

Wolfgang George (Hg.)
Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen

Forschung Psychosozial

Wolfgang George (Hg.)

Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen

**Situationsbeschreibung,
Zusammenhänge,
Empfehlungen**

Mit einem Vorwort von Karl-Josef Laumann

Mit Beiträgen von Stefanie Becker, Karl Bitschnau,
Kathrin Engel, Feline Engling Cardoso, Friedemann Ernst,
Claus Fussek, Wolfgang George, Gerda Graf,
Reimer Gronemeyer, Trutz Haase, Katharina Heimerl,
Jürgen Howe, Giovanna Jenni, Cathrin Kliemt, Marina Kojer,
Frieder R. Lang, Norbert Lübke, Kieran McKeown,
Friedhelm Menzel, Dirk Müller, Friedemann Nauck,
Andrea Newerla, Jens Papke, Jonathan Pratschke,
Elisabeth Reitinger, Michael Schilder, Ulrike Schulze,
Walter Sendner, Johanna M. Tiedtke, Klaus Wegleitner,
Birgit Weihrauch, Ursula Wiesli, Hartmut Wolter
und Andreas Zimmer

Psychozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2014 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41- 96 99 78 - 18; Fax: 06 41- 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: »Empty Hospital Room« © Fuse/Thinkstock

Umschlaggestaltung & Layout: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Satz: Andrea Deines, Berlin

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany



ISBN 978-3-8379-2430-5

Inhalt

	Vorwort	9
	Übersicht <i>Wolfgang George</i>	13
	I Grundlagen	
Kapitel 1	Psychosoziale Bedingungen des Sterbens in Pflegeeinrichtungen Gerontopsychologische Überlegungen und Ansätze <i>Johanna M. Tiedtke & Frieder R. Lang</i>	21
Kapitel 2	Komplexe Bedürfnisse und Gestaltungsoptionen Eine gerontologische Perspektive auf das Sterben <i>Stefanie Becker</i>	29
Kapitel 3	Caring Zur Subjektorientierung im palliativen Setting <i>Ulrike Schulze</i>	35
	II Standortbestimmung bundesdeutscher Praxis	
Kapitel 4	Fachliche und politische Voraussetzungen zur Organisation eines guten Sterbens in stationären Pflegeeinrichtungen <i>Birgit Weihrauch</i>	43
Kapitel 5	Die Implementierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationäre Pflegeeinrichtungen <i>Friedemann Nauck</i>	53

Kapitel 6	Reflexionen und Empfehlungen zur Entwicklung eines menschenwürdigen Sterbens in stationären Pflegeeinrichtungen <i>Gerda Graf</i>	61
Kapitel 7	Sterben in stationären Altenpflegeeinrichtungen Aspekte professioneller Pflege und Betreuung <i>Kathrin Engel</i>	71
Kapitel 8	Palliative Geriatrie – mehr als Sterbebegleitung <i>Dirk Müller</i>	77
Kapitel 9	Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben! <i>Claus Füssek</i>	89
Kapitel 10	Palliativ kompetente Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aus Trägersicht Ein politischer Lösungsversuch über die Soziale Pflegeversicherung <i>Friedhelm Menzel</i>	101
III Zielstellung, Vorgehen und Standortbestimmung in drei europäischen Ländern		
Kapitel 11	Sterben im Krankenhaus und hospizfreundliche Krankenhäuser Reflexionen aus Irland <i>Feline Engling Cardoso, Trutz Haase, Kieran McKeown & Jonathan Pratschke</i>	111
Kapitel 12	Hospiz und palliative Kultur in österreichischen Pflegeheimen <i>Elisabeth Reitingner, Katharina Heimerl, Karl Bitschnau, Marina Kojer & Klaus Wegleitner</i>	121
Kapitel 13	Rahmenbedingungen für die Pflege am Lebensende in Deutschschweizer Pflegesituationen <i>Ursula Wiesli & Giovanna Jenni</i>	131

IV Empirische Studien

- Kapitel 14 **Suizide im Altenpflegeheim** 143
Cathrin Kliemt & Jürgen Howe
- Kapitel 15 **Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege** 153
Wolfgang George

