

DOKUMENTATION ZUR FACHTAGUNG

am 28. März 2006

Der nächste Schritt

Pflegeeinrichtungen integrieren

Hospizkultur und Palliativkompetenz

Herausgegeben von der
**Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz**
in Kooperation mit der
Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg
fachlich unterstützt durch die
Beratungsstelle CHARON



Hamburg

Inhaltsverzeichnis der Dokumentation	Seite
Vorwort	03
Begrüßungsansprachen	
Maria Maderyc Leiterin des Amtes für Soziales und Integration, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	04
Kai Puhlmann Vorstandsmitglied der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz Hamburg e. V.	06
Bärbel Sievers-Schaarschmidt Mitarbeiterin der Beratungsstelle CHARON	09
Impulsreferate	
Daheim Sterben: Palliative Kultur im Pflegeheim Prof. Dr. Andreas Heller, Leiter „Palliative Care und Organisationsethik“, IFF Wien	12
Implementierung von Palliativkompetenz: Indikatoren für die Umsetzung der Hospizidee im Pflegeheim Frank Kittelberger, Projektleiter Innere Mission München	28
Interne Initiative und externe Beratung: Unser Weg Regina Jäck, Max Brauer Haus, Alida Schmidt Stiftung	34
Leben bis zuletzt – Unser Leitbild und Pflegealltag heute Wolfgang Janzen, Bereichsleiter Altenhilfe, Martha Stiftung	37
Ergebnisberichte der Workshops	
Leistungsverantwortung im Implementierungsprozess – Was zu ermöglichen und was zu vermeiden ist. Leitung: Frank Kittelberger	40
Was alle angeht, kann nur von allen angegangen werden: Wie kommen wir zu guten Entscheidungen? Leitung: Prof. Dr. Andreas Heller	42
Wie Palliativkompetenz die Altenpflege verändert: Von Haltungen und Handlungen. Leitung Perdita Naumann	44
Erfolgreiche Kommunikation: Der Schlüssel für gelingende Veränderungs- prozesse. Leitung: Karin Helmer	46
Ehrenamtliche als zentrales Instrument der Interdisziplinarität: Wie die Zusammen- arbeit organisiert werden kann. Leitung: Lutz Buchheister/Marie-Luise Riemenschneider	49
Vom Vermögen, die nötigen Mittel zu beschaffen: Bestehende und neue gesetzliche Finanzierungsmöglichkeiten. Leitung: Dr. Jochen Steurer	52
Abschlussplenum	54
Podium: Prof. Dr. Andreas Heller, Karin Helmer, Frank Kittelberger, Perdita Naumann, Marie-Luise Riemenschneider, Dr. Jochen Steurer	
Moderation: Bärbel Sievers-Schaarschmidt	
Nachwort: Zum Stand der Dinge und Perspektiven	64
Anhang	67

Vorwort

Am 28.03.2006 veranstaltete die damalige Behörde für Soziales und Familie* in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz Hamburg e. V. und fachlich-organisatorisch unterstützt durch die Beratungsstelle CHARON eine Fachtagung für Leitungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 139 Einrichtungen der stationären Pflege in Hamburg.

„Der nächste Schritt – Pflegeeinrichtungen integrieren Hospizkultur und Palliativkompetenz“

lautete der Titel der Tagung, die in den Räumlichkeiten des Albertinen-Hauses und der Albertinen-Akademie in Hamburg Schnelsen stattfand. Ziel der Veranstaltung war es, vielfältige Impulse zu setzen für einen gangbaren Weg zur Entwicklung und Verankerung einer würdevollen Sterbe- und Abschiedskultur in Hamburger Pflegeheimen.

Die Bedeutsamkeit und Aktualität des Themas liegt nicht nur vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung auf der Hand. Sie zeigte sich auch an der Zahl der Anmeldungen. Mit über 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern fand diese Tagung eine sehr positive Resonanz.

In den Begrüßungsansprachen der Veranstalter wurden die Leistungen der Pflegeheime gewürdigt und wünschenswerte Zielperspektiven für die Begleitung und Betreuung alter Menschen am Lebensende formuliert. Es wurden Chancen und Schwierigkeiten benannt, von den Erfahrungen der Hospizbewegung zu profitieren, ohne die Identität als Pflegeeinrichtung zu verlieren, und es wurden Möglichkeiten zu einer sinnvollen Vernetzung der Einrichtungen aufgezeigt, die sich auf den Weg zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz machen wollen.

Die Impulsreferate boten theoretisch fundiert und an praktischen Beispielen belegt grundsätzliche Orientierungen für die Implementierung und machten damit Mut, den Prozess im eigenen Haus zu bedenken, zu erörtern und zu starten.

Die Workshops gaben Gelegenheit in kleinen Gruppen zu grundlegenden Themen im Implementierungsprozess unter fachkundiger Leitung zu arbeiten.

Das Abschlussplenum sicherte die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Workshops für alle Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und bot zudem Gelegenheit, Fragen und Statements an das Podium und Auditorium zu richten.

Für das gute Gelingen der Fachtagung sei an dieser Stelle allen Beteiligten herzlich gedankt.

Wir freuen uns, Ihnen die Dokumentation der Fachtagung jetzt zur weiteren und vertiefenden Beschäftigung mit dem Thema vorlegen zu können. Diese Dokumentation finden Sie auch als pdf-Download-Datei im Internet unter: www.pflege.hamburg.de

Hamburg im Juli 2006

Reinhild Pook
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Kai Puhlmann
Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e. V.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt
Beratungsstelle CHARON

* Seit 01.05.06: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

**Begrüßungsansprache von Maria Maderyc,
Leiterin des Amtes für Soziales und Integration, Behörde für Soziales und Familie**
(Seit 01.05.06: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)

Sehr geehrte Frau Sievers-Schaarschmidt, sehr geehrter Herr Puhlmann,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

mit großer Freude begrüße ich Sie heute im Namen der Behörde für Soziales und Familie zur Fachtagung „Der nächste Schritt – Pflegeeinrichtungen integrieren Hospizkultur und Palliativkompetenz“. Die große Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigt sehr deutlich, dass ein hohes Interesse an Themen zur Sterbebegleitung in Pflegeheimen besteht.

Den konzeptionellen Rahmen für die Behörde für Soziales und Familie bilden das programmatische Vorhaben „Weiterentwicklung der seniorengerechten Stadt“ und die „Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010“. Die Weiterentwicklung Hamburgs zur seniorengerechten Stadt beinhaltet sechs Maßnahmen:

- Verbesserung der Integration älterer Zuwanderer,
 - Patenschaften der Generationen,
 - Umstrukturierung von pflegen & wohnen
 - Weiterführung der Qualifizierungsoffensive
 - Förderung des sozialen Wohnungsbaus für alte Menschen
- und für diese Veranstaltung besonders wichtig:
- Zeitgemäße Pflegekonzepte in der Altenhilfe.

Im Zusammenhang mit den zeitgemäßen Pflegekonzepten werden insbesondere vier Ziele verfolgt:

1. Wohngruppen für Pflegebedürftige sollen als Alternative zur stationären Versorgung etabliert werden;
2. Entbürokratisierung und Deregulierung sollen die Pflege entlasten;
3. das freiwillige Engagement für Hilfe- und Pflegebedürftige soll gestärkt werden;
4. die Hospizangebote, insbesondere die Integration der Ideen und Erfahrungen der Hospizbewegung in die stationäre Pflege, sollen verbessert werden.

Im November letzten Jahres hat die Behörde für Soziales und Familie die Neufassung der oben genannten Rahmenplanung veröffentlicht. Neben der Bestandsanalyse sind darin auch die Bedarfsprognosen und Maßnahmeempfehlungen für die nächsten Jahre enthalten. Sie ist damit die wesentliche Grundlage für eine zukunftsfähige Gestaltung der pflegerischen Versorgung in unserer Stadt. Ich möchte Ihnen aus der Rahmenplanung einige wenige, aber wichtige Eckdaten nennen:

Zahl der Pflegebedürftigen:

In Hamburg gibt es derzeit rd. 42.000 Menschen, die pflegebedürftig sind. 2010 werden es voraussichtlich rd. 45.000 Pflegebedürftige sein.

Häusliche Pflege:

Im eigenen Haushalt werden gegenwärtig 29.000 Personen gepflegt, darunter 17.000 Pflegebedürftige, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden. 2010 wird es voraussichtlich rd. 31.000 Pflegebedürftige in privaten Haushalten geben.

Pflegeheime:

In Hamburg gibt es 139 Heime mit rd. 15.100 Plätzen und rd. 14.500 Bewohnerinnen und Bewohnern. Im Jahr 2010 werden voraussichtlich etwa 15.800 Plätze benötigt werden. Diese Plätze werden durch die schon jetzt erkennbaren Aktivitäten von Trägern und Investoren bis dahin auch vorhanden sein.

Trotz des Ausbaus der Häuslichen Pflege wird der Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen weiterhin eine große Bedeutung zukommen. Dabei ist zu beachten, dass die Menschen immer

später in ein Pflegeheim einziehen – das durchschnittliche Aufnahmealter liegt derzeit bei 85 Jahren – und dort immer kürzere Zeit leben. Insgesamt sterben in Hamburger Pflegeheimen jährlich rund 5.000 Menschen.

Die genannten Punkte machen deutlich, dass dem Thema Sterbebegleitung in Pflegeheimen eine besondere Bedeutung zusteht.

Das spüren gerade auch Sie als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime. Sie sind diejenigen, die den Sterbeprozess begleiten, obwohl häufig genug eigentlich keine Zeit dafür ist, sich länger und persönlicher um einen Menschen zu kümmern. Sie treffen auf die trauernden Angehörigen, die getröstet werden sollten. Und letztendlich sind Sie selbst bei jedem Sterbefall in Ihrer Einrichtung emotionell berührt.

Das sind Erwartungen und Aufgaben, denen man nur schwer gerecht werden kann.

Um der Bedeutung sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner und für deren Angehörige, aber auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht zu werden, betrachtet es die Behörde für Soziales und Familie in der oben erwähnten Rahmenplanung als wünschenswert, die Ideen und Erfahrungen der Hospizbewegung auch in Pflegeheimen umzusetzen.

Es wäre wünschenswert, bis 2010 in mindestens 20 % der Pflegeeinrichtungen Sterbebegleitung und Hospizarbeit zu integrieren mit der Zielsetzung, verstärkt, systematisch und behutsam auf die Bedürfnisse der Sterbenden einzugehen.

Die Angehörigen sollen intensiver in den Sterbeprozess einbezogen werden und damit auch direkt sehen, dass ihre Pflegebedürftigen in guten Händen sind und in Würde sterben können.

Ich möchte in diesem Zusammenhang allerdings deutlich machen, dass dies nicht bedeutet, dass spezialisierte Einrichtungen geschaffen werden sollen. Es geht darum, die in allen Einrichtungen vorhandenen Kompetenzen zur Sterbebegleitung zu verbessern, indem Anregungen der Hospizarbeit und der Palliativpflege aufgenommen werden. Zur Umsetzung dieses Zieles werden wir Fortbildungen, Organisationsberatung und den Einsatz ehrenamtlicher Kräfte zu diesen Themen unterstützen.

Die Behörde für Soziales und Familie ist in diesem Sinne bereits aktiv geworden. So wurden im Dezember des letzten Jahres alle Hamburger Pflegeheime angeschrieben, um über das Projekt „Implementierung hospizlicher und palliativpflegerischer Versorgungsangebote in Pflegeheimen“ zu informieren. Insgesamt stellt die Behörde für Soziales und Familie für einen Projektzeitraum von drei Jahren 300.000 € zur Verfügung.

Im Rahmen des Projektes können maximal 60 Hamburger Pflegeheime einen finanziellen Zuschuss bis zu 5.000 € erhalten, wenn sie einen entsprechenden Prozess in ihren Einrichtungen beginnen. Die Mittel können für Aus- und Fortbildung haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für externe Beratungskosten eingesetzt werden.

In Hinblick auf die heutige Fachtagung wurde die Bewerbungsfrist für die Projektmittel bis zum 30. April 2006 verlängert. Ich hoffe, dass Sie der heutige Tag anregt, für Ihre Einrichtung die Aufnahme von hospizlichen und palliativpflegerischen Angeboten zu bedenken und einen entsprechenden Förderantrag zu stellen.

Dabei ist mir bewusst, dass der Implementierungsprozess hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt. Ich bin allerdings davon überzeugt, dass sich das Engagement lohnt. Ich gehe davon aus, dass die Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und letztendlich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen von diesem Prozess profitieren.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen informativen und anregenden Tag.

Abschließend möchte ich nicht versäumen, mich bei den Koordinatorinnen dieser Fachtagung, Frau Dose und Frau Sievers-Schaarschmidt von der Beratungsstelle CHARON, für ihre Arbeit zu bedanken. Ohne ihren Einsatz wäre die Idee zu dieser Fachtagung wahrscheinlich nicht umgesetzt worden.

