

Sorgekultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen

NETZWERK PALLIATIVE GERIATRIE BERLIN

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/UNIONHILFSWERK
IFF Wien Palliative Care und Organisationsethik/Universität Klagenfurt
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Dirk Müller, Klaus Wegleitner, Katharina Heimerl



Impressum

Herausgeber

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) der Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gem. GmbH

Koordination

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/UNIONHILFSWERK

Wissenschaftliche Beratung

Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF Wien)

Institut Palliative Care und Organisationsethik, Alpen-Adria Universität Klagenfurt

AutorInnen

Dirk Müller | Klaus Wegleitner | Katharina Heimerl

Stand

Dezember 2012

Satz und Layout

HP Haeberlin

Bildrechte

KPG

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Ansprechpartner

Dirk Müller MAS (Palliative Care)

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/UNIONHILFSWERK

Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

Richard-Sorge-Str. 21A, 10249 Berlin

Tel. 030/42265833 | Fax 030/42265835

dirk.mueller@unionhilfswerk.de

www.palliative-geriatrie.de

„Hospizarbeit und Palliativversorgung sind gesetzlich verankerte Aufgaben von Pflegeeinrichtungen, die nur in gleichberechtigter Kooperation zahlreicher Professionen bewältigt werden können. Eine angemessene medizinische Versorgung macht dabei die intensive Zusammenarbeit mit Hausärzten und -ärztinnen erforderlich, des Weiteren müssen entsprechende kommunale Versorgungsstrukturen einbezogen werden.“ (DHPV, DGP 2012: 7)

„Die Versorgung von Menschen am Lebensende führt nicht nur zur Aufgabe, die Voraussetzungen für ein ‚würdiges Sterben‘ zu schaffen. Hospizarbeit und Palliativversorgung lassen sich auch und vor allem vom Ziel leiten, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen bei der Auseinandersetzung mit der Verletzlichkeit, der Endlichkeit und der Vergänglichkeit der menschlichen Existenz zu helfen und ein würdiges Leben im Vorfeld des Todes zu ermöglichen.“ (DHPV, DGP 2012: 4)

Einführung

Palliative Geriatrie heißt, alten Menschen ein würdiges und beschwerdearmes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. In Berlin werden derzeit auf unterschiedlichen Ebenen vielfältige Maßnahmen zur Entwicklung der Palliativen Geriatrie in allen Versorgungsbereichen umgesetzt.

Seit 2004 arbeiten zudem haupt- und ehrenamtlich tätige Menschen im Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) an diesem Thema. Mit unkonventionellen Lösungen, Projekten und Initiativen entwickeln sie ein Bewusstsein für eine neue Altenpflegekultur.

Die Vielfalt der neuen positiven Erfahrungen teilt die Initiative des KPG mittlerweile mit einigen Berliner Pflegeheimen. 2011 gründeten diese gemeinsam das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin. Oberstes Ziel dieses Netzwerks ist, dass der Alltag für Menschen am Lebensende normal und selbstbestimmt bleibt - wie das bisher gelebte Leben. Das beschreibt eine neue Qualität. Eine Qualität der Haltung und der beruflichen Kompetenz.

Die Auseinandersetzung mit der Palliativen Geriatrie erfordert die Bereitschaft, neu zu denken und zu handeln, besonders in etablierten Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Es gilt, mit Mut und Empathie eine bewusste Sorgeskultur zu gestalten und somit die Haltung für ein Miteinander zu stärken. Das Netzwerk bietet gute Möglichkeiten, sich anzuregen und auszutauschen.

Veränderung beginnt bei uns selbst! Gleichwohl braucht es die Mitwirkung aller an der Betreuung alter Menschen Beteiligten. Das sind neben Pflegenden, ÄrztInnen und TherapeutInnen auch die Angehörigen und Nahestehenden sowie ehrenamtliche MitarbeiterInnen und das nachbarschaftliche Umfeld der Pflegeheime.

Diese Handreichung soll Ihnen die vielfältigen Aspekte in der Einführung einer hospizlich-palliativen Kultur im Pflegeheim aufzeigen und die bisherige Netzwerkarbeit vorstellen. Das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin wird sich stetig erweitern.

Sie sind eingeladen, sich hieran aktiv zu beteiligen!

Palliative Kultur im Pflegeheim

„Jeder Dienst am Menschen braucht eine Dienstleistung an der Organisation.“ (Andreas Heller 1994)

Pflegeheime als Lebensorte bis zuletzt und Würde wahrende Sterbeorte

Die Menschen leben immer länger, werden immer älter und erkranken immer häufiger an Demenz. Die Folgen davon spüren nicht nur die Betroffenen selbst, die hochbetagten Menschen und ihre Bezugspersonen, sondern auch die vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Pflegeheime stellen immer häufiger das letzte Zuhause für ihre BewohnerInnen dar, sie entwickeln sich zu gesellschaftlichen Orten des Sterbens (vgl. Streckeisen 2001, Salis Gross 2005, Pleschberger 2005). Daher müssen Pflegeheime sich in ihrer Qualität in zwischen an der Frage messen lassen: Ist dies ein Ort, wo hochbetagte Menschen gut bis zuletzt leben und in Würde sterben können?