V Spezielle Aspekte

- Kapitel 16 **Sterben im Pflegeheim – mehr als eine Herausforderung für die MDK-Qualitätsprüfungen** 205
Norbert Lübke & Friedemann Ernst
- Kapitel 17 **Sterben im Altenheim lehren und lernen** 213
Hartmut Wolter
- Kapitel 18 **Die Stunde der Ratlosigkeit** 221
Andrea Newerla & Reimer Gronemeyer
- Kapitel 19 **Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aus der Perspektive des niedergelassenen Arztes** 227
Jens Papke
- Kapitel 20 **Kultursensible und interreligiöse Pflege sterbender Muslime in stationären Altenpflegeeinrichtungen** 235
Michael Schilder
- Kapitel 21 **Belastungen und Ressourcen in der professionellen Pflege** 243
Andreas Zimmer
- Kapitel 22 **Empfehlungen aufgrund der Studienergebnisse und das Deutsche Palliativsiegel (palliativfreundliche Einrichtung)** 251
Wolfgang George

Kapitel 23	Spiritual Care – den Himmel offen halten	259
	Orientierungen und (Vor-)Bilder aus der christlichen Sterbekultur	
	<i>Walter Sendner</i>	
	Autorinnen und Autoren	275

Vorwort

Dank des medizinischen und technischen Fortschritts haben wir heutzutage eine immer höhere Lebenserwartung. Das ist ein großes Geschenk. Klar ist aber auch: Der Tod gehört zum Leben dazu. Irgendwann kommt für alle der Moment, in dem der Abschied von dieser Welt näher rückt. Und dieser letzte Lebensabschnitt ist oft kein einfacher. Doch wir müssen alles dafür tun, ihn in Würde zu gestalten. Alleine die Nächstenliebe gebietet es, sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg nicht alleine zu lassen, sondern sie zu begleiten. Darum müssen sich schwer- bzw. schwerstkranke Menschen und ihre Angehörigen auf eine umfassende und qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung verlassen können.

Das gilt zunächst einmal unabhängig davon, ob die oder der Sterbende sich während dieses Lebensabschnitts zu Hause, im Krankenhaus oder in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet. In diesem Zusammenhang ist es nicht zuletzt aus ethischen Gründen geboten, sich immer wieder anzuschauen, wo es in Deutschland gut gelingt, ein Sterben in Würde und Menschlichkeit zu gestalten. Wir müssen uns ansehen, was hilft, dieses Ziel zu erreichen: Welche medizinischen Maßnahmen sind notwendig? Wie können Schmerzen auf ein möglichst geringes Maß zurückgeführt werden? Wie kann die Versorgung rein organisatorisch gesichert werden? Welche Betreuung brauchen Sterbende und Angehörige, um ihnen die Angst vor dem, was unweigerlich kommt, zu nehmen? Über diese und viele weitere Fragen müssen wir immer wieder neu nachdenken und beraten. Dabei brauchen wir weder Verdrängung noch Dramatisierung noch Schönrederei. Wir brauchen eine offene und ehrliche Diskussion über die Versorgungs- und Betreuungsqualität der Sterbenden.

Die Debatte über die Rahmenbedingungen für ein menschenwürdiges Sterben wird in Zukunft in den stationären Pflegeeinrichtungen mit Sicherheit eine noch größere Rolle spielen. Dafür sprechen zwei Entwicklungen: Erstens wird es aufgrund der demografischen Entwicklung immer mehr pflegebedürftige Menschen geben – schon heute sind es in Deutschland rund 2,6 Millionen. In sechs Jahren werden wir dann voraussichtlich mehr als 2,8 Millionen Pflegebedürftige haben, im Jahr 2030 mehr als 3,3 Millionen. Tendenz: weiter steigend. Aktuell sind zudem rund 1,4 Millionen Menschen an Demenz erkrankt, im Jahr 2030 werden es aktuellen Prognosen zufolge etwa 2,2 Millionen sein.

