

Bracks, Veronika

Burnout – ein Thema auf Palliativstationen?

*Müller, Monika und Pfister, David (Hg.): Wie viel Tod verträgt das Team?-
Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin, 2013 S. 31-40*

urn:nbn:de:bsz-psydok- 48837

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/



*There were many teachers.
There was only one who made me understand,
»the game of life and death«.
Dedicated to most honorable
Guruji Mohan.*

Monika Müller

Monika Müller / David Pfister (Hg.)

Wie viel Tod verträgt das Team?

Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit
und Palliativmedizin

Mit 6 Abbildungen und 3 Tabellen

2. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

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.

ISBN 978-3-525-40341-9

ISBN 978-3-647-40341-0 (E-Book)

Umschlagabbildung: rogerkautz/photocase.com

© 2013, 2012, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☺ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorbemerkungen

<i>Monika Müller und David Pfister</i> So viel Tod	11
<i>Monika Müller und David Pfister</i> Die verwundbaren Helfer. Warum die Studie und dieses Buch?	13
<i>Saskia Jünger</i> Belastung des Teams in der Versorgung am Lebensende. Empirie, Konzepte, Erkenntnisse	22
<i>Veronika Bracks</i> Burnout – ein Thema auf Palliativstationen?	31
<i>Karin Dlubis-Mertens und Benno Bolze</i> Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Was kann die Charta zur Entlastung der in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen beitragen?	35

Was auf uns lastet

<i>David Pfister</i> Belastungsfaktoren	43
<i>Susanne Hirschmüller und Margit Schröer</i> »Meistens schaff ich das ja gut, aber manchmal ...«. Die Beziehung zum Patienten als ein Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter	50
<i>Lukas Radbruch und Roman Rolke</i> Eine anspruchsvolle Tätigkeit. Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter	60

Andreas Heller

Das perimortale Omnikompetenzsyndrom.

Anspruch als Belastungsfaktor 68

Birgit Jaspers

Palliativf Kehr – wenn die Fehlersuche so einfach wäre!

Vermeintliche oder wirkliche Fehler als Belastungsfaktoren 80

Thomas Montag und Martina Kern

»Irgendwann haben wir nicht mehr gezählt«.

Häufung von Todesfällen – Perspektive Palliativstation 90

Andrea Gasper-Paetz

»Es sind ja nicht nur die Patienten ...«.

Besondere Beziehung zu den Zugehörigen als Belastungsfaktor 101

Friedemann Nauck

Plötzlich und unerwartet. Nicht erwartetes Sterben als Belastungsfaktor 112

Astrid Conrad

»Ich bin des Sterbens so müde«.

Kurze Begleitungsdauer als Belastungsfaktor 120

Traugott Roser und Margit Gratz

Und dann traf es mich selbst ...

Todesfälle im eigenen Umfeld als Belastungsfaktor 126

Zeichen der Erschöpfung

David Pfister

Belastungssymptome 139

Sylvia Brathuhn und Eduard Zwierlein

Über die Zweideutigkeit des Todes oder: der zweideutige Tod.

Die Unausdeutbarkeit des Todes als Moment humaner Sterbebegleitung 142

Jörg Fengler

»Immer wenn du da bist, herrscht hier das Chaos«.

Vorwürfe und Beschuldigungsmuster als Belastungssymptome 154

Martina Kern und Birgit Pauler

Überredseligkeit und Sprachlosigkeit.

Zwei Seiten einer (Belastungs-)Medaille? 162

Martina Kern und Cornelia Jakob-Krieger

»Immer wieder knallt es bei uns ...«. Spannungen (Reizbarkeit,

Streitigkeiten) zwischen den Berufsgruppen als Belastungssymptome 172

Was uns schützt

David Pfister

Schutzfaktoren 181

Petra Rechenberg-Winter

Der entlastende Blick. Supervision als Schutzfaktor 184

Andreas Stähli

Rituale – Schutzfaktor der Mitarbeiter 198

Dorothea Becker und Johannes Schlachter

Ein persönlicher Blick. Teamarbeit in einem sensiblen Arbeitsfeld 207

Monika Müller und Martina Kern

Sage mir, wie sie sprechen ... Schutzfaktor gelingende Kommunikation 219

Ellen Üblagger

Wirkungen und Nebenwirkungen. Hospizliche Arbeit und Familie 232

Heiner Melching

Zwischen dem Sterbe-Leben und dem Lebe-Leben.

