



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2014 Ausgabe 61

Schwerpunkt:

**HOSPIZKULTUR UND
PALLIATIVVERSORGUNG
IN PFLEGEEINRICHTUNGEN**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen – zunächst der stationären Altenhilfe – zu implementieren, ist eine große Aufgabe. Manche haben bereits damit begonnen oder sind schon auf einem zufriedenstellenden Stand. Einige müssen sich noch auf den Weg begeben. Vielerorts, in unterschiedlichen Trägerschaften ebenso wie in den Fachgesellschaften und Standesvertretungen zeigen sich Aktivitäten, sei es in Form von Implementierungsprozessen, Veranstaltungen, Standortbeschreibungen oder Grundsatzpapieren. Auch das Land NRW ist damit befasst, die Ergebnisse der vor einigen Jahren begonnenen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema in praktische Formen zu gießen. In dieser Ausgabe wird ein Schwerpunkt in der Beschreibung dieser Aktivitäten liegen. Um dabei jedoch die Gruppe derer einzubeziehen, um die es eigentlich geht, haben wir die Bewohnerinnen und Bewohner einzelner Altenhilfeeinrichtungen zu Wort kommen lassen. Sie antworten auf die Frage, wie sie sich ihr Sterben vorstellen. Unser oberstes Gebot sollte es ja sein, sich an dem zu orientieren, was ihnen wichtig ist.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen
Ihre

G. Dingerkus
Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion

ALPHA-Westfalen, Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe
Gerlinde Dingerkus, Sigrid Kießling, Mary Wottawa
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 – 23 08 48, Fax: 02 51 – 23 65 76
alpha@muenster.de · www.alpha-nrw.de

Layout

Art Applied, Hafengeweg 26a, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

3000

Die im Hospiz-Dialog veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen.

Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.
Foto Seite 12, L. Radbruch

INFORMATION

Bericht aus dem Hospiz- und Palliativverband NRW	4
Das Leben feiern bis zuletzt Tobias Müller	5
Palliative Care am Universitätsklinikum – Widerspruch oder Notwendigkeit? Cornelia Hlawatsch, Karin Oechsle	7
Lebensspuren Kerstin Volland	9

SCHWERPUNKT

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVVERSORGUNG IN PFLEGEINRICHTUNGEN

Gemeinsam auf dem Weg: Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen Lukas Radbruch	11
Gemeinsam auf dem Weg: Wie geht es weiter? Gerlinde Dingerkus, Felix Grützner, Martina Kern	14
Hospizkultur und Palliativversorgung im Pflegeheim – eine Herausforderung Martha Wiggermann	17
Eigengesetzlichkeiten der stationären Altenhilfe verstehen Julia Bloech	20
Veranstaltungen	23

HPV NRW Vorstand mit neuen Gesichtern



Judith Kohlstruck

Zwei neue Beisitzer bringen frischen Wind in den Hospiz- und Palliativ-Verband NRW:

Judith Kohlstruck und Dr. Wolf Diemer wurden am 26. Juni auf der Mitgliederversammlung des HPV NRW auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in den Vorstand gewählt. Christoph Drolshagen trat aus beruflichen Gründen nach 9 Jahren ehrenamtlicher Arbeit aus dem Vorstand aus.



Dr. Wolf Diemer

Judith Kohlstruck freut sich auf die neue Aufgabe: „Neben der Arbeit vor Ort an der Basis war mir der Blick über den Tellerrand immer wichtig.“ Sie habe als Koordinatorin bei verschiedenen Hospizdiensten den Landesverband als große Unterstützung vor Ort wahrgenommen, erklärt sie ihre Motivation. Die Theologin ist seit 14 Jahren hauptamtlich in der Hospizarbeit tätig. Angefangen hat Judith Kohlstruck als Koordinatorin beim Diakonischen Werk in Neuss. Sie ist eine Macherin: In Ratingen baute sie den ambulanten Hospizdienst aus und war Mitbegründerin des Palliativnetzwerks Mettmann (PN-ME). 2010 wechselte sie nach Mülheim an der Ruhr und baute ein neues stationäres Hospiz auf. Seit einem Jahr ist Judith Kohlstruck nun als Koordinatorin beim ambulanten Hospizdienst Cosmas und Damian in Essen tätig.

Das zweite neue Gesicht gehört Dr. Wolf Diemer. Als Arzt ist er seit 19 Jahren in der ambulanten und stationären Palliativversorgung tätig und hat ab 2004 das Gesetz zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Sozialgesetzbuch V wesentlich mitgeprägt. „Heute sehe ich meine Aufgabe darin, die Bürgerbewegung Hospiz und die Professionellen in der ambulanten und stationären Palliativversorgung wieder enger und auf Augenhöhe zusammenzubringen“, sagt Diemer.

In Mecklenburg-Vorpommern hat er ein bundesweites Projektmodell zur ambulanten Palliativversorgung durchgeführt, das Hospiz Greifswald sowie die LAG Hospiz- und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern gegründet. Seit 2009 ist der Palliativarzt und Schmerzmediziner wieder in Westfalen. Er leitet das Palliativzentrum am Evangelischen Krankenhaus in Herne mit der ältesten Palliativstation in Westfalen. Die Palliativstation arbeitet eng mit dem ambulanten Hospiz- und Palliativdienst Herne und der Akademie für Hospiz- und Palliativarbeit Ruhrgebiet APPH zusammen.



Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.
Geschäftsstelle
Im Nonnengarten 10
59227 Ahlen
Tel.: 0 23 82 - 7 60 07 65
info@hospiz-nrw.de

Das Leben feiern bis zuletzt

Tobias Müller

Jeden Tag, wenn Ruben van Coevorden über die Schwelle des roten Backsteinhauses tritt, wird er zu einem Arzt ohne Patienten. Die gibt es hier nämlich nicht – nur Bewohner, darauf legt man Wert. Und genau darum trägt Van Coevorden, ein Sechziger mit ruhiger Stimme und freundlichen Augen, auch keinen weißen Kittel. Wen er behandelt, hat ohnehin genug davon gesehen. Und noch etwas tut er, das für einen Doktor ziemlich ungewöhnlich ist: Er streicht die Medizinlisten der Bewohner auf ein Minimum zusammen. „Cholesterin- oder Blutdruckmittel braucht hier niemand mehr“, sagt er. „Wozu auch?“

Das rote Backsteinhaus heißt Hospice Immanuel und liegt am Rand von Amsterdam. Draußen zieht sich eine vielbefahrene Straße in Richtung Innenstadt. Hinter der Tür des einzigen jüdischen Hospizes in Europa dagegen liegt die Ruhe eines Ortes, wo eine Reihe ganz anderer Straßen zu Ende geht. Niederschmetternd ist sie nicht, diese Ruhe, und auch nicht bedrückend. Eher mutet sie gelassen an. Zwei Dinge im Leben, sagt Ruben van Coevorden, sind gewiss: die Steuer und der Tod. Und bevor die Bewohner gehen, sollen sie es im Hospice Immanuel so angenehm wie möglich haben. Schließlich ist dies kein Krankenhaus, sondern ein Zuhause.

Ehe das Hospiz im Frühjahr 2007 eröffnet wurde, mussten sich erst Ruben van Coevorden und Sasja Martel finden. Der Hausarzt, spezialisiert auf Palliativmedizin, hatte bereits eine Anlaufstelle gegründet, wo Kollegen und Krankenschwestern diesbezüglich Rat finden konnten. Sein Wunsch, in einem Hospiz zu arbeiten, nahm immer mehr Formen an. Genauso ging es der Theologin Sasja Martel, die kurz zuvor ein Buch über Sterben und Trauern aus jüdischer Perspektive geschrieben hatte. „Stark wie der Tod“, war der Titel. Für das Hospiz, das sie schon seit einiger Zeit gründen wollte, brauchte sie einen Arzt. Und wenn sie jemand davon erzählte, empfahl man ihr immer wieder Ruben van Coevorden.

„Hospice Immanuel“, sagt Sasja Martel, 58, „entstand nicht aus Furcht, sondern aus unserem Traum heraus.“ Dass sie sich gegenseitig benötigten, ihn zu erfüllen, amüsiert die beiden Gründer. „Wir sind wirklich kein Paar“, versichern sie mit einem Grinsen, sich im Büro im Erdgeschoss gegenüber sitzend. Ein Bild, symptomatisch für das ganze Haus. Es wird viel gelacht im Hospice Immanuel. Im An-

gesicht des Schwersten findet man hier Leichtigkeit, ganz wie Sasja Martel im Vorwort ihres Buches schrieb: Gemäß der jüdischen Tradition geht es hier nicht um Begleitung beim Sterben, sondern um Hilfe beim Leben. *Vier simches de tsores komen vanzelf*, dieser niederländisch-jiddische Leitspruch steht an der Wand des Büros. Feier die Freuden. Die Sorgen kommen von alleine.