Vielen Dank.

**Begrüßungsansprache von Kai Puhmann,
Vorstandsmitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e. V.**

Meine sehr verehrten Damen, meine sehr verehrten Herren,

im Namen der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e. V. möchte ich Sie sehr herzlich zu der heutigen Fachtagung begrüßen. Wir freuen uns sehr, dass diese Veranstaltung auf so großes und vielfältiges Interesse stößt. Es ist ein deutliches Zeichen für das wachsende gesellschaftliche und individuelle, aber auch institutionelle Interesse an Sterben, Tod und Trauer.

Das Angebot der Behörde für Soziales und Familie, Kooperationspartner zu sein, haben wir gern und dankend angenommen. Denn der Begriff Hospiz steht ja nicht für einen Ort, sondern für eine Idee und ein Konzept. Diese Idee weiter zu verbreiten und überall dort umzusetzen, wo Menschen sterben, ist uns ein wichtiges Anliegen. Einrichtungen der stationären Altenhilfe sind dabei von besonderer Bedeutung; waren es doch schon immer Orte des Lebens, aber eben auch des Sterbens. Strukturelle Veränderungen, wie höheres Eintrittsalter und verkürzte Verweilzeiten, haben schon in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass sich Pflegeheime verstärkt diesem Thema stellen müssen.

Dass wir uns auf einen lebendigen und anregenden Tag freuen dürfen, ist auch den Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle CHARON zu verdanken. Sie haben mit viel Einsatz und Engagement den heutigen Tag geplant und organisiert. Vielen Dank dafür!

Meine Damen und Herren, eines ist uns hier allen gemeinsam: Wir als LAG Hospiz, Sie als Vertreter und Mitarbeiter der Pflegeheime, die Behörde für Soziales und Familie und alle Besucher dieser Veranstaltung wollen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

„Der nächste Schritt – Pflegeeinrichtungen integrieren Hospizkultur und Palliativkompetenz“ so ist der heutige Tag überschrieben. Der nächste Schritt? Warum, so könnte man fragen, war es nicht der erste Schritt? Warum hat in den Heimen die Beschäftigung mit einer Veränderung der Sterbekultur nicht ihren Ursprung gehabt?

Lassen Sie mich eine der Begründerinnen der Hospizbewegung, Cicely Saunders, zitieren. Sie hat einmal gesagt: *„Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorkranken gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“* Diese Worte beziehen sich auf das England der 60er Jahre. Erstaunlich, dass sie heute – 40 Jahre später – die Situation in Deutschland immer noch trefflich beschreiben.

Dabei hat die Hospiz- und Palliativbewegung als eine der erfolgreichsten Bürgerbewegungen in den vergangenen Jahren viel erreicht: Sie zog zunächst aus den etablierten Strukturen des Gesundheitswesens aus, in dessen Einrichtungen Sterben und Tod keinen Raum zu haben schienen. Sie entwickelte eine neue Haltung und eine neue Kultur und verschaffte den Themen Sterben, Tod und Trauer immer deutlicher öffentliches Gehör.

Daraus entwickelten sich neue Versorgungsangebote in Form von stationären Hospizen, Palliativstationen und Hospizdiensten. Einrichtungen, die jetzt selbst auf dem Weg zu einer zunehmenden Professionalisierung und Institutionalisierung sind.

Heute haben wir in Hamburg eine Vielzahl von Hospizeinrichtungen. Die Stadt verfügt zurzeit über 43 Hospiz- und Palliativbetten für Erwachsene pro 1 Million Einwohner in 4 stationären Hospizen und 2 Palliativstationen. Hamburg liegt damit bundesweit an der Spitze. Außerdem haben wir ein Kinderhospiz. Nicht ganz so gut sieht es im ambulanten Bereich aus. Hier existieren zwar mittlerweile 14 Hospizdienste, die eine ehrenamtliche Betreuung anbieten und 4 Hospizfachpflegedienste, aber es mangelt weiterhin an einem flächendeckenden und vernetzten Angebot. Und das, obwohl auch hier der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt.

Vor diesem Hintergrund hält das Thema Würdiges Sterben nun Einzug in die etablierten Institutionen des Gesundheitswesens: insbesondere in die Altenpflegeheime. Aber es mag nur eine Frage der Zeit sein, wann das Thema „Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Krankenhäusern“ der Titel einer nächsten Fachtagung ist. Die Hospizbewegung kehrt sozusagen zurück an die Orte, von denen sie sich einst abgewendet hat.

In der Tradition von Cicely Saunders haben wir uns bisher vor allem der Tumorpatienten angenommen. Auch heute noch finden wir auf den Palliativstationen und in den Hospizen in Deutschland zu weit über 90 % Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.

Das heißt, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit standen bisher vor allem eher jüngere Menschen mit einem krisenhaften Krankheitsgeschehen. Der Regelfall des Sterbens ist das aber nicht. Das ist das Sterben von hochbetagten, multimorbiden, oft demenziell erkrankten Menschen. Entsprechend ihrem egalitären Versorgungsanspruch ist die Hospiz- und Palliativarbeit aufgefordert, auch den geriatrischen Bewohner in den Blick zu nehmen und auch für ihn Betreuungsangebote vorzuhalten. Warum also taucht das Thema, wie alte Menschen in Würde sterben können, und das heißt überwiegend in Würde in Institutionen der Altenpflege sterben zu können, erst jetzt auf?

Wenn man mit Saunders antwortet: Weil es die größere und schwierigere Aufgabe ist. Denn Sterben im Alter bedeutet häufig nicht nur Pflegebedürftigkeit und eine Vielzahl von Erkrankungen, sondern auch vorausgegangene Einsamkeit, Isolation, sozialer Tod und geringe gesellschaftliche Wertschätzung. Das Sterben vollzieht sich eher schleichend und weniger krisenhaft, verbunden mit weniger allgemeiner Aufmerksamkeit. Vielleicht könnte man sagen, dass es sich beim gesellschaftlichen „Wegschauen“ von diesem Thema um eine Spielart der Verdrängung des Todes insgesamt handelt.

Aufgabe ist es nun, in einer bereits bestehenden Institution – dem Pflegeheim – eine neue Haltung und Kultur mit sterbenden Menschen zu entwickeln, zu organisieren und zu leben. Und das ist ein eigener Prozess mit ganz speziellen Herausforderungen und Notwendigkeiten. Geennzeichnet auch durch schwierige Rahmenbedingungen, dem Mangel an Zeit und Geld in den Heimen. Sehr verschieden ist dieser Prozess von dem bisherigen Weg der Hospizarbeit, in Form von institutionellen Neugründungen beispielhafte Impulse für einen veränderten Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens zu setzen.

Wir von der LAG Hospiz sehen uns daher auch nicht als die Experten an für die Frage, wie eine veränderte Sterbekultur in den Heimen implementiert werden kann. Das muss von den Leitungen und den Mitarbeitern der einzelnen Häuser im Miteinander entwickelt werden. Bewohnerzentrierung und Mitarbeiterorientierung sind dabei ebenso wichtige Stichworte wie interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team und die Einbindung von Ehrenamtlichen.

Wichtig ist dabei auch der wache Blick für das, was bereits an guten Ansätzen vorhanden ist. Viele Heime verfügen über motivierte Mitarbeiter, haben Abschiedsrituale entwickelt oder setzen freiwillige Mitarbeiter ein. Darauf aufzubauen und eine nachhaltige Verankerung in strukturierter Form zu ermöglichen, ist der nächste Schritt. Auch damit haben einige Heime bereits begonnen. Wir werden in den nachfolgenden Impulsreferaten noch mehr davon hören. Wir von der LAG stehen gern als Ratgeber und Unterstützer zur Verfügung und laden alle herzlich ein, unsere Erfahrungen zu nutzen und auch aus unseren Fehlern zu lernen.

Die heutige Fachtagung soll Mut machen, sich auf einen Prozess der Veränderung einzulassen und soll Anregungen für erste Schritte in diese Richtung geben. Dabei gibt es, eben weil es noch ein neues Projekt ist und weil Sterben immer ein individuelles Geschehen ist, mehr Fragen als Antworten. Aber sich fragend dem Thema zuzuwenden, entspricht auch einer guten Haltung im Umgang mit sterbenden Menschen. Denn auch im Kontakt mit ihnen geht es nicht um die richtige und schnelle Antwort, sondern um den Mut, sich auf den Anderen einzulassen und ihm zuzuhören.

Veränderungsprozesse mit ergebnisoffenem Charakter lösen bei allem ungeteilten Engagement für die Sache immer auch Ängste, Sorgen, Befürchtungen und Verunsicherungen aus: bei den

bestehenden Hospizeinrichtungen, aber sicher auch bei den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Und das insbesondere in einer Zeit der Verknappung finanzieller Mittel, zunehmender Konkurrenz sozialer Einrichtungen untereinander und eines immer schneller vorangehenden Umbaus des Gesundheitswesens insgesamt.

Die heutige Fachtagung mit Teilnehmern aus Hospiz- und Pflegeeinrichtungen ist eine gute Gelegenheit, miteinander ins Gespräch zu kommen über die vielen Chancen, die in diesem Projekt liegen, aber auch über die Risiken. Beides im Auge zu behalten ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg bei der Umsetzung. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind:

- Wie werden zukünftig sterbende Menschen auf Hospize und Pflegeheime verteilt?
- Wird es unklarer werden, was Hospizbedürftigkeit und was Pflegebedürftigkeit ist?
- Wird das Pflegeheim die kostengünstigere Alternative zum Hospiz?
- Wird es mehr Konkurrenz um Ehrenamtliche, aber auch um Spenden geben?
- Was kostet ein solcher Implementierungsprozess?
- Wird den Pflegeheimen ein Mehr an Leistung und Betreuung abverlangt, ohne dass die Kostenträger dies refinanzieren?
- Müssen auch die Mitarbeiter in den Pflegeheimen befürchten, noch mehr leisten zu sollen, ohne an anderer Stelle entlastet zu sein?

Die bestehende Verunsicherung findet ihre Fokussierung in den Begriffen „hospizlich“ oder „hospizlich arbeitende Einrichtung“. Was versteht man eigentlich darunter? Mit welchen Inhalten und Konzepten sind diese Bezeichnungen gefüllt? Uns als LAG Hospiz ist es wichtig, dass diese Begriffe weiterhin assoziiert bleiben mit hohen Qualitätsstandards in der Betreuung sterbender Menschen.

Sorgsamer Umgang mit Begrifflichkeiten also, klare Indikatoren und Qualitätsstandards sind wichtig, um Irritationen nach innen und außen entgegenzuwirken. Für die Bewohner, aber auch für die Mitarbeiter muss deutlich bleiben, welche Einrichtung welchen Versorgungsauftrag hat und welche Form von Betreuung geleistet und erwartet werden kann. Eine Implementierung kann nicht das Ziel haben, aus Pflegeheimen Hospize zu machen, sondern es geht darum, in den Häusern eine eigene Kultur des Abschiednehmens zu entwickeln.

Nur im Miteinander wird es uns gelingen, die Versorgung von sterbenden Menschen in dieser Stadt zu verbessern. Gemeinsam gegenüber Öffentlichkeit, Politikern und Kostenträgern aufzutreten wird dabei ebenso helfen wie das Entwickeln von Kooperationen.

Meine Damen und Herren, lassen sie mich kurz zusammenfassen:

Fazit 1:

Wir begrüßen die Entwicklung, dass Altenpflegeheime sich verstärkt um das Thema Sterbebegleitung und palliative Versorgung bemühen. Als LAG stehen wir Altenpflegeheimen gern mit unseren Erfahrungen zur Verfügung.

Fazit 2:

Der Dialog zwischen Hospiz- und Altenpflegeeinrichtungen ist wichtig. Er muss und soll geführt werden, um Schritt für Schritt Klarheit zu schaffen, was, wer, wo, für wen, in welchem Umfang leisten kann – und was auch nicht.

Fazit 3:

Bei aller profilierten Unterschiedlichkeit liegt uns daran, eine gemeinsame Sprache von Hospiz- und Altenpflegeeinrichtungen zu finden gegenüber Politikern, Kostenträgern und der Öffentlichkeit: Dies im Sinne des uns allen gemeinsamen Ziels, ein würdiges Sterben für alle Menschen an jedem Ort zu ermöglichen und zu unterstützen.

Was Cicely Saunders einst als zu große Aufgabe erschien, um sie zu bewältigen, wird jetzt eine Aufgabe, für die es gilt, Schritt für Schritt Lösungen zu finden. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine gute Fachtagung und einen anregenden Austausch.

Vielen Dank!

