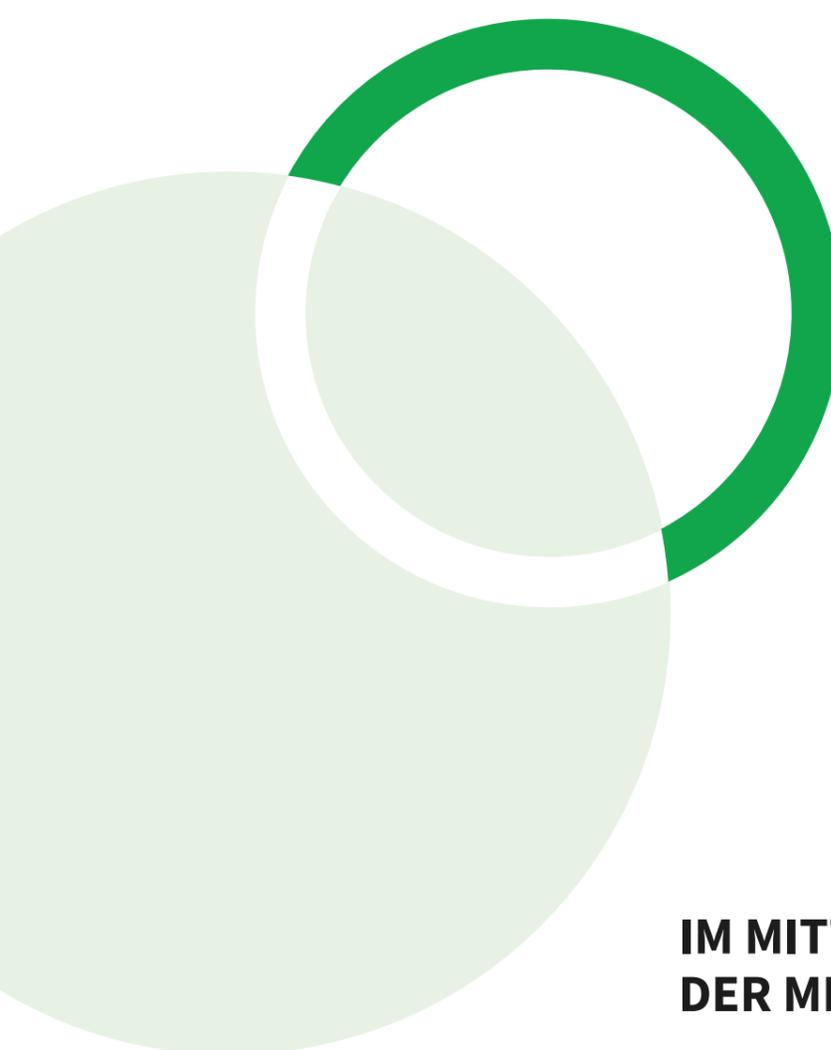




STERBEN IN WÜRDE – EIN WEGWEISER FÜR DIE PRAXIS

JG-Fachkonzept

Stand 2022



IM MITTELPUNKT DER MENSCH

INHALT

SEITE

04	1.	Einleitung
06	2.	Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung
07	3.	Gesetzliche Rahmenbedingungen
07	4.	Ziele der Palliativversorgung
08	5.	Bedürfnisorientierte Pflege
08	5.1.	Körperliche Dimension
09	5.2.	Psychosoziale Dimension
09	5.3.	Spirituelle Dimension
09	5.4.	Symptombehandlung
10	6.	Eingesetzte Modelle und Konzepte
10	6.1.	Ethische Fallbesprechungen
11	6.2.	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
12	6.3.	Advance Care Planning
14	6.4.	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen
16	7.	Palliativversorgung in den Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft
16	7.1.	Rituale am Ende des Lebens
18	7.2.	Ernährung am Lebensende
19	7.3.	Begleitung demenziell veränderter Menschen
20	7.4.	Kultur- und religionsrelevante Aspekte
22	7.5.	Versorgung verstorbener Bewohner:innen
24	7.6.	Abschiedsgestaltung
24	7.7.	Begleitung von An- und Zugehörigen
25	7.8.	Erinnerungskultur
26	7.9.	Qualitätssicherung
27	7.10.	Kooperationen
28		Anhang Merkmale des Sterbens
30		Adressen und Literaturhinweise
31		Quellenverzeichnis

IMPRESSUM:

Herausgeber: Josefs-Gesellschaft gGmbH | Gestaltung: Stefanie Schulz, www.brandElements.de, Karlsruhe
 Druck: Josefs-Druckerei im Josefsheim, Bigge | Köln, Juli 2022

1. EINLEITUNG

Wie die Geburt ist auch das Sterben ein grundlegendes Ereignis jeden Lebens. Jeder Mensch wird unausweichlich mit dem Tod konfrontiert.

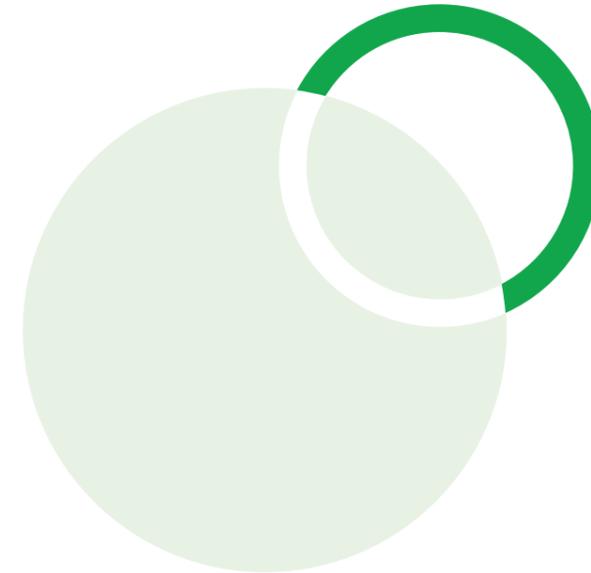
Viele Menschen schlafen am Ende eines langen erfüllten Lebens friedlich ein. Für einige Menschen kommt dieses Ereignis durch Unfälle oder Erkrankungen sehr plötzlich und ohne umfangreiche Ankündigung, bei anderen gehen eine lange Lebensspanne, eine schwere Erkrankung oder Multimorbidität voraus.

Gemäß dem Magazin „Zeit Online“ stirbt knapp jede:r Dritte in einer Pflegeeinrichtung. Die Verweildauer in Altenpflegeheimen beträgt durchschnittlich 2,6 Jahre. Für fast alle Bewohner:innen ist eine Altenhilfeeinrichtung somit die letzte Station ihres Lebens. Dies untermauert die Dringlichkeit, sich als Sozialeinrichtung, insbesondere als Altenpflegeeinrichtung, aber auch als Krankenhausträger, Hospiz oder auch als Einrichtung der Eingliederungshilfe mit dem Thema Sterben auseinanderzusetzen. Denn jeder Mensch hat das Recht auf einen würdevollen Tod und jede:r sollte das Recht haben, auch die letzte Phase des Lebens nach den eigenen Wünschen gestalten zu können.

Mehr noch als in Altenpflegeeinrichtungen stirbt sogar jeder zweite ältere Mensch in einem Krankenhaus. Dies ist sicherlich auch eine Folge von unzureichender Vorsorgeplanung und der oftmals geringen Auseinandersetzung mit den Wünschen rund um den eigenen Tod. Lediglich jeder fünfte Sterbefall ereignet sich im häuslichen Umfeld, obwohl sich drei Viertel der älteren Menschen dies wünschen.

Um den Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, ist es für die Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft notwendig, Richtlinien und Standards zu beschreiben, welche die Wünsche der Sterbenden in den Mittelpunkt stellen und Sterbebegleiter:innen eine Unterstützung bieten.

Die Würde einer/eines Sterbenden zu erhalten, stellt jedoch gewisse Herausforderungen dar. Viele Menschen wünschen sich zu sterben, bevor sie hilfe- und pflegebedürftig werden. Diesen Wunsch löst oftmals die Bedrohung aus, zum Ende des Lebens die empfundene eigene Würde durch Hilflosigkeit zu verlieren. Der Gedanke, körperlich oder geistig eingeschränkt auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein und ihnen „zur Last zu fallen“, beinhaltet für viele Menschen per se keinen würdevollen Tod. Der Zustand einer umfassenden Pflegebedürftigkeit ist während der Sterbephase jedoch häufig unumgänglich. Es fordert einen besonderen Balanceakt, das Sterben mit all seinen Facetten, auch für die Wahrnehmung der/des Sterbenden, als würdevoll zu gestalten.



„Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Sie/Er muss darauf vertrauen können, dass sie/er in ihrer/seiner letzten Lebensphase mit ihren/seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung ihres/seines Willens getroffen werden.“

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

„Würde erwächst aus der Würdigung in sozialen Beziehungen.“ Ob und in welchem Maße Pflegebedürftigkeit als Bedrohung der Würde angesehen wird, ist demnach also auch abhängig vom Ausmaß und von der Stabilität sozialer Beziehungen. An- und Zugehörige, Mitbewohner:innen und Mitarbeitende spielen somit eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung eines würdevollen Todes.

Darüber hinaus kann der Glaube der/dem Sterbenden einen besonderen Halt beim Annehmen der Hilfsbedürftigkeit geben. Basierend auf diesem Hintergrund lässt sich der Prozess des Sterbens auch für die Empfindung der/des Sterbenden würdevoll gestalten.

2. GRUNDSÄTZE DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Die ersten Hospize, die den Auftrag verfolgten, Sterbende würdevoll bis zum Tod zu begleiten, wurden in Deutschland 1986 eröffnet. Der bis heute stetige Aufbau von weiteren Hospizplätzen zeigt den Bedarf an professioneller Sterbebegleitung auf. Die Begleitung von Menschen während ihrer letzten Lebensphase ist nicht nur ins öffentliche Bewusstsein gerückt, sondern auch in den Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft zum Thema geworden. Die Auseinandersetzung mit der Sterbebegleitung stellt eine wichtige Aufgabe dar.