Für die Freude stehen hier die Blumen, die jeden Freitag im ganzen Gebäude frisch verteilt werden. Oder die Wände der Zimmer, die in starken Farben leuchten, um ihre Bewohner, oft vom fortgeschrittenen Krebs gezeichnet, von Herz- oder Lungenversagen, weniger blass erscheinen zu lassen. Die Sitzcken im Gemeinschaftsraum sind in grün, gelb, rot und orange gehalten, der Natur nachempfunden, ebenso wie das Grau des Bodens an Stein denken lässt. Der Wintergarten gibt durch hohe Fenster den Blick auf den Garten frei. Nach Krankenhaus riecht es hier nicht. Aromatherapie stimuliert die Sinne der Bewohner oder überlagert, wenn es nötig ist, den Geruch ihrer Wunden.

Seine Seele in alles legen, was man tut

Die Quelle, aus der sich all dies speist, ist das Leitmotiv des Hospice Immanuel: Neschome, das jiddische Wort für Seele. „Seine Seele in alles legen, was man tut“, erläutert Sasja Martel das Konzept. „Ein Ei zum Beispiel kommt hier nicht einfach auf einen Teller, sondern in eine schöne Glasschüssel.“ Doch die Wege, die die Mitarbeiter dafür gehen, können durchaus noch länger sein. Sasja Martel erzählt von einem der 80 Freiwilligen, der einem Bewohner gerne zu einem Joint verhelfen wollte, um seine Schmerzen zu lindern. Also betrat er, selbst nicht mehr der Jüngste, zum ersten Mal in seinem Leben einen Coffeeshop und erstand ein Klümpchen Haschisch.

„Alle sind hier ständig für uns bereit“, so fasst es Meneer Van Vliet zusammen, dessen Frau schon eine ganze Weile ein Zimmer im ersten Stock bewohnt. Sohn und Schwiegertochter, die neben dem Bett stehen, pflichten ihm bei und auch Mevrouw Van Vliet hebt den Kopf, nickt zustimmend und formt ein kleines Lächeln. Sasja Martel setzt ihre Runde durchs Haus fort. Durch eine offene Tür fällt der Blick auf einen alten Mann mit langen grauen Haaren, der zurückgelehnt auf seinem Bett einge-

schlafen ist. Ruhig liegt der Flur da, nur aus einem Zimmer dringt der Kommentar eines Fußballspiels.

Just die Flure sind es auch, die ein paar wesentliche Dinge über diesen Ort verraten. Unten im Eingangsbereich hängt ein Zertifikat des Institute for Science and Halacha in Jerusalem. Darauf bestätigt dessen Leiter, Rabbi Levy Yitzhak Halperin, das Hospiz sei gemäß halachischer Kriterien geplant und gebaut. Im ersten Stock dagegen liegt in einer Ecke die nicht-koschere Bewohnerküche, in der man sich sogar zu Pessach ein Sandwich machen kann. „Die meisten hier essen nicht koscher“, erklärt Sasja Martel und fügt an, dass man im Vorstand lange darüber diskutiert habe. Und als wolle sie keine Missverständnisse aufkommen lassen, demonstriert sie noch die Milch- und Fleischküche, durch eine Mauer getrennt, in denen das Personal die Hauptmahlzeiten zubereitet.

Sie fühlen sich, als kämen sie nach Haus

Das Halacha-Zertifikat und die nicht-koschere Küche sind keinesfalls Widersprüche. Es sind die Eckpfeiler eines Hauses, das sehr orthodoxe Bewohner ebenso willkommen heißt wie solche, die sich kaum traditionell nennen. „Wir bieten alle Möglichkeiten, ohne jemandem etwas aufzudrängen“, sagt Sasja Martel. Mesusot an jeder Tür, Menoras im Gemeinschaftsraum, das festliche Erleben der jüdischen Feiertage gehören dazu, ebenso wie Kiddusch und weißes Tischtuch zum Schabbat – „und reichlich Hühnersuppe“. „Viele Bewohner erinnert dies an ihre Kindheit. Deshalb hören wir oft, dass sie sich hier fühlten, als kämen sie nach Hause.“

Das Haus steht allen offen

Nicht nur Juden stehen die Türen des Hospizes offen. Es war der Rat eines Rabbiners, der die Gründer in dieser Idee bestärkte. Allein das letzte der sieben Zimmer wird frei gehalten, um im Notfall einen sterbenskranken Juden nicht enttäuschen zu müssen. John Könst, der gerade die erste Nacht in seinem Zimmer im ersten Stock verbracht hat, ist kein Jude. Wohl aber einer der Amsterdamer, die mit den jüdischen Bewohnern und Institutionen ihrer Stadt in Kontakt kamen. „Meine Mandeln habe ich mir damals auch im jüdischen Krankenhaus entfernen lassen“, sagt er.

John Könst ist um die 60. Früher war er bei der Post für die Qualitätssicherung zuständig. Sein Partner Karel Leber sitzt an seinem Bett und reicht ihm eine Tasse Kaffee und man kann kaum anders, als ein

Stück Neschome in dieser Geste zu sehen. Wie er hierher kommt? Sein Hausarzt habe ihm das Hospiz Immanuel empfohlen, sagt John Könst mit sanfter Stimme. Die ambulante Pflege war nicht immer verfügbar, um seinem Bedarf gerecht zu werden. Es scheint eine richtige Entscheidung gewesen zu sein. „Hier gibt es tags und nachts fachkundige Hilfe. Und außerdem sind sie sehr lieb. Sie tun einfach alles für dich.“

Verständnis für das, was die Menschen erleben mussten

Im Hinblick auf die jüdische Hauptzielgruppe gehört zu diesem Anspruch auch ein besonderes Augenmerk für die Situation von Shoa-Überlebenden. „Viele sind harte Kämpfer, die Schwierigkeiten haben loszulassen. Dabei versuchen wir zu helfen“, erläutert Ruben van Coevorden, selbst ein Kind der Zweiten Generation. „Dazu braucht es besonderes Verständnis für ihre Traumata.“ Was sich zum Beispiel darin zeigt, dass die Zimmer nach israelischen Pflanzen benannt sind. „Viele haben noch eine Nummer auf dem Arm. Deshalb wollen wir verhindern, dass sie sich noch einmal als Nummer fühlen“, sagt er, und weist auf ein leer stehendes Zimmer. ‚Cactus Sabra‘ steht auf dem Schild neben der Tür.

Das Leben feiern

Fragt man Ruben van Coevorden, was ihm das Hospiz bedeutet, greift er nach Worten, die groß sind und doch ganz selbstverständlich klingen. „Glücklich“ sei er, „als Arzt hier vom jüdischen Standpunkt ausgehen zu könne, das Leben zu feiern.“ Für heute ist der Doktor ohne Patienten fertig im Hospiz. Was bedeutet, dass er bis zum nächsten Tag auf einem speziellen Mobiltelefon erreichbar sein wird. Er verabschiedet sich von Sasja Martel im Büro und geht zur Tür, vorbei an der Schale mit den Steinen im Foyer. Die Steine tragen Schriftzüge in Rot, Blau und Grün. ‚Kraft‘, steht darauf. ‚Wärme‘. ‚Liebe‘. ‚Neschome‘.

Tobias Müller
Freier Journalist

„Palliative Care an einem Universitätsklinikum – Widerspruch oder Notwendigkeit?“

Karin Oechsle, Cornelia Hlawatsch

Dieser Titel war ursprünglich das Thema eines multiprofessionellen Vortrags des Palliative Care-Teams zusammen mit einer Medizinstudentin im Rahmen der Hamburger Hospizwoche 2013 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Idee dieses Vortrags war es, der Unsicherheit und Unwissenheit, die das Thema ‚Palliative Care‘ an einem Universitätsklinikum immer noch hervorruft, in einer offenen Diskussion zu begegnen.

In unserem Alltag auf der Palliativstation, im Konsiliardienst und in der palliativmedizinischen Ambulanz an unserem Universitätsklinikum stoßen wir immer wieder auf Unverständnis gegenüber unserer Arbeit. Doch woran liegt dies? Etwa daran, dass für viele Laien, aber auch Professionelle in medizinischen Berufen auf den ersten Blick ein Widerspruch zwischen ‚Palliative Care‘ und ‚Hochleistungsmedizin an einem Universitätsklinikum‘ besteht?

Palliative Care wird meist mit ‚low technology, high person‘ gleichgesetzt und als multiprofessionelle ganzheitliche Betreuung mit besonderer Berücksichtigung von psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen am Lebensende verstanden. Im universitären Kontext wird sogar häufig der medizinische Anteil von Palliative Care hinter der psychosozialen Betreuung in den Hintergrund gerückt und die medizinische Leistung nicht als vollwertiges medizinisches Fachgebiet anerkannt.

Mit einem Universitätsklinikum als Haus der Maximalversorgung wird häufig Hochleistungsmedizin, Apparatemedizin und Spezialistentum verbunden, im Vordergrund steht die maximale Therapie der Erkrankung mit dem Ziel der Heilung – der Patient als Person im ganzheitlichen Blick scheint da oft hinter der physischen Erkrankung in den Hintergrund zu rücken (‚high technology, low person‘?).

Doch was auf den ersten Blick vielleicht sehr widersprüchlich wirkt, gehört notwendigerweise zusammen: Palliative Care ist ein integraler Bestandteil von moderner universitärer Medizin!