**Begrüßungsansprache von Bärbel Sievers-Schaarschmidt,
Mitarbeiterin der Beratungsstelle CHARON**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als wir im letzten Jahr von der Behörde für Soziales und Familie den Auftrag bekamen, die heutige Fachtagung vorzubereiten, war unser Interesse groß.

Zum einen, weil Wissen, Erfahrungen und Kontakte von CHARON zum Thema „Sterbekultur in Altenheimen“ hier einfließen und Früchte tragen können. Zum anderen, weil es seit je her Anliegen und Aufgabe der Beratungsstelle ist, zur Sensibilisierung für die Bedürfnisse von sterbenden Menschen und einem angemessenen Umgang damit beizutragen.

Dass „Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenheim“ nicht nur eine gesellschaftliche Herausforderung ist, wie Frau Maderyc in ihren Eingangsworten überzeugend skizziert hat, sondern auch eine menschliche Notwendigkeit, erleben wir täglich in Beratungsgesprächen mit Angehörigen, die die letzte Lebensphase begleiten. Wir wissen es zudem aus den vielfältigen Rückmeldungen zu Veranstaltungen zum Thema Sterben, Tod und Trauer mit professionell in der Pflege Tätigen.

Hoch motiviert machten wir uns also ans Werk. Wir, das sind die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle CHARON, unterstützt von Frau Achilles, Geschäftsführerin der Hamburger Gesundheitshilfe e. V., die Trägerverein der Beratungsstelle ist, und in enger Zusammenarbeit mit Frau Pook aus dem Amt für Soziales und Pflege in der BSF, also der Behörde, die die Arbeit von CHARON durch finanzielle Förderung ermöglicht.

Was braucht ein Altenpflegeheim um Hospizkultur und Palliativkompetenz im eigenen Haus zu verankern? Diese Frage war der rote Faden für unsere Planung.

Wichtig war uns, die Kompetenz vor Ort zu nutzen. So konnte die LAG Hospiz Hamburg als Kooperationspartner der Veranstaltung gewonnen werden, aber auch viele Referenten und Workshopleiterinnen, deren Namen und Tätigkeit Ihnen sicher aus Hamburg bestens bekannt sind. Daneben ist es gelungen, zwei äußerst erfahrene „Implementierer“ aus dem Süden an die Elbe zu holen, die mit ihrem Wissen zum Erfolg dieses Fachtags beitragen werden.

Ziel war und ist es, einen guten Überblick über wesentliche Eckdaten für einen Implementierungsprozess zu geben – und zwar für interessierte Menschen aus Altenpflegeeinrichtungen, egal ob diese sich schon auf den Weg gemacht haben oder gerade erst am Anfang stehen. Orientierung und Mut zur Entscheidung sollen ermöglicht werden – sozusagen als Gegenmittel für den oft gehörten Stoßseufzer „Kein Geld, keine Zeit, kein Personal.“

Zum Thema Geld: Dass die BSF jetzt Mittel für die Implementierung von hospizlichen und palliativpflegerischen Versorgungsangeboten in Pflegeheimen zur Verfügung stellt, wird allseits zwar im Grundsatz begrüßt. Das konkrete Zuwendungsverfahren hat aber – so unsere Erfahrungen im Vorfeld dieser Veranstaltung – schon jetzt einen lebhaften Diskussionsprozess ausgelöst.

Einrichtungen und Träger stellen sich selbst, Politikern – schön, dass heute einige anwesend sind – und Kostenträgern Fragen: „Welche Leistungen müssen wir für 5000 Euro Zuwendung nach drei Jahren vorhalten? Ist es sinnvoll, 300.000 Euro Fördermittel nach dem Gießkannenprinzip an 60 Einrichtungen in Hamburg zu verteilen, wenn die tatsächlichen Kosten eines gesamten Implementierungsprozesses auf ca. 40.000 Euro hochzurechnen sind? Werden die Leistungen ohne Refinanzierungsmöglichkeiten einfach in die LQV aufgenommen?“

Zum Thema Zeit: Heute haben Sie, meine Damen und Herren, sich die Zeit genommen, um sich zu informieren, auszutauschen, zu vernetzen und sich anstecken zu lassen von den Impulsen zur Lösung einer Aufgabe.

Ich möchte Aufgabe hier verstanden wissen als tatsächlich gefühlte Lücke zwischen Sein und Sollen, zwischen Jetzt und Dann, zwischen Realität und der Vision einer anderen, besseren Praxis. Eine individuell wirklich wahrgenommene Aufgabe setzt in Bewegung, versichert sich der bestehenden Potenziale und Ressourcen, sucht nach neuen Lösungen. Sie haben sich mit Ihrer heutigen Anwesenheit bereits auf den Weg gemacht.

Zum Thema Personal: Natürlich, vieles ginge mit mehr Personal eindeutig einfacher, schneller und schöner. Aber – und das lehrt alle Erfahrung in diesem Bereich: Es geht auch mit dem vorhandenen Personal.

Wichtig ist wie immer nicht allein Quantität, sondern auch Qualität. Wenn es Menschen in der Einrichtung gibt, die den Initialfunken zünden, wenn es gelingt, wirksame Anstöße zu geben, die dazu beitragen, die Haltung, die Philosophie, die Kultur, auf der Hospizarbeit und Palliative Care fußen, im ganzen Haus zu verbreiten, dann ist das bereits der Beginn eines gelingenden Prozesses.

Beim Thema „Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen“ geht es zwar ums Ganze, aber gerade deshalb immer wieder neu auch um den nächsten Schritt auf dem Weg. „Der nächste Schritt“ ist deshalb auch zum Motto dieser Fachtagung geworden.

Lassen Sie mich zum Schluss noch kurz von einem wichtigen Schritt berichten. Er wurde gerade erst im Bereich Vernetzung unternommen. Auf Bundesebene gibt es ein von Herrn Kittelberger ins Leben gerufenes und gepflegtes Netzwerk „Palliativbetreuung im Pflegeheim“. Die Personen, die in diesem Netzwerk verbunden sind, treffen sich alle zwei Jahre und halten zwischenzeitlich per Mail oder Telefon Kontakt.

Um diesen fachlichen Austausch über alle Themen, die in der praktischen Umsetzung der Implementierung auftreten, zu intensivieren und auch regional zu ermöglichen, wurde im Vorfeld dieser Tagung das „Netzwerk Nord – Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenheim“ initiiert.

Kontakt und Netzwerkpflge habe ich übernommen und stehe Ihnen als Ansprechpartnerin dafür auch heute zur Verfügung. In der Tagungsmappe finden Sie weitere Informationen zum Netzwerk-Nord sowie ein Anmeldeformular, das Sie bei Interesse an einer Teilnahme im Tagungsbüro abgeben oder mir zuschicken können. Eine Einladung zum ersten Arbeitstreffen am 09.05.06 geht Ihnen dann automatisch zu.

Und damit bin ich fast am Ende meiner Ausführungen. Wer am Ende dieses Tages mehr zu dem heutigen Tagungsthema arbeiten und erfahren will, hat dazu gleich morgen Vormittag Gelegenheit. Dann stehen Herr Kittelberger und ich Ihnen in der „Infobörse“ mit konkreten Impulsen für den Start in Ihrer Einrichtung hier in der Albertinen-Akademie zur Verfügung. Den Anmeldebogen dazu, den Sie ebenfalls in der Tagungsmappe finden, geben Sie bitte noch heute im Tagungsbüro ab, wenn Sie dabei sein möchten.

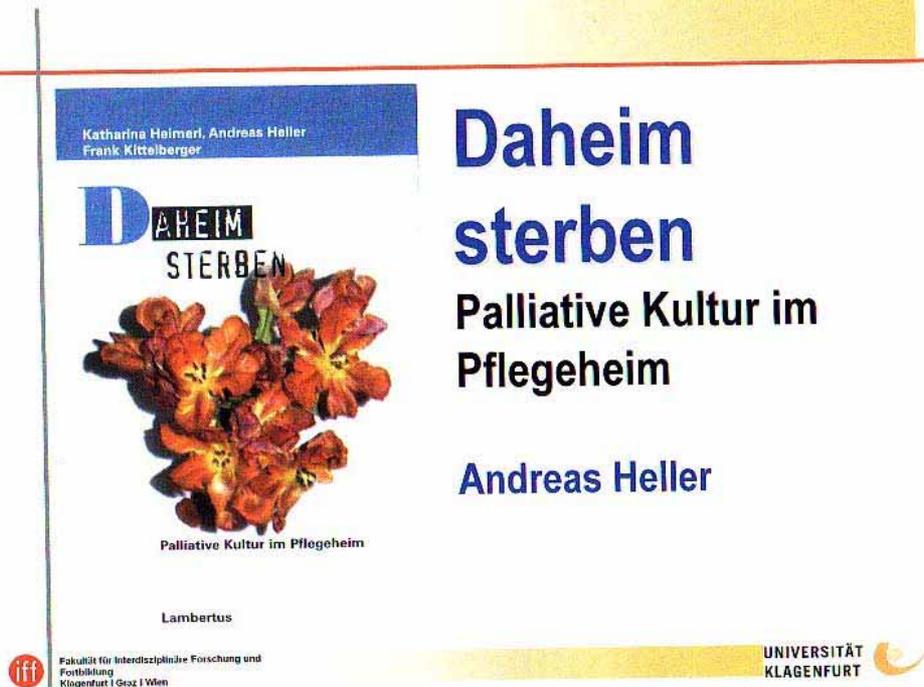
Und damit jetzt genug der vielen Worte. Sicher sind Sie schon genau so gespannt wie ich auf die Vorträge der Referenten.

Ich wünsche Ihnen und uns allen zusammen einen informativen, anregungsreichen ermutigenden Fachtag, der den nächsten Schritt auf dem Weg zu einem Sterben in Würde ermöglicht – und das kann aus unserer Erfahrung bei CHARON immer nur heißen: Zu einem Sterben, das sich radikal an den individuellen Bedürfnissen des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen orientiert.

Wie sich das mit den Bedürfnissen von stationären Einrichtungen nach Strukturen, Standards und Routinen vereinbaren lässt, wird uns heute miteinander beschäftigen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Impulsreferat (Folien zum Vortrag)
„Daheim Sterben – Palliative Kultur im Pflegeheim“
Prof. Dr. Andreas Heller, IFF Wien



Was ist Palliative Care?



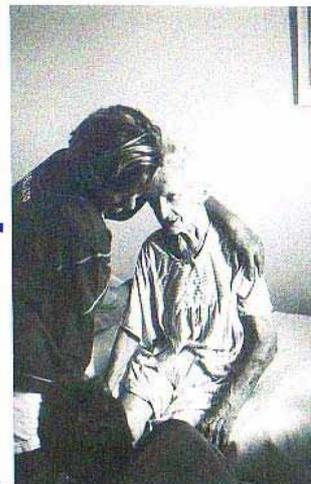
Palliative Care für wen?



Care ist mehr als Pflege und Versorgung

Care

- meint menschliche Interaktionen in bestimmten Versorgungskontexten,
- meint eine "Ethik der Achtsamkeit"
- eine Haltung der Empathie,
- ein Handeln im Wissen um Ergänzungsbedürftigkeit,
- eine neue gesellschaftliche Praxis.



Photographs by Hapé Smeele,
With the courage of an explorer

Care ist mehr als Pflege und Versorgung

- Care hat zu tun mit Beziehung und Bezogenheit, mit Aufmerksamkeit (*attentio*, kein *Attentat*) und Zuwendung bzw. der Annahme der Zuwendung
- Die Haltung der Achtsamkeit und das Schenken von Achtsamkeit ist nicht notwendig auf Wechselseitigkeit (Reziprozität) angewiesen und geht von Unterschieden in der Gestaltung und Wahrnehmung der Autonomie aus.
- Care-Interaktionen können verbal und nonverbal sein, haben aber auch mit körperlichen Berührungen zu tun, weil in Care-Beziehungen Denken, Fühlen und Handeln ineinander verwoben sind.