Bei Menschen in hohem Lebensalter erfolgen häufig kurative (heilende) und palliative (lindernde und sorgende) Maßnahmen und Behandlungen parallel. Palliative Begleitung – in diesem Sinne – ist nicht auf die letzte Lebenszeit und den Sterbeprozess begrenzt. Eine palliative Haltung gegenüber den bei uns lebenden Menschen ist bereits mit Einzug der Bewohner:innen erforderlich.

Das Sterben stellt einen natürlichen Prozess am Lebensende dar. Die Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft sehen sich daher als lebensbejahende, sinnerfüllte Lebensorte für ihre Bewohner:innen und zugleich auch als Orte, an denen sich der Kreis des Lebens in Würde schließen kann.

Leben und Sterben – beides soll einen guten Platz in unseren Häusern haben. Das Thema Tod und Sterben soll auf natürliche Weise präsent, aber nicht erdrückend sein. Sterbebegleitung ist Lebensbegleitung; die hier Lebenden sollen auch in ihrem Sterben einführend begleitet werden. Soweit irgend möglich, sollen im Sterbeprozess Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Maßstab aller Entscheidungen sind das Wohlbefinden, die Bedürfnisse und die Lebensqualität der Betroffenen. An- und Zugehörige werden nach Möglichkeit in die Prozesse einbezogen. Auch ihnen gilt unsere Aufmerksamkeit.

Körperliche, psychosoziale und spirituelle Belastungen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, bilden Ansatzpunkte der Hospiz- und Palliativversorgung. Aufgabe der Versorgung ist es, Schmerzen frühzeitig zu erkennen, sorgfältig einzuschätzen und entsprechend zu behandeln. Des Weiteren ist die psychosoziale und spirituelle Betreuung der/des Erkrankten und ihrer/seiner An- und Zugehörigen maßgebend. Die Palliativmedizin begleitet Sterbende dabei, ihr Leben in der letzten Phase so aktiv wie möglich gestalten zu können. Eine erhöhte Lebensqualität des Erkrankten kann ebenfalls positive Auswirkungen auf den Verlauf der Krankheit haben. Darüber hinaus besteht ein weiterer Teil der Versorgung darin, An- und Zugehörige im Umgang mit ihrer Trauer zu unterstützen und zu beraten.

Um den Bedürfnissen der Patient:innen und ihrer Familien angemessen begegnen zu können, beruht die palliative Versorgung auf einem Teamansatz. Ein Palliativteam kann sich aus Palliativmediziner:innen, Palliativpflegefachkräften, Apotheker:innen, Seelsorger:innen, Physiotherapeut:innen, beratenden und koordinierenden Institutionen etc. zusammensetzen.

3. GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Seit Dezember 2015 ist das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) rechtswirksam. Maßnahmen zur Förderung einer umfassenden Hospiz- und Palliativversorgung, auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen, werden durch dieses Gesetz gefördert.

Mit Inkrafttreten des HPG ist die Palliativversorgung nun ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung gesetzlicher Krankenversicherungen. Insgesamt bekommen Hospizdienste einen größeren finanziellen Handlungsspielraum. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen ist dazu angehalten, regelmäßig über die verschiedenen Versorgungsinstrumente zu informieren, um eine größere Transparenz bezüglich der Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung zu schaffen. Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Wahl von Hospiz- und Palliativleistungen. Themen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung stehen bei der Beratung im Vordergrund. Pflegeheime können ihren Bewohner:innen gemäß § 132 g SGB V eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert. Die Beratung kann im Rahmen eines Advance Care Planning (ACP) stattfinden. Das Konzept wird im Folgenden ausführlicher beschrieben. Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzt:innen müssen verpflichtend abgeschlossen werden. Ärzt:innen, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen Transparenz bezüglich der Kooperationen mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten schaffen.

4. ZIELE DER PALLIATIVVERSORGUNG

Palliativversorgung bedeutet die ganzheitliche Fürsorge durch Vorbeugung und Linderung der körperlichen Beschwerden und die damit verbundene Minimierung des Leidens. Die Verbesserung der Lebensqualität steht dabei im Vordergrund. Ziel der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung ist es, die Bewohner:innen im letzten Abschnitt ihres Lebens bestmöglich zu begleiten. Maßstab pflegerischen Handelns sind dabei der Wille und die Bedürfnisse der/des Betroffenen. Niemand soll allein sterben müssen. In der letzten Lebensphase wollen wir unsere Bewohner:innen intensiv begleiten. An- und Zugehörige bedürfen ebenfalls besonderer Begleitung.

Unser Ziel ist es, ein möglichst angst- und schmerzfreies Sterben in unseren Häusern zu ermöglichen. Hierfür bedarf es guter Kooperationen zwischen behandelnden Ärzt:innen, Pflegekräften und An- und Zugehörigen, ggf. einbezogenen Palliativteams, Hospizhelfer:innen und Seelsorger:innen. Die Mitarbeitenden verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen in palliativer Pflege und Begleitung, in Symptomkontrolle und Schmerzbehandlung. Palliative Haltung richtet sich an der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension eines Menschen aus. Diese Haltung, von Achtung, Würde und Zugewandtheit geprägt, ist in unseren Einrichtungen und in unserer Arbeit spürbar. Palliative Care bzw. Palliativversorgung in der stationären Altenpflege, in Hospizen, in Krankenhäusern und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist eine bedürfnisorientierte medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung, die konsequent an den Wünschen der/des Sterbenden ausgerichtet ist. Sie soll ihr/sein individuelles Wohlbefinden steigern, ihr/ihm in allen Stadien des Lebens und Sterbens Sicherheit und Geborgenheit vermitteln und die An- und Zugehörigen einbeziehen.

5. BEDÜRFNISORIENTIERTE PFLEGE

5.1. KÖRPERLICHE DIMENSION

In der finalen Lebensphase steht nicht aktivierende, sondern lindernde Pflege im Mittelpunkt. Diese ist ausschließlich an den Wünschen der Bewohnerin/des Bewohners orientiert. Palliativpflege ist gekennzeichnet durch einen strukturierten, bedürfnisorientierten Pflegeprozess, dessen Verlauf aktiv und ausschließlich durch die Wünsche, Bedürfnisse, Möglichkeiten und die subjektive Wahrnehmung der/des Pflegebedürftigen bestimmt wird. Die Wünsche der/des Sterbenden können sich anders darstellen als das, was An- und Zugehörige, Ärzt:innen oder Pflegenden für ihn als gut und lebenswert ansehen. Jegliche anderweitigen Notwendigkeiten und Bedürfnisse, insbesondere Standardisierungen pflegerischer Abläufe, haben hier keinen Platz. Handlungsleitend sind die ethischen Prinzipien der Pflege.

Dazu zählen insbesondere:

- die Wahrung der Autonomie und Würde der Bewohnerin/des Bewohners, auch über den Tod hinaus
- die Akzeptanz des Sterbens und des Todes als Teil des Lebens
- die Integration eigener und familiärer Ressourcen und deren Einbindung in den Pflegeprozess
- die Anwendung des Grundsatzes „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“, um die Einschränkung der Lebensqualität durch medizinische und pflegerische Maßnahmen zu verhindern
- die Ablehnung von Versuchen, das Leben künstlich zu verlängern oder aktiv zu verkürzen

Die Erfassung und Bewertung belastender Symptome wie Schmerzen etc. erfolgt durch geeignete pflegerische Assessmentinstrumente. Im Rahmen des Symptom-Linderungs-Managements liegen pflegerische Aufgaben in der unterstützenden Linderung, der Koordination entsprechender Maßnahmen, der Ausführung behandlungspflegerischer Maßnahmen und in der Beratung der Bewohner:innen und von deren An- und Zugehörigen. Der Symptomverlauf und die Ergebnisse der Pflegemaßnahmen und Therapien werden dokumentiert und bewertet. Die Ergebnisse gehen in die Maßnahmenplanung ein.

Vorausschauendes Handeln und frühzeitiges Erfassen von potenziellen Problemen und Beschwerden ermöglichen eine frühe Maßnahmenplanung und die Umsetzung handlungsleitender Maßnahmen auf der Grundlage der Expertenstandards und der einrichtungsindividuellen Pflegestandards.

Zu den Symptomen zählen das Auftreten von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Unruhe und Angst, demenzielle Veränderungen etc.

5.2. PSYCHOSOZIALE DIMENSION

Durch das Bewusstsein des nahenden Todes oder das Fortschreiten einer schweren Krankheit entsteht für die/den Betroffene:n eine Grenzsituation, die sich in Wut, Trauer, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und anderen Gefühlen äußern kann. Aufgabe der Pflegenden und Betreuenden ist es, geschäftsbereit zu sein und der/dem Betroffenen Raum zu geben, um ihre/seine Emotionen zu äußern. Das Recht der Bewohner:innen und ihrer An- und Zugehörigen auf das Nicht-wissen-Wollen und Verdrängung wird dabei ebenso geachtet wie Verfügungen und Willensbekundungen. Hilfreich können die Vermittlung weiterer Gesprächsangebote im multiprofessionellen Team oder die Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes sein. Zu den pflegerischen Aufgaben gehören ferner die Integration der An- und Zugehörigen in den Pflegeprozess und die Vermittlung und Kompromissfindung zwischen Bedürfnissen der Sterbenden und denen der An- und Zugehörigen.

5.3. SPIRITUELLE DIMENSION

In der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Tod stellen sich auch Fragen nach dem Sinn des Lebens und der Lebensbilanz. Häufig sind in der letzten Lebensphase eine stärkere Hinwendung zum Glauben, die Suche nach Gott oder der Wunsch nach spiritueller oder religiöser Unterstützung zu beobachten. Alle an der Versorgung Beteiligten begegnen der/dem Betroffenen mit Offenheit und respektvoller Akzeptanz. Sie/Er wird ermutigt, ihre/seine individuellen Rituale und ihre/seine Spiritualität auszuleben.

Die Mitarbeitenden vermitteln den individuell gewünschten seelsorgerischen/psychosozialen Beistand unter Beachtung der kulturellen und religiösen Werte.

