**M. Heine1, ehem. 8, H. Bolz2,8, J. Völcker3,8, K. Rudolph4,8, T. Hesse5,8, D. Schmidt6,8, D. A. Vagts7,8**

**Konzept zur Implementierung palliativer Kompetenz und hospizlicher Kultur in den Krankenhäusern der Marienhaus Kliniken GmbH am Beispiel des Marienhaus Klinikums Hetzelstift in Neustadt/Weinstraße**

1 Lic. theol. Maria Heine, Mitglied im Vorstand der Marienhausstiftung

2 Dipl. Psych. Heike Bolz, Psychoonkologin, psycholog. Schmerztherapie, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin

3 Jelena Völcker, Palliative Care Fachpflege, Pain Nurse, B.A. Social Healthcare, Fachbereichsleitung Palliativstation der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin

4 Karin Rudolph, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin, Sozialdienst

5 Torsten Hesse, Mitarbeitervertretung (MAV)

6 Dirk Schmidt, Pflegedirektor

7 Prof. Dr. Dierk A. Vagts, MSc., DEAA, EDIC, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Ärztlicher Direktor

8 Marienhaus Klinikum Hetzelstift Neustadt Weinstraße

# Einleitung

Träger einer Einrichtung im Gesundheitswesen müssen sich in den kommenden Jahren auf einige tiefgreifende Veränderungen einstellen. Gesetzliche Veränderungen (bspw. Pflegestärkungsgesetz 1 und 2, generalistische Pflegeausbildung, Krankenhausstrukturgesetz) und der sich verschärfende Fach- und Führungskräftemangel bei gleichzeitigem steigenden pflegerisch wie medizinischen Versorgungsbedarf sowie knappen finanziellen Ressourcen sind nur einige Aspekte, welche die Entwicklung skizzieren.

Unter diesen Bedingungen sind insbesondere konfessionelle Träger als Führungsverantwortliche gefordert, ihre Einrichtungen visionär und strategisch neu auszurichten, inhaltlich-konzeptionell weiter zu entwickeln und möglichst erfolgreiche Strategien in die Personalentwicklung -gewinnung und -bindung anzuwenden. Und dies ohne die vorgegebenen christlichen Werte wie Identität preiszugeben bzw. auszusetzen.

Ein entscheidender Bereich stellt dabei das Angebot der palliativen wie hospizlichen Behandlung für meist onkologische Patienten dar. Für die peripheren Stationen erweitert sich das Patientengut um chronisch Kranke, multimorbid Erkrankte und zunehmend Demenz Betroffene in ihrer Terminalphase.

Der Deutsche Bundestag hat am 5. November 2015 mit großer Mehrheit das Gesetz der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland beschlossen, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist.

Mit dem neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) soll eine erhebliche Verbesserung der Hospiz-und Palliativversorgung in Deutschland erreicht werden und dies nicht nur über die Verbesserung der finanziellen Ausstattung der stationären Hospize, der ambulanten Hospizdienste sowie für die Palliativstationen. Verbesserung bei der Begleitung von schwer kranken und sterbenden Patienten sind überall vorgesehen, sei es zu Hause, im Hospiz, in Senioreneinrichtungen wie in Krankenhäusern. Das Gesetz wurde von den beiden großen kirchlichen Verbänden Caritas und Diakonie vor der Verabschiedung durch den Bundestag ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig forderten die Präsidenten des Deutschen Caritasverbandes und der Diakonie Deutschland, Peter Neher und Ulrich Lilie bereits im September 2015 eine Nachbesserung des Gesetzentwurfes.[[1]](#footnote-1) „Wir brauchen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Personalauslastung, die eine bedarfsgerechte Palliativversorgung und hospizliche Begleitung ermöglichen. […] Für diesen Bereich muss mehr Geld zur Verfügung gestellt werden als bis jetzt vom Gesetzgeber vorgesehen"[[2]](#footnote-2)

Um das neue Gesetz umzusetzen und damit verbunden, eine individuelle umfassende Begleitung der Menschen am Lebensende zu ermöglichen, braucht es die Implementierung einer palliativen Kultur in den Einrichtungen und weitreichender zusätzlicher Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.[[3]](#footnote-3)

„Es gibt gute Palliativstationen in den Kliniken, aber wir brauchen auch eine professionelle palliative Versorgung auf den normalen Stationen“ betont Diakonie Präsident Lilie. Um stationsübergreifende Palliativdienste im Krankenhaus aufzubauen, brauchen wir multiprofessionelle Teams, die die palliative Mitbehandlung und Begleitung der betroffenen Patienten übernehmen. […] Eine gute Hospiz-und Palliativversorgung die selbstverständlich Bestandteil der stationären Versorgung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist, kann wesentlich dazu beitragen, dass sich die Menschen gut begleitet und getragen wissen“, macht Neher deutlich.“[[4]](#footnote-4)

Daher ist das Ziel dieser vorliegenden Projektarbeit die Darlegung eines praxisbezogenen Konzeptes, um eine palliative und hospizliche Kultur für die peripheren Stationen im Krankenhaus anzubieten.

Dieses kann den Kollegen in den Krankenhäusern der Marienhaus Kliniken GmbH als Konzeptvorlage für den Aufbau und die Umsetzung einer palliativen–hospizlichen Kultur dienen, angepasst an die eigenen Möglichkeiten wie Bedürfnisse des eigenen Hauses.

Patienten und Angehörige eines katholischen Krankenhauses sind anspruchsvoll: Sie erwarten sich ein „Mehr“. Dieses „Mehr“ ist ein Bündel aus Erwartungen an Einfühlungsvermögen, Achtsamkeit, menschliche Zuwendung, gottesdienstliche und spirituelle Angebote, Seelsorge, Sterbe- und Trauerbegleitung. Diesen Erwartungen müssen wir entsprechen, wollen wir unserem Profil gerecht werden. Christlich zu sein und christlich zu arbeiten ist angesichts dieses „Mehr“ eine Herausforderung und Chance zugleich.

# Spiritualität im Gesundheitswesen

Lange war es nur in der sogenannten Alternativmedizin üblich, auch religiöse und spirituelle Aspekte einzubeziehen. Dies verändert sich seit einigen Jahren zunehmend, wie die Veröffentlichungen und Tagungsangebote zeigen. Publikationen zu den unterschiedlichsten Bereichen im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit finden sich besonders im Rahmen der Palliativmedizin und -pflege. Zunehmend gibt es auch in weiteren medizinischen wie pflegerischen Fachbereichen Forschungen, Studien und Veröffentlichungen, z.B. in der Geriatrie, Psychiatrie und in der Psychologie.

Untersucht werden zum einen die spirituellen bzw. religiösen Kompetenzen, die angesichts von existentiellen Erfahrungen der Patienten nötig sind, um umfassend pflegerisch wie medizinisch behandeln zu können. Außerdem wird die Bedeutung von Spiritualität als Ressource und Kraftquelle im Pflege –und Medizinalltag untersucht. Ebenso welche Wirkung Spiritualität im Umgang mit den vielfältigen Belastungen, denen Pflegende und Mediziner in ihrem Berufsleben ausgesetzt sind, als Mittel zur Selbstpflege dienen kann.[[5]](#footnote-5)

Eine weitere Vertiefung dieses Themas bedarf einer eigenen Abhandlung und kann im Rahmen dieser Projektarbeit nicht geleistet werden.

Daher steht nachfolgend im Vordergrund eine Klärung der Begrifflichkeit von Spiritualität.

