

Dirk Müller
Sigismundkorso 34
D 13465 Berlin
dirk.mue@berlin.de

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

**Eingereicht im Rahmen des
Internationalen Universitätslehrgangs
Palliative Care/MAS**

an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt
IFF-Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik/Wien

Berlin, 30. November 2011

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Abstract	8
1 Einleitung	10
2 Problemhintergrund	16
2.1 <i>Bedingtes Interesse der Pflegeheime</i>	16
2.2 <i>Palliative Care im Pflegeheim: Eine komplexe Aufgabe</i>	16
2.3 <i>Palliative Care im Pflegeheim: Organisationsentwicklung</i>	17
2.4 <i>Hochbetagtenversorgung im Spannungsfeld von Leben und Tod</i>	18
2.5 <i>Unzureichende medizinische Versorgung</i>	18
2.6 <i>Unklare Perspektive der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung</i>	20
2.7 <i>Unsicherheiten im Umgang mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen</i>	22
2.8 <i>Palliative Care muss Teil der Hochbetagtenversorgung werden</i>	22
2.9 <i>Zusammenfassung</i>	23
3 Zielformulierung	24
4 Fragestellungen	26
5 Methodik / Vorgehen	27
6 Situation alter und hochbetagter Menschen in Berlin	29
6.1 <i>Demografische Entwicklung und Alter</i>	29
6.2 <i>Pflegebedürftigkeit</i>	30
6.2.1 Deutschland	31
6.2.2 Berlin	31
6.3 <i>Ausgewählte Ergebnisse zu pflegebedürftigen Menschen in Berliner Pflegeheimen</i>	32

6.4	<i>Ausgewählte Ergebnisse einer Sterbeforschung in Berliner Pflegeheimen</i>	33
	<i>Pflegeheimen</i>	
6.4.1	Durchschnittsalter, Pflegestufe und Patientenverfügung	34
6.4.2	Gesundheitszustand	34
	6.4.2.1 <i>PalliativpatientInnen</i>	35
	6.4.2.2 <i>Symptome im letzten Lebensmonat</i>	36
6.4.3	Ärztliche Versorgung	36
6.4.4	Sterbeort	37
6.5	<i>Ausgewählte Ergebnisse einer Forschung zu den Bedürfnissen von BewohnerInnen in Berliner Pflegeheimen</i>	38
7	Palliative Care und Hospiz: Die Basis von Palliativer Geriatrie	40
	<i>7.1 Palliative Care und Hospiz</i>	40
	<i>7.2 Geriatrie</i>	47
	<i>7.3 Palliative Care und Geriatrie für demenzkranke Menschen</i>	50
	<i>7.4 Palliative Geriatrie: Lebensqualität bis zuletzt</i>	52
8	Versorgungsangebote für schwerstkranke und sterbende alte Menschen in Berlin	54
	<i>8.1 Ambulante Versorgung</i>	54
	8.1.1 Ambulante Pflegedienste	55
	8.1.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	55
	8.1.2.1 <i>Spezialisierte ÄrztInnen</i>	57
	8.1.2.2 <i>Spezialisierte Pflegedienste</i>	57
	8.1.3 Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste	58
	8.1.4 Spezifische Beratungsangebote	59
	8.1.4.1 <i>Zentrale Anlaufstelle Hospiz</i>	59
	8.1.4.2 <i>Pflegestützpunkte</i>	59
	<i>8.2 Stationäre Versorgung</i>	60
	8.2.1 Krankenhäuser	60
	8.2.1.1 <i>Geriatrische Abteilungen</i>	60
	8.2.1.2 <i>Palliativstationen</i>	61

8.2.2	Stationäre Hospize	61
8.2.3	Pflegeheime	62
8.2.3.1	<i>Personalausstattung</i>	63
8.2.3.2	<i>Finanzierung</i>	63
8.2.3.3	<i>Pflegeheime mit Plätzen für besondere Zielgruppen</i>	64
8.2.3.4	<i>Berliner Modell</i>	64
8.3	<i>Besondere Strukturen und Netzwerke</i>	65
8.3.1	Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V	66
8.3.2	Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V.	66
8.3.3	Home Care Berlin e. V.	67
8.3.4	Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie	67
9	Palliative Care in Pflegeheimen	69
9.1	<i>Spannungsfeld von Palliative Care und Qualitätsmanagement</i>	71
9.2	<i>Forschungsstand zu Ausgangslage und Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen in Pflegeheimen</i>	75
9.2.1	Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Niedersachsen	76
9.2.2	Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Hessen	76
9.2.3	Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Berlin	77
9.2.4	Vertiefende Reflexion der Ergebnisse	78
9.3	<i>Palliative Care-Prozesse im Pflegeheim</i>	82
9.3.1	Organisationsentwicklung	85
9.3.2	Projektarbeit	86
9.3.3	Implementierungsansätze	87
9.3.4	Indikatoren zur Hospiz- und Palliative Care-Kompetenz	88
9.3.4.1	<i>Träger- und Pflegeheimperspektive</i>	89
9.3.4.2	<i>BewohnerInnen- und Angehörigenperspektive</i>	92
9.3.5	Kritische Reflexion und Widersprüche	96
9.4	<i>Umsetzungsstand in Berlin</i>	97
9.4.1	Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin	97
9.4.1.1	<i>Motivationsfaktoren anhand des Bewerbungsverfahrens</i>	99

9.4.1.2	<i>Erste Selbstreflexion anhand des Bewerbungsverfahrens</i>	99
9.4.1.2.1	Zusammenfassung	103
9.4.1.3	<i>Erstevaluation im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin</i>	104
9.4.1.3.1	Diskussion der Ergebnisse	108
9.5	<i>Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Berlin und ihre Bedeutung für Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz</i>	110
9.5.1	Fazit	114
10	Thesen	116
11	Handlungsfelder und AkteurInnen	121
11.1	<i>Konzeptfortentwicklung und Organisationsentwicklung</i>	122
11.2	<i>Qualitätsentwicklung</i>	123
11.3	<i>Medizinische Versorgung</i>	124
11.4	<i>Ausweitung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung auf Hochbetagte in Pflegeheimen</i>	125
11.5	<i>Austausch, Kooperation und Vernetzung</i>	127
11.6	<i>Integration von Pflegeheimen in die Hospiz- und Palliative Care- Struktur</i>	128
11.7	<i>Kommunale Steuerung</i>	129
11.8	<i>Öffentlichkeitsarbeit</i>	131
12	Fazit und Ausblick	132
13	Literatur und Quellen	137
13.1	<i>Literatur</i>	137
13.2	<i>Internetquellen</i>	152
13.3	<i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</i>	158

Zusammenfassung

Die Versorgungsrealität in Berliner Pflegeheimen verändert sich. Die Heime beherbergen immer mehr chronisch kranke, schwerstkranke und sterbende Menschen und die Verweildauer der häufig demenzkranken und in der Kommunikation eingeschränkten Hochbetagten reduziert sich. Das wiederum hat Auswirkungen auf den Heimalltag, auf das Leben und Sterben der BewohnerInnen und auf den Arbeitsalltag der sie betreuenden MitarbeiterInnen.

Palliative Care scheint ein geeigneter Ansatz zu sein, mit der sich verändernden Situation besser umzugehen. Dieser Ansatz bedarf jedoch einer speziellen Ausformung zugunsten hochbetagter Menschen und ihrer Angehörigen.

In Berlin wird Palliative Care von vielfältigen Leistungserbringern in und außerhalb der bestehenden Palliative Care-Struktur erbracht. Diese haben ihre berufspraktischen Kompetenzen zumeist in der Betreuung onkologischer PatientInnen erworben und sind häufig auch jetzt auf diese Zielgruppe ausgerichtet, was u. a. in der derzeitigen Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlich wird.

Auf die Heime kommt die große Herausforderung und Chance zu, Palliative Care gezielt auf die Bedürfnisse ihrer BewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu übersetzen, sie zu etablieren und langfristig zu bewahren. Die Pflegeeinrichtungen stehen dabei im Spannungsfeld zwischen der Gestaltung von Leben und Sterben, zwischen dem Tun und Lassen.

Das Konzept der konsequenten BewohnerInnenorientierung beschreibt einen geeigneten Weg, um die Bedürfnisse der Betroffenen individuell zu erfassen und eine von Ethik und Kompetenz getragene Pflege und Betreuung zu instituieren. Dieser Paradigmenwechsel hin zu einer neuen „Altenpflegekultur“ geschieht nicht aus sich selbst heraus, sondern bedarf vor Ort gesteuerter Organisationsentwicklungsprozesse und enormer Bildungs- und Reflexionsanstrengungen von allen Beteiligten. Insbesondere die medizinische

Versorgung muss zum Teil grundlegend neu gestaltet werden und geriatrische sowie palliativmedizinische Aspekte müssen stärker Anwendung finden.

Bei der Transformation wird deutlich, dass Pflegeheime auf Unterstützung von außen angewiesen sind, etwa durch kompetente ÄrztInnen und ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Zudem wird es nötig sein, über Netzwerkarbeit gezielt Know-how in die Heime zu lenken.

Einige Berliner Pflegeheime beteiligen sich am Projekt „Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin“. Sie wollen voneinander lernen sowie ihre unterschiedlichen Kompetenzen und Erfahrungen zugänglich machen. Es wird darauf ankommen, die Heiminitiativen zum selbstbewussten Partner der Palliative Care-Struktur werden zu lassen.

Pflegeheime, die ihr neues Altenpflegeverständnis und ihre Bedarfe offensiv und öffentlich kommunizieren, wecken in der Gesellschaft solidarische Kräfte. Sie werden aktive Partner der Hospizarbeit und Palliative Care, denn sie enttabuisieren das Sterben und den Tod. Die Gesellschaft kann auch über die Heime lernen, dass das Alter und die Vergänglichkeit Teil menschlicher Existenz sind. Das bedeutet für sie jedoch, Palliative Care konsequent und transparent umzusetzen und sich an dem Verständigungsprozess zu beteiligen, in dem die Merkmale definiert werden, welche Palliative Care im Pflegeheim charakterisieren.

Der Berliner Politik und Verwaltung kommt die Rolle einer kommunalen Steuerungsinstanz zu. Ihr Ziel sollte sein, im Rahmen ihrer Möglichkeiten und trotz geringer finanzieller Fördermöglichkeiten Handlungsfelder zu identifizieren, AkteurInnen einzubinden und die Veränderungsprozesse in den Heimen sowie der Palliative Care-Struktur durch Strategien und Maßnahmen im Sinne einer Berlinweiten Sorgeskultur intelligent zu flankieren.

Abstract

The reality of patient-centred care is changing in Berlin's special-care homes. They are sheltering more and more chronic, seriously ill and moribund persons and the retention period of dementia patients and communication limited elderly persons is decreasing. This is impacting the daily routine in special care homes, the life and decease of the residents and the working daily routine of the nursing staff.

Palliative Care seems to be an appropriate approach to better handle the changing situation. But this approach needs a special implementation in favour of the elderly and their relatives.

Various care provider within or outside of the existing Palliative Care structure are practising Palliative Care in Berlin. These care providers have often received their practice-oriented competences in caring for oncological patients and they are also often focused on this audience. This is the background for the current definition of Specialised Ambulant Palliative Care (in German: SAPV).

It is now a big challenge and chance for Berlin's special care homes to transform Palliative Care directly to the needs of residents and nursing staff, to establish and to save it in the long term. The special care homes are standing thereby in the area of conflict between organisation of life and decease and between action and leaving. The concept of consequent resident orientation describes an adequate way to collect the individual needs of the concerned persons and to establish an ethical and professional care and support. This paradigm change towards a new "elderly care culture" is not happening on its own. It needs a locally controlled organisation development processes and enormous education and reflexion efforts of all participants. Especially the medical patient-centred care has to be rearranged partly and basically. Furthermore it is important to exercise more geriatric and palliative medically aspects.

The transformation shows clearly that the special care homes need the support from the outside, especially the support of competent doctors and voluntary associates. Needful is also to direct Know-how to the special care homes by working in networks.

Few of the Berlin special care homes are participating on the project “Netzwerk Palliative Geriatrie”. They want to learn from each other and to share their different competences and experiences. It will be essential to let the home initiative grow to a self confident partner of the Palliative Care structure.

Special care homes which will communicating their new understanding of geriatric care and their needs offensive and in public will wake solidary strength in the society. They will become active partner of hospice care and Palliative Care because they remove the taboos from decease and death. The society can learn from them that age and evanescence are part of human nature. This implies that they have to implement the Palliative Care very consequently and transparently. And they have to take part in the communication process to define the characteristics of Palliative Care in special care homes.

The Berlin politics and administration will have to play the leading role as municipal control authority. Within the limits of their capabilities and their limited financial sponsor possibilities they should try to identify action fields, to integrate institutional players and to intelligently flank the change processes in special care homes and Palliative Care structures with strategies and measures.

1 Einleitung

Cicely Saunders wird gern mit folgendem Satz zitiert: *„Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“* (Saunders, zitiert in Sandgathe Husebø 2009: 385; Saunders, zitiert in Feichtner 2010: 144). Unabhängig davon, ob Saunders das so gesagt hat oder nicht, beschreibt dies ziemlich genau die Situation in Deutschland, ebenso wie die in Berlin¹, einer Großstadt mit 3.460.000 EinwohnerInnen (vgl. Internetseite Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).

In Berlin liegt der Focus von Hospizarbeit und Palliative Care auf der Versorgung onkologischer PatientInnen. Abgesehen von dieser einschränkenden Spezialisierung auf eine Zielgruppe verläuft die Entwicklung durchaus positiv. Die hospizliche und palliative Struktur hat sich durch das Engagement zahlreicher Personen, Institutionen und Organisationen, zumindest seit der Vorlage des 1. Hospiz- und Palliativkonzeptes im Jahr 1998 (vgl. Der Senat von Berlin 1998), quantitativ und qualitativ verbessert. Institutionell wird die Arbeit mit und für Sterbende durch ambulante ehrenamtliche Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativstationen, medizinische Netzwerke, spezialisierte Pflegeangebote oder durch die Zentrale Anlaufstelle Hospiz und das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie sichergestellt. Es existieren verschiedene regionale und überregionale Netzwerke und Verbände, z. B. regionale SAPV-Netzwerke² oder das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin. Zunehmend werden einige ambulante Pflegedienste, niedergelassene ÄrztInnen,

¹ Anmerkung: Die Stadt Berlin als großstädtischer Ballungsraum wird in der vorliegenden Arbeit vom Autor mit den Begriffen „Land“ und/oder „Kommune“ gleichgesetzt.

² Anmerkung: SAPV = Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. (Vgl. Punkt. 8.1.2).

Beratungsstellen, Krankenhäuser und Pflegeheime³ ihrer Verantwortung für eine optimale Versorgung Sterbender gerecht⁴.

Laut dem 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin betrieben 310 vollstationäre Pflegeeinrichtungen am 01.01.2011 insgesamt 32.905 Plätze in der Stadt. Geht man von einer 80%igen Auslastung aus, waren also 26.324 hochbetagte Frauen und Männer vollstationär untergebracht. „Die aktuelle Auslastung ist nicht bekannt.“ (Der Senat von Berlin 2011: 42). Allein die hohe Platzzahl verdeutlicht die herausragende Rolle von Pflegeheimen bei der Versorgung alter und sterbender Menschen. Die Nachfrage dürfte in Berlin, einer Stadt mit stetig wachsendem Anteil über 65-jähriger Menschen (19,1 % am 31.12.2009) (vgl. Internetseite Amt für Statistik Berlin-Brandenburg), zukünftig nicht geringer werden.

Pflegeheime müssen derzeit zwei wesentliche Funktionen erfüllen: Erstens sollen sie den Alltag der BewohnerInnen so gestalten, dass sich die multimorbiden, häufig von Demenz Betroffenen wohl fühlen, und zweitens sollen sie eine „Kultur des Lebens und des Sterbens“ entwickeln, das heißt, entsprechend ihrem Versorgungsauftrag die konzeptionellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen dafür schaffen, dass ein würdevolles und den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechendes Sterben möglich ist⁵. (vgl. Müller, D.: 2011a: 177). Derzeit werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland dem zweitgenannten Anspruch selten gerecht.

³ Anmerkung: Für die Begriffe „vollstationäre Pflegeeinrichtung“, „stationäre Pflegeeinrichtung“, „Langzeitpflegeeinrichtung“, „Altenpflegeeinrichtung“, „Pflegeeinrichtung“, „Altenheim“, „Pflegehwohnheim“ werden in dieser Arbeit die Sammelbegriffe „Pflegeheim“ oder „Heim“ synonym verwendet.

⁴ Anmerkung: Vgl.: UNIONHILFSWERK/ Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (2011): Stellungnahme zum 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin in der 75. Sitzung des Ausschusses für Integration, Arbeit, Berufliche Bildung und Soziales – 16. Wahlperiode – im Abgeordnetenhaus von Berlin.

⁵ Anmerkung: Vgl. Geier, Christel; Müller, Dirk (2010): 4. Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin. Beschluss zum Tagesordnungspunkt 3 „Sterbebegleitung und Palliativversorgung in Pflegeheimen“.

Da häufig von unzumutbaren Zuständen in den „Aufbewahrungsanstalten“⁶ zu lesen ist, sorgen sich viele alte Menschen, aufgrund einer Pflegebedürftigkeit in ein Heim umziehen sowie fortan nicht mehr selbstbestimmt, möglicherweise sogar würdelos, leben zu müssen. Sie fürchten Nutzlosigkeit und die Beschränkung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe.

Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation findet sich sowohl bei BewohnerInnen der Pflegeeinrichtungen als auch bei den BetreuerInnen, die sich überfordert und ausgebrannt fühlen.

Eine Kernerkenntnis der 5. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin (vgl. Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (a)), die das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie 2010 veranstaltete, lautet, dass die stationäre Altenpflege einen von Ethik und Kompetenz getragenen Paradigmenwechsel braucht. Unbeantwortet ist die Frage, wie dieser Paradigmenwechsel im Pflegealltag deutscher Heime nachhaltig gelingen kann, *„der in einer Gesellschaft stattfindet, die Sterben und Tod nicht wenig tabuisiert, in der ethische Fragestellungen zum Lebensende mit viel Unsicherheit verbunden ist [sic], und in der weite Teile der Medien, Politik und Lobbygruppen polarisierend wirken“*. (Müller, D. und Zippel 2011: 249). Hinzu kommt eine *„harte Verbetriebswirtschaftlichung unserer Pflegeeinrichtungen“*. (Heller, A. 2009: 14).

Zum demografischen Wandel in Deutschland gehört, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen. Sie alle wollen und müssen bis zuletzt angemessen betreut und versorgt werden, was nicht immer in der eigenen Häuslichkeit durchführbar ist, obwohl das viele Menschen wünschen. Krankenhäuser wie stationäre Hospize kommen aufgrund ihres Versorgungsauftrages bzw. geringer Kapazitäten für eine längere Versorgung nicht infrage. Zwangsläufig werden sich die Pflegeheime in den kommenden Jahren noch stärker auf die Funktion eines „letzten Zuhauses“ alter und hochbetagter pflegebedürftiger Menschen, die häuslich nicht mehr adäquat versorgt werden können, einstellen müssen. Pflegeheime, ihre Träger und deren

⁶ Anmerkung: Beispielhafte LeserInnenmeinung in Der Tagesspiegel am 29.05.2011: 16.

Mitarbeiterschaft sowie die Kommunen stehen vor einer gewaltigen qualitativen Herausforderung.

„Altenpflegeeinrichtungen nehmen in der Betreuung hochaltriger Sterbender einen zentralen Stellenwert ein. Sie werden aufgrund der Veränderungen der Bewohnerinnenstruktur künftig noch stärker Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität.“ (Heller, A. et al. 2007: 221).

Ein Forschungsprojekt zu Sterbeverläufen, das vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (vgl. Punkt 8.3.4) in Berliner Pflegeheimen durchgeführt wurde, beschreibt, dass MitarbeiterInnen der Sterbebegleitung einen hohen Stellenwert beimessen. Sie sind mehrheitlich der Meinung, dass PalliativpatientInnen in gewohnter Umgebung sterben sollten. (Vgl. Woskanjan und Müller, D. 2009).

Tendenziell scheint die Verweildauer in Pflegeheimen zu sinken, was bedeuten würde, dass der Sterbezeitraum einen immer größeren Anteil des Aufenthalts einnimmt und die essenzielle Rolle der Heime zunehmend in der Pflege und Begleitung Sterbender besteht. *„Ohne eine öffentliche, politische oder gar leistungsrechtliche Würdigung hat sich der Alltag geriatrischer Institutionen bedeutsam verschoben.“* (Bartosch 2007: 19).

Schließlich lässt sich ein neues Phänomen beobachten: Immer weniger PflegeheimmitarbeiterInnen mit besonders hoher Sensibilität für Veränderungserfordernisse sind bereit, sich strukturellen Zwängen der Institution zu unterwerfen (vgl. Wegleitner und Heimerl 2007: 3). Auch stellt sich für Pflegeheime die grundsätzliche Frage, wann sie mit Palliative Care beginnen sollen (vgl. Pleschberger 2007: 213) und wie sie den „Spagat“ zwischen Leben und Tod für alle Beteiligten gut hinbekommen.

Die genannten Entwicklungen sind seit Jahren überall absehbar, auch in Berlin. Zahlreiche Anfragen von Mitgliedern im Abgeordnetenhaus von Berlin befassten sich mit der Pflegeheim-Versorgung Hochbetagter am Lebensende und fanden unter anderem ihren Niederschlag in den beiden zuletzt vom Berliner Senat vorgelegten Hospiz- und Palliativkonzepten. Trotzdem wurde das Thema weiterhin auf allen

gesellschaftlichen Ebenen stiefmütterlich behandelt und in Berlin keine flächendeckende Lösung entworfen. Allein in wenigen Heimen unterschiedlicher Trägerschaft initiierten zumeist engagierte Persönlichkeiten kompetente Einzelinitiativen.

Bis zur Einführung des § 37b SGB V im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 und der parallelen Verbesserung der Förderung ambulanter Hospizarbeit gemäß § 39a Abs. 2 SGB V mussten Heime fast gänzlich auf eine intensivere Unterstützung aus dem originären hospizlichen und palliativen Umfeld verzichten.

Je weiter die Palliativversorgung in Deutschland gedieh, umso mehr wurde der Bedarf an Palliative Care in den Pflegeheimen offensichtlich und thematisiert. Man bemerkte, dass *„Hospizbewegung und Palliativversorgung zu lange einen Bogen um die älteren Menschen gemacht haben, die oft wirklich krank und schwerkrank sind“*. (Heller, A. 2009: 13).

Mittlerweile besteht kein Mangel mehr an gesetzlichen Grundlagen, Konzepten, Absichtserklärungen etc. So steht z. B. im Artikel 8 der Pflegecharta:

„Es soll alles getan werden, um den Sterbeprozess für Sie so würdevoll und erträglich wie möglich zu gestalten. Personen, die Sie in der letzten Phase Ihres Lebens behandeln und begleiten, sollen Ihre Wünsche beachten und so weit wie möglich berücksichtigen.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: 20).

Am 31.12.2010 existierten 31 schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen ambulanten Hospizdiensten und Pflegeheimen⁷. In Bezug auf die Zielmarke von Palliative Care im Pflegeheim muss weiterhin von Einzelinitiativen gesprochen werden. Viele der besonders engagierten Pflegeheiminitiativen beteiligen sich am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (vgl. Punkt 9.4.1).

⁷ Anmerkung: Schriftliche Auskunft vom Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. am 10.01.2011 im Kontext der Fortschreibung des 3. Hospiz- und Palliativkonzepts im Land Berlin .

Nach der erwähnten Einführung des § 37b SGB V wurde die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Berlin durch eine kassenübergreifende Rahmenvereinbarung umgesetzt, die zum 1. Juli 2010 in Kraft trat. Schwerstkranke und Sterbende haben zwar bereits seit 2007 Anspruch auf SAPV, doch wirft die Rahmenvereinbarung neue Fragen auf. Beispielsweise beherrschen derzeit ÄrztInnen und Pflegedienste das Versorgungsfeld, die ihre Expertise hauptsächlich in der onkologischen Versorgung erworben haben. Sind sie überhaupt in der Lage, hochbetagte, multimorbide HeimbewohnerInnen angemessen zu versorgen? Unklar bleibt zudem, von wem Palliative Care erbracht werden und wer dafür verantwortlich sein soll. Ebenso dürfte die Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung den AkteurInnen noch Kopfzerbrechen bereiten.

Denn: „*Die Betreuung von hochbetagten Menschen entwickelt sich immer stärker zu einer der Hauptaufgaben von Palliative Care.*“ (Kojer und Heimerl 2009: 154). Wobei die Palliativbedürftigkeit Hochbetagter sich nicht durch die Todesnähe auszeichnet, sondern durch langanhaltende Sorgebedürftigkeit der multimorbiden und/ oder demenzkranken Menschen (vgl. Kojer und Heimerl 2009: 156).

„*Hochbetagte brauchen Palliative Care – aber sie brauchen nicht nur Palliative Care!*“ (Kojer und Pirker 2009: 37). Wie also muß die Berliner Hospiz- und Palliative Care–Struktur gestaltet werden, damit sie Pflegeheime mit Palliative Care–Kompetenz fördert und einbindet?

2 Problemhintergrund

Die Frage, wie die Struktur von Palliative Care zukunftsweisend zu entwickeln wäre, stellt sich nicht zuletzt angesichts der nachfolgend aufgeführten Probleme.

2.1 Bedingtes Interesse der Pflegeheime

Berliner Pflegeheime bemühen sich zunehmend um einen adäquateren Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer. Ein Indikator ist das Interesse am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, welches sich im Mai 2011 gründete: Immerhin knapp 10 % aller vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie eingeladenen Heime (n=305) reagierten auf die Initiative positiv. Allerdings lässt die Quantität keinen Rückschluss auf die Qualität, der vor Ort praktizierten Hospizkultur oder Palliative Care zu.

Die Etablierung von Palliative Care in Pflegeheimen sowie die Kooperation der Anbieter des hospizlich-palliativen Bereichs wird durch diverse Umstände erschwert. Der Autor skizziert sie unter 2.2 bis 2.7 und fasst sie unter 2.8 zusammen.

2.2 Palliative Care im Pflegeheim: Eine komplexe Aufgabe

Da die Umsetzung von Palliative Care im Pflegeheim ein komplexes Unterfangen ist (vgl. Heimerl 2010: 333), bedarf es einer ausgeprägten „*Institutional Readiness*“ (Heibach 2006: 79), einer „*Bereitschaft der Organisation*“ zur Veränderung. Sie ist Voraussetzung für die langfristig erfolgreiche Umsetzung von Palliative Care im Heim und häufig mangelt es an ihr. Vor der Einführung von Palliative Care bedenken Entscheidungsträger selten, dass das Vorhaben automatische und unvermeidliche Veränderungsprozesse mit sich bringt, die aktiv gemanagt werden müssen. Die Implementierung von Palliative Care erfordert auf das jeweilige Pflegeheim zugeschnittene interne Konzepte und Rahmenbedingungen, die kommuniziert werden müssen und deren Wirkung regelmäßig zu bewerten und anzupassen ist.

Da die wenigen Berliner Pflegeheime, die Palliative Care einführen und stabile Voraussetzungen für deren langfristiges Gelingen schaffen wollen, den aufgrund der demografischen Entwicklung absehbaren Bedarf nicht decken werden oder können, besteht akuter Handlungsbedarf. Der Wandel würde beschleunigt, wenn Hospiz- und Palliativeinrichtungen sich an diesem Prozess beteiligten und die häufig zu beobachtende „Sprachlosigkeit“ gegenüber Pflegeheimen überwinden.

2.3 Palliative Care im Pflegeheim: Organisationsentwicklung

Die Broschüre „Indikatoren und Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativkompetenz in Pflegeheimen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006), dient Heimen, die bewohnerorientierte (Sterbe-) Begleitung nach hospizlichen und palliativen Ansätzen entwickeln bzw. verbessern wollen, als maßgebliche Handreichung. Werden die Indikatoren im Rahmen gezielter Projektentwicklung beherzigt, wird deutlich, dass es nicht ausreicht, einem Pflegeheim mehr finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen zu geben, da deren Ausbau nicht zwangsläufig zu einer nachhaltigen Palliative Care führt. Ein Mehr ist vonnöten, das viel mit der Organisation, den darin handelnden Personen sowie mit Unternehmenskultur und Führungskompetenz zu tun hat. Denn Palliative Care-Prozesse sind das Resultat einer projektbezogenen und kontinuierlichen Arbeit, getragen von Reflexion, Kommunikation, Konzeption, Führung sowie nachhaltiger Organisationsentwicklung und gelebtem Qualitätsmanagement. Dabei konkretisieren sich Auftrag, Zweck und Leitbild einer Organisation.

Dies wurde im Kontext des Projekts „Leben bis zuletzt“ der Inneren Mission München deutlich: Der Palliative Care-Prozess kann *„nicht im Sinne der Zertifizierungsbürokratie abgehakt, sondern muss prozessual in den Alltagshandlungen, auf den Stationen, in der Haltung und im Umgang mit alten verwirrten Menschen und ihren oft überforderten Angehörigen zur Geltung gebracht werden.“* (Heimerl, Heller, A. und Kittelberger 2005: 26). Die Auseinandersetzung mit dem Sterben berührt existenzielle Fragen und Probleme bei den MitarbeiterInnen (vgl. Heimerl, Heller, A. und Kittelberger 2005: 26).

Nicht zuletzt wegen des anfänglich hohen Führungs- und Zeitaufwands scheitern Palliative Care-Prozesse in Heimen häufig, noch bevor sie eine spürbare Wirkung entfalten können und verkommen zur bürokratischen Übung oder zum Marketingeffekt. *„Oft schlägt dann die Euphorie, die emotionale und fachliche Identifikation in Enttäuschung, Resignation und Rückzug um.“* (Heimerl, Heller, A. und Kittelberger 2005: 12).

2.4 Hochbetagtenversorgung im Spannungsfeld von Leben und Tod

Nach Frühwald steht *„bei multimorbiden alten Menschen oft nicht mehr die Heilung, sondern eine gute geriatrisch-palliative Versorgung im Vordergrund“* (Frühwald: 2008: 10) und er betont: *„Todesnähe ist ein Charakteristikum der Geriatrie“* (Frühwald: 2008: 11). Zwar ist diese Erkenntnis verbreitet, prägt jedoch selten die Praxis von Pflegeheimen, die nach wie vor konsequente Aktivierung der BewohnerInnen betreiben, während sie Sterben und Tod tabuisieren. Die Heime finden nur langsam aus diesem ethisch-konzeptionellen Dilemma heraus. Ihnen fehlen Offenheit und Know-how für den Umgang mit dem Lebensende, das heißt, Haltungen und Kompetenzen, die in hospizlich-palliativen Einrichtungen vorhanden sind und von dort in die Heime ausstrahlen könnten und müssten.

Pflegeheime sind für den Paradigmenwechsel auf Unterstützung, manchmal auch auf inneren und äußeren Druck angewiesen.

2.5 Unzureichende medizinische Versorgung

Nur sehr wenige Berliner Pflegeheime erfüllten bis Ende Juni 2011 (als ehemalige Krankenhäuser) die Voraussetzung für die Teilnahme am so genannten „Berliner Projekt“ und verfügten dadurch über eine verlässliche medizinische Versorgung von gesetzlich versicherten HeimbewohnerInnen⁸ durch angestellte oder kooperierende

⁸ Anmerkung: An dem Programm sind die gesetzlichen Krankenkassen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, die IKK Brandenburg und Berlin, die Bahn-BKK und die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) beteiligt.

ÄrztInnen (vgl. Punkt 8.2.3.4). Das Modellprojekt weist positive Erfolge nach (vgl. Wagner 2011: 19), die über reine Kostenersparnis bei der beteiligten Krankenkasse AOK hinausgehen (vgl. Neubart, de la Chevallerie und Mende 2010: 24). Die Berliner Ärztekammer fordert, das erfolgreiche Heimarztmodell weiter auszubauen, „*was fairer Vertragsbedingungen und einer kostendeckenden Finanzierung seitens der Krankenkassen bedarf*“ (Neubart, de la Chevallerie und Mende 2010: 4). Bei den beteiligten Heimen bestand die Sorge, dass das erfolgreiche Projekt nicht fortgeführt wird, denn die Kassenärztliche Vereinigung beförderte das Modell nicht und sah die freiberuflichen ArztInnen in Gefahr. Der Vorsitzende des Lenkungsausschusses „Berliner Projekt“, Elimar Brandt spricht im ZDF von „*Verteilungskämpfen*“ (Internetseite frontal 21/ ZDF). Die Vertragspartner haben sich mittlerweile auf einen neuen, unbefristeten Vertrag geeinigt, der Anfang Juli startete (vgl. Internetseite Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V.).

26 Pflegeheime (Stand Mai 2011) (vgl. Internetseite AOK Die Gesundheitskasse (a)) arbeiten zudem in „careplus“ mit, einem Programm zur integrierten Versorgung⁹. Ziel ist es, die Versorgungsprozesse der Heime und ÄrztInnen in der Betreuung der gesetzlich versicherten PflegeheimbewohnerInnen¹⁰ eng aufeinander abzustimmen (vgl. Internetseite AOK Die Gesundheitskasse (b)). Dabei bindet der Träger eines Pflegeheims direkt interessierte ÄrztInnen und TherapeutInnen in die medizinische Versorgung der BewohnerInnen ein.

Weitere Heime können sich an „careplus“ beteiligen und durch den neuen Vertrag zum „Berliner Projekt“¹¹ steht ihnen ebenso wie HausärztInnen auch diese Möglichkeit offen. Es bleibt abzuwarten, ob die Heime hiervon Gebrauch machen werden.

Derzeit arbeiten die Pflegeheime zumeist nach dem so genannten Hausarztprinzip, bei dem niedergelassene ÄrztInnen ihre PatientInnen nach einer Übersiedlung ins

⁹ Anmerkung: Gemäß § 92 b SGB XI in Verbindung mit dem § 140 a SGB V.

¹⁰ Anmerkung: An dem Programm sind die gesetzlichen Krankenkassen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, die IKK Brandenburg und Berlin, die Bahn-BKK und die Siemens-Betriebskrankenkassen (SBK) beteiligt.

¹¹ Anmerkung: Vgl. §§ 3 und 4 Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus. Vertrag nach § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassen AOK Nordost-Die Gesundheitskasse, IKK Brandenburg und Berlin, Bahn-BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK).

Heim weiterbehandeln. Viele Heime beklagen mittlerweile, dass die zunehmend geringere ärztliche Bereitschaft, Hausbesuche zu machen, zwangsläufig zu schlechterer medizinischer Versorgung führe. Die Tageszeitung „Der Tagesspiegel“ illustriert die Misere mit einem Beitrag im April 2011. Unter der Überschrift „*Feuerwehr kommt vor lauter Notrufen zu spät*“ beklagt der Berliner Landesbranddirektor die unzähligen Notrufe aus Pflegeheimen, „*in denen es kaum noch Ärzte gäbe*“ und bezeichnet den Zustand als offensichtliches Defizit¹². Nach Wagner sprechen in Berlin die „*Indizien für eine quantitative und qualitative Unterversorgung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern*“ (Wagner 2011: 17).

2.6 Unklare Perspektive der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung

Da die SAPV erst seit Juli 2010 in Berlin praktisch umgesetzt wird, ist sie derzeit sowohl qualitativ als auch quantitativ unterentwickelt. Pflegeheime haben in der Regel keine Erfahrungen mit dem zusätzlichen Angebot und nur wenige transparente Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Einrichtungen aus der Hospiz- und Palliative Care-Struktur sind bekannt. Auch die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in Pflegeheimen steckt noch in den „Kinderschuh“.

Die perspektivische Einführung der SAPV löst bei Pflegeheimen Befürchtungen aus, etwa durch neue SAPV-Anbieter (z. B. spezialisierte Pflegedienste) verdrängt zu werden sowie die Sorge, das bisherige Engagement könnte umsonst gewesen sein. Die Sorge scheint unberechtigt, denn während einer monatelangen, pflegerisch-betreuerischen Beziehung im Heim sind hospizliche und palliative Kompetenzen vonnöten, ja müssten weiter ausgebaut und ggf. flankierend durch Know-how-Transfer stabilisiert werden. Die Frage, woher diese Unterstützung kommen soll, ist allerdings offen, genauso, ob (zusätzliche) hospizlich-palliative Leistungen refinanziert werden, denn bisher werden sie im Rahmen der üblichen Behandlungspflege durch die Heime erbracht (vgl. § 43 Abs. 5 SGB XI) und als

¹² Anmerkung: Vgl.: Hasselmann, Jörn (2011): Feuerwehr kommt vor lauter Notrufen zu spät. Rettungsdienst rückte im vergangenen Jahr zu 280.000 Einsätzen aus. Oft werden Krankenwagen wegen Lappalien angefordert. In: Der Tagesspiegel 02.04.2011: 9.

abgeholten angesehen. Wie sich die Pflege- und Krankenkassen sowie der Sozialhilfeträger bzgl. der adäquaten Ressourcenausstattung von Pflegeheimen mit hoher Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenz positionieren werden, bleibt abzuwarten.

Dass Anbieter wegen des sich verschärfenden Wettbewerbs im Pflegeheimsektor versuchen, sich durch Zusatzmerkmale zu profilieren, könnte zum Problem werden, da es manchem Pflegeheimbetreiber naheliegend erscheinen mag, sich des guten Rufes der Hospize zu bedienen. Es steht zu befürchten, dass „Hospiz“ nur als Begriff marketingtechnisch benutzt, aber nicht als bewusste Zielmarke der Organisationsentwicklung verstanden wird.

Zweifellos hat sich die Palliativversorgung in Deutschland wesentlich im Zusammenhang mit der Hauptzielgruppe der KrebspatientInnen entwickelt und verdient gemacht. Für die Versorgung Hochbetagter wäre es jedoch fatal, wenn die „onkologische Logik“ beibehalten würde, bei PalliativpatientInnen müsse zumindest eine Krebserkrankung „im Spiel“ sein, damit dann für die schwierigsten Fälle die SAPV greifen könne.

Da sich die SAPV-Leistungserbringer, insbesondere die spezialisierten Pflegedienste, noch unlängst in einer äußerst kritischen wirtschaftlichen Situation befanden oder vor dem Aus standen¹³, dürfte deren Finanzlage eine kraftvolle, kurz- und mittelfristige Entwicklung ebenfalls behindern.

Zumindest das wirtschaftliche Überleben der Leistungserbringer scheint nun gesichert: Die Krankenkassen und die Pflegedienste einigten sich Mitte 2011 auf eine neue Vergütungsstruktur, die mit Wirkung zum 01.07.2011 in Kraft trat und bis Ende 2012 Bestand hat (vgl. Internetseite Berliner Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege).