5.4. SYMPTOMBEHANDLUNG

Häufige Symptome in der palliativen Pflege sind Schmerzen, Juckreiz, Luftnot, Rasselatmung, Appetitlosigkeit, Nahrungsverweigerung, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Unruhe, exulzierende Wunden und Gerüche. Professionell Pflegenden sind mit diesen Symptomen vertraut. Pflegerische Interventionen sind darauf ausgerichtet, diese Symptome in einem erträglichen Maß zu halten. Häufig kommen dabei komplementäre Pflegeanwendungen wie Aromatherapien, Auflagen und Wickel zur Anwendung.

Eine zentrale Stellung hat das Thema Schmerz. Schmerz beschränkt sich in der letzten Lebensphase häufig nicht auf die körperliche Ebene. Er ist in seiner Gesamtheit von körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Dimension zu betrachten. Grundsätzlich gilt: Schmerzwahrnehmung ist immer subjektiv. Schmerz ist das, was die/der Betroffene als Schmerz beschreibt.

Ziel des pflegerischen Schmerzmanagements ist es, den Schmerz durch geeignete Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. Auf der Grundlage der nationalen Expertenstandards erfolgt eine fundierte Beobachtung und Schmerzerfassung durch Instrumente der Eigen- und Fremdbeobachtung. Bei Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten zur adäquaten Kommunikation, beispielsweise durch demenzielle Veränderungen oder in der terminalen Lebensphase, ist der Fokus vermehrt auf indirekte Schmerzzeichen zu richten. Bewohner:innen mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung haben Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung. Die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Haus- und Palliativärzt:innen und den in unserer Region tätigen Palliativteams fördert die Implementierung einer palliativen Versorgungsstruktur.

6. EINGESETZTE MODELLE UND KONZEPTE

6.1. ETHISCHE FALLBESPRECHUNGEN

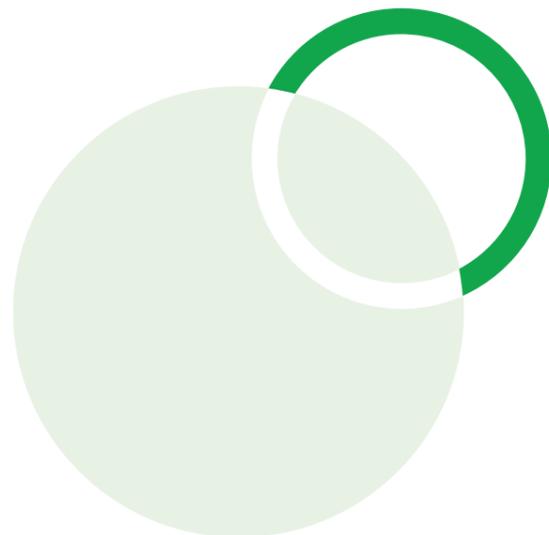
Nicht immer lassen sich in konkreten Situationen von Bewohner:innen eindeutige Entscheidungen im Hinblick auf erforderliche Maßnahmen und Handlungsschritte aus ethischen Prinzipien ableiten, weil im Einzelfall durchaus Konfliktpotenzial entstehen kann. Die handelnden Personen und Entscheidungstragenden können in solchen Situationen oft keine zufriedenstellende Lösung finden, weil jede Entscheidung, wie auch immer sie ausfällt, einem oder mehreren ethischen Prinzipien entgegensteht. Da dennoch eine Entscheidung getroffen werden muss, wird in solchen Konfliktfällen eine ethische Fallbesprechung hilfreich sein, in der die Betroffenen mittels Analyse und Abwägung geeignete Maßnahmen herausarbeiten, die die ethischen Anforderungen am ehesten erfüllen.

Ein ethischer Konflikt liegt dann vor, wenn mehrere Werte oder Ziele in einer Entscheidungssituation miteinander konkurrieren und sich die Frage stellt: Was sollen oder müssen wir tun? Was sollen oder dürfen wir nicht tun? Welches sind die Möglichkeiten und Grenzen aller Beteiligten in dem Bemühen, dem Willen und dem Wohl der Bewohnerin/des Bewohners gerecht zu werden?

Beispiele von Entscheidungssituationen können sein:

- Spannungsfeld lebensverlängernder Maßnahmen versus Lebensqualität (durch palliative Versorgung)
- Deutung von Patientenverfügungen oder ersatzweise des mutmaßlichen Patientenwillens
- Spannungsfeld Nahrungsverweigerung versus Versorgungsverpflichtung/Anlage einer PEG
- grundsätzlicher Umgang mit Sterben und Tod

In der ethischen Fallbesprechung kommen im Falle einer ethischen Konfliktsituation die hiervon Betroffenen ad hoc zu einem moderierten und strukturierten Gespräch zusammen, um nach Abwägung der miteinander konkurrierenden ethischen Prinzipien eine verantwortbare Lösung bzw. eine Empfehlung für die behandelnden Ärzt:innen für den Konflikt im Rahmen des geltenden Rechts zu suchen. Grundsätzlich kann jede:r Mitarbeitende eine ethische Fallbesprechung anregen, wenn ein Konfliktfeld erkannt wird.



6.2. SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

Dem Wunsch vieler Sterbender, in den vertrauten vier Wänden die letzte Lebensphase zu verbringen, kann seit 2007 mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einfacher entsprochen werden. Mit der Verankerung der SAPV im Sozialgesetzbuch V ist der Grundstein für den Ausbau einer verbesserten ambulanten Versorgung gelegt. Unerwünschte Krankenhausaufenthalte können während des Sterbeprozesses vermieden werden und eine leidensmindernde Versorgung kann auch im häuslichen Umfeld stattfinden. Jede:r Krankenversicherte mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung hat einen individuellen Leistungsanspruch auf Palliativversorgung. Sterbende können nun dank der Gesetzesanpassung im Rahmen der SAPV im häuslichen Umfeld begleitet und versorgt werden. Zur vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zählen beispielsweise auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder stationäre Pflegeeinrichtungen.

Haus- oder Krankenhausärzt:innen können Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verordnen, die daraufhin von Palliative-Care-Teams (PCT) vorübergehend oder dauerhaft erbracht werden. Die Leistungen beinhalten die palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung, Koordination und Versorgung mit notwendigen Leistungen und ein individuelles Unterstützungsmanagement, wie bei der Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Sterbende Bewohner:innen einer Pflegeeinrichtung können – abhängig von den Verträgen der Krankenkassen – von Vertragspartnern der Krankenkassen oder durch das Personal der Pflegeeinrichtung palliativ versorgt werden. Inhalt und Umfang der palliativen Leistungen sowie die Zusammenarbeit der SAPV-Beteiligten werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien geregelt und variieren von Bundesland zu Bundesland.

Eine enge Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der SAPV und den PCT ist in den Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft, bei denen die Versorgung Sterbender an zentraler Stelle steht, wichtig, um so eine umfassende und würdevolle Versorgung erreichen zu können.

6.3. ADVANCE CARE PLANNING

Das Konzept Advance Care Planning (ACP) wurde in den 1990er Jahren in den USA entwickelt und umfasst eine gesundheitliche Vorausplanung. Es dient als Instrument in der fortlaufenden Beratung und Dokumentation über persönliche Entscheidungen in Bezug auf die eigene Krankheit. Darüber hinaus kann es als eine dynamisierte Form der Patientenverfügung verstanden werden, bei welcher der Wille der/des Erkrankten nicht nur einmalig festgeschrieben, sondern wiederholt und unter wechselnden Bedingungen erfragt wird. ACP ist also besonders für Menschen mit chronischen und progressiven Erkrankungen ein wichtiges Thema. Pflege- und Eingliederungshilfe-Einrichtungen können Leistungsnehmenden für die letzte Lebensphase im Rahmen des HPG eine gesundheitliche Versorgungsplanung entweder selbstständig oder in Kooperation mit anderen Diensten anbieten.

Obwohl Patientenverfügungen wichtige Grundlagen bei der Behandlung Sterbender bieten, ist ihre Validität und Zulässigkeit doch häufig umstritten. Entscheidungen über den Inhalt einer Patientenverfügung entstehen oft zu einem Zeitpunkt, an dem der Mensch noch nicht erkrankt ist. Sie/Er kann kaum einschätzen, was sie/er sich zu einem späteren Zeitpunkt, in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase, wünscht. Ihre/Seine Entscheidungen, die in der Patientenverfügung festgehalten werden, sind aus einem einseitigen Blickwinkel heraus getroffen. Selbstbestimmte Entscheidungen über die Pflege, die Versorgungsleistungen und Behandlungen werden im Rahmen des ACP gefordert. Besonders für den Fall, dass eigene Wünsche nicht mehr artikuliert werden können, ist eine vorherige intensive und umfassende Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen entscheidend. Die Vorstellungen differieren von Mensch zu Mensch und können sich auch im Laufe der Krankheit stark verändern. Besonders bei demenziellen Veränderungen und den damit einhergehenden unterschiedlichen Krankheitsphasen ist ACP ein hilfreiches Instrument. Es unterstützt dabei, Missverständnisse aufzuklären, unbegründete Ängste zu überwinden und einseitige Wahrnehmungen bei der/dem Erkrankten und ihren/seinen An- und Zugehörigen auszugleichen bzw. zu korrigieren.

Im Rahmen des ACP setzt sich der Mensch mit Themen der eigenen Versorgung in seiner letzten Lebensphase auseinander. Der/Dem Erkrankten und ihren/seinen An- und Zugehörigen werden umfassend Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt und verdeutlicht. Geeignete Maßnahmen im palliativmedizinischen, -pflegerischen und im psychosozialen Bereich werden dargestellt. Individuelle Bedürfnisse werden ermittelt, standardisiert, dokumentiert und an wichtige Personen übermittelt. Eine Zusammenarbeit mit Vertrauenspersonen und Anbietern der regionalen Betreuungs- und Versorgungsleistungen wird in die Wege geleitet. Dadurch, dass sich die Wünsche des letzten Weges innerhalb verschiedener Krankheitsphasen verändern können, ist ein andauernder Kommunikationsprozess zwischen der/dem Erkrankten, ihren/seinen An- und Zugehörigen, ihren/seinen gesetzlichen Betreuer:innen, ihren/seinen Behandler:innen und Betreuer:innen notwendig. Behandlungsentscheidungen müssen verstanden, überdacht, erörtert und vorausgeplant werden.