Auch heute verbringen schwerstkranke Patienten häufig ihre letzten Lebenswochen und -tage im Krankenhaus. Gerade an einem Universitätsklinikum, in dem mit einem so breiten Spektrum an Diagnostik und Therapie versucht wird, den Patien-

ten zu behandeln, darf die Zuwendung nicht mit der fehlenden Heilungschance und dem bevorstehenden Versterben des Patienten nachlassen. Die Betreuung darf sich nicht in ihrer Intensität, sondern nur in ihrer Zielsetzung ändern.

In den letzten Jahrzehnten standen im Medizinstudium ganz die Heilung der Patienten und die Behandlung der Erkrankung im Vordergrund. Manche Studierende berichteten sogar von einem Eindruck, dass es im Arztberuf ausschließlich darum geht, den Tod eines Patienten als größten Gegner der Medizin um jeden Preis zu bekämpfen. Dass dies bei einem recht großen Anteil Patienten mit chronischen oder fortschreitenden Erkrankungen gar nicht gelingt, scheint aber allzu gerne vernachlässigt worden zu sein.

Viele junge Ärzte erlebten dann in ihren ersten Jahren im Arztberuf eine große Hilflosigkeit im Umgang mit unheilbar und sterbenskranken Patienten, da sie nie wirklich gelernt haben, welche Formen der medizinischen Betreuung sie den Patienten zukommen lassen können, wenn das Ziel nicht mehr die Heilung ist. Ausgehend von dieser Hilflosigkeit machte sich vor allem in der universitären Medizin eine ‚Ausweichstrategie‘ breit, die dazu führte, dass man sich im Zweifel für weitere intensive Therapiemaßnahmen entschied oder auch eine Reduktion der Betreuungsintensität, um diese Hilflosigkeit sich selbst und den Patienten nicht eingestehen zu müssen.

Seit 2009 ist ‚Palliativmedizin‘ in der ärztlichen Approbationsordnung verankert und somit ein Pflichtfach für alle Medizinstudierenden. Seither wurden in allen deutschen Universitätskliniken multiprofessionelle Lehrprogramme – leider noch in unterschiedlichem Ausmaß – etabliert. Hierbei geht es neben dem ‚medizinischen Handwerkszeug‘ zur symptomatischen Therapie unheilbar kranker Patienten vor allem um die offene Auseinandersetzung mit der Unheilbarkeit und dem Sterben von Patienten. Zentral ist auch das Umdenken vom rein ‚eine Erkrankung heilenden‘ auf einen ganzheitlichen, den Patienten umfassend betreuenden medizinischen Blickwinkel, der auch

nach Änderung des Therapieziels weg von der Heilung mit unveränderter Intensität, aber mit anderer Zielsetzung, weitergeht. Dies beinhaltet die umfassende Kenntnis der medizinischen, juristischen, ethischen und kommunikativen Aspekte in der Diskussion einer bzw. in einer Entscheidung für eine Therapiezieländerung. Und nicht zuletzt beinhaltet dies die eigene Auseinandersetzung mit persönlichen Grenzen, der eigenen Endlichkeit und Sinnfragen des Lebens.

Medizinstudierende sind heute oft noch nicht einmal oder gerade erst 20 Jahre alt, wenn sie aus der ‚heilen Welt‘ der Kindheit und des Schulalltags ins Medizinstudium starten. Auch wenn sich die meisten Lehrenden einig sind, dass die Integration von Palliative Care-Themen von Beginn an in die Ausbildung und medizinische Prägung der zukünftigen Ärzte gehören soll, zeigt sich doch, dass ein Teil der Studierenden sich mit diesen Themen zu einem frühen Zeitpunkt des Studiums sehr schwer tut. Sie beginnen das Studium mit der Erwartung, dass sie primär oder ausschließlich lernen, wie „man Menschen gesund macht“. Eine Auseinandersetzung damit, dass dies gar nicht immer gelingt, ist für viele anfangs sehr schwer und belastend.

Deutlich anders ist es bei Medizinstudierenden, die zuvor bereits im Rettungsdienst oder in der Krankenpflege Erfahrungen über die Behandlungsrealität in der Medizin und im deutschen Gesundheitssystem gesammelt haben. Diese bringen häufig einen großen Durst nach Wissen im Umgang mit unheilbar kranken Patienten, Möglichkeiten der Therapiezieländerung, symptomorientierter Medizin und ärztlicher Gesprächsführung mit. Ihr Anteil ist insbesondere in vertiefenden Wahlangeboten besonders hoch. Im Laufe des Studiums scheinen sich nach unserer Erfahrung aber diese Unterschiede auszugleichen und ein insgesamt breites Interesse an Palliative Care-Themen zu bestehen. Wahrscheinlich wird dieses Interesse durch praktische Erfahrungen während des Studiums durch Unterricht am Krankenbett, Praktika und Famulaturen gestärkt, bei denen die Studierenden die wirklichen, umfassenden Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen greifbar erleben können.

In vielen Universitätskliniken werden solche praktischen Lehrformen auch im Querschnittsfach Palliativmedizin angeboten und so den Studierenden im direkten Kontakt mit den Patienten und ihren Angehörigen die Prinzipien und Haltung von Palliative Care vermittelt. In unserer Erfahrung ist

dies nicht nur eine essentielle Bereicherung in der Ausbildung der zukünftigen Ärzte, sondern auch ein Zugewinn für die multiprofessionellen Palliative Care-Teams. Der häufig noch nicht vom klinischen Alltag bzw. den strukturellen und wirtschaftlichen Zwängen im Gesundheitssystem beeinflusste Blick der Studierenden auf die Arbeit im Palliativteam kann nicht nur Fall- und Teamdiskussionen bereichern, sondern auch jeden Einzelnen anregen, sich mit seiner eigenen Arbeit und Haltung auseinanderzusetzen.

Palliative Care ist heute ein integraler Bestandteil der modernen Medizin! Es besteht kein Widerspruch, sondern eine notwendige gegenseitige Ergänzung, um eine umfassende Betreuung der Patienten vom kurativen Therapieansatz über die Phase der Therapiezieländerung bis über den Tod hinaus sicherzustellen. Dies gilt insbesondere an einem Universitätsklinikum, an dem der Anspruch einer besonders intensiven und kompetenten Versorgung gelebt wird und an dem die Grundsteine in Kompetenz und Haltung zukünftiger Ärzte gelegt werden.

PD Dr. Karin Oechsle

Ärztliche Leitung des Palliativbereichs am UKE

Cornelia Hlawatsch

Pflegerische Leitung des Palliativbereichs am UKE

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt: palliativstation@uke.de

Lebensspuren

Kerstin Volland

Das Leben hinterlässt Spuren. Markant zeigen sie sich in den von Falten durchzogenen Gesichtern.



geprägt wurden von Krieg und Vertreibung aber auch von Hoffnung und Neubeginn.

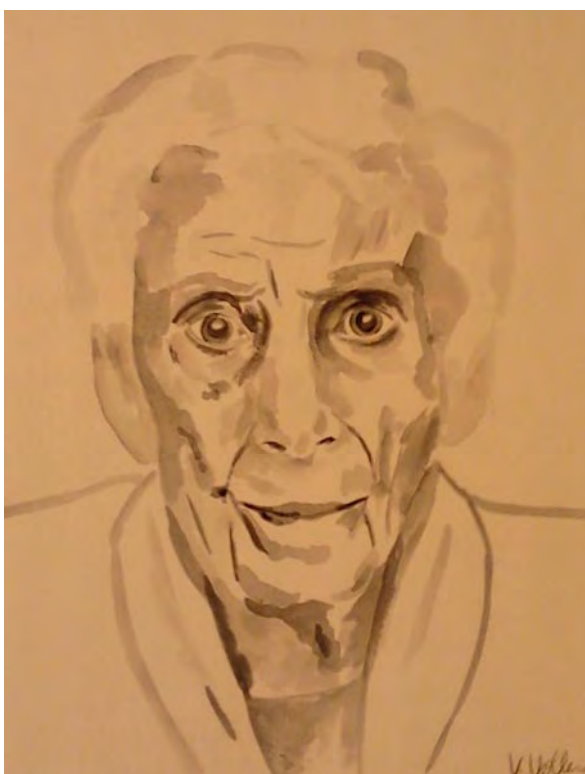
Ich begann diese Gesichter zu aquarellieren und vertiefte mich dabei in ihre Linien und Züge. Das Malen war wie ein Kennenlernen, ein ‚Sich-miteinander-bekannt-machen‘. Wie bei zwischenmenschlichen Beziehungen auch, fand ich manches Gegenüber auf Anhieb sympathisch, und manchmal braucht es etwas länger, um miteinander warm zu werden. Anders gesagt: Manche Gesichter ließen sich geschmeidig malen, mit anderen tat ich mich schwerer und brauchte einige Anläufe. Mitunter täuschte mich auch mein erster Blick. Was ich anfangs für Überheblichkeit hielt, entpuppte sich beim Malen – sprich beim besseren Kennenlernen – als Stolz und Stärke. Mit dem Pinsel erkundete ich das Glück und die Tragik, die die Gesichter gezeichnet haben. Freude, Trauer, Willensstärke, Liebe und Humor haben tiefe Spuren hinterlassen – die Fülle des Lebens selbst hat sich eingepägt.