¹³ Anmerkung: Presseinformation vom Berliner Aktionsbündnis Ambulante Pflege am 22.06.2011: Krankenkassen verhindern würdiges Sterben von Schwerstkranken. Berliner Palliativ-Pflegedienste stehen vor dem wirtschaftlichen Aus.

2.7 Unsicherheiten im Umgang mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Niemand weiß, wie haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen der Berliner Hospiz- und Palliativeinrichtungen zur Zusammenarbeit mit Pflegeheimen stehen. Vermutlich würden sie zu dem Ergebnis kommen (wenn sie nämlich die vorteilhafteren strukturellen und personellen Rahmenbedingungen der Hospize und deren vorhandenes Know-how unreflektiert als Maßstab anlegten), dass eine adäquate Versorgung sterbender Menschen in Pflegeheimen unmöglich ist. Auch erleben Pflegeheime, dass ihre Organisationsform und die bei ihnen lebenden Hochbetagten bei vielen HospizmitarbeiterInnen Unbehagen auslösen. Was nicht verwundern muss, da ehrenamtliche HospizmitarbeiterInnen in der Regel über wenig Erfahrung im Umgang mit multimorbiden und häufig demenzkranken Menschen verfügen.

2.8 Palliative Care muss Teil der Hochbetagtenversorgung werden

Palliative Care wird zumeist nur im Rahmen der Versorgung onkologisch erkrankter Menschen praktiziert. Aber auch die Alten und Hochbetagten benötigen Palliative Care, was politische EntscheidungsträgerInnen häufig unterschätzen. Noch wird die Palliative Care nicht in allen Versorgungsbereichen vorangetrieben. Hierauf weisen auch Davies und Higginson in der Broschüre „Better Palliative Care for Older People“ des WHO-Regionalbüros für Europa (2004) hin, die an PolitikerInnen und EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen gerichtet ist und 2008 unter dem Titel „Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen“ in Deutscher Übersetzung vorgelegt wurde. *“Politische Entscheidungsträger müssen sicherstellen, dass Palliative Care integraler Bestandteil aller Gesundheitsdienste und –einrichtungen wird und nicht bloß als “Extraobendrauf” betrachtet wird.”* (Davies und Higginson 2008: 34).

2.9 Zusammenfassung

Es kann festgestellt werden:

- Einzelne Pflegeheime haben eine Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenzen entwickelt. Nötig ist jedoch ein flächendeckendes Angebot.
- Pflegeheime brauchen Unterstützung bei der Fortentwicklung ihrer hospizlichen und palliativen Kompetenzen sowie eine ausreichende Ressourcenausstattung.
- Die medizinische Versorgung von PflegeheimbewohnerInnen ist häufig defizitär.
- Regelmäßige und verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegeheimen und Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie Verständigungsplattformen sind selten.
- Die Auswirkungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind unklar.
- Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist unterentwickelt.
- Wird Palliative Care erbracht, dann in der Regel nur für onkologische PatientInnen.

3 Zielformulierung

Der Kernauftrag von Altenpflege liegt in der Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende. Diese Überzeugung gewann der Autor bereits während seiner Altenpflegeausbildung. Sie widerspricht der weitverbreiteten Auffassung und Praxis, Aktivierung und körperliche Versorgung seien die Schwerpunktaufgaben.

Es soll deutlich gemacht werden, dass Palliative Care für hochbetagte PflegeheimbewohnerInnen zumeist erforderlich ist. Da ethisches und hospizliches Handeln sowie palliativer Fachverstand in die Altenarbeit gehören, gilt es, die hospizliche Kultur im Bewusstsein der dort Tätigen zu verankern und dafür zu sorgen, dass die Anwendung palliativen Know-Hows zur Selbstverständlichkeit wird.

Die vorliegende Arbeit soll die Rahmenbedingungen und Charakteristika von Pflegeeinrichtungen mit Palliative Care-Kompetenz darstellen. Darüber hinaus soll sie die Auswirkungen des Engagements dieser Heime auf die Hospiz- und Palliativstruktur im Land Berlin reflektieren und Anregungen zur Entwicklung einer kooperativen Gesamtstruktur auf Landesebene geben. Dabei soll auf den Ist-Stand palliativ-geriatischer¹⁴ Aktivitäten eingegangen werden, insbesondere auf die Maßnahmen jener Einrichtungen, die sich am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin beteiligen.

Es wird zu berücksichtigen sein, dass die SAPV in Berlin unterentwickelt ist und wenige Erfahrungen vorliegen. Aus der aktuellen Situation sollen Erkenntnisse und praktikable Vorschläge abgeleitet werden, wie sich ein Gegeneinander beteiligter Versorgungsangebote vermeiden, zumindest reduzieren und eine von Akzeptanz getragene Kooperation befördern lassen.

¹⁴ Anmerkung: Der Begriff „Palliative Geriatrie“ wird im Kap. 7 eingeführt.

Die Arbeit soll auf die meist ungeübte und beschränkte Zusammenarbeit aufmerksam machen und allen AkteurInnen verdeutlichen, wie notwendig Kooperation im Interesse der Hochbetagten, der ihnen Nahestehenden und der sie unterstützenden MitarbeiterInnen ist. Es gilt aufzuzeigen, dass ein Nebeneinander der Pflegeheimstruktur auf der einen und der Hospiz- und Palliative Care-Struktur auf der anderen Seite überholt ist und dass Pflegeheime gemeinsam mit und in der Hospiz- und Palliative Care-Struktur tätig werden müssen – bestenfalls im Sinne sich verständigender und lernender Organisations(-Kulturen).

Gelebte sektorenübergreifende Vernetzung ist erforderlich. Diese muss entwickelt, kommuniziert, umgesetzt sowie begleitet und angepasst werden. Die Arbeit soll reflektieren, welcher aktiven und gestaltenden Rolle das Land Berlin, dessen Legislative und Exekutive gerecht werden müssen.

4 Fragestellungen

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangs- und Problemlage sowie der Zielstellung behandelt diese Arbeit folgende Fragestellungen:

- 1) Was charakterisiert die Situation alter und hochbetagter Menschen in Berlin?
- 2) Was charakterisiert Palliative Care für hochbetagte und sterbende Menschen und welche Anforderungen und Bedürfnisse muss Palliative Care für hochbetagte und sterbende Menschen erfüllen?
- 3) Wie gestaltet sich die Berliner Versorgungslandschaft, in der hochbetagte und sterbende Menschen versorgt werden?
- 4) Welche Faktoren beschreiben Hospiz- und Palliative Care-Kompetenz in Pflegeheimen?
- 5) Was motiviert Pflegeheime mit Hospiz- und Palliative Care-Kompetenz, sich am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin zu beteiligen?
- 6) Wie können Pflegeheime in Berlin dazu motiviert werden, eine eigene Hospiz- und Palliative Care-Kompetenz zu entwickeln? Welche Rahmenbedingungen müssen dazu geschaffen werden?
- 7) Wie gestaltet sich die SAPV in Berlin und was bedeutet dies für die Pflegeheime?
- 8) Wie kann die Berliner Hospiz- und Palliative Care-Struktur sinnvoll mit den Pflegeheimen vernetzt werden und wer ist zu beteiligen?

5 Methodik / Vorgehen

Die der Arbeit zugrunde liegende Literaturrecherche führte zu einem Grundstock relevanter Literatur im Kontext der Themenbereiche Hochbetagtenversorgung, Palliative Care, Pflegeheim, Implementierung sowie Hospiz- und Palliativstruktur im Land Berlin. Diskutierte und reflektierte Inhalte aus dem Internationalen Universitätslehrgang „Palliative Care/MAS“ fließen ebenso in die Arbeit ein wie vorliegende Studien, Konzeptionen und Tagungsergebnisse, z. B. von den Fachtagungen Palliative Geriatrie Berlin.

Gleichfalls werden in die Masterthesis persönliche Erkenntnisse und Erfahrungen des Autors aus der Praxis als Examinierter Altenpfleger in Pflegeheimen (größtenteils als Wohnbereichsleitung) sowie aus der fünfzehnjährigen Mitwirkung und Gestaltung in der Berliner Hospiz- und Palliativstruktur, insbesondere in der Zentralen Anlaufstelle Hospiz und dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, einbezogen. Hinzu kommen Erkenntnisse aus der Praxis der Erwachsenenbildung, zum Beispiel als Moderator des 40-stündigen Curriculums „Palliative Praxis“ der Robert-Bosch-Stiftung (vgl. Internetseite Robert Bosch Stiftung).

Zunächst wird die Situation alter und hochbetagter Menschen in Berlin, insbesondere von HeimbewohnerInnen, dargestellt. Hierzu nutzt der Autor bezüglich der pflegerischen und demografischen Ausgangslage Statistiken und Erhebungen, schwerpunktmäßig aus Berliner Quellen bzw. Material mit Berlinbezug. Darüber hinaus werden beispielhafte Forschungsergebnisse zur Sterbesituation und Lebensqualität in Pflegeheimen einbezogen.

Hernach werden Definitionen, Literatur, Entwicklungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit Palliative Care, Hospiz und geriatrischer Versorgung in einen globalen Bezugsrahmen der Hochbetagtenversorgung gestellt. Aus der Zusammenschau dieser Daten und Ergebnisse werden Aussagen zur palliativgeriatrischen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit von in Heimen lebenden Menschen getroffen.

Da hochbetagte und/ oder sterbende Menschen jedoch nicht nur in Heimen leben, erfasst der Autor die vielschichtige Berliner Versorgungspalette, in deren Institutionen diese Zielgruppe schwerpunktmäßig betreut wird und die für die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen relevant sind. Darüber hinaus werden besondere Strukturen dargestellt, die für die Hochbetagtenversorgung im Kontext von Palliative Care von Relevanz sind.

Einen Schwerpunkt der Arbeit bildet die sich anschließende Auseinandersetzung mit Palliative Care im Pflegeheim und den sie begleitenden spezifischen Rahmenbedingungen, etwa im Kontext von Qualitätsmanagement, Personalsituation, Organisationsentwicklungsprozessen und Implementierungsansätzen. Da sich die Einführung und Umsetzung von Palliative Care in Berliner Pflegeheimen unter den landeseigenen Rahmenbedingungen vollziehen muss, wird hierfür deutschsprachige Literatur einbezogen, um zentrale, Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz charakterisierende, Erkenntnisse abzuleiten.

Recherchen bezüglich der Umsetzung der SAPV in Berlin sowie die beispielhafte Erfassung und Analyse hospizlicher und palliativer Aktivitäten von Berliner Pflegeheimen, die sich um eine Mitwirkung im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin bewarben, sollen dazu beitragen, die Berliner Gegebenheiten nachzuvollziehen. Dadurch ist sichergestellt, dass aus den Erkenntnissen tatsächlich operationalisierbare Thesen zur Fortentwicklung von Palliative Care in Berliner Pflegeheimen abgeleitet werden können.

Von den Thesen ausgehend entwirft der Autor Handlungsfelder, deren Ansatz die Einführung von Palliative Care in den Pflegeheimen sowie deren Vernetzung mit der Palliative Care-Struktur zugrunde legt, zudem die Einbeziehung des Landes sowie die Unterstützung durch das Land Berlin.

6 Situation alter und hochbetagter Menschen in Berlin

Was charakterisiert die Situation alter und hochbetagter Menschen in Deutschland, insbesondere in Berlin? Wie stellt sich die Situation von Menschen in Berliner Pflegeheimen dar?

6.1 Demografische Entwicklung und Alter

Am 31.12.2009 lebten in Berlin 3.442.675 Menschen (vgl. Internetseite Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Analysen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ergaben, dass der Altenquotient¹⁵ mit 27,3 % wesentlich höher ausfällt als der Jugendquotient¹⁶ mit 21,5 %. Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose bis 2030 verschieben sich diese Verhältnisse noch stärker. Während der Jugendquotient relativ stabil bleibt, erhöht sich der Altenquotient bis zum Jahr 2030 auf 41,1 %. Das bedeutet für die Stadt eine erhebliche Umstellung (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2009: 7). Wie die WHO unterteilt auch die oben genannte Senatsverwaltung die ältere Bevölkerung in folgende Gruppen:

- *Junge Alte (die 50- bis unter 60-Jährigen)*
- *Ältere (die 60- bis unter 70-Jährigen)*
- *Alte (die 70- bis unter 80-Jährigen)*
- *Hochbetagte (die 80- bis unter 95-Jährigen)*
- *Langlebige (die 95-Jährigen und Älteren)*

(Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2009: 7).

In Berlin ist die Lebenserwartung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern gestiegen. Laut Statistischem Bundesamt Deutschland betrug in Berlin die Lebenserwartung eines Mädchens im Berechnungszeitraum 2002/2004 bei Geburt

¹⁵ Anmerkung: Der Altenquotient beschreibt das prozentuale Verhältnis zwischen RenterInnen (ab 65 Jahre) und Erwerbstätigen (20 bis 65 Jahre).

¹⁶ Anmerkung: Der Jugendquotient beschreibt das prozentuale Verhältnis zwischen Personen im vorerwerbsfähigen Alter (bis 20 Jahre) und Erwerbstätigen (20 bis 65 Jahre).

81,19 Jahre, die eines Jungen 75,69 Jahre. (Vgl. Internetseite Statistische Ämter des Bundes und der Länder).

Aufgrund der allgemein steigenden Lebenserwartung wächst die Gruppe der über 65-Jährigen, wodurch die Zahl Demenzerkrankter von 32.000 BerlinerInnen (2007) auf 54.000 (2030) steigen wird. Insbesondere vor dem Hintergrund sich verändernder Familienstrukturen sowie der wachsenden Zahl allein lebender Menschen ergeben sich hier große Herausforderungen, etwa in der Bereitstellung von Betreuungs- und Pflegeangeboten, insbesondere für die Gruppe der Hochbetagten. (Vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2008: 33).

Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der Hochbetagten um 53 % auf 341.000 ansteigen. Darin, dass die Frauen in dieser Alterskategorie weiterhin stärker vertreten sein werden, zeigt sich ihre höhere Lebenserwartung. Bei den über 87-Jährigen wird ihr Anteil sogar doppelt so hoch sein, wie der der Männer. (Vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin 2008: 9). Dass die Gruppe der Hochbetagten und Langlebigen wächst, wirkt sich auch auf das Morbiditätsspektrum und bereitzuhaltende Versorgungsangebote, zum Beispiel für Menschen mit Demenz, aus.

6.2 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 14f. SGB XI) „*sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen. Der Bedarf muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße bestehen.*“ (Marburger 2010: 21).

6.2.1 Deutschland

In Deutschland waren im Dezember 2009 laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2,34 Millionen Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Aufgrund der Bevölkerungsalterung hat die Anzahl der Pflegebedürftigen gegenüber 2007 um 4,1 % zugenommen, im Vergleich zu 1999 beträgt die Zunahme 16,0 %. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 6).

Betrug die Pflegequote¹⁷ zum Dezember 2007 noch 2,7 % (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: 2010: 16), waren es zum Dezember 2009 bereits 2,86 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 8).

Knapp ein Drittel aller pflegebedürftigen Menschen (30,7 % = 717.490 Personen) wurde im Dezember 2009 in Pflegeheimen betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 12–13).

Die Pflege im Heim hat an Bedeutung gewonnen. Die Zahl der in Heimen Versorgten ist im Vergleich zu 1999 um 27,5 % (155.000) gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 6). Die im Dezember 2009 im Heim betreuten BewohnerInnen waren älter als ambulant Versorgte, in der Altersgruppe 85 und älter betrug das Verhältnis 49 % zu 29 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a: 7).

6.2.2 Berlin

In Berlin waren im Dezember 2009 laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 101.351 Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 6).

Betrug zum Dezember 2007 die Pflegequote 2,8 % (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: 2010: 19), waren es zum Dezember 2009 bereits 2,94 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 8).

Gut ein Viertel aller pflegebedürftigen Menschen (25,7 % = 26.013 Personen) wurde im Dezember 2009 in Pflegeheimen betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 12–13).

¹⁷ Anmerkung: Die Pflegequote bezeichnet den Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt.

	Deutschland	Berlin
Anzahl der Pflegebedürftigen (absolut)	2.338.252	101.351
Pflegequote in %	2,86	2,94
davon 75 bis unter 85 Jahre in %	32,8	29,1
davon 85 bis unter 90 Jahre in %	21,8	18,3
davon 90 Jahre und mehr Jahre in %	13,4	14,7
Betreuung im Pflegeheim in %	30,7	25,7

Tab. 1: Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Berlin per Dezember 2009. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 6, 8, 13).

6.3 Ausgewählte Ergebnisse zu pflegebedürftigen Menschen in Berliner Pflegeheimen

Parallel zur Bundespflegestatistik nach § 109 SGB XI führte die in Berlin für Soziales zuständige Senatsverwaltung seit 1997 bzgl. ausgewählter Themen Zusatzerhebungen in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen durch (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin 2008). Die Ergebnisse der Erhebung 2009/2010 liegen derzeit noch nicht vor.

Am 1. Januar 2011 existierten in den 12 Berliner Bezirken 310 Pflegeheime mit 32.905 Plätzen (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 42). Es kann davon ausgegangen werden, dass derzeit Überkapazitäten bestehen, denn das Land schätzt den Platzbedarf in Pflegeheimen für das Jahr 2015 auf 28.925 Plätze (30.070 Plätze einschließlich Pflegestufe Null) (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010: 23).

Laut Zusatzerhebung 2007/2008 betrug das Einzugsalter der BewohnerInnen durchschnittlich 81,3 Jahre. Sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil der Männer an den BewohnerInnen insgesamt haben sich seit 1999 ständig erhöht. Im ersten Quartal 2008 waren von den 2.607 neu eingezogenen BewohnerInnen 819 Männer

(31 %). Zwei Drittel aller neuen BewohnerInnen verfügten über Pflegestufe Null oder Pflegestufe I. Demenziell Erkrankte stellten die größte BewohnerInnengruppe; von ihnen gehörten 30 % zu den mobilen, erheblich verhaltensauffälligen Personen. Der Anteil der BewohnerInnen, die nach einem Krankenhausaufenthalt ins Pflegeheim kamen, liegt konstant bei 45 %. Der Anteil derer, die aus dem Privathaushalt übersiedelten, pendelte im Zeitraum von 2002 bis 2008 zwischen 34 % und 37 %. Zwischen 6 % und 8 % der im ersten Quartal 2008 neu eingezogenen BewohnerInnen kamen aus einer Kurzzeitpflege in das Heim oder lebten schon vorher in einem anderen Pflegeheim. (Vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin 2008: 2 ff.).

Starben 1997 noch 70 % aller HeimbewohnerInnen im Pflegeheim, so reduzierte sich dieser Anteil in 2008 auf 64 %. Die im Jahr 2008 im Heim verstorbenen BewohnerInnen waren etwas älter als die im Krankenhaus verstorbenen. 2/3 bis 3/4 aller im ersten Quartal 2008 eingezogenen BewohnerInnen verstarben bereits im ersten halben Jahr. (Vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin 2008: 15).

6.4 Ausgewählte Ergebnisse einer Sterbeforschung in Berliner Pflegeheimen

Ein differenzierteres Bild der Lebens- und Sterbesituation von Berliner PflegeheimbewohnerInnen und ihren Angehörigen liefert eine Studie in fünf Heimen vom UNIONHILFSWERK¹⁸, die parallel zur Einführung der Palliativen Geriatrie stattfand. 2005 wurde ein kombiniertes Forschungs- und Fortbildungsprojekt in den Pflegeheimen begonnen. Es sollten Stand, Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele der MitarbeiterInnen bezüglich der Sterbebegleitung sowie deren Hinderungsgründe in Erfahrung gebracht und diskutiert werden. Hierzu entwickelte das federführende Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie in Zusammenarbeit mit dem PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. drei Dokumentationsbögen.

¹⁸ Anmerkung: Beim UNIONHILFSWERK handelt es sich um einen freigemeinnützigen Träger sozialer Dienstleistungen, der unter anderem auch fünf Pflegeheime betreibt und Träger vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie ist.

Die Untersuchung umfasste vier Teilerhebungen:

Teil 1 (n=127): In 2005 wurden Sterbeorte und Details zur medizinischen Versorgung in vier Heimen erfasst.

Teil 2 (n=76): In 2006 eruierte eine MitarbeiterInnenbefragung parallel in vier Heimen Daten zu Qualifikation und Umgang mit Sterbebegleitung beziehungsweise Qualifikationsbedarf zum Thema.

Teil 3 (n=123): Vom 1.7.2006 bis 30.6.2007 erfolgte eine leicht modifizierte Befragung zu Sterbeorten und Versorgungsbedingungen in vier Heimen.

Teil 4 (n=170): Eine weitere Befragung befasste sich mit den Sterbeorten und Umständen von in 2010 verstorbenen HeimbewohnerInnen in fünf Heimen.

Die Fälle wurden zum Todeszeitpunkt bzw. in unmittelbarer zeitlicher Nähe dokumentiert. Die Auswertung erfolgte über das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. (Teil 1–3) (vgl. Woskanjan und Müller, D. 2009) sowie über das Institut CLARA Klinische Forschung Kleinmachnow (Teil 4) (vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.4.1 Durchschnittsalter, Pflegestufe und Patientenverfügung

Bei ihrem Tod waren die BewohnerInnen in 2010 durchschnittlich 87 Jahre alt.

Bei 97 % der BewohnerInnen lag zum Todeszeitpunkt eine Pflegestufe vor. Während 75,6 % der BewohnerInnen in 2005 und 77,2 % in 2006/2007 zuletzt in Pflegestufe II oder III eingestuft waren, sank ihr Anteil 2010 auf 72,3 %.

Der Anteil der BewohnerInnen mit einer Patientenverfügung, der 2005 nur knapp 14 % betrug und 2006/2007 auf 18 % stieg, lag in 2010 bei einem Wert von 40 % und hat sich somit in den letzten vier Jahren mehr als verdoppelt.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.4.2 Gesundheitszustand

In 2010 bedurften praktisch alle BewohnerInnen in ihrer letzten Lebensphase aufgrund mehrerer (vorwiegend altersentsprechender Krankheiten) einer kontinuierlichen medizinischen Betreuung. Hauptsächlich litten sie an Herz-

Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes) und Krankheiten des Nervensystems. Bei fast der Hälfte der BewohnerInnen wurde eine senile Demenz diagnostiziert. Psychische Krankheiten wie Angststörungen und Depressionen fanden sich bei jeder fünften BewohnerIn. Etwa jede fünfte BewohnerIn war an bösartigen Neubildungen erkrankt. Im Durchschnitt litten die BewohnerInnen an Krankheiten aus 4,6 verschiedenen Diagnoseklassen. Bezieht man auch die Diagnoseklassen mit ein, die bei Krankenhausaufenthalten gestellt wurden, liegt die Zahl bei 5,6.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

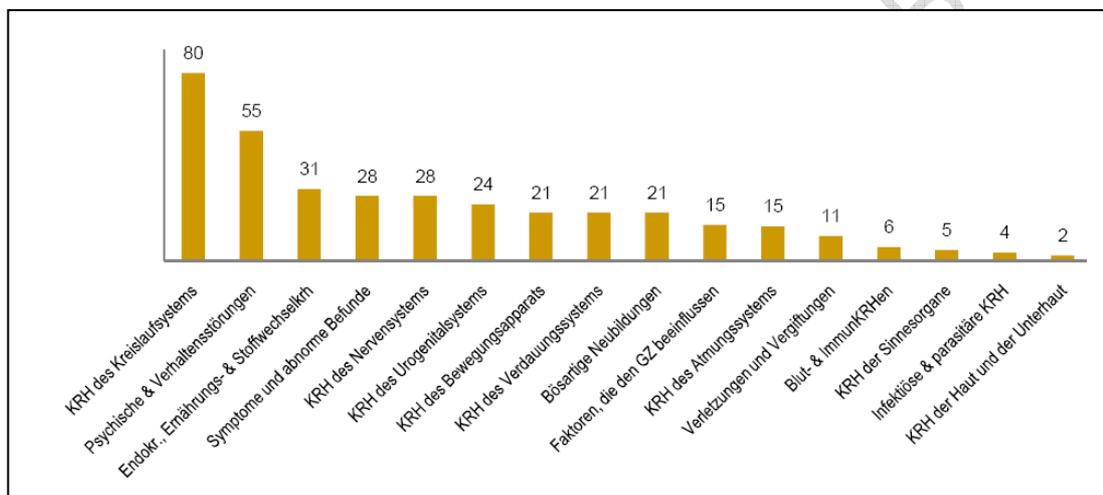


Abbildung 1: Häufigste Diagnoseklassen der BewohnerInnen in % (Mehrfachnennungen). (Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011: 7).

6.4.2.1 PalliativpatientInnen

In der Auswertung 2010 wurden diejenigen BewohnerInnen als PalliativpatientInnen verstanden, die unter einer schweren, voraussichtlich zum Tode führenden Krankheit litten. PatientInnen mit bösartigen Neubildungen (inklusive sekundären), die innerhalb der letzten fünf Jahre diagnostiziert worden waren, Leberinsuffizienz, (chronische) Nieren- oder Ateminsuffizienz wurden den PalliativpatientInnen zugeordnet.

Im Ergebnis wurden 62,9 % der BewohnerInnen den Nicht-PalliativpatientInnen zugeordnet und 37,1 % der Gruppe der PalliativpatientInnen.

Bei Eintritt des Todes waren die PalliativpatientInnen ca. vier Jahre jünger als der Durchschnitt der Nicht-PalliativpatientInnen. Sie litten unter mehr Krankheiten als die Gruppe der Nicht-PalliativpatientInnen und der Anteil der Männer lag gegenüber dem der Frauen deutlich höher. Ebenfalls höher war der Anteil der BewohnerInnen mit Patientenverfügung.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.4.2.2 *Symptome im letzten Lebensmonat*

Im letzten Lebensmonat litten in 2010 über die Hälfte der BewohnerInnen an Schmerzen (57,1 %), über ein Drittel an Desorientiertheit (36,5 %), ein Viertel an Übelkeit/Erbrechen (28,8 %), an Luftnot (24,7 %) und an Dekubitus (22,9 %). Dem schließen sich die Symptome Unruhe (16,5 %), Bewusstseinsbeeinträchtigung (14,7 %), Blutung (7,6 %), Angst (7,1 %) sowie Krampfanfälle (1,2 %) an. Eine dringliche Betreuungsrelevanz hatten Beschwerden mit mittlerer und starker Ausprägung. Während PalliativpatientInnen stärker unter Luftnot litten, waren Nicht-PalliativpatientInnen stärker von Dekubitus und Desorientierung betroffen.

Die Hälfte der BewohnerInnen litt beim letzten Kontakt mit dem Pflegepersonal an Schmerzen (50 %), ein Drittel an Desorientiertheit (33,5 %) sowie fast ein Viertel an Luftnot bzw. an Übelkeit/Erbrechen (jeweils 22,9 %). Unter den mittleren und starken Beschwerden nahmen Schmerzen, Desorientiertheit sowie Luftnot und Übelkeit/Erbrechen die führenden Positionen ein. Bei der Gegenüberstellung der zugeordneten PalliativpatientInnen und Nicht-PalliativpatientInnen zeigte sich, dass PalliativpatientInnen beim letzten Kontakt mit dem Pflegepersonal zumeist mehr beziehungsweise stärkere Symptome aufwiesen.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.4.3 *Ärztliche Versorgung*

Alle BewohnerInnen verfügten in 2010 über mindestens eine ÄrztIn. Unter den Fachrichtungen nahmen die AllgemeinmedizinerInnen den größten Anteil ein (83,5 %). Je nach Region versorgten PalliativmedizinerInnen (SAPV-ÄrztInnen)

oder SchmerztherapeutInnen eines kooperierenden Zentrums die BewohnerInnen. In 14,7 % der Sterbefälle kamen SchmerztherapeutInnen zum Einsatz, in 2,9 % der Fälle PalliativmedizinerInnen. Über ein Drittel der Besuche durch ÄrztInnen fanden aufgrund von Routinevisiten statt. Jeweils ein Fünftel der BewohnerInnen wurde aufgrund medikamentöser Einstellungen oder aufgrund von Schmerzen besucht. Bei 15 % erfolgte ein Besuch im Finalstadium, bei 10 % aufgrund der Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Im letzten Lebensmonat wurden die BewohnerInnen im Durchschnitt 2 Mal besucht. Es wird deutlich, dass die Besuche nicht immer den Beschwerden der BewohnerInnen angepasst sind.

Zudem deutet sich an, dass ÄrztInnenbesuche wegen schwerer Symptome im letzten Lebensmonat häufiger zur Krankenhauseinweisungen führen. 20 % der BewohnerInnen waren an ihrem letzten Tag im Heim von einer ÄrztIn besucht worden, was bei der Hälfte zu einer Krankenhauseinweisung führte.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.4.4 Sterbeort

Der Sterbeort, der singular betrachtet keine Aussage über Qualität der Pflege und Begleitung von BewohnerInnen zulässt, veränderte sich signifikant zugunsten des Pflegeheims. Starben 2005 noch 51,6 % der BewohnerInnen im Krankenhaus, verringerte sich ihr Anteil in 2006/2007 auf 41,5 % und in 2010 auf 35,3 %.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Versorgungsdauer einerseits und dem Sterbeort andererseits. Das Pflegeheim ist häufig dann der Sterbeort von BewohnerInnen, wenn der Tod erwartet wurde und die Einbindung verschiedener AkteurInnen in die Sterbebegleitung – zum Beispiel ÄrztInnen (91 %), Angehörige (85 %), Palliative Care-Fachkraft (86,7), Hospizdienst (83,3 %) – gelang.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

6.5 Ausgewählte Ergebnisse einer Forschung zu den Bedürfnissen von BewohnerInnen in Berliner Pflegeheimen

Eine Studie vom Institut für Medizinische Soziologie der Charité untersuchte die BewohnerInnenperspektive. Die Studie wurde u. a. auf der 5. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin (2010) vorgestellt. Sie ermittelte auf der Basis von 42 leitfadengestützten, narrativen Interviews und deren Auswertung mittels dokumentatorischer Methode, die relevanten Dimensionen von Lebensqualität, um einen vertieften Einblick in die Lebenswelt der PflegeheimbewohnerInnen zu erhalten.

Zwar variieren deren individuelle Bedürfnisse und Prioritäten, doch wurden zehn verschiedene Dimensionen von Lebensqualität ermittelt.

1. Etwas Sinnvolles und Freude Stiftendes tun (z. B. durch nützliche Tätigkeiten).
2. Soziale Kontakte pflegen (z. B. Zwischenmenschlichkeit erleben, Kontakte zu Angehörigen, MitbewohnerInnen und zum Pflegepersonal haben).
3. Selbstbestimmung erhalten (z. B. Unabhängigkeit von Angehörigen durch die gebotene Versorgung im Heim erfahren; Möglichkeit, über den Zeitpunkt der Versorgung selbst bestimmen können).
4. Intimsphäre bewahren (z. B. bei der Inkontinenzversorgung und Pflege).
5. Ruhe und Privatsphäre erleben (z. B. vor Geräuschstörungen bewahrt werden; das eigene Aktivitätsniveau bestimmen können).
6. Abwechslung und Aktivitäten erleben (z. B. Zugehörigkeit durch Teilnahme an jahreszeitlichen Veranstaltungen und religiösen Festen).
7. Sich heimisch fühlen (z. B. von vertrauten Möbeln und Fotos umgeben sein).
8. Sich sicher fühlen (z. B. versorgt sein; keine Angst haben, falls etwas passiert).
9. Gesundheit bewahren (z. B. keine Schmerzen haben; keine kognitiven Fähigkeiten verlieren müssen; schlafen können).
10. Im Austausch sein (z. B. Informationen erhalten, beraten und aufgeklärt werden).

(Vgl. Schenk 2010: 29ff.).

Die vorangegangene Darstellung der exemplarischen Lebens- und Sterbesituation hochbetagter Menschen in Berlin dient als Basis für die folgende Herleitung des Begriffs Palliative Care, wobei der Begriff im Kontext der individuellen und spezifischen Bedürfnisse der in Pflegeheimen lebenden Menschen betrachtet wird.

MAS-Thesis | Dirk Müller | Berlin

7 Palliative Care und Hospiz: Die Basis von Palliativer Geriatrie

Im Folgenden werden Palliative Care und Hospiz erläutert und in Beziehung zur Versorgung alter und hochbetagter Menschen gesetzt.

7.1 Palliative Care und Hospiz

Palliative Care (lat. Pallium: Mantel; engl. Care: Umsorgung) ist

gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 „*ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgsame Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art*“. (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2010: 1).

Folgende Grundzüge kennzeichnen Palliative Care: Sie

- ...bejaht das Leben, betrachtet das Sterben als einen Prozess, der Teil des Lebens ist und will den Tod weder beschleunigen noch verzögern.
- ...lindert Schmerzen und belastende Symptome.
- ...integriert psychische und spirituelle Aspekte in die PatientInnenfürsorge.
- ...bietet ein Unterstützungssystem, welches PatientInnen ermöglicht, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben.
- ...steht dem sozialen Umfeld der PatientInnen begleitend zur Seite und bietet Unterstützung bei der Trauerbewältigung.
- ...arbeitet interdisziplinär, um den Bedürfnissen der PatientInnen und ihrer An- und Zugehörigen gerecht zu werden.
- ...verbessert die Lebensqualität von PatientInnen und kann so den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.
- ...kann im Frühstadium von Erkrankungen in Kombination mit lebensverlängernden Maßnahmen angewendet werden.

- ...schließt erforderliche Forschung ein, um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können.

(WHO 2002. Durch den Autor modifizierte Übersetzung.).

Nach Steffen-Bürgi ist „*das Verständnis der Palliative Care uneinheitlich*“, was „*die Vielzahl von Definitionen und Beschreibungen*“ des Ansatzes sowie „*unterschiedliche Entwicklungen*“, Strukturen und Angebote auf „*nationaler und internationaler Ebene*“ belegen (Steffen-Bürgi 2007: 30). (Vgl. Heller, A. und Pleschberger 2010: 17).

Jedoch handelt es sich beim Begriff Palliative Care um einen international üblichen Fachausdruck. „*Als deutsche Übertragungen werden die Begriffe `Palliativmedizin`, `Palliativbetreuung` oder `Palliativversorgung` benutzt. Die Begriffe `Palliativpflege` und `Hospizarbeit` beinhalten wichtige Teilaspekte und Prinzipien der Palliative Care.*“ (Robert Bosch Stiftung 2006a: 47).

Auch der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) stellt die Bedeutung der Palliative Care für schwerkranke und sterbende Menschen heraus. Diese Menschen

„bedürfen einer palliativen Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch mit seinen Angehörigen und Nahestehenden, um seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse geht es.“ (Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (a)).

In jedem Einzelfall müssen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt werden (vgl. Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (a)).

„Das erfordert multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Handeln, eine intensive Kommunikation aller an der Betreuung beteiligten Haupt- und Ehrenamtlichen und

partnerschaftliche Zusammenarbeit.“ (Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (a)).

In welchem Setting die facettenreiche Palliative Care auch erbracht wird, erfolgreich gelingt sie im interdisziplinären Kontext. „*Unter `Palliative Care` (palliative Betreuung) werden die Bemühungen des gesamten Teams von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten und ehrenamtlichen Helfern zusammengefasst.*“ (Radebruch, Nauck und Aulbert 2007: 3).

Nach dem Verständnis der European Association for Palliative Care ist Palliative Care die grundlegendste Versorgungsform, denn sie stellt den schwerkranken und sterbenden Menschen ungeachtet seines Alters und mit seinen individuellen Bedürfnissen ins Zentrum der Aufmerksamkeit und des professionellen Handelns (vgl. Internetseite European Association for Palliative Care).

Vielfach wird Palliative Care einseitig als medikamentenbasiertes Therapiekonzept wahrgenommen. Das konstatiert auch die Sachverständigenkommission im Sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:

„Es stellt sich die Frage, ob die Palliativmedizin selbst (ungewollt) zu einer Medikalisierung des Lebensendes beiträgt, wenn sie – zwar nicht in ihrem Selbstverständnis, aber vielfach in der gegenwärtigen Forschung und Praxis – medikamentöse Maßnahmen zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle in den Mittelpunkt stellt.“ (Deutscher Bundestag 2010: 178).

Palliative Care auf Symptomkontrolle oder Schmerzmanagement zu reduzieren, greift zu kurz. Vielmehr gilt es, den einzelnen Menschen, dessen Körper, Geist und Seele in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Winter-Pfändler 2011: 75). Reitze-Jehle beschreibt Palliative Care als eine „*Haltung des Mitgehens*“ (Reitze-Jehle 2007: 121).

Nach Heller, A. erwächst Palliative Care aus Hospice Care, wurzelt also in der von der englischen Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin Cicely Saunders (1918–2005) gegründeten Hospizbewegung (vgl. Heller, A. 2010). Student und Napiwotzky zeigen auf, dass die methodische Handlungsweise der Hospizarbeit

erstmalig 1990 durch die WHO definiert wurde (vgl. Student und Napiwotzky 2007: 10). Beide beziehen sich auf Derek Doyle, wenn sie ausführen, dass Palliative Care „10 % Wissen und 90 % Haltung“ umfasst (vgl. Student und Napiwotzky 2007: 34). Für die Hospizarbeit sind die Grundsätze der Palliative Care zentral, denn sie versteht sich als deren bedeutendste Komponente (vgl. Kruse 2007: 222) und orientiert sich nach Student an fünf Prinzipien:

1. *Sterbende und ihre Angehörigen stehen im Zentrum.*
2. *Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung.*
3. *Ehrenamtliche HelferInnen werden in die Betreuung einbezogen.*
4. *Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle sind vorhanden.*
5. *Kontinuität der Fürsorge für die Betroffenen wird sichergestellt.*

(Internetseite Christoph Student).

Der ideelle Ansatz der Hospizarbeit entstammt der Hospizidee und fußt auf der psychosozialen und spirituellen Begleitung sowie der palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Betreuung (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. 2010: 18).

Während Hospizarbeit sich insbesondere der sterbenden Menschen annimmt, erweitert Palliative Care diesen Ansatz auf die Zielgruppe der Schwerkranken.

„Palliative Care setzt ganz bewusst nicht erst in den letzten Lebenswochen oder –monaten ein. Palliative Care ist immer dann ein hilfreiches Angebot, wenn rein kurative Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um das Wohlbefinden für die kranken Menschen herzustellen.“ (Student und Napiwotzky 2007: 10).

Obwohl Heller, A. und Pleschberger sowie Gronemeyer feststellen, dass sich die bisher vorwiegend auf Tumorkranke ausgerichtete Palliative Care allmählich Menschen mit anderen Krankheitsbildern zuwendet – auch den Hochbetagten und Demenzkranken (vgl. Heller, A. und Pleschberger 2008: 22; Gronemeyer 2006: 8), ist trotzdem zu beobachten, dass weiterhin Palliative Care vorrangig onkologisch Erkrankten zugute kommt und in diesem Zusammenhang kommuniziert wird. Diesen Schluss lässt jedenfalls die Darstellung von Palliative Care zu, die sich auf der Internetseite der World Health Organisation (WHO) unter der Überschrift „Cancer“ (Krebs) findet (vgl. Internetseite World Health Organisation). Eine

Erklärung bietet die historische Entwicklung von Palliative Care, denn „*Palliative Care oder Hospice Care entstanden als ein besonderer Betreuungsansatz für schwerkranke und sterbende Krebspatienten, deren Erkrankung nicht geheilt werden konnte*“. (Sandgathe Husebø 2009: 385).