In den letzten Jahren haben sich Verbände und Träger der Altenhilfe, Hospizarbeit und Palliative Care sowie WissenschaftlerInnen und PolitikerInnen vermehrt der Aufgabe gewidmet, die Begleitung, Betreuung und Unterstützung von schwerkranken und hochbetagten Menschen am Lebensende an einer hospizlich-palliativen Versorgungskultur auszurichten. Vieles ist hierbei bereits gelungen. Um Hospizkultur und Palliative Care allen Menschen zugänglich zu machen, die es unabhängig vom letzten Lebensort brauchen, ist aber noch ein weiter Weg zu beschreiten.

Es geht um die Fragen:

- Wie lässt sich zukünftig das Lebensende gestalten, wenn immer mehr Menschen hochbetagt und an Demenz erkrankt sind?
- Wie sollen diesbezüglich die Einrichtungen, Betreuungs- und Wohnformen gestaltet sein?
- Welche Rolle spielen Hospizidee und Palliative Care in der Betreuung hochbetagter sterbender Menschen?
- Welche Hilfekultur ist zu entwickeln, um den Menschen ein Sterben in Würde im Pflegeheim, ihrem letzten Zuhause, zu ermöglichen?

Sorge für Hochbetagte im Pflegeheim: Spannungsfeld von Leben und Tod

„Alte Menschen haben eindeutig besondere Bedürfnisse, weil ihre Probleme anders und oft komplexer sind als die junger Menschen.“ (WHO 2004: 14)

Wer sind die BewohnerInnen?

BewohnerInnen in Berliner Pflegeeinrichtungen sind beim Einzug durchschnittlich 83,3 Jahre alt und zumeist mehrfach erkrankt. Die Hälfte der Frauen und Männer ist von einer Demenz betroffen; diese Gruppe wächst am stärksten an. Die Menschen kommen später ins Pflegeheim und ihre Verweildauer reduziert sich. Durchschnittlich zwei Drittel aller BewohnerInnen versterben im Pflegeheim, ein Drittel verstirbt im Krankenhaus (vgl. Müller 2011: 34f; Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin 2008: 15). Im Durchschnitt leiden BewohnerInnen an Krankheiten aus 4,6 Diagnoseklassen (Lindena, Woskanjan und Müller 2011).

Was brauchen die BewohnerInnen?

„Palliative Care für Hochbetagte erfordert Lebensbegleitung bis zuletzt.“ (Marina Kojer, Katharina Heimerl 2010: 89)

Hochbetagte brauchen eine kontinuierliche medizinisch-pflegerische Betreuung. Diese gestaltet sich häufig komplex und fachlich anspruchsvoll. Etwa ein Drittel der BewohnerInnen benötigt eine spezifische Palliativbetreuung (Lindena, Woskanjan und Müller 2011). Alle Menschen brauchen eine menschenwürdige hospizliche Lebensbegleitung bis zuletzt.

Was bedeutet „Palliativbedürftigkeit“ bei Hochbetagten?

„Nicht die Todesnähe, sondern die über einen variablen Zeitraum bestehende spezifische Behandlungs- bzw. ‚Care‘-bedürftigkeit bei weit fortgeschrittener Multimorbidität und/oder Demenz und ihre belastenden Folgen (körperlich, seelisch, sozial, spirituell).“ (Marina Kojer, Katharina Heimerl 2010: 89)

Für BewohnerInnen sind alltägliche Sinnstiftung, soziale Kontakte und Beziehungen pflegen, ihre Selbstbestimmung erhalten, ihre Intim- und Privatsphäre wahren, sich heimisch und sicher fühlen und im Austausch sein jene Bedürfnisse, die Lebensqualität und Würde ausmachen (vgl. Schenk 2010). Es ist Aufgabe der Pflegeheime, die Männer und Frauen mit ihren Bedürfnissen bis zuletzt in den Mittelpunkt einer umfassenden Sorgeskultur zu stellen.

Betroffenenorientierung braucht MitarbeiterInnenorientierung

„Der Alltag ist so zu gestalten, dass sich sowohl BewohnerInnen als auch MitarbeiterInnen wohlfühlen.“ (Dirk Müller 2011: 177)

Die Gleichzeitigkeit von Lebens- und Sterbebegleitung leben

Die Anforderungen an MitarbeiterInnen im Pflegeheim sind groß. Unter schwierigen ökonomischen und personellen Rahmenbedingungen sind pflegerische Kompetenz, Empathie, psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten, Teamarbeit sowie Organisations- und Kooperations-talent gefordert, um Betroffenenorientierung zu ermöglichen. Bis vor wenigen Jahren waren MitarbeiterInnen in der vollstationären Altenpflege auf die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit vorbereitet. Heute sind sie zunehmend damit konfrontiert, sterbende Menschen zu betreuen und zu begleiten. Abschied und Trauer sind tägliche Realität.

Für die Sorgenden Sorge tragen als Aufgabe der Organisation

Es gilt, Sorge dafür zu tragen, dass auch die Sorgenden, die MitarbeiterInnen, Zeit und Raum haben, um innezuhalten und sich kollegial zu beraten, um in schwierigen Situationen Unterstützung zu erfahren; sich von verstorbenen BewohnerInnen verabschieden und trauern zu können. Dies ist eine Kernaufgabe, die ein Träger, ein Pflegeheim, wahrnehmen muss, um Betroffenenorientierung zu ermöglichen.