Kerstin Volland

Das Malen ist für mich eine Möglichkeit, den Dingen näher zu kommen – sie intensiver zu betrachten und zu erkunden. Die Idee, mich mit den Gesichtern alter Menschen zu beschäftigen wurde nicht zuletzt durch meine Tätigkeit als Koordinatorin eines ambulanten Hospizdienstes angeregt. Des Öfteren habe ich hier die Freude, alten Menschen zu begegnen, die sehr viel Lebenserfahrung und Lebensklugheit besitzen. Diese Menschen haben Spuren im Leben hinterlassen und natürlich hat das Leben auch seine Spuren in ihnen hinterlassen.

Der Gedanke diese Lebensspuren zu malen kam mir, als eine der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen des Hospizdienstes den wunderbaren Bildband 100 Jahre Leben von Andreas Labes und Stefan Schreiber mitbrachte. In ihm sind zahlreiche Porträtfotographien 100-jähriger Männer und Frauen versammelt – Seite um Seite faszinierende, vom Leben gegerbte Gesichter und die dazugehörigen Biographien. Ich war beeindruckt, wie deutlich sich die Lebensgeschichten in den Gesichtern widerspiegeln – Lebensgeschichten, die nicht selten



Angesichts dieser Fülle scheint es mir eine sonderbare Tendenz unserer Zeit zu sein, diese Spuren glätten und straffen zu wollen. Gehen Menschen so auf Distanz zum Erlebten und entfremden sich von sich selbst? Liftings, Schönheitsoperationen und das Streben nach ewiger Jugend – löschen sie die Individualität der Menschen aus? Ihre Ecken und Kanten, ihre Besonderheiten, all das, was sie einzigartig macht? Die alten, verwiterten Gesichter jedenfalls verleugnen nichts. Sie sind Bekenntnisse zum gelebten Leben, unverwechselbar und würdig. Sie bewahren die Spuren der vergangenen Zeit und zeugen zugleich von der Vergänglichkeit.

Im Spannungsfeld von Lebensfülle und Endlichkeit regen die Porträts alter Menschen Betrachtungen über Zeit und Lebenszeit an: über das, was war und das, was kommen wird – darüber, wie wir mit der uns bemessenen Zeit umgehen. Diese Fragen werden angesichts des Todes umso dringlicher. In der Begleitung Sterbender spielen die Rückschau auf die gelebte Zeit und die Zeit, die zum Leben bleibt, eine bedeutsame Rolle. Dabei wird unmittelbar spürbar, dass Zeit nicht in Kalendern und Uhren aufgeht. Sie lässt sich weder festhalten noch kontrollieren, aber sie lässt sich erleben und füllen. Zeit bedeutet Werden und Vergehen. Sie ist eine existenzielle Bewegung, gegen die wir uns nicht stemmen, sondern der wir uns nur anvertrauen können. Mit fortschreitendem Alter mag die Zeit Fähigkeiten beschneiden und Kräfte zehren. Aber sie vermag auch Weisheit und Gelassenheit zu schenken – im Blick auf die Welt, das eigene Ich und die Vergänglichkeit selbst.



Information

Haben Sie Interesse, Zeugnisse des gelebten Lebens zu betrachten oder sich von ihnen zu Betrachtungen anregen zu lassen? Die Ausstellung ‚Lebensspuren‘ kann ausgeliehen werden.

Kerstin Volland

Hospizbewegung
Herford e.V.

Auf der Freiheit 13 – 15
32052 Herford

Tel.: 0 52 21 - 5 51 05
info@hospiz-herford.de

Anmerkung der Redaktion

Die in dieser Ausgabe des Hospiz-Dialogs veröffentlichten Portraitbilder entstammen der Ausstellung ‚Lebensspuren‘ von Frau Dr. Volland.

Gemeinsam auf dem Weg: Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen

Lukas Radbruch

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland 7,5 Millionen Menschen in der Altersgruppe >74 Jahre. Damit hängt auch eine Zunahme von kranken und von multimorbiden alten Menschen zusammen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wurde in 2007 mit 2.297.000 angegeben, davon 485.000 in Nordrhein-Westfalen (Statistisches Bundesamt, 2010). Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wünscht sich nach Möglichkeit einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis zum Lebensende. Dennoch wurden in 2009 bundesweit 748.889 Pflegebedürftige in Heimen versorgt, davon 160.994 in Nordrhein-Westfalen (Statistisches Bundesamt, 2011).

Die überwiegende Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner wird bis zum Lebensende in den Pflegeeinrichtungen versorgt und betreut. Dies bedingt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen häufig mit Tod und Sterben der Bewohnerinnen und Bewohner umgehen müssen. Allerdings wird die Verweildauer im Pflegeheim immer kürzer. In deutschen Pflegeheimen versterben 30 % der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten drei Monate nach der Aufnahme ins Heim (Gronemeyer & Heller, 2008) und 60% innerhalb des ersten Jahres (Daneke, 2009).

Die Versorgung sterbender Menschen wird damit immer mehr zu einer Kernaufgabe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen. Pro Jahr begleitet jede Pflegekraft in Pflegeeinrichtungen durchschnittlich neun sterbende Menschen (Brüll, 2004). Damit sind oft große persönliche Herausforderungen verbunden. Die meisten empfinden die Begleitung Sterbender als besonders wichtige Tätigkeit, aber auch als höchst belastend, häufig verbunden mit dem Gefühl überfordert zu sein.

Im zweiten Leitsatz der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer, 2010) wird deshalb die Forderung nach einer systematischen Weiterentwicklung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in den stationären Pflegeeinrichtungen erhoben. Bis-

lang lag der Schwerpunkt der Pflegeeinrichtungen aber auf den rehabilitierenden, aktivierenden oder auf den pflegerischen Aspekten, nicht aber auf hospizlichen oder palliativen Aufgaben (Heller et al., 2003). Konzepte zur Sterbebegleitung oder eine bewusste, reflektierte und vor allem organisatorisch verankerte Sterbe- und Trauerkultur sind demgegenüber ein relativ neues Phänomen.



Lukas Radbruch

Im Zusammenhang mit diesem Diskurs wurden in den letzten Jahren in vielen Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wie auch in anderen Ländern Modellprojekte zur palliativmedizinischen Beratung, Anleitung und Ausbildung initiiert und engagiert durchgeführt. Die Erfahrungen aus den Projekten finden sich in zahlreichen Berichten zu einzelnen Projekten oder auch zu Gruppenimplementierungen wieder. Jedoch liegen nur sehr wenige wissenschaftliche Evaluationen von Projekten vor.

Empfehlungen zur Hospizkultur und Palliativversorgung

Die in diesen unterschiedlich konzipierten Projekten gewonnenen Erkenntnisse wurden im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW in einem mehrstufigen Projekt zusammenfassend ausgewertet und daraus in einem Konsensprozess Thesen zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Im Rahmen der Vorarbeiten erfolgten zunächst eine umfassende Literaturrecherche und neun Interviews mit Expertinnen und Experten, um Indikatoren für Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu identifizieren. Die Ergebnisse aus Literatur und Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, dabei wurden acht Oberkategorien für Indikatoren einer guten Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen gefunden: Organisation, Vernetzung und Kooperation, Qualifikation, Ab-

schiedsgestaltung, Räumliche Anpassung, Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterfürsorge und Einbeziehung von Angehörigen.

In einer systematischen Übersicht wurden Projekte zur Implementierung von Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in NRW erfasst und ihre Ergebnisse ausgewertet. Insgesamt wurden 29 Projekte identifiziert und Experteninterviews nach der Critical-Incidence-Technik mit den Projektleiterinnen und -leitern geführt. In den Interviews wurden Stärken und Schwächen der Projekte zur Implementierung von Palliativversorgung in der stationären Altenpflege erfasst sowie Barrieren bei der Umsetzung analysiert. Schwierigkeiten wurden zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten angemerkt, aber auch in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen. Die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterqualifikation und der Umgang mit Angehörigen stellten weitere häufig konfliktreiche Bereiche dar. Zu den aufgetretenen Problembereichen wurden Lösungsvorschläge geschildert, die für künftige Implementierungsprozesse hilfreich sein können.

Im weiteren Verlauf des Projekts wurde beispielhaft ein Implementierungsprozess in sechs Heimen der Region Aachen über einen längeren Zeitraum begleitet. Für die Implementierung der Palliativversorgung stellt die Evaluation der Implementierungsmaßnahmen eine wichtige Herausforderung dar. Da es für diesen Bereich noch kein quantitatives Messinstrument in deutscher Sprache gibt, wurde im Rahmen des Projekts der Bonner Palliativwissenstest (Pfister et al., 2011) entwickelt, der mit 41 Items das spezifische Wissen in Bezug auf Palliativversorgung misst und somit eine Wirksamkeitsuntersuchung von Implementierungsmaßnahmen ermöglicht. Zusätzlich kann die spezifische Selbstwirksamkeit Auskunft über die Umsetzung des Wissens geben. Der Test wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten konstruiert, und seine Validität wurde in einer Studie gesichert, in der unter anderem gezeigt werden konnte, dass bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern durch einen Lehrgang in Palliative Care eine Verbesserung im Testscore erreicht wurde.