Seit der vorletzten Jahrhundertwende wird der Begriff Spiritualität im französischen Katholizismus zunächst maßgeblich verwendet. In Deutschland setzt sich dieser Begriff erst nach dem zweiten Weltkrieg zunehmend durch. Endgültig etablierte sich dieser Begriff in den 1980erJahren.[[6]](#footnote-6) Zunehmend erfährt der Begriff aber bedauerlicherweise auch missbräuliche Verwendung, beispielhaft seien hier genannt „Spiritualität des Wohnens“ oder die „Spiritualität unserer Batterie“.

„Christliche Spiritualität ist biblisch, weil der Glaube stets an das von den biblischen Schriften bezeugte „Wort Gottes“ gebunden bleibt und weil er sich an dem geisterfüllten Zeugnis gläubigen Handelns orientiert, das diese Schriften ablegen. […] Es gibt nicht nur *eine* biblische Spiritualität: Das Handeln vor Gott und im Einklang mit seinem Willen, dessen Kundgabe wichtigster Inhalt die „Offenbarung“ ist, trägt christliche Spiritualität. Ohne dieses Handeln wären alle Arten von Gebet und Opfer inhaltsleere Formen. Dieses Handeln ist seinerseits nicht „sprachlos“ Der Gott Israels und der Vater Jesu ist ein „Ansprechpartner“. So ist das Reden mit Gott aus der christlichen Spiritualität nicht weg zu interpretieren. Biblisches Beten ist grundlegend dialogische, gelangt allerdings an die „Grenzen des Schweigens“ „Für dich ist Schweigen Lobgesang“ (Ps 65,7)“[[7]](#footnote-7)

Im Palliativkontext definiert die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Spiritualität wie folgt: Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen.“[[8]](#footnote-8)

Arndt Büssing ergänzt diese Ansicht, mit der Annahme, dass Spiritualität eine nach „Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung ist“ [bei der sich] „der bzw. die Suchende ihres göttlichen Ursprungs bewusst ist und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. fühlt“[[9]](#footnote-9).

Spiritualität ist auch immer von Spannungsfeldern geprägt: von der Spannung zwischen Gottvertrauen und dem Einsatz der eigenen Fähigkeiten oder auch zwischen Beten und Handeln. Wie können solche Spannungsfelder als Quelle von Inspirationen und Kraft fruchtbar sein bzw. werden? Das Bewusst machen bzw. Bewusst werden dieser Spannungspole hilft den Blick für den jeweils anderen freizuhalten und nicht in der momentanen Tätigkeit auf- oder unterzugehen. Spiritualität hilft mir zu sehen, weder das eine noch das andere ist absolut. Auch wenn ich das eine und das andere gerne tue und gut machen will, darf ich wissen: Das Entscheidende kommt nicht von mir. Wenn ich aufmerksam bleibe und auf Gottes guten Geist achte, stehen die Spannungspole nicht einmal im Widerspruch. Sie können sich gegenseitig inspirieren: Die Arbeit kann mich zum Gebet führen, das Gebet zu den Menschen, die Menschen zum erneuten Engagement - beruflich wie privat.

Identität kann ein Mensch also nicht nur durch Selbstmanagement, Zeitplanung und Supervision erreichen, sondern auch durch eine einfache Alltagsspiritualität. Es ist die tägliche Verwirklichung einer Grundwahrheit über den Menschen, dass er nicht nur ein biopsycho-soziales, sondern vor allem ein geistbegabtes Wesen ist. Er lebt dann mit sich versöhnt, wenn er sich dieses seines Ursprungs bewusst bleibt.[[10]](#footnote-10)



Quelle: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\_charter/en;v. 27.8.2015

Zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität (WHOQOL-100) nahm die Weltgesundheitsbehörde (WHO) 1995, „Spirituality/Religion/Personal beliefs“ als eigenen Bereich in ihren Fragebogen auf, weil dies viele Patienten als wichtig betrachten. Anerkannt ist heute, dass zur Bewältigung von Erkrankungen auch Ressourcen gefragt sind, die religiöser Motivation zugrunde liegen.[[11]](#footnote-11)

Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Gesundheitsförderung basiert auf diesem wesentlichen Menschenrecht. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und spirituellen Wohlbefindens.[[12]](#footnote-12)

„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“ (WHO 2002)[[13]](#footnote-13)

# Palliativ und Hospizkultur aktueller Stand im Marienhaus Klinikum Hetzelstift

## Qualifikationen der Mitarbeiter

Aktueller Stand im Marienhaus Klinikum Hetzelstift November 2016:

Vor zehn Jahren wurde im Krankenhaus eine Palliativstation mit sechs Betten eröffnet. Im Jahr 2008 wurden auf den internistischen Stationen sogenannte Franziskuszimmer bereitgestellt. Diese Zimmer wurden speziell für Sterbende und deren Angehörigen eingerichtet wie auch der Situation entsprechend atmosphärisch gestaltet. Angehörigen kann auf Wunsch des Patienten eine Übernachtungsmöglichkeit angeboten werden.

Seit 2008 steht ebenfalls ein neu gestalteter Verabschiedungsraum für Verstorbene zur Verfügung, der den zeitgemäßen Anforderungen entspricht. Angehörige werden immer durch einen Mitarbeiter oder auf Wunsch durch die Seelsorge in den Verabschiedungsraum geführt und begleitet.

**Pflegerisch:**

**Palliativstation:** Alle Mitarbeiterinnen der Palliativstation verfügen über die Palliativ Care Ausbildung. Die pflegerische Leitung absolvierte sowohl den Basis als auch den Aufbaukurs der Palliativfachpflege. Neue Mitarbeiter werden zeitnah weitergebildet.

Darüber hinaus verfügen die Mitarbeiterinnen der Palliativstation über verschiedene Zusatzqualifikationen, wie Kunsttherapie, Klangschalentherapie, Shiatsu, Aromatherapie, Musiktherapie. Für Fortbildungen im Klinikum zu den Themen der palliativen Versorgung können die Mitarbeiterinnen der Palliativstation jederzeit angesprochen werden.

Das Aromaset wird von der Palliativstation bereitgestellt und nach Anforderung von den peripheren Stationen an diese verliehen.

**Gynäkologie:** 3 Mitarbeiterinnen mit Palliative Care Ausbildung

**Intensivstation:** 2 Mitarbeiterinnen mit Palliative Care Ausbildung

Drei weitere Fachkräfte wechselten in den letzten zwei Jahren in den Bereich der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

**Innere Station Gastroenterologie:** 1 Mitarbeiterin mit Palliative Care Ausbildung

**Ambulante Pflege:** 1 Mitarbeiterin mit Palliative Care Ausbildung

Weitere unterstützende Pflegefachkräfte für die Palliativ- und Hospizstruktur sind im Hetzelstift gesetzt durch eine Breast Care Nurse, eine weitere Mitarbeiterin befindet sich in der Ausbildung zur Breast Care Nurse, eine Onkologische Fachkrankenschwester, eine weitere beendet die Ausbildung im Frühjahr 2018, eine Stomatherapeutin und nicht zuletzt durch eine Fachkrankenschwester für Geriatrie.

**Medizinisch/ Ärtzlich:**

Die Leitung der Palliativstation obliegt Prof. Dr. Dierk Vagts. Durch die volle Weiterbildungsermächtigung in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin stehen dem Hetzelstift mit Stand Januar 2018 bereits elf Fachärzte in diesem Fachgebiet zur Verfügung.

