bewohner einer konfessionell geführten, stationären Einrichtung durch die Vielfalt an religiösen und spirituellen Angeboten die Chance, ihre eigene Religiosität und Spiritualität aktiv mit anderen gemeinsam zu leben aber auch diese wieder neu zu entdecken. Die Befragten berichten, dass innerhalb der Einrichtungen viel über religiöse und spirituelle Themen gesprochen und diskutiert wird. Menschen, bei denen spürbar ist, dass sie ihren Glauben lebendig leben, werden besonders häufig auf spirituelle und religiöse Themen angesprochen, so dass der Gedankenaustausch zwischen den Bewohnern zuweilen auch den Charakter einer seelsorgerischen Betreuung annimmt.

Ob Mitarbeiter Sterbende begleiten ist nicht nur durch die absolute Anzahl der Todesfälle, der beruflichen Qualifikation der Betreuenden oder der individuellen Motivation Sterbende zu begleiten bedingt, sondern hängt auch von den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung ab. In den großen Einrichtungen der Behindertenhilfe ist nicht jede Wohngruppe personell und bautechnisch darauf ausgerichtet und geeignet, Sterbende zu betreuen. Bewohner, deren Zustand sich dauerhaft gravierend verschlechtert, verlassen ihre vertraute Umgebung und werden in andere Wohnbereiche verlegt. Das Projekt gab nun den Anstoß, über neue Konzeptionen nachzudenken, nach denen es möglich ist, dass die Bewohner auch im Fall schwerer Er-

krankung in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können.

In der Regel werden die Entscheidungen über den mutmaßlichen Willen von Menschen mit geistiger Behinderung von deren gesetzlichen Betreuern getroffen. Die befragten Mitarbeiter aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe haben es deshalb noch nicht erlebt, dass für Bewohner mit geistiger Behinderung eine schriftliche Vorausverfügung hinterlegt wurde.

Unterschiedliche Voraussetzungen in den drei Einrichtungsformen verlangen nach individuellen Zugängen für die Weiterentwicklung der Hospizkultur. Gleichzeitig können diese Unterschiede als gegenseitige Lernanlässe für die eigene Einrichtungsform neue Perspektiven eröffnen.

Mitarbeiter ambulanten Pflegedienste können in ihrer Rolle als Teil des Versorgungsteams gestärkt werden; der Begrenztheit einer kontinuierlichen Begleitung ist mit einer Stärkung der Vernetzung zu begegnen. Dem individuellen Bedürfnis des Abschiednehmens ist zu entsprechen und z.B. die Teilnahme an Beerdigungen in der Dienstzeit zu ermöglichen.

Pflegefachliche Expertise ist in den Einrichtungen der Behindertenhilfe auszubauen. Die traditionell verankerte Partizipation der Zielgruppe ist für deren letzte Lebensphase konsequent weiterzuentwickeln.

Das Sterben der Bewohner von Altenheimen betrifft die Mitarbeiter aller Bereiche und somit sind alle bei der Etablierung der Hospizkultur zu beteiligen.

3.9 Was wünschen bzw. brauchen die Beteiligten?

Es sind die Menschen, welche in den Einrichtungen und Diensten der Caritas arbeiten und leben bzw. von ambulanten Diensten der Caritas versorgt werden, die mit ihren Erfahrungen, ihrem Wissen, ihren Fähigkeiten, ihrem Engagement und auch ihrem persönlichen Glauben eine christliche Hospiz- und Palliativkultur prägen. In den Gruppen- und Einzelinterviews wurden deshalb Führungskräfte, Mitarbeiter, Bewohner und Patienten sowie Angehörige von Verstorbenen befragt, wie sie aus ihrer jeweiligen, individuellen Perspektive heraus den Prozess der Implementierung und Weiterentwicklung von christlicher Hospiz- und Palliativkultur wahrgenommen, mitgestaltet und erlebt haben.

Aus Sicht vieler Führungskräfte und Mitarbeiter wurde durch die Projektarbeit das bisherige Randthema in die Mitte gerückt. Mitgenommen wurde insbesondere die Erkenntnis, dass der letzte Lebensabschnitt, das Sterben, der Sterbende wichtig sein dürfen, aber auch dass die Fürsorge für Mitarbeiter und die Hinterbliebenen elementar ist.

Die Frage, was christliche Hospiz- und Palliativkultur bedeute, habe viele zum Nachdenken angeregt und zu einem Gedankenaustausch animiert, der in dieser Art in den Einrichtungen bisher nicht praktiziert wurde, da sonst eher praktische Dinge im Vordergrund stünden. Unter den Führungskräften und Mitarbeitern gibt es einen großen Bedarf, sich über spirituelle Themen auszutauschen, und so soll in zukünftigen Projekten dem Thema Spiritualität und Religiosität im Rahmen von Sterbebegleitungen mehr Gewicht gegeben und in das Zentrum der Planungen gestellt werden. Auch von Angehörigen, Ärzten und weiteren externen Partnern werden zunehmend

spirituelle Fragen gestellt, deren Beantwortung den Führungskräften und Mitarbeitern nicht immer leicht fällt. Zudem konnte bisher noch kein gemeinsamer Nenner gefunden werden, welcher beschreibt, was die Einrichtungen und Dienste als christliche, kirchliche Häuser ausmacht. Die Einrichtungen wünschen sich deshalb in dieser Hinsicht Unterstützung und bitten darum, dass der Austausch zu spirituellen und religiösen Themen auch nach Projektende nicht aus den Augen verloren wird. Auch der Wunsch nach einer besseren seelsorgerischen Betreuung der Mitarbeiter wird geäußert.