(auf der Grundlage von E. Conradi, *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, Stuttgart 2002)



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und
Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

Integration in die Regelversorgung

Elisabeth Reitinger, Andreas Heller,
Clemens Tesch-Römer, Peter Zeman



Zum Sterben in stationären
Pflegeeinrichtungen

Lambertus



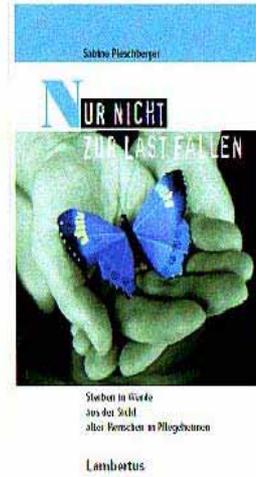
Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und
Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

Die Theorie und Praxis von Palliative Care muss integrierter Bestandteil der Versorgungsprozesse in und zwischen den Anbietern von Versorgungsdienstleistungen werden - und sich an Lebensqualität / Würde orientieren

Würde / Lebensqualität

- der Lebensqualitätsdiskurs ist problematisch
- er führt zu einer quantitativen Verobjektivierungsillusion
 - gemessen werden Eigenschaften von Dingen, Prozesse, etc.
 - was nicht messbar ist, existiert nicht
- Würde ist quantitativ nicht messbar/Würde kann gekränkt, verletzt, beeinträchtigt werden



Wir müssen helfen lernen

Compassion - Eine neue Ethik des Helfens
Solidarisch helfen und Mitleidenschaft üben.
(J.B. Metz)

„Im Gesicht des anderen
sehe ich wie im Spiegel
mich selbst
(E. Levinas)



Bildquelle: www.spip.univ-poitiers.fr

Helfen heisst Compassion

Helfen als Compassion:

- Die Anerkennung des anderen um seiner / ihrer selbst willen.
- Die Anerkennung der Autorität der Leidenden und das Wissen darum, das Leiden Mitleidenschaft braucht
- Die Anerkennung, dass wir das Leiden nicht aus dieser Welt schaffen werden, es gemeinsam erträglicher gestalten können (es gibt kein leidfreies Leben und Sterben)
- Die Anerkennung, dass Solidarität und Compassion unsere Autonomie und Selbstentwicklung bereichern und nicht behindert

Palliative Kultur

Karin Wilkening
Roland Kunz

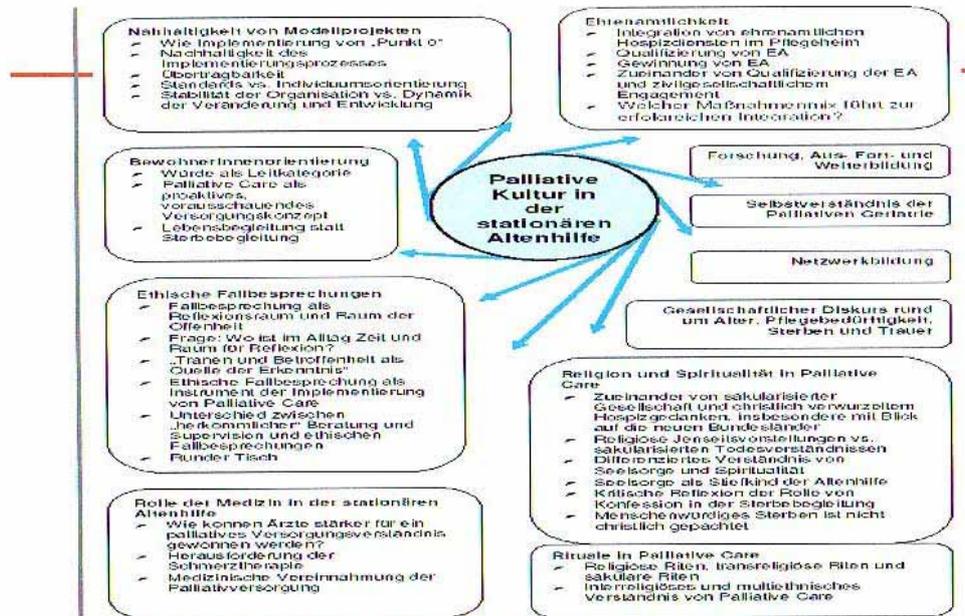
Sterben im Pflegeheim
Perspektiven und Praxis
einer neuen Abschiedskultur



Vandenhoeck & Ruprecht

Eine palliative und hospizliche Kultur in die stationäre Altenhilfe zu integrieren, ist eine zentrale europäische Herausforderung.

THEMENLANDSCHAFT AUS DEN DISKUSSIONEN



Wegleitner, Klaus (2006) Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe. Von der Implementierung zu der Altenhilfe. Auswertung der 2. Internationalen IMM – IFF Fachkonsultation. In: Kursbuch palliative care 10/2006. Wien: IFF Eigenverlag, Seite 13



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

Wir sterben in Organisationen

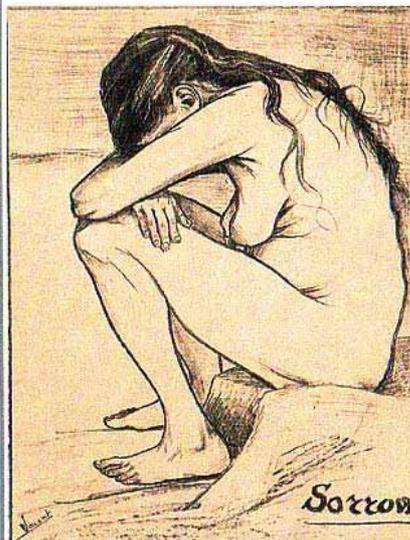
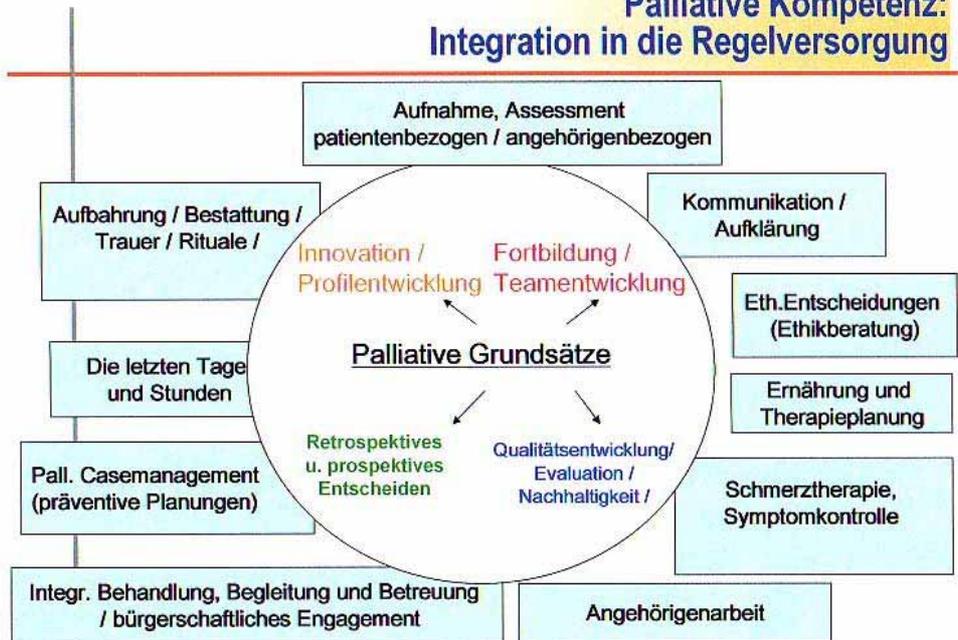
	Krankenhaus	Altenheim	Eigene Wohnung bzw. außerhalb von Institutionen
Rheinland-Pfalz (1995) Quelle: Ochsmann et al 1997	44,1%	12,8%	37,3%
Nordrhein Westfalen Sterbefälle über 65 Jahre Quelle: Bickel 1998	49,7%	21,2%	29,1%
Aus Enquête – Kommission „Ethik und Recht in der anderen Medizin“	42-45%	15-25%	25-30%
		Hospiz: 1-2%	Andere Orte: 3-7%



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

Palliative Kompetenz: Integration in die Regelversorgung



Schmerz als ein Beispiel
für eine
multiperspektivische,
interprofessionelle
und integrierte
„Orchestrierung des
Lebensendes“
(Erich Loewy)

Van Gogh, „Sorrow“
Bildquelle: www.vangoghmuseum.nl

Was ist Schmerz?

„So that I was very soon able to say: „We´re looking at something much wider than purely physical pain. ... and there was a particular lady. Mrs Hinson, who I still use as a slide when I am talking about hospice evolution, and I use quite a few of these because they are, as I´ve said, the founders.

But Mrs Hinson when I said to her:“ Tell me about your pain“, and she said, „Well doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong.“



St.Christopher´s Hospice
Bildquelle: www.stchristophers.org.uk



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und
Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



Was ist Schmerz?

And she described one or two more symptoms and then she said, „I could have cried for the pills and the injections but I knew that I mustn´t, nobody seemed to know how I felt and it seemed as if all the world was against me. And my husband and son were marvellous but they were having staff off work and lose their money, but it´s so wonderful to feel safe again.“

(because she´d been admitted the day before)



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und
Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



Was ist Schmerz?

And it was the next day that I came, and I realised that she had been talking about physical pain, psychological or mental pain, social or family pain, and the spiritual pain of needing security and safety for being who you are.“

A BIT OF HEAVEN FOR THE FEW?

David Clark, Neil Small, Michael Wright, Cicely Saunders, Bill Hughes



An oral history of the modern hospice movement in the United Kingdom

Hospice History Project. Oral History Interviews.
Cicely Saunders at St Christopher's Hospice, Sydenham, UK 29 (31.10.1995)



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



Pain is what the patient says hurts Schmerz ist, was der Patient als Schmerz empfindet



Cicely Saunders (Foto von 1998 / Baden)
Quelle: http://commtechlab.msu.edu/sites/cancerpain/CicelySaunders/CS_AB.html

I started as a medical student at the age of 33 to do something about pain because I thought it was real because listening to patients as a nurse and as a social worker, I was very aware that what they were talking about was what they said hurt. I think that's probably the best definition of pain that we can have.

Pain is what the patient says hurts.

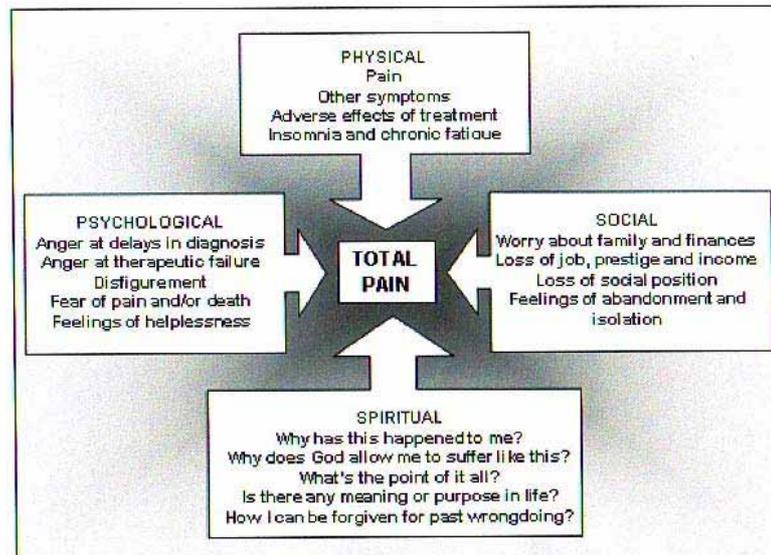


Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



Das Konzept des „Totalen Schmerzes“ (total pain) by Cicely Saunders



Der Mensch als Maschine René Descartes 1596-1650

- Im 17. Jahrhundert wird die alte Kosmologie durch die Erklärung der Welt als Maschine weitergeführt
- Wissenschaft, Philosophie beschreiben Lebensweisen, Stadt. Körper als Maschine
- R. Descartes erklärt alle Lebewesen – mit Ausnahme des Menschen als seelenlose Automaten.
Nach: Anna Bergmann, Der entseelte Patient (109 ff)



René Descartes - über den Menschen (1632)

- Der Geist des Menschen wird im Gehirn angesiedelt
- Der Körper ist entsinnlicht, entseelt, eine Maschine von Gliedern
- Körperfunktionen (Verdauen, Tasten, Riechen, Hören, Schmecken, Sehen, etc.) als reine mechanische Prozesse

Biowissenschaften heute

- Die Aufspaltung des Menschen in einen Geist (im Gehirn angesiedelt) und in einen Körper ist bis heute die Grundlage der Biowissenschaften und der Medizin
- - Transplantationschirurgie
- Todeskonzept: Hirntod
- Was ist ein toter Mensch?
 - Eine tote Person und
 - ein „lebender Körper“
 - nur ein „Hirntoter“
 - Wann ist ein Mensch hospizlich gestorben?



Der Weg des Schmerzes
nach Descartes (1644)
Quelle: Melzack 1978:124

Der Schmerz der Verständigungsnot

"Als Schriftsteller hat mir seit jeher der Schmerz zu denken gegeben, der aus der Sprachnot, der Verständigungsnot entsteht. In eine extreme Situation gestoßen, stellen wir auf einmal fest, dass wir der Welt nicht gewachsen sind, weil wir uns nicht verständlich machen können..."



Bildquelle: www.zdf.de

Wer die Bitternis des Exils erfahren hat, wird sich gewiss an Augenblicke erinnern, in denen ihn ein exemplarisches Gefühl der Fremdheit überkam, der Wehrlosigkeit und sogar der Demütigung.,,

Siegfried Lenz (1997): *Über den Schmerz. Essays*, München dtv TB12768, 13.