Persönliche Einschätzungen zum Schutzfaktor Privatleben 238

Christof Müller-Busch

Mitgefühl als Schutz- und Entlastungsfaktor 250

Martina Kern

Die Tiefe des Leids findet keinen Gegenpol.

Vom Wesen der Ablenkung als Schutzfaktor in der Begleitung 260

Susanne Hirmüller und Margit Schröer

»Wer's mit Humor trägt, macht's sich leichter!«.

Humor – ein wichtiger Schutzfaktor in der Arbeit mit Sterbenden 268

Klaus Aurnhammer

»Mit meinem Glauben kann ich vieles tragen«.

Glaube und Religion als Schutzfaktoren 277

Vom (V)Ertragen zum Ertrag

Monika Müller

Vorbemerkung Ertrag 289

Monika Müller

Was bewirken Hospizarbeit und Palliativmedizin? 290

Ein Kurzinterview mit Birgit Weihrauch

Gibt es einen Ertrag von so viel Todesberührung? 296

Ein Rundgespräch im Team, moderiert von Martina Kern

Hilft die Palliativarbeit bei eigenen Lebenskrisen? 299

Matthias Schnegg

Die Zeit ist ein Erinnerer 307

Die Autorinnen und Autoren 311

Sachwortregister 315

Burnout – ein Thema auf Palliativstationen?

Veronika Bracks

1 Das Phänomen Burnout

Der Terminus »Burnout« wurde von Herbert Freudenberger, einem New Yorker Psychoanalytiker deutscher Herkunft, geprägt und in die Forschung eingeführt. Ihm fielen bei Personen mit helfenden Berufen häufige Krankschreibungen, Arbeitsunfähigkeit oder Frühverrentung auf und er berichtete über deren physischen und emotionalen Abbau sowie Motivations- und Commitmentverlust (Freudenberger, 1974). Maslach und Jackson (1986) geben wohl die bisher gängigste, empirisch abgesicherte Burnout-Definition. Sie greift viele Elemente aus bestehenden Definitionen auf, indem sie Burnout als Triplet von drei Phänomenen versteht:

1. emotionale Erschöpfung,
2. Depersonalisierung bzw. Dehumanisierung (beschreibt eine negative und zynische Einstellung gegenüber den Hilfesuchenden) und
3. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (kennzeichnet die negative Bewertung der eigenen beruflichen Leistung).

Maslach und Jackson (1986) begreifen den Burnout-Begriff nicht als dichotomes Merkmal (krank vs. gesund), sondern als kontinuierliche Variable, die auf den Werten der drei genannten Dimensionen basiert. Zur Erhebung dieser Dimensionen wurde das »Maslach Burnout Inventory« (MBI; Maslach und Jackson, 1986) entwickelt, wobei mit 22 Aussagen sowohl die Ausprägung innerhalb der drei Skalen als auch der Gesamt-Burnout-Wert ermittelt wird.

Über den Verlauf von Burnout gibt es zahlreiche Phasentheorien (Burisch, 2006; Cherniss, 1980; Edelwich und Brodsky, 1984; Freudenberger und Richelson, 1983; Lauderdale, 1981; Maslach und Leiter, 1995; Pines und Maslach, 1978). Beispielsweise sehen Edelwich und Brodsky (1984) den Burnout-Prozess als fünfgliedrig an. In der ersten Phase, der Phase der idealistischen Begeisterung, machen sich Selbstüberschätzung, hochgesteckte Ziele, Omnipotenzfantasien, Optimismus, hoher Energieeinsatz und eine allgemeine Überidentifikation mit Klienten und mit der Arbeit bemerkbar. In der zweiten Phase kommt es jedoch zum Stillstand. Erste Enttäuschungen werden erlebt, Bedürfnisse nach Komfort und Karriereaussichten werden wichtiger und Kontakte werden auf Arbeitskollegen beschränkt. Das Leben wird auf die Arbeit