Die zweite Entwicklung ist zunächst einmal eine positive: In den meisten Fällen findet die Betreuung – solange dies möglich ist – zu Hause statt. Heute werden ungefähr zwei Drittel unserer Pflegebedürftigen zu Hause und rund ein Drittel in Heimen vollstationär versorgt. Das heißt: Die Mehrzahl von ihnen kann weiterhin in der gewohnten Umgebung bleiben. Das entspricht dem richtigen und wichtigen Ziel: »ambulant vor stationär«. Das bedeutet zugleich jedoch auch: Viele Pflegebedürftige kommen erst dann in ein Heim, wenn die medizinische und pflegerische Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist und der Tod oftmals schon näher rückt. Darauf müssen sich unsere stationären Pflegeeinrichtungen einstellen. Die Betreuung der Menschen beinhaltet demnach noch mehr als bisher palliative Elemente. Immer mehr Pflegebedürftige werden eine kürzere Zeit in den Pflegeheimen verbringen, benötigen aber während ihrer Verweildauer zumeist eine intensivere Betreuung.

Vor diesem Hintergrund müssen wir auch über die Personalschlüssel in der stationären Pflege reden. Schließlich sind diese teilweise genauso alt wie die Pflegeversicherung selbst. Die Pflegekassen, die Sozialhilfeträger und die Leistungserbringerverbände stehen hier als gemeinsame Verhandlungspartner in der Verantwortung. Denn eines ist klar: Für eine gute und menschenwürdige Pflege und letztendlich auch Sterbebegleitung brauchen wir nicht nur genügend motiviertes Personal. Wir brauchen vor allem Personal, das die entsprechende qualifizierte Ausbildung erhält, wie Menschen während ihres letzten Lebensabschnitts mit viel Sensibilität und Fingerspitzengefühl betreut werden können.

Nehmen wir in diesem Zusammenhang etwa die Sterbebegleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung: Demenz ist die derzeit häufigste und folgenreichste psychiatrische Erkrankung im Alter. Schwierigkeiten

bereiten dabei insbesondere die Schmerztherapie und die Nahrungsaufnahme. Die betroffenen Personen brauchen daher mehr denn je eine einfühlsame Pflege. Zugleich zeigt alleine dieses Beispiel auch, dass wir die Pflegeausbildung endlich reformieren müssen. Altenpfleger müssen heutzutage selbstverständlich ausreichende krankenflegerische Kenntnisse haben wie umgekehrt. Darum gehört die strikte Trennung in der Ausbildung zwischen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege endlich abgeschafft. Auch im Hinblick auf die Sterbebegleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen benötigen wir ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung.

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie sehen: Das Thema Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen ist eines, über das wir diskutieren müssen. Gerade weil das Sterben einen jeden von uns so tief berührt, weil es mit Tod, Trauer und Schmerz verbunden ist, müssen wir die Versorgungs- und Betreuungsqualität immer wieder aufs Neue überprüfen. Wir müssen die richtigen Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass Sterbende (palliativ)medizinisch und pflegerisch bestmöglich und nach den neuesten wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen versorgt werden. Die in diesem Buch gesammelten Beiträge zeigen sowohl Vorzeigemodelle als auch vorhandene Defizite aus der Praxis auf. Ich hoffe, dass die Anregungen, die sich aus den Umfrageergebnissen als Handlungsempfehlungen ableiten lassen, bundesweit aufgegriffen und aktiv umgesetzt werden. Aus Erfolgen, aber auch aus Fehlern zu lernen, muss hier das Gebot sein. Nur auf diesem Weg kommen Verbesserungen zustande, die unsere Gesellschaft noch ein Stück menschlicher machen.

Ihr

Karl-Josef Laumann

Staatssekretär

Übersicht

Wolfgang George

Die mehr als 30 Autoren der folgenden Kapitel eröffnen ihre Beiträge in aller Regel mit einer Herleitung und Begründung für die Auseinandersetzung mit dem Thema und auch die Vorworte leisten dies. So soll an dieser Stelle auf einen weiteren solchen Versuch verzichtet und direkt die Kapitel übersichtsartig vorgestellt werden. Sie lassen sich fünf inhaltlichen Bereichen zuordnen.