Für die seit Jahren eingeforderten Veränderungen findet Bitschnau eindringliche Worte:

„Warum sollte die Form einer optimalen Versorgung nur einer privilegierten Patientengruppe zukommen? Sollten nicht alle Menschen, die lebensbedrohlich erkrankt sind, die bestmögliche Behandlung und Betreuung erwarten können, unabhängig davon, ob sie sich auf einer Palliativstation, auf einer internen Station eines beliebigen Krankenhauses, zu Hause oder in einem Pflegeheim befinden? Gibt es ein schlüssiges Argument, das dagegen spricht?“ (Bitschnau 2002: 15).

Durch Konkretisierung der Zielrichtung werden mittlerweile auch andere PatientInnengruppen mit Palliative Care in Verbindung gebracht. Die Arbeitsgemeinschaft „Nicht-Tumor-Patienten“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat neue Gruppen im Sinne der WHO-Definition identifiziert und definiert, unter anderem Personen im Endstadium internistischer Erkrankungen, mit schweren, progredienten neurologischen Erkrankungen, nach schweren Operationen mit irreversiblen Komplikationen, mit AIDS sowie mit fortgeschrittener Demenz (Vgl. Fuchs et al. 2007: 3).

In den Blick geraten somit chronisch kranke, schwer demente und/ oder sterbende alte und hochbetagte Menschen – auch in Pflegeheimen (vgl. Weihrauch 2009: 1; Wilkening und Kunz 2005: 31).

Kojer und Pirker sind FürsprecherInnen der optimalen Versorgung und Palliative Care speziell für die Hochbetagten. Sie lehnen die Reduzierung der Palliative Care auf Schmerztherapie, Symptomkontrolle und -linderung ab. Außerdem verdeutlichen sie, dass für Hochbetagte auch kurative Maßnahmen sinnvoll sein können. (Vgl.

Kojer und Pirker 2009: 36-37). „Wir dürfen uns niemals vorschnell und unkritisch damit begnügen, Symptome zuzudecken, solange andere Therapieformen sinnvoll und möglich sind.“ (Kojer und Pirker 2009: 37).

Es bedarf eines Betreuungsansatzes, der sowohl kurative als auch rehabilitative und palliative Maßnahmen vereint und sich gegen Lebensende zugunsten palliativer Maßnahmen verschieben kann. Leitlinie ist der Erhalt individueller Lebensqualität für hochbetagte und multimorbide Menschen.

Von den chronisch Erkrankten fordern insbesondere jene mit fortgeschrittener Demenz die Palliative Care besonders heraus. Durch den geistigen Abbau verliert sich die Sprache bis auf wenige Wörter oder versiegt ganz. Ein brisanter Umstand, da demente PatientInnen somit nicht mehr in der Lage sind, ihre Leiden allgemeinverständlich zu beschreiben. Dies erschwert die Behandlung der PatientInnen. Schmerzen und belastende Symptome werden leicht übersehen und nicht behandelt. (Vgl. Sandgathe Husebø 2009: 401ff.).

Auf diese Schlechterstellung von Hochbetagten und Dementen verweist auch der Sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:

„Während bei Tumorpatienten und –patientinnen die letzte Lebensphase vergleichsweise klar abgrenzbar und der weitere zeitliche Verlauf weitgehend vorhersagbar ist, ist dieses bei chronischen Erkrankungen nicht der Fall. Hier wechseln sich Phasen der Verschlechterung und Phasen der Erholung ab. Der Versorgungsbedarf älterer Menschen wird deshalb häufig nicht adäquat erkannt, was die Zuweisung zur Palliativversorgung erschwert. So werden zum Beispiel geriatrische Patienten und Patientinnen mit Demenz bei ähnlichen physischen und psychosozialen Symptomen wie Tumorkranke nur selten palliativmedizinisch versorgt.“ (Deutscher Bundestag 2010: 178).

Überspitzt gesagt: Wird Palliative Care auf das unmittelbare Lebensende reduziert, kommt sie für alte und hochbetagte Menschen zu spät.

Heimerl und Kojer erweitern den Blick auf die WHO-Definition der Palliative Care und fordern deren Gültigkeit für alle Bedürftigen (vgl. Heimerl und Kojer 2011: 21).

„Der Beginn von Palliative Care ist im hohen Alter durch fortschreitende Demenz und Multimorbidität gekennzeichnet (im Gegensatz zur `Diagnose´ bei der WHO), das Kontinuum von Palliative Care nimmt im hohen Alter meist nicht stetig zu (wie bei der WHO dargestellt), sondern bleibt zu Beginn – wenn auch mit Schwankungen – oft über längere Zeit etwa gleich, um dann gegen Ende des Lebens deutlich zuzunehmen und in den letzten Tagen und Stunden in die Sterbebegleitung überzugehen, die mit intensiviertem Betreuungsbedarf verbunden ist. Stützende Begleitung im Leben (für Patienten/Patientinnen und Angehörige) und in der Trauer (bei der WHO `Trauerbegleitung´) ist während der gesamten – oft über Jahre andauernden – palliativen Phase notwendig und nicht erst nach dem Tod des Patienten oder der Patientin.“ (Kojer und Heimerl 2009: 158).

Heimerl hält alte Menschen für *„im hohen Maße palliativbedürftig“*, und zwar dann, *„wenn Schmerzen und Symptome aufgrund der vielfachen Krankheiten und Einschränkungen zur Belastung werden und/ oder wenn sie `unheilbar dement´ werden. Dann brauchen hochbetagte Menschen umfassende, körperliche, seelische, soziale und spirituelle Begleitung, Pflege und Behandlung.“* (Heimerl 2011: 16).

Kojer verdeutlicht, dass Palliative Care für Hochbetagte nicht *„End-of-Life Care“* ist, sondern *„Lebensbegleitung bis zuletzt“* (Kojer, zitiert in Müller, D. 2010: 13).

Alte und hochbetagte Menschen brauchen eine andere Form der Palliative Care als TumorpatientInnen. Nötig ist ein erweitertes Verständnis von Palliative Care und ein Spagat der Pflegeheime zwischen Leben und Tod, zwischen Geburtstagsfeier und Liederabend einerseits und Pflegebedürftigkeit und Sterbebegleitung andererseits. Palliative Care für alte Menschen muss hierauf eigene Antworten finden.

Viele Hochbetagte leiden unter ihrem körperlichen Verfall, der häufig in großem Gegensatz zu ihrem regen Geist steht. Wenn beispielsweise Sehkraft und Gehör nachlassen, entschwindet die Welt zunehmend aus ihrem Erleben und sie warten, dass der Tag vergeht. Das wird auch in den Gedanken von Gertrud Burkowski

deutlich, der kulturliebenden, pflegebedürftigen und hochbetagten Bewohnerin eines Berliner Pflegeheims: *„Ich sitze hier und träume und weine. Ich weine, weil ich mich erinnere, wie schön das Leben war. Ich bin traurig, weil ich jetzt nichts mehr machen kann mit meinem Körper. Aber innerlich, da könnte ich noch tanzen!“* (Burkowski, zitiert in Pfister 2011: 12).

7.2 Geriatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. bezeichnet Geriatrie als *„medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation befasst.“* (Internetseite Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.)

Bruder et al. beschreiben unter dem Titel „Was ist Geriatrie?“ 17 Dimensionen geriatrischer Medizin, die das Feld charakterisieren. Davon sind nachfolgend diejenigen aufgeführt, die bisher nicht im Zusammenhang mit der inhaltlichen Bestimmung von Palliative Care herausgestellt wurden, was jedoch nicht bedeutet, dass die bezeichneten Dimensionen in der Palliativmedizin und Hospizarbeit irrelevant seien. Als Dimensionen der Geriatrie lassen sich ergänzen:

- Sie betreibt Risikoerkennung und identifiziert gefährdete PatientInnen.
- Sie behält die Folgen gestörter Willensbildung sowie das rechtliche Schutzbedürfnis der Erkrankten im Blick.
- Ihr obliegen Entscheidungen über die Notwendigkeit von Maßnahmen sowie über die Begrenzung von deren Anzahl.
- Sie umfasst bis zum Tod Rehabilitationsaspekte sowie Therapien gegen chronische, unumkehrbare Erkrankungen bei gleichzeitig fürsorglicher Begleitung irreversibler Leiden.

(Vgl. Bruder et al. 1991: 5ff.).

Die Begriffsklärungen von Palliative Care und Geriatrie beinhalten inhaltliche Überschneidungen, welche die Nähe beider Ansätze und Disziplinen verdeutlichen:

Beide Disziplinen sind im Kontext von Sterben und Tod angesiedelt („*Todesnähe*“). Sie müssen sich auf vielfältige körperliche und psychische Veränderungen ihrer PatientInnen einstellen („*psychosomatische Zusammenhänge*“, „*Multimorbidität*“, „*senile Demenz*“) und im Spannungsfeld von erforderlicher Therapie und mitmenschlicher Begleitung („*Polarität*“) agieren. Die Aktivitäten richten sich an den individuellen Lebenssituationen der PatientInnen aus („*Umweltbezogenheit*“), welche häufig unter einer unumkehrbaren, nicht selten zum Tode führenden Erkrankung („*Irreversibilität*“) leiden. Hierbei spielen rehabilitative Ansätze eine Rolle („*Rehabilitation*“), in dem Sinne, dass eine Befähigung, das Leben zum Tode hin zu sehen und zu gestalten, erfolgt (vgl. Kruse 2007: 213). Die Palliative Care und die Geriatrie gewichten ihre Aktivitäten hinsichtlich der Sinnhaftigkeit für PatientInnen und deren individueller Lebensqualität („*Hierarchisierung*“). Dabei gilt es, die Versorgung und Betreuung der PatientInnen kontinuierlich sicherzustellen, vorausschauend zu planen („*Risikoerkennung*“, „*Weiterversorgung*“) sowie Sorge und Verantwortung für die PatientInnen zu tragen, die ihren Willen nicht mehr adäquat äußern können („*Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten*“). Adäquate Palliative Care und Geriatrie gelingen in enger Zusammenarbeit mit Angehörigen und Nahestehenden („*Angehörigenarbeit*“) sowie in Kooperation mit allen beteiligten Berufsgruppen („*Interdisziplinarität*“) und im Netzwerk. Anliegen und Auftrag beider Disziplinen ist es, in andere Gebiete der Medizin hineinzuwirken und bei Bedarf beratend zur Verfügung zu stehen („*Konsiliarwirkung*“) sowie Wissen und Erfahrungen weiterzugeben. Vorhandenes Wissen wird stetig ausgebaut und zum Beispiel durch Forschungsaktivitäten im Feld weiterentwickelt und ggf. berichtigt („*Wissensmodifikation*“). Letztlich bedarf es in beiden Disziplinen der Optimierung organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen („*strukturell-organisatorischer Umbruch*“). (Vgl. Bruder et al. 1991: 5ff.)

Trotz vieler vergleichbarer Dimensionen von Palliative Care mit ihren „üblichen“ Organisationsformen wie Palliativstation, Hospiz, ambulanter Hospizdienst etc. (vgl. Radebruch und Nauck und Aulbert 2007: 3) und der Geriatrie gibt es Unterschiede: so werden beispielsweise im geriatrischen Setting hochbetagte Menschen betreut, für

die neben den vor genannten Dimensionen insbesondere Multimorbidität, Demenz und chronische Erkrankungen charakteristisch sind.

Nach Frühwald kommt es zudem bei einem hohen Anteil der Hochbetagten zu einer „*mehrdimensionalen, eine Reihe von biologischen und medizinischen sowie psychologischen und sozialen Faktoren umfassenden funktionellen Fähigkeitsstörung*“ (Frühwald 2010: 132; vgl. Neubart, de la Chevallerie und Mende 2010: 13), was in der Folge die Fähigkeit verringert, auf negative Krankheits- und Umwelteinflüsse kompensatorisch zu reagieren. Frühwald nennt diese Störung „*Frailty*“ und versteht darunter „*das Auftreten mehrerer, typischer geriatrischer Syndrome, das Multimorbidität kennzeichnet, kombiniert mit Gebrechlichkeit, Hinfälligkeit, Pflegeabhängigkeit, Reduktion der Autonomie und Selbstständigkeit.*“ (Frühwald 2010: 132). Er schätzt ein, dass zielgerichtete Prävention, Rehabilitation und Therapie die Störung hinauszögern können, in ausgeprägter Form sei sie jedoch irreversibel und kündige den nahen Tod an. Ist der Tod absehbar, beschränken sich Maßnahmen fortan im Wesentlichen auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Sterbebegleitung sowie die Stützung seiner Angehörigen und Nahestehenden. Handlungsleitende Maxime muss es sein, Bedürfnisse, die auch demente Sterbende zum Ausdruck bringen, zu erfassen, um dann verbal und/ oder nonverbal eine einfühlsame, individuell gestaltete Begleitung anzubieten. (Vgl. Frühwald 2010: 132).

Das arbeitete bereits der in der DDR tätige Arzt Blumenthal-Barby heraus:

„Wenn aber trotzdem die Kräfte schwinden und sie selbst das Herannahen des Todes spüren, möchten sie keine Weiterführung solcher Maßnahmen mehr und wünschen nur noch Schmerzfreiheit. Selbstverständlich erwartet der hochbetagte kranke Mensch, dass sein Zustand bis zuletzt vom Arzt unter Berücksichtigung seiner ganz persönlichen Situation beurteilt wird. Er hat Vertrauen und hofft, dass ihm durch Schmerzlinderung, erhöhte pflegerische Zuwendung und, wenn das Lebensende naht, durch rechtzeitigen Besuch seiner Angehörigen – die vom Heim verständigt werden müssen – das Sterben erleichtert wird. Der letzte Wunsch eines Menschen ist auf harmonische Verbundenheit mit seinen Angehörigen oder nahestehenden Freunden in

innerer und äußerer Ruhe gerichtet. Die Voraussetzung dafür zu schaffen, sind Inhalt und Ziel der Betreuung unserer hochbetagten Mitbürger bis zu ihrem Lebensabend in Feierabend- und Pflegeheimen¹⁹.“ (Blumenthal-Barby 1991: 126).

Wenn eine „gelungene“ Sterbebegleitung individuelle Bedürfnisse und Wünsche sterbender Menschen erfüllen soll, setzt das voraus, dass diese im Vorfeld bekannt sind. Heimerl kam im Kontext qualitativer Interviews zum Ergebnis, die Betroffenen wünschten sich im Wesentlichen:

1. Schmerz- und Symptomkontrolle,
2. über den Tod sprechen zu können,
3. angemessene Aufklärung,
4. das Ausmaß der medizinischen Intervention mitbestimmen zu können,
5. Sterbebegleitung,
6. Sterbezeit und Sterberaum mit gestalten zu können.

(Vgl. Heimerl 2007:133ff.).

7.3 Palliative Care und Geriatrie für demenzkranke Menschen

Demenzen gehören zu den häufigen psychiatrisch-neurologischen Alterserkrankungen. Kojer macht darauf aufmerksam, dass die Palliativbedürftigkeit Demenzkranker häufig in Zweifel gezogen wird (vgl. Kojer 2010: 145).

Perrar vertritt die Meinung, dass die Begleitung und Behandlung insbesondere schwerst Dementer prinzipiell als eine palliativmedizinische oder hospizliche Aufgabe gewertet werden könne. Auch wenn von der Diagnose bis zum Sterben meist noch viele Jahre vergingen. (Vgl. Perrar 2008: 4).

„Die Erkrankten verlieren ihre Bewegungsfähigkeit, werden bettlägerig, können ihre Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren und sind völlig auf Hilfe angewiesen. Die verbale Kommunikationsfähigkeit erlischt völlig. Die

¹⁹ Anmerkung: Feierabend- und/ oder Pflegeheime waren in der DDR gebräuchliche Begriffe.

Fähigkeit, missliebige Zustände wie Schmerzen, Angst, qualvolle Unruhe, Übelkeit, Atemnot, Obstipation, wahnhaftes Erleben oder Halluzinationen verbal zu äußern, geht verloren.“ (Perrar 2008: 4).

Auch für Fuchs et al. sind gerade PatientInnen in den fortgeschrittenen Demenzstadien auf palliatives und hospizliches Know-how angewiesen (vgl. Fuchs et al. 2007: 4).

Kojer argumentiert, dass alle Demenzen unheilbar, progredient sind und den Tod beschleunigen. Sie kritisiert, dass Demenzkranke häufig nicht als Kranke, sondern nur als „*Veränderte, Betroffene oder Abgebaute*“ angesehen werden und stellt die Bagatellisierung des Themas an den Pranger. (Kojer 2010: 147). Sie problematisiert die Frage, wann die Bedürfnisse und Probleme der Kranken es wert seien, gelindert zu werden. Denn:

„Sie setzen nicht erst wenige Monate, Wochen oder Tage vor dem Tod ein, sondern begleiten und belasten die Betroffenen oft über sehr lange Zeit. Kommunikationsprobleme, die das Wahrnehmen von Schmerzäußerungen oder,[sic!] das Erkennen von Signalen der Not verhindern, werden mit zunehmender Demenz immer größer. Palliativarbeit in der Geriatrie kann und darf sich daher nicht damit begnügen End of Life Care zu sein!“ (Kojer 2010: 155).

Eines von Kojers Verdiensten besteht darin, das Augenmerk von Palliative Care auf die alten, hochbetagten und demenzerkrankten Menschen gelenkt und somit einen neuen eigenständigen, identifizierbaren Bereich von Palliative Care begründet und definiert zu haben, nämlich die Palliative Geriatrie.

„Es genügt nicht zu versuchen [sic!] das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatriische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vieler Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck `Palliative Geriatrie´ und nicht die von vielen bevorzugte Bezeichnung `Palliative Care in der Geriatrie´. Es handelt sich

dabei um ein eigenständiges Teilgebiet der Palliative Care, das als solches gelehrt und gelernt werden muss.“ (Kojer 2010: 157).

Mittlerweile ist der Begriff „Palliative Geriatrie“ im deutschsprachigen Raum angekommen, wird aber noch selten verwendet. So listet die Suchmaschine Google für „Palliative Geriatrie“ 19.400 Fundstellen auf (vgl. Internetseite Google (a)), der Begriff „Palliative Care“ wird jedoch mit 10.600.000 Ergebnissen (vgl. Internetseite Google (b)) dargestellt.

Heller, A. und Pleschberger berichten, in der Literatur werde kritisch angemerkt, dass der Begriff „Palliative Geriatrie“ den Eindruck einer „*Medikalisierungstendenz*“ (Heller, A. und Pleschberger 2010, 20) hinterlasse. Das dürfte Kojer jedoch kaum gemeint haben. Riedel gibt im begrifflichen Kontext zu bedenken, dass es sich bei der „Geriatrie“ um einen ausgewiesenen Bereich der Medizin handle und demnach der Begriff „Palliative Care“ für die stationäre Altenpflege geeigneter erscheine (vgl. Riedel 2010: 54).

7.4 Palliative Geriatrie: Lebensqualität bis zuletzt

Für Kojer bildet das Sicheinlassen auf die Hochbetagten und Demenzkranken die Basis der Palliativen Geriatrie. Es gehe darum, „*die Welt der Alten zu respektieren, ihre Sprache [zu] sprechen*“ (Kojer 2007: 75), da andernfalls „*fast alle anderen Bemühungen zum Scheitern verurteilt*“ sind (Kojer und Pirker 2009: 41). Kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie palliativ-geriatriische Pflege betrachten Kojer und Pirker als wesentliche Eckpfeiler des palliativ-geriatriischen Ansatzes (vgl. auch Wilkening und Kunz 2005: 84ff.). Therapeutische Maßnahmen, wie Ergo-, Physio-, Garten- und/ oder Tiertherapie, ergänzen die Betreuung der betroffenen Menschen. Kenntnisse und Fähigkeiten in Basaler Stimulation und Validation (nach Naomi Feil²⁰) sowie eine konsequente

²⁰ Anmerkung: Validation (wörtlich: Gültigerklärung) ist eine Methode zur Kommunikation mit desorientierten Menschen, entwickelt von Naomi Feil, einer US-amerikanischen Gerontologin.

Angehörigenarbeit sind elementare Voraussetzungen (vgl. Kojer 2009: 42–45). Das folgende Schaubild verdeutlicht die Aspekte in der Palliativen Geriatrie.

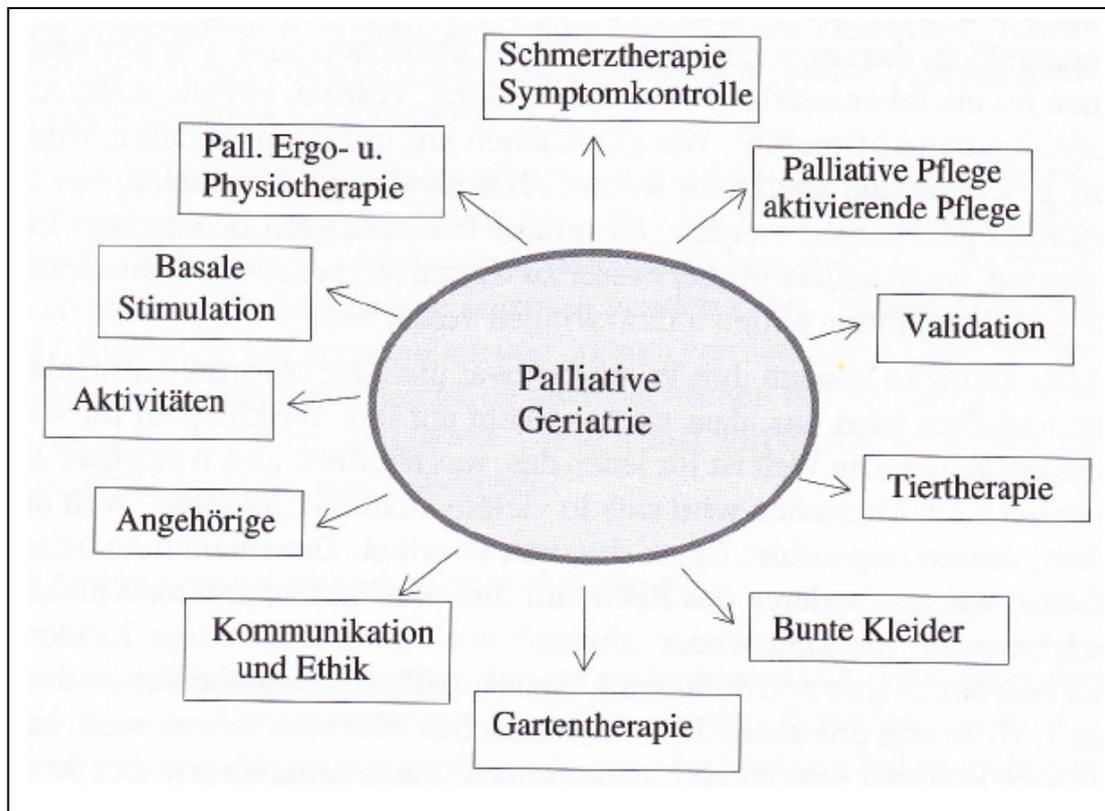


Abbildung 2: Palliative Geriatrie. (Kojer und Priker 2009: 42).

Stellt man die Begrifflichkeiten „Palliative Care“, „Hospizarbeit“, „Geriatrie“ und „Palliative Geriatrie“ nebeneinander, wird die vorhandene Wechselwirkung deutlich, wobei aber der Vergleich zu einer differenzierten Sicht- und Handlungsweise je nach Zielgruppe und Setting verpflichtet.

Im Folgenden benutzt der Autor zwar weiterhin den Begriff „Palliative Care“, möchte ihn aber im Sinne von „Palliativer Geriatrie“, wie Kojer sie beschreibt, verstanden wissen. Denn im Mittelpunkt seiner Auseinandersetzung mit Palliative Care stehen die Pflegeheime, und bei deren BewohnerInnen handelt es sich um Hochbetagte, chronisch Kranke und Demente, also genau um die spezielle Zielgruppe der Palliativen Geriatrie.

8 Versorgungsangebote für schwerstkranke und sterbende alte Menschen in Berlin

Die Versorgung hochbetagter und sterbender Menschen geschieht zumeist sowohl ambulant als auch stationär. Sie wird in beiden Sektoren teilweise von unterschiedlichen, häufig von gleichen Leistungserbringern durchgeführt. Die Versorgungslandschaft lässt sich zudem nach Fachbereichen unterteilen, und zwar in die ärztliche und pflegerische Versorgung sowie die psychosoziale Begleitung. Leistungserbringer bemühen sich um eine Vernetzung ihrer ambulanten und stationären Angebote in bezirklichen²¹ (z. B. Arbeitsgemeinschaften Altenhilfe, Geriatriisch-Gerontopsychiatische Verbände) oder überbezirklichen (z. B. Hospiz- und Palliativverband Berlin e. V., Arbeitskreis Pflege in der Ärztekammer Berlin) Netzwerken. Es kann festgestellt werden, dass es bisher kaum gelungen ist, alle AkteurInnen sinnvoll zu vernetzen, was sicher auch der AkteurInnenzahl, deren Unkenntnis und der Vielzahl der Netzwerke geschuldet ist²².

Die Vielschichtigkeit der Berliner Hilfe- und Versorgungspalette für alte Menschen ist nicht originäres Thema dieser Arbeit. Nachfolgend werden die Angebote aufgeführt, in denen Hochbetagte und Sterbende schwerpunktmäßig versorgt werden.

8.1 Ambulante Versorgung

Der Grundsatz "ambulant vor stationär" hat sich in Deutschland als Leitprinzip der Versorgung im Gesundheits- und Sozialbereich durchgesetzt. Damit soll dem Bedürfnis der Menschen Rechnung getragen werden, möglichst lange in vertrauter Umgebung zu bleiben und so am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. (Vgl. Internetseite Pflegeportal Land Berlin (a)).

²¹ Anmerkung: In Berlin gibt es 12 Bezirke.

²² Anmerkung: Der Autor bezieht sich auf seine beruflichen Erfahrungen im Rahmen der Berliner Netzwerkarbeit.

8.1.1 Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegeeinrichtungen werden in § 71 Abs. 1 SGB V definiert. Die Pflegeleistungen werden von ambulanten Pflegediensten erbracht, die die PatientInnen in deren Häuslichkeit unterstützen und dort deren Versorgung sichern. Das professionelle Angebot umfasst neben der Grund- und/ oder Behandlungspflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, der sozialen und pflegerischen Beratung und der Pflegeanleitung auch die Organisation von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige und die Koordination zusätzlicher Leistungen. (Vgl. Internetseite Pflegeportal Land Berlin (b)).

Leistungen, organisatorische und personelle Voraussetzungen und Qualitätsbedingungen der Pflegedienste sowie weitere Regelungen sind im Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung im Land Berlin festgelegt.

2009 existierten in Berlin 505 Pflegedienste, die 26.263 Pflegebedürftige²³ versorgten (vgl. Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2010: 25).

8.1.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung wurde 2007 als neue Versorgungsform für gesetzlich Versicherte eingeführt (vgl. Internetseite Gemeinsamer Bundesausschuss). In der SAPV-Betreuung (vgl. Punkt 8.1.2 und 9.5) „tritt der palliative Ansatz an die Stelle eines kurativen Ansatzes“ (Hach 2011: 60).

Gesetzliche Grundlage sind die §§ 37b und 132d SGB V. Anspruchsberechtigt sind PatientInnen „mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen“ (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die SAPV „ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen“ und „umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen; eingeschlossen ist die Koordination, insbesondere der Schmerztherapie und Symptomkontrolle“ (§ 37b Abs. 1 Satz 2 SGB V). Neben den

²³ Anmerkung: Im Sinne des § 14f. SGB XI.

ambulant versorgten PatientInnen haben auch im Pflegeheim lebende PatientInnen Anspruch auf SAPV (vgl. § 37b Abs. 2 SGB V).

In Berlin trat nach langen Verhandlungen zum 1.7.2010 ein kassenübergreifender und flächendeckender Rahmenvertrag über die SAPV gemäß § 132d SGB V in Kraft, der auf den bestehenden Home Care-Strukturen²⁴ aufbaut. Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen sind die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und Home Care Berlin e.V. (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales von Berlin 2011: 47). Mittlerweile umfasst der Vertrag fünf Änderungsvereinbarungen; die aktuelle Vereinbarung wurde im Juli 2011 unterzeichnet²⁵ und regelt die aus Sicht eines „Berliner Aktionsbündnisses Ambulante Palliativpflege“ bisher nicht kostendeckende Vergütung spezialisierter Pflegedienste neu (vgl. Internetseite Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (a) und (b)).

In Berlin existiert keine Versorgung im Sinne der Organisationsform „Palliative Care-Team“, vielmehr arbeiten verschiedene Leistungserbringer im Sinne eines Netzwerkes zusammen. Eine Kooperationsvereinbarung regelt die fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen den zugelassenen ÄrztInnen²⁶ und Pflegediensten²⁷.

²⁴ Anmerkung: Bei Home Care Berlin e. V. handelt es sich um das 1992 gegründete Modellprojekt Home Care Berlin e. V. zur häuslichen Versorgung schwerstkranker KrebspatientInnen am Lebensende.

²⁵ Anmerkung: 5. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132d SGB V in Berlin vom 06.07.2010 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Home Care Berlin e. V. sowie den gesetzlichen Krankenkassen.

²⁶ Anmerkung: Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin übernimmt im Rahmen des Teilnahmeverfahrens die Prüfung der Qualifikationsvoraussetzungen der ÄrztInnen und die Abrechnung der von diesen erbrachten Leistungen.

²⁷ Anmerkung: Die Allgemeine Ortskrankenkasse Nordost übernimmt im Rahmen des Teilnahmeverfahrens die Prüfung der Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegefachkräfte und Kooperationen mit SAPV-ÄrztInnen sowie die Abrechnung der von diesen erbrachten Leistungen.

8.1.2.1 *Spezialisierte ÄrztInnen*

Qualifizierte ÄrztInnen, die über eine Weiterbildung in Palliativmedizin und ausreichende Praxiserfahrungen in der ambulanten Palliativversorgung verfügen, leiten und koordinieren die Versorgung betroffener PatientInnen in der letzten Lebensphase. Ziel ihrer Arbeit ist die optimale schmerz- und symptomlindernde Versorgung, in die alle beteiligten Personen und Leistungserbringer (z. B. Angehörige und Nahestehende, spezialisierte Pflegedienste, Pflegeheime, HausärztInnen, Hospize) einbezogen werden sollen. Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft ist zu gewährleisten. (Vgl. Internetseite Kassenärztliche Vereinigung Berlin (a)).

Nach Aussage des Senats von Berlin nehmen 81 ÄrztInnen am SAPV-Vertrag teil (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 47). Home Care Berlin e. V. listet 57 SAPV-ÄrztInnen auf (vgl. Internetseite Home Care Berlin e. V.).

8.1.2.2 *Spezialisierte Pflegedienste*

Spezialisierte Palliativpflege wird durch weitergebildete und ausreichend erfahrene Krankenpflegekräfte der spezialisierten Pflegedienste erbracht, die mit allen anderen Leistungserbringern zusammenarbeiten. Je nach Verordnung durch VertragsärztInnen (vgl. Muster 63²⁸) erbringen sie Beratungs-, und/ oder Koordinationsleistungen bzw. eine additive unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung der PatientInnen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin listet 24 Spezialisierte Pflegedienste auf (vgl. Internetseite der Kassenärztliche Vereinigung Berlin (b)).

²⁸ Anmerkung: Beim „Muster 63“ handelt es sich um ein standardisiertes Ordnungsblatt zur SAPV.

8.1.3 Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste

Hospizdienste begleiten sterbende Menschen, ihre Angehörigen und Nahestehenden psychosozial (vgl. Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (b)). Angestellte hauptamtliche KoordinatorInnen stellen die Vorbereitung, Anleitung und Einsatzkoordination der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sicher. Begleitungen finden sowohl ambulant als auch stationär statt. Die meisten Dienste begleiten auch Betroffene in Pflegeheimen, einige KoordinatorInnen bieten dort auch palliativpflegerische Beratung an. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 24).

Berlin verfügt über 22 Hospizdienste für Erwachsene (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 22). Von diesen 22 Diensten agieren zwei Dienste ausschließlich im Krankenhaus, ein Dienst ausschließlich im Pflegeheim, ein weiterer Hospizdienst begleitet nur Menschen mit dem Vollbild AIDS.

In den übrigen 18 Diensten waren im Jahr 2009 insgesamt 915 ehrenamtliche und 36 hauptamtliche MitarbeiterInnen tätig. Diese erbrachten 1.812 Begleitungen, davon fanden 546 (30,1 %) in Pflegeheimen statt. Zählt man den auf Pflegeheime spezialisierten Hospizdienst (35 Ehrenamtliche und eine Hauptamtliche) dazu, wurden 2009 berlinweit 662 BewohnerInnen in Heimen begleitet. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 23).

Im Jahr 2009 wurden in den Heimen allerdings 27.522 Pflegebedürftige²⁹ versorgt (vgl. Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2010: 25), so dass die 662 Begleitungen durch Hospizdienste auf nur 2,4 % der PflegeheimbewohnerInnen entfielen. Beratungszahlen der Hospizdienste in Heimen wurden nicht dokumentiert. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 24).

Leistungsumfang sowie Qualitätsvoraussetzungen der von den gesetzlichen Krankenkassen geförderten Hospizdienste sind in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V geregelt (vgl. Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (c)). Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen auf Grundlage des § 39a Abs. 2 SGB V sowie auf Träger- und Spendenbasis.

²⁹ Anmerkung: Im Sinne des § 14f SGB XI.

8.1.4 Spezifische Beratungsangebote

Die nachstehenden Beratungsangebote sind insbesondere für die Zielgruppe der pflegebedürftigen und sterbenden Menschen sowie für ihre Angehörigen und Nahestehenden relevant.

8.1.4.1 Zentrale Anlaufstelle Hospiz

Die Zentrale Anlaufstelle Hospiz in Berlin (ZAH) ist eine spezialisierte, berlinweite Informations- und Beratungsstelle rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer. Das multidisziplinäre Team haupt- und ehrenamtlicher MitarbeiterInnen berät zudem bei Fragen bezüglich Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Die ZAH ist mit zahlreichen Berliner Institutionen und Arbeitskreisen vernetzt, z. B. mit dem Arbeitskreis Trauer Berlin, dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und dem Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. In der Beratungsstelle nehmen Anfragen bezüglich der Versorgung hochbetagter Menschen zu. (Vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales von Berlin 2011: 46).

8.1.4.2 Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte haben den Auftrag, alte und pflegebedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen unabhängig und unentgeltlich zu beraten. Zu den Themen gehören Leistungen der Pflege- und der Krankenkassen, Sozialleistungen und Hilfsangebote. Die Beratungsstellen unterstützen bei der Beschaffung von Hilfsmitteln und Alltagshilfen, zudem initiieren und koordinieren sie relevante Versorgungsangebote. Sie übernehmen für Ratsuchende durch Beratung, Begleitung und/ oder Vernetzung eine Lotsenfunktion im Berliner Gesundheits- und Sozialbereich. Derzeit existieren 26 Pflegestützpunkte. (Vgl. Internetseite Land Berlin (a)).

8.2 Stationäre Versorgung

Können PatientInnen im ambulanten Bereich nicht mehr adäquat versorgt werden, kommen stationäre Angebote infrage.

8.2.1 Krankenhäuser

In Krankenhäusern werden *„durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert“* (Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin 2011: 2).

Zum 31.12.2010 gab es in Berlin 91 Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 22.168 Betten (vgl. Internetseite Land Berlin (b)). Die zuständige Senatsverwaltung erwartet eine Erhöhung des Bedarfs, gerade in der Geriatrie (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010: 23).

8.2.1.1 Geriatrische Abteilungen

Geriatrische Abteilungen in Krankenhäusern sind auf alte und hochbetagte PatientInnen spezialisiert. Zum Versorgungsangebot gehören neben der Akutmedizin auch die geriatrische Rehabilitation, die Hilfsmittelversorgung und -anpassung, die Palliativmedizin sowie präventive und sozial flankierende Maßnahmen. (Vgl. Neubart, de la Chevallierie und Mende 2010: 10ff.).

Im therapeutischen, multidisziplinären Team arbeiten ÄrztInnen (Fachrichtung Geriatrie), Pflegekräfte, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und andere Berufsgruppen zusammen.

Laut Geriatriekonzept der Ärztekammer stehen in 15 Berliner Krankenhäusern 1.243 Betten zur Verfügung (vgl. Neubart, de la Chevallierie und Mende 2010: 30).

8.2.1.2 Palliativstationen

Daneben sind einigen Krankenhäusern Palliativstationen als Abteilung mit eigenem Versorgungsauftrag angegliedert. Sie verfolgen das Ziel, quälende Schmerzen und Symptome von Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung durch medizinische und pflegerische Maßnahmen zu lindern. PatientInnen sollen mit einer möglichst hohen Lebensqualität in die Häuslichkeit beziehungsweise ins Pflegeheim oder Hospiz entlassen werden. Ist das nicht möglich, können sie hier auch in einem geeigneten Rahmen sterben. Im multidisziplinären Team arbeiten ÄrztInnen (Fachrichtung Palliativmedizin), Pflegekräfte, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und andere Berufsgruppen zusammen.

In Berlin existieren derzeit 7 Palliativstationen mit 55 Betten (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 20).

Darüber hinaus werden komplexe palliativmedizinische Behandlungen auch in anderen Krankenhausabteilungen erbracht.

8.2.2 Stationäre Hospize

Ist die häusliche Versorgung sterbender Menschen nicht möglich und eine Krankenhausbetreuung nicht erforderlich, stehen stationäre Hospize zur Verfügung. Es handelt sich um kleine wohnliche Einrichtungen mit maximal 16 Plätzen, die in der Regel über eine eigenständige Organisationsstruktur verfügen. Hier werden schwerstkranke und sterbende Menschen mit einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzten Lebenserwartung bis zum Tod betreut. Ein therapeutisches, multidisziplinäres Team aus spezialisierten Pflegekräften, ÄrztInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und anderen Berufsgruppen arbeitet im Rahmen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie in der palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung zusammen. (Vgl. Internetseite Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (c)).

Leistungsumfang sowie Qualitätsvoraussetzungen der stationären Hospize sind in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V geregelt (vgl. Internetseite Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (b)).