reduziert, worunter das Familienleben leidet. Letztendlich ziehen sich Betroffene von ihren Klienten bzw. Patienten zurück. Mit Frustration geht die dritte Phase einher, da Erfahrungen der Erfolglosigkeit und der Machtlosigkeit gemacht werden. Es kommt zu Problemen mit der Bürokratie und es wird ein fühlbarer Mangel an Anerkennung von den Klienten und Vorgesetzten erfahren. Betroffene fühlen sich inkompetent und stehen in der Gefahr, Psychosomatosen zu entwickeln. In einigen Fällen kann es auch zu Überernährung oder gar Drogengebrauch kommen. Der vierten Phase geben Edelwich und Brodsky (1984) den Titel »Apathie«. Sie ist durch völlige Desillusionierung, Verzweiflung wegen schwindender beruflicher Alternativen, Resignation und Gleichgültigkeit charakterisiert. Die Autoren sehen die fünfte Phase nicht mehr symptomspezifisch. Sie gehen davon aus, dass in diesem letzten Stadium – wenn auch nicht in jedem Fall – eine Intervention (z. B. Psychotherapie) stattfindet.

Das Interesse für das Phänomen »Burnout« im deutschsprachigen Raum ist Wolfgang Schmidbauer (1977) zu verdanken. Der Psychoanalytiker und Schriftsteller beschrieb in seinem Bestseller »Die hilflosen Helfer« (1977) die Burnout-Symptomatik bei Helfern und popularisierte damit diesen Terminus.

2 Die Studie

Burnout und dessen drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit wurden anhand des Maslach Burnout Inventory (MBI) bei 138 Mitarbeitern (26 akademische Mitarbeiter und 112 Pflegekräfte) verteilt auf 12 Palliativstationen und einen ambulanten Palliativdienst in Bayern erhoben (Bracks, 2010). Es wurden zudem unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren (»Erleben gegenüber Sterben und Tod«, »Arbeitszufriedenheit«, »subjektiv wahrgenommene somatische Beschwerden«, »Kompetenz- und Kontrollüberzeugung« sowie »Stressverarbeitungsstrategien«) für die Genese von Burnout untersucht.

Als Ergebnis zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen den subjektiv wahrgenommenen Beschwerden und der Burnout-Ausprägung der MBI-Skala. Auch die Einstellung und das Erleben gegenüber Tod und Sterben stellten einen wichtigen Einflussfaktor für die Burnout-Entstehung dar. Hierzu ergaben sich in meiner Befragung signifikant positive Korrelationen u. a. zwischen der Komponente »Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen« und dem MBI-Gesamtwert.

Außerdem stellte sich eine internale Kontrollüberzeugung (z. B. Erfolge und Misserfolge werden sich selbst zugeschrieben) in der Studie als Schutzfaktor bei der Burnout-Genese bei Personal auf Palliativstationen dar. Kontrollverlust (externale Kontrollüberzeugung) wurde bereits in der Literatur mit Burnout und anderen berufsbezogenen Stressreaktionen in Beziehung gesetzt (McDermott, 1984; Landsbergis, 1988; Ganster, 1989; Jackson, 1989; alle zit. nach Glass und McKnight, 1996, S. 25).

Adäquate Stressbewältigungsmechanismen (Coping) stehen mit Burnout häufig in einem negativen Zusammenhang (Leiter, 1989; Mallett, Price, Jurs und Slenker, 1991;

Enzmann, 1996), während ungeeignete Copingstrategien eher mit hohen Burnout-Werten in Verbindung gebracht werden (Leiter, 1989). So stellte sich in meiner Untersuchung die Stressbewältigungsstrategie »Situationskontrolle« als Schutzfaktor heraus. Das heißt, die Situation wird analysiert und Handlungen werden zur Kontrolle bzw. Problemlösung geplant bzw. ausgeführt (Janke, Erdmann, Kallus und Boucsein, 1976). Dagegen stellte der Copingmechanismus »Aggression« einen Risikofaktor bei der Entstehung von Burnout auf Palliativstationen dar.