I Grundlagen

Johanna Tiedke & Frieder Lang entwickeln in *Kapitel 1* die Anforderungsmerkmale der Pflegeeinrichtung – und hier insbesondere der dort vollzogenen sozialen Beziehungen – unter Anwendung der Erkenntnisse der Entwicklungs- bzw. Lebensspannenpsychologie. Das sozioemotionale Selektiv als Kennzeichen der letzten Lebensphase organisiert die Bedürftigkeit des Sterbenden und die potenziellen Verpflichtungen seiner sozialen Umwelt, zu der Familie und professionelle Helfer zählen.

In *Kapitel 2* leitet *Stefanie Becker* die notwendige gerontologische Perspektive ab und beschreibt die Koordinaten, unter denen die Betreuung Sterbender in einer stationären Einrichtung zu erfolgen hat. Die Autorin fokussiert auf den Würdebegriff und darauf, wie dieser unter Anwendung des SENS-Modells gelingen kann.

Ulrike Schulze nutzt das *3. Kapitel*, um eine Begriffsverständigung bezüglich »Palliation« bzw. der in dieser Situation Handelnden zu erreichen. Die ontologische Konfrontation des Helfers und die in der Interaktion zum Sterbenden entstehenden Übertragungen und Gegenübertragungen, die durch die

körperliche und seelische Berührung zusätzlich forciert werden, setzen hohe Responsivität der Pflege und Pflegenden voraus und ermöglichen zugleich eine »anwaltschaftlichen Vertretung« von deren Interessen und Bedürfnissen.

II Standortbestimmung bundesdeutscher Praxis

Birgit Weibrauch beschreibt in *Kapitel 4* den aktuellen Stand der Dinge in Deutschland und zeigt, wie sehr das Thema durch die Hospizbewegung und zuletzt auch durch die immer zahlreicher werdenden Projekte bzw. durch das bis hin zu Regelversorgungsangeboten reichende palliative Paradigma vorangetrieben wurde. Bei aller unter anderem föderal begründeter Heterogenität des Erreichten benennt die Autorin gegenwärtig eine besondere Chance auch für die stationären Pflegeeinrichtungen, der durch den Charta-Prozess und politische Einsicht ermöglicht wird.

In *Kapitel 5* stellt *Friedhelm Nauck* die rechtlichen Begründungen, die fachlichen Vorgehensweisen und die Organisation der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung (SAPV) vor. Diese Versorgungsform soll auch in stationären Pflegeeinrichtungen zur Anwendung gebracht werden und so die Situation der Betroffenen verbessern und die Einrichtungen entlasten.

Persönliche und institutionelle Reflexivität sind für *Gerda Graf* in *Kapitel 6* die wesentlichen Garanten der Entwicklung der notwendigen persönlichen und organisatorischen Handlungsfähigkeit zur Einlösung des »hospizischen Versprechens«. Die daraus resultierende konsequente Klientenorientierung aufseiten der Helfer, der Organisation und der Politik führt zu einem weitreichenden Wechsel in der geübten Praxis.

Kathrin Engel wendet in *Kapitel 7* Terminologie, Verständnis und Vorgehen eines systematischen Qualitätsmanagements an, um die notwendigen Voraussetzungen und Ergebnisse zu erarbeiten. Praxis und (empirische) Erfahrungen in der Anwendung intelligenter Expertenstandards rechtfertigten deren Entwicklung zur Sicherung der Ansprüche der Sterbenden. Durch Implementierung des Standards könne dem komplexen Anspruch an die Organisation (viele müssen tätig werden) als auch der individuellen Situation der Betroffenen (Expertenstandards ermöglichen und verhindern niemals individuelle Betreuung) Rechnung getragen werden.

Dirk Müller beschreibt in *Kapitel 8* die betroffene Bewohner-Zielgruppe unter dem Eindruck absehbarer (sozial-)epidemiologischer Einschätzungen.

Unter Anwendung geriatrischen Wissens leitet der Autor die entstehenden Anforderungen an Einrichtung, Organisation und Personal her und begründet zugleich den Anspruch einer palliativen Geriatrie.

Kapitel 9 von *Claus Fussek* gibt Platz für Fallbeispiele aus der Praxis. Sie verdeutlichen, dass weiterhin sehr großer Bedarf im Hinblick auf Transparenz und Qualität besteht.