Stationäre Hospize werden auf Grundlage von § 39a Abs. 1 SGB V sowie § 72 SGB XI bzw. § 85 SGB XI über die Kranken- und Pflegekassen und den 10-prozentigen Eigenanteil des Trägers sowie aus Spenden finanziert.

In Berlin existieren 11 stationäre Hospize für Erwachsene mit insgesamt 163 Plätzen (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 84).

8.2.3 Pflegeheime

Stationäre Pflegeeinrichtungen werden im § 71 Abs. 2 SGB XI definiert. Die HeimbewohnerInnen werden hier unter Aufsicht einer verantwortlichen Pflegefachkraft betreut und gepflegt.

Aufgenommen werden Menschen, die nicht in der Lage sind, den eigenen Haushalt zu führen und Betreuung rund um die Uhr benötigen, bzw. bei denen ein besonderer Einzelfall vorliegt, zum Beispiel Verwahrlosung, das Fehlen pflegender Angehöriger oder deren Überforderung (vgl. § 43 SGB IX).

Leistungen, organisatorische und personelle Voraussetzungen, Qualitätsbedingungen sowie sonstige Regelungen sind im Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin geregelt (vgl. Internetseite Land Berlin (b)).

Für Heime gelten das Wohnteilhabegesetz (WTG) und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG), letzteres regelt die Betriebsanforderungen, das Vorhalten von Wohnraum und Verpflegung, die gesundheitliche Pflege und Betreuung sowie personelle Mindestanforderungen (vgl. Internetseite Bundesministerium der Justiz).

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft im Auftrag der Pflegekassen die Qualität der erbrachten Leistungen. Eine Aufsichtsbehörde, die Heimaufsicht beim Landesamt für Gesundheit und Soziales, überprüft die Einhaltung des Wohnteilhabegesetzes und der dazugehörigen Verordnungen. (Vgl. Internetseite Land Berlin (d)).

8.2.3.1 Personalausstattung

Die zur Verfügung stehenden personellen Kapazitäten müssen „eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen gewährleisten“ (§ 21 Abs. 1 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin). Dies führt in Berlin zu folgenden Personalrichtwerten:

1 : 4,01	bei BewohnerInnen mit Pflegestufe I
1 : 2,50	bei BewohnerInnen mit Pflegestufe II
1 : 1,97	bei BewohnerInnen mit Pflegestufe III und Härtefall
1 : 12	für zusätzliche Betreuungsleistungen (nach § 87b SGB XI)
1 : 100	Verantwortliche Pflegefachkraft
1 : 200	Qualitätsbeauftragte
1 : 200	SozialarbeiterIn

Das Pflegeheim muss sicherstellen, dass zu allen Zeiten genügend Fach- und Hilfskräfte eingesetzt sind. Die Wohnteilhabe-Personalverordnung (WTG-PersV) (vgl. Internetseite Land Berlin (e)) schreibt vor, dass mindestens die Hälfte des Pflegepersonals examinierte Pflegekräfte sein müssen (vgl. §§ 7 und 8 WTG-PersV).

8.2.3.2 Finanzierung

Die Finanzierung der BewohnerInnenbetreuung wird nach § 85 SGB XI über Entgeltvereinbarungen mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträger geregelt.

In Berlin werden die Heimentgelte meist für ein Jahr vereinbart. Vertragsparteien sind die Arbeitsgemeinschaften der einzelnen zugelassenen Pflegeheime, die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger. (Vgl. Internetseite Land Berlin (f)). Vergütet werden pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen medizinischer Behandlungspflege und soziale Betreuung nach § 43 SGB XI, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie betriebsnotwendige

Investitionsaufwendungen nach § 82 SGB XI. Die Bemessungsgrenzen zur Vergütung von Pflegeheimen sind in § 84 SGB XI geregelt.

Weitere Einnahmequellen bestehen für Pflegeheime nicht. Die Kostenträger tun sich mit der Anerkennung und Vergütung von (zusätzlichen) Palliativleistungen schwer. „Insbesondere die allgemeinen Palliativleistungen sind weder leistungsrechtlich beschrieben noch vertraglich gesondert geregelt.“ (Mallmann 2011: 4).

8.2.3.3 Pflegeheime mit Plätzen für besondere Zielgruppen

Von den 310 Berliner Pflegeheimen verfügen 59 über Plätze für besondere Zielgruppen, z. B. für Menschen mit schwerer Demenz oder psychischen Erkrankungen³⁰ (vgl. Internetseite Land Berlin (g)). Diese arbeiten nach speziellen Pflegekonzepten und werden gesondert vergütet.

8.2.3.4 Berliner Modell

Von den 310 Pflegeheimen arbeiten 38 im Rahmen des Berliner Projekts (vgl. Internetseite Berliner Projekt (a)). Es handelt sich um Heime, die zum 1. Juli 1996 als ehemalige Krankenheime in vollstationäre Pflegeheime umgewandelt wurden und nun im Rahmen „AOK Pflege Plus Berlin“ (Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V) im Modellprojekt agieren. Sie verfügen jeweils über eine so genannte HeimärztIn, die dort angestellt oder als niedergelassene ÄrztIn vertraglich gebunden ist. Das Heim erhält eine Versorgungspauschale, aus der fast alle gesundheitlichen

³⁰ Anmerkung: Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales listet per 01.07.2008 3 Heime für blinde Pflegebedürftige (188 Plätze), 32 Heime für demenzkranke Pflegebedürftige (1.035 Plätze), 4 Heime für langzeitbeatmete Pflegebedürftige (42 Plätze), 15 Heime für Pflegebedürftige im Wachkoma (232 Plätze) sowie 5 Heime für Pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen (267 Plätze) auf. (Vgl. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/pflege/pflegeheime_zielgruppen.pdf?start&ts=1230035785&file=pflegeheime_zielgruppen.pdf [Webseite besucht am 29.08.2011]).

Leistungen (z. B. Arzneimittel, FachärztInnenkontakte, 24-Stunden Rufbereitschaft) zu finanzieren sind³¹. (Vgl. Internetseite Kassenärztliche Vereinigung Berlin (b)).

Offensichtlich scheint das Modell trotz eines höheren Betreuungsstandards Kosten zu sparen. Der Lenkungsausschuss des Projekts berichtet von 2,6 Mio. Euro für das Jahr 2006 allein für gesetzlich Versicherte der AOK Berlin³². Im Vergleich zu anderen Pflegeheimen lägen die Kosten um 48 % niedriger, was auf die geringere Anzahl von Krankenhauseinweisungen zurückzuführen sei. (Vgl. Internetseite Berliner Projekt (b)).

Seit Juli 2011 können sich auch weitere Heime und ÄrztInnen am „Berliner Projekt“ beteiligen (vgl. Punkt 2.5) wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen³³.

8.3 Besondere Strukturen und Netzwerke

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Angebotspalette werden nachfolgend besondere, im regionalen Versorgungssystem vorhandene Strukturen und Netzwerke dargestellt, die für hochbetagte und sterbende Menschen relevant sind. Die darin involvierten Personen und Institutionen verfolgen das Ziel, die sektoralen, in Leistungssegmente zergliederten Versorgungsangebote zu Netzwerken zu verbinden sowie den fachlichen Diskurs zu führen und Hemmnisse in der Zusammenarbeit abzubauen. Ausgangs- und Zielpunkt der Aktivitäten sind die bessere Versorgung betroffener Menschen, der Abbau von Versorgungsdefiziten und die jeweilige Interessensvertretung (vgl. Internetseite PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. und Internetseite Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (b)).

³¹ Anmerkung: Vgl. Rahmenvereinbarung vom 22.05.2003 zwischen den Krankenkassenverbänden, Kassenärztlicher Vereinigung Berlin, Berliner Krankenhausgesellschaft und Verband der Privatkankeanstalten zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/ Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenheimen, die zum 01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden.

³² Anmerkung: AOK Berlin = Allgemeine Ortskrankenkasse Nordost.

³³ Anmerkung: Vgl. §§ 3 und 4 Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus. Vertrag nach § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassen AOK Nordost-Die Gesundheitskasse, IKK Brandenburg und Berlin, Bahn-BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse.

8.3.1 Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V.

Der Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V. (HPV-B) wurde 1999 als eine Interessengemeinschaft ambulanter Hospizdienste sowie stationärer Hospiz- und Palliativangebote gegründet. Laut Satzung verfolgt der gemeinnützige Verein das Ziel, den Hospizgedanken und das Ehrenamt zu fördern sowie hospizliche und palliative Versorgungsstrukturen zu verbessern. Der HPV-B leistet Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel im Rahmen der jährlichen Hospizwoche. Als Interessensvertretung setzt er sich für die Belange seiner Mitglieder auf Landes- und Bundesebene ein. Der Informations- und Erfahrungsaustausch wird untereinander über eine Geschäftsstelle sowie regelmäßige Mitgliederversammlungen, Arbeitskreise und thematische Arbeitsgruppen sichergestellt. (Vgl. Internetseite Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (b)).

Die auf der Internetseite des Vereins einsehbare Mitgliederliste (vgl. Internetseite Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (c)) verzeichnet unterschiedliche Hospiz- und Palliative Care-Angebote, hierzu gehören 15 ambulante Hospizdienste, 8 stationäre Erwachsenen hospize, 1 Kinderhospiz, 1 Hospizdienst im Pflegeheim, 2 Hospizdienste in Krankenhäusern, 1 Palliativstation, 1 Palliativmedizinischer Dienst (SAPV), 2 Ambulante Palliativpflegedienste und 1 Informations- und Beratungsstelle.

Es kann festgestellt werden, dass im HPV-B viele, jedoch bei Weitem nicht alle in Berlin tätigen Hospiz- und Palliativangebote vernetzt sind. Insbesondere Pflegeheime gehören ebenso wie Palliativstationen nicht zum Netz.

8.3.2 Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V.

Das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. (PZBB) wurde 2001 gegründet. Laut Satzung will der gemeinnützige Verein palliativmedizinische und -pflegerische Angebote sowie die ehrenamtliche Begleitung Schwerstkranker und Sterbender in den Bundesländern Berlin und Brandenburg fördern und verbessern. Das PZBB will als Forschungszentrum agieren, dessen Bestandteile Forschung, Lehre und

Versorgung im Palliative Care-Bereich sind. Der Verein setzt sich für eine zentrale Qualitätsdokumentation in der ambulanten und stationären Palliativversorgung sowie für die Entwicklung eines palliativmedizinischen Versorgungsverbundes aller beteiligten AkteurInnen ein. Gleichfalls soll der Erfahrungsaustausch von Personen und Institutionen, die in der Palliative Care tätig sind, gefördert und Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. (Vgl. Internetseite PalliativZentrum Berlin Brandenburg e. V.).

Das PZBB strebt die Anerkennung als Landesvertretung Berlin-Brandenburg der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) an und will die Vernetzung der bestehenden Palliative Care-Struktur vorantreiben. Im Verein sind 75 Mitglieder organisiert, mit Herkunft im ambulanten und stationären Palliative Care-Bereich sowie in wenigen Pflegeheimen. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 54).

8.3.3 Home Care Berlin e. V.

Home Care Berlin e. V. (HCB) wurde 1994 als palliativmedizinischer Dienst zur ambulanten Versorgung schwerstkranker onkologischer PatientInnen gegründet. Der Verein zählt mehr als 100 Mitglieder. Er ist für die Umsetzung der SAPV fachlich verantwortlich. Der HCB befindet sich aktuell in einem Umstrukturierungsprozess, um die im Rahmen der SAPV zu erfüllenden Aufgaben adäquat zu erledigen. Dem Verein obliegt die regionale Vernetzung der SAPV-Strukturen (Qualitätszirkel, Fallbesprechungen) sowie die Sicherstellung der Evaluation der SAPV. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 53).

8.3.4 Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie

Das 2004 gegründete Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) will mit seinen Aktivitäten dazu beitragen, 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 Palliative Care in vollstationären Pflegeeinrichtungen. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 40f.; Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (b)).

Schwerpunktaufgaben des KPG sind:

- Bildungsbereich zum Thema Palliative Geriatrie
- Forschung zu Versorgungsverläufen in Pflegeheimen
- Etablierung allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung in Pflegediensten und Pflegeheimen
- Kooperation mit SchmerztherapeutInnen und PalliativmedizinerInnen und dem Arbeitskreis Pflege in der Ärztekammer Berlin
- Beratung zur Palliativen Geriatrie und Patientenverfügung
- Ehrenamtliche Sterbebegleitung im Bereich Palliative Geriatrie
- Kooperation und Vernetzung mit Einrichtungen und Gremien, die die Palliative Geriatrie auf regionaler und überregionaler Ebene umsetzen
- Entwicklung eines stationären Hospizes mit palliativgeriatrischem Schwerpunkt
- Öffentlichkeitsarbeit
- politische Arbeit

(Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 40f.; Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (b)).

9 Palliative Care in Pflegeheimen

Handlungsziel in der Palliative Care ist es (wie bereits im Kap. 7 umrissen), die Lebensqualität von Hochbetagten möglichst umfassend zu erhalten. Ob und wie Hochbetagte Lebensqualität erleben, hängt in erster Linie von den Gegebenheiten ihrer unmittelbaren, elementaren Lebenswelt ab: *„Essen und Trinken, Gehen und Stürzen, Schmerzen, beäunstigende Symptome in der Sterbephase, Reden können über den näher rückenden Tod“* (Ester 2004, 345–346). Diese Erfahrungen müssen sich in der Umsetzung von Palliative Care in allen Versorgungsformen, so auch im Pflegeheim, widerspiegeln, und zwar nicht erst unmittelbar vor dem Tod.

Wie aber kann Palliative Care zum integralen Bestandteil des Versorgungsangebotes von Pflegeheimen gemacht werden? Und was charakterisiert jene Pflegeheime, denen es gelingt, Palliative Care in den täglichen Arbeitsvollzügen zu verankern? Die Relevanz dieser Fragestellung wird auch in den Forderungen regionaler und überregionaler hospizlicher und palliativer Verbände und der Politik deutlich. So verlangt die Enquete-Kommission *„Recht und Ethik der modernen Medizin“* in ihrem Abschlussbericht strukturelle Verbesserungen, etwa durch Fort- und Weiterbildung des Personals, die stärkere Einbeziehung der Sterbebegleitung in die Pflege und deren Berücksichtigung in den Stellenschlüsseln (vgl. Deutscher Bundestag 2002: 197ff.). Auch die Herausgeber der *„Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“* drängen auf geeignete Pflegeeinrichtungen, welche palliative Gesichtspunkte für Menschen im hohen Lebensalter ausreichend berücksichtigen und sich dementsprechend weiterentwickeln (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. und Bundesärztekammer 2010: 13.). Dazu machen sich verschiedene Wohlfahrtsverbände und Organisationen sowie eine mittlerweile unüberschaubare Anzahl von Trägern für mehr Palliative Care in der vollstationären Altenpflege stark³⁴. Es können unterschiedliche Ansätze, Projekte und Modelle beobachtet werden. Sie alle vereint das Ziel, hospizliche und palliative

³⁴ Anmerkung: In Deutschland sind das zum Beispiel Wohlfahrtsverbände wie das Diakonische Werk der Evang. Kirche in Deutschland, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, Bremer Heimstiftung oder diakonische Träger in Düsseldorf und München bzw. das UNIONHILFSWERK Berlin.

Haltung und Know-how in den Pflegealltag von Heimen zu integrieren und somit Lernprozesse auf unterschiedlichen Ebenen in Gang zu setzen, welche die beteiligten Berufsgruppen, KooperationspartnerInnen und sämtliche MitarbeiterInnen verändern sollen.

Dieser Vorgang wird häufig mit dem eher technischen Begriff „Implementierung“ (lat. implere: anfüllen, erfüllen) beschrieben. Die Implementierung von Palliative Care in Pflegeheime erfordert komplexe Herangehensweisen und Veränderungsprozesse bzw. die Anpassung der Organisation Pflegeheim auf allen Ebenen, zudem Reflexion und praktische Anpassung bestehender Pflege- und Betreuungsphilosophien und -konzepte (vgl. Wegleitner 2006: 4). Es geht darum, „*Individualität zu organisieren*“ (Heller, A. 2002: 182).

Letztlich muss eine Organisation ihre Kultur erfolgreich verändern, sie nachhaltig absichern und kontinuierlich reflektieren. Es wäre verfehlt, in Pflegeheimen Hospizbetten aufzustellen oder Palliativstationen einzurichten, vielmehr sollen sich Heime am Konzept und Handeln der Palliative Care orientieren (vgl. Heller, A. 2011: 1; Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (c)).

Viele deutsche Pflegeheime versuchen, die Palliative Care-Einführung über das gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagement anzugehen (vgl. § 112 ff. SGB XI). Dieser Ansatz erscheint sinnvoll: Geht man von der bislang praktizierten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Pflegeheimen aus, kann die Einführung und gezielte Umsetzung von Palliative Care als zentrales Qualitätskriterium der Heime gewertet (vgl. Steuer 2008: 9) und im Kontext künftiger Qualitätsdarstellungen von Pflegeheimen berücksichtigt werden. Freilich ist damit keine „*zertifizierte Begleitung am Lebensende*“ (Gronemeyer 2010: 6) gemeint, vor der Gronemeyer zu Recht warnt, sondern eine Begleitung mit Herz und Verstand, die Beziehungen gestaltet und dabei sowohl den Betroffenen, den BewohnerInnen und den MitarbeiterInnen gut tut.

9.1 Spannungsfeld von Palliative Care und Qualitätsmanagement

Allerdings werden die BewohnerInnen vielerorts in Heimen betreut, in denen vorrangig „Lebensaktivitäten“ die Grundlage für die Strukturierung von Pflege und Betreuung der BewohnerInnen bilden. Das liegt einerseits am Verständnis von Altenpflege, andererseits an der Pflegeversicherung, die mit gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung weit in das Denken und Handeln der MitarbeiterInnen sowie in Dokumentationssysteme der Heime hineinwirkt. Diesen Regelungen liegt das Bild einer aktivierenden und rehabilitativen Pflege zugrunde, die vorrangig auf die Wiedererlangung beziehungsweise Erhaltung von Selbstständigkeit sowie Risikovermeidung abzielt. Der Ansatz von Palliative Care ist bisher nur im geringen Maße berücksichtigt worden. (Vgl. Buchmann 2010: 19; Schrödter und Niessen 2008: 34; Emmrich et al. 2009: 8; § 28 Abs. 4 sowie §§ 5 und 31 SGB XI).

Nach Ansicht einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) und dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV) zur Palliative Care in Pflegeheimen entsteht Qualität in der Hochbetagtenversorgung aber nicht allein durch „buchstabengetreue Umzusetzung vorgeschriebener Strukturen und Prozesse“. Auch „lässt sich Qualität nicht allein über (Kenn)zahlen erfassen“. Qualitätsmanagement darf nach Ansicht der AutorInnen nicht ausschließlich unter dem Aspekt der Wertschöpfung betrachtet werden, wie es zum Beispiel das Qualitätsmanagementsystem DIN EN ISO (vgl. Internetseite Qualitätsmanagementverlag Seiler) vorgibt, denn die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ist kein „Produkt“. (Vgl. Emmrich et al. 2009: 8–9).

Unabhängig davon, welches Qualitätsmanagementsystem umgesetzt wird, erzielen zertifizierte im Vergleich mit nicht zertifizierten Heimen keine nennenswert besseren Ergebnisse (vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. 2007: 78).

Nach Ansicht der ExpertInnen von DGP und DPPV benennen die aktuellen Transparenzkriterien³⁵ (vgl. Internetseite Medizinischer Dienst der Krankenversicherung e. V.) für die „Benotung“ der Heime (vgl. Internetseite

³⁵ Anmerkung: Vgl. Vereinbarung nach § 115 Abs. 6 SGB XI.

Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (a)) zu wenig palliative und hospizliche Aspekte.

Immerhin wird im Rahmen der Qualitätsprüfung die Frage gestellt „Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2009: 135). Das Prüfkriterium gilt als erfüllt, wenn das Konzept mindestens Aussagen über Absprachen mit den BewohnerInnen über Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Tod vorsieht. Hier wird als Mindestvoraussetzung erwartet, dass die Vermittlung einer Sterbebegleitung, z. B. über einen Hospizdienst, vorgesehen ist³⁶. In Bezug auf eine adäquate Schmerztherapie sind als Bewertungskriterien die medikamentöse Versorgung bei chronischen Schmerzen, die systematische Schmerzerfassung und die Kooperation mit ÄrztInnen definiert. (Vgl. Internetseite Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (b)). Das wird der Komplexität der Hochbetagtenversorgung nicht gerecht.

Der aktuelle 2. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. listet die Probleme auf, die bei stattgefundenen Prüfungen im 1. Halbjahr 2006 auffielen. Einige wenige seien hier exemplarisch aufgeführt: Bei jeder zehnten BewohnerIn wurde ein unzureichender Pflegezustand festgestellt. Ernährungsprobleme lagen in 34,4 % vor. Nur bei 69,7 % der BewohnerInnen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen wurde die Versorgung als angemessen eingeschätzt. Bei den Bedarfsmedikationen handelte es sich häufig um Psychopharmaka (insbesondere Sedativa). In 29,8 % der geprüften Heime wies die soziale Betreuung Mängel auf. 25 % der MitarbeiterInnen kennen die konzeptionellen Grundlagen ihrer Arbeit nicht. Die Zusammenarbeit der Pflegekräfte

³⁶ Anmerkung: Nach Aussagen des MDK Berlin-Brandenburg e. V. unterstützt dieser den konzeptionellen Ansatz bei der Beratung der Heime ggf. sogar mit dem Hinweis, „dass Hospiz- und Palliativarbeit von den Rechten und Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen ausgehen muss“. (Schriftliche Zuarbeit MDK Berlin-Brandenburg e. V. zum Berichtsauftrag „Fortschreibung des Hospizkonzeptes“ an die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales vom 20.10.2010.)

mit den ÄrztInnen wird insgesamt als verbesserungswürdig kritisiert. (Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. 2007: 60ff.).

Die aufgeführten Aspekte illustrieren die momentane Heim-Realität. Eine vertiefende Betrachtung des Themas „Pflegeheimqualität“ und die darüber zum Teil kontrovers geführte Diskussion – z. B. über die als überbordend erlebte Dokumentation – ist kein Schwerpunkt dieser Arbeit. Die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsthema aus Sicht von Palliative Care führt jedoch zu der Erkenntnis, dass PflegeheimbewohnerInnen mit Sicherheit unterschiedliche Bedürfnisse und Auffassungen zur persönlich erlebten Lebensqualität haben. Jedoch brauchen sie alle Geborgenheit, Kommunikation, Selbstbestimmung und Sicherheit (vgl. Punkt 6.5 und 7.2). Es gilt also, den Hochbetagten bis zum Lebensende eine von Kompetenz und Ethik getragene Versorgung zu bieten und ihrem Bedürfnis nach einem würdevollen Sterben Rechnung zu tragen. Dazu gehören Schmerz- und Symptomkontrolle, Kommunikation und Sterbebegleitung. An der Befriedigung dieser zentralen Bedürfnisse müssen sich die Heime messen lassen, mit Konzepten und Leitbildern sowie in der praktischen Umsetzung. Es muss davon ausgegangen werden, dass dies trotz gesetzlich vorgeschriebenem Qualitätsmanagement nicht flächendeckend der Fall und eine würdevolle Betreuung bis zum Tod nicht immer gewährleistet ist. Somit werden viele Hochbetagte und ihre Angehörigen mit ihren Sorgen und (Todes)Ängsten allein gelassen. Es fehlt an individuell ausgerichteter Kommunikation und Leiden lindernde Maßnahmen finden kaum Anwendung³⁷. Die Betroffenen brauchen das, was in unserer Gesellschaft am kostbarsten zu sein scheint: Zeit und (kompetente) Zuwendung.

Um eine gute Pflege und Betreuung der BewohnerInnen sicherzustellen, scheinen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Standards unabdingbar. Indem sie den Handlungsrahmen abbilden, dienen sie als Orientierungshilfe, müssen allerdings mit Leben erfüllt werden. Denn viele Situationen verlangen geradezu nach individuellem

³⁷ Anmerkung: Der Autor bezieht sich auf berufliche Beratungserfahrungen in der Zentralen Anlaufstelle Hospiz und im Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie sowie im Rahmen der Beratung Berliner Pflegeheime und der regionalen und überregionalen Netzwerkarbeit.

Entscheiden und Handeln der MitarbeiterInnen. Wird dies nicht beachtet, droht die Gefahr einer Betreuung nach „Schema F“. Zudem besteht das Risiko, dass Qualitätssicherung sich in Richtung einer inflationären Dokumentationsbürokratie entwickelt und kostbare Ressourcen bindet. Die verlorene Zeit fehlt dann konkret in der Pflege und Begleitung der BewohnerInnen (Vgl. Berls und Newerla 2010: 25-30).

Wesentliches muss erkannt, Unwesentliches verbannt werden. Die identifizierten Prioritäten sollten konsequent in der Gestaltung und Führung des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden. Es gilt zu verinnerlichen, dass „*Qualität in Palliative Care eher erfahrbar denn messbar*“ ist und sich im Wechselspiel von „*Fühlen, Denken und Handeln*“ qualifiziert (Kränzle 2011a: 25).

Fest steht: Je geschlossener und unkommunikativer ein Heim agiert, desto mehr Regelungen, Standards, Abläufe, Kontrollen und/ oder Hierarchien sind nötig, um einen reibungslosen Betrieb zu ermöglichen.

Schüller spricht von den „*alten Altenheimen*“, denen eine „*technizistische Gestaltung*“ vorgeworfen werde. Dies äußere sich in „*zu großen Einheiten [...], zu wenig Flexibilität [...], starren Zeitschemata [...], Funktionspflege*“ sowie in mangelnder „*Zielgruppendefinition*“ (vgl. Schüller 2000: 77-78). Dies geht zwangsläufig mit Unflexibilität in der BewohnerInnenbetreuung und hohem Sicherheitsbedürfnis der MitarbeiterInnen einher, was zu noch mehr Regelungen und Ängsten führen dürfte.

Solche Zustände laufen dem zentralen Gedanken der Palliative Care im Pflegeheim zuwider. Sie sind von einer konsequenten individuellen BewohnerInnenorientierung ebenso weit entfernt (vgl. Heller, A., Wegleitner und Heimerl 2007: 361) wie von einer Basisorientierung; beides Größen, die dem Qualitätsmanagement die Richtung vorgeben sollten (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006: 3).

9.2 Forschungsstand zu Ausgangslage und Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen in Pflegeheimen

Bei der Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen lohnt es sich, die Ausgangslage der Heime und ihrer PflegemitarbeiterInnen (vgl. Buchmann 2010: 5) im Kontext der Sterbeforschung im UNIONHILFSWERK (vgl. Punkt 6.4) sowie der Herleitung der Palliativen Geriatrie (vgl. Punkt 7.4) zu betrachten.

Charakteristisch für die sich verändernde Tätigkeit der MitarbeiterInnen ist:

- Die Bedürfnisse der BewohnerInnen haben sich gegenüber früheren BewohnerInnengenerationen verändert.
- Die Multimorbidität und insbesondere demenzielle Erkrankungen nehmen bei den BewohnerInnen zu.
- Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen im Pflegeheim verkürzt sich.
- BewohnerInnen sind in der Regel allein (vorverstorbene EhepartnerInnen). Die psychosoziale Betreuung und Entscheidungslast tangiert nachkommende Angehörige und/ oder Nahestehende sowie haupt- und ehrenamtliches Personal.
- Die medizinische Versorgung der BewohnerInnen erfolgt meist durch HausärztInnen, die scheinbar zeitlich überlastet sowie oft für die Zielgruppe nicht ausreichend sensibilisiert und qualifiziert sind.
- Sterbende BewohnerInnen werden häufig in ein Krankenhaus überwiesen.
- Fachliche und psychosoziale Anforderungen an die MitarbeiterInnen sind hoch.
- Ressourcenknappheit prägt die Betreuungssituation.

(Vgl. Heller, A. und Pleschberger 2010: 24ff.).

Einen detaillierten Einblick in die Betreuungsrealität der MitarbeiterInnen bieten verschiedene Gutachten und Studien, auf die im Folgenden beispielhaft eingegangen wird.

9.2.1 Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Niedersachsen

Buser et al. zeigen in einem Gutachten auf, dass gut die Hälfte der Pflegeheime spezielle Leistungen im Rahmen der Palliativversorgung anbieten. Für die AutorInnen bestätigte sich die Vermutung, dass hier im Bereich der Basisversorgung ein erheblicher Teil der Palliativpatienten versorgt wird. Sie sehen es als Problem an, dass PalliativpatientInnen oft schwer zu identifizieren und klar von sterbenden BewohnerInnen, die keiner Palliativversorgung bedürfen, abzugrenzen sind. Die Autoren stellen fest, dass Sterben und Tod von BewohnerInnen Heimalltag sind und somit zentraler Arbeitsinhalt der MitarbeiterInnen. In wenigen Heimen stehen regelmäßige Treffen (mit und ohne Supervision) und Fortbildungen zur Verfügung. Die Pflegeheime sind unzureichend mit Personal ausgestattet, das über eine zusätzliche Qualifikation in Palliative Care verfügt – ein zu erwartendes Ergebnis vor dem Hintergrund einer 50 %igen Fachkraftquote. (Vgl. Buser et al. 2004: 109-115).

9.2.2 Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Hessen

Ergebnisse liefert auch eine quantitative Studie von Berls et al. zur Sterbebegleitung in Hessischen Pflegeheimen. In 57 % der beteiligten Heime gibt es spezielle AnsprechpartnerInnen für die Sterbebegleitung. In 82,8 % der Einrichtungen werden im Pflegeleitbild Aussagen zur Sterbebegleitung getroffen, 63,2 % entwickelten dazu Standards/ Handlungsanweisungen. In 62,2 % der Heime ist Sterbebegleitung Teil der Konzeption und 19,3 % greifen sie auch im Heimprospekt auf.

Gerade einmal 25,9 % gaben an, nach den Grundsätzen von Palliative Care zu handeln; 39,9 % binden ehrenamtliche HelferInnen in die Sterbebegleitung ein; 52,5 % der Heime ermitteln die besonderen Bedürfnisse demenzkranker BewohnerInnen, wobei nur 10,9 % angaben, besondere Verfahren für Demenzkranke anzuwenden; 81 % stimmen die Schmerztherapie mit ÄrztInnen ab; 86,9 % beraten zur Patientenverfügung. In nahezu allen Heimen wird versucht, die Bedürfnisse der BewohnerInnen (auch nach religiösem Beistand) zu erfüllen, die Sterbenden bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen nicht unnötig zu belasten sowie

Angehörige und Nahestehende zur Sterbebegleitung zu ermutigen. 61,7 % belassen verstorbene BewohnerInnen zur Verabschiedung bis zu acht Stunden im Zimmer. MitarbeiterInnen erfahren eine spezielle Unterstützung durch Schulungen zur Sterbebegleitung (70,4 %), Teamsitzungen (60,1 %) und/ oder Supervision (22,7 %). In nur wenigen Heimen (2,8 %) verfügen MitarbeiterInnen über eine Zusatzqualifikation in Palliative Care. Über die Hälfte (52,7 %) wünscht sich eine bessere Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, 36,6 % mit den niedergelassenen ÄrztInnen. Die Arbeit mit ambulanten Hospizgruppen bewerten 29,9 % der Heime als zufriedenstellend. Die Mehrzahl fordert mehr Ruhe und Zeit im Umgang mit den BewohnerInnen.

(Vgl. Berls et al. 2006: 11–33).

9.2.3 Ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesland Berlin

Das bereits dargestellte Forschungsprojekt in Berliner Pflegeheimen (vgl. Punkt 6.4) beschreibt die Perspektive von Pflegenden und Angehörigen in der Sterbebegleitung. In etwa $\frac{3}{4}$ der Sterbefälle war der nahe Tod einer BewohnerIn erwartet worden. Kam es zur Krankenhauseinweisung, hatten die Pflegekräfte in knapp der Hälfte der Fälle mit dem Tod gerechnet. Starben BewohnerInnen im Heim, wurde der Tod in fast 90 % der Fälle erwartet. War das Pflegepersonal auf den nahen Tod der BewohnerInnen vorbereitet, kam der Wunsch nach einer Klinikeinweisung kaum auf - vielmehr war das Personal in ca. 80 % der Fälle direkt in die Sterbebegleitung eingebunden und zu 51,8 % auch zum Todeszeitpunkt anwesend. Deutlich wird, dass die Zufriedenheit des Personals mit der Sterbebegleitung steigt, wenn BewohnerInnen im Pflegeheim versterben (77,3 %).

In nur 37,1 % aller Sterbefälle fanden mit den BewohnerInnen Absprachen im Hinblick auf den gewünschten Sterbeort statt. Mit Angehörigen wurden in 61,8 % der Fälle Absprachen getroffen, mit ÄrztInnen in 58,2 % der Fälle.

67,7 %³⁸ der Angehörigen waren auf den Tod der BewohnerInnen eingestellt, 49,7 % waren in die Sterbebegleitung eingebunden und 19,1 % zum Todeszeitpunkt

³⁸ Anmerkung: In die Auswertung wurden nur Fälle von BewohnerInnen einbezogen, die Angehörige hatten bzw. gehabt haben.

anwesend. Es zeigte sich wiederum, dass Angehörige, die schon vor der Sterbephase in die Begleitung eingebunden waren, mit dem Sterben besser zurechtkamen (71,6 %). Dieser Wert erhöhte sich noch, wenn sie auch direkt in die Sterbebegleitung einbezogen (81,3 %) und zum Todeszeitpunkt anwesend (80,8 %) waren. Angehörige griffen seltener in den Ablauf ein, wenn sie Gelegenheit hatten, sich mit dem Ableben des Nahestehenden auseinanderzusetzen. Nur 2 % der auf den nahen Tod vorbereiteten Angehörigen wünschten lebensverlängernde Maßnahmen für einen Sterbenden.

(Vgl. Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011).

9.2.4 Vertiefende Reflexion der Ergebnisse

Zentrale Ergebnisse der vorgestellten Untersuchung sowie weiterer Studien³⁹ stimmen überein: Die Begleitung sterbender BewohnerInnen findet in vielen Fällen statt (vgl. Buchmann 2010: 26). Sie geschieht unter schwierigen personellen Rahmenbedingungen. Kommt es zur Sterbebegleitung, werden andere HeimbewohnerInnen häufig weniger intensiv betreut (vgl. Brüll 2004: 19–20), worunter nicht zuletzt auch die MitarbeiterInnen leiden dürften. Diese messen der Sterbebegleitung insgesamt einen hohen Stellenwert bei. Sie meinen mehrheitlich, dass die BewohnerInnen in vertrauter Umgebung sterben sollten und sehen Sterbebegleitung als Teil ihrer Aufgaben im Berufsalltag an. Ihnen gelingt es in unterschiedlicher Qualität, die Begleitung der hochbetagten und sterbenden BewohnerInnen trotz geringer Kenntnisse in Palliative Care und zunehmender Arbeitsdichte sicherzustellen.

Gebraucht werden tragfähige Kooperationen zu kompetenten ÄrztInnen sowie unterstützenden KooperationspartnerInnen und Initiativen. Denn: *„Der hohe Anspruch nach einer guten schmerztherapeutischen Arbeit wird in der Praxis bei weitem nicht eingelöst.“* (Brüll 2004: 19).

³⁹ Anmerkung: Zu ähnlichen zentralen Ergebnissen kommen auch andere Studien, zum Beispiel die Studie „Sterbebegleitung in Sachsen“ vom Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e. V. (2005) oder die Studie „Demenz und Sterben“ vom Institut für Gerontologie der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg (2011).

Deutlich wird der Unterstützungsbedarf durch Ehrenamtliche, Angehörige oder Nahestehende.

Das Pflegeheim wird hospizähnlicher. Palliative Care, inklusive Sterbebegleitung, ist schon heute zentrale Alltagserfahrung der MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Angehörigen. Im Endeffekt benötigen alle BewohnerInnen Palliative Care, und zwar in hoher Qualität und in der Regel in ansteigender Quantität. Es bedarf der Auseinandersetzung mit der Frage, wann die unmittelbare Sterbephase beginnt. Es gilt, die Heime als Orte des Lebens und Sterbens zu akzeptieren und so zu gestalten, dass eine optimale Begleitung der BewohnerInnen bis zum Tod im Heimalltag selbstverständlich wird.

Für ihre anspruchsvolle Tätigkeit müssen die MitarbeiterInnen ein hohes persönliches Engagement aufbringen. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, dass sie ihr „Verhältnis“ zum Sterben und Tod reflektieren (dürfen) sowie Wissensdefizite in Palliative Care und der Demenzarbeit abbauen. Richtlinien und Konzepte sind erforderlich, die den Ansatz und das Know-how von Palliative Care aufgreifen und in die Praxis übersetzen helfen. Eine stärkere „Sorgekultur“ für MitarbeiterInnen sollte neben Qualifikationen auch sie unterstützende und stärkende Settings beinhalten.

Wie lässt sich die adäquate Betreuung aller schwerstkranken und sterbenden PflegeheimbewohnerInnen langfristig und verbindlich gestalten, wenn die Verhältnisse sehr schwierig sind? Während die Arbeitsverdichtung der MitarbeiterInnen spür- und messbar steigt, verringern sich die Pflegestufen der BewohnerInnen (vgl. Heil 2011: 779 und Punkt. 6.4.1). Hinzu kommen ein Fachkräftemangel in Pflegeheimen, der die Situation mittelfristig zu verschärfen droht (vgl. Internetseite Institut der Deutschen Wirtschaft Köln; Internetseite Bundesärztekammer) sowie der Mangel an ÄrztInnen (vgl. Krüger-Brand und Rieser 2011: 1413). Die dargestellten Rahmenbedingungen nehmen erheblichen Einfluss auf die konkrete Betreuungsqualität in den Heimen, insbesondere auf die den BewohnerInnen zur Verfügung stehende Zeit und wirken sich grundlegend auf alle Abläufe im Heim aus: Auf das Leben und Sterben der BewohnerInnen und auf die Arbeitsbedingungen (noch) vorhandener MitarbeiterInnen (vgl. Zahn 1999: 79). Diese laufen Gefahr, weit mehr leisten zu müssen, als ihnen gut tut. Es geht somit

nicht nur um die Betroffenen, sondern auch um die, die sich kümmern (vgl. Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (d)). Deshalb müssen sie bzgl. ihrer pflegerischen und betreuerischen Tätigkeiten besser vorbereitet und qualifiziert werden, insbesondere in den Themenfeldern Palliative Care und Demenz. Dies verdeutlicht auch eine 2006 durchgeführte Befragung von MitarbeiterInnen in Berliner Pflegeheimen vom UNIONHILFSWERK (vgl. Woskanjan und Müller 2009).