Mit der MBI-Gesamtskala konnten des Weiteren zwei bedeutsame Zusammenhänge festgestellt werden: Die Arbeitszeit (Stunden pro Woche) und auch die Berufserfahrung korrelieren hochsignifikant positiv mit Burnout. Hinsichtlich der Burnout-Dimension »emotionale Erschöpfung« ließen sich hochsignifikante positive Korrelationen bei »Arbeitszeit« und »Berufserfahrung« und ein signifikant positiver Zusammenhang bei der Variable »Überstunden« beobachten. Die Depersonalisierungsskala korreliert hochsignifikant positiv mit »Überstunden« und signifikant positiv mit »Arbeitszeit«. Somit kann angenommen werden, dass viele Überstunden und eine höhere Arbeitszeit zu Gefühlen der Depersonalisierung, d. h. zu einer negativen und zynischen Einstellung gegenüber den Hilfesuchenden (Maslach und Jackson, 1986), führen kann.

Die Frage, ob Burnout ein Thema auf Palliativstationen ist, ob dort also ein höheres »Berufsrisiko« dafür besteht, kann jedoch nur im Vergleich zur allgemeinen Burnout-Betroffenheit in anderen Arbeitsbereichen beantwortet werden. Bei Rettungsdienstpersonal beträgt die Burnout-Rate 9 % (Hering und Beerlage, 2003), bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken 12,5 % (Messenzehl, 2006), bei Hauptschullehrkräften sogar 41 % (Hedderich, 1997, zit. nach Schmid, 2002). In meiner Studie fiel der Anteil der Burnout-Betroffenen sehr gering aus. Er betrug 0,7 %! Auch viele andere Studien beweisen, dass Tätige auf Palliativstationen weniger Burnout aufweisen als andere Berufsgruppen (Vachon, 1995). Jedoch liegen die Anteile höher als in meiner Untersuchung. Dies kann möglicherweise an einem Selektionseffekt liegen, der aufgrund der relativ viel Zeit beanspruchenden Testbatterie sehr wahrscheinlich ist. Das heißt, dass tendenziell eher Daten von Mitarbeitern vorliegen, die geringer belastet sind, da diese die Zeit für die Bearbeitung der Fragebögen entbehren konnten bzw. wollten.

Die geringe Burnout-Betroffenheit lässt vermuten, dass beim Personal auf Palliativstationen ausreichende Schutzfaktoren vorhanden sind. Doch wie kommt es, dass das Personal auf Palliativstationen auf Schutzfaktoren zurückgreifen kann und ein erheblich geringeres Risiko hat, an Burnout zu erkranken? Es mag wohl durchaus an dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) liegen, welches innerhalb der Palliativmedizin verinnerlicht ist und gelebt wird. So wird das Leben als »berechenbar, handhabbar und sinnvoll« (Wydler, Kolip und Abel, 2000, S. 200) betrachtet und es werden Ressourcen und Potenziale zur Gesundheitsförderung – nicht nur am Arbeitsplatz – aktiviert. Diese Kategorien scheinen in ihrer qualitativen Ausprägung für das Personal auf Palliativstationen als Schutzfaktoren zu wirken. Zudem kann man davon ausgehen, dass man sich auf den Palliativstationen mit dem Thema Burnout intensiv aus-