Sorgefreundliche Rahmenbedingungen schaffen

Diese für die MitarbeiterInnen wichtigen Rahmenbedingungen ergeben sich nicht von alleine. Es braucht die Aufmerksamkeit und den Willen der Leitung, das Personal in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten zu fördern, adäquate Besprechungsstrukturen zu etablieren, Hilferessourcen anzubieten und die Anliegen und Sorgen der MitarbeiterInnen ernst zu nehmen. Gemeinsam sich den Fragen zu widmen, was es braucht, um auch in der letzten Lebensphase, im Sterben und danach, die BewohnerInnen würdevoll zu begleiten, was sich bereits bewährt hat und was noch zu entwickeln ist, stellt eine weitere wichtige Ressource der MitarbeiterInnenorientierung dar und kommt schließlich den BewohnerInnen und Nahestehenden zugute.

Hospizidee. Palliative Care. Palliative Geriatrie.

„Die Schwachen und Kranken zu schützen, ist die Würde der Gesunden.“ (Klaus Dörner 2003)

Gastfreundschaft leben

Einladend für die Schwachen und Kranken unserer Gesellschaft da zu sein, die Betroffenen mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen, dafür steht die Hospizidee. Mit dem 1967 eröffneten St. Christophers Hospice in London wurde von der britischen Ärztin, Pflegekraft und Sozialarbeiterin Cicely Saunders ein Ort geschaffen, von dem aus sich diese Idee als soziale Bewegung in den letzten Jahrzehnten weltweit verbreitet hat. Mit dem Ziel, ein Sterben in Würde, und damit ein gutes Leben bis zuletzt, in mitmenschlicher Sorge und Solidarität zu ermöglichen.

Palliative Care als Philosophie und Sorgekonzept

Palliative Care ist aus der Hospizbewegung gewachsen. Es stellt das konzeptionelle, von der Weltgesundheitsorganisation definitorisch gefasste Dach der internationalen Bestrebungen, Menschen in ihrer letzten Lebensphase mitmenschlich zu begleiten, dar. Palliative Care versteht sich gleichermaßen als Philosophie und Sorgekonzept, mit dem Ziel, unter Berücksichtigung der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen Leiden zu lindern und höchstmögliche Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen zu gewährleisten.

Sorgeethik und palliativ-hospizliche Haltung

Palliative Care geht weit über das herkömmliche Verständnis von „Versorgung“ hinaus. Es beschreibt eine Sorgeskultur, für die Beziehungen und Bezogenheit zwischen Betroffenen und Helfenden relevant sind, für die eine empathische, zuhörende und achtsame Haltung Voraussetzung ist, in der das Handeln im Wissen um die wechselseitige Ergänzungsbedürftigkeit stattfindet, und in der Denken, Fühlen und Handeln einander ergänzen (Conradi 2001).

Palliative Geriatrie

Pflegeheime können die Hospizkultur und Palliative Care gezielt auf die Bedürfnisse der hier lebenden und arbeitenden Menschen übersetzen. Dies geschieht durch einen Betreuungsansatz, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint und sich immer mehr zugunsten palliativer Angebote verschiebt. Dieser Ansatz wird häufig mit Palliativer Geriatrie beschrieben (Müller 2012).

Was zeichnet palliative Kultur aus?

„(...) eine Kultur des Sterbens (...) ist immer eine Organisationskultur. Es braucht eine doppelte Aufmerksamkeit, um menschenwürdigeres Sterben zu ermöglichen, für die Betroffenen, die Helfenden und für die Rahmenbedingungen und Umstände.“ (Andreas Heller 2000: 14)

Als Personen und als Organisation lernen

Die Umsetzung von Palliativer Geriatrie im Pflegeheim erfordert, dass zum einen die MitarbeiterInnen ihre Kompetenzen erweitern, zum anderen aber die Organisation in ihrer Gesamtheit ihre Strukturen, Abläufe und Kommunikationen am hospizlich-palliativen Selbstverständnis ausrichten muss. Die Bereitschaft der gesamten Organisation zu lernen und sich zu verändern ist die Voraussetzung palliativer Kultur.

Kultur, Wissen und Haltung

Diese beinhalten die Förderung einer empathischen-mitmenschlichen Haltung, von spezifischem Wissen und fachlichen Fähigkeiten, insbesondere aber von einem gemeinsamen Sorgeselbstverständnis, welches sich am Leitgedanken der Würde orientiert. Für die Pflegeheime bedeutet das, sich für diesen erforderlichen Prozess der Kulturentwicklung zu entscheiden, ihn umzusetzen und fortwährend zu pflegen. Ziel ist, in allen Bereichen Kompetenz und Kultur zu verankern, die es ermöglichen, Sterbende und deren Nahestehende gut, d.h. fachlich und menschlich, zu begleiten. Das erfordert die Verbindung von palliativer Haltung, Fachlichkeit und sozialer Bezugnahme.

Kulturarbeit ist Teamarbeit

Eine der Grundvoraussetzungen für die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care in Organisationen ist, dass hieran nicht nur eine Berufsgruppe, z.B. die Pflegenden, beteiligt ist. Vielmehr sind die vielfältigen Bedürfnisse der Betroffenen der Anlass, sich als interdisziplinäres Team zu begreifen, um Veränderungen gemeinsam zu gestalten. Die „Orchestrierung des Lebensendes“ (Loewy/Springer-Loewy 2000) braucht ein Team, dessen Mitglieder sich auf Augenhöhe begegnen und die wechselseitige Ergänzungsbedürftigkeit als Ressource für die Betroffenen wahrnehmen.