In den beteiligten Pflegeheimen der Aachener Region wiesen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger ein relativ geringes palliatives Wissen auf und erreichten auch auf der Selbstwirksamkeitsskala nur niedrige Werte. Nach Beginn der Schulungs- und Implementierungsmaßnahmen werden die Messungen in den beteiligten Einrichtungen derzeit wiederholt, um Veränderungen infolge der Schulungen und organisatorischen Veränderungen zu erfassen.

Mit den Ergebnissen dieser Vorarbeiten fand im Juli 2011 in Bonn ein Workshop mit 27 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Projektleitung und Praxis der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen statt. Zwischen den Expertinnen und Experten bestand große Einigkeit darin, dass die aus Literatur und Interviews erarbeiteten Indikatoren eine gute Grundlage und Zusammenfassung darstellen und nur weniger Ergänzungen bedürfen. In der Diskussion wurde als wichtige Voraussetzung für jedwede Implementierung von Palliativversorgung eine lebendige Kommunikation zwischen allen Beteiligten betont.

Auf der Grundlage dieser Vorarbeiten wurden Thesen zur Palliativversorgung in Pflegeheimen als Kern der Empfehlungen formuliert. Diese Thesen wurden von Januar bis März 2012 in einem zweistufigen Konsensverfahren mit einer Delphi-Technik an einer großen Expertinnen- und Expertenstichprobe abgesichert (Radbruch & Müller, 2013).

Ausblick
Auf der Grundlage der Ergebnisse und der daraus formulierten Thesen wurden Empfehlungen des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Gesundheit und Alter des Landes NRW zur Umsetzung von Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen erstellt (Radbruch et al., 2014). Diese Empfehlungen ergänzen das bestehende Rahmenprogramm zur Palliativversorgung des Landes Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005) und liefern Vorgaben, mit denen die verantwortlichen Entscheidungsträger in Pflege-

geeinrichtungen, bei den Trägern von Pflegeeinrichtungen und in den Institutionen des Gesundheitswesens den Aufbau und die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen lenken und koordinieren können. Als nächsten Schritt gilt es nun, die Empfehlungen in der Versorgung in Nordrhein-Westfalen umzusetzen.

Herr L., 75 Jahre:

„Abends ins Bett gehen und morgens nicht wieder aufwachen.“

Prof. Dr. Lukas Radbruch

Zentrum für Palliativmedizin
 Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard
 Von-Hompesch-Straße 1 · 53123 Bonn
 Universitätsklinikum Bonn
 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
 Sigmund-Freud-Str. 25 · 53127 Bonn
 Sekretariat: Verena Grafe
 Tel.: 02 28 - 2 87 - 1 34 95
 Fax: 02 28 - 2 87 - 9 08 00 24
 verena.graefe@ukb.uni-bonn.de

Radbruch, L.; Müller, M. (2013): Palliativmedizin in Pflegeeinrichtungen – Wissenschaftlicher Bericht und Thesen aus einem Konsensprozess. Bonn, Pallia Med Verlag.

Radbruch, L.; Müller, M.; Pfister,

D.; Müller, S.; Grützner, F. (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/hospizkultur-und-palliativversorgung-in-pflegeeinrichtungen-in-nordrhein-westfalen/1775>.

Statistisches Bundesamt (2010): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004,property=file.pdf>. (access date: 6.3.2012)

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegeheime5224102099004,property=file.pdf>. (access date: 6.3.2012)

Literatur

Brüll, H.-M. (2004): Sterbebegleitung im Heim. Eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und zu Werteeinstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe, Weingarten, Institut für Bildung und Ethik.

Daneke, S. (2009): Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen. Die Schwester/Der Pfleger 48: 452-5.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf (access date: 16.10.2011).

Gronemeyer, R.; Heller, A. (2008): Sterben und Tod in Europa. Momentaufnahmen eines kulturellen Wandels. In: Heller A, Knop M, editors. Die Kunst des Sterbens Todesbilder im Film - Todesbilder heute Düsseldorf: Filmmuseum Landeshauptstadt Düsseldorf.

Heller, A.; Dinges, S.; Heimerl, K.; Reitinge, E.; Wegleitner, K. (2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36: 360-5.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen – Kooperatives integriertes Versorgungskonzept. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. http://www.mags.nrw.de/o8_PDF/002/konzept-palliativ.pdf. (access date: 23.3.2012)

Pfister, D.; Müller, M.; Müller, S.; Kern, M.; Rolke, R.; Radbruch, L. (2011): Validierung des Bonner Palliativwissens-tests (BPW). Schmerz, 25: 643-53.

Gemeinsam auf dem Weg: Wie geht es weiter?

Gerlinde Dingerkus, Felix Grützner, Martina Kern

Das Feld ist bereit; die notwendigen Maßnahmen für eine Implementierung von Hospizkultur und Palliativversorgung im Pflegeheim sind beschrieben. Welches sind nun die nächsten Schritte auf Landesebene?

In Nordrhein-Westfalen gibt es zahlreiche Altenheime, die über eine gute und strukturierte Einbindung palliativer und hospizlicher Maßnahmen verfügen. Diese erfolgt teilweise durch interne Veränderungen, z. B. in Form von Weiterbildung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und teilweise in Form einer guten Kooperation mit Hospizdiensten. Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass es durchaus Häuser gibt, die sich jetzt erst auf den Weg machen und eventuell kleinerer oder größerer Hilfestellungen bedürfen.

Hier setzt unsere Arbeit an, die mit der großen landesweiten Veranstaltung am 21. Oktober 2014 einen sichtbaren Auftakt und Startpunkt erhält. Weitere dezentrale Veranstaltungen werden folgen: Diese sollen all jenen, die im Oktober nicht teilnehmen können, die entsprechenden Informationen zugänglich machen und gleichzeitig eine konkretere Kontaktaufnahme zu den regionalen Netzwerkpartnern ermöglichen.

Die großen Überschriften des für einen Zeitraum von mehreren Jahren konzipierten Projektes lauten dabei: Haltung – Qualifizierung – Vernetzung. Dahinter verbergen sich ganz konkrete Inhalte, Instrumente und Unterstützungsangebote, die den Altenheimen bei der Umsetzung von Hospizkultur und Palliativversorgung als Bausteine dienen sollen.



Mit der Bildung einer internen Projektgruppe, die bei den ALPHA-Stellen angesiedelt ist, werden die Handlungs- und Themenfelder, die es zu bearbeiten gilt, zunächst analysiert und strukturiert. Dabei orientieren wir uns an den Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) (Radbruch et al., 2011) für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Auf der Bundesebene stehen wir in engem Austausch mit der thematisch korrespondierenden Arbeitsgruppe des Charta-Prozesses, in dessen Rahmen zurzeit eine sogenannte ‚Nationale Strategie‘ zur Versorgung Sterbender ausgearbeitet wird.

Frau M., 82 Jahre:

„Ich habe eine Patientenverfügung und wo ich bin, sterbe ich.“

Haltung

Basis für eine gelingende Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Einrichtung ist eine Haltung, die das Sterben als Teil des Lebens anerkennt und wertschätzt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich mit dieser Haltung identifizieren, damit sie die Begleitung nicht nur als ‚von oben verordnet‘ sondern mit einer ihnen innewohnenden Überzeugung umsetzen. „Erst die Integration der Begrenztheit des Lebens und die

Partizipation aller Betroffenen sichert die Nachhaltigkeit der Hospizkultur“ (Lindemann et al., 2011). Uns ist dabei bewusst, dass mancherorts Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich bereits umfassend mit einer solchen Haltung auseinander gesetzt haben oder diese bereits in ihrer Arbeit leben.

In diesem Prozess spielt die Leitung der Einrichtung eine besondere Rolle. Nur wenn diese selbst von der Sache

überzeugt ist, kann ‚der Funke überspringen‘, kann ein Konzept zur hospizlichen und palliativen Versorgung mit Leben gefüllt und verstetigt werden.

Qualifizierung

Ein weiterer bedeutender Mosaikstein ist die Wissensvermittlung und Qualifizierung. Wir halten es für wichtig, dass in einer Pflegeeinrichtung jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin die für ihren Arbeitskontext relevanten Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung nicht nur erhält, sondern auch verinnerlichen kann. Dabei dürfen die Art der Tätigkeit, die Hierarchieebene oder die Stundenanteile keine Rolle spielen.

Die in der Pflege oder in analogen Bereichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Wissen und Kompetenzen im Bereich der Symptomerfassung und -behandlung, in der Kommunikation, im Umgang mit ethischen Fragen, zu den psychischen Prozessen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren Zugehörigen.

Auch die Mitarbeitenden aus der Verwaltung und der Hauswirtschaft, die vielleicht weniger häufig oder intensiv im Kontakt mit Bewohnerinnen, Bewohnern und Zugehörigen stehen, müssen Basiskompetenzen erwerben, um beispielsweise Gespräche mit Angehörigen führen zu können oder besondere Ernährungswünsche zu berücksichtigen.