einandersetzt und dass man sowohl Präventivmaßnahmen auf der individuellen als auch auf der organisatorischen Ebene anwendet, ganz nach dem Konzept der Salutogenese.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bracks, V. (2010). *Psychische Belastung am Arbeitsplatz: Schutz- und Risikofaktoren von Personal auf Palliativstationen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Regensburg.
- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das Burn-out-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Enzmann, D. (1996). *Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess*. München: Profil.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159–165.
- Freudenberger, H. J., Richelson, G. (1983). *Mit dem Erfolg leben*. München: Heyne.
- Glass, D. C., McKnight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health*, 11, 23–48.
- Hering, T., Beerlage, I. (2003). *Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst und ihre Auswirkungen auf Burnout sowie Wohlbefinden bei Einsatzkräften im Rettungsdienst unter besonderer Berücksichtigung personaler und sozialer Ressourcen: Kurzvorstellung der Ergebnisse*. Zugriff am 23.8.2010 unter http://www.sgw.hs-magdeburg.de/psnv/DOKUMENTE/DOWNLOADS/031007_MARAM.pdf
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, K. W., Boucsein, W. (1976). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120)*. In W. Janke, G. Erdmann (Hrsg.), *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120)*. Kurzbeschreibung und grundlegende Kennwerte. Göttingen: Hogrefe.
- Lauderdale, M. (1981). *Burnout*. Austin, Texas: Learning Concepts.
- Leiter, M. P. (1989). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12 (2), 123–144.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347–1359.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory, Manual*. Palo Alto, Kalifornien: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (1995). *Teacher burnout: a research agenda*. Unpublished paper developed at the Johann Jacobs conference on Teacher Burnout, November 1995, Marbach Castle, Germany.
- Messenzehl, M. (2006). *Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken: Schutz- und Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Regensburg.
- Pines, A., Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233–237.
- Schmid, A. C. (2002). *Stress, Burnout und Coping: Eine empirische Studie an Schulen zur Erziehungshilfe*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek: Rowohlt.
- Vachon, M. L. S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9, 91–121.
- Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (2000). *Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung*. In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes* (4. Aufl.). Weinheim u. München: Juventa.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Was kann die Charta zur Entlastung der in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen beitragen?

Karin Dlubis-Mertens und Benno Bolze

1 Entstehung

Die »Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland« wurde im Konsens von über fünfzig am runden Tisch beteiligten Institutionen im Sommer 2010 verabschiedet und der Öffentlichkeit am 8. September 2010 in Berlin präsentiert. Die Bedürfnisse und Rechte schwerstkranker und sterbender Menschen standen im Mittelpunkt dieses intensiven Arbeitsprozesses, den die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) gemeinschaftlich im September 2008 in Gang gesetzt haben und – auch dank der Förderung der Robert Bosch Stiftung und der Deutschen Krebshilfe – im Zeitraum von zwei Jahren zum Konsens führen konnten. In fünf Leitsätzen und deren Erläuterungen zeigt die Charta gesellschaftspolitische Herausforderungen auf, benennt Anforderungen an die Versorgungsstrukturen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung, skizziert Entwicklungsperspektiven für die Forschung und misst den Stand der Betreuung schwerstkranker Menschen in Deutschland an europäischen Maßstäben. Die Bestandsaufnahme in allen fünf Bereichen wurde verknüpft mit der Definition der jeweiligen mittel- und langfristigen Ziele. Die Charta stellt den deutschen Beitrag zu den beim Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 international vereinbarten Budapest Commitments (2007) dar, an denen sich Anfang 2011 bereits 21 Länder beteiligten.

2 Orientierung und Maßstab für die Hospiz- und Palliativversorgung

Die Charta gibt vor dem Hintergrund der nunmehr 25-jährigen Geschichte der Hospizbewegung und Palliativmedizin einen Überblick über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Neben der Bestandsaufnahme entlang von fünf Leitthemen werden mittel- bzw. langfristige Perspektiven aufgezeigt – verbunden mit dem Wunsch nach einer breiten institutionellen Selbstverpflichtung zur Umsetzung der beschriebenen Rechte Schwerstkranker. Dennoch: Jeder Sterbeprozess ist individuell. Ein fachlich kompetenter und reflektierter Umgang aller Beteiligten mit Problemen und Dilemmata in sterbenahen Situationen kann nur

gewährleistet werden, wenn »die Grundlagen dafür [...] schon in der Ausbildung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen einschließlich des Ehrenamtes« gelegt sowie in die Fort- und Weiterbildung aufgenommen werden (Leitsatz 1). Die Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung werden im dritten Charta-Leitsatz ausgeführt. Insbesondere aus diesem Kapitel könnte sich bei weiterer Umsetzung der Charta eine deutliche Entlastung der Mitarbeiter ergeben. Qualifizierung vermittelt Sicherheit, Kompetenz erhöht den Umgang mit Anspruch und Ohnmachtsgefühlen.