Die Integration der Hospizidee und Palliative Care als Kulturentwicklungsprozess

„Am Lebensende der Bewohnerinnen und Bewohner fehlen oft die Zeit sowie spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um die sterbenden Menschen intensiv begleiten zu können. Deshalb ist es erforderlich (...), in den Pflegeeinrichtungen die Ideen und Kenntnisse der Hospizbewegung sowie der Palliativmedizin und -pflege zu berücksichtigen.“ (Der Senat von Berlin 2011: 42)

Palliative Kultur ist wie eine Seerose. (nach E. Schein 1992, in Heimerl 2005)

Nach außen sichtbar, die Blüte der Seerose: Abschiedsraum, der Sarg wird vorne und auch am Tag hinausgetragen, Rituale der Erinnerung. Ausgesprochene Normen und Werte, der Rosenstiel unter Wasser: die Verankerung von Palliative Care und Hospizkultur im Leitbild, routinemäßige Gespräche über Sterben und Tod in der Einrichtung.

Die impliziten, unhinterfragten Normen und Werte, verankerten Wurzeln der Seerose: Betroffene und/oder eine MitarbeiterIn sagen: **„Hier kann man über Sterben, Tod und Trauer sprechen.“**

Bildung, Reflexion und Kooperation

Soll eine gute hospizlich-palliative Kultur nachhaltig gelingen, reichen einzelne (palliative) Fortbildungen für (wenige) MitarbeiterInnen nicht aus. Es braucht eine breite organisatorische Verankerung der hospizlich-palliativen Versorgung (z. B. Konzept, Standards, Qualifizierungen, Führung, Kommunikation, ethisches Handeln, medizinische Betreuung, Bestattung), die alle Betroffenen einbezieht und Rücksicht auf die Bedingungen vor Ort nimmt.

Die Projektwerkstatt „Hospizkultur und Palliativkompetenz entwickeln“ (Kooperationspartner des KPG ist die Hospizakademie Ingolstadt) ist dafür ein bewährtes Beratungs- und Lernmodell des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie, das Einrichtungen bei dieser Zukunftsaufgabe unterstützt. Das Curriculum „Palliative Praxis“ der Robert Bosch Stiftung hat sich ebenfalls als sehr hilfreich erwiesen. Der Interdisziplinäre Universitätslehrgang „Alte Menschen und Sorgeskultur – Palliative- und Dementia Care“ (Kooperationspartner des KPG ist die IFF Wien) bietet die Möglichkeit, in einer interprofessionellen und internationalen Kursgruppe die eigene Praxis zu reflektieren und Anregungen für die Weiterentwicklung von Palliative- und Dementia Care aufzunehmen.

Die konsequente Beteiligung von Angehörigen und Nahestehenden sowie Kooperationen, z.B. mit Hospizdiensten oder im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) tragen dazu bei, die Situation der Hochbetagten zu verbessern.

Palliative Geriatrie im Pflegeheim entwickeln und pflegen

„Es genügt nicht zu versuchen, das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatrische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vielerlei Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck ‚Palliative Geriatrie‘.“ (Marina Kojer 2010: 157)

Neben einer guten Pflege, Schmerztherapie und Symptomkontrolle für die BewohnerInnen sowie der Beteiligung von Angehörigen, Nahestehenden und des sozialen Umfeldes, stehen weitere Aspekte im Fokus des interdisziplinären Teams.

Sich einlassen, kommunizieren und die Welt der Alten respektieren

MitarbeiterInnen stellen die Themen Alter, Demenz und Sterben in den Fokus ihres Handelns und strahlen den betroffenen Menschen gegenüber eine Wertschätzung bis zum Lebensende und darüber hinaus aus. Die Haltung der MitarbeiterInnen gegenüber den BewohnerInnen ist von Wertschätzung getragen und ihr Handeln von Empathie geprägt. Dem „Recht nach kommunikativer Grundversorgung“ (vgl. Kojer 2011: 201) wird entsprochen.

Ethisch handeln und den Willen respektieren

Es existieren Prozesse, zum Beispiel Fallbesprechungen, die Entscheidungen in ethisch sensiblen Situationen durch gemeinsames Beratschlagen aller Beteiligten möglich machen (vgl. Krobath, Heller 2010: 14f). Instrumente wie die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden gezielt eingesetzt.

Lebensbegleitung

Regelmäßig werden gemeinschaftsfördernde sowie individuelle, den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechende Rituale praktiziert und soziale Angebote durchgeführt, insbesondere jahreszeitliche Feste, therapeutische Angebote und zwischenmenschliche Begegnung.

Sterbebegleitung

Die BewohnerInnen, auch die demenzkranken, werden vorausschauend, zum Beispiel im Rahmen von Biografiearbeit, in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit dem Leben und dem bevorstehenden Abschied begleitet.

Das Hospiz- und Palliativkonzept Berlin

„Würde in der letzten Lebensphase“ (Der Senat von Berlin 2011)

Das Berliner Hospizkonzept zur Förderung der Hospizentwicklung aus dem Jahr 1998 stellt den Beginn des politischen Anliegens, die Hospizidee in die Einrichtungen des Gesundheitssystems zu integrieren, dar. 2005 wurde dieses Hospizkonzept fortgeschrieben. Im Jahr 2011 wurde mit dem 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (Der Senat von Berlin: 2011) eine weitere, umfassende Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin vorgenommen und vielfältige Maßnahmen zu deren Weiterentwicklung in allen Versorgungsbereichen formuliert.