In der Befähigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern soll es aus unserer Sicht nicht darum gehen, ‚das Rad neu zu erfinden‘. Es erscheint sinnvoll, bestehende Qualifizierungsmodelle und Curricula aus dem Bereich Fort- und Weiterbildung in Palliative Care an die spezifischen Gegebenheiten in Pflegeeinrichtungen anzupassen. Dabei sollen auch Qualifizierungsmodelle bzw. Modelle aus dem Bereich der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Demenz einbezogen werden, da sich hier Problemstellungen und Handlungsoptionen mit denen der Palliativversorgung berühren oder in einigen Bereichen überschneiden. Ziel wird es sein, Qualifizierungsangebote zu entwickeln, die in hohem Grade den Anforderungen in den Pflegeheimen entsprechen und die sich in Umfang und Anspruch in die bestehende Aus-, Fort- und Weiterbildungspraxis für Mitarbeitende in der Altenpflege inhaltlich wie zeitökonomisch optimiert einpassen.

Teil der Qualifizierungsmaßnahmen muss auch sein, die Kenntnisse im Bereich der

Herr F., 80 Jahre:

„Ich habe solche Angst, aber wenn ich jemanden brauche, ist keiner da!“



Dokumentation und Pflegeplanung stärker als bisher auf die hospizlich-palliative Versorgung auszurichten. Es versteht sich von selbst, dass hier auch einrichtungsübergreifende Faktoren eine bedeutende Rolle spielen wie beispielsweise Vorgaben und Prüfkriterien der Medizinischen Dienste.

Vernetzung

Altenhilfeeinrichtungen sind eingebettet in das in NRW gut ausgebaute System von ambulanter Hospizarbeit und Palliativversorgung. Kommen sie also an ihre Grenzen oder wünschen sie aus anderen Gründen Unterstützung, so können sie zurückgreifen sowohl auf ambulante Hospizdienste als auch auf Teams der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV).

In der Nutzung dieses ‚hospizlich-palliativen Netzes‘ beobachten wir allerdings sehr unterschiedliche Grade der Entwicklung. Manche Häuser kooperieren eng und stehen in regelmäßigem Kontakt mit den externen Versorgern. Hier gibt es vom organisch gewachsenen nicht festgeschriebenen Tun bis hin zu klar formulierten Kooperationsverträgen eine große Bandbreite des Miteinanders.

Andere Einrichtungen nutzen die externen Unterstützungsangebote bislang kaum oder überhaupt nicht. Dort kann dies zu einer tendenziell permanenten



Überforderung der Mitarbeitenden im Hinblick auf eine palliative Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner führen. Letztere sind es, die unter einer mangelnden Vernetzung zu leiden haben und z. B. vermeidbare Krankenhauseinweisungen über sich ergehen lassen müssen.

Hier sehen wir es als unsere Aufgabe an, die weitere Vernetzung zu unterstützen und zu fördern. Das soll u. a. mit regionalen Veranstaltungen geschehen, die als Plattform für eine wachsende Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und den hospizlich-palliativen Versorgern vor Ort fungieren können.

Konkrete Hilfe für die Arbeit in den Einrichtungen

Im Rahmen des NRW-Projektes erarbeitet die bei ALPHA angesiedelte Arbeitsgruppe unter Begleitung und Beratung von Expertinnen und Experten konkrete Hilfen. Zur Auftaktveranstaltung am 21. Oktober 2014 werden erste Ergebnisse vorliegen, die u. a. über die ALPHA-Internetseite zugänglich sein werden. Dazu gehört ein kompaktes Infoblatt ‚Leitfragen und Orientierungshilfen‘ zur Palliativversorgung in der Altenhilfe, das zur Bestandsanalyse der Umsetzung in der eigenen Einrichtung dienen kann.

Begleitende Materialien wie Informationsbroschüren, Handlungsempfehlungen, wichtige Adressen und Empfehlungen zur Befähigung der Mitarbeitenden werden in den kommenden Monaten kontinuierlich erarbeitet und können dann via Internet kostenfrei abgerufen werden.

Ein weiteres Ergebnis der Projektarbeit liegt ab diesem Herbst mit der Broschüre „Gemeinsam auf dem Weg“ vor, die sich an Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Zugehörige wendet. Sie kann von Pflegeheimen ausgelegt oder ausgegeben werden und informiert in einfacher Sprache über die wichtigsten Frage- und Problemstellungen in der letzten Lebensphase, von der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht über die Erklärung und Behandlung der häufigsten Symptome bis zur Darstellung des palliativen Netzes, das Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Zugehörige in dieser Zeit unterstützen kann.

Gerlinde Dingerkus, Dr. Felix Grützner, Martina Kern
Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung
alpha-nrw.de

Literatur

- DHPV** (2013): http://www.dhvp.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/Grundsatzpapier-stationaere-Altenpflege_DHPV-DGP.pdf
- Lindemann, D.; Wasner, M.; Straßer, B.; Hagen, T.** (2011): Christliche Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen des Projektes Christliche Hospiz- und Palliativkultur. Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. (Hg.)
- Nationale Strategie – Arbeitsgruppen:** <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/natsstrat-arbeitsgruppen.html>
- Radbruch, L. et al.** (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1 Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 12: 216–227.



Interne Projektgruppe: v. l. Gerlinde Dingerkus, Julia Bloech, Robert Rass, Martina Kern, Bianca Papendell, Felix Grützner (nicht im Bild: Andrea Gasper-Paetz)

Hospizkultur und Palliativversorgung im Pflegeheim eine Herausforderung

Martha Wiggermann

Seit 2007 haben schwerkranke Menschen bei entsprechender Indikation – auch im Pflegeheim – einen Rechtsanspruch auf Spezialisierte ambulante Palliativpflege (SAPV). Auf der anderen Seite sind Pflegeheime laut Rahmenvereinbarung (§ 75 SGB XI) verpflichtet, die Pflegeleistungen im Sinne ‚aktivierender Pflege‘ nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu erbringen. Dies geschieht mit dem Ziel, die Pflegebedürftigkeit zu mindern oder einer Verschlimmerung sowie der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorzubeugen. Ein Widerspruch? Zwar erscheint eine Anpassung der Rahmenvereinbarung geboten, aber unabhängig davon gilt als ‚State of the Art‘, Menschen, die an einer unheilbaren, progredienten (fortschreitenden) Erkrankung in einem weit fortgeschrittenen Stadium leiden, palliativ zu versorgen.

Ziel der Palliativversorgung (Palliative Care) ist es, durch Vorbeugung und Linderung die körperlichen Beschwerden und das damit verbundene psychische, soziale, seelische und spirituelle Leid zu minimieren (Symptomkontrolle). Die Wünsche und Bedürfnisse

der Bewohnerin und des Bewohners und ihrer Angehörigen stehen dabei im Mittelpunkt (hospizliche Grundhaltung). Es gilt der Grundsatz ‚Lebensqualität vor Lebensquantität‘ und das bedeutet: Wir tun nicht alles, was medizinisch und pflegerisch möglich ist, um das Leben zu verlängern, aber wir tun alles, was möglich ist, um die Lebensqualität – aus der Sicht des Betroffenen – zu erhalten.

Die Herausforderung für Pflegeheime

Untersuchungen zeigen, dass ca. ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner im ersten Halbjahr nach Heimaufnahme sterben – Tendenz steigend (Deutscher Bundestag, 2006). Es ist anzunehmen, dass ein – vielleicht nicht unerheblicher – Anteil dieser Bewohnerinnen und Bewohner durch symptomlindernde Pflege/Versorgung in hohem Maße Lebensqualität gewinnen und ein würdigeres Sterben ermöglicht würde. Aber auch für viele der Be-

wohnerinnen und Bewohner, die Monate oder Jahre im Pflegeheim leben, ist zu einem individuell zu bestimmenden Zeitpunkt eine Pflege-/Versorgungszieländerung im Sinne der palliativen Versorgung wahrscheinlich angemessen. Es stellt sich also zum einen die Frage:

„Wie kann in einem Pflegeheim sichergestellt werden, dass bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern der individuelle Bedarf an symptomlindernder Pflege und Versorgung (Palliativversorgung) festgestellt wird?“



Martha Wiggermann

Frau E., 92 Jahre

„Ich bin die letzte von meinen Geschwistern und leider kinderlos geblieben. Meine Nichte ist für mich da. Dafür bin ich ihr dankbar.“

Und zum anderen ist zu regeln, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner – bei entsprechender Indikation – auf Wunsch nach diesem besonderen Konzept gepflegt und betreut werden.

Dass dieser individuelle Anspruch der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären

Pflegeeinrichtungen noch nicht regelhaft flächendeckend umgesetzt wird, dokumentieren leider Erfahrungsberichte: Sie machen deutlich, wie fehlende Achtsamkeit für die Wünsche und Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, fehlendes Wissen über symptomlindernde Pflege und/oder unreflektiertes, routiniertes Pflegehandeln die individuellen Bedürfnisse Sterbender ignorieren, Lebensqualität (z. B. angemessene Schmerzlinderung) verhindern und die begleitenden Angehörigen unbeachtet lassen. Erfreulicherweise gibt es aber ebenso Erfahrungsberichte, die beschreiben wie empathisches professionelles Handeln Lebensqualität fördert und Angehörige entlastet.