3 Sterben als Teil des Lebens: Für die Begleitung Schwerstkranker sind nicht allein Fachkräfte verantwortlich

Der zweite Leitsatz der Charta und die Erläuterungen dazu gehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihre Rechte sowie die daraus resultierenden Anforderungen an die Versorgungsstrukturen ein. »Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende [...] Betreuung und Begleitung.« Damit jeder schwerstkranke und sterbende Mensch dieses Recht in Anspruch nehmen kann, bedarf es eines umfassenden wohnortnahen und vernetzten Versorgungsangebotes, das aus medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angeboten besteht. Je besser diese Strukturen bedarfsgerecht ausgebaut sind, desto besser wird eine Begleitung und Versorgung der Betroffenen gelingen, wodurch gleichzeitig eine Entlastung des Teams erreicht werden kann.

Um ein Sterben in Würde zu ermöglichen, sind gesicherte Rahmenbedingungen für die ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativdienste bzw. -einrichtungen notwendig. Belastende Situationen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung können auch darauf zurückzuführen sein, dass die notwendigen Rahmenbedingungen für die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen nicht ausreichend gesichert sind. Dazu zählt auch die Frage der Finanzierung der Teams bzw. Dienste und Einrichtungen. Häufig muss ein großer Teil der zeitlichen Ressourcen für diesen Bereich zur Verfügung gestellt werden. Die Charta sagt dazu ganz deutlich, dass »die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen [...] auch der notwendigen finanziellen Voraussetzungen« (Präambel) bedarf, und möchte dadurch den Weg zu sicheren Rahmenbedingungen eröffnen.

Das *Sterben* geschah früher viel häufiger in der Familie und war damit viel mehr Teil des Lebens in der Familie und darüber hinaus auch Teil des Lebens der Nachbarn und der Freunde, des sozialen Umfelds. Heute findet das Sterben häufig in stationären Einrichtungen statt und wird damit Aufgabe einer kleineren Zahl von Fachkräften.

Über 200 Aufnahmen pro Jahr in einem stationären Hospiz mit 16 Betten sind nicht selten. Nach Erhebungen des DHPV starben im Jahr 2010 rund 99 % der im Hospiz aufgenommenen schwerstkranken Menschen nach einer oftmals kurzen Verweildauer (im Jahr 2009 im Bundesdurchschnitt 20 Tage/Median neun Tage). Die Konsequenz daraus kann aber nicht eine Abkehr von der Versorgung in spezialisierten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung bei gleichzeitiger Idealisierung früherer Gegebenheiten sein.

Die Charta zeigt hier einen Weg auf, indem beschrieben wird, dass das *Sterben* Teil des Lebens ist. »Der sterbende Mensch ist und bleibt Teil der Familie und des sozialen Umfeldes: Krank werden, älter werden und Abschied nehmen gehören zum Leben« (Leitsatz 1). Sterben geht also alle an und die Begleitung von Sterbenden ist nicht nur die Aufgabe von Palliative-Care-Fachkräften. Weiterhin wird in der Charta aber auch die Notwendigkeit spezialisierter Einrichtungen beschrieben. »Palliativstationen und stationäre Hospize sind für die Versorgung sterbender Menschen und ihnen Nahestehenden bedeutsame Einrichtungen« (Leitsatz 2). So verstanden, kann gegenseitige Entlastung ermöglicht werden, sowohl bei den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern als auch bei den Betroffenen.

4 »Sowohl ... als auch«: Grundidee ist Verknüpfung und Dialog

Der Entwicklung des Charta-Textes ging eine inhaltliche Annäherung und Diskussion voraus, die sich insbesondere durch das Bemühen auszeichnete, Sichtweisen und Aspekte von Palliative Care miteinander zu verknüpfen, die trotz des zugrunde liegenden gemeinsamen Gedankens und der verbindenden Haltung immer noch allzu leicht in Gefahr geraten, getrennt voneinander betrachtet zu werden: hier die Palliativmedizin, dort die Hospizbewegung, hier die Forschung, dort die Praxis, hier die hochbetagten Menschen, dort die Kinder und Jugendlichen, hier die allgemeine ambulante Palliativversorgung, dort die spezialisierte, hier die hauptamtlichen, dort die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen, ganz abgesehen von den diversen beteiligten Berufsgruppen.