Generell gibt es einige Rückmeldungen, dass durch die Notwendigkeit der gleichzeitigen Bearbeitung anderer Aufgabengebiete, der Wissenstransfer in die Einrichtungen und Dienste trotz des großen Engagements aller Beteiligten nur bis zu einem gewissen Grad realisiert werden konnte. Mitarbeiter stehen in ihrem Bestreben, den Sterbenden Beistand zu leisten, in der Praxis vielfach im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmungsrecht des Bewohner/Patienten und fühlen sich dadurch in ihren Handlungspraktiken verunsichert.

Als wichtiges Ergebnis der Befragung bleibt festzuhalten, dass die bisherige Unterstützung durch den Caritasverband den Teilnehmern die Hoffnung gibt, dass das Thema auch weiterhin auf der Agenda bleibt und unterstützt wird.

Als weiteres wichtiges Ergebnis ist zu dokumentieren, dass sich die Haltung der Mitarbeiter zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden im Rahmen des Projektes verändert hat: „Es werden Dinge anders gedacht, anders gemacht und anders kommuniziert“. Allerdings sichert erst die Partizipation aller Betroffenen die Nachhaltigkeit der im Projekt implementier-

ten Palliative Care Prozesse und Strukturen.

Mitarbeiter haben durch ihr im Projekt erweitertes Fachwissen und die erworbenen Palliativkompetenzen mehr Sicherheit im Umgang mit den Sterbenden und ihren Angehörigen erworben. Sie stehen als Multiplikatoren in den Einrichtungen beratend zur Verfügung und haben durch ihr Engagement bei den Kollegen das Interesse für Palliative Care geweckt. Das hat zur Konsequenz, dass die Befragten jetzt einen „riesigen Fortbildungsbedarf“ bei den Mitarbeitern feststellen. Es wird deshalb empfohlen, auch weiterhin Fort- und Weiterbildungsangebote zu palliativen Themen anzubieten, Inhouse-Schulungen durch Multiplikatoren oder Palliativfachkräfte zu fördern und regelmäßig Erfahrungen - best/worst practices - auszutauschen.

Die Mitarbeiter der Altenheime wünschen sich für die Zukunft mehr Zeit und Personal für die Betreuung und Begleitung von sterbenden Bewohnern sowie eine verbesserte Palliativkompetenz zur Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Bewohnern.

Auch die Mitarbeiter der ambulanten Einrichtungen und Dienste wünschen sich vor allem mehr Zeit für die Palliativpflege und die Möglichkeit, auch weiterhin an Fort- und Weiterbildungen zu palliativen Themen teilzunehmen. Zudem ist ihnen eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Ärzten ein Anliegen.

Die Mitarbeiter der Behinderteneinrichtungen finden es für die Zukunft am wichtigsten, die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und gesetzlichen Betreuern zu verbessern. Verbesserungsmöglichkeiten werden aber auch hier in dem Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu Palliative Care Themen sowie in einer per-

sonelle Entlastung der Betreuungskräfte bei Sterbebegleitungen gesehen.

Im Hospizprojekt wurden „viele kleine Schritte“ gegangen. Schritte, wie die Erweiterung der pflegerischen Fachkompetenzen, die Einführung von Fallbesprechungen mit Betreuern und Angehörigen, die Einführung neuer Abschiedsrituale oder die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Palliativmedizinerinnen. Besonders die Zusammenarbeit mit Ärzten und Hospizdiensten hat sich spürbar verbessert und davon profitieren alle Beteiligten.

Die Weiterentwicklung und Verstetigung einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur bleibt auch nach Projektschluss auf der Agenda der Einrichtungen. Es ist geplant, dass viele der im Projekt gegebenen Anregungen und Ideen mit der Unterstützung von lokalen Projektgruppen umgesetzt werden, denn „jetzt geht es erst richtig los!“

Autoren

Diplom-Soziologin **Daniela Lindemann**

Durchführung der Evaluation im Projekt Christliche Hospiz- und Palliativkultur als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Katholischen Stiftungsfachhochschule München (2009-2011), wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. **Maria Wasner** M.A.

Stiftungsprofessur für Soziale Arbeit in Palliative Care, Katholische Stiftungsfachhochschule München und Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Diplom-Sozialpädagoge (FH) **Benjamin Straßer** MAS (Palliative Care)

Leiter des Projekts Christliche Hospiz- und Palliativkultur, Hospizreferent des Caritasverbands der Erzdiözese München und Freising e.V.

Dr. **Thomas Hagen**

Leiter des Fachbereichs Krankenhauseseelsorge, Fachreferent für Palliative Care und Hospizpastoral, Erzbischöfliches Ordinariat München

Bezugsadressen

Gedruckte Exemplare erhältlich über:

Karin Rusteberg, Telefon (089) 5 51 69-361, karin.rusteberg@caritasmuenchen.de

PDF-Download unter:

www.caritasmuenchen-hospizkultur.de (im Downloadbereich)

Dank

Die Durchführung der wissenschaftlichen Evaluation wurde durch die Erzdiözese München und Freising finanziert und von der Bayerischen Stiftung Hospiz und der Josef-Stanglmeier-Stiftung finanziell gefördert. Wir danken für dieses große Engagement.

ISBN 978-3-00-036293-4

**Caritasverband der Erzdiözese
München und Freising e.V.**

Hirtenstraße 4

80335 München

Telefon (089) 5 51 69-0

info@caritasmuenchen.de

www.caritasmuenchen.de