Drei weitere Fachärzte der Anästhesie haben die Bedingungen für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und sind zur Prüfung angemeldet, ein weiterer Arzt befindet sich in Weiterbildung.

Im internistischen Bereich verfügen drei Oberärzte aus der medizinischen Klinik II (Gastroenterologie) über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

## Palliativkonsil

Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit bietet die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin Konsildienste für alle fünf Säulen des Fachgebietes, so auch die Palliativmedizin und die Schmerztherapie. Diese Konsilanforderungen, die in der Regel bis zum Ende des nächsten Werktages bearbeitet werden, werden derzeit mehr als 600 Mal für die beiden letztgenannten Fachbereiche eingefordert, was im zeitlichen Aufwand ca. 0,2 zusätzlichen VK entspricht.[[14]](#footnote-14)

## Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Ab 2018 ist die generalistische Pflegeausbildung vorgesehen. D. h. eine Zusammenführung der drei Berufe der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege.[[15]](#footnote-15) Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf den praktischen Ausbildungsteil eingegangen.

Im Marienhaus Klinikum Hetzelstift wird nachfolgendes praktisches Ausbildungskonzept[[16]](#footnote-16) für den Einsatz auf der Palliativstation angeboten.[[17]](#footnote-17)

**Vorgehen des Einsatzes von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege**

* Die Auszubildenden werden über den Einsatzwunsch auf der Palliativstation durch die zuständige Lehrkraft des Ausbildungskurses befragt.

Die Krankenpflegeschule verplant diese „Freiwilligen“ für einen Zeitraum von min. vier bis acht Wochen auf der Palliativstation.

* Frühester Einsatzzeitraum ist nach dem von der Krankenpflegeschule durchgeführten „Sterbeseminar“. Optimal ist ein Einsatz im dritten Ausbildungsjahr.
* Praxisanleiter (aktueller Stand: 3 MA, 1 MA befindet sich bis Anfang 2017 in Ausbildung) stehen auf Station jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung und werden im besten Fall gemeinsam mit dem Schüler geplant.

Es finden Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche durch den Praxisanleiter statt. Eine enge Betreuung durch die Praxisanleiter und übrigen palliativerfahrenen Mitarbeiter ist gewährleistet.

Im Falle, dass der Auszubildende vor oder während des Einsatzes sich nicht wohl fühlt oder sich gegen den Einsatz entscheidet, kann ein Austausch stattfinden. Dennoch wird durch Gesprächsangebot versucht, eine „akute“ Situation zu entlasten.

* Zwischen – oder Abschlussprüfungen werden auf der Palliativstation durchgeführt
* Schüler werden in allen drei Schichten eingesetzt.
* **Lernangebot:**
* Psychische Betreuung
* Begleiten von präfinalen Patienten
* Hilfestellung bei Erbrechen
* Hilfestellung bei Luftnot
* Therapieverfahren zur Behandlung von Schmerzen
* In der Phase des Sterbens sind wir für den Patienten und seine Angehörigen da
* Erfüllen spiritueller Bedürfnisse
* Umgang mit Ängsten
* Unterstützung sozialer Kontakte zu Angehörigen und Freunden
* Hilfestellung bei Schmerzen
* Palliative Mundpflege
* Aromapflege
* Versorgung eines Verstorbenen
* Trauerbegleitung
* Gespräche über den Tod, das Sterben und das Lebensende
* Kennenlernen von verschiedenen onkologischen Krankheitsbildern
* Umgang mit Schmerzpumpen, PCA-Pumpen, Infusomaten, Perfusoren
* Verbände (Port, Wundverbände exulzerierende Wunden)
* Spezielle Untersuchungen und Eingriffe: Aszitespunktion, Pleurapunktion, Sonographie,
* Anstechen eines Ports (Theorie), Symptomtitration, Anlage eines Schmerzkatheters

(im Aufwachraum)

## Multiprofessionelle fachübergreifende Zusammenarbeit mit Psychoonkologie, psychosoziale Onkologie, Sozialdienst, Pflegeüberleitung und Seelsorge

### Psychoonkologie und pyschosoziale Onkologie

Psychoonkologische Maßnahmen zielen auf psychische und soziale Probleme sowie Funktionsstörungen im Kontext einer Krebserkrankung und deren Behandlung ab. Sie haben das Ziel, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen, die psychische Befindlichkeit zu verbessern, soziale Ressourcen zu stärken sowie Begleit- oder Folgeprobleme der medizinischen Diagnostik oder Therapie zu mindern sowie die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern. Dabei schließt die Psychoonkologie nicht nur die betroffenen Personen, sondern auch die Angehörigen und das soziale Umfeld mit ein[[18]](#footnote-18).

Zur Verfügung steht eine Psychoonkologin in Vollzeit. Die Vertretung der Psychoonkologin wird in Kooperation mit der deutschen Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. abgestimmt.

Seit dem 1. März 2014 unterstützt unsere Diplomsozialarbeiterin/-pädagogin (FH) mit Weiterbildung in psychosozialer Onkologie (WPO) den psychoonkologischen Fachdienst mit jeweils acht Stunden wöchentlich.

Ihr Einsatzbereich umfasst Patienten mit onkologischer Erkrankung (Erstdiagnose/Rezidiv) und/oder psychosozialem Mitbetreuungsbedarf (Krise). Im Vordergrund steht dabei die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, Krankheitsbewältigung, Stabilisierung der Patienten. Hier ist (zunächst) kein Psychotherapeut erforderlich, weil keine Störung vorliegt.

Der Auftrag umfasst folgende Tätigkeiten:

- Mitbetreuung der Chemoambulanz (Di/Mi vormittags)

- Erfassen der Situation, wie geht es der Patientin/dem Patienten, wie bewältigt sie/er die Situation, welche Hilfen braucht sie/er

- Erfassen von Belastungen und Ressourcen

- Krisenintervention, Stabilisierung

- Supportive Begleitung (Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten, z. B. durch Entspannungsübungen, stützende Gespräche, Ressourcenaktivierung …)

- Psychoedukation (Informationen, Verbesserung der Stressbewältigung, Strategien entwickeln)

Alle Beratungen/Kontakte werden statistisch erfasst und in ITB Med dokumentiert.[[19]](#footnote-19)

### Sozialdienst und Pflegeüberleitung

Im Krankenhaus in Neustadt sind Sozialdienst und Pflegeüberleitung zur Abteilung „Patientenberatung“ zusammengefasst. Die Abteilung ist mit sechs Mitarbeitern in Teilzeit besetzt: Ein Diplomsozialpädagoge, zwei Diplomsozialarbeiterinnen, eine Diplomsozialarbeiterin/-pädagogin (Psychoonkologin (WPO), Krankenschwester), eine Krankenschwester und eine Krankenschwester mit der Zusatzqualifikation Palliativcare. Je nach klinischer Fragestellung besuchen die Mitarbeiter entsprechend ihrer Fachlichkeit die Patienten am Bett und besprechen den erforderlichen Unterstützungsbedarf. Sie unterbreiten erste Informationen und hinterlassen ihre Visitenkarte, sodass sich die Patienten und Angehörige bei Bedarf auch nach der Entlassung beraten lassen können. Dies wird von den Patientinnen auch gerne genutzt. Die Dokumentation erfolgt im ITB Med. Ähnlich wie bei der Psychoonkologin werden vertrauliche Informationen gesondert dokumentiert und unter Verschluss gehalten.