Wie ernst es den Charta-Autoren mit dem Dialog und dem Austausch im multiprofessionellen Team ist, zeigt allein die gemeinsame Betrachtung aller in der Palliativversorgung Tätigen im Kapitel »Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung«. Dort heißt es: »Die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen spielt in vielen Bereichen der Gesellschaft eine Rolle. Daraus ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an die Qualifizierung aller Beteiligten« (Leitsatz 3).

So ist wesentliches Element der Hospizarbeit der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiter, die auf ihren Dienst vorbereitet sind (BAG Hospiz, 2006). Die Ehrenamtlichen tragen durch ihre Begleitung oftmals zur Entlastung in für den schwerstkranken und sterbenden Menschen und seine Angehörigen schwierigen Situationen bei, was bei einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen auch eine Entlastung für alle im Team bedeuten kann.

Außerdem zeigt sich die Multiprofessionalität in der Praxis als Strukturprämisse, die immer wieder neu eingeklagt oder unter Beweis gestellt werden muss. Multiprofessionelle Aus- und Fortbildungen, gemeinsame Praxisbegleitungen und Supervisionen werden mittelfristig die verschiedenen Sichtweisen und Sprachregelungen der Professionen transparent machen und einander angleichen. Weniger Spannungen in den Teams werden die Folge sein.

5 Kaleidoskop Charta: Perspektiven im Wechselspiel

Dass diese »Sowohl-als-auch«-Betrachtungsweise der Charta auch für die Qualifikation im alltäglichen Umgang mit Patienten wesentlich sein kann, sei exemplarisch verdeutlicht: »Auf deutschen Palliativstationen werden vor allem Patienten mit Tumorerkrankungen (90 Prozent) palliativmedizinisch betreut. Bedarfsschätzungen gehen davon aus, dass auch Schwerstkranke mit anderen Erkrankungen einen hohen Bedarf an Palliativversorgung haben und künftig bis zu 40 Prozent der Betten auf Palliativstationen benötigen könnten. Sie brauchen ebenfalls einen besseren Zugang zur Palliativversorgung« (Leitsatz 5).

Sofern es gelingt, die gesellschaftlich verankerte Gleichsetzung von »unheilbar krank« und »Krebs im Endstadium« zu erweitern und den Blick zusätzlich auf Patienten mit nicht tumorbedingten, z. B. neurologischen Erkrankungen zu lenken, ist es auch im Team viel eher möglich, auf den Palliativbedarf nicht krebserkrankter Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in adäquater Weise einzugehen. Die parallele Betrachtung erleichtert eine Verständigung und einen Austausch darüber, wie ein demenzerkrankter Patient seine Bedürfnisse deutlich macht oder wie bei einem Patienten mit ALS Schmerzen und Luftnot im Vergleich zu tumorbedingter Symptomatik behandelt werden können.

6 Der Anfang ist gemacht: Eine Gesellschaft verpflichtet sich

Dass es gelungen ist, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den drängenden Fragen der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland auf breiter Basis zumindest anzustoßen, lässt sich ein Jahr nach Verabschiedung der Charta, im Sommer 2011, an verschiedenen Indizien ablesen: Weit mehr als 350 Institutionen und Einrichtungen sowie zahlreiche Privatpersonen haben unterzeichnet und sich damit verpflichtet, dass sie die Ziele und Inhalte der Charta mittragen und für die Rechte schwerstkranker und sterbender Menschen eintreten werden.

Bereits mehr als 25.000 Druckexemplare der Charta sind zur Auslage in Einrichtungen und bei Veranstaltungen, als Unterrichtsmaterial in Kursen und an Schulen, als Grundlage für konzeptionelle Überlegungen und regionale Aktivitäten angefordert worden. Zehntklässler beschäftigen sich in der Ethik-Stunde mit der Charta, Hospizvereine sammeln Unterschriften, Kommunal-, Landes- und Bundespolitiker machen die Charta zum Thema, bei Ausstellungen liegen Unterschriftenlisten aus. Das Echo in den Medien, der Zugriff auf die Charta-Website (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de) und die Verlinkungsrate lassen breiten Zuspruch erkennen. Diverse Institutionen bauen das Logo »Wir unterstützen die Charta« in ihre Internetauftritte ein.