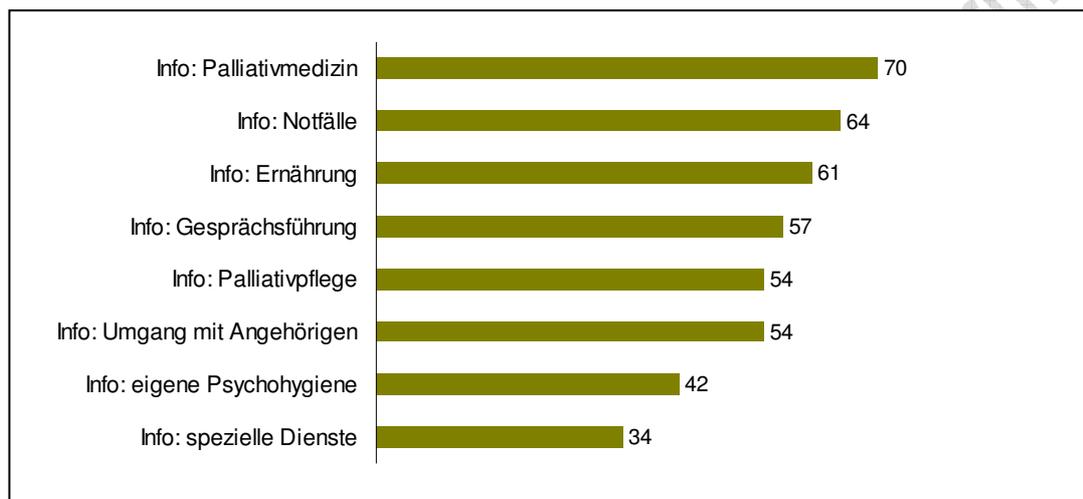


Abbildung 3: Fortbildungsbedarf von MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in % (Mehrfachnennungen möglich). (Woskanjan und Müller 2009: 12).

Die Kompetenzressourcen der Heime und MitarbeiterInnen, die Palliative Care umsetzen, müssen vergrößert werden, denn noch sind die Heime zu häufig auf die Unterstützung externer SpezialistInnen angewiesen (vgl. Klapper, Kojer und Schwenke 2007: 446), was die Arbeit nicht unbedingt erleichtert. In Deutschland verfügt die Hälfte des in Heimen tätigen Pflegepersonals über keine fachbezogene Berufsausbildung (vgl. Rahmenvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI und § 8 Abs. 3 Wohnteilhabe-Personalverordnung; Internetseite Land Berlin (h)).

Die Heime haben zudem selten angestellte ÄrztInnen, das Personal muss sich daher den Behandlungsmaßgaben mehrerer HausärztInnen anpassen. Schmerztherapie und Symptomkontrolle bleiben häufig dem Zufall überlassen, genauso der Informationsaustausch mit Angehörigen (vgl. Sandgathe Husebø 2009: 389–390).

Pflegende und PatientInnen können ein Gefühl der Sicherheit aber nur entwickeln, wenn sie Zugang zu einer jederzeit verfügbaren, kompetenten ärztlichen Hilfe haben.

Die Qualitätsbeauftragte eines großen Berliner Pflegeheims beschreibt die komplexe, alle Ebenen betreffende Situation vor Ort wie folgt:

„Ich glaube, das größte Problem ist, dass immer noch nicht gemeinsam an einem Strang gezogen wird. Den Alltag in der Pflege bestimmt das Abarbeiten von Leistungen und Verrichtungen. Alternative Lösungen werden nicht in Betracht gezogen. Die Zeit, um sich an einen Tisch zu setzen, um eventuell über einen Bewohner zu sprechen wird nicht gesucht. Zeitreserven sind zurzeit wirklich sehr knapp und es wird leider keine Hilfe von der Leitungsebene eingefordert, um gemeinsam einen Lösungsweg für ein Problem zu finden. Jeder im Haus ist in seinem Arbeitsalltag gefangen, es ist schwer, diesen mit neuen Ideen zu durchbrechen. Im Hintergrund steht auch immer die Angst vor rechtlichen Konsequenzen und dem Druck, welchen Angehörige mit ihrem Pflegeverständnis auf die Wohnbereiche ausüben. Mein Gefühl und Empfinden ist, es wird zu viel übereinander und nicht miteinander gesprochen. Erschwerend ist, wenn Leitungen, Wohnbereichsleitungen oder Mitarbeiter häufig wechseln. Nur ein festes Team, welches Vertrauen zueinander hat, kann den Weg zur palliativen Pflege einschlagen.“⁴⁰

Offensichtlich liegen vor sämtlichen Beteiligten noch große Anstrengungen, wenn das Konzept der Palliative Care in Pflegeheimen flächendeckend umgesetzt werden soll. Zielführende Orientierung bieten die oben dargestellten Erkenntnisse sowie die Kernbedürfnisse schwerkranker, alter Menschen (vgl. Kojer 2007: 78ff.; Kostrzewa und Gerhard 2010: 245; Brüll 2004, 22–23; Heimerl 2006: 134), die insbesondere wünschen,

- im Sterben nicht allein gelassen zu werden, an einem vertrauten Ort inmitten vertrauter Menschen bis zuletzt leben zu können,

⁴⁰ Anmerkung: E-Mail einer Qualitäts- und Palliativbeauftragten vom 25.07.2011. Gerichtet an den Autor anlässlich der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung einer trägerinternen Klausurtagung zum Thema Umsetzung der Palliativen Geriatrie in Pflegeheimen.

- nicht unter starken Schmerzen und belastenden Symptomen leiden zu müssen,
- letzte Dinge regeln zu können,
- die Sinnfrage stellen zu dürfen und die Frage nach dem Danach erörtern zu können.

Daraus ergeben sich für Pflegeheime grundsätzliche Fragen bezüglich gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, Ressourcenausstattung, konkreter Umsetzungsaktivitäten und sonstiger Unterstützungsmöglichkeiten.

Antworten können bei Trägern und Heimen gefunden werden, die Palliative Care bereits einführen oder langfristig bewahren. Denn Palliative Care stellt einen geeigneten Betreuungsansatz in der Begleitung von hochbetagten und sterbenden HeimbewohnerInnen dar und kann als Basis einer gelebten Lebens- und Sterbekultur im Heim verstanden werden und so wiederum zum Teil einer gesellschaftlichen Sterbekultur avancieren. Nicht zuletzt wird Palliative Care seit geraumer Zeit immer öfter als Problemlösung im Hinblick auf die sich verändernde BewohnerInnenschaft und die daraus resultierenden Herausforderungen angesehen (vgl. Pleschberger 2005: 52). Jedoch fällt Palliative Care nicht einfach vom Himmel, sondern muss Teil eines Entwicklungsprozesses der Träger und/ oder Heime sein.

9.3 Palliative Care-Prozesse im Pflegeheim

Palliative Care-Prozesse berühren unterschiedliche Aspekte, die sich unter dem Oberbegriff „lernende Organisation“ (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006: 3) zusammenfassen lassen und eine Vielzahl unterschiedlicher Herausforderungen in der Organisations-, Personal- und Persönlichkeitsentwicklung berühren. Sie fußen auf der Veränderungsbereitschaft aller MitarbeiterInnen sowie auf deren Haltungen, die das Denken und Handeln prägen.

Auslöser dieser Veränderungsbereitschaft ist oft die gezielte strategische Fortentwicklung des Versorgungsprofils der im Wettbewerb stehenden Heime. Weitsicht ist vonnöten, von GeschäftsführerInnen und anderen

Trägerverantwortlichen, denen bewusst wird, dass die vollstationäre Altenpflege wenig Zukunft hat, wenn bisherige Praktiken weitergeführt werden und/ oder ausschließlich auf Expansion gesetzt wird, „ohne konzeptionell den zentralen Widerspruch der Pflegeheime zwischen Leben und Tod aufzunehmen“ (Heller, A. und Heimerl 2007: 140). Manche Verantwortliche entscheiden sich für Einführung von Palliative Care, weil sie die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen verbessern wollen (vgl. Daneke 2009: 30).

Für Heimerl stellt sich diese Zufriedenheit dann ein, wenn die Basis für gelingende Palliative Care-Prozesse vorhanden ist. Nämlich dann, wenn sich die Heimabläufe und Handlungen konsequent an den BewohnerInnenbedürfnissen orientieren und die sie betreffenden (ethischen) Entscheidungen in kontinuierlicher Kommunikation zwischen allen Beteiligten getroffen werden. Eine Kultur gemeinsamer, berufsübergreifender und entlastender Zusammenarbeit muss die Beteiligung und Teilhabe aller MitarbeiterInnen gewährleisten. LeiterInnen müssen die MitarbeiterInnen entsprechend bestärken. Es bedarf einer Trägerunterstützung und eines Projektauftrages sowie der Klärung des Projektdesigns (bottom up oder top down). (Vgl. Heimerl 2008: 33).

Auch Kojer definiert für das Gelingen von Palliative Care Essenzielles: Die LeiterIn spielt dabei eine große Rolle; ihr Menschenbild und ihr Verhalten gegenüber BewohnerInnen und Angehörigen muss sichtbar von Wertschätzung geprägt sein. Sie hat gegenüber dem Betreuungsteam einen kompetenten und partnerschaftlichen Führungsstil zu pflegen. Ein Konzept muss der adäquaten Versorgung der hochbetagten und demenzkranken BewohnerInnen Rechnung tragen, was geriatrische Kompetenzen aller Pflegenden und ÄrztInnen sowie die Regelung der Kommunikation zwischen allen im Heim lebenden und arbeitenden Menschen einschließt. Das erfordert Bildung und Qualifikation in Palliative Care für alle und nicht nur für einzelne MitarbeiterInnen. (Vgl. Kojer 2010: 156–157).

Müller, M. und Kessler halten für unabdingbar, dass die Entscheidungen der Heimverantwortlichen für die Einführung von Palliative Care nicht nur dem Namen nach – also plakativ – geschieht, sondern auf einer Identifikation mit deren Inhalten

fußt. Auch müssten MitarbeiterInnen den Ansatz akzeptieren sowie BewohnerInnen die Idee annehmen. (Vgl. Müller, M. und Kessler 2006: 173).

Zusammenfassend sei festgestellt, dass die Einführung von Palliative Care, wie es auf dem Aachener Hospizgespräch (2010) diskutiert wurde, auf den drei Ebenen „*Haltung, Wissen und Fähigkeiten*“ durchgesetzt werden muss (vgl. Heimerl, zitiert in Caro 2010: 12). Es gilt, von den Bedürfnissen der BewohnerInnen aus zu denken und zu handeln, um die Organisation am Basisprinzip von Palliative Care, an der „*radikalen PatientInnenorientierung*“ (Heller, B. 2000: 177 und Kap. 7) auszurichten. Diese Orientierung sollte also ausdrücklich als Hauptziel der Organisation benannt werden (vgl. Warnken 2007: 54). Parallel sind die Vernetzung der Pflegeheime, ihre Multiprofessionalität und die besondere Einbeziehung der Angehörigen wichtig (vgl. Steurer 2008: 9). Das bedeutet für die Heimträger, sowohl in Organisationsentwicklung als auch in MitarbeiterInnenqualifizierung zu investieren.

Wenn Sterblichkeit und Vergänglichkeit in Organisationen thematisiert werden, „*gewinnen Personen und Organisationen eine reale und realistische Einschätzung ihrer Grenzen und Chancen ihrer Handlungen*“ (Heller, A. 2000a: 144–145). Heimerl bringt dies auf dem Gründungstreffen vom Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (2011) (vgl. Punkt 9.4.1) auf den Punkt: Deutlichstes Zeichen palliativer Kultur sei, dass über Sterben und Tod gesprochen werden kann (vgl. Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (e)). Ein Organisationsentwicklungsprozess, der die Kultur weiterentwickelt, ist die Voraussetzung. Für Heller, A. ist eine „*Kultur des Sterbens*“ in den Organisationen immer eine „*Organisationskultur des Sterbens*“ (Heller, A. 2000b: 14).

Aus der deutschsprachigen Literatur lassen sich Aspekte der „Implementierung“ von Palliative Care im Pflegeheim herausfiltern, mit deren Hilfe sich die später erfolgreichen Heime und Träger bereits im Vorfeld charakterisieren und identifizieren lassen.

9.3.1 Organisationsentwicklung

Heller, A. und Pleschberger berichten, dass in der deutschsprachigen Literatur die Etablierung von Palliative Care als ein Organisationsentwicklungsprozess der Heime beschrieben wird (vgl. Heller, A. und Pleschberger 2010: 28). Das oberste Organisationsziel besteht darin, Palliative Care zur Betreuungsbasis der BewohnerInnen zu machen (vgl. Alsheimer 2007: 1f.). Dafür muss auf Heimträgerebene eine solide Verständigung auf die Vision und Mission der Organisation erzielt werden, die sich im Leitbild widerspiegelt und auch die Perspektive der Sterbenskranken mit einbezieht (vgl. Graf 2005: 15).

Feichtner bezeichnet den Weg der „Implementierung“ als einen „*sensiblen Prozess*“ unter Würdigung der bisherigen Alltagspraxis. Dann gelinge es, Neues zu entwickeln und anzunehmen (vgl. Feichtner 2011). In der Konsequenz bedeutet das, möglichst alle MitarbeiterInnen mitzunehmen und die Veränderungen nicht von Oben „durchzudrücken“.

Denn ein handlungsleitendes Prinzip von Organisationsentwicklung lautet, dass es keine Veränderungsprozesse ohne Beteiligung und Unterstützung der MitarbeiterInnen gibt (vgl. Heimerl et al. 2007: 34). MitarbeiterInnen sollten das Gefühl haben, an etwas Großem und Wichtigem beteiligt zu sein, denn so würden sie sich leichter mit den neuen Zielen und Aufgaben identifizieren (vgl. Heimerl et al. 2007: 44).

Organisationen und darin tätige Menschen lernen unterschiedlich: Organisationen nämlich über Entscheidungen und neue verbesserte Kommunikationsstrukturen, MitarbeiterInnen eher über Austausch und Fortbildungen (vgl. Heimerl, Heller, A. und Pleschberger 2006: 50–57).

Verbindliche Entscheidungen, zum Beispiel für ein Projekt, müssen von hochrangigen, ressourcenmächtigen EntscheidungsträgerInnen getroffen werden.

9.3.2 Projektarbeit

Palliative Care im Heim umzusetzen geht nicht nebenher, sondern verlangt ein ausreichendes Zeitbudget (vgl. Wichmann und Steurer 2008: 146–147). Geeignet sind spezifische Projekte, deren Ergebnisse transparent zu dokumentieren und konsequent in die beteiligte und/ oder nichtbeteiligte MitarbeiterInnenschaft zu kommunizieren sind.

Alsheimer beschreibt die systematische Entwicklung anhand einer „Projekt-Treppe“, die den Implementierungsprozess exemplarisch darstellt, dabei wichtige Schritte und Aufgaben identifiziert und in eine Reihenfolge (Stufen) stellt (vgl. Alsheimer 2011: 28–29). Sie findet auch in sogenannten „Projektwerkstätten Implementierung“ Berücksichtigung (vgl. Kittelberger 2007: 382ff.).

Stufen	Aufgaben
Das Netz stetig verbessern, Bewährtes an andere weitergeben: Die Weiterentwicklung des Konzeptes in der Einrichtung zukünftig sichern (= Lebendige Palliativkultur), Unterstützung anderer Einrichtungen durch die Veröffentlichung der Ergebnisse (= Handreichung)	7
Das neue Netz ausprobieren: Entworfen Standards im pflegerischen Alltag umsetzen, Zwischenbilanzen und Erfolgskontrollen machen	6 <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen einholen • Konsequenzen
Das Netz nach außen erweitern und verankern: Mit anderen Diensten die Zusammenarbeit regeln	5 <ul style="list-style-type: none"> • Organisatorische und persönliche Verbindungen gezielt verbessern • Notwendiges Wissen schulen, z. B. Inhouse-Fortb.
Das Netz nach innen verstärken und mit vielen Händen halten Alle MitarbeiterInnen ins Boot nehmen	4 <ul style="list-style-type: none"> • Entworfen Standards im gesamten Team diskutieren • Vorschläge aus dem Team einflechten • Notwendiges Wissen und Können schulen (= Fortbildungen)
Ein tragfähiges Netz entwerfen: Das Konzept entwickeln	3 <ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien ausformulieren • Vorhandene Standards überprüfen und verbessern • Neue Standards entwickeln • Auf Umsetzbarkeit (zeitlich, personell) überprüfen • Einzelne Elemente im Kleinen erproben
Das vorhandene Netz prüfen / Vision: Ist/Soll-Analyse	2 <ul style="list-style-type: none"> • Systematisch und umfassend bisherige Praxis reflektieren und würdigen: Womit sind wir zufrieden? Was belastet uns organisatorisch / persönlich? • Zukunftsbild „Sterbebegleitung“ entwerfen (= Elemente für Leitlinien): • Daraus Arbeitsprogramm für Projektgruppe ableiten • Themen für Fortbildungsprogramm entsprechend abstimmen
Vorbereiten	1 <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Träger und Beteiligte sensibilisieren, ihre Bereitschaft erkunden und wenn notwendig für Projekt motivieren • Finanzierung des Projektes sichern, • Zeitrahmen und Schritte abstecken, Projektgruppe gründen • Instrumente des Projektes (z. B. Projektgruppe, Fortbildungen) klären

Abbildung 4: Projekttrappe. (Alsheimer 2008: 49).

Palliative Care muss von der gesamten Organisation getragen werden, nicht nur von einzelnen oder wenigen Personen (vgl. Bitschnau 2007: 156). Auch Wegleitner weist auf die Leitung als stützende, das Thema aufgreifende und vorantreibende Kraft hin. „Dieser Prozess braucht Steuerung und Kommunikation, um ein Zueinander von bottom up und top down im Sinne einer partizipativen Entwicklung zu ermöglichen.“ (Wegleitner 2006: 19). Er bezieht sich auf Beckers⁴¹, nach der der Implementierungsprozess von einer Grundcharakteristik geprägt sein muss, die seine nachhaltige Verankerung befördert. Bausteine dieser Charakteristik sind Kooperation, Kommunikation, Lern- und Entwicklungsfähigkeit, Partizipation und insbesondere die Prozesshaftigkeit der Entwicklungen. Wegleitner betrachtet den Aspekt der Nachhaltigkeit als immanenten und kontinuierlichen Bestandteil eines Entwicklungsprozesses, in dem es keine zeitlichen Begrenzungen und kein Ende geben kann. „Projektprozesse sind dann erfolgreich, wenn sie Strukturen aufbauen und Entwicklungen in Gang bringen, die dauerhaft und kontinuierlich fortgeschrieben werden können.“ (Wegleitner 2006: 19).

9.3.3 Implementierungsansätze

Heller, A., Wegleitner und Heimerl beschreiben unterschiedliche Ansätze der Implementierung im Sinne von Lernen und Veränderung der handelnden Personen und der gesamten Organisation. Sie unterscheiden die Ansätze in:

- *Expertenwissensansatz* (fachspezifische und berufsgruppenübergreifende Bildungsanstrengungen),
- *Hospizansatz* (Integration ehrenamtlicher MitarbeiterInnen und Einbeziehung der Kenntnisse und Erfahrungen aus der Hospizbewegung),
- *Organisationsentwicklungsansatz* (Lernpotenziale des Heims und des übergeordneten Trägers ermöglichen durch systematische Evaluation und

⁴¹ Anmerkung: Donata Beckers berichtete auf der 2. Internationalen IMM-IFF Fachkonsultation über die Untersuchung von Nachhaltigkeit bei verschiedenen Implementierungsprojekten. Der Autor war anwesend. Die Ergebnisse veröffentlichte sie nachfolgend. Beckers, Donata (2006): Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe. Bayerische Hospizstiftung, Heft 7.

Kommunikation in unterschiedlichen Settings die Eigenentwicklung der Organisation),

- *Kommunaler Ansatz* (Entwicklungen der Heime werden in einen gesundheitspolitischen Kontext eingebettet; Versorgungsnetzwerke und bürgerschaftliches Engagement treten in Wechselwirkung mit den Versorgungseinrichtungen),
- *De-Industrialisierungsansatz* (Schaffung und Entwicklung kommunaler Versorgungsnetzwerke, zum Beispiel alternative Wohnformen).

(Vgl. Heller, A., Wegleitner und Heimerl 2007: 351 ff.).

Für Pflegeheime scheinen insbesondere der Expertenwissensansatz, der Hospizansatz und der Organisationsentwicklungsansatz naheliegend, da sie die Beteiligung aller im Sinne einer lernenden Organisation sicherstellen. Der kommunale Ansatz ist im Sinne der (Fort-)Entwicklung der Hospiz- und Palliative Care-Struktur sowie der Etablierung neuer Versorgungskonzepte im Sinne einer netzwerk- und gemeinwesenorientierten Gesundheitspolitik durch das Land Berlin von Bedeutung. Im De-Industrialisierungsansatz liegt die Chance, ein neues kommunales Sorgesystem zu entwickeln, in dessen Zentrum ein innovatives Verständnis vom Zusammenleben mit alten Menschen steht. Gerade dieser Ansatz erscheint vor dem Hintergrund der Individualisierungstendenzen in Berlin relativ schwer umsetzbar.

9.3.4 Indikatoren zur Hospiz- und Palliative Care-Kompetenz

Was Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz inhaltlich charakterisiert, wird im Folgenden zusammenfassend aufgeführt. Der Autor orientiert sich dabei an den Aspekten, die er in der Literaturrecherche zusammengetragen hat, sowie an „Indikatoren und Empfehlungen bzgl. Hospizkultur und Palliativkompetenz“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006). Die Indikatoren erleichtern die Feststellung, ob ein Heim überhaupt im Sinne von der Hospizidee und Palliative Care tätig ist (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006: 3).

9.3.4.1 Träger- und Pflegeheimperspektive

Konzepte und Regelungen verschaffen der Palliative Care eine Basis:

Transparente, verständliche Einrichtungskonzeptionen und/ oder Arbeitshilfen, Handlungsanweisungen, Standards und Leitlinien zur Umsetzung der Palliative Care geben Auskunft über das Grundverständnis im Umgang mit den BewohnerInnen (vgl. Buchmann 2010: 49), über das Theorie- und Handlungskonzept, welches ab dem Heimeinzug greift (vgl. Reitze-Jehle 2007: 120; Gehring-Vorbeck und Holthoff 2011: 88) sowie über die Umsetzung der Bezugspflege als Grundvoraussetzung palliativer Pflege (vgl. Jehle-Reitze 2007: 134). Alle Regelungen entsprechen dem besonderen Bedarf der Hochbetagten. Sie sind den MitarbeiterInnen bekannt und werden von ihnen getragen.

Haltung und Kultur sind gelebter Ausdruck der Palliative Care:

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 (vgl. Gehring-Vorbeck und Holthoff 2011: 88–89).

Die Führung geht voran:

Verantwortliche (z. B. Geschäftsführung oder flankierende FunktionsträgerInnen, z. B. Heim- und/ oder PflegedienstleiterInnen) stehen hinter den Grundsätzen von Palliative Care und setzen sich für deren Umsetzung ein. Gegenüber MitarbeiterInnen praktizieren sie einen partizipationsfördernden sowie von Kompetenz, Transparenz, Kollegialität und Entscheidungsfreudigkeit getragenen Führungsstil. Sie sind sich des Vorbildcharakters ihres Handelns bewusst und sorgen für eine flache Hierarchie. (Vgl. Graf 2005: 13ff.).

Zeitliche und personelle Ressourcen sowie Projektarbeit befördern und sichern Palliative Care:

Die Kontinuität personeller Ressourcen ist jederzeit gesichert. Verantwortliche stellen ihren MitarbeiterInnen ausreichend Zeitressourcen zur Verfügung, deren Umfang ggf. verhandelt werden muss (vgl. Bitschnau 2007: 153). Das

MitarbeiterInnenengagement für die BewohnerInnen beruht nicht primär auf unehonoriertem Zusatzengagement, sondern ist organisatorisch verankert und materiell abgesichert (vgl. Heimerl et al. 2007: 65). Im Rahmen der Umsetzung neuer Ideen und Konzepte wird Projektarbeit praktiziert.

Ohne Reflexion und Bildung ist Palliative Care undenkbar:

Pflegekräfte übernehmen in der (Sterbe-)Begleitung besondere pflegerische Maßnahmen. Hierfür verfügen sie über ausreichende Kenntnisse in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, die ihnen in geeigneten Bildungsangeboten vermittelt werden.

Palliative Care zeichnet sich nicht nur durch eine Haltung aus, sondern auch durch hohe Fachkompetenz (vgl. Bitschnau 2007: 151). Darum stehen allen MitarbeiterInnen Bildungs- und Qualifizierungsangebote zur Verfügung, und zwar sind sie interdisziplinär und bereichsübergreifend zugänglich (vgl. Cieslar 2010: 32). Neben fachlicher wird auch ethische Kompetenzerweiterung befördert (vgl. Vorbeck-Gehring und Holthoff 2011: 89). Die Bildungsangebote regen zum (freien) Denken und Handeln an und fördern die Reflexion des eigenen Tuns. Die Angebote ermöglichen MitarbeiterInnen, sich auch mit der eigenen Endlichkeit zu beschäftigen (vgl. Rest 1998: 85), was Entlastung verschafft, für die Bedürfnisse sterbender BewohnerInnen sensibilisiert (vgl. Heimann 2007: 624) sowie zur Sicherheit und zur Entfaltung von Kreativität beiträgt (vgl. Heller, A. und Heimerl 2007: 141).

Dienliche Angebote sind zum Beispiel das 40stündige Curriculum „Palliative Praxis“ (vgl. Klapper, Kojer und Schwänke 2007: 445–456) der Robert Bosch Stiftung (vgl. Internetseite Robert Bosch Stiftung), Anwendungskurse in Validation (vgl. Internetseite European Validation Association), das 40stündige Curriculum „Mit-Gefühl“ (vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2010) oder interdisziplinäre Fallbesprechungen.

Auch in der berufspraktischen- und berufstheoretischen Altenpflegeausbildung werden die Anforderungen von Palliative Care berücksichtigt.

Positive Gesprächskultur vertreibt Sprachlosigkeit:

BewohnerInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen wissen in der Regel am besten, was ihnen gut tut. Nicht immer sind die Versorgungsziele identisch, bezogen auf Palliative Care, aber häufig schon. Regelmäßiges Miteinander-Sprechen überwindet Sprachlosigkeit, verschafft Sicherheit und fördert die Zusammenarbeit. Ein liebevoller Gruß oder ein Lächeln, Team- und Fallbesprechungen, Einzelgespräche, festgelegte Beratungszeiten, der festlich gedeckte Kaffeetisch, Angehörigenabende oder Veranstaltungen fördern die Gesprächskultur und schaffen Raum für sinnvolle und humorvolle Auseinandersetzung. (Vgl. Müller, D. 2011a: 183). Das sind die „*hierarchiefreien Räume*“ (Kojer und Zsifkovics 2009: 98), in denen sich Menschen auf gleicher Augenhöhe begegnen.

Interdisziplinarität bündelt Kompetenzen und Erfahrungen zum Wohle der BewohnerInnen:

Um die komplexen, sich rasch ändernden physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen aufgreifen zu können, wird die Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen kultiviert und praktiziert. „*Gemeinsame Ziele und die Teamidentität sind dabei wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit, die Rangordnung und die Ziele einzelner Berufsgruppen.*“ (Robert Bosch Stiftung 2006b: 45–46).

Kluge Öffentlichkeitsarbeit und Marketing fördern Akzeptanz und Verbreitung:

Träger und Pflegeheim kommunizieren die Themen Sterben, Tod und Trauer. Heime pflegen eine Kultur der Offenheit und Transparenz, zum Beispiel durch Führungen, Veranstaltungen, das Angebot von Angehörigen-Café's, die Bereitstellung thematischer Handreichungen oder durch eine ausgeprägte Öffnung in das gesellschaftliche Umfeld des Pflegeheims.

Vernetzung fördert und erzeugt Synergieeffekte:

Nicht alles kann von einem Heim allein erbracht werden. Deshalb ist die kooperative Zusammenarbeit mit externen PartnerInnen (z. B. Trauergruppe, Selbsthilfezentrum, Kirchengemeinde) von großer Bedeutung (vgl. Müller, D. 2011b: 17). Der Vernetzung mit geeigneten AkteurInnen und der Einbeziehung von

bürgerschaftlichem Engagement wird große Bedeutung beigemessen. Schnittstellen, zum Beispiel mit Krankenhäusern, werden analysiert und gemeinsam verbessert. Gleichzeitig wird eine professionsübergreifende Vernetzung praktiziert, die auch die weniger leicht zu integrierenden, niedergelassenen ÄrztInnen einschließt (vgl. Heusinger 2011: 10f.). Auch das Gemeinwesen⁴² mit seinen vielfältigen lokalen Angeboten, Initiativen und Netzwerken wird im Kontext einer Beteiligung der BewohnerInnen am gesellschaftlichen Leben und der Öffnung der Pflegeheime einbezogen.

9.3.4.2 BewohnerInnen- und Angehörigenperspektive

BewohnerInnenorientierung wird zur Betreuungsphilosophie:

Mit dem Ziel der individuellen Lebensqualität bis zum Lebensende wird das, was BewohnerInnen wollen und brauchen, kontinuierlich und strukturiert ermittelt und die Pflege und Betreuung hieran möglichst nah ausgerichtet. Das gelingt, wenn kontinuierliche, standardmäßige Kontaktaufnahmen zu den BewohnerInnen die „flexible Aufmerksamkeit“ der MitarbeiterInnen sicherstellen und wenn den Pflegebedürftigen Respekt vor ihrer Individualität, Intimität und ihren veränderlichen Bedürfnissen entgegengebracht wird. (Vgl. Heimerl et al. 2007: 33 ff.).

Im Falle der Demenz handeln alle richtig:

Alle MitarbeiterInnen verfügen über ausreichende Kenntnisse im Umgang mit demenzkranken Menschen, zum Beispiel über praktische Erfahrungen in der Anwendung der Validation. Die Haltung der MitarbeiterInnen gegenüber den Erkrankten ist von Wertschätzung getragen und das Handeln von Empathie geprägt. Dem „Recht nach kommunikativer Grundversorgung“ (Kojer 2011: 201) wird entsprochen.

⁴² Anmerkung: Gemeinwesen bezieht sich auf das soziale und gesellschaftliche Umfeld des Pflegeheims, an dem die HeimbewohnerInnen teilhaben sollen. Gesetzliche Grundlage ist § 10 des Gesetzes über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz - WTG).

Wohnsituation und Infrastruktur sind bewohnerInnenbezogen geprägt:

Das Heim verfügt über eine demenzgerechte und individuell gestaltete Umgebung, die dem Bedürfnis nach Intimsphäre und Rückzug der BewohnerInnen, ihrer Angehörigen und Nahestehenden Rechnung tragen. Größe und möglichst persönliche Gestaltung der BewohnerInnenzimmer und Aufenthaltsräume, deren farbliche Gestaltung und Ausleuchtung, ein unkomplizierter Zugang in die Öffentlichkeit und Natur (zum Beispiel Garten, Terrasse, Foyer) sowie der barrierefreie Modernisierungs- und Ausstattungsgrad mit Hilfsmitteln sind für das Wohlbefinden von großer Bedeutung.

Das Heimleben entwickelt sich zum gemeinsamen Gestaltungsraum:

Regelmäßig werden gemeinschaftsfördernde sowie individuelle, den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechende Rituale praktiziert und soziale Angebote durchgeführt, insbesondere Musiktherapie oder jahreszeitliche Feste, Ergo- und Tiertherapie.

Würdevolles Leben heißt auch Willensbestimmung:

In der Pflege- und Betreuungsplanung bespricht und dokumentiert das Betreuungsteam Wünsche der BewohnerInnen, die sich auf den gesamten Aufenthalt inklusive der letzten Lebensphase beziehen. Am ethischen Diskurs beteiligen sich alle, auch die Angehörigen. Instrumente, wie die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, werden gezielt eingesetzt.

Ethische Standards bestimmen das Handeln:

Es existieren Prozesse, zum Beispiel dokumentierte Fallbesprechungen oder Runde Tische, die Entscheidungen in ethisch sensiblen Situationen durch gemeinsames Beratschlagen aller Beteiligten möglich machen (vgl. Krobath und Heller, A. 2010: 14–70). Im gemeinsamen Gespräch werden die unterschiedlichen Perspektiven aller AkteurInnen einbezogen (vgl. Reitinger und Heimerl 2007: 285).

Rückmeldungen werden wertgeschätzt und verbessern das Versorgungsangebot: Fehler und Kritik werden pro-aktiv erfragt und als wichtige Ressource zur Optimierung angesehen. Begründete Beschwerden ziehen (im Sinne einer lernenden Organisation) als Konsequenz Verbesserung nach sich.

Angehörigenarbeit ist Teil der Bewohnerbetreuung:

Angehörige und Nahestehende werden in die (Sterbe-)Begleitung und/ oder Betreuung mit einbezogen. Ihnen wird Gelegenheit zur individuellen Bearbeitung der Trauer, zur Entlastung (z. B. über Selbsthilfeangebote) sowie zur Äußerung von Wünschen und Kritik gegeben, die dann in organisatorische Maßnahmen des Heims übersetzt werden (vgl. Heimerl et al. 2007: 67). Sie erhalten alle relevanten Informationen. Die Anwesenheit in der Sterbesituation wird auf Wunsch sichergestellt.

Abschieds- und Trauerkultur werden gelebt:

Angehörige und Nahestehende werden beim Abschiednehmen von Verstorbenen unterstützt. Im Heim existieren Formen des Erinnerns und Gedenkens an verstorbene BewohnerInnen.

Medizinische Versorgung wird als Basis von Lebensqualität fachgerecht erbracht:

Es stehen kooperierende ÄrztInnen mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Versorgung geriatrischer PatientInnen zur Verfügung. Schmerztherapie und Symptomkontrolle werden zum festen Bestandteil einer bedarfsgerechten Versorgung der BewohnerInnen. Die PflegeheimmitarbeiterInnen sind an der Behandlung beteiligt (z. B. Krankenbeobachtung, Medikamentengabe).

Für spirituelle und/ oder religiöse Begleitung ist gesorgt:

BewohnerInnen sowie deren Angehörigen und Nahestehenden steht ein Angebot (z. B. über SeelsorgerInnen und PfarrerInnen) zur Verfügung, das dem Bedürfnis nach einer spirituellen und/ oder religiösen Begleitung auch am Lebensende Rechnung trägt (vgl. Heller, B. 2000: 177).

Sterbebegleitung erfolgt maßgeschneidert:

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.

Unterstützung durch ehrenamtliche HelferInnen ist eine tragende Säule:

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen stehen Betroffenen in ausreichender Kapazität zur Verfügung. Sie ergänzen die professionelle Betreuung durch das Einbringen von Zeit, Familien-, Berufs- und Lebenserfahrungen (vgl. Heller, A., Lehner und Metz 2000: 162). Sie sollen sich den Sterbesituationen intuitiv und unvoreingenommen stellen (vgl. Kränzle 2011b: 12).

Die Ehrenamtlichen werden durch verantwortliche HeimmitarbeiterInnen vorbereitet und fachlich angeleitet. Ggf. wird die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und/ oder Demenzbesuchsdienst praktiziert.

Ein würdevoller Umgang mit der Leiche vollendet den Fürsorgeprozess:

Mit Verstorbenen wird würdevoll umgegangen. Möglichkeiten zur individuellen Verabschiedung im Heim sind gegeben (z. B. Aufbahrung im BewohnerInnenzimmer). Mit BestatterInnen existieren Verabredungen bezüglich einer pietätvollen Versorgung und Überführung des Leichnams. MitarbeiterInnen können auf Wunsch an Beerdigungen von BewohnerInnen teilnehmen.



Abbildung 5: Konzepthaus. (Alsheimer 2008: 31). (Vom Autor bearbeitet).

9.3.5 Kritische Reflexion und Widersprüche

Die Umsetzung der Palliative Care in Pflegeheimen kann schnell an Grenzen stoßen. Heime auf der einen und die originären Hospiz- und Palliativeinrichtungen auf der anderen Seite haben sich nicht miteinander, sondern nebeneinander entwickelt. Die finanziellen und insbesondere die personellen Rahmenbedingungen sind nicht vergleichbar, und solange diese Unterschiede bestehen, sind Systeme und Arbeitsweisen des Hospiz- und Palliativbereichs nicht ohne Weiteres auf Pflegeheime übertragbar. (Vgl. Buchmann 2010: 23).

Eine radikale BewohnerInnenorientierung in Pflegeheimen sicherzustellen erscheint schwierig, denn die in erster Linie für die Bezugspflege zuständigen Pflegekräfte arbeiten häufig nach einem Dienstplan, der nur geringe zeitliche Spielräume lässt und ohnehin enormen Zeit- und Arbeitsdruck bedeutet, so dass kontinuierliche Gespräche und Begegnungen kaum möglich sind. Im Vordergrund stehen vorrangig reine Pflegetätigkeiten, wodurch die eigentliche (psychosoziale) Betreuung der BewohnerInnen zu kurz kommt. (Vgl. Fricke 2006: 69–70).

Wegleitner und Heimerl verweisen auf einen anderen Aspekt, nämlich dass das Versorgungskonzept von Palliative Care im stationären Hospiz entstanden sei, also in einem eigens hierfür geschaffenen, kleineren und individuelleren Organisationstyp. Wenn einige Heimträgerverantwortliche, LeiterInnen und MitarbeiterInnen engagiert an der Einführung und Umsetzung von Palliative Care arbeiten, sei dies mit hohen natürlichen Barrieren und großen Herausforderungen verbunden. Zu Recht werde oft angemerkt, dass gerade die häufig anzutreffenden großen Pflegeheime die Philosophie und Haltung von Palliative Care nur schwerlich annehmen und einführen können. (Vgl. Wegleitner und Heimerl 2007: 9).

Festzustellen ist, dass Pflegeheime zudem unter einem gesetzlich fixierten Wirtschaftsgebot (vgl. § 29 Abs. 1 SGB XI) agieren. Demnach haben sie nur Leistungen zu erbringen, die wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Wenngleich der Autor Maßnahmen in Richtung Einführung und Umsetzung von Palliative Care als notwendig erachtet, wird nicht selten von Träger-

und Heimverantwortlichen die Frage gestellt, wie dies langfristig und verbindlich zu finanzieren sei. Die MitarbeiterInnen sind zumeist bereit, den ihnen möglichen Beitrag zu leisten. Es bedarf aber auch von Seiten der Politik, der Gesellschaft und der Träger einer grundsätzlichen Bereitschaft, mehr finanzielle und personelle Ressourcen für die Fortentwicklung der Altenpflege zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung ist die politische und gesellschaftliche Anerkennung der Bedeutung dieser Aufgabe, denn allein aus Stiftungsmitteln, Zeit- und Geldspenden wird sie nicht zufriedenstellend zu erfüllen sein.