### Seelsorge

Im Marienhaus Klinikum Hetzelstift lassen wir uns als christliche Einrichtung von einem Menschenbild leiten, welches jeden Menschen als Geschöpf Gottes und damit als Ganzes sieht. Wir verstehen unsere Arbeit daher als tätige Nächstenliebe unter Achtung der Würde der uns anvertrauten Menschen, unabhängig von Herkunft, Glauben, sozialer Stellung und gesellschaftlichem Ansehen.

Wir wollen jedem, der zu uns kommt, ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und gelebter Barmherzigkeit vermitteln. (Leitbild der Marienhaus Klinken GmbH)[[20]](#footnote-20)

Unter Seelsorge verstehen wir eine wesentliche Selbstverpflichtung derjenigen Menschen, die Jesus von Nazareth, seine Botschaft und seine Praxis zum Maßstab ihrer Lebenspraxis machen. Dabei ist die Selbstverpflichtung, sich Menschen helfend zuzuwenden, die auf Hilfe angewiesen sind, die Hilfe brauchen, und zwar Hilfe nicht nur mit psychologischer Therapie, sondern auch durch die Heilkraft des religiösen Glaubens.

Menschen, die als Patienten ins Krankenhaus kommen, suchen in erster Linie pflegerische und ärztliche Betreuung. Unser Krankenhaus ist ein hochspezialisierter und -technisierter Betrieb, in dem die unterschiedlichen Berufsgruppen unter erheblichem Zeit-, Leistungs- und Kostendruck zusammenarbeiten. Die Seelsorge will und darf diese Stress-Situation nicht noch vergrößern. Seelsorge versteht ihre Tätigkeit als flankierende Unterstützung der Medizin und Pflege, und zwar in zweifacher Hinsicht: Die Seelsorge kann Menschen, die in Gefahr sind, den Sinn ihres Lebens zu verlieren, z.B. aufgrund einer Erkrankung und an ihrem Selbstwert zu zweifeln, zu einer Erneuerung der Selbst-Akzeptanz helfen, und sie kann dazu beitragen, dass Menschen in ihrer Isolierung, wenn sie auf das eigene leidende Ich zurückgeworfen sind, ihre Beziehungsfähigkeit, ihre Gemeinschaftsfähigkeit wenigstens teilweise wiedergewinnen. Diese Hilfe wirkt auch positiv auf mitbetroffene Angehörige.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben die Wechselwirksamkeit von religiösem Glauben und Lebensqualität nachgewiesen. Ein Glaube an den geheimnisvoll gegenwärtigen Gott, der das Schicksal der Menschen in seinen Händen hält, bewahrt vor Sinnverlust, erhöht das Selbstwertgefühl, stärkt die Selbstkontrolle, reduziert das Einsamkeitsgefühl und senkt Depressionen („Coping-Funktion“ [[21]](#footnote-21) der Frömmigkeit). Ziel und Zentrum dieses Glaubens ist das Gebet, in dem ein Patient sein Ur-Vertrauen und seine Selbstachtung wiedergewinnt, seine vielleicht gestörte Beziehung zu Gott und zu Mitmenschen wieder zu heilen beginnt und er so Versöhnung erlangt.

Die Seelsorge in unserem Krankenhaus richtet sich daher in erster Linie an die Patienten in einer vielleicht kritischen Situation sowie an die betroffenen Angehörigen. Sie steht auch in konstruktiver und solidarischer Beziehung zu den Menschen, die im Krankenhaus direkt oder indirekt mit den und für die Patienten arbeiten.[[22]](#footnote-22)

Die Seelsorger suchen den Kontakt zum psychosozialen Anschlussbereich des Krankenhauses. Aus all dem ergeben sich besondere persönliche und fachliche Anforderungen. Sie machen verschiedene Kompetenzen des Seelsorgers notwendig.

Im Hetzelstift sind in der Seelsorge im Umfang einer vollen Stelle ein evangelischer Pfarrer und ein katholischer Ordenspriester, ein katholischer Diplomtheologe mit einer halben Stelle tätig. Das Seelsorgeteam wird seit September 2016 noch durch eine Waldbreitbacher Franziskanerin bereichert, die sich für die Stationen zur Verfügung hält als (Sitz-)Begleitung für Sterbende insbesondere für Patienten ohne Angehörige.

## Schmerztherapie

Im Marienhaus Klinikum Hetzelstift ist die Schmerztherapie im medizinischen Bereich besetzt mit sieben Ärzten aus der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie führen. Zwei weitere sind angemeldet zur Prüfung, bzw. befinden sich am Ende der Weiterbildungszeit für die Zusatzbezeichnung.

In der Pflege sind dreizehn Mitarbeiterinnen als Pain Nurse bzw. algesiologische Fachkraft ausgebildet und vier weitere sind geplant. Sechs Mitarbeiterinnen aus den Bereichen Anästhesie, Intensivstation, Palliativstation und Zentrale Notaufnahme teilen sich die tägliche Visitation des Akutschmerzdienstes auf den Stationen im wöchentlichen Wechsel. Die operativen Stationen verfügen über eine weitergebildete Pain Nurse. Ab Herbst 2018 werden für die internistischen Stationen die Mitarbeiterinnen ausgebildet. Zwei Mitarbeiterinnen absolvierten bereits den Aufbaukurs der Schmerztherapie „Der alte Mensch und Demenz“.

Geplant ist, dass im Krankenhaus Ende 2018 für alle Kliniken die zertifizierte Schmerztherapie abgeschlossen hat. Bisher sind die Fachbereiche der Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Zentrale Notaufnahme sowie die Anästhesie mit Intensivstation, Palliativstation und stationäre multimodale Schmerztherapie zertifiziert. Die internistischen Kliniken sollen bis 2020 folgen.

Ergänzt wird das Schmerzkonzept durch die Diplompsychologin des Marienhaus Klinikums Hetzelstift mit der speziellen Weiterbildung zur psychologischen Schmerztherapeutin. Bei stationären multimodalen Schmerztherapie handelt es sich um eine mehrwöchige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen. Im Gegensatz zu rein somatisch orientierten Behandlungsansätzen ist die multimodale Schmerztherapie eine biopsychosoziale Therapieform, bei der medizinische, physiotherapeutische und psychologische Behandlungen sinnvoll miteinander kombiniert werden. Bei der Umsetzung arbeiten demnach verschiedene Fachdisziplinen (Ärzte (Schmerztherapeuten, Anästhesisten, Neurologen, Orthopäden, etc.), Physiotherapeuten, Psychologen und Pflegekräfte, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Ergotherapeuten, etc.) unter ärztlicher Behandlungsleitung nach einem standardisierten gemeinsam in wöchentlichen Teamsitzungen abgesprochenen Behandlungsplan zusammen.