Die Essenz von ACP-Besprechungen enthält folgende Elemente:

- die Auswahl einer/eines gut vorbereiteten Stellvertreterin/Stellvertreters (Bevollmächtigte:r/Betreuer:in)
- spezifische Festlegungen (sofern möglich), die an den Gesundheitszustand oder die Erkrankung der betreffenden Person angepasste Behandlungsentscheidungen reflektieren
- Überprüfung von Behandlungsmaßnahmen, die zwar gewollt sind, aber zu denen die Indikation fehlt sowie die Beratung dazu
- ein gemeinsames Verständnis der relevanten Behandlungswünsche und Entscheidungen der Bewohnerin/des Bewohners unter Einbeziehung von vertretungsberechtigten Personen und des Behandlungsteams

Durch eine intensive Vorbereitung begleitet ACP bei dem Umgang mit Krisen und Notfallsituationen. Unnötigen Krankenhausaufenthalten und nicht gewünschten Behandlungen soll entgegengewirkt werden. Sollte es dennoch zu Krankenhausaufenthalten kommen, bietet die Dokumentation der Wünsche der Bewohnerin/des Bewohners, die – ähnlich wie eine Patientenverfügung – an Rettungsdienste oder Krankenhäuser übergeben werden kann, eine Vorbereitung auf Notfallsituationen. Auch An- und Zugehörige werden dadurch entlastet, indem nicht sie selbst in einen Entscheidungszwang geraten und spekulativ Wünsche des Erkrankten erraten müssen.

Ein weiteres Ziel von ACP ist, die/den Erkrankte:n dabei zu unterstützen, Hoffnung, spirituellen Frieden und vertiefte Beziehungen mit ihren/seinen Nahestehenden zu finden. ACP-Programme mögen aufwendiger und zeitintensiver sein als eine standardmäßige Patientenverfügung, aber zu erwarten ist, dass sie für mehr Sicherheit und Zufriedenheit bei Patient:innen, An- und Zugehörigen sorgen.

Auf ärztlicher und pflegerischer Seite tragen sie dazu bei, durch moralisches Unbehagen ausgelöste Spannungen aufzulösen. Alles in allem soll eine qualitativ hochwertige Behandlung am Lebensende gewährleistet werden, die sich mit den Wünschen der/des Erkrankten deckt.

6.4. CHARTA ZUR BETREUUNG SCHWERSTKRANKER UND STERBENDER MENSCHEN

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wurde auf Grundlage des Budapest Commitments, das 2007 auf dem Kongress der European Association for Palliative Care vereinbart wurde, für Deutschland entwickelt.

Die Charta setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert sind. Sie hat das Ziel, allen Menschen Zugang zu einer hospizlich-palliativen Betreuung zu ermöglichen, die dieser bedürfen.

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ ist der Leitgedanke der Charta. Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Betreuung Sterbender werden in fünf Leitsätzen formuliert:

Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation

Jeder Mensch muss darauf vertrauen können, dass sie/er in ihrer/seiner letzten Lebensphase mit ihren/seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und Entscheidungen unter Achtung ihres/seines Willens getroffen werden.

Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben. Einen entscheidenden Einfluss haben gesellschaftliche Wertvorstellungen und soziale Gegebenheiten, die sich auch in juristischen Regelungen widerspiegeln.

Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und insbesondere den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzuwirken. Dem Sterben als Teil des Lebens ist gebührende Aufmerksamkeit zu schenken.

Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die ihrer/seiner individuellen Lebenssituation und ihrem/seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Die An- und Zugehörigen und die ihr/ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen. Die Betreuung erfolgt durch haupt- und ehrenamtlich Tätige so weit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld. Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass Versorgungsstrukturen vernetzt und bedarfsgerecht für Menschen jeden Alters und mit den verschiedensten Erkrankungen mit hoher Qualität so weiterentwickelt werden, dass alle Betroffenen Zugang dazu erhalten. Die Angebote, in denen schwerstkranke und sterbende Menschen versorgt werden, sind untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist.

Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung. Um diesem gerecht zu werden, müssen die in der Palliativversorgung Tätigen die Möglichkeit haben, sich weiterzuqualifizieren, um so über das erforderliche Fachwissen, notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine reflektierte Haltung zu verfügen. Für diese Haltung bedarf es der Bereitschaft, sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie mit spirituellen und ethischen Fragen auseinanderzusetzen. Der jeweils aktuelle Erkenntnisstand muss in die Curricula der Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen. Dies erfordert in regelmäßigen Zeitabständen eine Anpassung der Inhalte.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen thematisch differenziert und spezifiziert in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Beteiligten in den verschiedensten Bereichen integriert wird.

Entwicklungsperspektiven und Forschung

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse behandelt und betreut zu werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden kontinuierlich neue Erkenntnisse zur Palliativversorgung aus Forschung und Praxis gewonnen, transparent gemacht und im Versorgungsalltag umgesetzt. Dabei sind die bestehenden ethischen und rechtlichen Regularien zu berücksichtigen. Zum einen bedarf es der Verbesserung von Rahmenbedingungen der Forschung, insbesondere der Weiterentwicklung von Forschungsstrukturen sowie der Förderung von Forschungsvorhaben, und innovativen Praxisprojekten. Zum anderen sind Forschungsfelder und -strategien mit Relevanz für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu identifizieren.

Wir werden uns dafür einsetzen, auf dieser Basis die interdisziplinäre Forschung weiterzuentwickeln und den Wissenstransfer in die Praxis zu gewährleisten, um die Versorgungssituation schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen und der ihnen Nahestehenden kontinuierlich zu verbessern.

Die europäische und internationale Dimension

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, dass etablierte und anerkannte internationale Empfehlungen und Standards zur Palliativversorgung zu ihrem/seinem Wohl angemessen berücksichtigt werden. In diesem Kontext ist eine nationale Rahmenpolitik anzustreben, die von allen Verantwortlichen gemeinsam formuliert und umgesetzt wird.

Wir werden uns für die internationale Vernetzung von Organisationen, Forschungsinstitutionen und anderen im Bereich der Palliativversorgung Tätigen einsetzen und uns um einen kontinuierlichen und systematischen Austausch mit anderen Ländern bemühen. Wir lernen aus deren Erfahrungen und geben gleichzeitig eigene Anregungen und Impulse.

Diese Leitsätze decken sich mit den Grundsätzen der Josefs-Gesellschaft. Aus diesem Grund wird die Unterzeichnung der Charta und der damit einhergehenden Selbstverpflichtungen, die in den fünf Leitsätzen beschrieben sind, empfohlen, abschließend aber der jeweiligen Einrichtung überlassen.

7. PALLIATIVVERSORGUNG IN DEN EINRICHTUNGEN DER JOSEFS-GESELLSCHAFT

Für eine würdige Begleitung Sterbender in unseren Einrichtungen ist es besonders wichtig, sich mit der/dem Bewohner:in intensiv auseinanderzusetzen, ihre/seine Biografie, die jeweiligen Routinen, Vorlieben etc. zu kennen. Nur dadurch kann auch ihr/sein Sterbeprozess so individuell und angenehm wie möglich gestaltet werden.

Bereits ab dem Zeitpunkt der Aufnahme können vorbereitende Maßnahmen zur Begleitung der letzten Lebensphase entscheidend sein. Eine vertrauensvolle Beziehung zu den Bewohner:innen aufzubauen, dient genauso der Grundlage einer würdigen Sterbebegleitung wie das Kennen von Kommunikationsweisen und Vorlieben. Gespräche über das Sterben und den Tod sind wichtig, um Ängste zu nehmen und der/dem Bewohner:in ein Gefühl der Nähe zu geben. Sterbende sollen die Möglichkeit haben, ihre Fragen, Sorgen und Ängste zu äußern, darüber hinaus über ihren Glauben, ihre Vorstellungen und Hoffnungen zu sprechen und religiösen Bedürfnissen nachzugehen. All diese Vorbereitungen helfen, Geborgenheit in den letzten Stunden des Lebens zu vermitteln. Vielen Sterbenden ist es unangenehm, auf Hilfe angewiesen zu sein. Sie wollen niemandem zur Last fallen. Deshalb ist es entscheidend, der/dem Sterbenden mit Akzeptanz und Wertschätzung gegenüberzutreten.

Auch die Regelungen finanzieller Angelegenheiten sind für einige Sterbende eine wichtige Vorbereitung auf den Tod. Solange Klärungsbedarf herrscht, kann dies als Belastung wahrgenommen werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, auch in diesen Bereichen zu unterstützen. Die Regelung der eigenen Bestattung, die Wahl des Beerdigungsinstituts oder der Verbleib des Nachlasses können dabei entscheidende Faktoren sein. Manchen Sterbenden kann es ebenfalls wichtig sein, Konflikte mit An- und Zugehörigen oder Freunden zu klären. Hierbei kann ein Versöhnungsritual helfen.

7.1. RITUALE AM ENDE DES LEBENS

Rituale am Ende eines Lebens geben der/dem Sterbenden wichtige Haltepunkte und schaffen Sicherheit. Sie dienen dazu, Abschiedsschmerz, Trauer, aber auch Dankbarkeit und Geborgenheit mit allen Sinnen erlebbar zu machen. Bei der Durchführung von Ritualen ist darauf zu achten, dass sie individuell gestaltet werden.

Dennoch sind nachfolgend Vorschläge zu finden, die als Anhaltspunkte für die Gestaltung von Ritualen nützlich sein können. Die Wünsche der/des Sterbenden stehen dabei stets im Vordergrund. Die Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen sowie die Biografiearbeit als Grundlage sind bei der Planung von Ritualen von großer Bedeutung. Beachtet werden kann die Beleuchtung im Zimmer der/des Sterbenden, ein Tag-Nacht-Rhythmus wird durch das An- und Ausschalten von Licht unterstützt. Bei dem Bedürfnis der/des Sterbenden nach einer visuellen Orientierung durch eine Lichtquelle kann diese zur Nachtzeit gedimmt werden. Die Stimulation durch Licht und Farben mithilfe von Snoezel-Lampen kann zur angenehmen Stimmung beitragen.