„Der Auftrag des Abgeordnetenhauses lautete u.a., in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege eine Sterbe- und Abschiedskultur zu etablieren, die der Würde der sterbenden Menschen entspricht und Angehörige mit einbezieht, sowie das Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen sowie Angehörigen im Rahmen der Sterbebegleitung unabhängig vom Sterbeort durch geeignete Maßnahmen zu befördern. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die vollstationäre Pflege gelegt werden.“ (Der Senat von Berlin 2011: 41)

Im Mittelpunkt die Bedürfnisse der HeimbewohnerInnen

„Zu einem würdigen Umgang mit sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen gehört, dass Sterbende möglichst bis zuletzt in der Einrichtung verbleiben können. Daher müssen sich die Pflegeeinrichtungen noch stärker auf diese Menschen und ihre Bedürfnisse einstellen. (...) die Palliative Geriatrie [stellt] für ältere Menschen einen wichtigen Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit dar.“ (Der Senat von Berlin 2011: 42)

Die Palliative Geriatrie wird in Berlin gefördert und entwickelt

„Pflegerheime sind bereits wichtige Akteure in der Versorgung pflegebedürftiger und sterbender Menschen, perspektivisch wird ihre gesellschaftliche Bedeutung zunehmen.“ (Dirk Müller 2012: 38)

Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin Der Runde Tisch greift in regelmäßigen Zusammenkünften das Thema der Entwicklung von Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenz in Pflegeheimen auf. Das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin erstattet dem Runden Tisch Bericht.

Landespflegeausschuss Berlin Der Ausschuss berät u.a. über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen und entwickelt Empfehlungen, z.B. zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems oder zur Pflegevergütung. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt in der Umsetzung der Palliativen Geriatrie in Pflegeheimen.

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) Das 2004 gegründete Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) trägt mit seinen Aktivitäten dazu bei, die Situation alter und hochbetagter Menschen in Berlin zu verbessern. Aktivitäten des Zentrums sind sowohl nach innen (Wirkungen für den Träger UNIONHILFSWERK) als auch nach außen (Wirkungen für das Land Berlin) gerichtet. Das KPG setzt sich für die Fortentwicklung bestehender Versorgungsangebote im Kontext der Einführung und Umsetzung der Palliativen Geriatrie ein. Ein Schwerpunktthema ist die Etablierung von Palliativer Geriatrie in Pflegeheimen.

Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin Die jährlich stattfindende Tagung bearbeitet das Thema der hospizlich-palliativen Versorgung hochbetagter Menschen inhaltlich und bietet den aktuellen Entwicklungen und palliativgeriatriischen Netzwerken ein Forum.

Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG Berlin) Im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin lernen Pflegeheimen voneinander und geben ihr Wissen weiter. Es gilt, diese Einrichtungen zu selbstbewussten Partnern der Kommune sowie der Altenhilfe-, Hospiz- und Palliative Care-Strukturen werden und in das Gemeinwesen hineinwirken zu lassen.

Das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

Anliegen und Zielsetzungen

- Unterstützung bei der Integration von Palliative Care und die Umsetzung der Palliativen Geriatrie
- BewohnerInnen würdevoll und selbstbestimmt bis zuletzt pflegen und begleiten
- In den Pflegeheimen eine nachhaltige hospizliche und palliative Kultur entwickeln
- Die MitarbeiterInnenzufriedenheit fördern und das Einbringen erworbener palliativgeriatriischer Kompetenzen in die Altenpflege ermöglichen
- Fachlichen Austausch und kollegiale Beratung zu Fragen der Entwicklung einer hospizlichen und palliativen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen anbieten
- Erkenntnisse und Erfahrungen geeigneten Partnern (z. B. den Mitgliedern des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin oder den Organisationen der Hospizbewegung) zugänglich machen
- Die Anliegen der Palliativen Geriatrie in die politischen und öffentlichen Bereiche transportieren

Wer kann teilnehmen?

- Vollstationäre Pflegeheime mit der Bereitschaft, palliative Kompetenz nachhaltig zu entwickeln

An wen richtet sich das Netzwerk?

- MitarbeiterInnen aus vollstationären Pflegeeinrichtungen (in verantwortlicher Tätigkeit), die palliative Kompetenz zur Verbesserung der Heimversorgung langfristig etablieren wollen
- Politik, Kostenträger und Verbände der Leistungserbringer und Einrichtungsträger selbst

Organisation

Das NPG Berlin besteht derzeit aus 20 Berliner vollstationären Pflegeeinrichtungen. Anfang 2013 wird sich das Netzwerk um weitere 20 auf dann 40 Pflegeheime erweitern. Für die Organisation und Umsetzung des NPG Berlin ist das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie zuständig. Das NPG Berlin wird von der Robert Bosch Stiftung, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin und vom UNIONHILFSWERK gefördert.

Netzwerke: Was sie sind, was sie leisten und was sie brauchen

„Organisationsübergreifende Netzwerke bilden ein soziales System von im Kern autonomen Organisationen, die ihre Energien bündeln, um ein Ziel zu erreichen, das niemand von ihnen alleine erreichen kann.“ (Grossmann, Lobnig 2004: 29)

Was sind Netzwerke?

Netzwerke meinen die verbindlich geregelte und betroffenenorientierte Zusammenarbeit von mindestens drei PartnerInnen. Die Basis der Zusammenarbeit stellt das gegenseitige Zu- und Vertrauen, die soziale Verbindlichkeit sowie die wechselseitigen Wissensressourcen dar. Unterschiedliche Professionen und Organisationen arbeiten trägerübergreifend, wertschätzend, voneinander wissend „Hand in Hand“ zusammen.

Warum brauchen wir Netzwerke?