Darüber hinaus wird die spezielle Schmerzpsychotherapie angeboten. Das Schmerzerleben steht mit der emotionalen Befindlichkeit in engem Zusammenhang. Daher ist die psychologische Schmerztherapie ein essentieller Bestandteil der multimodalen Schmerzbehandlung. Hierbei wird das emotionale Schmerzerleben gezielt analysiert, indem eine umfassende Schmerzdiagnostik erhoben wird. Anhand der diagnostischen Ergebnisse werden gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele erarbeitet. Zielbereiche können hierbei die Schmerzwahrnehmung selbst, als auch die damit verbundenen Gefühle und Verhaltensweisen sein, die der Schmerzbewältigung dienen.[[23]](#footnote-23)

**Auszug aus dem Konzept Akutschmerztherapie24**

**Palliativstation Präambel:**

Die Palliativstation behandelt im interdisziplinären Team Patienten mit meist tumorbedingten

Schmerzen, die akute Durchbruchschmerzen erleiden können. Neben nozizeptivem Charakter

finden sich häufig auch neuropathische Anteile, sowie auslösende Faktoren und Verstärker aus dem psychosozialen Umfeld. Dieser als Total Pain bezeichnete Komplex wird am erfolgreichsten durch eine multimodale Schmerztherapie erfasst.

Chronische Schmerzen, die zur akuten Exazerbation führen können, bedürfen der Akutschmerztherapie. Diese Ereignisse sind in hohem Maße mit Angst, Bedrohung, Stress und dem Kampf zur Erhaltung eines Mindestmaßes an Lebensfreude und -qualität verknüpft.

**Zielsetzung der Akutschmerztherapie auf der Palliativstation:**

Erfahrungen von Unter- und Fehlversorgung gehören zu persönlichen Leidensgeschichten und

sollen durch sofortiges Eingreifen abgebaut werden. Individuelle Besonderheiten finden hierbei Berücksichtigung, die Autonomie des Patienten und deren Förderung rückt in den Mittelpunkt.

**Stationsabläufe:**

**Anordnung der Schmerztherapie**

Die Palliativpatienten erhalten bei Aufnahme auch ohne Schmerzen immer eine Bedarfs- und

Begleitmedikation. Bei suffizienter Schmerztherapie übernimmt der Stationsarzt in der Regel die mitgebrachte Medikation, bei unzureichender Schmerzbehandlung wird eine Dosistitration

durchgeführt. Die Schmerzmedikation wird auf dem allgemeinen Anordnungsbogen festgelegt, ein spezieller Verordnungsbogen existiert aufgrund der individuellen Spannbreite bewusst nicht.

**Ausführung und Überprüfung der Schmerztherapie**

Die Pflegefachkraft auf Station überprüft, ob eine gültige Anordnung vorliegt und führt diese im Rahmen der Interventionsgrenzen aus. Die jeweils aktuelle Schmerzsituation wird mindestens 1x/Schicht erfasst. Im Rahmen der täglichen Visite findet je nach Schmerzsituation eine Anpassung der Medikation statt. Hierbei werden notwendige Steigerungen, aber auch mögliche Reduktionen von Analgetika berücksichtigt. Ziel der Schmerzbehandlung ist im besten Fall eine Schmerzfreiheit mit möglichst wenigen Nebenwirkungen, häufig aber eine Reduktion der Schmerzen auf ein erträgliches Maß.

**Nicht-medikamentöse Schmerztherapie**

Nicht-medikamentöse Maßnahmen besitzen einen hohen Stellenwert und sind teilweise akut durch den Patienten nach entsprechender Edukation einsetzbar. Sie leiten sich ab aus der Physiotherapie, der psychotherapeutischen Schmerztherapie, der Musiktherapie, Entspannung, Shiatsu, Klangschale, Aromapflege und anderen mehr.

**Erweiterte Schmerztherapie**

Die Versorgung der Patienten mit Schmerzpumpen für Periduralkatheter, periphere Nervenkatheter und i.v. PCA-Pumpen wird auf der Palliativstation auch vollständig vom Personal der Palliativstation übernommen. Dies bezieht sich auch auf die ärztliche Indikationsstellung, Aufklärung und Anlage der erweiterten Verfahren.

**Besondere Rahmenbedingungen der Palliativstation**

Alle Pflegekräfte der Palliativstation besitzen die Befähigung zur direkten i.v.-Applikation, wodurch schnelles Handeln bei akuten Schmerzen, aber auch Ereignissen wie Dyspnoe u.a. zur Symptomkontrolle möglich ist. Die chefärztliche Bescheinigung leitet sich ab aus der Dienstanweisung zur „Delegation ärztlicher Tätigkeiten“.

Grundlage hierfür liefert eine ständige ärztliche Besetzung der Station von 07.45 h bis 16.15 h, sowie die sofortige Erreichbarkeit des diensthabenden Anästhesisten außerhalb der Regelarbeitszeit. Dieser übernimmt außerhalb der Kernarbeitszeit zusammen mit dem Oberarzt aus dem Rufdienst mit der persönlichen Übergabe die Betreuung und Verantwortlichkeit über die Patienten. Ergänzt wird die Informationsweitergabe durch einen computergestützten, aktuellen schriftlichen Übergabebericht.

## Vernetzung mit dem Ambulanten Hospiz -und Palliativzentrum (AHPZ) Neustadt/Weinstraße GmbH

Seit dem 1. April 2015 besteht das Ambulante Hospiz– und Palliativzentrum in Neustadt an der Weinstraße. Träger der Einrichtung sind die Marienhaus Kliniken GmbH und der Caritasverband für die Diözese Speyer. Das hauptamtliche Team umfasst fünf Hospiz-und Palliativpflegefachkräfte, zwei Palliativmediziner sowie weitere Palliativmediziner für die Rufbereitschaft, die in Absprache mit der Klinik der Anästhesie des Krankenhauses zum Einsatz kommen. Ergänzt wird das Team durch eine Sozialpädagogin und eine Bürokraft.

Die Sozialpädagogin leitet die Hospizseminare und ist die Ansprechpartnerin für die Hospizbegleiter. In diesem Tätigkeitsfeld sind zudem z. Z. 45 ehrenamtliche Hospizbegleiter der ökumenischen Hospizgruppen aus Neustadt und Haßloch im Einsatz. Vorbereitet durch Seminare begleiten die ehrenamtlichen Mitarbeiter beim Abschied, in der Trauerarbeit und stellen eine große Entlastung für Angehörige dar. Im Angebot findet sich ebenso eine ganzjährige Begleitung durch das Angebot eines Trauercafes.

In enger Absprache mit dem AHPZ Team und Ehrenamtlichen kann das Krankenhaus Ehrenamtliche für die Trauerbegleitung für die peripheren Stationen abrufen.

Über die Kooperationsverträge mit den Senioreneinrichtungen in den umliegenden Ortschaften (Lambrecht, Haßloch und Deidesheim) besteht eine enge Zusammenarbeit, die es Patienten aus den Senioreneinrichtungen ermöglicht, im Falle eines Krankenhausaufenthaltes eine bereits bestehende palliative Pflege fortzuführen.

# Leitfaden zum Einstieg in die Palliativversorgung im Krankenhaus

## 4.1 Behandlungskonzept

### Patientenklientel

Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen fachübergreifend, aber auch Patienten mit chronischen Erkrankungen z. B. COPD, HIV/AIDS, ALS.

**Aufnahmekriterien:**

Entsprechend den Vorgaben bzw. Leitlinien der DPG (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

**Aufnahmemodalitäten:**

Die Aufnahme nur in Ausnahmefällen über die Zentrale Notaufnahme, sondern im direkten Gespräch vom niedergelassenen behandelnden Arzt mit dem Arzt der Palliativstation, als reguläre Einweisung. Eine Verlegung innerhalb des Hauses ist ebenso möglich, wie eine (häufig heimatnahe) Übernahme aus einem anderen Krankenhaus.