Von einem beachtlichen gesellschaftlichen Engagement zeugen ebenso einige Wegmarken der Kommunikation in und mit der Öffentlichkeit: Der Charta-Prozess wird seitens der Gesundheitsministerkonferenz (2010) begrüßt, die Charta wird im

Rahmen von Fachveranstaltungen vorgestellt und nachfolgend zum Gegenstand einer Reihe von Veröffentlichungen (Nauck und Dlubis-Mertens, 2011). Auch in den Entschlüssen des 114. Deutschen Ärztetages zur palliativmedizinischen Versorgung wird die gesellschaftliche Bedeutung der Erarbeitung und Verabschiedung der Charta betont (Deutscher Ärztetag, 2011).

7 Die Charta: Jeder Satz ein eigenes Projekt

Die Charta ist verabschiedet, die Charta wird verbreitet, die Charta wird unterstützt, d. h., nun muss sie »nur noch« umgesetzt werden. Nach den Phasen der Erarbeitung und des Transfers in die Öffentlichkeit sollte es jetzt mit der Realisierung der Charta in kleineren und größeren Einzelprojekten weitergehen. Dies lässt vielleicht zunächst ein wenig zurückschrecken vor einem umfassenden, möglicherweise langwierigen und mühsam zu handhabenden nationalen Prozess, doch bei der Lektüre der Charta wird deutlich, wie naheliegend einzelne sehr konkrete und zukunftsweisende Projekte für ein Team, eine Einrichtung, einen Träger, einen Förderer oder eine Kommune sein können, wenn man Sätze liest wie diese: »Menschen in hohem Lebensalter benötigen geeignete Versorgungsangebote, die auch palliative Gesichtspunkte ausreichend berücksichtigen. Besonders in stationären Pflegeeinrichtungen bedarf es der systematischen Weiterentwicklung von Palliativkompetenz und Hospizkultur« (Leitsatz 2).

Ausgangspunkt für ein Praxis- oder Forschungsteam könnte ebenso folgende nur auf den ersten Blick karg anmutende Überschrift sein: »Die Begleitung im Sterben umfasst mehr als eine optimierte Versorgung.« Die nachfolgende Erläuterung verdeutlicht die Notwendigkeit des interdisziplinären und multiprofessionellen »Networkings«: »Die Forschung dient in erster Linie der Verbesserung der Palliativversorgung, sollte sich aber auch sozialen, kulturellen, religiösen und ethnischen Lebensumständen schwerstkranker und sterbender Menschen widmen« (Leitsatz 4).

Die Rechte schwerstkranker und sterbender Menschen und der ihnen Nahestehenden einzufordern, diese Aufgabe stellt sich Institutionen, Organisationen, der Politik sowie der Gesellschaft insgesamt. Außerdem drängt sie sich insbesondere denjenigen auf, die in ihrem beruflichen Umfeld mit den Bedürfnissen, Nöten, Wünschen und Ängsten sterbender Menschen und ihrer Familien und Freunde sehr vertraut sind und umso deutlicher die Grenzen und Hürden in der Betreuung und Begleitung eines Menschen am Ende seines Lebens spüren.

Mit der Hoffnung, dass die Charta dazu dienen kann, Unterzeichner und Unterstützer in vielfältiger Weise beim Wort zu nehmen und sichtbare Veränderungen in der Betreuung und Versorgung sterbender Menschen in die Wege zu leiten, sei der Wunsch verbunden, dass die Verankerung der Charta im deutschen Gesundheitssystem auch zur weiteren Entlastung der im Feld Tätigen beitragen wird.

Literatur

- Budapest Commitments (2007). Setting the goals: a joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care & Help the Hospices. Editorial. *Palliative Medicine*, 21, 269–271.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) (2006). Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV), Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin.
- Deutscher Ärztetag (2011). Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt II: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept. *Dtsch. Arztebl.*, 108 (23), A–1313.
- Dlubis-Mertens, K., Müller-Busch, H. C. (2010). Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, (11) 6, 268 ff.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010). TOP 10.2, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Zugriff am 4.8.2011 unter http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_83&id=83_10.02
- Nauck, F., Dlubis-Mertens, K. (2011). Germany has adopted a charter for the care of the critically ill and the dying. *European Journal of Palliative Care*, 18 (4), 176–178.