Nonverbale Ausdrucksformen finden



→ "ich male mich, weil ich sooft alleine bin, weil ich mich auch am besten kenne."

Frida Kahlo (1907 – 1954)

→ Selbstportrait um die Einsamkeit erträglicher zu machen.

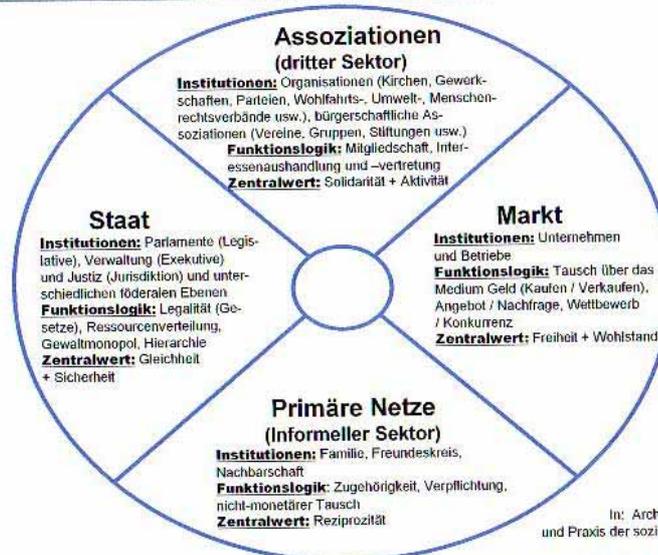
Tree of Hope Keep Strong 1946
Frida Kahlo

Wir müssen alternativ denken

„Wenn ich Schmerz erleide, dann ist mir bewusst, dass damit eine Frage gestellt wird. ... Diese Frage ist dem körperlichen Schmerz ebenso eigentümlich wie die Einsamkeit des Schmerzes. Schmerz ist das Zeichen für eine fehlende Antwort; er weist auf etwas Offenes hin – etwas, das mich veranlasst zu fragen: Was fehlt mir? Wie lange noch? Warum muss, soll, kann ich leiden? Warum gibt es ein solches Übel, und warum trifft es gerade mich? Beobachter, die für diesen hinweisenden Bezug des Schmerzes blind sind, haben nichts als konditionierte Reflexe vor sich. Sie studieren ein Meerschweinchen, nicht einen Menschen.“



Coproduktion und Kollusion im Wohlfahrtsmix



Thomas Klie,
Paul-Stefan Roß,
In: Archiv für Wissenschaft
und Praxis der sozialen Arbeit 36/2005

Wir müssen lernen alternativ zu denken

Regelversorgung

- Abbau von Akutbetten,
- Langzeitpflegebereich – Palliative Geriatrie,
- Tagespflegeeinrichtungen,
- Integrierte Palliativstationen,
- Integrierte Mobile Angebote – entlang Palliativer Kultur – niederschwellig und transparent
- Ambulant vor stationär

- Konsiliarisch, unterstützende Hospiz – Palliativversorgungsmodelle
- Hospiz für junge chronisch Kranke und Sterbende

Betroffene und Angehörige

Kommunale Versorgung - Entinstitutionalisierung

- Neue Formen kommunaler Altenpolitik
- Palliative Care als proaktive Gesundheitsförderung (Sterben ist keine Krankheit)
- Vorsorgekultur
- Rahmenbedingungen für die Vernetzung von Versorgungssystem und Gemeinde schaffen

Neue Formen gesellschaftlicher Solidarität ermöglichen.



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



Den sozialen Mantel der Fürsorglichkeit schneiden

1. Ein Heim mit entwickelter Palliativer Kultur hat mindestens so viele Freiwillige wie beruflich Beschäftigte
2. Die Verantwortungsbereitschaft im sozialen Nahraum nimmt zu
3. Warum sollen sich BürgerInnen für andere engagieren?
 - es ist sinnvoll und stiftet Sinn
 - die Auseinandersetzung mit dem Sterben vitalisiert das eigene Leben
 - die eigene soziale Kompetenz entwickelt sich
 - man ist an etwas Wichtigem beteiligt, das soziale Bedeutung hat (Ralf Dahrendorf)
 - man hat soziale Kontakte und soziale Teilhabe



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT
KLAGENFURT



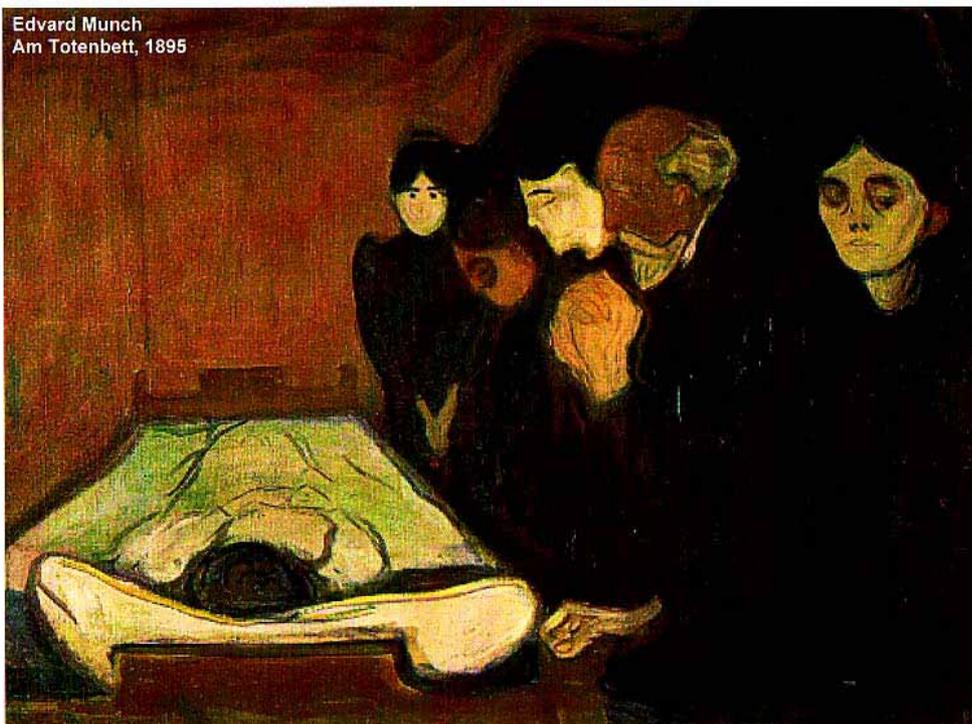
Was ist Trauer?

Trauern meint, die Verstorbenen mit ihren Geschichten in unser weiteres Leben zu integrieren.

Trauer beginnt immer schon in der Auseinandersetzung mit dem möglichen Sterben und Tod.



Egon Schiele (1890-1918),
Trauernde Frau 1912



Edvard Munch
Am Totenbett, 1895

Den Continuing bonds (Dennis Klass) Fortdauernde Bindungen

- **Der Zweck** der Trauer:
Eine neue Biographie der Lebenden mit den Verstorbenen konstruieren.
- **Aufbau** einer dauerhaften Biographie, die die Lebenden befähigt, die Toten in ihr weiteres Leben zu integrieren.
- **Der Prozess**: Gespräche mit denjenigen, die die Verstorbene kannten.

Ein neues Modell des Trauerns Verlust und Lebensgeschichte

Die Bedeutung des (Familien)Stammbaums - ('life tree exploration')

Die Funktion von Trauer: **Mit den Toten leben**

Der Trauer-Prozess: **Über die Toten reden**

Trauernde darin bestärken, **das Gedächtnis des Verstorbenen bewahren zu dürfen**

Das letzte Kapitel: wird nach dem Tod von den Weiterlebenden geschrieben

Walter, Tony (1996): A new model of grief: bereavement and biography

Impulsreferat

„Implementierung von Palliativkompetenz: Indikatoren für die Umsetzung der Hospizidee im Pflegeheim“

Frank Kittelberger

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

im Januar 2006 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) ein Papier herausgegeben, welches Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz im Alten- und Pflegeheim beschreibt. Zwei Jahre lang hatte eine Arbeitsgruppe, die zu erst von Lutz Buchheister und dann von mir geleitet wurde, an diesem Papier gearbeitet. Nach ausführlicher und ernsthafter Diskussionen haben wir dargestellt, was gemeint sein kann, wenn die Hospizidee in ein Alten- und Pflegeheim integriert wird. Ich bin der BAG dankbar für diese Positionierung. Sie stellt für mich die äußere Dokumentation einer innerlich längst geschehenden Weiterentwicklung dar.

Haben die klassische Hospizarbeit und die etablierte Palliativszene bisher zentral auf eigene Räume und Modelle der Versorgung gesetzt, so ist mit der vorliegenden Beschreibung von Hospizkultur in der Regelversorgung ein weiterer Schritt gewagt worden. Die Hospizbewegung hat sich in den vergangenen 25 Jahren große Verdienste in der Etablierung ihrer eigenen Angebote erworben: die Palliativstation, das vollstationäre Hospiz und der ambulante Hospizdienst, den es gegenwärtig in vielfältigen Strukturen gibt – von der Hospizinitiative über den Hospizverein bis zum ambulanten Hospiz- und Palliativpflege- und Beratungsdienst. All diese Modelle versuchen, die Hospizidee als ein Paradigma des Handelns und der Haltung gegenüber Menschen am Lebensende zu artikulieren und zu leben.

Allerdings wissen wir längst, dass die wenigsten Menschen diese speziellen Formen hospizlicher und palliativer Versorgung in Anspruch nehmen können. Nach wie vor sterben die meisten Menschen in Deutschland im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Egal welche Statistik man zur Rate zieht, wird der Anteil derer, die in einer hochspezialisierten Palliativeinrichtung oder zuhause unter kompetenter Begleitung eines Hospizdienstes sterben, immer eine relativ kleine Quote ausmachen.

Deswegen hat Cicely Saunders, die große Dame der Hospizbewegung, schon Anfang der 80er Jahre folgende Forderung aufgestellt: *„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren“*. Genau diesem Anliegen entsprechen wir, wenn in diesen Jahren immer mehr Alten- und Pflegeheime von der Hospizidee lernen und diese in einer ihnen angemessenen Form als „Palliativbetreuung“ integrieren.

Bevor ich Ihnen die Indikatoren, die wir in der Fachgruppe der BAG erarbeitet haben, vorstelle, möchte ich noch etwas zur Bedeutung dieser Entwicklung in der gegenwärtigen Diskussion sagen.

Wir verdanken der Palliativmedizin, die sich in Deutschland entwickelt hat, unendlich viel. Gleichzeitig dürfen wir nicht übersehen, dass das ursprüngliche Paradigma von Hospizarbeit nicht identisch ist mit der inzwischen manchen Orts zu beobachtenden Dominanz der medizinischen Disziplinen. Cicely Saunders war auch Ärztin, aber zuerst war sie Krankenschwester und Sozialarbeiterin. Sie hat uns durch die Entwicklung des Konzeptes vom „totalen Schmerz“ gelehrt, den Menschen, seine Ängste und Bedürfnisse sowie seine Befindlichkeiten am Lebensende unter einem umfassenden Blickwinkel zu sehen: Körperliche Schmerzen und Bedürfnisse, seelisch-psychische Schmerzen und Bedürfnisse, soziale Schmerzen und Bedürfnisse, religiös-spirituelle Schmerzen und Bedürfnisse – alle galten sie ihr als gleichrangig und je eigengewichtig. Niemals war es im Sinne von Hospiz oder palliativem Denken, einem dieser Blickwinkel den unbedingten Vorrang zu geben.

Leider haben wir in Deutschland eine Geschichte, die immer wieder von der Spaltung zwischen

Hospizarbeit und Palliativmedizin geprägt war. Zwar haben Vertreter beider Seiten in den letzten 10 Jahren immer deutlicher und immer häufiger betont, dass diese Spaltung unsinnig ist. Aber sie lässt sich nicht ausrotten. Ihr liegen ein paar historische Wurzeln zugrunde – nicht zuletzt eine simple Übersetzungsproblematik, weil sich das englische „palliative care“ in Kanada nicht so einfach ins französische „hospice“ übertragen ließ. Es gab also Gründe für die Trennung. Doch sie bleibt unsinnig. Selbstverständlich kooperiert ein guter ambulant arbeitender Hospizdienst mit fachlich qualifizierten Pflegekräften oder Ärzten, während umgekehrt auch eine hochmoderne Palliativstation mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern arbeitet. In der bundesdeutschen Praxis und im Anspruch der Bewegung ist die Integration aller Elemente und die dadurch resultierende interprofessionelle Zusammenarbeit sehr viel häufiger gewährleistet, als dies manchmal in der politischen Diskussion oder in der Literatur noch den Anschein hat.