### Somatische Betreuung

Klärung der Beschwerden, die besonders im Verlauf von fortgeschrittenen Tumorerkrankungen auftreten können (körperliche Symptome, Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit, Appetitlosigkeit u. a.). D.h. die Vorhaltung von schmerztherapeutischen Möglichkeiten ist essentiell.

Zusammen mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Versorgungsteam wird die Therapie besprochen und abgestimmt.

### Interdisziplinarität

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch eine täglich gemeinsame Visite der beteiligten Berufsgruppen umgesetzt. Ergänzt durch wöchentliche Fallbesprechungen mit dem erweiterten Behandlungsteam (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Seelsorge, Physiotherapie, Aroma-, Musik- und Kunsttherapie, Shiatsu, Klangmassage, u.a.)

### Psychische Betreuung

Sowohl die Patienten als auch die Angehörigen werden durch Psychoonkologen begleitet und unterstützt. Ebenfalls wird das Gesamtteam der Mitarbeiter supervisorisch entsprechend begleitet, unterstützt und entlastet.

### Soziale Betreuung

Berücksichtigung findet die Einbindung der Patienten in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld.

### Spirituelle Betreuung

Die existentiellen Sinnfragen, die im Zusammenhang mit dem oft nahenden Lebensende auftreten, werden durch die Seelsorge (kath., ev., islam.) aufgegriffen und thematisiert.

### Bedürfnisorientierte ganzheitliche Pflege

Alle Pflegefachkräfte verfügen über den Basiskurs und -soweit schon möglich- über den Aufbaukurs Palliativcare. Soweit durch die Patienten gewünscht und möglich werden die Angehörigen in die Pflege mit eingebunden.

### Entlassung

Die Entlassung erfolgt über die Pflegeüberleitung und den Sozialdienst entsprechend den vorgegebenen Regularien des Krankenhauses. Im Weiteren in enger Zusammenarbeit mit der Sozialstation, wenn vorhanden dem ambulanten Hospiz, der SAPV und Ehrenamtlichen in der Trauer- und Sterbebegleitung.

## 4.2 **Einzugsgebiet**

Primäres Einzugsgebiet ist die jeweilige Stadt/Gemeinde des Standortes. Generell sollte die Versorgung wohnortnah erfolgen. In Einzelfallentscheidungen können auch Patienten aus dem weiteren Einzugsgebiet aufgenommen werden.

## 4.3 **Bettenanzahl und Anzahl möglicher Patienten**

Die Bettenzahl richtet sich nach der im Krankenhausplan hinterlegten palliativmedizinischen Versorgung entsprechend der Einwohnerzahl der zu versorgenden Region. (Neustadt z. Z. 8 Betten plus 4 Betten Schmerztherapie)

Die DGP nimmt einen Planungswert von ca. 50 Betten je 1 Mio. Einwohner an. (Stand 2015)

Bei einer realistischen Auslastung von 85% und einer durchschnittlichen Verweildauer von 14 Tagen können so ca. 220 Patienten pro Jahr stationär versorgt werden. (In Neustadt liegt die Auslastung bei >100%)

## 4.4 **Raumplanung**

Berücksichtigung finden hierbei die Vorgaben der DGP

Hier als Beispiel Neustadt/Weinstraße:

* 6 (+2) Betten inkl. Nasszelle, Toilette (jeweils 6 DZ mit Einzelbelegung, mit Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige)
* Behindertengerechtes Bad mit Badewanne und Lifter
* Toiletten für Besucher und Mitarbeiter
* Lager für medizinische und pflegerische Utensilien
* Pflegearbeitsraum mit reiner und unreiner Seite
* Stationszimmer
* Arztzimmer
* Aufenthaltsraum/Gesprächsraum mit Küche für Patienten und Angehörige
* Raum der Ruhe als Rückzugszimmer für Patienten, Angehörige und Besucher

## 4.5 Personalbedarf

Die Vorgaben der DPG sind zu berücksichtigen und bei 6 Betten sind einzuplanen:

8,5 VK Pflegekräfte (1,5:1 Patient)

0,8 VK Arzt (1:6-10 Betten), wird aber mit 1,0 VK besetzt (davon 0,2 VK Konsile)

0,5 VK Sozialarbeiter

0,5 VK Psychoonkologe

0,25 VK Seelsorger

0,25 VK Physiotherapeut

Und weitere therapeutische Ergänzungen, z.B. Aroma-, Musik-, Kunsttherapie, Shiatsu, Klangschalen u.a. (entsprechend den Vorgaben zur Abrechnung der palliativen Komplexpauschale), diese werden im Krankenhaus abgebildet durch weiterqualifizierte Palliativcarefachkräfte.

## 4.6 **Kosten**

### 4.6.1 **Personalkosten**

Einige Kompetenzen werden im Krankenhaus per se vorgehalten, wie Seelsorge, Sozialdienst, ggfs. Psychologe, diese können synergetisch genutzt werden.

8,5 Pflegekräfte (1,5:1 Patient)

1,0 Arzt (1:6-10 Betten)

0,5 Sozialarbeiter

0,5 Psychoonkologe

0,25 Seelsorger

0,25 Physiotherapeut

### 4.6.2 **Sachkosten**

Bezüglich des medizinischen wie pflegerischen Sachbedarfs ist bei den Palliativpatienten ein höherer Kostenfaktor anzusetzen. (Medikamente, Infusionen, Verbandmaterial u.a.)

Hinzu kommen noch der Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf. Diese Kosten sind über die palliative Komplexbehandlung abgedeckt.

### 4.6.3 **Kosten für Aus- und Weiterbildung**

Fortlaufende Kosten sind die Weiterqualifikation bzw. Ausbildung der Mitarbeiter und der Ehrenamtlichen. Hier kann auf ein breites Angebot vom Träger zugegriffen werden.

* Palliativ Care Basiskurs/Aufbaukurs
* Palliativ- und Schmerzmediziner
* Psychoonkologie
* Care für Sozialdienst und Seelsorge
* Supervision des Teams, mindestens quartalsweise 2-3 Stunden für das Gesamtteam, nach Bedarf Einzelsupervision (richtet sich auch nach der Größe der Station)
* Kurse für Ehrenamtliche, wenn möglich in Zusammenarbeit mit einem ambl. Hospiz

### 4.6.4 **Bauliche Investitionskosten**

Hausindividuell, je nachdem ob eine eigenständige Palliativstation oder eine integrierte Station angedacht ist und abhängig von den durch die eigene Bausubstanz bedingten Gegebenheiten.

### 4.6.5 **Gesamtkosten**

Personalkosten, Ausbildungskosten, Sachkosten und Baukosten sind gegenüberzustellen mit den möglichen Einnahmen der DRG Fallpauschalen.

Eine Bezuschussung durch das Land sollte in jedem Fall geprüft und beantragt werden.

## 4.7 **Stufenweise Entwicklung der Palliativmedizin im Krankenhaus**

Ergänzend kann ein ambulantes Hospiz und SAPV Angebot mit dem Träger und je nach Örtlichkeit auch mit anderen Anbietern aufgebaut werden.

Ein Palliativer Konsildienst pflegerisch wie medizinisch sollte im Haus etabliert werden. Dies ist auch hilfreich für die hausinternen integrierenden Maßnahmen.

## 4.8 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen

Eine Einbindung der niedergelassenen Ärzte durch regelmäßigen Austausch und auch ein mögliches Fortbildungsangebot hat sich aus den Erfahrungen in Neustadt als vorteilhaft erweisen.