Ein Kalender, der die Jahreszeiten, Monate und/oder Tage anzeigt, kann für die zeitliche Orientierung sorgen. Das Lüften des Zimmers kann zu bestimmten Zeitpunkten im Tagesablauf geschehen und somit unterstützend strukturierend wirken. Wenn beispielsweise immer das Fenster nach der Morgenpflege geöffnet wird, kann der belebende Effekt der Frischluft das Tagempfinden fördern.

Gerüche spielen eine besondere Rolle bei der Erinnerung an vergangene Zeiten. Düfte, welche die/der Sterbende gern mag, können im Zimmer verbreitet werden. Auch besonders anregende oder beruhigende Gerüche unterstützen den Tag-Nacht-Rhythmus.

Das Anhören von Lieblingsmusik der/des Sterbenden, das Vorsingen von bekannten Liedern (Lieder aus der Kindheit, Kirchenlieder etc.) können wohltuend wirken. Ebenso das Vorlesen von Lieblingsgeschichten, -gedichten oder -gebeten (das geistliche Wort aus dem Radio, das Vorlesen der Tageslosung, das Lesen eines Tischgebetes, das Sprechen eines Nachtgebetes etc.). Das Sprechen bzw. die Stimme von geliebten Menschen kann für die/den Sterbende:n sehr angenehm sein.

Auch die Sprache spielt eine bedeutende Rolle. Ob einzelne Worte verstanden werden, ist individuell verschieden. Stärker als der Inhalt der Worte werden meist die Gefühle wahrgenommen, die in dem Gesprochenem mitschwingen. Eine fröhliche, aufmunternde Stimme kann bei der Sterbebegleitung ebenso denkbar sein wie eine gedämpfte und beruhigende Stimme. Eine gestresste, gelangweilte oder sorgenvolle Stimme kann zu unangenehmen Gefühlen der/des Sterbenden führen und sollte unbedingt vermieden werden. Das Hören der eigenen Muttersprache, sollte diese von der normalerweise gesprochenen Sprache innerhalb der Einrichtung abweichen, kann bei sterbenden Menschen positive Gefühle auslösen. Sollte es die Möglichkeit geben, in dieser Sprache zu kommunizieren, sei es durch An- und Zugehörige oder Mitarbeitende, kann diese Methode zur Stärkung des Wohlbefindens eingesetzt werden. Ebenfalls als angenehm empfunden wird der Körperkontakt beim Sprechen. Dabei ist darauf zu achten, dass Berührungen nicht zu diffus, sondern deutlich wahrnehmbar und ruhig sind.

Gespräche mit Seelsorger:innen zur Krankensalbung, Beichte oder Kommunion sind für einige Sterbende ein wichtiges Bedürfnis. Sofern möglich und gewünscht, können Seelsorger:innen aus vergangenen Zeiten hinzugezogen werden. Sollte dies nicht möglich sein, sind vorab geschlossene Kooperationen sinnvoll.

Vertraute Möbel, Bilder oder Fotos im Zimmer der/des Sterbenden können das Gefühl von Geborgenheit verstärken. Der Nacht- oder Beistelltisch kann je nach Vorliebe mit Kerze, Kreuz, Gebetbuch, Duftlampe, Fotos etc. gestaltet werden.

Ebenfalls kann eine Aussegnungsfeier nach dem Tod stattfinden. Diese kann durch die/den Seelsorger:in, ein Gemeindemitglied, einen/eine Mitarbeiter:in, eine/einen An- und Zugehörige:n oder eine andere Person begleitet werden.

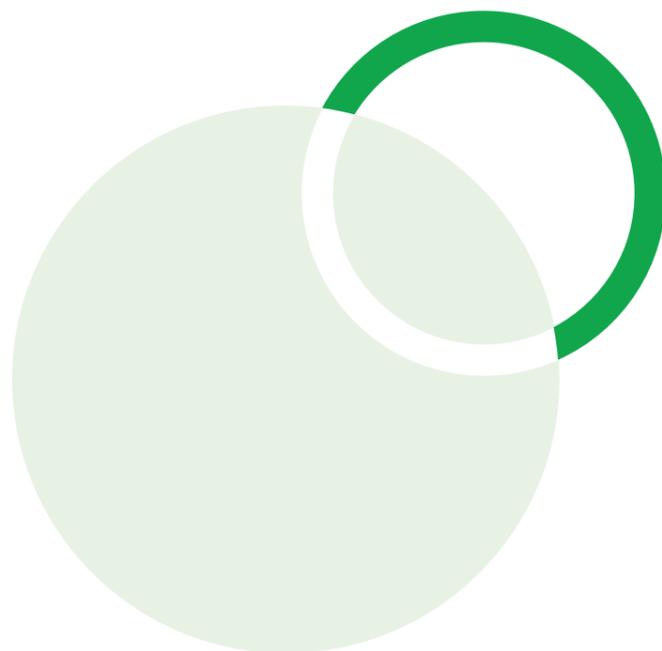
Eine Gedenkfeier oder Verabschiedung mit den An- und Zugehörigen, nahestehenden Bewohner:innen sowie den Mitarbeitenden der Einrichtung bietet die Möglichkeit, nach dem Tod Abschied zu nehmen. Kerzen, Blumen, Kreuze etc. können zu diesem Zweck im Raum dekoriert werden. Bestimmte Texte oder Gebete können gesprochen werden.

7.2. ERNÄHRUNG AM LEBSENDE

Die Bedeutung von Essen und Trinken nimmt im Sterbeprozess ab. Die Zubereitung von Lieblingsspeisen oder das Reichen von Lieblingsgetränken kann jedoch zum Wohlbefinden beitragen. Die/Der Sterbende möchte häufig nicht mehr essen, verspürt jedoch ein großes Verlangen zu trinken. Kann die/der Sterbende nicht mehr aus dem Becher trinken, sollten kleine Mengen Flüssigkeit mit dem Teelöffel in den Mund gegeben werden. Das Getränk darf nicht zu heiß oder zu kalt sein. Der Einsatz von aufschäumbaren Flüssigkeiten als Stimulanzien kann hilfreich sein.

Viele An- und Zugehörige reagieren mit Ängsten auf die Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Mit Informationen durch die palliativ geschulten Mitarbeitenden kann diesen Ängsten begegnet werden.

Durch geringe Flüssigkeitsaufnahme wird der Mensch schmerzempfindlicher, weil der Körper auf den Flüssigkeitsmangel mit der Ausschüttung körpereigener Morphine und Endorphine reagiert. Diese reduzieren das Schmerzempfinden und wirken euphorisierend und dämpfend. Dadurch ist der sterbende Mensch in einer gelösten und schläfrigen Stimmung. Ähnlich verhält es sich mit dem Verzicht auf Nahrung. Wenn keine Kalorien zugeführt werden, ist das Hungergefühl nach zwei bis drei Tagen schlagartig eingestellt. Diese Reaktion erleben wir auch bei Menschen, die das Heilfasten praktizieren. Auch hier werden körpereigene Morphine und Endorphine ausgeschüttet – mit den oben beschriebenen Effekten. Zusätzlich baut der Körper Fettreserven ab. Dadurch entstehen aus der Aufspaltung von Fettsäuren Ketone, die ebenfalls helfen, Schmerzen zu reduzieren.



7.3. BEGLEITUNG DEMENZIELL VERÄNDERTER MENSCHEN

Eine „nicht näher bezeichnete Demenz“ ist laut Statistischem Bundesamt die fünfthäufigste Todesursache der Deutschen. Sterbebegleitung demenziell Erkrankter ist in den Fokus zu stellen. Demenziell veränderte Menschen benötigen besondere Begleitung.

Eine Forschungsstudie von K. Holthoff und T. Gehring-Vorbeck hat ergeben, dass an Demenz erkrankte Menschen häufiger Äußerungen zum Sterben und Tod machen als Menschen ohne Demenz. Unruhezustände und der Rückzug in die „eigene Welt“ prägen das Verhalten von demenziell Erkrankten. Der motorischen Unruhe sollte entgegengewirkt werden. Trotzdem ist es wichtig, den Erkrankten die Möglichkeit zu geben, ihrem Drang nach Bewegung nachzugehen. Auch sind Veränderungen bei der Nahrungsaufnahme und des Geschmacks zu beobachten.

Bei Menschen mit Demenz ist die Auseinandersetzung mit ihrer Biografie und Lebensgeschichte von besonderer Notwendigkeit. Sie sind während der fortschreitenden Krankheitsphase nicht mehr in der Lage, eigenständig Erinnerungen oder Vorlieben abzurufen und zu formulieren. Doch Altbekanntes und individuelle Neigungen fördern auch bei Menschen mit Demenz das Gefühl von Sicherheit. Kann ein dementer Mensch keine Angaben oder Äußerungen machen, sind die An- und Zugehörigen möglicherweise wichtige Hinweisgeber. Bei der Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz ist ein weiteres besonderes Augenmerk auf eine empathische Kommunikation zu legen, da Gefühle auch bei Nichtverstehen des Inhaltes weiterhin über das Medium Sprache vermittelt werden können.

Hinzu kommen besonders herausfordernde Verhaltensweisen, die von demenziell Erkrankten häufig gezeigt werden. Es ist darauf zu achten, dass sowohl die Pflegenden als auch die An- und Zugehörigen einen würdigen Umgang mit diesen Verhaltensweisen finden. Zudem sollten sie sich gegenseitig unterstützen. Regelmäßige Supervision kann dabei hilfreich sein. In Zusammenarbeit mit Palliativkräften kann eine individuelle Begleitung organisiert werden.

7.4. KULTUR- UND RELIGIONSRELEVANTE ASPEKTE

Der Prozess des Sterbens, der Tod und die Trauer werden in den verschiedenen Kulturen bzw. Religionen unterschiedlich eingeordnet und zelebriert. Für eine würdevolle Sterbebegleitung gilt es, die für uns eventuell fremd wirkenden Rituale und Einstellungen anzuerkennen und diese passend in unseren Einrichtungen umzusetzen.