- Netzwerke ermöglichen den Blick von der Angebots- zur Betroffenenorientierung aus.
- In Netzwerken lässt sich mehr erreichen als alleine.
- In Netzwerken steht die Integration und nicht die Addition von Wissen und Kompetenzen im Vordergrund.
- In Netzwerken Gleichgesinnter fühlt man sich mit seinen Anliegen aufgehoben.
- Netzwerke helfen aus dem Einzelkämpfertum heraus.
- Netzwerke ermöglichen das voneinander Lernen auf Augenhöhe.

Was brauchen Netzwerke?

- Netzwerke brauchen kontinuierliche Pflege, da sie fragil und immer in Veränderung sind.
- Netzwerke brauchen Koordination und laufenden Informationsfluss.
- Netzwerke brauchen Transparenz und nachvollziehbare Kommunikationswege.
- Netzwerke brauchen die Verbindlichkeit und Selbstverantwortung der Netzwerkpartner.
- Netzwerke brauchen die Balance von Nutzen und Aufwand für die teilnehmenden Einzelorganisationen.
- Netzwerke brauchen für ihre Stabilität den Mehrwert für die Einzelorganisation als dauerhafte Bindungskraft.

Nutzen und Wirkung des NPG Berlin

Was Netzwerkpartner sagen

Im Herbst 2012 haben die Netzwerkpartner Bilanz über die bisherigen zweijährigen Aktivitäten gezogen. Was ist gelungen? Was hat sich entwickelt oder verändert?

BEWOHNERINNENORIENTIERUNG

- Sterben im Heim als letztes zu Hause ist alltäglich
- Offener Umgang mit Sterben und Tod
- Erweiterung des Biografiebogens um Palliative Care
- Betroffene werden in Entscheidungen eingebunden
- Angst und Zweifel werden wahr- und aufgenommen
- Positive Rückmeldungen der Angehörigen
- Abschiedsrituale werden gut angenommen
- Trauerarbeit findet statt

MITARBEITERINNENZUFRIEDENHEIT

- Wir fühlen uns sicherer
- Wir werden einbezogen
- Wir entscheiden gemeinsam
- Wir sprechen uns ab
- Wir bekommen positive Rückmeldung von Hospizdiensten
- Wir entwickeln unsere Haltungen weiter
- Wir gewinnen Sicherheit durch ethische Fallbesprechungen
- Wir schätzen die Bedeutung der Palliativen Geriatrie

PALLIATIVE FACHKOMPETENZ

- Verbesserte Kommunikation
- Größeres Selbstbewusstsein
- Mehr Fachwissen
- Ethische Fallbesprechungen etabliert
- Ansatz von kurativ nach palliativ ausgerichtet
- Literatur und Materialien werden genutzt
- Verstärkte Reflexion
- Fortbildungen zum Thema durchgeführt
- Palliative Behandlungspflege ausgebaut

VERNETZUNG UND ZUSAMMENARBEIT

- Austausch und kollegiale Beratung miteinander
- Andere Strukturen und Modelle kennengelernt
- Viele Ideen und Denkanstöße mitgenommen
- Thema bleibt aktuell
- Einbeziehung ambulanter Hospizdienste intensiviert
- Von Fortbildung im Netzwerk profitiert
- Größere Nachfragen von Angehörigen und Diensten
- Palliatives Case-Management entwickelt
- Vernetzung im Bezirk verstärkt

Herausforderungen des NPG Berlin

Herausforderungen in Netzwerken und in der Umsetzung von Palliativer Geriatrie

Die Etablierung einer hospizlich-palliativen Kultur stellt Pflegeheime vor schwierige Aufgaben, die es zu lösen gilt.

- Der Alltag überlagert die Umsetzungsbemühungen
- Sichern von Kontinuität – Fluktuation von MitarbeiterInnen
- Wechsel von Leitungspersonen
- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Personelle und finanzielle Rahmenbedingungen

- Gefühlter Zeitmangel
- Palliative Pflege noch nicht so Routine, wie ‚normale‘ Pflege
- Sterbephase im Bewusstsein der MitarbeiterInnen noch zu sehr auf letzte Tage und Stunden begrenzt
- Scheu im Umgang mit Angehörigen

Erwartungen an die Mitarbeit im NPG Berlin

- Kollegialen Austausch auf Augenhöhe zulassen
- Wechselseitige Verbindlichkeiten eingehen
- Dauerhafte Mitarbeit aller Netzwerkpartner sicherstellen
- Selbstverantwortung und Eigeninitiative der beteiligten Einrichtungen übernehmen
- Nachweislichen Nutzen für die beteiligten Einrichtungen erbringen
- Transparenz gewährleisten
- Kontakte zu Verwaltung, Politik und Gremien im Land Berlin pflegen
- Mehr öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema herstellen
- Für gute Rahmenbedingungen im Netzwerk sorgen

Nächster Entwicklungsschritt in der Umsetzung der Palliativen Geriatrie: Erweiterung des NPG Berlin

Das NPG Berlin wird ab 2013 um weitere 20 Pflegeheime erweitert. In die Weiterentwicklung werden die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, der Landesseniorenbeirat Berlin, der Landespflegeausschuss Berlin sowie Gremien der Berliner Hospiz- und Palliativarbeit eingebunden.