# Fazit /Ausblick

Es ist wichtig, dass Einrichtungen eine tragfähige Palliativ– und Hospizkultur entwickeln und leben. Vor zehn Jahren wurde im Marienhaus Klinikum Hetzelstift die Palliativstation eröffnet und damit der Grundstein gelegt für die Palliativ- und Hospizkultur. Seitdem wurde viel erreicht im Hetzelstift, zum einen im Bereich der Ausbildung, zum anderen in der Ausstattung.

Im neuen Hospizgesetz wird gefordert, dass jeder Mensch ein Recht hat auf Beratung, wie er in seiner letzten Lebensphase begleitet werden will. Dennoch erleben wir im Alltag der hospizlichen-palliativen Versorgung die Spannung zwischen dem, was mitmenschlich-christlich-fachlich zu tun ist und den Rahmenbedingungen, gesetzlichen Vorgaben bis zum finanziellen Korsett. Dabei wissen wir alle, dass es um Menschen geht, die in ihrer letzten Lebensphase besonders abhängig und schwach sind, verletzlich und hilflos. Es reicht daher nicht allein die gesetzliche Forderung.

Hierzu bedarf es auch der notwendigen Ressourcen in Pflege, Medizin, Sozialdienst, Psychoonkologie und Seelsorge, die personell, räumlich und finanziell abgesichert sind, um dann auch die Wünsche der uns anvertrauten Palliativ-und Hospizpatienten entsprechend erfüllen und umsetzen zu können. Hieraus würde im weiteren eine Stärkung resultieren, die dem Anspruch zahlreicher Pflegefachkräfte gerecht wird, als auch eine berufliche Zufriedenheit zu erreichen vermag.

Einzuplanen ist die fortlaufende Personalentwicklung und Fortbildung der Mitarbeiter multiprofessionell übergreifend. Die Kosten sind entsprechend im Fort -und Ausbildungsbudget jährlich zu hinterlegen. Im Marienhaus Klinikum Hetzelstift sind wir auf einem guten Weg, welcher weiter ausgebaut wird und letztlich nie abgeschlossen sein wird. Geplant ist die Weiterentwicklung und Förderung der peripheren Stationen, d.h. das für jede Station mindestens eine Palliative Care Fachpflegekraft vorzuhalten ist.

Für eine gute Prozessumsetzung ist entscheidend, das Projekt nicht nur den Mitarbeitern mit Leitungs –und Führungsverantwortung im Haus vorzustellen, sondern auch z.B. bei der Mitarbeitervollversammlung, in den Qualitätskonferenzen und für alle Mitarbeiter zugänglich im Share Center (interne Informationsplattform des Krankenhauses) einzustellen. Dieses Konzept wurde in den zuständigen Gremien des Trägers vorgestellt, um eine flächendeckende Umsetzung in den klinischen Einrichtungen zu erreichen.

# Literaturangaben

## Primärliteratur

1. Ausländer, F./Grün, A. (Hg.): Spirituell führen mit Benedikt und der Bibel, Münsterschwarzach 32010.

2. Bach, F. (Art.): Chancen und Grenzen des Liverpool Care Pathways, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg.69, Heft 11, S. 638-641.

3. Bäumer, R./ Plattig, M.: Beruf- Berufung- Spiritualität, in: Fischer, M./ Bövingloh D. (Hg.): Pflege aus Berufung. Spiritualität und Professionalität in der Pflegeausbildung, Rheinbach 2012.

4. Büssing A./Kohls N. (Hg.): Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, Berlin/Heidelberg 2011.

5. Calo, S./Schuster, T. (Art.): Umgang mit Palliativpatienten. Hoffnung trotz enttäuschter Hoffnung auf Heilung, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg.69, Heft 11, S. 654-657.

6. Dienberg, T./Plattig, M. (Hg.): „Leben in Fülle. Skizzen zur christlichen Spiritualität. Festschrift Prof. Dr. Weismayer zu seinem 65. Geburtstag (Theologie der Spiritualität Bd. 5), Münster/Hamburg/London 2001.

7, Dienberg, T. (Art.): Christliche Spiritualität oder von der „heiligen Muße“ des Franz von Assisi, in: Dienberg, T./Plattig, M. (Hg.): „Leben in Fülle. Skizzen zur christlichen Spiritualität. Festschrift Prof. Dr. Weismayer zu seinem 65. Geburtstag (Theologie der Spiritualität Bd. 5), Münster/Hamburg/London 2001, S. 39-63.

8. Frick, E./Roser, T. (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 22011.

9. Frick, E. (Art.): Spiritual Care in: PflegeLeben. Pflege Werte Zukunft, Magazin für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbandes e.V. 1/2016, S. 12-17.

10. Gratz, M./Schwermann M./Roser T. (Art.): Spiritualität in der Pflege. Eine Ressource in schweren Zeiten, in: Pflegezeitschrift 2015, Jg.68, Heft 11, S. 658-667.

11. Grom, B. Spiritualität-die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive, in: Frick, E./Roser, T. (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 22011, S. 13.

12. Hefti, R./Klicpera, M. (Art.): Der Einfluß von Religiösität und Spiritualität auf das Ergebnis nach Bypassoperation. in: Spiritual Care Zeitschrift in den Gesundheitsberufen, Jg. 2, Heft 2/2013, S. 8-20.

13. Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V. (IGGS) (Hg.): Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, Stuttgart Jg. 2 2/2013.

14. Lexa, N. (Art.): Trauer in der Palliativpflege, Den Verlust verarbeiten und Angehörige unterstützen, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg. 69, Heft 8, S. 468-470.

15. Lux, P. (Art.): Palliativversorgung im Krankenhaus. Einen Moment mal Luft holen, bitte! in: PflegeLeben. Pflege Werte Zukunft, Magazin für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbandes e.V. 2/2016, S. 26-27.

16. Knoll, F. (Art.): Spiritualität kann helfen, innere Quellen in Beruf und Alltag zu entdecken. Der Weg in die Stille, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg. 69, Heft 1, S. 35-39.

17. Krankenhausseelsorge?! Diakonia Jg. 46, Heft 4/2015.

18. Reber, J.: Spiritualität in sozialen Unternehmen, Mitarbeiterseelsorge-spirituelle Bildung-spirituelle Unternehmenskultur, Stuttgart 2009.

19. Reber, J.: Christlich-spirituelle Unternehmenskultur, Stuttgart 2013.

20. Schütz, C. (Art.): Christliche Spiritualität, in: PLSP 21992, Sp. 1170-1180.

21. Schwencke, S. (Art.): Von Geist, Atem und Seele. Spiritualität in der Pflege – was bedeutet das? in: CNE Magazin 3/2015, Stuttgart 2015, S. 14-17.

22. Stachel, G. (Art.): Biblische Spiritualität in: PLSP 21992, Sp. 1189-1192.

23. Stähli, A. (Art.): Umgang mit Patienten am Lebensende, Emotionen in der Palliativpflege, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg. 69, Heft 8, S. 471-473.

24. Stevens-Barnum, B.: Spiritualität in der Pflege, Bern 2002.

25. Stolz, K. (Art.): Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende. Sterben in Würde, in: Pflegezeitschrift 2016, Jg.69, Heft 11, S. 667-669.

26. Stolz, K.-H. (Art.): Das neue Pflegeberufsgesetz-eine Möglichkeit für die berufliche Bildung zur Förderung ethischen Handelns in der Pflege, in: Ludwigshafener Ethische Rundschau Nr.2/2016, S. 11-15.