Die Zusammenarbeit mit Seelsorger:innen unterschiedlicher Glaubensrichtungen kann dabei hilfreich sein und ist der/dem Sterbenden möglicherweise ein großes Anliegen. Das Vorlesen von Gebeten aus der Bibel, dem Koran oder anderen religiösen Schriften kann als angenehm empfunden werden und sollte der/dem Sterbenden angeboten werden.

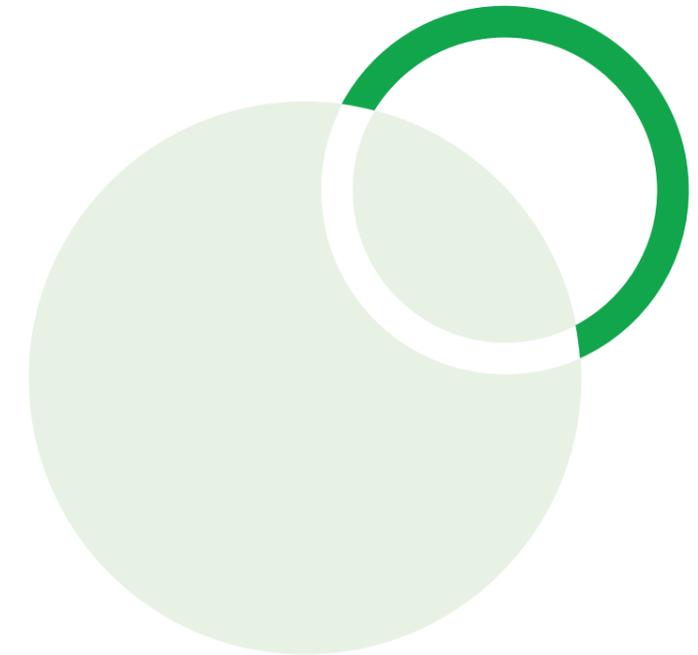
Besonderheiten verschiedener Religionen in Bezug auf den Tod sind nachfolgend aufgeführt.

Sterben im Christentum:

Im Christentum steht der Glaube an die Auferstehung im Mittelpunkt. Der Mensch kommt nach dem Tod in die ewige Heimat zu Gott. Hintergrund sind die Osterereignisse. Jesus Christus, der Sohn Gottes, wurde gekreuzigt und ist am dritten Tage von den Toten auferstanden. Somit wurden alle Menschen durch seinen Tod und seine Auferstehung erlöst. Während für protestantische Christen allein der Glaube an Gott für die Auferstehung ausreicht, differenziert die katholische Lehre neben dem Glauben auch gute Werke und als Gnadenmittel die Annahme der Sakramente. Das Sterben der Menschen wird begleitet von dem Sakrament der Krankensalbung. Durch das von einem Priester gespendete Sakrament erfährt die/der Sterbende Kraft und Stärkung. Auch das Reichen der Kommunion ist im Prozess des Sterbens von Bedeutung, da hierdurch die unmittelbare Nähe Gottes spürbar wird. In der Beichte und der daraus folgenden Sündenvergebung soll der/dem Sterbenden die Gnade Gottes gegenwärtig werden.

Sterben im Islam:

Sterbende Muslime sollen vor Eintreffen des Todes ein Glaubensbekenntnis sprechen und, wenn möglich, selbst eine rituelle Waschung durchführen. Die/Der Sterbende sollte dabei auf der Seite liegend Richtung Mekka schauen. Während der Sterbephase soll aus dem Koran rezitiert werden. Muslime sehen den Tod nicht als Ende, sondern als Übergang an. Es gibt für sie ein Leben nach dem Tod, in dem sie entweder gemeinsam mit Gott im Paradies leben dürfen oder in die Hölle verbannt werden. Sobald die/der Muslim:a gestorben ist, werden ihr/ihm die Augen geschlossen, ihre/seine Gliedmaßen werden ausgestreckt, ihr/sein Kopf oder Körper Richtung Mekka gedreht. Ein:e verstorbene:r Muslim:a darf dem Glauben nach nur dann von einer/einem Nichtmuslim:a berührt oder gewaschen werden, wenn kein:e Muslim:a diese Aufgabe übernehmen kann. Ein direkter Hautkontakt ist dabei zu vermeiden und kann durch das Tragen von Einmal-Handschuhen verhindert werden. Die/Der Verstorbene soll möglichst noch am selben Tag beerdigt werden. Eine Feuerbestattung ist nicht erlaubt, da die/der Muslim:a mit Leib und Seele vor Gott treten muss.



Sterben im Judentum:

Traditionell sollen Juden in ihrer letzten Lebensphase ein Sündenbekenntnis ablegen und sich mit Gebeten auf den Tod vorbereiten. Die Bestattung sollte nach Möglichkeit noch am Tage des Todes geschehen. In der Regel findet sie als Erdbestattung statt. Nach dem Eintreffen des Todes wird eine Kerze entzündet, um zu symbolisieren, dass das Lebenslicht erloschen ist. Nach dem Tod wird am Sterbebett Totenwache gehalten, um der/dem Toten so den gebührenden Respekt zu zollen.

Sterben im Buddhismus:

Buddhisten glauben an die Wiedergeburt. Der Tod ist dabei ein Teil des Weges, der in die nächste Inkarnation führt. Als „was“ jemand wiedergeboren wird, ist nach buddhistischer Ansicht auch abhängig von den Gedanken, die ein sterbender Mensch während der Sterbephase hat. Deshalb ist es bei der Begleitung von sterbenden Buddhisten besonders wichtig, positive Gedanken und Gefühle zu vermitteln. Für manche Buddhisten sind Trauer und Tränen im Beisein des Toten nicht erwünscht, da diese Gefühle durch Selbstmitleid bedingt sind und negativen Einfluss auf die Gedanken der/des Sterbenden haben, was die Form der Wiedergeburt negativ beeinflussen kann. Zur Sterbebegleitung können Mantras gesungen oder Sutras rezitiert werden. Ebenfalls gibt es bestimmte Meditationen, die das bewusste Sterben unterstützen. In vielen Fällen wird der Leichnam einer Buddhistin/eines Buddhisten verbrannt.

Sterben im Hinduismus:

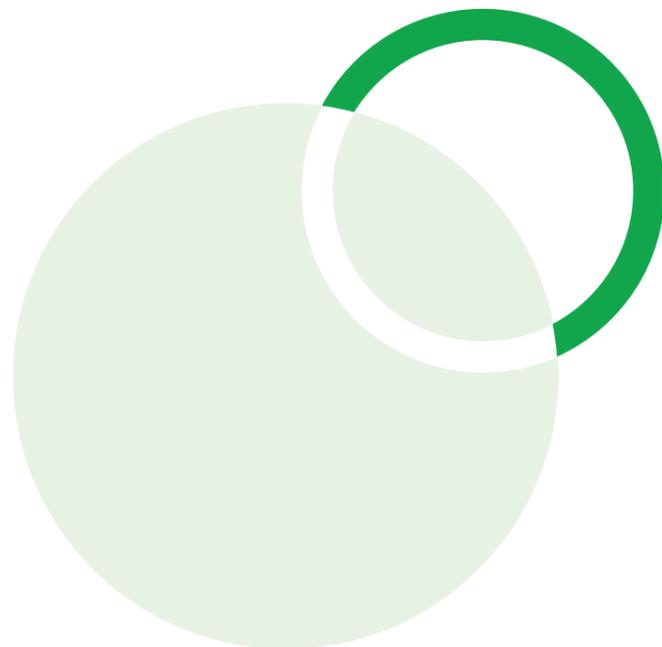
Für Hindus bedeutet der Tod Befreiung und ist der Übergang von einer alten in eine neue Existenz. Somit sehen sie dem Tod gelassen entgegen. Dennoch trauern Hindus um eine/einen Verstorbene:n und tragen diese Trauer auch nach außen. Nach dem Versterben wird der Leichnam unter fließendem Wasser gewaschen, dies stellt gleichzeitig auch die Reinigung der Seele dar und bereitet diese auf die Wiedergeburt vor.

7.5. VERSORGUNG VERSTORBENER BEWOHNER:INNEN

Sobald festgestellt wurde, dass die/der Bewohner:in scheinbar verstorben ist, werden Vitalzeichen durch die Pflegefachkraft kontrolliert. Bei Anzeichen des Todes wird ein Arzt informiert, um schlussendlich den Tod festzustellen und einen Totenschein auszustellen.

An- und Zugehörige sowie die Betreuer:innen werden über den Tod informiert. Im Umgang mit An- und Zugehörigen sowie Mitbewohner:innen ist zu beachten, dass diese ggf. stark emotional reagieren. Ein feinfühliges Verhalten ist darum unumgänglich.

Des Weiteren wird die Heim- und Pflegedienstleitung informiert. Für eine detaillierte Dokumentation wird der Todeszeitpunkt in der Akte festgehalten. Weitere Mitarbeitende können über die EDV-gestützte Pflegedokumentation über das Eintreffen des Todes informiert werden. In der ersten Stunde vor dem Einsetzen der Leichenstarre ist es leichter, die/den Verstorbene:n zu versorgen. Dies sollte mit Achtung und Respekt und unter Beachtung religiöser Empfindungen erfolgen.



MÖGLICHE ARBEITSANWEISUNGEN

Inhalte einer Arbeitsanweisung zur Versorgung verstorbener Bewohner:innen können sein:

- die/den Verstorbene:n flach hinlegen
- Augen verschließen
- alle medizinischen Hilfsmittel wie Katheter, Infusionen, Nasensonden, pflegerisches Zubehör im Zimmer entfernen
- Die Zahnprothese kann angezogen werden, wenn dies problemlos möglich ist
- Schließen des Mundes unter Verwendung einer Kinnstütze (diese wird unauffällig angelegt und verhindert das Aufklappen des Mundes)
- für den Fall der Blasen- oder Darmentleerung Inkontinenzmaterial anlegen
- Waschen und Ankleiden der/des Toten entsprechend ihrem/seinem Wunsch oder dem Wunsch der An- und Zugehörigen
- Die/Der Verstorbene wird mit einem Laken zugedeckt
- Hände falten oder leicht übereinanderlegen
- Zimmer durchlüften
- falls gewünscht, frische Blumen, Kreuz oder Rosenkranz in die Hände oder auf das Bett legen
- Zimmer aufräumen, Heizung abschalten
- Zimmer verschließen (das Zimmer verbleibt in aufgeräumter, aber sonst unveränderter Form bis zur Freigabe durch die An- und Zugehörigen)
- In Rücksprache mit den An- und Zugehörigen wird das Beerdigungsinstitut informiert

7.6. ABSCHIEDSGESTALTUNG

Ist der Tod eingetreten, stehen die Versorgung der/des Verstorbenen, die Gestaltung des Bewohnerzimmers, das Abschiednehmen, der Umgang mit den An- und Zugehörigen und Mitbewohner:innen sowie die Erledigung der Formalitäten im Vordergrund.