Ziele der Erweiterung

- Eine gesundheitspolitische Verständigung und Begleitung etablieren, die sich an der Vision einer „guten“ Altenpflege orientiert und sich in den Aktivitäten und Planungen des Landes Berlin niederschlägt
- Weichenstellung in Richtung Förderung von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz
- Merkmale von Pflegeheimen mit palliativgeriatriischer Kompetenz im Sinne einer Qualitätsdiskussion (Merkmalsprozess) entwickeln
- Erarbeitung eines Praxisleitfadens „Palliative Geriatrie im Pflegeheim“
- Zusammenarbeit engagierter Pflegeheime im Sinne der nachhaltigen Einführung von Hospizkultur und Palliativkompetenz stärken
- Träger- und mitbewerberübergreifende Vernetzung der beteiligten Pflegeheime
- Stärkung und Unterstützung der 'Pioniere', um althergebrachte Konzepte und Ansätze in Frage zu stellen und eine neue Betreuungsphilosophie zu entwickeln

Haben Sie Interesse, sich am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin aktiv zu beteiligen? Dann bewerben Sie sich!

NETZWERK PALLIATIVE GERIATRIE BERLIN

c/o Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/UNIONHILFSWERK

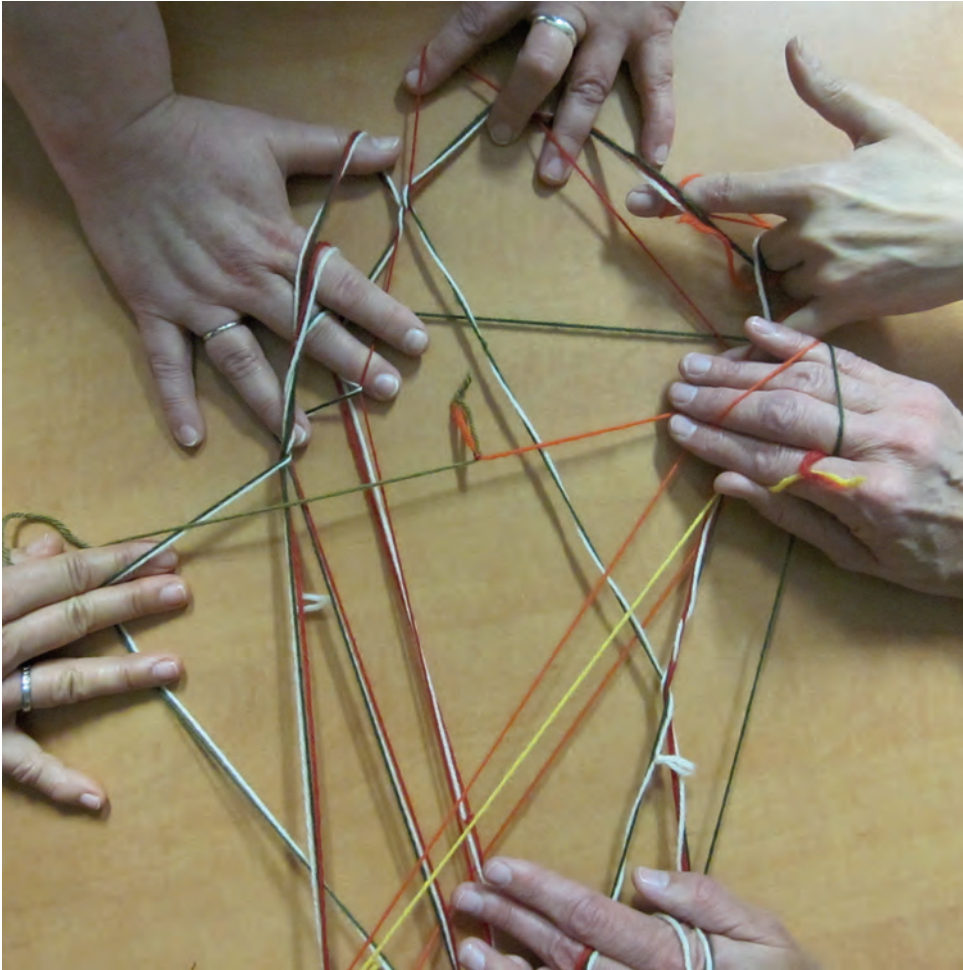
Richard-Sorge-Str. 21A, 10249 Berlin

Dirk Müller

Tel. 030/42265833 | Fax 030/42265835

npg@palliative-geriatrie.de

www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/npg-berlin



Mit vielen Fäden entsteht ein Netz

Vision: Vom Netzwerk Palliative Geriatrie zur kommunalen Sorgeskultur

„Im Ergebnis helfen sich im neuen Hilfesystem die Hilfsbedürftigen und die helfenden Bürger gegenseitig; die einen sind hilfebedürftig, die anderen helfensbedürftig: ihre ‚gleiche Augenhöhe‘ ist somit ihre Bedürftigkeit!“ (Klaus Dörner 2007: 77)

Pflegeheime als Teil kommunaler Palliativkultur

Die Umsetzung von Palliativer Geriatrie in Organisationen hat Grenzen. Es ist evident, dass Projekte zunächst ausschließlich im Rahmen bestimmter Organisationen umgesetzt werden können. Hier finden erforderliche Qualitäts- und Veränderungsprozesse statt. Gleichzeitig zeigen sich darin die Grenzen der Integration von Palliativer Geriatrie. In der Regel ist die Reichweite dieser Organisationen begrenzt. Der Prozess ist im Kontext des Bestehenden angelegt und damit nur eine Optimierung des Status quo.