Eine Umfrage in den katholischen Pflegeheimen im Erzbistum Köln (an der sich 60 Heime beteiligt haben) hat ergeben, dass in 75 % der Einrichtungen

Herr Sch., 79 Jahre:

„Es ist alles geklärt und gesagt. Die Beerdigung ist schon lange bezahlt. Ich mache meinen Kindern keine Arbeit. Ich komme zu meiner Frau.“

Palliative Care als Versorgungsansatz im Leitbild verankert ist und in 45 der 60 Heime weitergebildete Pflegefachkräfte (im

Durchschnitt 3,7) arbeiten. Zwei Drittel der Heime haben in den letzten zwei Jahren hausintern Fortbildungen zum Thema ‚Hospizliche Haltung‘ durchgeführt und kooperieren mit einem örtlichen Hospizverein. 80% gaben an, dass die Begleitung der Angehörigen sterbender Bewohnerinnen und Bewohner im Konzept der Angehörigenarbeit besonders bedacht ist und fast 90% haben eine konzeptionell verankerte Verabschiedungskultur. Diese Zahlen können sicher als Beleg dafür dienen, dass sich viele Heime deutlich auf den Weg gemacht haben, Sterben im Heim nicht mehr zu tabuisieren.

Grundhaltungen in der Einrichtung

Der Mensch darf sterben! Diesen Satz zu akzeptieren, kommt – wider besseren Wissens – für viele Pflegende und Mediziner einem Versagen gleich. Haben sie doch gelernt, Krankheiten zu heilen oder so zu beeinflussen, dass Menschen gut mit ihnen leben können. Daher ist es wichtig, dass das Sterben bewusst wahrgenommen und ‚erlaubt‘ wird. Nur dann können Sterbende gut begleitet werden und es kann die Qualität im Leben (jetzt und hier) in den Mittelpunkt des Handelns treten. Das Recht auf Selbstbestimmung heißt in diesem Kontext: Wir orientieren unser Handeln konsequent an den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner und bieten all unser Wissen und Können (individuelle Beratung) an, damit die Bewohnerin, der Bewohner, die Angehörigen entscheiden können, was jetzt im Augenblick für sie Priorität haben soll. Ganzheitlichkeit – wir beziehen den Auftrag der Verbesserung von Lebensqualität durch Symptomkontrolle nicht nur auf die körperlichen Aspekte des Daseins, sondern gleichwertig auch auf die psychischen, die seelischen/spirituellen und sozialen Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Dieses Wissen und Verstehen der Ganzheitlichkeit des Menschen verpflichtet uns zur Multiprofessionalität. Hier sind neben der Kooperation zwischen Pflege und Arzt, die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeitern, Hospizvereinen, Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen, Trauerberaterinnen und Trauerberatern etc. – je nach Situation und Wünschen des Betroffenen – wichtig. Palliative Care versteht sich als ein Begleitkonzept, welches Angehörige einbindet und ihnen auch Unterstützung anbietet. Eindeutiger ist es, von Zugehörigenarbeit zu sprechen, weil es hier um all die Menschen geht, die den Sterbenden nahe und wichtig sind.



Damit diese Grundhaltungen im Pflegeheim auch gelebt werden können, muss der Träger hospizliche Begleitung und palliative Pflege/Versorgung im Leitbild als Auftrag für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Versprechen für die Bewohnerinnen und Bewohner verankern. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Basiswissen in hospizlicher Haltung und müssen sensibilisiert sein für die besondere Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter benötigen darüber hinaus zusätzlich Wissen in symptomlindernder Pflege und Begleitung. Auf der strukturellen Ebene müssen neben der Pflege auch

Frau R., 87 Jahre

„Ich lasse mich überraschen.“

alle anderen Bereiche der Einrichtung (insbesondere Soziale Betreuung, Seelsorge und Hauswirtschaft) in das palliative Versorgungskonzept eingebunden sein. Die Mitarbeit im regionalen Netzwerk und insbesondere die Kooperation mit dem ambulanten Hospizverein sind verbindlich zu regeln. Im Arbeitsalltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird die individuelle Festlegung des Zeitpunktes für einen Pflege- und Therapiezielwechsel immer eine Herausforderung bleiben. Regelmäßige (möglichst multiprofessionelle und ggf. auch ethische) Fallbesprechungen und Supervision – insbesondere für die Pflegenden – sollten selbstverständlich werden.

Frau V., 82 Jahre:

„Die 3. Heimat ist im Himmel und meine Mutter hält mir oben schon einen Platz frei.“

Mit der Broschüre ‚Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen‘ will das Land NRW laut Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) im Vorwort ‚den Umsetzungsprozess zur Implementierung der Versorgungsangebote der Hospizarbeit / Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in NRW aktiv begleiten und unterstützen‘ (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014). Allen Beteiligten ist klar, dass die Bereitstellung dieser Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Palliativversorgung nicht zum Nulltarif geht. „Die hier vorgelegte Konzeption sollte bei den Vergütungsverhandlungen der Vertragsparteien angemessene Berücksichtigung finden“ (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014). Es ist zu wünschen, dass auch die Kostenträger die Umsetzung der Hospizkultur und Palliativversorgung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe nicht nur ideell begleiten.

Martha Wiggermann

Referentin für Hospizarbeit und Palliativversorgung
 Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
 Bereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe
 Abteilung Altenhilfe
 Georgstr. 7 · 50676 Köln
 Tel.: 02 21 - 20 10 -3 25
 Fax: 02 21 - 20 10 -3 34
 martha.wiggermann@caritasnet.de

Literatur

Deutscher Bundestag (2006): Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission „Alter und Gesellschaft“, 3. Altenbericht, BT-Drs.14 – 5130.pdf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis, Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis, S. 21, Düsseldorf

Eigengesetzlichkeiten der stationären Altenhilfe verstehen

Julia Bloech



Julia Bloech

In dem Artikel sollen die Heimkonzepte der stationären Altenhilfe in Deutschland in ihrer Entwicklungsgeschichte schlaglichtartig umrissen werden. Die Darstellung zweier großer aufeinanderfolgender Phasen soll es den Leserinnen und Lesern erleichtern, gewachsene Eigengesetzlichkeiten und Handlungsspielräume der stationären Altenhilfe zu verstehen und

für den eigenen Umgang mit Alten- und Pflegeheimen nutzbar zu machen. Neben der historischen stark komprimierten Rekonstruktion sollen zudem einige organisationstheoretische Impulse einen Einblick in das gesellschaftliche Verständnis der Institution Alten- und Pflegeheim im Wandel geben. Auch diese Zugänge sollen prägnante – vielleicht auch irritierende Eigengesetzlichkeiten von Pflegeeinrichtungen verständlich machen.

Organisationsgeschichte der Institution Alten- und Pflegeheim von der frühchristlichen Zeit bis zum 2. Weltkrieg

Historisch betrachtet waren Alten- und Pflegeheime in ihrer längsten Vergangenheit äußerst passive und träge Gebilde, die sich nur schwerfällig weiterentwickelt haben. Unterstützung für pflegebedürftige, auf fremde Hilfe angewiesene alte Menschen findet in der Vergangenheit in Armen- und Siechenhäusern und gegenwärtig in Alten- und Pflegeheimen statt.

Es muss uns bewusst sein, dass die Versorgung alter Menschen über viele Jahrhunderte nicht auf der Bearbeitung spezifischer Problemlagen alter Menschen oder Wertschätzung beruht, sondern auf der zusammenfassenden Versorgung aller bedürftiger Personengruppen (vom Bettler bis zum Geisteskranken) gründet, die nicht erwerbstätig

sein konnten. Das Alter war also keine Rechtfertigung für besondere Leistungsansprüche oder Fürsorge. Das gilt z. B. auch für die Zeit der Reformation: „(...) obwohl den Insassen ärztliche Hilfe zugesichert ist, werden nicht selten viel mehr Arzneien für Pferde und Rindvieh eingekauft als für die Menschen“ (Borscheid, 1987).

Organisationstheoretische Impulse zur Entwicklung der frühen stationären Versorgung

Das Konzept der frühen Versorgung in Heimen baut auf Ausgrenzung, Verwahrung und Disziplinierung auf. Ein Beispiel aus der Zeit der Aufklärung dokumentiert den Umgang durch Aussonderung: „Das Zuchthaus des frühen 18. Jahrhunderts ist Unterbringungsort für alle, die die Gemeinschaft in ihren Reihen nicht halten zu können glaubte – ungesondert Kranke, Geistesschwache, Waisen, Rechtsbrecher, Dirnen und hinfällige Alte (Lohmann, 1970).“

Auch in der Zeit der Industrialisierung wird zusammengefasst und verwahrt. Bis zu 300 Personen mit unterschiedlichsten Vorgeschichten und Krankheitsbildern werden in den zentralisierten Fürsorgeanstalten untergebracht. Bezogen auf das damalige Verständnis von Versorgung müssen wir auch heute noch davon ausgehen, dass zumindest Bruchstücke der frühen Handhabungen – heute vor allem als Konfliktfelder wahrnehmbar – die Zeiten überdauert haben (Beispiel: Ausgrenzung von demenziell erkrankten Menschen in Einrichtungen).