Gegenwärtig ist zu beobachten, dass diese Spaltung wieder stärker instrumentalisiert wird. Wie Sie wissen, hat sich die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ in einem Bericht im Juni 2005 zur „Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ geäußert. Sie hat dabei festgestellt, dass diese Versorgung unzureichend ist. Ausdrücklich wurden auch einige längere Passagen der Situation in den Pflegeheimen gewidmet. Dennoch scheint sich jetzt abzuzeichnen, dass die politischen Realitäten, wie sie im Koalitionsvertrag vom November 2005 angedeutet sind, eine sehr einseitige Förderung der spezialisierten Palliativmedizin und des spezialisierten palliative care bevorzugen werden. Die „Ambulanten Hospiz- und Palliativzentren“ – kurz AHPZ – werden als Lösung der palliativen Unterversorgung der deutschen Bevölkerung hervorgehoben. Diese AHPZ setzen ausdrücklich auf die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen, die spezialisierte Palliativversorgung benötigen. Im Klartext wird dies heißen, eine besonders stark unter Symptomen und Schmerzen leidende Bewohnerin eines Pflegeheimes durch Hinzuziehung des nahen AHPZ palliativ und hospizlich zu betreuen. Mehr nicht. Die Hoffnung mag noch sein, dass sich dadurch im Laufe der Zeit eine gewisse Palliativkompetenz auch auf die Pflegekräfte dieses Heimes überträgt. Wenn dann noch der Heimleiter – auf eigene Kosten – eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert, wie es derzeit gelegentlich gefordert wird, dann ist die Welt wieder in Ordnung. Ich karriere vielleicht – aber nicht nur.

So wichtig solche sektorenübergreifenden Modelle in bestimmten Situationen sein mögen, so sehr sind sie gleichzeitig kontraproduktiv, wenn wir uns der Realität der Pflegeheime in Deutschland stellen: Dort wird in Zukunft ein Großteil der Menschen sterben. Vielleicht auch Sie und ich. Sie alle wissen, dass der Pflegeheimbewohner von morgen bereits sehr viel später ins Heim kommt als früher, häufig mehrere Diagnosen mit sich bringt und schon dement ist und sehr viel kürzer bleiben wird, als das noch vor 20 Jahren der Fall war. Stationäre Altenpflege von morgen ist die Pflege von Menschen im allerletzten Lebensabschnitt. Stationäre Pflegeheime von morgen sind im weitesten Sinne hospizähnliche Einrichtungen. Darauf stellen wir uns alle ein. Dies ist auch nicht tragisch – aber es muss wahrgenommen und ernst genommen werden.

Die Frage also, wo palliatives Denken und Handeln seinen Platz hat, ist erneut im Sinne von Cicely Saunders zu beantworten: in der Regelversorgung. Dies kann nicht durch sektorenübergreifende Maßnahmen gesichert werden. Ein spezialisierter palliativmedizinischer Einsatz oder ein ehrenamtlicher Hospizhelfer oder eine Palliativfachpflegekraft, die man zur Betreuung von ein oder zwei Bewohnern ins Pflegeheim holt, ändern noch nicht die Kultur und Grundhaltung und Organisation dieses Pflegeheimes. Genau letzteres aber ist notwendig.

Aus diesem Grund hat sich die oben genannte Fachgruppe der BAG vorgenommen, ein Pflegeheim von morgen zu beschreiben. Wir nannten es ein „palliativkompetentes Pflegeheim“. Wir sind von der Sichtung vieler erfolgreicher Modelle ausgegangen, die in den letzten 10 Jahren in Deutschland entwickelt wurden. Modelle zur Implementierung der Hospizidee. Hier wird die Hospizidee als ein Denk- und Handlungsparadigma verstanden und in den Alltag der stationären Altenpflege übertragen. Dies reicht vom Erstgespräch vor der Heimaufnahme, wo nach der Biografie und dem Vorhandensein einer Patientenverfügung gefragt wird, bis zur Aufbahrung und zum Trauer-Café für Hinterbliebene. Alles Dinge, zu denen man keinen Arzt braucht, wohl aber eine profilierte Kultur. Der Blick eines Pflegeheims von morgen muss sehen, dass wir

Menschen am Ende ihres Lebens betreuen und ganz im Sinne Cicely Saunders auf ihre unterschiedlichen Bedürfnisse, Sorgen und Schmerzen eingehen können. Darauf hat sich Altenpflege einzustellen. Vielleicht sollten wir daher noch einmal kurz die Pionierin der Hospizbewegung selbst hören, um zu verstehen, was mit diesem umfassenden Blickwinkel gemeint ist, bevor wir uns endlich die Indikatoren für solch eine Kultur ansehen. Cicely Saunders berichtet von der Entdeckung des Konzeptes des „totalen Schmerzes“:

„We´re looking at something much wider than purely physical pain. ... there was a particular lady.... Mrs Hinson... when I said to her: “Tell me about your pain“, and she said, “Well doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong.“ And she described one or two more symptoms and then she said, “I could have cried for the pills and the injections but I knew that I mustn´t, nobody seemed to know how I felt and it seemed as if all the world was against me. And my husband and son were marvellous but they were having staff off work and lose their money, but it´s so wonderful to feel safe again.“...And it was the next day that I came, and I realised that she had been talking about physical pain, psychological or mental pain, social or family pain, and the spiritual pain of needing security and safety for being who you are....Pain is what the patient says hurts.“

Ich fasse zusammen: Eine Frau wird nach ihren Schmerzen gefragt und antwortet in wenigen Sätzen, dass ihr alles weht tut: vom Rücken bis zur Seele. Spritzen und Pillen können nicht den Zweifel an sich selbst, die Sorgen um die Familie und die Fragen an Gott lindern. Und alles das ist Schmerz. Und Sicherheit entsteht, wenn genau dies gehört und wahrgenommen wird. Und das nennt Cicely Saunders „Hospiz“.

Wir haben uns in der Fachgruppe der BAG diese umfassende Definition vor Augen gehalten. In einer Vorfassung des Papiers haben wir dazu folgendes gesagt:

„... Dieses Grundsatzpapier möchte Wege zur und Indikatoren für Palliativkompetenz eines Alten- und Pflegeheimes so beschreiben, dass man daran ablesen kann, ob ein Alten- und Pflegeheim erkennbar und überprüfbar im Sinne der Hospizidee und von Palliative Care tätig ist. Damit sind folgende Prinzipien und Haltungen gemeint:

- *Ganzheitliches Begleiten von Sterbenden und ihren Angehörigen um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen.*
- *Erkennen und lindern der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen.*
- *Interdisziplinäre Zusammenarbeit.*
- *Achtung der Autonomie aller Betroffenen.*
- *Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens.*
- *Einbeziehen von qualifizierten Ehrenamtlichen in der Sterbegleitung.*
- *Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe.*

Der Begriff „palliativ“ wird in diesem Papier bewusst integrativ verwendet. Er umfasst i.e.S. palliativmedizinische, palliativpflegerische, palliativsozialarbeiterische und palliativseelsorgliche Gesichtspunkte ebenso, wie den Rückgriff auf Grundideen der Hospizarbeit und der Hospizbewegung, z.B. die Betonung des Einsatzes von Ehrenamtlichen als konstitutiv für hospizliches Handeln. Die Begriffe Palliative Care bzw. Palliativversorgung, Palliativkompetenz oder Hospizkultur haben für die Verfasser somit einen gewollt weiten Rahmen. Sie werden in diesem Text oft synonym gebraucht und gehören in den noch weiteren Kontext der gegenwärtig als „end-of-life-care“ diskutierten Themen.“

Die „Indikatoren für Palliativkompetenz“ haben wir deshalb Indikatoren genannt, weil anhand dieser 20 Schlüsselfragen erkannt werden kann, ob ein Pflegeheim sich mit der Hospizidee beschäftigt hat. Ziel unseres Papiers war es nicht, eine Checkliste zum Abhaken zu liefern. Wir alle wissen, dass Sterben ein höchst individueller Vorgang ist. Wir alle wissen, dass uns der Sterbende und seine Angehörige selbst sagen werden, was er oder sie braucht. Wir können also in der Regelversorgung nicht von vorne herein organisieren, wie man zu sterben hat. Aber wir können Prozesse initiieren, die sicherstellen, dass die richtigen Fragen gestellt werden.

Ich stelle Ihnen jetzt die 20 Indikatoren vor, die in vier Gruppen von Schlüsselfragen gebündelt

und jeweils in weitere Detailfragen aufgefächert sind. Sie alle haben das Papier der BAG ja vor sich. Ich lese die Fragen einfach vor, weil ich glaube, dass sie sich weitgehend selbst erklären. Ich werde am Schluss dann noch ein paar Worte zur Verwendung dieser Liste sagen:

1. Indikator: Projektarbeit

Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

2. Indikator: Leitlinien

Wird oder wurde hausintern ein Text mit „Leitgedanken zur Sterbebegleitung“ entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitenden getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben-Tod-Abschied geht? Spiegeln sich diese Leitgedanken im Leitbild der Einrichtung und in den Veröffentlichungen über die Einrichtung (z.B. Hausprospekt)? Sind diese Leitgedanken konkret und operationalisierbar? Sind sie zu den bestehenden Standards und Richtlinien in Bezug gesetzt?

3. Indikator: Kultur und Leitung

Wird oder wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst, benannt und gewürdigt? Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema? Sind das Thema und der Prozess von der Leitung gewollt und getragen? Sind damit verbundene Entscheidungen der Projektbeteiligten hierarchisch abgesichert und gedeckt?

4. Indikator: Nachhaltigkeit und Evaluation

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Sterbe- und Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiter entwickelt wird?

5. Indikator: Ethik im Konflikt

Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus? Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt? Gibt es ein Ethikkomitee oder ist Ethikberatung implementiert?

6. Indikator: Öffentlichkeitsarbeit

Ist „Sterben und Sterbebegleitung“ in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

7. Indikator: Bewohner

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der BewohnerInnen und der Angehörigen zu diesem Thema erfasst? Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt (z.B. in der Pflegeplanung; speziell in der Terminalphase)?

8. Indikator: Mitarbeiter

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeitenden erfasst und gewürdigt? Besteht hier Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten? Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende? Werden neue Mitarbeiter auf das Thema eingestimmt (Bewerbungsgespräch)? Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende in die Sterbebegleitung und in die Abschiedskultur eingeführt (Einarbeitungskonzept)?

9. Indikator: Angehörige

Werden Angehörige und Bezugspersonen der BewohnerInnen zu diesem Thema gehört und ernst genommen? Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

10. Indikator: Mitbewohner

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick? Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht? Haben sie die Möglichkeit, sich von Verstorbenen zu verabschieden?

11. Indikator: Interdisziplinarität und Vernetzung

Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen? Gibt es eingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen (Palliativpflegediensten; Hospizvereinen; stationären Hospizen und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestattern, Sozialämtern, Beratungsstellen, anderen Heimen, Krankenhäusern, Einsatzleitstellen, niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen)?

12. Indikator: Palliative Fachpflege

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen? Wenn „nein“, welche Möglichkeiten solcher Vernetzungen wurden erwogen?

13. Indikator: Hausärzte

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativmedizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen? Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

14. Indikator: Ehrenamtliche

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Sind speziell qualifizierte Ehrenamtliche verfügbar? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert?

15. Indikator: Seelsorge

Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar? Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

16. Indikator: Soziale Fürsorge

Bekommen Bewohner und Angehörige in ihren existentiellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung sozialberaterische Unterstützung?

17. Indikator: Weitere Mitarbeiter

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z.B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick? Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?

18. Indikator: Trauer

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema? Werden (Frei)Räume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen? Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung? Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerung an Verstorbene ermöglichen?

19. Indikator: Sterbephase

Gibt es spezielle Aufmerksamkeit, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

20. Indikator: Umgang mit Verstorbenen

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnern? Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen (Familie und Betreuende)? Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Bestattung? Gibt es regelmäßige Kontakte mit Bestattern zu diesem Thema?

Soweit die Liste der Indikatoren zur Hospizkultur und Palliativkompetenz im Pflegeheim. Sie werden beim Zuhören gemerkt haben, dass unendlich viele Fragen gestellt werden. Wir wollen damit unterstreichen, dass es keine allgemeinen Lösungen für die Begleitung von Menschen am Lebensende gibt. Es gibt Erfahrungen und Bewährtes. Es gibt Schlüsselfragen und Blickwinkel, die uns helfen, die Sterbenden und ihre Angehörigen verstehen, ernst zu nehmen und zu begleiten. Es gibt Erfahrungen mit Maßnahmen zur Implementierung. Aber es gibt niemals die eine Lösung für alle Häuser und für jede Station und jeden Wohnbereich und jeden Bewohner. Die Stärke guter Implementierungsmodelle liegt daran, diese Individualität zu organisieren.