Friedhelm Menzel erörtert in *Kapitel 10* den Bedarf, die Notwendigkeit und die Voraussetzungen dafür, damit Trägergesellschaften der stationären Pflegeeinrichtungen die finanziellen Möglichkeiten erhalten, um Sterbende bestmöglich betreuen zu können. Dabei stellt er eine Anpassung der Pflegeversicherung über einen »personenbezogenen Vergütungszuschlag« in den Mittelpunkt seiner Ausführungen.

III Zielstellung, Vorgehen und Standortbestimmung in drei europäischen Ländern

Feline Engling Cardoso, Trutz Haase, Kieran McKeown & Jonathan Pratschke zeigen in ihrem *Kapitel 11* anhand des Vorgehens in Irland auf, welche Fehleinschätzungen und Korrekturen auch dort notwendig waren, um den Punkt der aktuellen Erkenntnis zu erreichen. Auch wenn das von den AutorInnen entfaltete Wissen in Krankenhäusern entwickelt wurde, könnten zahlreiche der gesammelten Erfahrungen (Einführung der Hospizkultur in andere Einrichtungen, was genau macht die Ergebnisqualität [care-outcomes] des Sterbens in Einrichtungen aus) – wenn transparent, reproduzierbar und im Diskurs mit der Bevölkerung vorgegangen würde –, für das Vorgehen in Deutschland genutzt werden.

Die jüngere historische Entwicklung der Hospizbewegung und die palliative Versorgung in Österreich werden in deren Zielstellung und Anspruch nach Vernetzung, Regionalität und Multiprofessionalität (unter Einbindung wissenschaftlicher Expertise) in *Kapitel 12* durch *Elisabeth Reitinger, Katharina Heimerl, Karl Bitschnau, Marina Kojer & Klaus Wegleitner* beschrieben. Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Organisationsentwicklung in den Altenpflegeheimen und einer qualifizierten Ausbildung der dort beruflich Tätigen ist ein Ergebnis dieses Prozesses. Die AutorInnen entwerfen eine Vision, in der die europäische und breite gesellschaftlich-thanatologische Kooperation gesetzte Koordinaten sind.

Ursula Wiesli & Giovanna Jenni stellen in *Kapitel 13* die Entwicklung in der Schweiz, insbesondere die 2011 initiierte Nationale Palliativ Care (2010–2012) und deren Auswirkungen und Ergebnisse vor. Trotz letztlich kantonomer Zuständigkeiten und weiteren Herausforderungen im Ausbau der Initiative ziehen die Autorinnen ein positives Fazit.

IV Empirische Studien

Cathrin Kliemt & Jürgen Howe stellen in *Kapitel 14* ihre aktuelle empirische Untersuchung zu Suiziden in Altenpflegeeinrichtungen vor und gehen dabei unter anderem der Frage nach, welche Motivationen es hierfür gibt. Sie zeigen eine alarmierende 20 Prozent Inzidenz des Vorgangs auf. Die differenzierten Fragestellungen und die daraus resultierenden Studienergebnisse sind hervorragend geeignet, um Anforderungen an die Kultur, Versorgungspraxis und die mögliche Organisations- und Personalentwicklung der Einrichtungen zu formulieren.

Wolfgang George berichtet in *Kapitel 15* seine im ersten Halbjahr des Jahres 2014 ex-post-facto durchgeführte explorativ-empirische Studie zu den pflegerisch-medizinischen und psychosozialen Sterbebedingungen in deutschen stationären Einrichtungen der Altenpflege. Obwohl die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die Gesamtsituation übertragbar sind, werden zentrale Trends sowohl positive als auch ausgesprochen problematische Befunde vorgestellt.

V Spezielle Aspekte

Norbert Lübke & Friedemann Ernst verdeutlichen in *Kapitel 16*, dass es der Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist, der neben der Heimaufsicht maßgeblich für die externe Qualitätssicherung und -entwicklung in den stationären Pflegeeinrichtungen verantwortlich ist. Nachdem die Autoren die gesetzlichen Grundlagen beschrieben haben, widmen sie sich der Beschreibung der zugrunde liegenden Richtlinie und den Interessenkonflikten in deren Aushandlungs- und Durchführungsprozess. Den notwendigen Entwicklungsschub werden, so die Erwartung der Autoren, verbesserte Ausbildungs- und Weiterbildungssystematiken insbesondere der

Vertragsärzte, das SAPV-Konzept und der Charta-Prozess geben. Für die eigene Arbeit wünschen sie sich mehr Einzelfallprüfungen und eine Relativierung der »Ordner-Nachweiskriterien«.