Ein Abschiedskoffer, der alle Materialien zur Gestaltung des Zimmers enthält, ist empfehlenswert. Die Versorgung der/des Verstorbenen erfolgt in Ruhe und Würde. An- und Zugehörige werden ermutigt, sich von der/dem Verstorbenen zu verabschieden. Falls gewünscht, dürfen die An- und Zugehörigen an der Versorgung mitwirken. Die An- und Zugehörigen, aber auch die Mitarbeitenden erhalten Zeit und Raum zum Abschiednehmen. Dies erfolgt durch Abschiedsrituale sowohl kulturell als auch religiös, die Teilnahme an der Aussegnung oder Beerdigung und Erinnerungsgottesdienste. Die Hinterbliebenen erhalten Unterstützung bei der Erledigung der erforderlichen Formalitäten.

7.7. BEGLEITUNG VON AN- UND ZUGEHÖRIGEN

Den An- und Zugehörigen in der schweren Phase des Abschiednehmens zur Seite zu stehen, ist ebenfalls ein grundlegender Teil der Begleitung einer/eines Sterbenden in unseren Einrichtungen. An- und Zugehörige werden nach ihren Wünschen und Möglichkeiten in den Sterbeprozess ihrer Lieben von den Mitarbeitenden einbezogen und unterstützt. Sie sind oftmals mit starken Gefühlen konfrontiert. Viele erleben sich hilflos. Kleine Broschüren oder Tipps von Pflegenden, wie die Sterbebegleitung gestaltet werden kann, erleichtern den Besuch einer/eines Sterbenden. Um den An- und Zugehörigen das Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln, kann ihnen eine Mahlzeit oder Übernachtung angeboten werden.

An- und Zugehörige spielen eine zentrale Rolle bei der Gestaltung eines würdevollen Todes. Wie eingangs bereits zitiert, erwächst Würde aus der Würdigung in sozialen Beziehungen. Familie und Freunde können demnach das Maß an Würde während des Sterbeprozesses erweitern. Vielfach sind Beziehungen zwischen der/dem Bewohner:in und ihren/seinen An- und Zugehörigen jedoch konfliktbehaftet. Allein die Tatsache, dass ein Umzug in ein Pflegeheim oder Hospiz durchgeführt wurde, kann Ursache eines Konfliktes sein. Konflikte spielen sich aus verschiedenen Gründen häufig auch unterschwellig ab. Bei der Begleitung Sterbender ist es deshalb notwendig, über die Wichtigkeit der Bezugspersonen Bescheid zu wissen und möglicherweise Hilfestellungen bei der Aussprache und Klärung von Konflikten zu leisten.

Nach dem Eintreten des Todes ist es für manche An- und Zugehörigen wichtig, Zeit mit der/dem Verstorbenen allein verbringen zu können. Eventuell stehen Besuche von weiter entfernten An- und Zugehörigen an. Der Abholzeitpunkt der/des Toten sollte daher immer in Absprache mit den An- und Zugehörigen festgelegt werden. Trauer um die/den Verstorbene:n soll unter den An- und Zugehörigen, den Mitbewohner:innen und Mitarbeitenden Raum haben. Gespräche und gemeinsames Abschiednehmen können dabei unterstützend wirken und sollten zeitlich eingeplant werden.

7.8. ERINNERUNGSKULTUR

Um die/den Verstorbene:n nicht zu vergessen, kann an ihren/seinen Lebensweg und ihre/seine Taten erinnert werden. Das kann die Hinterbliebenen in ihrem Trauerprozess unterstützen. Die Einrichtungen können ebenfalls einen Beitrag zur Umsetzung einer Erinnerungskultur leisten. Dies wirkt nicht nur den An- und Zugehörigen gegenüber wertschätzend. Auch Bewohner:innen und Mitarbeitenden, welche die/den Verstorbene:n kannten, hilft dies in ihrem Trauerprozess.

Nach dem Tod kann ein Erinnerungsbuch zum Einsatz kommen. Durch solch ein Buch kann an die Menschen erinnert werden, die einen Teil ihres Lebens in einer unserer Einrichtungen verbracht haben.

Diese Bücher können individuell und unterschiedlich gestaltet werden. Im Nachfolgenden ist ein Beispiel für die Gestaltung eines solchen Buches aufgeführt. Auf einer Doppelseite werden handschriftlich Name, Geburtsdatum, Einzugsdatum, Wohnbereich und der Todestag der/des Verstorbenen aufgeschrieben. Je nach Wunsch der An- und Zugehörigen oder der/des Verstorbenen kann ein Foto, Gebet, Liedtext, Gedicht etc., das der/dem Verstorbenen wichtig war, ebenfalls eingetragen werden. Das Buch liegt für eine bestimmte Zeit nach dem Tod offen an einem ausgewählten Platz in der Einrichtung aus. Dieses Buch kann den Trauernden die Möglichkeit geben, ihre Gedanken und Gefühle oder nur eine Unterschrift in Gedenken an den Verstorbenen zu hinterlassen. Nach Ablauf des gewählten Zeitraumes ist es weiterhin zugänglich für Bewohner:innen und Mitarbeitende.

An einem ruhigen zentralen Platz können zum Gedenken an den die/den Verstorbene:n (mit dem Einverständnis der An- und Zugehörigen) Kerzen, ein Foto o. Ä. auf einem Gedenktisch aufgestellt werden. Ebenfalls kann ein Ort der Erinnerung in den Einrichtungen etabliert werden, an dem z. B. mit Steinen, die mit dem jeweiligen Namen beschriftet sind, der Verstorbene gedacht wird. Bei einem Spaziergang mit Bewohner:innen können diese Steine ausgesucht werden.

Bei hausinternen Gottesdiensten oder Andachtsfeiern (z. B. zu Allerseelen) wird der Verstorbene gedacht. Jährliche Erinnerungsgottesdienste für Bewohner:innen, An- und Zugehörige, Mitarbeitende, Betreuende des Hospizvereins und Ehrenamtliche können geplant werden.

7.9. QUALITÄTSSICHERUNG

Um eine qualitative und würdevolle Sterbebegleitung gewährleisten zu können, ist eine wiederkehrende Auseinandersetzung mit den eigenen Prozessen und Strukturen im Sinne der Organisationsentwicklung notwendig. Unsere Einrichtungen sind dazu angehalten, den Umgang mit sterbenden Bewohner:innen regelmäßig zu hinterfragen und bei Bedarf anzupassen. Die Gestaltung institutioneller Strukturen und Abläufe – unter Einbeziehung der Bewohner:innen, ihrer An- und Zugehörigen sowie der Mitarbeitenden – dient der qualitativen Weiterentwicklung.

Organisation und Unterstützung durch den Einrichtungsträger und die Einrichtungsleitung, aber auch die aktive Einbeziehung der Mitarbeitenden, Bewohner:innen und der An- und Zugehörigen mit ihren Ideen und ihrer Kreativität sind entscheidende Faktoren, um die Qualität der Sterbebegleitung weiterzuentwickeln. Dies dient der Grundbefähigung und Sensibilisierung, durch die sich alle Mitarbeitenden persönlich mitverantwortlich für das Gelingen der Qualitätsverbesserung fühlen.

Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Palliativkompetenz und Abschiedskultur in unseren Einrichtungen soll durch eine regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Thema und den dahinterstehenden Werten gefördert werden.

Die Vernetzung mit den kommunalen und regionalen Strukturen kann die Qualität der Sterbebegleitung in den Einrichtungen weitreichend positiv beeinflussen. Zur Vernetzung kann an SAPV-Teams, ambulante Hospizdienste, Haus- und Fachärzt:innen, Krankenhäuser, Glaubensgemeinschaften, Bestatter:innen etc. gedacht werden. Über mögliche Kooperationspartner wird im folgenden Kapitel zusätzliche Auskunft gegeben.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Qualitätsverbesserung ist die Personalentwicklung. Die Qualifikation und Weiterbildung von Mitarbeitenden im Sinne der Palliativversorgung bildet eine fundierte Basis zur Umsetzung gewünschter Handlungen. In den Einrichtungen sollten Pflegefachkräfte als Palliativpflegende ausgebildet werden, um professionelle Unterstützung bei der Sterbebegleitung unmittelbar vor Ort anzubieten. Weiterhin sollten in den Einrichtungen geschulte Moderator:innen für die gesundheitliche Vorsorgeplanung (GVP) im Sinne des Advance Care Planning eingesetzt werden.

7.10. KOOPERATIONEN

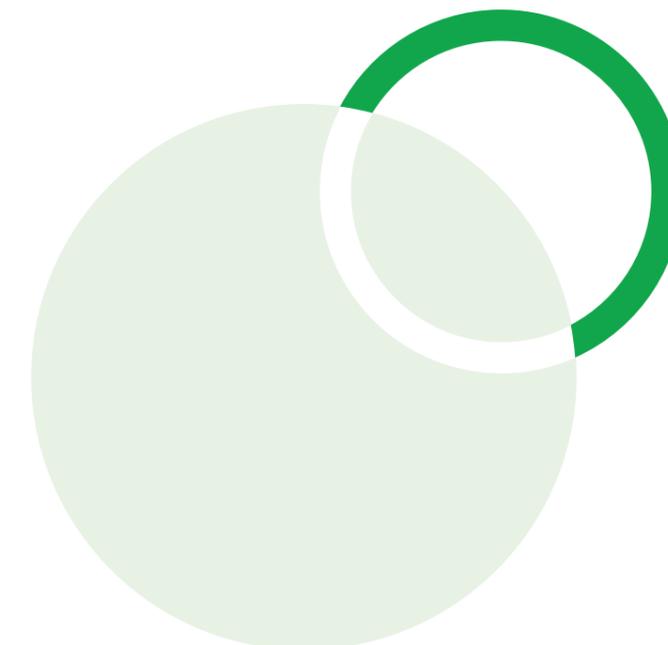
Die Begleitung Sterbender stellt für die Einrichtungen immer wieder eine neue Herausforderung dar. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen, in dem Hilfen bei Bedarf zur Seite stehen.