Wenn sich Pflegeheime auf die Implementierung von Hospizkultur einlassen, verändern sie sich. Sie lassen sich auf ein Lernen der gesamten Organisation ein. Dieses Lernen lebt davon, dass verschiedene Kompetenzen miteinander nach dem rechten Tun oder Lassen in einer jeweils gegebenen Situation suchen. Andreas Heller hat dies einmal „Interkompetenz“ genannt. Damit ist gemeint, dass nicht nur die Pflegenden und die möglichen externen Experten und Begleiter kompetent sind, sondern zuallererst die Bewohner und ihre Familien. Darüber muss man sich austauschen. Palliative Geriatrie ist Kommunikation. Auf diese Formel von Marina Kojer lässt es sich pointiert bringen. Interkompetente Wahrnehmung wagt und pflegt das Gespräch. Wir haben damit gute Erfahrungen gemacht und erleben, dass Altenheime diese Entwicklung dankbar und erfolgreich aufgreifen.

Es sind über die Jahre Modelle entwickelt worden, wie Einrichtungen der stationären Altenhilfe sich anhand dieser Indikatoren am Grundparadigma der Hospiz- und Palliativbewegung orientieren und als Organisation danach ausrichten können.

Es sind inzwischen auch Modelle entwickelt worden, wie diese Implementierungskompetenz in die Einrichtungen selbst gebracht werden kann, weil wir nicht jahrelang auf die großen Modellprojekte starren können. So haben wir z.B. mit der „Projektwerkstatt Implementierung“ ein sehr sparsames und zugleich effektives Instrument entwickelt und erprobt, um Heimen das gewonnene Wissen an die Hand zu geben. Die bundesweite Vernetzung der erfahrenen Heime und die langsam um sich greifende Unterstützung durch große Kommunen oder Wohlfahrtsverbände hilft hier vielen – auch kleineren – Einrichtungen, erste Schritte zu gehen.

Wir werden im Verlauf dieses Tages sicher noch über einige Bedingungen der Implementierung von Palliativbetreuung im Pflegeheim sprechen.

Zunächst danke ich Ihnen sehr für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit.

Impulsreferat

„Interne Initiative und externe Beratung: Unser Weg“

Regina Jäck

Meine sehr geehrten Damen, meine sehr geehrten Herren,

bei der Vorbereitung meines Referates ist mir noch einmal bewusst geworden, welche Dynamik ein Prozess bekommen kann. Dynamik, die Haltungen verändert und ein verbessertes Miteinander-Umgehen und Handeln bewirkt. Über den Prozess der Implementierung der Hospizgedanken in das Max Brauer Haus – unter der Prämisse, wie wir den Weg gehen – möchte ich Ihnen berichten.

Das Max Brauer Haus ist eine Einrichtung der Alida Schmidt Stiftung. Die Alida Schmidt Stiftung ist eine Stiftung privaten Rechts und unterhält Einrichtungen der Altenhilfe, der Suchthilfe, ein Fachkrankenhaus für alkoholranke Menschen und eine Jugendhilfe Einrichtung. Das Max Brauer Haus in Bramfeld besteht seit 30 Jahren und ist fest im Stadtteil verankert. Das Haus gliedert sich in zwei Wohnbereiche, ein Betreutes Wohnen mit 195 Wohnungen und ein Pflegeheim mit 57 Pflegeplätzen.

Das Konzept beinhaltet Leben und Wohnen mit dem Angebot aller Versorgungsformen im pflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich. Unser Leitbild basiert auf dem humanistischen Menschenbild. Die Leitlinien unseres Handelns sind danach ausgerichtet.

Seit dem Bestehen des Hauses bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es grundlegende Veränderungen in der Bewohnerstruktur. Zu Anfang zogen jüngere, mobilere Bewohner in das Haus, auch in den stationären Pflegebereich. Mit der Differenzierung des Versorgungsangebots und der Entwicklung der ambulanten Versorgung Anfang der 80er Jahre veränderten sich die Bedarfe. Die Bewohner, die Wohnangebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen, werden immer älter. Die Bewohner, die in ein Pflegeheim einziehen, sind nicht mehr mobil. Sie sind sehr gebrechlich und multimorbid. In den letzten Jahren stellen wir fest, dass ein großer Teil der in das Pflegeheim einziehenden Bewohner nur kurze Zeiten im Pflegeheim lebt. Diese Tatsache stellt besondere Anforderungen an das Personal und auch an die Bewohnerschaft.

Die sich verändernden Bedingungen in den Einrichtungen wurden bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 ambulant und 1996 stationär nicht berücksichtigt. Anfangs war es so, dass der Bewohner über viele Jahre im Pflegeheim lebte und vom Pflegepersonal versorgt und begleitet wurde. Eine langjährige, vertrauensvolle Beziehung machte eine gute Begleitung bis zum Lebensende möglich und war ein natürlicher Prozess. Heute, bei kurzer Verweildauer und den veränderten Pflegebedingungen der Pflegeversicherung, stellt sich die Frage, wie eine Begleitung der uns anvertrauten Menschen erfolgen kann, die „ein Leben bis zuletzt leben“ in aller Konsequenz berücksichtigt.

An dieser Stelle macht sich Druck breit in unserem Haus. Wie schaffen wir eine Umsetzung in dem uns auferlegten Alltag? Die Ansprache durch die Beratungsstelle CHARON, die Hospizgedanken unter fachlicher Beratung in unserem Haus mit unseren Gegebenheiten und unseren zeitlich möglichen Schritten zu implementieren, machte uns Mut, den Weg zu gehen.

Im September 2004 begannen die Gespräche mit der Mitarbeiterin der Beratungsstelle CHARON, Frau Sievers-Schaarschmidt. Das Projekt mit dem Thema „Die Implementierung der Hospizgedanken im Max Brauer Haus“ wurde konkretisiert. Der organisatorische Rahmen und die Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle CHARON wurden abgesteckt. Es fanden Absprachen im Haus und mit der Geschäftsführung der Stiftung statt.

Eine Arbeitsgruppe soll gebildet werden, die für die Steuerung des Projektverlaufs verantwortlich ist. Mit den leitenden Mitarbeiterinnen des Hauses und Frau Sievers-Schaarschmidt wird die Zusammensetzung bestimmt. Die Werbung für die Mitarbeit in der Gruppe erfolgt über die Heimleiterin.

Im Januar 2005 konstituiert sich die Steuerungsgruppe. Sie setzt sich zusammen aus einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle CHARON, drei Mitarbeiterinnen des Hauses (Stationsleiterin, Betreuerin und Heimleiterin), zwei Vertreterinnen des Bewohnerbeirates, zwei Angehörigen von Bewohnern, einer Pastorin und einem Pastor aus dem Stadtteil. Es werden Startfragen besprochen und Ziele wie folgt geklärt:

- Die Situation für schwerkranke und sterbende Menschen verbessern unter den Gesichtspunkten der Hospizgedanken
- Die Situation für betreuende Angehörige und Freunde verbessern unter den Gesichtspunkten der Hospizgedanken
- Kommunikation der Themen Sterben, Tod, Trauer in unserem Haus
- Einbindung von ehrenamtlichen BegleiterInnen

Im Februar 2005 bereitet die Gruppe eine Befragung der Bewohner, der Angehörigen und der Mitarbeiter aller Bereiche vor. Aus der Befragung sollen Maßnahmen für die Arbeit unter hospizlichen Aspekten abgeleitet und Wünsche entgegengenommen werden.

Im März 2005 findet die Befragung statt. Sie ist anonym und freiwillig. Die für die drei Personengruppen ausgearbeiteten Fragebögen stellt CHARON bereit. Die Bewohner im Betreuten Wohnen werden zu Hauscafés eingeladen und über die Befragung und unsere Vorhaben informiert. Die Bewohner des Pflegeheims werden einzeln informiert. Alle erhalten die Fragebögen „Wie ist die Sterbebegleitung bei uns im Haus?“ mit dem Angebot, beim Ausfüllen unterstützt zu werden durch die Vertreterinnen des Bewohnerbeirates oder ihre Angehörigen.

Die Angehörigen der Pflegeheimbewohner werden zu einem Informationsabend eingeladen und erhalten den Fragebogen „Wie ist die Sterbebegleitung im Max Brauer Haus?“.

Die Mitarbeiterschaft wird ebenfalls vorbereitet in den jeweiligen Besprechungsunden und erhält ihren Fragebogen „Wie ist Sterbebegleitung bei uns?“.

Im April/Mai 2005 werden die Fragebögen mit Unterstützung der Steuerungsgruppe ausgewertet.

Im Juni 2005 erarbeitet die Gruppe anhand der Ergebnisse der Befragung das weitere Vorgehen und formuliert „Meilensteine“. Solche Meilensteine sind:

- Erstellung von Infomaterial
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- Begleitung durch Ehrenamtliche
- Workshops für Mitarbeiter
- Arbeit an hospizlichen/palliativen Standards

Nach der Sommerpause 2005 erhält die Entwicklung der Arbeit mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern den Schwerpunkt.

Im Januar 2006 sind die Vorbereitungen abgeschlossen, und es wird nach einer intensiven Werbung über Presse, Hauszeitung des Max Brauer Hauses, persönliche Kontakte, Kontakte im Stadtteil, Stadtteilkonferenz, Bürgerverein, Feuerwehr, Kirchengemeinden, Kontakt bei Neujahrsempfängen und nicht zuletzt die Ehrenamtlichen-Börse „Aktivoli“ zu einem Informationsabend für Interessierte eingeladen. Die Ärzte des Hauses wurden ebenfalls zu diesem Abend geladen.

Dreizehn Personen, die an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessiert sind, kommen zur Zeit zu einer Orientierungsphase in unser Haus. Die Stationsleiterin, die in der Steuerungsgruppe mitarbeitet, und zwei Fachpflegekräfte, die auch weiterhin für die Begleitung zuständig sein werden, begleiten mit der Pflegedienstleiterin und Heimleiterin die Orientierungsphase. Die Interessierten haben die Möglichkeit das Haus, die Bewohner und das Personal kennen zu lernen.

Ende März 2006 wird diese Phase abgeschlossen sein. Danach werden diejenigen, die ehrenamtlich tätig werden wollen, zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen. Hier wird über die geplante Schulung für Ehrenamtliche informiert. Die Schulung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Tätigkeit.

Parallel sollen die Mitarbeiter zu folgenden Themen geschult werden:

- Kommunikation mit Bewohnern
- Kommunikation mit Angehörigen
- Kennen lernen und Entwicklung von Ritualen

Darüber hinaus ist ein Supervisionsangebot geplant.

Wir gehen davon aus, dass sich eine Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Mitarbeitern bis Ende des Jahres bildet.

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, unser Weg: Die Erledigung unserer Alltagsgeschäfte ist existenziell und bildet den Hauptstrom unserer Arbeit und Einnahmen. Nebenströme wie das dargestellte Projekt sind wichtig. Sie bringen notwendige Veränderungen. Wenn Haupt- und Nebenstrom aufeinander treffen, können Strudel entstehen. Dann ist es wichtig, sich Unterstützung von außen zu holen und das Schiff wieder in ruhiges Fahrwasser zu lenken.

Es war nicht immer leicht, die Balance zu halten und die Projektarbeit zu integrieren und nicht als Störung unserer Arbeit zu empfinden. Es wird sicherlich erstmal schwierig bleiben. Wichtig dabei ist, das Maß an Arbeit und das Tempo selbst zu bestimmen. Ein Investieren ohne Ausschau auf Gewinn ist zu Anfang Bedingung. Eine gute Kommunikation untereinander und nicht zuletzt eine gute, fachlich fundierte Unterstützung von außen sichert ein Gelingen.

Durch die Einführung des Projektes haben sich nach eineinhalb Jahren Haltungen verändert. Es gibt einen anderen, offeneren und unkomplizierteren Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer in unserem Haus. Der Umgang ist leichter geworden. Alles, was bewegt und berührt, kann angesprochen werden. Es ist erwünscht und wird auch dankbar in Anspruch genommen. Nach meiner Erfahrung gehen wir so einen guten Weg im Sinne der uns anvertrauten Menschen und aller Beteiligten.

Meinen Dank richte ich an dieser Stelle an unsere Mitarbeiter, unsere Pflegedienstleiterin und nicht zuletzt an die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle CHARON für ihre sachkompetente und mit Herzen geführte Begleitung.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Impulsreferat

„Leben bis zuletzt – Unser Leitbild und Pflegealltag heute“

Wolfgang Janzen

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

die Martha Stiftung Hamburg, eine diakonische Stiftung seit 1849, ist Anbieter verschiedener Sozialdienstleistungen in Hamburg. Mehr als die Hälfte der Stiftungsarbeit entfällt auf die Arbeit für und mit Senioren. Es gibt zwei mittelgroße stationäre, zwei teilstationäre und zwei ambulante Pflegedienste sowie mehrere betreute Wohnanlagen. Zwei Seelsorgekräfte sind in der Stiftung für die Klienten tätig.