Nachdem *Hartmut Wolter* in *Kapitel 17* die für die Erarbeitung seines Themas relevanten gesellschaftlichen und berufspolitischen Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit und deren möglichen Auswirkungen auf die pädagogische Vermittlung der Betreuung Sterbender beschrieben hat, berichtet er über die näheren Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsbedingungen. Er benennt Defizite und wie diese überwunden werden können.

Reimer Gronemeyer & Andrea Newerla widmen sich in *Kapitel 18* der besonderen Situation altersverwirrter bzw. dementer Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Sie verdeutlichen die zunehmende Spannung zwischen immer effizienteren, technisch-organisatorischen Pflegeprozessen auf der einen und einem größer werdenden Bedarf sozial-emphatischer Beziehungsarbeit auf der anderen Seite, die durch Menschen mit kognitiven Einschränkungen zugunsten entstehender »Ratlosigkeit« verstärkt würde. Nach ihrer Ansicht bietet gerade diese Ratlosigkeit die Chance für eine längst überfällige Neubesinnung und einen Paradigmenwechsel.

Die Bedingungen in Sachsen und deren Einfluss auf die hausärztliche Betreuung Sterbender beschreibt *Jens Papke* in *Kapitel 19*. Besondere Aufmerksamkeit richtet der Autor auf die möglichen Chancen der SAPV sowie darauf, wie diese Strategie, kooperativ mit den Pflegeeinrichtungen, etabliert werden kann.

In *Kapitel 20* beschreibt *Michael Schilder* die Situation von Sterbenden islamischen Glaubens und überträgt die Erkenntnisse und das Selbstverständnis einer kultursensiblen Pflege auf deren Betreuung in ihrem letzten Lebensabschnitt in einer Pflegeeinrichtung. Hierzu vermittelt der Autor zentrale Deutungs- und Handlungsakte, die sich aus dem islamischen Glauben ergeben.

Nachdem *Andreas Zimmer* in *Kapitel 21* die gesundheitliche Beeinträchtigungen von Altenpflegekräften und ursächliche Bedingungen zu deren Entstehung beschrieben hat, richtet der Autor seine Aufmerksamkeit auf bestehende Ressourcen (organisationelle, soziale und personale) und auf aus diesen resultierende Lösungsansätze. Er beschreibt ein von ihm entwickeltes Interventionsprogramm, das insbesondere die personalen Ressourcen mobilisiert.

Im vorletzten *Kapitel 22* stellt *Wolfgang George* seine Empfehlungen zur Entwicklung der Situation vor, die sich aus den Ergebnissen der in *Kapitel 15* vorgestellten Gießener Studie ergeben. Es wird deutlich, dass es sich bei den vorliegenden Problemen weniger um »Erkenntnisprobleme«, sondern vielmehr um »Umsetzungsprobleme« handelt. Um eine institutionelle, alle Seiten verpflichtende Vorgehensweise (im Sinne des Qualitätsprozesses) zu erzielen, stellt der Autor gemeinsam mit *Gesine Dannenmaier* (KTQ) ein neues Prüfsiegel vor, das unter der Bezeichnung »Deutsches Palliativsiegel/palliativfreundliche Einrichtung« eingeführt wird.

In *Kapitel 23* beschreibt *Walter Sendner* die Notwendigkeit einer spirituellen Begleitung sterbender Menschen. Hierfür führt er theologische und psychologische Begründungen an und führt den Begriff der »Spiritual Care« ein. Der Autor verwendet Kreuzwegbilder und ein Bildnis des Heiligen Christophorus, um sein Anliegen und die gewählte Methode der Visualisierung und Imagination sowohl für die Betroffenen als auch für die begleitenden Helfer zu verdeutlichen.