Palliative Kultur gemeinsam im Netzwerk entwickeln

Der steigende palliative Versorgungsbedarf muss konzeptionell einerseits von einzelnen Einrichtungen der vollstationären Altenpflege aufgenommen, andererseits aber völlig neu gedacht und organisiert werden. Das Sterben muss heute neu als ein kommunales Thema von Netzwerkarbeit und Gemeinwesenorientierung diskutiert werden. Gleichzeitig bedarf es des bürgerschaftlichen Engagements und neuer Versorgungsstrukturen. Nicht eine Person, Pflegeheim oder Organisation, sondern eine Kommune sollte zukünftig Trägerin solcher Entwicklungen sein.

Pflegeheime öffnen sich ins Gemeinwesen als besondere Lebensorte bis zuletzt

Die nachhaltige Entwicklung einer hospizlich-palliativen Sorgeskultur für alte, hochbetagte Menschen wird erst durch eine breite Verankerung im Gemeinwesen lebendig und möglich. Die Umsetzung von Palliativer Geriatrie in Pflegeheimen kann erst dann nachhaltig werden, wenn sie sich ins Gemeinwesen öffnen und sich hier mit ihrem gesellschaftlichen Umfeld vernetzen. Es können somit Alternativen zu althergebrachten Betreuungs- und Unterstützungsformen entstehen, die nicht mehr nur innerhalb der eigenen Institution zu denken sind. Bereits bestehende bürgernahe Modelle, wie sie in der Hospizarbeit und Palliative Care praktiziert werden, sind auf die Altenhilfe zu übertragen.

Quellen

- Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus Verlag, Frankfurt/New York.
- Der Senat von Berlin (Hrsg.) (2011): 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin. (Würde in der letzten Lebensphase). Drucksache des Senats von Berlin 16/4057.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) (Hg.) (2012): Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Berlin.
- Dörner, Klaus (2003): Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. Econ. München.
- Dörner, Klaus (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus Verlag. Neumünster.
- Grossmann, Ralph; Lobnig, Hubert (2004): Projektmanagement und Netzwerkentwicklung. In: Grossmann, R. (Hrsg.): Das öffentliche Organisieren. iff texte. Wien. Springer. New York: S. 17–45.
- Heimerl, Katharina (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Lambertus. Freiburg.
- Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Lambertus, Freiburg.
- Heller, Andreas (1994): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Lambertus. Freiburg.
- Kojer, Marina; Heimerl, Katharina (2010): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO Definition von Palliative Care. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Lambertus. Freiburg im Breisgau: 83 -107.
- Kojer, Marina (2010): Brauchen demenzkranke alte Menschen Palliative Care? In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Lambertus. Freiburg im Breisgau: 145–160.
- Kojer, Marina (2011): Das Recht auf kommunikative Grundversorgung. In: Kojer, Marina; Schmid, Martina: Demenz und Palliative Geriatrie. Heilsame Behandlung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, 201–202.
- Krobath, Thomas; Heller, Andreas (2010): Ethik organisieren. Einleitung zur Praxis und Theorie der Organisationsethik. In: Krobath, Thomas; Heller, Andreas: Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13–70.
- Lindena, Gabriele; Woskanjan, Susanne; Müller, Dirk (2011): Bericht über die Untersuchung bei BewohnerInnen in 5 vollstationären Pflegeeinrichtungen des UNIONHILFSWERK im Jahr 2010. Sterbeforschung Teil IV. Berlin.
- Loewy, E. H., Springer-Loewy, R. (2000): The Ethics of Terminal Care. Orchestrating the End of Life. Kluwer.
- Müller, Dirk (2011): Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur. Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Advanced Studies „Palliative Care“/MAS. IFF Wien.
- Müller, Dirk (2011): Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In: Kojer, Marina; Schmid, Martina: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien/New York: Springer, 173–184.
- Müller, Dirk (2012): Berlin am Lebensende. Gebrauchte werden Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Fachforum Palliative Care 14 (51): 35–39.
- Pleschberger, Sabine (2005): „Nur nicht zur Last fallen!“ Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Salis-Gross, Corina (2005): Der ansteckende Tod: Sterbeverläufe im Alters- und Pflegeheim. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Hans Huber. Bern: S. 155–174.
- Schenk, Liane (2010): Lebenswelt Pflegeheim. Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA). Unveröffentlichte Studie vom Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Institut für Medizinische Soziologie der Charité Berlin. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin (Hrsg): Report Zusatzhebung – Entwicklungen in Berliner Langzeitpflegeheimen. Berlin.
- Streckeisen, Ursula (2001): Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Leske und Budrich. Opladen.
- WHO/Davies, Elisabeth; Higginson, Irene (Hrsg.) (2004): Solid facts. Palliative Care. Copenhagen: World Health Organisation Europe.

Literaturtipps

Kojer, Marina; Schmidl Martina (Hrsg.) (2011)

Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis.
Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen.
Springer. Wien/New York.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.) (2007)

Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun:
wie alte Menschen würdig sterben können.
3. neu überarbeitete Auflage. Lambertus. Freiburg.

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/UNIONHILFSWERK (2012)

Palliative Geriatrie –
Alte Menschen am Lebensende begleiten und betreuen.
Broschüre. Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012)

Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann...
Informationen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer.
Broschüre. Berlin

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie
UNIONHILFSWERK
Richard-Sorge-Straße 21A
10249 Berlin

Dirk Müller

Tel: 030/42265833
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

[Internet/ Newsletter](#)
www.palliative-geriatrie.de

[KPG Bildung](#)
www.palliative-geriatrie.de/bildung