27. Sudbrack, J. (Art.): Spiritualität in LThK 32006, Bd. 9, Sp. 852-853.

28. Thole, H. (Art.): Sterbehilfe im Krankenhaus: Was hat sich geändert? Muss sich etwas ändern? Gedanken zur Verabschiedung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Sterbehilfe, in: Ludwigshafener Ethische Rundschau Nr.2/2016, S. 16-21.

29. Weber, J.: Spiritualität und soziale Arbeit, Münster 2002.

## Internet

[www.caritas.de/magazin/schwerpunkt](http://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt) (letzter Zugriff 23.08.2016)

[www.caritas.de/presse](http://www.caritas.de/presse) (letzter Zugriff 23.08.2016)

[www.caritas.de/Sterbebegleitung](http://www.caritas.de/Sterbebegleitung) (letzter Zugriff 3.09.2016)

[www.charta-fuer-sterbende.de](http://www.charta-fuer-sterbende.de) (letzter Zugriff 10.10.2016)

[www.dhp-stiftung.de](http://www.dhp-stiftung.de) (letzter Zugriff 14.08.2016)

www.[Ludwigshafener Ethische Rundschau](http://heinrich-pesch-haus.de/?ddownload=4264).de (letzter Zugriff 15.08.2016)

[www.palliativsiegel.de](http://www.palliativsiegel.de) (letzter Zugriff 18.10.2016)

[www.sterbestudie.de](http://www.sterbestudie.de) (letzter Zugriff 18.10.2016)

1. S. hierzu www.caritas.de/fuerprofis/presse zuletzt abgerufen am 23.8.2016; zu den Forderungen und Auswirkungen des neuen Gesetztes s.a. Ernst, F./Meinck, M./Wolff, J. (Art.) Palliativdienst im Krankenhaus, Hilfe für heikle Fälle, in: Management/ Finanzen 1/2016, S. 73-75. [↑](#footnote-ref-1)
2. Z.n. ebda. [↑](#footnote-ref-2)
3. S.a. Lux, P. (Art.): Palliativversorgung im Krankenhaus. Einen Moment mal Luft holen, bitte! in: PflegeLeben. Pflege Werte Zukunft, Magazin für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbandes e.V. 2/2016, S. 26-27. [↑](#footnote-ref-3)
4. Z.n. www.caritas.de/fuerprofis/presse zuletzt abgerufen am 23.8.[2016](http://www.caritas.de/fuerprofis/presse%20zuletzt%20abgerufen%20am%2023.8.2016); hierzu s.a. die Pressemitteilung nach der jährlichen Jahrestagung des katholischen Krankenhausverbandes Deutschland (KKVD) am 28.10.2016: „Der KKVD unterstützt den Charta–Prozess, der für das Recht auf Sterbebegleitung unter würdevollen Bedingungen eintritt, mit seinen rund 400 katholischen Mitgliedshäusern seit Beginn der Initiative“, sagte KKVD-Geschäftsführerin Bernadette Rümmelin. Damit trete ein hoher Trägeranteil aus dem Klinikbereich für einen gerechten Zugang zu einer würdevollen hospizlichen Begleitung und palliativer Versorgung am Lebendende ein.“ [↑](#footnote-ref-4)
5. S. hierzu die spirituelle Anamnese (SPIR) von. Frick, E., Die hier angesprochene Ressource kann als Selbstpflege dienen u.a. als Burnout Prophylaxe, Stressreduzierung, Erhöhung der Zufriedenheit im Beruf, Entdeckung von Sinnquellen in der Arbeit usw., weitere Felder sind die Spiritualität in der Sozialarbeit, Psychologie oder in Bereichen wie Biologie, Physik und Mathematik. [↑](#footnote-ref-5)
6. Vgl. Sudbrack, J. (Art.): Spiritualität in: LThK 32006, Bd. 9, Sp. 853; s.a. Schütz, C., (Art.): Christliche Spiritualität, in: PLSP 21992, Sp. 1170-1180. [↑](#footnote-ref-6)
7. Stachel, G. (Art.): Biblische Spiritualität in: PLSP 21992, Sp. 1189ff. [↑](#footnote-ref-7)
8. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007. [↑](#footnote-ref-8)
9. Vgl. Büssing, A. Berlin/Heidelberg 2008, S. 36. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zum Thema Spiritualität s.a. die Veröffentlichungen des Instituts für Spiritualität an der Philosophisch Theologischen Hochschule der Kapuziner in Münster. [↑](#footnote-ref-10)
11. Vgl. Grom, B. Spiritualität-die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive, in: Frick, E./Roser, T. (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 22011, S. 13. [↑](#footnote-ref-11)
12. Vgl. ebda. S.13. [↑](#footnote-ref-12)
13. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de letzter Zugriff 10.10.2016. [↑](#footnote-ref-13)
14. Vagts, D. Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin. [↑](#footnote-ref-14)
15. S. hierzu a. Stolz, K.-H. (Art.): Das neue Pflegeberufsgesetz-eine Möglichkeit für die berufliche Bildung zur Förderung ethischen Handelns in der Pflege, in: Ludwigshafener Ethische Rundschau Nr. 2/2016, S. 11-15, hier S. 11. [↑](#footnote-ref-15)
16. Verfasserin des Beitrages zur praktischen Ausbildung unter 3.3 ist Fr. Völcker (Fachbereichsleitung der Palliativstation Marienhaus Klinikum Hetzelstift, Palliativ Care Fachkraft, Pain Nurse). [↑](#footnote-ref-16)
17. Arbeitshilfen für den theoretischen und praktischen Ausbildungsbereich sind hier als Beispiele angeführt.

      [↑](#footnote-ref-17)
18. Bolz, H. Psychoonkologin, Marienhaus Klinikum Hetzelstift. [↑](#footnote-ref-18)
19. Rudolph, K. Ltg. Sozialdienst/Pflegeüberleitung, Marienhaus Klinikum Hetzelstift; s. a. Weber, J.: Spiritualität und soziale Arbeit, Münster 2002. [↑](#footnote-ref-19)
20. Das Seelsorgekonzept des Marienhaus Klinikums Hetzelstift leitet sich ab von dem Leitbild u. Seelsorgekonzept der Marienhaus Kliniken GmbH, die Vorgaben des Bistums Speyer finden Berücksichtigung,“Der Geist ist es, der lebendig macht Joh 6.63“, Das neue Seelsorgekonzept für das Bistum Speyer 29. November 2015 u. des Bistums Trier. [↑](#footnote-ref-20)
21. Zur Copingfunktion s.a. Hefti, R./Klicpera, M. Art. Der Einfluss von Religiösität und Spiritualität auf das Ergebnis nach Bypassoperation. in: Spiritual Care Zeitschrift in den Gesundheitsberufen, Jg. 2, Heft 2/2013, S. 8-20. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zu dem Themenkomplex Krankenhausseelsorge s.a. Krankenhausseelsorge?! Diakonia Jg. 46, Heft 4/2015; s.a. Klessmann, M. (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 32008. [↑](#footnote-ref-22)
23. Bolz, H. Psychoonkologin, Marienhaus Klinikum Hetzelstift.

    24Das Konzept Akutschmerz für die Palliativstation wurde von Fr. Völker (Fachbereichsleitung Palliativstation, Palliativ Care Pflegefachkraft, Pain Nurse) und Dr. Scholhölter (Facharzt für Anästhesie und Intensiv) entwickelt. [↑](#footnote-ref-23)