Die Herausforderung besteht darin, gegenüber Kostenträgern und Gesellschaft verlässlich zu kommunizieren, dass Palliative Care im Pflegeheim letztlich zur Wirtschaftlichkeit des Gesundheits- und Pflegesektors beiträgt, etwa dadurch, dass Krankenhausaufenthalte der BewohnerInnen vermieden werden, MitarbeiterInnen seelisch und psychisch gesund bleiben, Angehörige entlastet werden und ihre Arbeitsfähigkeit behalten oder dadurch, dass bürgerschaftliches Engagement gefördert wird.

9.4 Umsetzungsstand in Berlin

Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz sind nicht die Regel und es besteht ein Widerspruch zwischen den Erfordernissen und der Versorgungsrealität. Jedoch engagieren sich einige Pflegeheime an der Fortentwicklung ihres Betreuungsangebotes im Sinne der Hochbetagten und ihrer Angehörigen sowie der MitarbeiterInnen. Ein Indiz hierfür ist das Interesse am Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin.

9.4.1 Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

Das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie organisiert und koordiniert das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG Berlin). Ziel ist die breite Einführung der Hospizkultur und Palliative Care in Berliner Pflegeheimen, deren mitbewerberübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung sowie eine Multiplikatorenwirkung im regionalen und politischen Umfeld.

Das NPG Berlin ist konzeptioneller Bestandteil des 3. Hospiz- und Palliativkonzeptes im Land Berlin (vgl. Der Senat von Berlin: 2011: 43f.) und erstattet dem Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin⁴³ über seine Entwicklung und Ergebnisse Bericht (vgl. Geier und Müller, D. 2010⁴⁴).

Das NPG Berlin ist als Projekt mit einer Laufzeit vom 15.09.2010 bis zum 14.09.2012 angelegt. Formen der Zusammenarbeit sind Netzwerktreffen, themenspezifische Arbeitsgruppen, Fortbildungen sowie webbasierte Chatforen (vgl. Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (f)).

305 Berliner Pflegeheime wurden im März 2011 vom KPG schriftlich eingeladen, sich um die Aufnahme im NPG Berlin zu bewerben. Innerhalb der knapp vierwöchigen Bewerbungsfrist machten 30 Heime (9,8 %) hiervon Gebrauch.

Von den 30 Heimen wurden 20 vom KPG nach Auswertung der Bewerbungen ausgewählt und zur Mitarbeit herangezogen. Folgende Kriterien wurden im Auswahlprozess berücksichtigt:

- Eine schriftliche Bewerbung mit Benennung einer verbindlichen AnsprechpartnerIn ist erfolgt.
- Die Broschüre „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlung zur Palliativkompetenz“ (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. 2006) sowie der sich hieraus ableitende „20-Punkte-Check zur Organisation zur Sterbebegleitung“ (vgl. Internetseite Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (g)) wurden im Rahmen der Bewerbung reflektiert.
- Pro Berliner Bezirk ist mindestens ein Pflegeheim im NPG Berlin vertreten.

⁴³ Anmerkung: Beim Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin handelt es sich um ein regelmäßig tagendes Gremium, bestehend aus 42 Mitgliedern (VertreterInnen des Abgeordnetenhauses von Berlin, der zuständigen Senatsverwaltungen, von zentralen Einrichtungen aus der Hospiz- und Palliativstruktur, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Wohlfahrtsverbänden, der Seniorenvertretung u. a.). Ziel ist die transparente Bündelung und Weiterentwicklung hospizlicher und palliativer Aktivitäten im Land Berlin. (Vgl. Der Senat von Berlin 2011: 62).

⁴⁴ Anmerkung: Vgl.: Geier, Christel und Müller, Dirk (2010): 4. Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin. Sitzung am 29. Juli 2010. Unveröffentlichter Beschluss zu Tagesordnungspunkt 3 „Sterbebegleitung und Palliativversorgung in Pflegeheimen“.

Nach einer Organisations- und Konzeptionsphase konstituierte sich am 3. Mai 2011 das Netzwerk mit den ausgewählten 20 Berliner Pflegeheimen, die unterschiedlichen Wohlfahrts- und Privatverbänden angehören. Eine mündliche Abfrage der NetzwerkpartnerInnen durch den Autor in der Auftaktveranstaltung ergab, dass in allen beteiligten Heimen ca. 3.000 BewohnerInnen leben, die von ca. 1.500 MitarbeiterInnen betreut werden. Somit stehen die am NPG Berlin beteiligten PartnerInnen exemplarisch für 6,5 % aller Berliner Pflegeheime, die 9,1 % aller PflegeheimbewohnerInnen versorgen.

9.4.1.1 Motivationsfaktoren anhand des Bewerbungsverfahrens

Der Motivationsgrund der beteiligten Heime lässt sich wie folgt zusammenfassen:
Sie

- ... finden das Thema wichtig.
- ... wollen sich konzeptionell weiterentwickeln.
- ... wollen von den Kompetenzen anderer Heime lernen.
- ... suchen fachlichen Input.
- ... suchen Austausch und Unterstützung bei der Gestaltung interner Veränderungsprozesse.
- ... wollen ihren Erfahrungsschatz teilen.

9.4.1.2 Erste Selbstreflexion anhand des Bewerbungsverfahrens

Aus den Bewerbungsschreiben lässt sich ablesen, wie die jeweiligen Pflegeheime selbst ihren Stand hinsichtlich Palliative Care einschätzen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es den BewerberInnen bis auf das Ausfüllen eines standardisierten Rückmeldebogens freigestellt war, die Form der Bewerbung selbst zu wählen⁴⁵.

⁴⁵ Anmerkung: Dieses Verfahren wurde gewählt, um die Art und Weise der Auseinandersetzung mit dem zur Verfügung gestellten Material kennenzulernen.

Die nachstehenden Ausführungen erfolgen mit dem Einverständnis der NetzwerkpartnerInnen in anonymisierter Form⁴⁶.

Der Autor sichtete die schriftlichen Rückmeldungen und fasste sie zusammen. Die Informationen geben die subjektive Meinung der BewerberInnen wieder. Der Wahrheitsgehalt der Angaben kann vom Autor weder belegt noch bewertet werden. Hier werden konkrete Arbeits- und Reflexionsergebnisse des NPG Berlin abzuwarten sein.

Alle Bewerbungen wurden von Heim- oder PflegedienstleiterInnen der sich bewerbenden Heime eingereicht. Die eine Hälfte arbeitete den „20-Punkte-Check zur Organisation zur Sterbebegleitung“ mehr oder weniger Punkt für Punkt ab. Die andere Hälfte reflektierte die Fragestellungen in einem im Fließtext gehaltenen Bewerbungsschreiben, was vermuten lässt, dass diese Heime besser als die anderen in der Lage sind, ihr Tun zu verbalisieren und nach außen darzustellen.

Die vorläufige Auswertung der 20 Bewerbungsschreiben gestattet eine erste, differenzierte Situationsbeschreibung in Bezug auf den Umsetzungsstand der Palliative Care.

Einig sind sich die Heime in folgenden Punkten:

- Dem Thema Sterbebegleitung wird eine große Bedeutung beigemessen.
- Sterbebegleitung wird in Konzepten berücksichtigt.
- Ehrenamtliche Hospizdienste werden in Einzelfällen in Sterbebegleitungen mit einbezogen.
- Angehörige werden nach Absprache an der (Sterbe-)Begleitung beteiligt.
- Die Heime thematisieren (Abschieds-)Rituale. Charakteristisch hierfür sind Begriffe wie „Trauertisch“, „Erinnerung im Foyer“, „Schatzkiste“, „Palliativkoffer“ oder „Hospizkoffer“. Hierzu gehören auch die Gestaltung einer würdevollen Verabschiedung der Verstorbenen etwa durch die

⁴⁶ Anmerkung: Vgl. internes Protokoll der Zusammenkunft am 04.10.2011.

Aufbahrung im Zimmer oder den Abtransport der Leiche durch den Haupteingang.

- MitbewohnerInnen werden auf Wunsch in die Verabschiedung Verstorbener einbezogen.

Auf der anderen Seite treten auch Unterschiede zutage:

- Vier Heime berichten von Leitlinien oder Checklisten zur Sterbebegleitung.
- Vier Heime führen an, dass das Konzept Gegenstand gemeinsamer Entwicklung und MitarbeiterInnenschulung war/ ist.
- Zwei Heime thematisieren die projektbezogene Entwicklung der Palliative Care.
- Sechs Heime beschreiben zum Teil multidisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppen und/ oder Qualitätszirkel, in denen die Palliative Care Thema ist.
- Sieben Heime thematisieren die Befriedigung spiritueller/ religiöser Bedürfnisse. Sie erwähnen die Aussegnung und/ oder den Gottesdienst. Drei Heime geben die Zusammenarbeit mit SeelsorgerInnen an.
- Sieben Heime verweisen auf konzeptionelle Regelungen, Ansätze und Fortbildungsangebote in der Arbeit mit demenzkranken Menschen.
- Drei Heime weisen darauf hin, dass sie das Curriculum „Palliative Praxis“ (40 Stunden) einsetzen. Sechs Heime führen andere Bildungsangebote an, zum Beispiel Basisqualifikation in Basaler Stimulation, Validation und Fortbildungen zu den Themen Demenz oder Sterbebegleitung.
- Fünf Heime erklären das Vorhandensein von MitarbeiterInnen mit einer Qualifikation in Palliative Care (160 Stunden).
- Drei Heime thematisieren Gesprächs- und/ oder Reflexionsangebote für MitarbeiterInnen, etwa Einzel- und Gruppengespräche oder Supervision.
- Acht Heime weisen auf ethische Entscheidungsgremien oder Instrumente zur Entscheidungsfindung hin, zum Beispiel (ethische) Fallbesprechungen.
- Die medizinische Versorgung von BewohnerInnen wird unterschiedlich gestaltet. Drei Heime ordnen sich dem „Berliner Projekt“ zu und verfügen über angestellte ÄrztInnen. Zwei Heime beschreiben die Kooperation mit einem zum Träger gehörenden Krankenhaus. Die anderen Heime arbeiten mit

HausärztInnen zusammen. Sieben Heime führen den ergänzenden Einbezug von PalliativmedizinerInnen (heutige SAPV-ÄrztInnen) an, ein Heim erwähnt die Kooperation mit einem Schmerzzentrum, ein weiteres die Zusammenarbeit mit einer Fachärztin für Geriatrie.

- Zwei Heime beschreiben die kontinuierliche Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung.

Von den sich bewerbenden 20 Heimen wurden erfolgreiche Aktivitäten aufgeführt, durch die sie sich von den anderen Häusern unterscheiden können:

- Heim 1 bietet einem ambulanten Hospizdienst Praktikumsplätze an.
- Heim 2 hat die überwiegende Anzahl der Hauswirtschaftskräfte über zweitägige Fortbildungen an die Themen Sterben und Tod herangeführt.
- Heim 3 kooperiert mit einer Kirchengemeinde und händigt allen MitarbeiterInnen die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ aus.
- Heim 4 erfasst Ideen der MitarbeiterInnen gesondert.
- Heim 5 führt regelmäßig Schulungen zum Hauskonzept durch.
- Heim 6 arbeitet mit Ordensschwestern zusammen.
- Heim 7 führt seit 2008 eine Arbeitsgruppe „Leben bis zuletzt“ durch, die von einer Sozialarbeiterin koordiniert und geleitet wird.
- Heim 8 hat fast alle MitarbeiterInnen mit dem Curriculum „Palliative Praxis“ geschult.
- Heim 9 stellt MitarbeiterInnen im Rahmen von Sterbebegleitung von zusätzlichen Betreuungsaufgaben frei.
- Heim 10 verfügt über eine von der Geschäftsführung gegründete Ethikkommission.
- Heim 11 beteiligt sich an einem regionalen Palliativnetzwerk.
- Heim 12 lässt MitarbeiterInnen zum Thema Abschiednahme von einem kooperierenden Bestattungsunternehmen schulen.
- Heim 13 bietet Angehörigen in den Wohnbereichen spezielle Kaffeerunden zur Beziehungspflege an.
- Heim 14 verfügt über eine angestellte SeelsorgerIn, die den MitarbeiterInnen zur Verfügung steht.

- Heim 15 hat einen multidisziplinären internen Qualitätszirkel gegründet.
- Heim 16 hat alle MitarbeiterInnen, auch das Reinigungspersonal, in Validation geschult.
- Heim 17 bezieht so genannte Alltagsbegleiter (vgl. § 87b SGB XI) in die Sterbebegleitung ein.
- Heim 18 führt das Prinzip der Wohngemeinschaften ein und arbeitet in einem Gerontopsychiatrischen Verbund mit.
- Heim 19 hat eine zusätzliche Stelle für die Schulung und Koordination ehrenamtlicher MitarbeiterInnen geschaffen.
- Heim 20 hat bereits vor drei Jahren an einem Vorgängerprojekt des NPG Berlin teilgenommen, selbst ein Projekt gegründet und stellt einen Paradigmenwechsel in den Vordergrund der Aktivitäten: Von Heilung zu Begleitung, Linderung und Lebensqualität.

9.4.1.2.1 Zusammenfassung

Palliative Care wird häufig mit Sterbebegleitung in Verbindung gebracht. Es scheinen große Anstrengungen im Kontext der medizinischer Versorgung unternommen zu werden, wobei FächärztInnen für Geriatrie kaum beteiligt sind. (Abschieds)Rituale nehmen einen breiten Raum in der Gestaltung des Heimalltags ein und machen Palliative Care nach außen sichtbar. Das Thema Demenz wird fast nie im Kontext von Palliative Care benannt. SAPV als Leistung anzubieten, scheint für die Heime kein Thema zu sein (bis auf Heim 18). Vielmehr spielen andere AkteurInnen aus der hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur eine Rolle in den Heimen, insbesondere Ambulante Hospizdienste und zunehmend SAPV-ÄrztInnen. Nur zwei Pflegeheime (Heim 11, 20) haben gesonderte Palliative Care-Bereiche eingeführt, der überwiegende Teil beschäftigt sich mit der Umsetzung von Palliative Care im gesamten Heim. Jedoch wird selten projektbezogen an der Fortentwicklung der Palliative Care-Kompetenz gearbeitet. Grundsätzlich wird in den Bewerbungen nicht reflektiert, was derzeit nicht funktioniert (bis auf Heim 4). Das Netzwerk bietet den Anlass, sich systematisch mit dem Thema zu beschäftigen.

9.4.1.3 Erstevaluation im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

Eine zweite, nun standardisierte Abfrage mittels Fragebogen sollte den Ist-Stand von Hospiz- und Palliativkompetenz im Juni 2011 transparent machen, außerdem Themen markieren, die Gegenstand der weiteren Bearbeitung in spezifischen Arbeitsgruppen werden sollen.

Der verwendete Fragebogen wurde vom PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. und dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie erarbeitet und der Arbeitsgruppe des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin zur Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen⁴⁷ zur Diskussion vorgestellt.

Die Ergebnisse wurden in der Endversion des Fragebogens⁴⁸ berücksichtigt. Er umfasst 40 Fragen, die sechs Kategorien zugeordnet werden:

1. Konzept
2. Einbeziehung der MitarbeiterInnen
3. Einbeziehung der BewohnerInnen, Angehörigen und MitbewohnerInnen
4. Einbeziehung Anderer
5. Abschiedsgestaltung
6. Meinungen

Der Fragebogen wurde von den NetzwerkteilnehmerInnen (Heim- und/ oder PflegedienstleiterInnen) im August 2011 ausgefüllt. Die Rücklaufquote betrug 100 %. Die Bögen wurden vom Autor im September 2011 ausgewertet.

Die ausgewählten NetzwerkpartnerInnen hatten bei jeder Frage die Auswahl zwischen fünf Antworten, wobei 1 die Antwort „Trifft voll zu“ und 5 die Antwort „Trifft nicht zu“ darstellt. Bei der Auswertung wurden die als Einschätzung

⁴⁷ Anmerkung: In der 2010 gegründeten Arbeitsgruppe sind folgende Institutionen vertreten: zuständige Senatsverwaltung, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg, Home Care Berlin e. V., Hausärzteverband, Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V., LIGA der Wohlfahrtsverbände, Landesseniorenbeirat, Deutscher Berufsverband für Kranken- und Pflegeberufe.

⁴⁸ Anmerkung: Vgl. Müller, Dirk; Woskanjan Susanne (2011): Evaluation zur Hospiz- und Palliativkompetenz im Pflegeheim. Unveröffentlichter Fragebogen. Berlin.

gewählten Noten erfasst und der Durchschnittswert der Noten aller Häuser pro Frage errechnet. Der Durchschnittswert aller am NPG Berlin beteiligten Heime ist in der nachfolgenden Übersicht aufgeführt.

Frage	Durchschnittswert aller Heime
1) Zum Konzept des Hauses	
<i>1.1) Enthält das Einrichtungs- und/ oder Pflegekonzept Aussagen zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer von BewohnerInnen?</i>	1,5
<i>1.2) Gibt es in Ihrer Einrichtung für MitarbeiterInnen Leitlinien und/ oder Arbeitshilfen zur Sterbebegleitung von BewohnerInnen?</i>	1,5
<i>1.3) Ist Sterbebegleitung als Auftrag aller beteiligten Berufsgruppen und Dienste (z. B. zusätzliche Betreuungskräfte, Hauswirtschaftskräfte) in der jeweiligen Stellenbeschreibung formuliert?</i>	3,7
<i>1.4) Gibt es regelmäßig stattfindende Team- und Fallbesprechungen im Kontext von Sterben, Tod und Trauer?</i>	2,7
<i>1.5) Wird in Ihrer Einrichtung eine spezielle Dokumentation der Sterbebegleitung von BewohnerInnen eingesetzt?</i>	4,6
2) Zur Einbeziehung/Unterstützung der MitarbeiterInnen	
<i>2.1) Werden die Themen Altern und Lebensende regelhaft in Einstellungsgesprächen und MitarbeiterInnengesprächen thematisiert?</i>	3,2
<i>2.2) Ist die Sterbebegleitung in Ihrer Einrichtung als gleichwertige Aufgabe in der Versorgung der BewohnerInnen anerkannt?</i>	2,0
<i>2.3) Ist in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass MitarbeiterInnen zeitliche Ressourcen für die Sterbebegleitung von BewohnerInnen gewährt werden?</i>	2,5
<i>2.4) Gibt es für Ihre MitarbeiterInnen gezielte Bildungsangebote im Kontext von Sterbebegleitung und Palliative Care?</i>	2,7
<i>2.5) Motiviert und unterstützt der/die LeiterIn des Hauses die Teilnahme der MitarbeiterInnen an Bildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Sterbebegleitung und Palliative Care?</i>	1,4
<i>2.6) Werden in Ihrer Einrichtung MitarbeiterInnen außerhalb der pflegerischen Grundprofession in Bildungsmaßnahmen zur Sterbebegleitung mit einbezogen?</i>	2,5 ⁴⁹
<i>2.7) Stehen allen MitarbeiterInnen aller Professionen Ihrer Einrichtung Reflexionsangebote zur Verfügung?</i>	3,2
<i>2.8) Werden allen MitarbeiterInnen Ihrer Einrichtung in emotional schwer aushaltbaren Betreuungssituationen geeignete Angebote oder AnsprechpartnerInnen zur Verfügung gestellt?</i>	2,5

⁴⁹ Anmerkung: Es wurden 19 Selbstbewertungen berücksichtigt, ein Heim beantwortete die Frage nicht.

Frage	Durchschnittswert aller Heime
3) Zur Berücksichtigung der Interessen von BewohnerInnen und Angehörigen/Nahestehenden	
<i>3.1) Wird das Thema Sterbebegleitung in Ihren hauseigenen Informationsprospekten/Internetauftritt für InteressentInnen angesprochen?</i>	3,5
<i>3.2) Werden Informationen zu Wünschen oder Vorstellungen zur letzten Lebensphase in der BewohnerInnen-Dokumentation routinemäßig schriftlich festgehalten?</i>	2,3
<i>3.3) Werden Wünsche und Vorstellungen der BewohnerInnen zur letzten Lebensphase (incl. Notfallplanung) regelmäßig kommuniziert, dokumentiert und überprüft?</i>	2,6
<i>3.4) Werden auch die Bedürfnisse und Vorstellungen demenzerkrankter BewohnerInnen zur letzten Lebensphase in Ihrer Einrichtung wahrgenommen und dokumentiert?</i>	2,9
<i>3.5) Stehen den BewohnerInnen in Ihrer Einrichtung spezielle Angebote zur Beratung und Formulierung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung?</i>	1,4
<i>3.6) Gibt es ein Forum, um ethische, fachliche und rechtliche Fragestellungen zu diskutieren und zu entscheiden?</i>	3,5
4) Zur Einbeziehung anderer	
<i>4.1) Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Konzept zur Einbeziehung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen?</i>	3,1
<i>4.2) Existiert in Ihrer Einrichtung eine mündliche Kooperationsvereinbarung mit einem ambulanten Hospizdienst?</i>	1,7
<i>4.3) Existiert in Ihrer Einrichtung eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem ambulanten Hospizdienst?</i>	3,7
<i>4.4) Werden in Ihrer Einrichtung ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Team- und Fallbesprechungen regelhaft einbezogen?</i>	4,3
<i>4.5) Stehen Ihrer Einrichtung Ärzte zur Verfügung, die sich speziell um die hochbetagten und sterbenden BewohnerInnen kümmern?</i>	2,6
<i>4.6) Können in Ihrer Einrichtung spezialisierte ÄrztInnen im Notfall/bei Bedarf zur Versorgung Schwerstkranker mit starken Beschwerden einbezogen werden?</i>	2,0
<i>4.7) Gibt es in Ihrer Einrichtung konzeptionelle Vorstellungen zur Einbeziehung externer Dienste der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), wie PalliativärztInnen und Palliativpflegekräfte?</i>	3,6

Frage	Durchschnittswert aller Heime
<i>4.8) Gibt es in Ihrer Einrichtung die Tendenz, schwerstkranke BewohnerInnen mit starken Beschwerden am Lebensende in ein Krankenhaus einzuweisen?</i>	2,0 ⁵⁰
<i>4.9) Werden An-/Zugehörige auf die Sterbesituation von BewohnerInnen regelhaft vorbereitet?</i>	2,1
<i>4.10) Werden An-/Zugehörige in die Sterbebegleitung regelhaft miteinbezogen?</i>	1,6
5) Zum Abschied von verstorbenen BewohnerInnen	
<i>5.1) Werden Verstorbene regelhaft vom Betreuungsteam versorgt (Waschung, Lagerung, Aufbahrung)?</i>	1,5
<i>5.2) Werden An /Zugehörige beim Abschiednehmen von verstorbenen BewohnerInnen regelhaft unterstützt?</i>	1,3
<i>5.3) Ist es sichergestellt, dass MitbewohnerInnen Abschied von verstorbenen BewohnerInnen nehmen können?</i>	1,9
<i>5.4) Werden MitbewohnerInnen beim Abschiednehmen von verstorbenen BewohnerInnen unterstützt?</i>	1,5
<i>5.5) Ist sichergestellt, dass MitarbeiterInnen auf Wunsch zur Bestattung von BewohnerInnen gehen können?</i>	1,2
<i>5.6) Wird vor Ort jede Sterbebegleitung nachbesprochen und ausgewertet?</i>	3,1
<i>5.7) Gibt es Absprachen mit BestatterInnen, um eine angemessene Überführung von Verstorbenen sicherzustellen?</i>	1,6
<i>5.8) Gibt es in Ihrer Einrichtung Rituale der Erinnerung und des Gedenkens an verstorbene BewohnerInnen?</i>	1,5
6) Meinungen	
<i>6.1) Ist Ihre Einrichtung insgesamt ausreichend auf die Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender BewohnerInnen ausgerichtet?</i>	2,5
<i>6.2) Werden Ihrem Empfinden nach schwerstkranke BewohnerInnen in Ihrer Einrichtung genauso gut versorgt, wie BewohnerInnen, die nicht an einer schweren Erkrankung (wie z. B. Krebs) leiden?</i>	1,3
<i>6.3) Würden Sie Ihrem eigenen Angehörigen empfehlen, sich in Ihrer Einrichtung bis zum Lebensende betreuen zu lassen?</i>	1,4

⁵⁰ Anmerkung: Es wurden 19 Selbstbewertungen berücksichtigt. Ein Heim beantwortete die Frage nicht.

9.4.1.3.1 Diskussion der Ergebnisse

Der eingesetzte Fragebogen kann nicht den Auftrag einer breit angelegten Studie erfüllen. Er wurde explorativ eingesetzt, um einen ersten, vergleichbaren Überblick über den Stand von Palliative Care in den 20 beteiligten Heimen zu erhalten, Tendenzen sichtbar zu machen und in die Thesenbildung einzubeziehen.

Deutlich wird, dass ein Großteil der Heime konzeptionelle Regelungen zum Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer vorweisen kann (Wert 1,5). Das überrascht nicht, denn hierzu werden sie per Prüfkatalog des MDK angeregt (vgl. Punkt 9.1). Heime werden hospizähnlicher (vgl. Punkt 9.2.4). Die Verantwortlichen reagieren darauf und fördern die MitarbeiterInnenqualifikation in der Palliative Care (Wert 1,4).

Zwar wird Sterbebegleitung nicht gesondert dokumentiert (Wert 4,6), aber vermutlich im Rahmen bestehender Dokumentationssysteme abgebildet. Diesbezügliche BewohnerInnenwünsche werden relativ häufig abgefragt und erfasst (Wert 2,3), jedoch weniger regelmäßig überprüft oder per Notfallplan geregelt (Wert 2,6).

Dass Palliative Care und Demenz (vgl. Punkt 7.3) selten in einen Zusammenhang gebracht werden (vgl. Punkt 9.4.1.2.1), lässt sich daran ablesen, dass bei demenzkranken BewohnerInnen seltener die Bedürfnisse und Vorstellungen zur letzten Lebensphase wahrgenommen und dokumentiert werden als bei nicht dementen (Wert 2,9). Die Tatsache, dass in Heimen viele demenzerkrankte Menschen leben (vgl. Punkte 6.4.2), lässt den Schluss zu, dass insgesamt die Bedürfnisse sehr vieler BewohnerInnen nicht adäquat berücksichtigt werden können. Zudem scheint diese Aufgabe zumeist ausschließlich den Pflegekräften zu obliegen; den anderen beteiligten Berufsgruppen wird sie selten zugewiesen (Wert 3,7). Im Kontext des erforderlichen interdisziplinären Ansatzes in der Palliative Care (vgl. Punkt 9.3) ist dies kritisch zu bewerten.

Zwar finden überall und einzelfallbezogen Begleitungen durch ehrenamtliche HospizdienstmitarbeiterInnen statt, ihre Mitwirkung ist jedoch mehrheitlich nicht

konzeptionell geregelt (Wert 3,1), wird offensichtlich lose verabredet (Wert 1,7), jedoch nur sehr selten schriftlich fixiert (Wert 3,7). Somit öffnet sich derzeit keine Perspektive zum regelhaften Einbezug der Kenntnisse und Fähigkeiten der Ehrenamtlichen (Wert 4,3), was grundsätzlich möglich wäre, etwa in Team- und Fallbesprechungen, die allerdings nicht überall regelhaft durchgeführt werden (Wert 2,7), beziehungsweise in den (selten eingerichteten) Foren zur ethischen Auseinandersetzung (Wert 3,5).

Von einem ethischen Instrumentarium kann nicht die Rede sein. Es stellt sich auch die Frage, ob jede BewohnerIn, für die eine ehrenamtliche Sterbebegleitung infrage käme, real auf das entsprechende Angebot eines Hospizdienstes zurückgreifen könnte und ob das Thema Sterbebegleitung von den Heimen als konzeptionell abgebildet betrachtet werden darf, wenn diese wichtige Zusammenarbeit unkonkret bleibt.

Die Nachfrage nach Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten nimmt in der BewohnerInnenbetreuung zu (vgl. Punkt 6.4.1). Die Heime reagieren darauf mit Beratung (Wert 1,4).

Die Heime gehen unterschiedliche Wege in der medizinischen Versorgung (vgl. Punkt 9.4.1.2). Es ist zu vermuten, dass sie an kooperativen Lösungen mit ÄrztInnen interessiert sind. Jedoch stehen nicht in jedem Fall geeignete ÄrztInnen zur Verfügung (Wert 2,6). Allerdings scheinen spezialisierte ÄrztInnen eine relevante Rolle zu spielen, denn sie können im Notfall einbezogen werden (Wert 2,0). Ob es sich in diesem Zusammenhang um SAPV-ÄrztInnen handelt (vg. Punkt 8.1.2.1), beziehungsweise das Versorgungsangebot SAPV überhaupt bekannt ist und verstanden wird, bleibt offen, zumal nur in seltenen Fällen konzeptionelle Vorstellungen zur Einbindung von SAPV-LeistungserbringerInnen bestehen (Wert 3,6).

Der Angehörigenarbeit wird im Kontext Sterbebegleitung eine hohe Bedeutung zuerkannt, was positiv zu bewerten ist. Angehörige werden in vielen Fällen auf die Sterbesituation vorbereitet (Wert 2,1) und aktiv daran beteiligt (Wert 1,6). Schon in den Bewerbungsschreiben betonten die Heime, welch hohen Stellenwert sie der

Abschiedskultur beimessen. So liegt es nahe, dass MitarbeiterInnen die Verstorbenen versorgen (Wert 1,5), an Beerdigungen teilnehmen können (Wert 1,2) und dass konkrete Verabredungen mit BestatterInnen existieren (Wert 1,6). Gleichfalls werden Angehörige beim Abschiednehmen begleitet (Wert 1,3) und auch überlebende BewohnerInnen in der Abschiednahme unterstützt (Wert 1,5). Hierfür sorgen auch Erinnerungsrituale, die häufig praktiziert werden (Wert 1,5).

Insgesamt messen die am NPG Berlin beteiligten Heime der Sterbebegleitung einen hohen Wert zu (vgl. Punkt 9.4.1.2), wenngleich sie mutmaßen, nicht immer ausreichend auf die Betreuung schwerstkranker und sterbender BewohnerInnen vorbereitet zu sein (Wert 2,5). Diese kritische Bewertung kann positiv gedeutet werden, zumal gleichzeitig die Krankenhauseinweisung sterbender BewohnerInnen grundsätzlich als inadäquate Option angesehen wird (Wert 2,0), denn aus der Erkenntnis von Schwachstellen erwachsen weitere Bemühungen, sich im Sinne von Palliative Care zu entwickeln. Es ist heute schon möglich, diesbezüglich aus positiven und negativen Erkenntnissen und Erfahrungen zu lernen, hieran zu wachsen und neue Entwicklungen voranzutreiben, insbesondere dann, wenn Begleitungen nachbesprochen und reflektiert werden, was jedoch nur selten geschieht (Wert 3,1). Hierin scheint ein großes Potential zu liegen.

Die Tatsache, dass die meisten LeiterInnen ihren Angehörigen das eigene Heim empfehlen würden (Wert 1,4), stimmt den Autor optimistisch.

Der Austausch über das, was ein gutes Heim auszeichnet und von einem schlechten Heim unterscheidet, ist ein wichtiger Schritt in der Umsetzung von Palliative Care vor Ort sowie Ziel und Merkmal des NPG Berlin, auch bezogen auf die gesellschaftspolitische Debatte.

9.5 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Berlin und ihre Bedeutung für Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz

Es liegt nahe, dass die im NPG Berlin agierenden Pflegeheime für eine Zusammenarbeit mit den Berliner SAPV-Strukturen infrage kommen würden. Deshalb wird der aktuelle Stand der SAPV-Versorgung von HeimbewohnerInnen

dargestellt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Heime abgeleitet. Die Erkenntnisse fließen in die Thesenbildung ein.

Im Kapitel 7 und 9 wurde dargestellt, dass HeimbewohnerInnen nicht nur im Sterben Palliativversorgung benötigen und sie sich zudem von PatientInnen in anderen Versorgungsbereichen unterscheiden. Es ist darum Aufgabe der Heime, sich darauf einzustellen und eine Basiskompetenz in Palliative Care vorzuhalten (vgl. Becker und Bollig 2011: 42), also zumindest eine allgemeine Palliativversorgung sicherzustellen, woran die im NPG Berlin organisierten Pflegeheime arbeiten.

Momentan spielen Berliner Pflegeheime im Rahmen der SAPV (vgl. Punkt 8.1.2) keine Rolle. Die SAPV gründet sich derzeit auf den bisherigen Berliner Strukturen in Form „virtueller Teams“ (Hach 2011: 61) und wird in Kooperation von SAPV-ÄrztInnen und SAPV-Pflegediensten erbracht, die getrennte Verträge mit den Kassen haben. Die Leistungserbringer arbeiten mittlerweile in sieben, noch relativ jungen regionalen SAPV-Netzwerken⁵¹ zusammen⁵².

Eine flächendeckende Versorgung gibt es nicht, und das Thema wird vor dem Hintergrund von Ressourcen- und Kompetenzkonflikten immer noch kontrovers diskutiert, wovon die Positionen verschiedener Berliner Wohlfahrtsverbände (vgl. Internetseite Der PARITÄTISCHE Berlin) oder eines Aktionsbündnisses Berliner SAPV-Pflegedienste (vgl. Internetseite Berliner Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (c)) zeugen. Zudem wirft das neue Angebot Schnittstellenprobleme zu der durch HausärztInnen und Pflegeheime weiterhin zu erbringenden Allgemeinen Palliativversorgung auf (vgl. Eichner 2009: 23), da die Allgemeine Palliativversorgung weder trennscharf definiert noch leistungsrechtlich gesondert vereinbart ist (vgl. Mallmann 2011: 4).

⁵¹ Anmerkung: Netzwerk Süd, Netzwerk Mitte, Palliativteam Berlin, Netzwerk Süd-West, Palliativnetz Spandau, Netzwerk Berlin Ost-Brandenburg, Netzwerk Palliativnetz Berlin Nordost.

⁵² Anmerkung: Schriftliche Information der Geschäftsstelle Home Care Berlin e. V. vom 29.08.2011.

Berliner Leistungserbringer sind verpflichtet, Qualitätsberichte über die SAPV zu erstellen (vgl. § 11 Abs 4 Rahmenvertrag über die SAPV gemäß § 132d SGB V in Berlin). Dem Autor gelang es jedoch nicht, die Qualitätsberichte einzusehen und für diese Arbeit nutzbar zu machen. Schriftliche und mündliche Anfragen bei den SAPV-Leistungserbringern, den spezialisierten ÄrztInnen (Home Care Berlin e. V.) und den spezialisierten Pflegediensten (Netzwerk SAPV-Pflegedienste) sowie bei den Krankenkassen verliefen ergebnislos und lassen vermuten, dass die Berichte noch nicht vorliegen oder den Beteiligten derzeit nicht an einer uneingeschränkten Transparenz gelegen ist.

Mittlerweile existiert ein unveröffentlichter Qualitätsbericht zu den Leistungen von SAPV-ÄrztInnen (vgl. Punkt 8.1.2.1). Auf eine persönliche Anfrage des Autors bei der Geschäftsstelle von Home Care Berlin e. V.⁵³ wurden folgende Informationen zu den im 1. Quartal 2011 versorgten gesetzlich versicherten PatientInnen mitgeteilt.

- 807 PatientInnen wurden durch 39 ÄrztInnen versorgt. Insgesamt fanden 8.435 Besuche statt, was ca. 10 Besuchen pro PatientIn entspricht. Im Durchschnitt versorgte eine ÄrztIn 21 PatientInnen.
- Von den 807 PatientInnen wurden 109 (13,5 %) im Pflegeheim versorgt. Alle 109 PatientInnen wurden bis zum Lebensende im Heim betreut, wodurch ihnen eine Krankenhauseinweisung erspart blieb.
- Entsprechend der unter Punkt 6.1 aufgeführten Klassifizierung älterer Bevölkerungsgruppen entfallen 9,5 % der PatientInnen auf die Jungen Alten, 23,2 % auf die Älteren, 34,6 % auf die Alten und 29,3 % auf die Hochbetagten und Langlebigen.

Werden die 26.324 HeimbewohnerInnen den 109 durch SAPV-ÄrztInnen in Heimen betreuten PatientInnen gegenübergestellt, profitierten im 1. Quartal 2011 nur 0,41 % vom zusätzlichen Angebot. Es ist kritisch zu konstatieren, dass demnach hochbetagte Menschen in Pflegeheimen derzeit fast keinen Zugang zu SAPV-ÄrztInnen haben.

⁵³ Anmerkung: Persönliche Anfrage an die Geschäftsstelle von Home Care Berlin e. V. am 26.08.2011.

Zwar stellen alte und hochbetagte Menschen eine Schwerpunkzielgruppe in Palliative Care und somit auch in der SAPV dar, aber auch in Berlin steht die Palliativmedizin meist onkologisch erkrankten PatientInnen zur Verfügung (vgl. Radebruch et al. 2011: 177; Jansky, Lindena und Nauck 2011: 171). Ein Großteil der Berliner SAPV-ÄrztInnen stammt zudem aus einem Vorgängerprojekt für onkologische PatientInnen mit gesonderter Vergütung (vgl. Der Senat von Berlin 2011: 53; Lindena et al. 2011: 31). Im Pflegeheim hingegen nimmt die Tumorerkrankung bei den von Multimorbidität betroffenen BewohnerInnen im Verhältnis zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und Stoffwechselerkrankungen einen wesentlich geringeren Stellenwert ein (vgl. Punkt 6.4.2). Zudem lassen die Vorgaben zur PatientInnenauswahl (komplexes Symptomgeschehen) eine althergebrachte einseitige Indikationsstellung zugunsten tumorerkrankter PatientInnen zu (vgl. Jansky, Lindena und Nauck 2011: 30). Dazu ist die SAPV vielen Pflegeheimen mangels Erfahrung und Kenntnissen unbekannt⁵⁴. Es kann darum einerseits nicht verwundern, dass bisher so wenige PflegeheimpatientInnen in die SAPV einbezogen werden. Andererseits muss daraus auf die hohe Dringlichkeit geschlossen werden, mit der die Erweiterung und Neuausrichtung der SAPV hin zu den pflegebedürftigen Hochbetagten und Pflegeheimen betrieben werden müsste. Die nachfolgende Darstellung der Entwicklung ausgewählter Krankheitsbilder und von Pflegebedürftigkeit in Deutschland beweist das eindrucksvoll.

Jährliche Neuerkrankungen in D	2000	2020	2050
Krebs	413.637	530.019	589.057
Pneumonie	1.030.538	1.565.285	2.885.666
Schlaganfall	162.269	226.939	300.861
Demenz	859.121	1.339.969	2.143.043
Diabetes mellitus	3.817.042	4.679.259	4.939.862
Pflegebedürftige	2.019.667	2.893.430	4.408.667

Tabelle 2: Entwicklung ausgewählter Krankheitsbilder und von Pflegebedürftigkeit. (Herrlein 2009: 77).

⁵⁴ Anmerkung: Der Autor bezieht sich auf Erfahrungen in der Beratungsarbeit mit Berliner Pflegeheimen sowie auf das NPG Berlin.