Frau A., 87 Jahre

„Wenn Gott mich zu sich holen will, dann nehme ich das hin. Ich habe so viele schöne Sachen erlebt und hadere nicht mit meinem Schicksal.“

In der Menschen zunächst ausschließenden und dann langfristig anpassend-normalisierenden Entwicklung liegt aber auch die Wurzel eines gesellschaftlichen Zivilisierungsprozesses, von dem die alten Men-

schen langfristig profitieren (Habermas, 1981). Es zeigt sich, dass die alten Menschen irgendwann als eigenständige Bedarfsgruppe mit Bedürfnissen und Rechten wahrgenommen werden. Dies ist jedoch ein langer Weg.

Organisationsgeschichte der Institution Alten- und Pflegeheim von 1945 bis zur Gegenwart

Während der Naziherrschaft reduzieren sich die Überlebenschancen stationär versorgter alter Menschen rapide. Ein Teil der Anstalten geht 1943 dazu über, Alterskranke umfassend in Tötungsanstalten zu verlegen und dort zu vernichten. Reduzierung des Heizmaterials, Unterbringung in Massen-Unterkünften oder Verhungern-Lassen gehören zu üblichen Unterlassungen gegenüber alten und bedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Ein Krankenseelsorger aus Weilmünster berichtet von den Folgen der Hungerkost: „Sie bekamen nur Gemüse, sind auf den Stationen weithin eingegangen, hatten dauernd Durchfall. Die Wäsche reicht nicht mehr, die Betten waren durchgefaut, die Matratzen. Da die Betten durchgefaut waren, lagen die Sterbenden in Badewannen im Wasser (...), das Wasser grüngefärbt und mit Kot. Sie waren nur noch Haut und Knochen, Haut und Knochen (Klee, 1983)“. Es ist unter den gegebenen Umständen unmöglich, die Zahlen zu nennen, wie viele Menschen, insbesondere ältere Menschen, der Euthanasie zum Opfer fallen, da sich die Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten verheerend verschlechtern. Klar ist nur, dass dies „der historische Tiefpunkt der abendländischen Altenpolitik“ ist (Kondratowitz, 1988; Heinzelmann, 2004).

Das Ende des Krieges und die Umstellung der Einrichtungen auf wissenschaftliche Deutungsmuster (Medikalisierung, Altersforschung, Gerontologisierung) sowie der Einfluss gesellschaftlicher Diskurse auf die stationäre Altenhilfe führen zu Heimsanierungen, modernen Neubauten, Qualifizierung des Heimpersonals etc. Diese erste Öffnung ebnet ebenfalls der Hospizbewegung einen schrittweisen Zugang in das Feld. Das Tempo der Entwicklungs- und Wandlungsfähigkeit der Alten- und Pflegeheime nach dem 2. Weltkrieg ist dabei außerordentlich hoch, wenn man sie in einen größeren historisch-

Frau G., 83 Jahre

„Ach, wissen Sie, mein Sohn ist vor 30 Jahren gestorben, seit fünf Jahren bin ich Witwe, was habe ich zu verlieren? Ich hoffe nur, dass ich nicht so leiden muss wie mein Mann damals! Das war schlimm.“



gesellschaftlichen Kontext stellt. Zuerst transformieren sozialpolitische Reformen (vertrauensbildender Rechtsanspruch auf Hilfe, öffentliche Aufwertung der Altenfürsorge, Verabschiedung des Heimgesetzes) die überholten Strukturen der Anstalten. Danach werden alte Menschen als eigenständige Gesellschaftsgruppe identifiziert und abgesichert. Eine Gesamtschau macht deutlich, dass es den gegenwärtigen Einrichtungen möglich war, sich von ihrem traditionellen Anstaltscharakter zu lösen.

Organisationstheoretische Impulse zur aktuellen Entwicklung der stationären Versorgung

Die Alten- und Pflegeheime werden im Laufe der Zeit manageriell, das Arbeitspensum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird immer weiter beschleunigt und die soziale Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner verlangsamt sich zugleich im Alter immer weiter. Nach einer Zeit quantitativer und qualitativer Verbesserungen folgt ein qualitativer Abstieg in der stationären Versorgung. Die aktuelle organisationstheoretische Darstellung zeigt, dass es durch die Ausgestaltung des Pflegeversicherungsrechtes und gesellschaftliche Neuorientierungen zu Mängeln in der Steuerungslogik der Alten- und Pflegeheime kommt.

Andererseits zeigt sich, dass immer mehr Träger und Einrichtungsleitungen bereit sind, eine ‚Hospizkultur‘ für ihre Alten- und Pflegeheime zu entwickeln und eine palliative Versorgung sicherzustellen. Hierfür ist es notwendig, dass in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe professionsübergreifende Kooperationsstrukturen verankert werden. Die

Eheleute K., 88 und 89 Jahre

„Wir sind nun seit 59 Jahren verheiratet. Wir können es uns gar nicht vorstellen, uns nicht mehr zu haben. Wie sollen wir das aushalten, wenn einer von uns nicht mehr ist?“

Enquête-Kommission des Landtages NRW stellte bereits 2005 entsprechend fest, dass eine bedürfnisorientierte Unterstützung nur möglich ist, „wenn die Pflegekräfte zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialen Dienste, Ärzten, Seelsorgern, Angehörigen und Ehrenamtlichen entsprechende Abläufe und Verfahren sorgfältig und systematisch vorbereiten (Enquete-Kommission des Landtages Nordrhein-Westfalen, 2005)“. Damit handelt es sich bei der Einführung der Sterbebegleitung auch um eine lohnenswerte und bedeutende Organisationsentwicklung.

Dr. Julia Bloech
Hospizkreis Löhne e.V.
Lange Straße 16
32584 Löhne
bloech@hospizkreis-loehne.de

Literatur

- Borscheid, P.** (1987): Geschichte des Alters. 16.-18. Jahrhundert. 2. Aufl. Coppenrath Verlag. Münster, S. 437, S. 423
- Enquête-Kommission des Landtages Nordrhein-Westfalen** (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. 1. Auflage. Düsseldorf, S. 205
- Habermas, J.** (1981): Die Theorie kommunikativen Handelns. Suhrkamp Verlag. Frankfurt a. M., Band 2
- Klee, E.** (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens.“ Fischer Verlag. Frankfurt a.M., S. 427
- Kondratowitz, H.-J. v. 1988, zit. nach Heinzelmann, M.** (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Diss. Göttingen, S. 23
- Lohmann, S.** (1970): Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge. Vincentz Verlag. Hannover, S. 20

Frau M., 89 Jahre, seit langem bettlägerig

„Ach, ich möchte nach Hause.“
„Wo ist Ihr Zuhause?“
„In Obernbauernschaft.“
„Was möchten Sie da machen?“
„Ich bin alt und dann ist man mit der Welt fertig.“
„Sie möchten zu Hause die Augen friedlich schließen?“
„Ja.“
Sie lächelt mich an, hält meine Hand und sieht zufrieden aus.

Veranstaltungen

Hamm **28.10.2014**
2. Fachtagung des Arbeitskreises
Seelsorge NRW
'Das Zeitliche segnen'
ALPHA & HPV NRW
Tel.: 02 51 - 23 08 48
www.alpha-nrw.de

Engelskirchen **03.11.-07.11.2014**
„Sterbende begleiten lernen“ –
Kursleiterschulung für die
Erwachsenenhospizarbeit
Malteser Akademie
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
malteser.akademie@malteser.org
www.malteser-akademie.de

Stuttgart **05.11.-06.11.2014**
Intensiv-Workshop: Ethik-Leitlinien
als Instrument der Praxis erfahren und
entwickeln
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie
Tel.: 07 11 - 2 37 41 53
info@hospiz-stuttgart.de
www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.eu

Essen Zeche Zollverein **15.11.2014**
Ökonomien des Sterbens
Gemeinsame Veranstaltung von:
OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V.,
BioSkop-Forum zur Beobachtung der
Biowissenschaften, Bildungswerk der
Humanistischen Union NRW e.V.
Omega – Mit dem Sterben Leben e.V.
Tel.: 02 09 - 91 328 22
info@omega-ev.de
www.omega-ev.de

Paderborn **18.11.2014**
Krisenintervention in der Hospiz- und
Palliativpflege – Was tun im Notfall?!
IN VIA Akademie
Tel.: 0 52 51 - 29 08 38
info@invia-akademie.de
www.caritas-akademien.de

Engelskirchen **01.12.-02.12.2014**
Einführung Qualitätsmanagement in der
Hospiz- und Palliativarbeit
Malteser Akademie
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
malteser.akademie@malteser.org
www.malteser-akademie.de

Bonn **01.12.-03.12.2014**
Palliative Care in Altenpflegeeinrichtungen
Führungskompetenz für Heimleitungen
Aufbaumodul
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

Coesfeld **05.12.-06.12.2014**
Sterbebegleitung bei Demenz
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
info@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

Hamburg **12.12.-13.12.2014**
Kinder in ihrer Trauer verstehen und
begleiten. Basisqualifikation
Kindertrauerbegleitung
Kinderhospiz Sternenbrücke
Tel.: 0 40 - 81 99 12 42
m.vinaspradells@sternenbruecke.de
www.sternenbruecke.de



ALPHA-Rheinland

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