Ein durch das Hospiz- und Palliativgesetz vorgeschriebener, aber ebenso wünschenswerter Kooperationspartner ist ein ambulanter Hospizdienst. Hospizmitarbeitende sind meist Ehrenamtliche, die keine Leistungserbringer im klassischen Sinne sind und somit unabhängig agieren können. Sie müssen keine zeitlichen Rahmenbedingungen einhalten und können deshalb oftmals mehr Zeit und Ruhe mitbringen als Pflegekräfte, die auch anderen Bewohner:innen gegenüber verpflichtet sind. Mitarbeitende ambulanter Hospizdienste bieten psychosoziale Begleitung für die/den Sterbende:n und ihre/seine An- und Zugehörigen an. Sie helfen, Kommunikationsschwierigkeiten zu überwinden. Auseinandersetzungen mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnesfragen sind ebenso Teil ihrer Arbeit wie die weitgehende Linderung von Leiden.

Mit Haus- und Fachärzt:innen müssen im Rahmen des HPG ebenfalls Kooperationsverträge abgeschlossen werden. Palliative-Care-Teams bilden einen weiteren starken und wichtigen Partner bei der Begleitung Sterbender. Spezialisierte Ärzt:innen sind in diesen Teams angesiedelt. Kooperationsverträge mit ihnen wären auch in diesem Rahmen denkbar.

Häufig gehen starke Schmerzen mit dem Sterbeprozess einher. Diese zu lindern, kann eine wirksame Entlastung darstellen. Aus diesem Grund spielen Schmerztherapeuten bei der Sterbebegleitung auch eine wichtige Rolle.

Örtliche Kirchengemeinden oder Einrichtungen anderer Glaubensrichtungen können, je nach Wunsch der/des Sterbenden, Teil der seelsorgerischen Begleitung sein und als anerkannte Partner und Unterstützer in unseren Einrichtungen auftreten.



MERKMALE DES STERBENS

Der Sterbeprozess des Menschen verläuft individuell und oftmals zeitlich nicht planbar. Im Folgenden werden häufige Situationen des Sterbeprozesses beschrieben.

Essen und Trinken:

Die Essgewohnheiten des sterbenden Menschen verändern sich. Der Appetit kommt und geht. Flüssiges wird oft fester Nahrung vorgezogen. Fleisch wird zuerst weggelassen, dann auch Gemüse und schwer verdauliche Speisen. Zum Schluss werden auch weiche Nahrungsmittel nicht mehr gegessen. Oft gibt es ein großes Verlangen zu trinken.

Fehlende Orientierung:

Der sterbende Mensch schläft immer mehr. Jedes Zeitgefühl geht verloren, anwesende Personen werden nicht mehr erkannt. Der sterbende Mensch lebt in einer anderen Welt. Oftmals sprechen die Sterbenden von Gott, über vergangene Ereignisse oder über Menschen, die schon längst verstorben sind und sie/ihn abholen wollen. Es ist wichtig, der/dem Sterbenden ihre/seine Realität nicht auszureden, sondern sie als Teil ihrer/seiner Wirklichkeit zu verstehen.

Unruhe:

Der sterbende Mensch ist zu manchen Zeiten unruhig. Es kann sein, dass sie/er an den Bettlaken zupft, ziellose Arm- und Beinbewegungen macht oder die Finger ohne ersichtlichen Grund schüttelt. Oftmals kann ein ruhiges Sitzen am Bett dazu beitragen, dass sich die/der Sterbende nicht allein fühlt und ruhiger wird. Kurz vor dem Tod gibt es manchmal ein letztes Aufblühen aller Kraft der/des Sterbenden. Sie/Er ist wach und klar und nimmt Anteil am Leben, äußert vielleicht den Wunsch nach bestimmten Speisen oder hat das Bedürfnis, sich noch einmal aufzusetzen oder hinzustellen.

Koma:

Manche Menschen fallen in den letzten Tagen ins Koma. Dabei ist jedoch der Hörsinn der letzte Sinn, der schwindet. Deshalb sollte in der Gegenwart der/des Sterbenden so geredet werden, als sei sie/er bei Bewusstsein. Auch Wichtiges, was An- und Zugehörige der/dem Sterbenden noch sagen wollen, kann in dieser Phase mitgeteilt und ggf. gehört werden.

Berührung:

Manchmal möchte der sterbende Mensch die sanfte Berührung einer Hand spüren, gehalten werden und die körperliche Nähe eines Menschen spüren. Zu anderen Zeiten kann die Berührung als störend empfunden werden. Wichtig ist es, darauf zu achten und ggf. zu erfragen, was die/der Sterbende möchte.

MERKMALE DES STERBENS

Folgende körperliche Veränderungen zeigen, dass der Körper seine Kraft verliert:

- Der Blutdruck sinkt
- Der Puls verändert sich
- Die Körpertemperatur verändert sich: Arme und Beine können durch die geringe Durchblutung kälter werden. Durch Socken oder eine Bettflasche kann der Körper warm gehalten werden. Manchmal schwitzt die/der Sterbende übermäßig, dann sind dünne Decken oder ein Leinentuch angenehm.
- Der sterbende Mensch braucht in den letzten Tagen oft weniger Schmerzmittel
- Der Atem kann unregelmäßig werden. Im Rachen kann ein Rasseln oder ein Gurgeln durch Schleimabsonderung, die der sterbende Mensch nicht mehr abhusten kann, entstehen.
- Der sterbende Mensch atmet meist mit geöffnetem Mund, was zu einer Austrocknung der Schleimhäute führt. Deshalb kommt der Mundpflege eine besondere Bedeutung zu.
- Für die Mitarbeitenden, An- und Zugehörigen kann es beunruhigend und schmerzlich sein, den unregelmäßigen Atem mitanzuhören. Wichtig ist es, selbst tief und regelmäßig durchzuatmen und immer wieder eigene Kraftquellen zu aktivieren.
- Häufig kann es für die/den Sterbende:n eine Erleichterung sein, wenn der Kopf und der Oberkörper hochgelagert werden
- Von der/dem Sterbenden kann ein besonderer Geruch ausgehen, gerade bei Krebspatienten. Räucherstäbchen oder Duftlampen helfen, dass der Geruch nicht so aufdringlich ist.

Mögliche Anzeichen des nahen Todes:

- Die Augen sind offen oder halb offen, der Blick wirkt abwesend. Es ist so, als ob die Sterbenden in die Ferne schauen und nicht anwesend sind. Die Pupillen reagieren immer weniger auf Lichteinwirkung.
- Der Mund ist offen
- Die Körpertemperatur verändert sich: Arme und Beine können durch die geringe Durchblutung kälter werden
- Die Körperunterseite, die Füße, Knie und Hände verfärben sich dunkler
- Der Puls wird schwächer
- Die/Der Sterbende wird teilnahmsloser und reagiert nicht mehr auf ihre/seine Umwelt
- Der Tod tritt ein, wenn der Herzschlag und die Atmung versagen

ADRESSEN UND LITERATURHINWEISE

Broschüre „Advance Care Planning“

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) e. V.
Aachener Straße, 10713 Berlin
https://www.dhvp.de/aktuelles_detail/items/dhvp-broschuere-zum-advance-care-planning.html

Handreichung gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin
https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/2018-04-20_BAGFW_Handreichung_132g_Abs._3_SGB_V_final.pdf

Caritas Deutschland: Schwerpunktthema Sterben und Tod

Deutscher Caritasverband e. V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg, <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbebegleitung?searchterm=sterben>

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5, 10713 Berlin
https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/nationale-strategie_handlungsempfehlungen.html

Pflegeleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Aachener Straße 5, 10713 Berlin
<https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Die Pflegetipps – Palliative Care

Deutsche Palliativ-Stiftung
Am Bahnhof 2, 36037 Fulda
Mail: info@palliativstiftung.de
<http://www.palliativstiftung.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
<http://www.gkv-spitzenverband.de>

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 1. Dezember 2015
Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48

QUELLENVERZEICHNIS

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

https://johanneswerk.de/fileadmin/content/Download_JW/3_Fachthemen/a_Menschen_wahrnehmen/Leben_im_Alter/Mortalitaet_Verweildauer_deVries_Schoenberg.pdf

www.zeit.de/wissen/2015-11/palliativmedizin-bertelsmann-faktenchef

Sabine Pleschberger (2005): „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen

www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf

www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/891728/advance-care-planning-dynamische-form-patientenverfuegung.html

www.allgemeinarzt-online.de/a/mehr-autonomie-am-lebensende-1662043

www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html

www.evhn.de/bin/Sterbebegleitung%20bei%20Menschen%20mit%20Demenz.pdf

Palliativpflege-Prozesse aktiv angehen, Altenhilfe 5/2017

Diakonie Deutschland und Krebsverband Baden Württemberg e. V. (2017)

[www. Erzbistum-koeln.de/ethische Fallbesprechung](http://www.Erzbistum-koeln.de/ethische_Fallbesprechung)

Organisierte Verantwortung für ein Sterben in Würde. MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 2009

JOSEFS-GESELLSCHAFT IN KÜRZE

Die Josefs-Gesellschaft gGmbH (JG-Gruppe) ist eines der großen katholischen Sozialunternehmen Deutschlands mit über 11.000 Mitarbeitenden und 39 Beteiligungsgesellschaften bundesweit. In unserer Trägerschaft befinden sich Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, Krankenhäuser und Seniorenzentren. Im Vordergrund steht die Arbeit mit und für Menschen. Wir sind darauf bedacht, die nötige Hilfe, Begleitung und Assistenz zu bieten, um ein möglichst selbstbestimmtes, gesundes und aktives Leben zu ermöglichen.