9.5.1 Fazit

Zu bemerken ist, dass der Vertragspartner der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung, Home Care Berlin e. V., nur 39 MedizinerInnen angibt, die im 1. Quartal 2011 die SAPV leisteten (vgl. Punkt 9.5)⁵⁵. Die Internetseite des Vereins weist jedoch bereits 60 ÄrztInnen auf (vgl. Internetseite Home Care Berlin e. V.), und nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung gibt es sogar insgesamt 81 zugelassene SAPV-ÄrztInnen (vgl. Punkt 8.1.2.2). Die Namen und Praxen aller 81 zugelassenen ÄrztInnen sind nicht einmal den Krankenkassen und Home Care Berlin e. V. bekannt, sondern nur der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin⁵⁶. Es drängt sich die Frage auf, warum ein Großteil der zugelassenen ÄrztInnen unbeteiligt blieb. Ist das Thema nicht wichtig genug? Ist die Arbeit zu mühselig oder zu schlecht honoriert? Oder liegt es am mangelnden Spezialwissen der zugelassenen Haus- und FachärztInnen?

Zwar gibt es mittlerweile zahlreiche Weiterbildungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, aber sie scheinen nicht ausreichend auf die anspruchsvolle Tätigkeit vorzubereiten; sie finden, wie es Lübke in einem Kommentar im Der Tagesspiegel ausführt, auf einem „zum Teil erschreckend niedrigen Niveau“ statt⁵⁷.

Zwar könnte ein Berliner Pflegeheim theoretisch einen Teil der SAPV durch eigenes Personal sicherstellen, wenn dieses die Voraussetzungen nach § 132d SGB V erfüllt, zum Beispiel hinsichtlich der Anzahl qualifizierter Pflegekräfte. Aufgrund der erheblichen Anforderungen an die Leistungserbringer (vgl. Lindena et al. 2011: 27) darf jedoch bezweifelt werden, dass die konzeptionellen, qualitativen und

⁵⁵ Anmerkung: Information von Home Care Berlin e. V. in der Arbeitsgruppe Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin am 23.09.2011, an welcher der Autor teilnahm.

⁵⁶ Anmerkung: Sachstand, übermittelt in der Arbeitsgruppe Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin am 23.09.2011, an welcher der Autor teilnahm.

⁵⁷ Anmerkung: Vgl.: Lübke, Andreas (2011): Im Sterben helfen. Ärzte werden zum Heilen ausgebildet – deshalb sind sie mit der Behandlung am Lebensende oft überfordert. In: Der Tagesspiegel 24.07.2011. Berlin: 8.

quantitativen Voraussetzungen sowie Netzwerke der Heime ausreichend vorhanden sind, um die ärztlich angeordnete spezialisierte Palliativpflege als eine Kooperationsleistung, als pflegfachliche Beratung, Koordination der Versorgung und/ oder spezialisierte palliativpflegerische Leistungen (vgl. § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag über die SAPV gemäß § 132 d SGB V in Berlin) adäquat zu erbringen. Die Pflegeheime verfügen zudem bezüglich der SAPV über keinerlei Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen, die Leistung wäre somit weder durch SAPV-ÄrztInnen verordnungsfähig noch würden folglich die Kosten erstattet.

Momentan sollten sich die Heime daher auf die Zusammenarbeit mit zugelassenen SAPV-Anbietern und ergänzenden Angeboten (z. B. Hospizdiensten) konzentrieren und diese aktiv und kooperativ befördern. Eine Beteiligung an den entstehenden regionalen SAPV-Netzwerken ist sinnvoll.

Die SAPV-Leistungserbringer sind aufgerufen, ihre fachlichen Kompetenzen in Bezug auf die hochbetagten, häufig kommunikationseingeschränkten und demenzkranken Menschen zu erweitern (vgl. Becker und Bollig 2011: 44).

Diese Form der Mitwirkung in der SAPV führt zur Erweiterung fachlicher und konzeptioneller Kompetenzen, zu breiteren Netzwerken sowie zu einem Zuwachs an palliativer Haltung (vgl. Hach 2011: 61).

Allerdings ist nicht auszuschließen, dass mittelfristig das eine oder andere Pflegeheim mit einer ausgeprägten Palliative Care entsteht, das die erforderlichen gesetzlichen und fachlichen Anforderungen erfüllt und somit das bestehende SAPV-Netz in Berlin erweitern und hier Maßstäbe setzen wird.

„Mit Versorgungsnetzwerken als abgestimmten, koordinierten Versorgungsformen verbindet sich die berechtigte Aussicht auf eine bessere Hospiz- und Palliativversorgung.“ (Herrlein 2009: 28). Dies gilt auch für die Pflegeheime. Herrlein zeigt auf, dass Versorgungsschwierigkeiten bei schwerstkranken und sterbenden Menschen überwunden werden können, wenn alle an deren Betreuung beteiligten Institutionen und Professionen im Sinne der betroffenen Menschen zusammenarbeiten.

10 Thesen

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse stellt der Autor Thesen auf und identifiziert anschließend im Kapitel 11 Handlungsfelder und AkteurInnen mit Relevanz für die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheimen.

These 1: Alle HeimbewohnerInnen brauchen Palliative Care.

Hinsichtlich Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim geht es nicht mehr um das „ob“, sondern darum, „wie“ sie etabliert und langfristig bewahrt werden können. BewohnerInnen brauchen im Laufe ihres Heimaufenthalts Palliative Care als ein individuell zugeschnittenes und kontinuierliches Sorgeangebot. Da das Konzept von Palliative Care aber in der Regelversorgung, so auch in Pflegeheimen, qualitativ und quantitativ nicht ausreichend integriert ist, erhalten derzeit die wenigsten HeimbewohnerInnen ein adäquates palliatives Angebot.

These 2: Palliative Care ist in Berliner Pflegeheimen ein seltener Ausnahmefall.

Unterm Strich kann man in Berlin nur von Pflegeheimen mit sich entwickelnder Palliative Care-Kompetenz sprechen.

Nur in wenigen Heimen gibt es Initiativen und Projekte zur Umsetzung von Palliative Care – diese sind aktuell in keiner Einrichtung abgeschlossen. Die Anzahl der Heime mit Palliative Care-Kompetenz ist unbekannt. Einige haben sich um eine Mitwirkung im NPG Berlin beworben; der Entwicklungsprozess verläuft auch bei ihnen eher unsystematisch und mit unzureichend qualifiziertem Personal.

These 3: Palliative Care geht alle an.

Singuläre Palliative Care-Bereiche führen nicht zu palliativer Kompetenz in der Gesamtorganisation – können diese sogar behindern, z. B. wenn sie eine Alibifunktion übernehmen. Zudem wird Palliative Care erschwert, wenn versucht wird, sie in nur einem Bereich zu implementieren, da singuläre Palliative Care-Bereiche Unverständnis, Rechtfertigungsdruck und Spannungen zwischen den verschiedenen Bereichen einer Einrichtung hervorrufen und Ängsten vor einer Art Zwei-Klassen-System Vorschub leisten können. Nur konzeptionelle Verständigung,

strukturelle Entwicklungen auf allen Ebenen, massive, gezielte Kommunikations- und Bildungsanstrengungen führen zur Palliative Care für die HeimbewohnerInnen. Wie will man da einzelne Bereiche separieren? In letzter Konsequenz verändert Palliative Care die gesamte Heimkultur, das heißt, sie wirkt auf allen Ebenen, in allen Köpfen und Herzen. Palliative Care bedarf also einer Organisationsentwicklung, die sich im Sinne von aktiver „Kulturarbeit“ in der Gesamtorganisation vollzieht.

These 4: Demenzkranke BewohnerInnen profitieren selten von Palliative Care. Das Thema Demenz spielt bisher im Kontext von Palliative Care eine untergeordnete Rolle. Auch Pflegeheime denken bei der Umsetzung von Palliative Care zunächst an onkologisch erkrankte HeimbewohnerInnen.

These 5: Die aktuelle Praxis der Qualitätssicherung behindert Palliative Care in Pflegeheimen.

Erst wenn Konsens besteht, anhand welcher Qualitätsmerkmale Palliative Care-Kompetenz im Pflegeheim gemessen werden kann, und erst, wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen hieran angepasst sind, wird die Verbreitung von Palliative Care in Heimen spürbar zunehmen. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegeheime (z. B. Dokumentation) werden den Bedürfnissen der BewohnerInnen bezüglich eines würdevollen Lebens bis zuletzt nicht gerecht. Die Maßnahmen sind nicht auf die Erfordernisse von Palliative Care ausgerichtet und behindern eine menschenwürdige Versorgung sogar, da sie einen Teil der ohnehin knappen personellen und fachlichen Ressourcen beanspruchen.

These 6: Unverbindliche Qualitätsmerkmale von Palliative Care im Pflegeheim verhindern deren Vergleichbarkeit und systematische Entwicklung.

Nur verbindliche, mit den Einrichtungsträgern abgestimmte Qualitätsmerkmale für Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz ermöglichen die Evaluierung des aktuellen Standes und des daraus abzuleitenden Handlungsbedarfes durch das Land. Die Einführung solcher Qualitätsmerkmale ist jedoch Voraussetzung von Landesaktivitäten (z. B. Strategie- und Konzeptentwicklung, finanzielle Förderung).

These 7: Eine besondere Altenpflege bedarf einer besonderen Öffentlichkeitsarbeit. Öffentlichkeitsarbeit, die bezüglich des sich verändernden Kernauftrags vollstationärer Altenpflege Transparenz herstellt, unterstützt Veränderungs- und Qualitätsentwicklungprozesse in den Pflegeheimen. Sie lenkt die öffentliche Wahrnehmung auf die Erfordernisse einer angemessenen Versorgung hochbetagter Menschen und fördert den gesellschaftlichen Diskurs über den Umgang mit alten und sterbenden Menschen. Die Öffentlichkeitsarbeit trägt zur Entwicklung einer kommunalen Palliativkultur bei.

These 8: Offene Heime generieren öffentliche Anerkennung.

Wenn Pflegeheime konsequent mit Angehörigen und KooperationspartnerInnen (z. B. aus der Berliner Hospiz- und Palliativ-Struktur) zusammenarbeiten und eine konsequente Öffnung in das Gemeinwesen und Netzwerkarbeit kultivieren, wecken sie solidarische Kräfte zugunsten der Heime. Im Ergebnis werden das gesellschaftliche Umfeld, die Politik und Kostenträger für die Heimbeltange sensibilisiert.

These 9: Kooperationen von Hospiz-/Palliativeinrichtungen mit Pflegeheimen bleiben Einzelfälle.

Die Heime müssen eigenständig eine Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenz entwickeln. Hierin liegt ihre Chance zur Ausprägung einer neuen Fachlichkeit und Identität. Die Anbieter aus der Berliner Hospiz- und Palliativ-Struktur können aufgrund ihrer begrenzten Kapazität nicht allen Pflegeheimen Unterstützung und/oder Kompetenztransfer anbieten. Zudem ist ein Großteil der hospizlichen und palliativen Einrichtungen auf onkologische PatientInnen ausgerichtet, was die Zusammenarbeit mit Heimen erschwert. Perspektivisch werden nur einzelne Hospiz- und Palliativeinrichtungen die Hochbetagten stärker in den Fokus nehmen und ihre Aktivitäten an den Bedürfnissen von HeimbewohnerInnen ausrichten.

These 10: Zusammenarbeit verhindert palliative Parallelwelten.

Wenn die Verbände der Leistungserbringer und/oder das Land sektorenübergreifende Vernetzungskonzepte entwickeln und kommunizieren sowie Projekte zwischen Heimen, Hospiz- und Palliativeinrichtungen fördern, leiten sie

eine langfristige Zusammenarbeit ein und sichern die Einbettung beteiligter Heime in die Berliner Hospiz- und Palliative Care-Struktur, die bisher der wesentliche Träger der Palliativkultur des Gemeinwesens ist. So ließe sich verhindern, dass „palliative Parallelwelten“ entstehen, nämlich für Hochbetagte in Pflegeheimen und für PatientInnen in stationären Hospizen oder auf Palliativstationen. Denn Pflegeheime dürfen zwar nur im Einzelfall damit rechnen, dass ihr Mangel an Palliative Care-Kompetenz durch Anbieter der Hospiz- und Palliative Care-Struktur kompensiert wird, können aber aktiv auf diese Leistungserbringer zugehen und sich mit ihnen im Sinne lernender Organisations(Kulturen) verständigen.

Die Pflegeheime tragen so mit dazu bei, dass Palliative Care in allen Berliner Versorgungsbereichen vorangetrieben wird, denn gelebt und gestorben wird überall. Nur wenn ein flächendeckendes, organisationales und gemeinsames Lernen aller beteiligten LeistungserbringerInnen einsetzt, können eine stadtweite hospizliche und palliative Kultur sowie Sorgeangebote gestaltet werden, die dann allen bedürftigen BerlinerInnen jederzeit zuteil werden.

These 11: Die SAPV für hochbetagte Menschen verzögert sich weiter.

Die SAPV wird sich nur mittel- und langfristig zugunsten der hochbetagten BewohnerInnen in den Pflegeheimen erweitern. Die vom Gesetzgeber vorgesehene flächendeckende Etablierung der SAPV wurde in Berlin bisher nicht umgesetzt. Insbesondere anspruchsberechtigte PflegeheimbewohnerInnen erhalten selten eine spezialisierte medizinische Palliativversorgung. Wird SAPV erbracht, so liegt dies zumeist an einzelnen AkteurInnen und ihren informellen Kooperationsbeziehungen.

These 12: Heime erbringen vorerst keine SAPV-Leistungen.

Pflegeheime erfüllen wegen mangelnder Palliative Care-Kompetenz weder kurz- noch mittelfristig die Voraussetzungen für die Erbringung von SAPV-Leistungen, obwohl der Gesetzgeber sie theoretisch als Vertragspartner zulässt. Die vorrangige Aufgabe der Heime liegt daher im Ausbau von Palliative Care-Basiskompetenzen und in der Kooperation mit bestehenden SAPV-Leistungserbringern.

These 13: Das HausärztInnensystem stößt an seine Grenzen.

Nur wenn HausärztInnen, die ihre PatientInnen nach deren Umzug in ein Heim weiter versorgen, in das „Berliner Projekt“ oder ähnliche Projekte eingebunden werden und mit den SAPV-Ärztinnen Kooperationsbeziehungen (z. B. im Rahmen konsiliarischer Tätigkeit) eingehen, wird sich die medizinische Versorgung der PflegeheimbewohnerInnen wesentlich verbessern und stabilisieren.

These 14: Mit gleichbleibenden Personalressourcen ist Palliative Care in Pflegeheimen nicht flächendeckend realisierbar.

Stellen Politik und Kostenträger nicht sicher, dass fachliche, hauptamtliche Ressourcen in der BewohnerInnenbetreuung ausreichend zur Verfügung stehen, bleiben Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz weiterhin eine Ausnahmeerscheinung. Bürgerschaftliches Engagement kann die professionelle Betreuung und Pflege der hochbetagten PflegeheimbewohnerInnen nur ergänzen.

MAS-Thesis | Dirk Müller | Berlin

11 Handlungsfelder und AkteurInnen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Sorge für Hochbetagte am Lebensende, begrenzt – wegen der thematischen Weite – auf die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime, aber mit dem Blick auf Korrelationen zur kommunalen Palliativkultur und die darin involvierten Leistungserbringer.

Eine solche Wechselbeziehung ist beispielsweise in dem postulierten Ziel enthalten, in Berlin ein flächendeckendes Angebot von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz aufzubauen: Das Gemeinwesen braucht die Pflegeheime zur Versorgung seiner BürgerInnen und die Pflegeheime brauchen das Gemeinwesen und dessen sich entwickelnde kommunale Palliativkultur, um den eigenen Wandel in vollem Umfang bewältigen zu können.

Das Ziel wird sich nur durch die Beteiligung verschiedener AkteurInnen und eine Vielzahl von Maßnahmen realisieren lassen, die sich im besten Fall in einen konzertierten Prozess einfügen.

Im Folgenden sind diesem Prozess immanente Handlungsfelder skizziert, in denen die wichtigen Entscheidungen getroffen und/ oder die wesentlichen Änderungen vollzogen werden. In den Handlungsfeldern wiederum nehmen oft mehrere AkteurInnen mit unterschiedlichem Aktionsradius Schlüsselstellungen ein. Ihre mögliche Rolle und das Ineinandergreifen der Wirkungskreise wird anhand von Beispielen aufgezeigt.

Aspekte, die sich der Einflussnahme von Landesseite weitgehend entziehen, werden allenfalls gestreift, beispielsweise die zahlreichen die Heime betreffenden gesetzlichen Regelungen (u. a. Qualitätssicherung), die auf Bundes- und nicht auf Landesebene verabschiedet werden. Abzuwarten bleibt auch, ob die Heime perspektivisch eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung erhalten, da dies ihren Gestaltungsspielraum unmittelbar beeinflusst.

Allerdings sind gesetzliche Rahmenbedingungen oder die zweifelsohne erforderliche bessere Ressourcenausstattung der Pflegeheime nicht die einzigen Faktoren von Belang. Wenn die Situation der in Heimen lebenden und arbeitenden Menschen verbessert werden soll, können die Heime selbst, die Leistungserbringer der Hospiz- und Palliative Care-Struktur, die Verbände, das Land Berlin und ggf. weitere Beteiligte im Rahmen ihrer Möglichkeiten Einfluss nehmen.

11.1 Konzeptfortentwicklung und Organisationsentwicklung

Da Pflegeheime nach Betreuungs- und Versorgungskonzepten arbeiten, liegt es auf der Hand, darin Palliative Care als multiprofessionelle Aufgabe konzeptionell zu verankern und die individuelle und bewohnerInnenorientierte Betreuung vom Einzug bis zum Lebensende festzuschreiben.

Die Fortentwicklung der Konzepte sowie die nachhaltige Einführung und Umsetzung von Palliative Care wäre durch heim- und/ oder trägerinterne Organisationsentwicklungsprozesse sicherzustellen. Es würde Heimträgern und Verbänden der Leistungserbringer (z. B. über die LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtsverbände Berlin⁵⁸) obliegen, diese Prozesse zu initiieren. Zu einigen der relevanten Fragen könnte der MDK Berlin-Brandenburg die Beratung übernehmen.

Nachfolgend sind Beispiele für mögliche Schritte von Heimträgern und für die Zusammenschlüsse der Leistungserbringer aufgeführt:

- Sie setzen einen Verständigungsprozess in Gang, in dem sie und ggf. weitere Beteiligte das gemeinsame Ziel und einen Maßnahmenkatalog festlegen.
- Sie tun ihr Möglichstes, um die Bereitstellung der personellen und finanziellen Ressourcen für Palliative Care zu sichern.
- Sie werden aktiv, damit unter Beteiligung regionaler Fort- und Weiterbildungsträger ausreichende interdisziplinäre Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten und genutzt werden (z. B. bzgl. Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Kommunikation, Demenz, Ethik), die geeignet sind, Haltungen zu verändern sowie Kompetenzen und Fähigkeiten aller in Palliative Care involvierter FunktionsträgerInnen und MitarbeiterInnen in der Altenpflege zu erweitern.
- Sie forcieren die Verbesserung der medizinischen Versorgung, z. B. durch Einbindung weiterer Pflegeheime und ÄrztInnen in das „Berliner Projekt“.

⁵⁸ Anmerkung: Hier kooperieren die Arbeiterwohlfahrt, der Landesverband Berlin e. V., der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Berlin e. V., das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg Schlesische Oberlausitz e. V., das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Berlin e. V. und die Jüdische Gemeinde zu Berlin.

- Sie fördern die Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Leistungserbringern. Im Vordergrund stehen dabei die Verbesserung der Versorgungsqualität durch ergänzende Angebote und das gemeinsame Lernen im Bereich der Hochbetagtenversorgung.
- Sie setzen sich für konsequente Gemeinwesenorientierung und Transparenz der Heime ein sowie für eine aktive BürgerInnenbeteiligung.

11.2 *Qualitätsentwicklung*

Pflegeheime sind zur Qualitätssicherung ohnehin verpflichtet, und es steht ihnen frei, ihr Qualitätsverständnis und die Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent am Ansatz von Palliative Care auszurichten.

Eine politische, trägerübergreifende und öffentliche Diskussion könnte den Qualitätsbegriff erweitern, folglich zu einer eindeutigen Orientierung an den Bedürfnissen hochbetagter HeimbewohnerInnen beitragen, die auch die Bedürfnisse der ihnen nahe stehenden Personen einschließt. Dadurch würden die Weiterentwicklung des Qualitätsbegriffes und die Anpassung der Qualitätssicherungsmaßnahmen konsolidiert.

Transparenzaktivitäten würden die Verlässlichkeit des Wandels vorantreiben, denn sobald die Umsetzungsqualität von Palliative Care regelhafter Bestandteil der Prüfungen durch den MDK wäre, flösse sie folgerichtig in die Bewertung der Heime (Pflegeroten) ein.

Ein Beispiel für die mögliche Rolle des Landespflegeausschusses Berlin⁵⁹:

- Er startet eine Initiative mit dem Ziel, verbindliche Qualitätsmerkmale für die Palliative Care in Heimen zu verabreden und evtl. Zertifikate zu vergeben.

⁵⁹ Anmerkung: Der Landespflegeausschuss Berlin hat sich nach § 92 SGB XI mit VertreterInnen aller an der Pflege beteiligten Institutionen bzw. Organisationen konstituiert. Er ist ein von der Senatsverwaltung unabhängiges Gremium.

Beispiele für Ansatzpunkte von Pflegeheimen, MDK, Zusammenschlüssen der Leistungserbringer und Verbänden betroffener alten Menschen:

- Sie alle bringen ihre Sichtweise in einen Verständigungsprozess ein, mit dem Ziel, Palliative Care stärker in die Qualitätssicherungspraxis einzubeziehen.
- Sie setzen sich dafür ein, dass zentrale Qualitätsmerkmale öffentlich gemacht werden. Sie kommunizieren nachdrücklich das besondere Engagement der Heime bei der Umsetzung eines Palliative Care-Konzeptes und stellen heraus, welche Wirkung verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen sowie erfahrene und qualifizierte MitarbeiterInnen zu entfalten vermögen.
- Sie setzen sich für eine Reduzierung der Leistungsdokumentation zugunsten frei werdender zeitlicher Ressourcen in der BewohnerInnenbetreuung ein.

Ein Beispiel für Handlungsoptionen der Berliner Politik:

- Sie startet auf Bundesebene Initiativen bezüglich Gesetzesänderungen, etwa zur Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder zur Qualitätssicherung (z. B. Qualitätsprüfungsrichtlinie und Transparenzvereinbarung).

11.3 Medizinische Versorgung

Da Pflegeheime eine qualifizierte geriatrische und palliativmedizinische Versorgung der HeimbewohnerInnen sicherstellen müssen, liegt es in ihrem Interesse, die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen fortzuentwickeln bzw. neu zu organisieren.

Haus- und FachärztInnen leisten zwar die ärztliche Betreuung, doch der grundsätzliche Sicherstellungsauftrag obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Eine optimierte palliativmedizinische und geriatrische BewohnerInnenversorgung zu verabreden und umzusetzen bietet ein Handlungsfeld, in dem die Berliner Politik unter Beteiligung von PatientInnenbeauftragten, Verbänden der Leistungserbringer und Krankenkassen einen zielführenden Maßnahmenkatalog mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin verabreden könnte.

Beispiele für die Schlüsselstellung der Berliner Politik:

- Sie initiiert im Runden Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin“ eine Arbeitsgruppe, die Eckpunkte einer zukunftsweisenden geriatrischen und palliativmedizinischen HeimbewohnerInnenversorgung

formuliert und gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung Berlin, der Ärztekammer Berlin und den Krankenkassen vertritt.

- Sie bringt die inhaltliche Verständigung über gemeinsame Ziele und Schritte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von BewohnerInnen und zur Verstetigung von Palliative Care in den Pflegeheimen auf den Weg.
- Sie setzt sich für die Schaffung je eines Lehrstuhls für Geriatrie und für Palliativmedizin und/ oder Palliative Care an den Berliner Universitäten ein.

Beispiele, die den Aktionsradius von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung Berlin illustrieren:

- Sie entwerfen gemeinsam Strategien und Maßnahmen zur besseren medizinischen Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen, z. B. forcieren sie die Aufgabe des Hausarztprinzips zugunsten angestellter HeimärztInnen bzw. der verbindlich mit Heimen kooperierenden ÄrztInnen.
- Sie setzen sich dafür ein, dass Leistungen für alle gesetzlich versicherten BewohnerInnen über das „Berliner Projekt“ abgerechnet werden können.
- Sie thematisieren die Hochbetagtenversorgung in Öffentlichkeitsmaterialien (z. B. Mitgliederzeitschriften).

Beispiele für Handlungsmöglichkeiten der Pflegeheime:

- Sie suchen bzw. intensivieren ihre Zusammenarbeit mit geriatrischen Krankenhausabteilungen und regionalen geriatrischen Netzwerken.
- Sie fördern die Kooperation zwischen engagierten Haus-, Fach- und SAPV-ÄrztInnen, z. B. durch die Organisation gemeinsamer Fallbesprechungen und Fortbildungsveranstaltungen.

11.4 Ausweitung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung auf Hochbetagte in Pflegeheimen

HeimbewohnerInnen haben zwar Anspruch auf SAPV, können ihn aber kaum realisieren, was erst recht für die häufig nicht tumorkranken HeimbewohnerInnen mit komplexem Symptomgeschehen gilt. Naheliegenderweise dürften Pflegeheime die Ersten sein, die sich berufen fühlen, auf eine stärkere Inanspruchnahmefähigkeit der SAPV hinzuwirken. Bezüglich der Integration des

spezialisierten Angebots in die Versorgung tumorfreier BewohnerInnen sitzen jedoch die spezialisierten ÄrztInnen und Pflegedienste mit den Heimen in einem Boot. Den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und Home Care Berlin e. V. als Vertragspartner käme die Aufgabe zu, den einsetzenden Kooperationsprozess aktiv zu begleiten.

Beispiele, was das für Pflegeheime bedeutet:

- Sie sorgen in ihrem Wirkungskreis dafür, dass sämtliche MitarbeiterInnen, Heim- und FachärztInnen das spezialisierte Angebot kennen (z. B. durch Informationsveranstaltungen unter Beteiligung von SAPV-Leistungserbringern und/ oder durch Fallbesprechungen).
- Sie beteiligen sich an regionalen SAPV-Netzwerken und starten Aktivitäten zum Einbezug der SAPV-ÄrztInnen in die Versorgung von PatientInnen mit komplexem Symptomgeschehen.
- Sie bereiten Kooperationsverträge mit den regional ansässigen SAPV-ÄrztInnen vor und dringen auf ihre Umsetzung (analog zu den vor Einführung der SAPV gebräuchlichen Abkommen zwischen Home Care-ÄrztInnen und stationären Hospizen).

Beispiele für Schritte der SAPV-Leistungserbringer:

- Sie bilden ihre pflegerischen und ärztlichen MitarbeiterInnen in der Betreuung hochbetagter und demenzerkrankter PatientInnen mit komplexem Symptomgeschehen fort.
- Sie suchen die Zusammenarbeit mit FachärztInnen für Geriatrie.
- Sie sprechen Pflegeheime gezielt an, organisieren dort Fortbildungen und unterstützen die Integration der Heime in regionale SAPV-Netzwerke.
- Sie organisieren interdisziplinäre Fallbesprechungen, an denen MitarbeiterInnen der Heime und der SAPV-Leistungserbringer regelhaft teilnehmen und in die auch die versorgenden Haus- und FachärztInnen sowie die begleitenden ehrenamtlichen MitarbeiterInnen einbezogen werden.

Beispiele für das Handlungsspektrum der drei SAPV-Vertragspartner Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Berlin und Home Care Berlin e. V. :

- Sie setzen sich für eine Gestaltung der SAPV im Sinne von Palliative Care-Teams ein.

- Sie beteiligen sich an einer SAPV-Informationenkampagne in den Pflegeheimen, z. B. durch Organisation von Tagungen und Veranstaltungen.
- Sie initiieren Modellprojekte zur Hochbetagtenversorgung und deren Evaluation.
- Sie beziehen die Bedürfnisse multimorbider hochbetagter Menschen in anstehende Rahmenvertragsverhandlungen zur SAPV ein.

11.5 Austausch, Kooperation und Vernetzung

Bisher haben erst wenige Berliner Pflegeheime Schritte unternommen, um Palliative Care zu etablieren. Aber schon suchen sie Austausch und Zusammenarbeit mit Gleichgesinnten und es existiert ein Vernetzungsprojekt. Die gegenseitige Unterstützung der besonders engagierten Pflegeheime käme nicht nur ihnen selbst zugute, sondern würde darüber hinaus ihre Multiplikatorenwirkung verstärken. Da sich Know How über Multiplikatoren effektiv verbreitet und sich in Netzwerken lebendig weiterentwickelt, ist für die angestrebte flächendeckende Implementierung von Palliative Care in Pflegeheimen der Grundstein gelegt, auf dem weitere Aktivitäten aufbauen können.

Beispiel für die Rolle der besonders aktiven Heime in diesem Prozess:

- Sie sind offen für den Erfahrungsaustausch und eine konstruktive Zusammenarbeit mit anderen interessierten Pflegeheimen. Sie beteiligen sich aktiv an Netzwerken.

Beispiele für Beiträge des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie (KPG):

- Es stellt der Berliner Politik, den Verbänden und anderen AkteurInnen seine Erfahrungen zur Verfügung, führt das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG Berlin) über die Projektlaufzeit hinaus fort und überträgt das bestehende Netzwerkkonzept auf alle zwölf Bezirke.
- Es berät bezirkliche Initiativen und übernimmt die berlinweite Steuerung zur Übertragung des Netzwerkkonzepts auf die Bezirksebene. Der Runde Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin“, insbesondere seine Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativkompetenz in Pflegeheimen“, wären in diesen Prozess einzubeziehen.

Beispiele für Herausforderungen, vor denen Verbände der Leistungserbringer und die Berliner Politik stehen:

- Sie unterstützen die überregionalen Vernetzungsaktivitäten des KPG und die regionalen Vernetzungsaktivitäten der zum NPG Berlin zugelassenen Pflegeheime.
- Sie fördern die Einbindung infrage kommender regionaler Netzwerke und Pflegestützpunkte in den Verbund.
- Sie sorgen für eine öffentlichkeitswirksame Beteiligung der Heime, z. B. durch die Thematisierung in den Verbänden oder durch die Organisation von Fachveranstaltungen.

11.6 Integration von Pflegeheimen in die Hospiz- und Palliative Care-Struktur

Palliative Care im Pflegeheim geht konzeptionell, rein praktisch und auch sinnvollerweise mit der Einbeziehung von Hospizdiensten und anderen Einrichtungen aus der Hospiz- und Palliative Care-Struktur einher, denn manche hochbetagte BewohnerInnen sind auf eine Unterstützung dieser Leistungserbringer angewiesen. Voraussichtlich führt die demografische Entwicklung zukünftig zu Bedarfen, die eine stärkere Zusammenarbeit der Heime sowie der hospizlichen und palliativen Einrichtungen forcieren werden. Ihr Gelingen dürfte davon abhängen, ob die Verbände und Netzwerke in der Berliner Hospiz- und Palliative Care-Struktur (z. B. Hospiz- und Palliativverband Berlin e. V., PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V.) in ihrer Zielsetzung und Praxis tatsächlich die hochbetagten HeimbewohnerInnen stärker berücksichtigen und ob sie und die Pflegeheime es schaffen, verbindliche Absprachen zu treffen.

Beispiele für Aktivitäten, die die Leistungserbringer der Hospiz- und Palliative Care-Struktur und deren Verbände mit den Heimen abstimmen:

- Sie verschaffen der Begleitung und Betreuung hochbetagter und/ oder demenzkranker Menschen in Pflegeheimen mehr Gewicht, indem sie dieses Thema systematisch in die Bildungsangebote für haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen (nicht nur der eigenen) einschließen.
- Sie verabreden regelhafte Kooperations- und Hospitationsbeziehungen.

- Sie verschaffen der Hochbetagtenversorgung in Pflegeheimen nach innen und außen mehr Aufmerksamkeit, indem sie das Thema z. B. noch stärker in der Berliner Hospizwoche berücksichtigen.
- Sie verzahnen die Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin mit der Berliner Hospizwoche und werten das NPG Berlin als eigenständige Arbeitsgruppe im Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. auf.
- Die ZAH weitet in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und den Pflegestützpunkten ihre Informations- und Beratungskompetenz bezüglich Palliative Care in Pflegeheimen aus.

11.7 Kommunale Steuerung

Die Menschenwürde hört nicht auf, wenn ein alter Mensch hilflos geworden ist. Das ist Anspruch des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland⁶⁰ und gleichzeitig Merkmal einer zivilisierten, von Humanität und Nächstenliebe geprägten Gesellschaft. Diese Maxime gilt auch im kommunalen Handeln sowohl für PolitikerInnen als auch für die zuständigen Senatsverwaltungen und man könnte sagen, sie gebieten, die Philosophie von Palliative Care mit ihren auf die BürgerInnen ausgerichteten Sorgeangeboten in allen Pflegeheimen, aber auch darüber hinaus, einzuführen. Ein Ziel der kommunalpolitischen Aufmerksamkeit könnte auch darin liegen, einerseits vorhandene oder sich entwickelnde professionelle Strukturen zu unterstützen und sie zu koordinieren sowie andererseits informelle Solidaritätsnetzwerke der BerlinerInnen zu fördern.

Dazu sind vielfältige Maßnahmen im Rahmen einer gesundheitspolitischen Steuerung notwendig, und auch die Kostenträger sind hier gefordert.

Die gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumente (z. B. Strategieentwicklung, Maßnahmenplanung, Vernetzung und Prozessevaluation) sind auf Landesebene grundsätzlich vorhanden. Die Berliner Gesundheits- und Sozialpolitik könnte sich die Förderung von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz auf die Fahnen schreiben, um die Versorgung und Betreuung alter Menschen am Lebensende zu

⁶⁰ Anmerkung: Im Artikel 1 Absatz 1 steht: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

verbessern. Sie könnte unter Mitwirkung der zuständigen Senatsverwaltungen die vorhandenen Angebote von Leistungserbringern der Regel- und Spezialversorgung sowie von relevanten Initiativen und Strukturen bündeln und gezielt aufeinander abstimmen. Schließlich könnte sie Rahmenbedingungen für anstehende Entwicklungsprozesse schaffen und relevante PartnerInnen aktiv miteinbeziehen.

Beispiele für wünschenswerte Aktivitäten der Berliner Politik:

- Sie setzt sich dafür ein, dass das 3. Hospiz- und Palliativkonzept im Land Berlin umgesetzt wird.
- Sie regt eine Ist-Stand-Analyse zur Palliative Care in Berliner Pflegeheimen und eine Bedarfserhebung an, die zur Entwicklung eines mit allen AkteurInnen abzustimmenden Maßnahmenkataloges führt.
- Sie schafft in der Berliner Verwaltung eine Stabsstelle mit einer AnsprechpartnerIn, die für alle Belange der Hospizarbeit und Palliative Care verantwortlich und mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist.
- Sie stärkt den Runden Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin“ und dessen Arbeitsgruppe „Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“ und nutzt deren Erfahrungswissen im Rahmen der Durchführung einer gesellschaftspolitischen Debatte zur Hochbetagtenversorgung und deren Übersetzung in die Praxis der Versorgungslandschaft.
- Sie bringt die Strategien zur Umsetzung von Palliative Care für Hochbetagte mit anderen Strategien zur Hochbetagtenversorgung (z. B. für Pflegebedürftige oder Demenzerkrankte) in Einklang.
- Sie sorgt für gezielte Fördermaßnahmen zur (Fort-)Entwicklung von Palliative Care in Pflegeheimen; denkbar sind z. B. Projektwerkstätten des KPG, Tagungen und Veranstaltungen zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz.
- Sie beteiligt Universitäten mittels Forschungsaufträgen an der Evaluation der Entwicklungen sowohl in den Pflegeheimen selbst, als auch in der Hospiz- und Palliative Care-Struktur Berlins insgesamt.
- Sie bezieht die Umsetzung von Palliative Care für BewohnerInnen in anstehende Kostensatzverhandlungen der Pflegeheime mit ein.

- Sie regt auf Bundesebene Gesetzesänderungen und –initiativen an (z. B. bzgl. ärztlicher Versorgung in Pflegeheimen, Förderung ehrenamtlicher HospizdienstmitarbeiterInnen in Pflegeheimen im Rahmen des SGB XI, Fortentwicklung der Ausbildungsschwerpunkte im Rahmen des Kranken- und Altenpflegegesetzes, struktureller und finanzieller Verbesserungen der Pflegeheime).
- Sie unterstützt Initiativen zur Verbesserung des Ansehens des Altenpflegeberufes und der Pflegeheime (z. B. durch Einsatz für die Gleichwertigkeit von Alten- und Krankenpflege im Kontext der Novellierung des Bundesaltenpflegegesetzes sowie für eine bessere Finanzierung der Altenpflegeausbildung; durch Medientage über die Altenpflege).
- Abgeordnetenhausmitglieder transportieren die Altenpflegeheimproblematik und Palliative Care in Fachausschüsse und relevante Senatsverwaltungen.

11.8 Öffentlichkeitsarbeit

Da immer mehr Berliner BürgerInnen bezüglich Hochbetagtenversorgung und Palliative Care Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote aber auch Beteiligungsangebote (z. B. ehrenamtliches Engagement, Spenden) brauchen, ist es eigentlich höchste Zeit für eine umfangreiche Kampagne zur Aufklärung der Öffentlichkeit. Mitwirken könnten die Pflegeheime, die Verbände der Leistungserbringer und der betroffenen Menschen sowie die Politik an einer gesellschaftlichen Verständigung zum Kernauftrag der Altenpflege, nämlich der Lebens- und Sterbebegleitung hochbetagter Menschen.

Beispiele für Aktionen der Beteiligten:

- Die bestehenden Strukturen (ZAH, KPG, Pflegestützpunkte) erweitern die Informations- und Beratungsarbeit und kommunizieren aktiv die Merkmale von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz.
- Verbände und Politik verständigen sich auf eine gezielte und langfristige Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema und setzen diese um.
- Das KPG entwickelt die Broschüre „Palliative Geriatrie“ fort und baut seine Internetpräsenz aus.

12 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde herausgestellt, dass der Ansatz von Palliative Care sich eignet, die Situation von PflegeheimbewohnerInnen zu verbessern. Zudem wurde aufgezeigt, dass sich die Berliner Palliative Care-Struktur in Richtung einer integrierenden Beteiligung von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz entwickeln muss.

Die demografischen Tendenzen in Berlin sind eindeutig: Die Lebenserwartung steigt und der Anteil hochbetagter, chronisch kranker, von Demenz betroffener pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt zu. Deshalb und wegen des hohen Anteils allein lebender BerlinerInnen werden Pflegeheime in der Hochbetagtenversorgung eine existenzielle Rolle einnehmen. Die Heime und die Ausgestaltung ihrer Arbeit sind Teil der Antwort auf die Frage, wie sich das Land und seine BürgerInnen zukünftig die Versorgung dieser Zielgruppe vorstellen. Noch sind weder die konzeptionellen und finanziellen, noch die personellen Konsequenzen, die sich aus der neuen Herausforderung für die Heime ergeben, erschöpfend durchdacht und ausdiskutiert worden. Eine breite gesellschaftliche Debatte über den Umgang mit hochbetagten und sterbenden Menschen lässt auf sich warten, aber sie ist nötig, um die Suche nach wünschenswerten wie gangbaren Lösungen zu befördern.

Pflegeheime betreuen hochbetagte Menschen am Lebensende und bauen ihnen eine Brücke aus dem Leben in den Tod. Dass dabei die Würde und Selbstbestimmung der BewohnerInnen gewahrt wird, sollte selbstverständlich sein, ist es jedoch noch nicht. Mit einer „Sauber-Satt-und-Still-Pflege“, ausgeführt von MitarbeiterInnen, die über geringe fachliche und persönliche Kompetenzen verfügen und denen wenig Zeit für die BewohnerInnenbetreuung bleibt, ist dieses Ziel unerreichbar. Deshalb werden Pflegeheime eine organisationsumfassende Palliative Care-Kompetenz entwickeln müssen, umgesetzt von fachlich kompetenten und reflektierten MitarbeiterInnen, die über ausreichende Ressourcen verfügen.

Es geht dabei nicht um den Erwerb und die Anwendung spezifischer SAPV-Kenntnisse, sondern um eine allgemeine Palliativkompetenz der MitarbeiterInnen

aller Funktionsbereiche, die ein Basiswissen über Schmerztherapie und Symptomkontrolle ebenso umfasst, wie die Einstellung und das Kommunikationsverhalten des Personals in der Begegnung mit Demenzkranken.

Palliative Care beginnt im Pflegeheim mit dem Einzug von BewohnerInnen, denn die meisten von ihnen erfüllen bereits die Kriterien der Palliativbedürftigkeit. Palliative Care endet erst mit der Abschiednahme von gestorbenen BewohnerInnen und nimmt immer und zu jeder Zeit auch die trauernden Angehörigen und MitarbeiterInnen in den Blick. Denn alle Beteiligten sind in ihrer jeweiligen Lebens- und Arbeitssituation sorgebedürftig.

Diese Fürsorge und damit menschenwürdiges Leben und Sterben ist absehbar nur durch Aufstockung der finanziellen und personellen Ressourcen (wenn auch nicht allein) zu realisieren. Unsere Gesellschaft wird sich nicht zuletzt daran messen lassen müssen, ob und in welchem Ausmaß die Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Auch wenn es zur Ressourcenerweiterung durch die Kostenträger und/ oder den Sozialstaat kommt, werden die Mittel begrenzt bleiben. Folglich müssen die Kompetenzen der pflegerischen, ärztlichen und aller anderen beteiligten Professionen ausgebaut werden, um einen Teil der Ressourcenknappheit durch qualitatives Wachstum zu kompensieren. Nicht nur, aber auch unter diesem Gesichtspunkt wird die Einbindung von Angehörigen und des Ehrenamts sowie die Vernetzung vorhandener Strukturen zügig und umfassend voranzutreiben sein.

Schon heute haben einzelne Berliner Pflegeheime damit begonnen, Palliative Care einzuführen und ihr Betreuungs- und Pflegeverständnis den neuen Erfordernissen im Sinne einer radikalen BewohnerInnenorientierung anzupassen. Sie kultivieren Kommunikation nach innen und außen und reduzieren die funktions- und ablauforientierte Pflege, unter der die meisten der im Heim lebenden und arbeitenden Menschen leiden dürften. Sie lernen, dass die Einhaltung von Standards allein nicht genügt und dass Palliative Care weniger messbar als im wahrsten Sinne des Wortes erlebbar ist. Sie sind dabei, eine Altenpflege zu entwickeln, die allen Beteiligten – den Hochbetagten, den Angehörigen und der Mitarbeiterschaft – gut tut. Und man

kann es nicht oft genug sagen: Konsequente BewohnerInnenorientierung geht zwingend mit konsequenter MitarbeiterInnenorientierung einher.

Die Vorreiter unter den Pflegeheimen gestalten ihren Weg hin zur Palliative Care-Kompetenz unterschiedlich, weil sie den Ansatz unterschiedlich verstehen. Positiv betrachtet, ist darin eine Antwort auf das Bedürfnis der HeimbewohnerInnen nach individuellem Leben und Sterben zu erkennen. Wahrscheinlich rühren die Divergenzen aber auch daher, dass jene Spezifika, die Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz von anderen Heimen unterscheiden, noch nicht nachvollziehbar beschrieben und verbindlich ausgehandelt sind. Fest steht: Diese Heime spezialisieren sich bereits, besser gesagt, sie profilieren sich. Die Verständigung auf Palliative Care charakterisierende Merkmale ist eine Qualitätsdiskussion. Sie einzufordern, sich an ihr zu beteiligen und die Ergebnisse in die Öffentlichkeit zu transportieren, liegt einerseits im Interesse der Pflegeheime, andererseits wären die Palliative Care-Merkmale bedeutsame Auswahlkriterien für zukünftige BewohnerInnen und Angehörige.

Es kann davon ausgegangen werden, dass den wenigen engagierten Pflegeheimen eine träger- und mitbewerberübergreifende Vernetzung wichtig ist, denn sie sind als Pioniere und damit zumeist als „Außenseiter“ auf gegenseitige Unterstützung angewiesen. Es ist ihr Verdienst, Althergebrachtes in Frage zu stellen und Mitbegründer einer neuen Altenpflegekultur zu sein.

Ob sich diese Entwicklung letztlich der Hospizkultur bedient oder die Hospizkultur die Altenpflegekultur befördert, ist nicht von Belang. Es wird vielmehr darauf ankommen, dass sich beide Kulturen alsbald verständigen, voneinander lernen und sich effizient unterstützen.

Den Herausforderungen in der Hochbetagtenversorgung und dem Bedürfnis der Menschen nach würdevoller Versorgung und Teilhabe kann nur adäquat entsprochen werden, wenn sich bei den Leistungserbringern in der Altenpflege, Hospizarbeit und

Palliative Care eine vertrauensvolle Zusammenarbeit etabliert und hierüber der Kulturwandel in der stationären Altenpflege unterstützt wird.

Die Heime sind bereits wichtige AkteurInnen in der Versorgung pflegebedürftiger und sterbender Menschen und perspektivisch wird ihre gesellschaftliche Bedeutung zunehmen. Der anstehende Veränderungsprozess würde von einer gesundheitspolitischen Verständigung und Begleitung profitieren, die sich an der Vision einer „guten“ Altenpflege orientiert und sich in den Aktivitäten und Planungen des Landes niederschlägt: Beispielsweise ist das wegweisende Engagement von Pflegeheimen ausreichend zu würdigen und zu stützen, Synergien sind zu koordinieren, die Berliner Bevölkerung ist einzubinden.

Dabei dürfen geriatrische oder palliative Konzepte nicht Eins-zu-Eins und unreflektiert auf die Heime übertragen werden. Vielmehr müssen zielgruppenspezifische Konzepte und Ansätze gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen entwickelt und erforderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Eine Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft aller AkteurInnen, gewohnte Wege zu verlassen und ihr vielfältiges Engagement zugunsten der Fortentwicklung der Pflegeheime zu bündeln.

Gesundheitspolitik, Kostenträger und Leistungserbringer sind aufgerufen, altersspezifische Versorgungsstrukturen – insbesondere auch im Hinblick auf die Bedürfnisse demenzkranker Menschen – gemeinsam und vorausschauend zu gestalten. Im Zuge dessen wären die medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgungsangebote im Sinne von Palliative Care anzupassen und auszubauen. Den alten und hochbetagten Menschen und den sie versorgenden MitarbeiterInnen muss eine höhere Aufmerksamkeit zuteil werden.

Der Autor hat die Integration von Palliative Care in Pflegeheime aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und Handlungsfelder zur Fortentwicklung der Heime dargestellt. Das kann weder die Diskussion noch Konzeption im Land Berlin, etwa in Form einer berlinweiten ExpertInnenkommission, ersetzen. Jedoch sind erste Impulse gegeben für die notwendigerweise zu führende Diskussion, z. B. am Runden Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin“.

Die wichtigste Erkenntnis: Palliative Care im Pflegeheim muss eine Selbstverständlichkeit werden. Die vollstationäre Altenpflege und Palliative Care sind Geschwister, sie wissen es nur noch nicht, sie ahnen es vielleicht. Es geht um die Gestaltung einer menschenwürdigen Altenpflege, in der BewohnerInnen individuell versorgt werden, weil ihre Bedürfnisse zum handlungsleitenden Moment der kompetenten MitarbeiterInnen und ÄrztInnen avancieren. Ziel ist die Gestaltung einer interprofessionellen Sorgeskultur für die alten Menschen. Ist das erreicht, werden mehr BerlinerInnen leichterem Herzens in ein Pflegeheim ziehen. Die kommunale Palliativkultur ist dann ein Schritt weiter.

MAS-Thesis | Dirk Müller | Berlin

13 Literatur und Quellen

13.1 Literatur

Alsheimer, Martin (2007): Prinzipien für eine Implementierung. Sieben Bedingungen, um den Erfolg zu sichern. In: Steurer, Jochen; Alsheimer, Martin Jochen (Hrsg.): Pflegepraxis aktuell. Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Bewährte Mustervorlagen, Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte für Pflegeheime und Pflegedienste. Hamburg: B.Behr's Verlag GmbH & Co. KG, Kapitel II, 1–4.

Alsheimer, Martin (2008): Projekt-Werkstatt Implementierung. Unveröffentlichtes Kursmaterial Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste. Nürnberg.

Alsheimer, Martin (2011): Projektwerkstatt „Hospizkultur und Palliativkompetenz entwickeln“. Unveröffentlichtes Kursmaterial Didaktik und Materialien für Modul 1: Impulstage 1-3. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste. Nürnberg.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2010): Die kleine Berlin-Statistik 2010. Berlin.

Bartosch, Hans (2007): Menschenwürdiges Sterben von alt gewordenen Menschen. Ein Träger macht sich auf den Weg. In: Heller, Andreas; Heimerl Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 16–30.

Becker, Ursula; Bollig, Georg (2011): Erfahrungen aus Norwegen, Reflexion und Ausblick. Möglichkeiten und Grenzen der Palliativversorgung im Pflegeheim. Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (03): 42–44.

Berls, Michael; Gronemeyer, Reimer; Newerla, Andrea; Seiffert, Anne (2006): Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen. Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Soziologie. Gießen.

Berls, Michael; Newerla, Andrea (2010): „... man hat ja keine Zeit“. Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen – eine qualitative Studie. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.

- Bitschnau, Karl (2007): Palliative Care im Pflegeheim: Leben und Sterben in Sicherheit und Geborgenheit. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 142–158.
- Bitschnau, Karl W. (2002): Für alle die es brauchen – Vernetzung: eine Kernaufgabe von integrierter palliativer Versorgung. In: Bischof, Hans-Peter; Heimerl, Katharina; Heller, Andreas (Hrsg.): Für alle die es brauchen. Integrierte palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13–22.
- Blumenthal-Barby, Kay (1991): Betreuung Sterbender. Tendenzen, Fakten, Probleme. Berlin: Verlag Gesundheit.
- Bruder, Jens; Lucke, Caroline; Schramm, Axel; Tews, Hans Peter; Werner, Hansjörg (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie. Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Rügheim.
- Brüll, Hans-Martin (2004): Sterbebegleitung im Heim. Eine quantitative Erkundungsstudie zur Situation und zur Werteeinstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe. Veröffentlichung des IBE Nr. 4. Weingarten.
- Buchmann, Klaus-Peter (2010): Pflegen in Würde. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V. Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen (Hrsg.) (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin.
- Bürgi-Steffen, Barbara (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 30–38.

- Buser, Kurt; Amelung, Volker; Brandes, Iris; Janus, Katharina; Schneider, Nils; Schwarz, Friedrich Wilhelm (2004): Palliativversorgung in Niedersachsen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Hannover.
- Caro, Karin (2010): Kongressberichte. 66. Aachener Hospizgespräch Bestandsaufnahme und Visionen. Bundes-Hospiz-Anzeiger 6 (33): 12.
- Cieslar, Ursula (2010): Palliativversorgung implementieren. Palliative Care geht alle an. *Altenheim. Lösung fürs Management* 49 (2): 32–33.
- Davies, Elisabeth; Higginson, Irene (Hrsg.) (2008): Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen. (Übersetzung der 2004 erschienenen englischen Ausgabe/Originaltitel „Better Palliative Care for Older People“ durch World Health Organisation und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.). Bonn: Pallia Med Verlag.
- Daneke, Sigrid (2009): Palliativkompetenz und Hospizkultur. Das DRK Niedersachsen etabliert mit Projektwerkstätten in seinen Heimen Hospizkultur. *Altenheim. Lösungen fürs Management* 49 (03): 30–31.
- Der Senat von Berlin (Hrsg.) (1998): Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin. Drucksache des Senats von Berlin 15/3855. Berlin.
- 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. Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2010): Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Wiesbaden.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.; Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin.

- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“. Drucksache 14/9020. Berlin.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. 17. Wahlperiode. Berlin: Drucksache 17/3815.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (Hrsg.) (2010): Mit-Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzerkrankter in ihrer letzten Lebensphase. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Eichner, Eckhard (2009): Im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher Kassenleistung und Palliative Care. Herausforderung SAPV. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (04): 22–24.
- Emmrich, Franziska; Franke, Kerstin; Fuchs, Martin; Gerhard, Christoph; Graf, Gerda; Lange, Frau; Montag, Thomas; Pfisterer, Mathias (2009): Positionspapier zur Entwicklung von „Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“. Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. o.O.
- Ester, Annete (2004): Palliative Care für alte Menschen. Perspektiven anhand eines Norwegischen Modellprojekts. In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hrsg.): Handbuch Integrierte Sterbebegleitung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH, 345–358.
- Feichtner, Angelika (2010): Palliative und Gender im Pflegeheim. In: Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse, 131–146.
- Feichtner, Angelika (2011): Palliative Care im Altenheim. Möglichkeiten und Grenzen. Handout zum Seminar am 22.3.2010 im Rahmen des Internationalen Universitätslehrgang Palliative Care/ MAS 2010/2012 an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF- Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien.

- Fricke, Susanne (2006): Kommunikation in der Altenpflege. Eine Fallstudie und ein Kommunikationstraining. Dissertation an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld.
- Frühwald, Thomas (2008): Geriatriisch-palliativer Umgang mit multimorbiden älteren Menschen. Für Palliative Care ist es nie zu spät. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (01): 10–11.
- Frühwald, Thomas (2010): Von der Akutgeriatrie zur palliativen Geriatrie – Das Spektrum der Geriatrie. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 132–142.
- Fuchs, Martin; Gerhard, Christop; Pfisterer, Mathias; Steurer, Jochen (2007): Definitionen, Bedarf und Formen der Palliativversorgung von Patienten mit Demenz. (Ergebnis 1 der AG Nicht-Tumorpatienten der DGP). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./AG Nicht-Tumor Patienten der DGP e. V. o.O.
- Gehring -Vorbeck, Tamara; Holthoff, Kathrin (2011): Da Sein. Demenz. Alter. Sterben. Engagement ist notwendig. Ein Wegweiser für Pflegende zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. Institut für Gerontologie und Ethik der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Nürnberg.
- Graf, Gerda (2005): Schritte zur Hospizarbeit in der stationären Altenhilfe aus Sicht der Geschäftsführung. Die Hospiz-Zeitschrift. Fachforum für Hospiz- und Palliativarbeit 7 (23): 13-16.
- Gronemeyer, Reimer (2006): Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen. Studie der Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Soziologie. Gießen.
- Gronemeyer, Reimer (2010): Vorwort. In: Berls, Michael; Newerla, Andrea: „...man hat ja keine Zeit“. Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen – eine quantitative Studie. Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag, 5–7.
- Hach, Michaela (2011): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Welche Rolle hat die Pflege? Die Schwester Der Pfleger 50 (03): 60–63.

- Heibach, Marita (2006): Handbuch Fundraising. Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis. Frankfurt: New York: Campus, 79–89.
- Heil, Günther (2011): Kommentar Pflegeversicherung. Die Schwester Der Pfleger 50 (08): 778–779.
- Heimerl, Katharina (2007): Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 131–138.
- Heimerl, Katharina (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heimerl, Katharina (2010): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care im Pflegeheim umsetzen. In: Heller, Anderas; Kittelberger Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 327–340.
- Heimerl, Katharina (2011): Palliative Care und Dementia Care im Pflegeheim. Die Hospizzeitschrift. Fachforum Palliative Care 13 (47): 16–20.
- Heimerl, Katharina; Heller, Anderas; Kittelberger, Frank (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine (2006): Implementierung der Palliative Care im Überblick. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 50–57.
- Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Zepke, Georg; Zimmermann-Seitz, Hildegund (2007): Individualität organisieren – Organisationskultur des Sterbens. Ein interventionsorientiertes Forschungs- und Beratungsprojekt der IFF mit dem DiD. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 31–65.
- Heimerl, Katharina; Kojer, Marina (2011): Die WHO-Definition von Palliative Care – revisited. Palliative Care für Hochbetagte und für Menschen mit Demenz. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (11): 21–23.

- Heitmann, Dieter (2007): Sterbebegleitung. Palliative Care im Pflegeheim. Die Schwester Der Pfleger 46 (07): 620–624.
- Heller, Andreas (2000a): Sterben muss jeder allein, aber allein geht gar nichts. Die Intimität menschenwürdigen Sterbens als Aufgabe der Organisation. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 128–148.
- Heller, Andreas (2000b): Einleitung. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13–16.
- Heller, Andreas (2002): Der Umgang mit Sterbenden – individualisierte und standardisierte Versorgung. In: Metz, Christian; Wild, Monika; Heller, Andreas (Hrsg.): Balsam für die Seele. Pflege in Hospiz- und Palliativer Betreuung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 176–191.
- Heller, Andreas (2009): Alten, kranken und verwirrten Menschen Ansehen geben. Palliative Geriatrie heute. In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13–16.
- Heller, Andreas: (2010): Handout zum Seminar „Grundlagen, Prinzipien & Konzepte von hospizlicher/palliativer Versorgung“ am 01.03.2010 im Rahmen des Internationalen Universitätslehrgang Palliative Care/MAS 2010/2012 an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF-Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien.
- Heller, Andreas (2011): Editorial. Unheilbar dement. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (11): 1.
- Heller, Andreas; Dinges, Stephan; Heimerl, Katharina; Reitinger, Elisabeth; Wegleitner, Klaus (2007): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 221–230.

- Heller, Andreas & Heimerl, Katharina (2007): Modelle sind keine Rezepte. In: Heller, Andreas & Heimerl, Katharina & Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 140–141.
- Heller, Andreas; Lehner, Erich; Metz, Christian (2000). Ehrenamtlichkeit – Eine unverzichtbare Dimension von Palliative Care? In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 162–176.
- Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine (2008): Palliative Care in der Pflege alter und demenzkranker Menschen. Menschen sterben nicht nach Schema. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (01): 22–23.
- Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine (2010): Hospizkultur und Palliative Care im Alter. Perspektiven aus der internationalen Diskussion. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 15–51.
- Heller, Andreas; Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina (2007): Palliative Care in der (stationären) Altenhilfe – Ansätze der Implementierung. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 351–366.
- Heller, Birgit (2000): Kulturen des Sterbens. Interreligiosität als Herausforderung für Palliative Care. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 177–192.
- Herrlein, Paul (2009): Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Heusinger, Josefine (2011): Netzwerke als Antwort. Josefine Heusinger über die Versorgungsbedarfe benachteiligter Älterer. Rundbrief der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte in den Ärztekammern und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (03): 10–11.

- Jansky, Michael; Lindena, Gabriele; Nauck, Friedemann (2011): Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (04): 164–174.
- Kittelberger, Frank (2007): Die „Projektwerkstatt Implementierung“ – Ein Beitrag zur Hospizkultur und Palliativkompetenzen von Pflegeheimen. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 382–396.
- Klapper, Bernadette; Kojer, Marina; Schwänke, Ulf (2007): Palliative Praxis – Ein Curriculum zur Begleitung alter Menschen am Ende des Lebens. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 445–456.
- Kojer, Marina (2007): Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen ... Was ist Palliative Geriatrie. In Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 75–88.
- Kojer, Marina (2010): Brauchen demenzkranke alte Menschen Palliative Care? In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 145–160.
- Kojer, Marina (2011): Das Recht auf kommunikative Grundversorgung. In: Kojer, Marina; Schmidl, Martina: Demenz und Palliative Geriatrie. Heilsame Behandlung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, 201–202.
- Kojer, Marina; Heimerl, Katharina (2009): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. Zeitschrift für Palliativmedizin 10 (03): 154–161.
- Kojer, Marina; Pirker, Susanne (2009): Palliative Care. In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 36 – 46.
- Kojer, Marina; Zsifkovics, Michaela (2009): Hierarchiefreie Räume als Chance. In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 89–103.

- Kojer, Marina (2010): Brauchen demenzkranke alte Menschen Palliative Care? In: Heller, Andreas ; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 145-160.
- Kostrzewa, Stephan; Gerhard, Christoph (2010): Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte im Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Kränzle, Susanne (2011a): Palliative Care: Wie messbar ist die Qualität? Heilberufe. Das Pflegemagazin 63 (10): 24–25.
- Kränzle, Susanne (2011b): Wenn das Unvorhersehbare geschieht. Über die Kompetenz des Ehrenamts. Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (11): 11–13.
- 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.
- Krüger-Brand, Heike; Rieser, Sabine (2011): Gesundheitsversorgung einer alternden Bevölkerung. Ab in die Zukunft mit praxisnaher Forschung. Deutsches Ärzteblatt 108 (32): 1411–1414.
- Kruse, Andreas (2007): Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.
- Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.) (2011): Verzeichnis der Krankenhäuser, Universitätskliniken, Sonderkrankenhäuser und Privatentbindungsanstalten in Berlin. Berlin.
- Lindena, Gabriele; Wellmann, Andrea Radebruch, Lukas; Nauck, Friedemann (2011): Ambulante Palliativversorgung in Deutschland – in HOPE dokumentierte Erfahrungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (01): 27–32.

- 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. Unveröffentlichte Arbeit in der Unionhilfswerk Senioren Einrichtungen gem. GmbH/ Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie. Berlin.
- Mallmann, Leonie (2011): Die Dringlichkeit der Integration von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen. Bundes-Hospiz-Anzeiger 7 (01): 4.
- Marburger, Horst (2010): SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung. Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2009): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen.
- Müller, Dirk (2010): Im Gespräch: Marina Kojer. Palliativbetreuung Demenzkranker ist mehr als Sterbebegleitung. In: Wir für Berlin. Zeitung für Mitglieder, Mitarbeiter & Freunde des UNIONHILFSWERK 16 (68): 13.
- Müller, Dirk (2011a): Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In: Kojer, Marina; Schmidl, Martina: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien/New York: Springer, 173–184.
- Müller, Dirk (2011b): Selbstbestimmt bis zuletzt... Dirk Müller über Palliative Geriatrie. Rundbrief der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte in den Ärztekammern und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (03): 16–17.

- Müller, Dirk; Zippel, Christian (2011): Palliative Geriatrie – ein junges Aufgabengebiet. In: Zippel, Christian; Kraus, Sibylle (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse, 249–258.
- Müller, Monika; Kessler, Gera (2006): Implementierung der Hospizidee in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Pflegeheims. Eine Orientierungs- und Planungshilfe. Bonn: Pallia Med Verlag.
- Neubart, Rainer; de la Chevallerie, Martina; Mende, Christian (2010): Geriatriekonzept Berlin 2012. Ärztekammer Berlin / Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin. Berlin.
- Perrar, Klaus Maria (2008): Demenz und Hospiz. Eine gerontopsychiatrische Sicht. Die Hospiz-Zeitschrift. Fachforum Palliative Care 10 (36): 4–8.
- Pfister, Claudia (2011): Innerlich könnte ich noch tanzen. Als eine der ältesten Bewohnerinnen zieht Gertrud Burkowski 2012 ins neue Pflegeheim. Wir für Berlin. Zeitung für Mitglieder, Mitarbeiter & Freunde des UNIONHILFSWERK 17 (72): 12.
- Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pleschberger, Sabine (2007): Palliative Care in Pflegeheimen – Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. In: Heller, Andreas; Heimerl Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 209–220.
- Radebruch, Lukas; Bausewein, Claudia; Simon, Steffen; Wipp, W.; Wodarg, Wolfgang; Jünger, Saskia (2011): Europäische Empfehlungen zur Palliativversorgung und Hospizarbeit und ihre Umsetzung in Deutschland. Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (04): 175–183.

- Radebruch, Lukas; Nauck, Friedemann; Aulbert, Eberhardt (2007): Grundlagen der Palliativmedizin. Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert, Eberhardt; Nauck, Friedemann; Radebruch, Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart/New York: Schattenhauer, 1–14.
- Reitinger, Elisabeth; Heimerl, Katharina (2007): Alltag Ethik? Die „kleinen Entscheidungen“ in der Betreuung alter Menschen. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 283–295.
- Reitze-Jehle, Susanne (2007): Palliative Care in den Altenhilfeeinrichtungen der Kaiserswerther Diakonie. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina, Husebø, Stein: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 120–137.
- Rest, Franco (1998): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Ein Handbuch für den ambulanten und stationären Bereich. Stuttgart: Kohlhammer.
- Riedel, Annette (2010): Palliative Care als konzeptionelle Grundlage für die Begleitung in der stationären Altenhilfe in der letzten Lebensphase. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 52–82.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2006a): Unveröffentlichtes Curriculum Palliative Praxis. Kursunterlagen für Moderatoren. Robert Bosch Stiftung GmbH. Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2006b): Palliative Praxis. Ein 40stündiges Curriculum zur Begleitung alter Menschen am Lebensende. Unveröffentlichtes Handbuch für Moderatoren. Robert Bosch Stiftung GmbH. Stuttgart.
- Sandgathe Husebø, Bettina (2009): Palliativmedizin in der Geriatrie. Wie alte, schwerkranke Menschen leben und sterben. In: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhardt: Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Heidelberg: Springer, 385–425.

- 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.
- Schrödter, Christian; Niessen, Damaris (2008): Passende Lösung. Altenpflege 33 (11): 34–36.
- Schüller, Andrea (2000): Das Neue für die Alten? Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. Frankfurt/M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung. Zur demographischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2010): Basisbericht 2009. Kurzfassung und tabellarische Übersicht der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt „Frauen und Männer im Erwachsenenalter“. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin (Hrsg.) (2008): Report Zusatzerhebung – Entwicklungen in Berliner Langzeitpflegeheimen. Berlin.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (Hrsg.) (2008): Demographiekonzept für Berlin. Senatsvorlage-Nr. 1045/2008. Berlin.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.

- Steuer, Jochen (2008): Einleitung und Überblick. In Steuerer, Jochen (Hrsg.): Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 9–12.
- Warnken, Corinna (2007): Palliativpflege in der stationären Altenpflege. Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Sterbebegleitung – drei Bausteine einer modernen Unternehmenskultur. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mhB & Co. KG.
- Wegleitner, Klaus (2006): Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe. Von der Implementierung zur Nachhaltigkeit. Auswertung der 2. Internationalen IMM – IFF Fachkonsultation. In: kursbuch palliative care 10/2006. Hg. Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF-Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien. Wien: IFF Eigenverlag.
- Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina (2007): Palliative Care in der stationären Altenhilfe. Diskurse eines Netzwerkes. Unveröffentlichtes Manuskript der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt, Standort Wien.
- Weihrauch, Birgit (2009): Hospizkultur und Palliativkompetenzen in Pflegeeinrichtungen. Bundes-Hospiz-Anzeiger 6 (33), 1.
- Wichmann, Cornelia; Steuerer, Jochen (2008): Tipps und Schritte bei der Umsetzung. In: Steuerer, Jochen (Hrsg.): Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 145–157.
- Wilkening, Karin; Kunz, Roland (2005): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Winter-Pfändler, Urs (2011): Gesellschaftliche Veränderungen und Palliative Care. Herausforderungen für die Kirchen und die Seelsorge. Schweizerische Kirchenzeitung (5): 75–78.

Woskanjan, Susanne; Müller, Dirk (2009): Forschungsprojekt zur Sterbesituation von Bewohnern und Mitarbeitersituation in vier Pflgewohnheimen des UNIONHILFSWERK. Unveröffentlichte Arbeit in der Unionhilfswerk Senioren Einrichtungen gem. GmbH/ Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie. Berlin.

Zahn, Angelika (1999): Sterben im Heim. Der Beitrag der beruflichen Sozialarbeit zur Sterbebegleitung in der stationären Altenhilfe. Hg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt am Main: Eigenverlag.

13.2 Internetquellen

Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (a). Verfügbar auf: <http://aktionsbueundnis-pflege.net/aktion> [Webseite besucht am 27.08.2011].

Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (b). Verfügbar auf: <http://aktionsbueundnis-pflege.net/2011/06/22/begruessun> [Webseite besucht am 27.08.2011].

Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (c). Verfügbar auf: <http://aktionsbueundnis-pflege.net> [Webseite besucht am 12.09.2011].

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Verfügbar auf: <http://www.statistik-berlin.de> [Webseite besucht am 9.10.2011].

AOK Die Gesundheitskasse (a). Verfügbar auf: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nordost/pflege/stationaer/careplus/bln_pflege_careplus_teilnehmer_layout.pdf [Webseite besucht am 01.11.2011].

AOK Die Gesundheitskasse (b). Verfügbar auf: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus> [Webseite besucht am 01.11.2011].

Berliner Aktionsbündnis Ambulante Pflege. Verfügbar auf: <http://aktionsbuendnis-pflege.net/aktuelles> [Webseite besucht am 15.10.2011].

Berliner Projekt (a). Verfügbar auf: <http://www.berliner-projekt.de/Liste-Pflegeeinrichtungen-Berlin-I.html> [Webseite besucht am 30.08.2011].

Berliner Projekt (b). Verfügbar auf: <http://www.berliner-projekt.de/Ansprechpartner.html> [Webseite besucht am 30.08.2011].

Bundesärztekammer. Verfügbar auf:

http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46676/Pflegeberufe_bleiben_Domaene_der_Frauen.html [Webseite besucht am 8.8.2011].

Bundesministerium der Justiz. Verfügbar auf:

<http://bundesrecht.juris.de/heimg/index.html> [Webseite besucht am 29.08.2011].

Christoph Student. Verfügbar auf: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/41548.html> [Webseite besucht am 24.07.2011].

Der PARITÄTISCHE Berlin. Verfügbar auf: http://paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com_content&view=article&id=1454%3Asapv-im-pflegeheim-qproblemfreies-berlinq&catid=10%3Aqualitaetssicherung&Itemid=2&lang=de [Webseite besucht

am 12.09.2011].

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. Verfügbar auf:

<http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html> [Webseite besucht am 31.08.2011].

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (a). Verfügbar auf:

http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html [Webseite besucht am 25.08.2011].

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (b). Verfügbar auf:

http://www.dhvp.de/themen_hospize.html [Webseite besucht am 28.08.2011].

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (c). Verfügbar auf:

http://www.dhvp.de/service_gesetze-verordnungen.html [Webseite besucht am 28.08.2011].

European Association for Palliative Care. Verfügbar auf: <http://www.eapcnet.eu>
[Webseite besucht am 22.07.2011].

European Validation Association. Verfügbar auf: <http://www.validation-eva.com>
[Webseite besucht am 21.08.2011].

frontal 21/ ZDF. Verfügbar auf:

<http://frontal21.zdf.de/ZDFde/download/0,6753,7023633,00.pdf> (Manuskript zum Beitrag "Krank im Altenheim – Warum werden Senioren schlecht versorgt?")

[Webseite besucht am 13.09.2011].

Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (a). Verfügbar auf:

<http://www.pflegenoten.de/Home.gkvnet> [Webseite besucht am 01.08.2011].

Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (b). Verfügbar auf:

http://www.pflegenoten.de/Kriterien_Heime.gkvnet [Webseite besucht am 6.8.2011].

Google (a). Verfügbar auf:

http://www.google.de/#hl=de&sugexp=kjrmc&cp=17&gs_id=1t&xhr=t&q=%E2%80%9EPalliative+Care%E2%80%9C&pq=%22palliative+geriatrie%22&pf=p&sclient=psy-ab&source=hp&pbx=1&oq=%E2%80%9EPalliative+Care%E2%80%9C&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=&gs_upl=&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=7c2d366ca3980051&biw=1280&bih=586&bs=1 [Webseite besucht am 16.10.2011].

Google (b). Verfügbar auf: http://www.google.de/#sclient=psy-ab&hl=de&source=hp&q=%22Palliative+Geriatric%22&pbx=1&oq=%22Palliative+Geriatric%22&aq=f&aqi=g1g-v3&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=176518562101114061221910101010118281399812-6.2.8-11910&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=7c2d366ca3980051&biw=1280&bih=586

[Webseite besucht am 16.10.2011].

Home Care Berlin e. V. (b). Verfügbar auf:

<http://www.homecareberlin.de/pdfExport/file/praxisliste> [Webseite besucht am 25.09.2011].

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (a). Verfügbar auf: <http://www.hospiz-berlin.de/index.php?id=40> [Webseite besucht am 28.08.2011].

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (b). Verfügbar auf: <http://www.hospiz-berlin.de/index.php?id=26> [Webseite besucht am 29.08.2011].

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e. V. (c). Verfügbar auf: http://www.hospiz-berlin.de/uploads/media/HPV-Flyer_Seite_1_-_28.10.10.pdf [Webseite besucht am 30.10.2011].

Institut der Deutschen Wirtschaft Köln. Verfügbar auf:

<http://www.iwkoeln.de/Publikationen/IWNachrichten/tabid/123/articleid/31302/Default.aspx> [Webseite besucht am 6.8.2011].

Internetseite Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar auf: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64> [Webseite besucht am 28.08.2011].

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (a). Verfügbar auf:

<http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/sapv/index.html> [Webseite besucht am 27.08.2011].

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (b). Verfügbar auf:

http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/sapv/sapv_teilnpflege.pdf [Webseite besucht am 28.08.2011].

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (c). Verfügbar auf:

http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/krankenheim/krankenheim_rahmen03.pdf [Webseite besucht am 29.08.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (a). Verfügbar auf: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Vortraege/5._FT_PG_Berlin_Rueckblick_KPG.pdf [Webseite besucht am 18.08.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (b). Verfügbar auf: <http://www.palliative-geriatrie.de/kompetenzzentrum.html> [Webseite besucht am 10.09.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (c). Verfügbar auf: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Vortraege/5._FTPG_F_0_Leben_koennen_und_Sterben_duerfen_Dirk_Mueller.pdf [Webseite besucht am 10.09.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (d). Verfügbar auf: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Vortraege/4._FTPG_Vortrag_Mueller.pdf
[Webseite besucht am 10.09.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (e). Verfügbar auf: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/NPG_Berlin/20110503_Vortrag_Prof._Heimerl_NPG_Berlin.pdf [Webseite besucht am 15.09.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (f). Verfügbar auf: <http://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/npg-berlin.html> [Webseite besucht am 15.09.2011].

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (g). Verfügbar auf: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/NPG_Berlin/20110220_20-Fragen_Check_zur_Hospiz-_und_Palliativkultur_im_Pflegeheim.pdf [Webseite besucht am 17.09.2011].

Land Berlin (a). Verfügbar auf:

<http://www.berlin.de/pflege/pflegestuetzpunkte/index.html> [Webseite besucht am 28.08.2011].

Land Berlin (b). Verfügbar auf:

<http://www.berlin.de/sen/gesundheit/krankenhauswesen/betten> [Webseite besucht am 28.08.2011].

Land Berlin (c). Verfügbar auf: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/vertraege/sgb11/pvoll/rv_voll.pdf?start&ts=1269417120&file=rv_voll.pdf [Webseite besucht am 29.08.2011].

Land Berlin (d). Verfügbar auf: <http://www.berlin.de/lageso/soziales/heimaufsicht>
[Webseite besucht am 29.08.2011].

Land Berlin (e). Verfügbar auf: http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/wtg_persv.html#7 [Webseite besucht am 29.08.2011].

Land Berlin (f). Verfügbar auf:

<http://www.berlin.de/pflege/angebote/langzeitpflege/index.html> [Webseite besucht am 29.08.2011].

Land Berlin (g). Verfügbar auf: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sensoziales/pflege/pflegeheime_zielgruppen.pdf?start&ts=1316509622&file=pflegeheime_zielgruppen.pdf [Webseite besucht am 29.08.2011].

Land Berlin (h). Verfügbar auf: http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/wtg_persv.html [Webseite besucht am 15.10.2011].

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung e. V. Verfügbar auf: <http://www.mdk.de/323.htm> [Webseite besucht am 01.08.2011].

PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. Verfügbar auf: <http://www.pzbb.de> [Webseite besucht am 05.09.2011].

Pflegeportal Land Berlin (a). Verfügbar auf: <http://www.berlin.de/pflege/angebote/index.html> [Webseite besucht am 27.08.2011].

Pflegeportal Land Berlin (b). Verfügbar auf: <http://www.berlin.de/pflege/angebote/ambulant/index.html#ambulant> [Webseite besucht am 27.08.2011].

Qualitätsmanagementverlag Seiler. Verfügbar auf: <http://dineniso9001-2009.de> [Webseite besucht am 01.08.2011].

Robert Bosch Stiftung. Verfügbar auf: <http://www.palliative-praxis.de> [Webseite besucht am 31.08.2011].

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Verfügbar auf: http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp [Webseite besucht am 27.05.2011].

Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V. Verfügbar auf: <http://www.vpkbb.org/nachrichten/details/datum/2011/07/08/erfolgreiches-berliner-projekt-fuer-pflegebeduerftige-wird-fortgesetzt-partner-einigen-sich-auf-un> [Webseite besucht am 01.11.2011].

World Health Organisation. Verfügbar auf: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> [Webseite besucht am 17.07.2011].

13.3 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung

Lfd. Nr.	Titel	Seite
1	Häufigste Diagnoseklassen der BewohnerInnen in %	35
2	Palliative Geriatrie	53
3	Fortbildungsbedarf von MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in %	80
4	Projekttreppe	86
5	Konzepthaus	95

Tabelle

Lfd. Nr.	Titel	Seite
1	Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Berlin per Dezember 2009	32
2	Entwicklung ausgewählter Krankheitsbilder und von Pflegebedürftigkeit	113

*„Nicht müde werden,
Sondern dem Wunder leise
Wie einem Vogel
Die Hand hinhalten!“
H. Domin*