In ersten Gedanken im Jahre 2001 überlegten wir die Ansätze aus der Hospizbewegung aufzunehmen, um Elemente aus dieser Arbeit schrittweise umzusetzen. Schmerztherapie, Sterbebegleitung und Trauerarbeit sollten neue Schwerpunkte werden.

Die Begleitung sterbender Menschen gehörte schon immer zu den Aufgaben einer guten Altenpflege, zumal in einer christlichen Stiftung. Diese Begleitung war aber nicht so tiefgehend wie notwendig. Ein würdiges Sterben zu gewährleisten ist eine in hohem Maße humane, soziale und an erster Stelle auch christliche Aufgabe. Palliativmedizin muss an Bedeutung gewinnen und das Verstehen, die Kommunikation und die Beziehungen in sterbensnahen Situationen sollen im Sinne eines humanen Miteinanders gefördert werden.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Hospizbewegung und vor dem Hintergrund, dass die Aufgaben einer qualifizierten Sterbebegleitung aufgrund der Entwicklung, häufiger leidenden Menschen zur Seite stehen zu müssen, einen immer höheren Stellenwert einnehmen werden, wurden seit dem Jahr 2001 Schritt für Schritt Ansätze aus der Hospizarbeit übernommen.

Treibender Anlass war die von vielen Pflegekräften empfundene quälende Ohnmacht, dieser hochsensiblen Aufgabe nicht gewachsen zu sein. Unsicher zu sein: Wie weit darf ich mich auf diese Situation einlassen, was kann ich vom Mediziner an Schmerztherapie erwarten und nicht zuletzt, wie gehe ich mit den Angehörigen und ihren Fragen und Gefühlen um?

Erstes Kernstück der Entwicklung war die Weiterbildung von Pflegefachkräften zu Hospizbeauftragten innerhalb einer vierwöchigen Vollzeitschulung. Je eine stationäre Pflegefachkraft und eine Kollegin aus der Ambulanten Pflege haben die Palliativschulung absolviert. Schwerpunkte in der Fortbildung waren selbstverständlich Schmerztherapie, Sterbebegleitung und Trauerarbeit. Wobei hier auch ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation mit Angehörigen gelegt wurde. Die Mitarbeiterinnen sollten dann in den ambulanten sowie den stationären Einrichtungen eine Mittler- und Schulungsfunktion für die übrige Pflegemitarbeiterschaft einnehmen.

Endlich wurde der Beachtung von Würde in einer Sterbephase eine neue Dimension gegeben. Optimale Schmerz- und Symptomlinderung, vertraute Umgebung, körperliche und vor allem orale Hygiene, körperlicher Kontakt – besonders dort, wo keine verbale Kommunikation möglich ist – Sicherheit, Verständnis, Ruhe und Zeit wurden die fundamentalen Aufgaben der Kolleginnen.

Die Zusammenarbeit mit einem Schmerzmediziner wurde neuer Bestandteil der Arbeit. Mit den Hausärzten wurden teilweise kontroverse Diskussionen geführt und die Krankenhausvermeidung in einer Sterbephase wurde soweit möglich zur Selbstverständlichkeit.

Pflegekräfte werden während einer Begleitungsphase von ihren Alltagsaufgaben freigestellt. Unter Beachtung der Wünsche aller Beteiligten wird ein hohes Maß an Individualität gewährleistet. Dann wurden Abschiedsrituale in den einzelnen Teams erarbeitet. Diese haben in den verschiedenen stationären Wohnbereichen z.B. alle einen sehr unterschiedlichen Charakter, was beweist, dass die Abschiedsrituale sehr individuell entwickelt worden sind. Inzwischen sind sie ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil der Arbeit und werden von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Mitarbeitenden gleichermaßen angenommen. Selbst in einem Wohnbereich für

schwer demenzerkrankte Menschen wurde eine Abschiedsform erarbeitet, die hier allerdings ihre Funktion im Wesentlichen für die Mitarbeiterschaft hat. Wenngleich gerade diese Rituale als kleines Element im ganzen Konzert der Hospizgedanken zu sehen sind, so haben sie doch eine außerordentlich hohe Bedeutung nach innen und nach außen.

Damit Sie eine konkrete Vorstellung erhalten, gibt es Beispiele, wie sich die Wohnbereiche der stationären Pflegeheime ihre eigene Art entwickelt haben: Immer ein Foto der verstorbenen Menschen, gelegentlich auch aus jüngeren Jahren, immer an einem exponierten Platz, an dem jeder im WB mehrmals täglich vorbeikommt: entweder ein Gedenktisch, -pult, ein antikes Schränkchen oder ein altarähnlicher Platz, ausgestattet z.B. mit einem Leuchtstein, Blumen, einem Buch für Eintragungen von jedem, der es möchte. Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt.

So banal, wie es in der Theorie klingen mag, so gewaltig positiv war und ist die Wirkung dieser Abschiedsrituale für alle Beteiligten. Bemerkenswert insbesondere Reaktionen von Angehörigen, die nicht selten angstbesetzt nach dem Tod ihrer Verwandten erneut ins Haus kamen und durch diese Form der Trauer und Erinnerung ein anderes Gefühl zu der Situation erfahren haben: *„Das tut richtig gut. Wir haben eine positive Atmosphäre erhalten.“*

Dieses hat z.B. die Anzahl der Trauerfeiern, die direkt in unseren Einrichtungen stattfinden, erheblich befördert.

Andere neue Elemente, wie eine Gedenkfeier für alle Verstorbenen am Totensonntag, angemessene und ritualisierte Aufbahrungen und ein Treffen von Angehörigen innerhalb eines kurzen Zeitraums nach dem Tod des Verstorbenen, haben ebenfalls sehr zu einem unverkrampften Verhältnis zu dem Thema beigetragen.

In den Jahren 2003 und 2004 wurde dann aus einer Gruppe der Hospizbeauftragten und einer ehrenamtlichen Kraft unter sachkundiger Moderation die Broschüre „Leben bis zuletzt leben“ erstellt. Zu diesem Zeitpunkt erschien es angebracht, die inzwischen entwickelten Gedanken, Arbeitsansätze sowie unser Konzept einer interessierten Öffentlichkeit bekannt zu machen. Die Broschüre steht bei Anforderung kostenlos zur Verfügung.

Der nächste Schritt:

Da wir, auch mit den positiven Erfahrungen der Mittlerfunktion der Hospizbeauftragtinnen, trotzdem die Notwendigkeit sahen, diese Kenntnisse einem breiteren Kreis von PflegemitarbeiterInnen zukommen zu lassen, haben wir in Zusammenarbeit mit einem qualifizierten Unternehmen eine mehrmonatige Hospiz/Palliativ-Care Schulung (93 Std.) angeboten. Mehr als doppelt soviel Interessenten wie vorhandene Schulungsplätze zeigten uns, dass wir mit unserem Angebot auch die Bedürfnislage der Kolleginnen und Kollegen getroffen haben.

Dann stand auch die Gründung von Freiwilligenkreisen zur Entlastung von Pflegepersonal an. Dies ist unter den Mitarbeitenden nicht unumstritten. Nach ihrem Selbstverständnis sind sie die vertrauten Personen, die Sterbebegleitung anbieten sollen, sofern keine Angehörigen dafür zur Verfügung stehen. Es erscheint ihnen nur als die zweitbeste Lösung, wenn in einen begonnenen Sterbeprozess eine zunächst fremde Person einbezogen wird. Um dieses Problem abzufedern, besteht die Überlegung, die zu schulenden Freiwilligen überwiegend mit Menschen in Kontakt zu bringen, die mit einer schweren Erkrankung unter ungünstiger Prognose in eine stationäre Pflegeeinrichtung ziehen bzw. sich in die Obhut eines Pflegedienstes begeben. Dies zielt mehr auf eine Aufenthaltsbegleitung ab. Auf diese Art und Weise kann eine zumindest mittelfristige Bindung unter den Menschen entstehen.

Die freiwilligen Mitarbeiter/innen erhielten ebenfalls eine Schulung (75 Std.), allerdings mit größtenteils anderen Inhalten, und werden auch anschließend professionell begleitet. Sollte sich bei einzelnen zeigen, dass sie für diese Aufgaben persönlich nicht geeignet sind, müssten wir ihnen ggf. andere Betätigungsfelder erschließen oder eine Trennung empfehlen.

In der Schlussphase der Schulungen sind die hauptberuflich Tätigen und die Freiwilligen zusammengeführt.

Wesentlich für das Gelingen dieser Arbeitsansätze wird das positive Zusammenwirken von Profis und Ehrenamtlichen sein, damit die Pflegekräfte die Freiwilligenarbeit nicht als Konkurrenz, sondern als sinnvolle Ergänzung ihrer Tätigkeit akzeptieren. Die Freiwilligen müssen willkommen sein. Wenn diese Verzahnung nicht gelingt, ist das ganze Unterfangen gefährdet.

Es gibt genügend negative Beispiele aus allen Facetten der Freiwilligenarbeit, wo sich die hauptberuflichen Mitarbeiter bedrängt fühlten und dann die gut gemeinten Ansätze torpedierten.

Beide Gruppen werden deshalb gegen Ende der unterschiedlichen Schulungen gemeinsame Workshops durchführen. Diese sind integraler Bestandteil und unverzichtbar.

Auf diesem Weg befinden wir uns, haben ein gutes Stück langsam und Schritt für Schritt zurückgelegt und sind noch nicht am Ende.

Noch einige Anmerkungen zur Finanzierung. Anhand der extrem engen Budgets in der Pflegearbeit sind die beschriebenen Ansätze nicht zu finanzieren. Man muss sich vor Augen halten, dass die schrittweise Entwicklung über viele Jahre gestreckt ist und in hohem Maß aus externen Mitteln wie zum Beispiel zweckgebundenen Spenden finanziert wurde und wird.

Es gibt keine Patentrezepte für diese wichtigen Ansätze der Arbeit in der Alten- wie auch Krankenpflege. Kein Weg gleicht dem anderen. Das gilt für das individuelle Sterben, wie auch für den Prozess der Entwicklung einer Sterbegleitung gleichermaßen – alle müssen ihren Weg finden.

Entscheidend ist die Haltung, die Einstellung der Beteiligten oder Betroffenen. Die Tabuisierung des Themas „Sterben und Tod“ hat uns alle (mehr oder weniger) gefangen. Wenn die Verdrängung auch für die persönliche Situation neutralisiert werden kann, gibt es Chancen für die Menschen, für die wir wirken, und vielleicht auch für uns selbst eines Tages, das Sterben würdiger zu gestalten.

Den Altenpflegeeinrichtungen, die sich dieser Aufgabe stellen müssen, kann nur empfohlen werden, sich diesen Zielen und dieser Aufgabe intensiver zu widmen.

Und Ihnen, die vielleicht etwas in dieser Richtung bewegen wollen, möchten wir empfehlen: Beginnen Sie diesen Weg, gerne Schritt für Schritt, aber rechnen Sie auch damit, dass Sie eventuell die berühmten dicken Bretter bohren müssen.

Vielen Dank!

Ergebnisbericht zum Workshop

„Leitungsverantwortung im Implementierungsprozess: Was zu ermöglichen und was zu vermeiden ist“

Frank Kittelberger

Input:

Altenheime haben schon immer Menschen im Sterben begleitet: Allerdings nicht in der Häufigkeit und Dichte, wie es jetzt unter den veränderten Bedingungen des demographischen Wandels als immer drängenderes Problem deutlich wird.

Wichtig ist die Anamnese des Bestehenden. Das ist bereits ein Teil von Implementierung: Zu benennen, was bereits geschieht. Es kann sein, dass mit dieser gemeinsamen Versicherung über das, was es an Sterbe- und Abschiedskultur im Haus gibt, der Implementierungsprozess bereits abgeschlossen ist. Das ist allerdings eher die Ausnahme und nicht die Regel. Die Würdigung des Bestehenden macht jedoch stets offensichtlich, dass sich schon immer Personen des Themas angenommen haben. Neu ist jetzt, dass das Thema nicht weiterhin nur auf den Schultern Einzelner ruhen kann, sondern von der ganzen Institution getragen und in ihr verankert werden muss.

Der Haltung und den Fähigkeiten des Einzelnen – hier kann man etwas lernen, muss es auch, denn mit dem großen Herzen allein ist es nicht getan – müssen entsprechende Haltung und Strukturen der Organisation an die Seite gestellt werden. Das ist wichtig. Denn die Hierarchieebenen dürfen hinterher nicht durchbrochen werden müssen, um konkrete Einzelfallentscheidungen zu treffen.

Die Aufgabe von Leitung ist, hinter dem Prozess von Implementierung zu stehen, ihn zu wünschen und zu fördern, von oben nach unten. Alles, was die konkreten Maßnahmen und Veränderungen betrifft, muss Leitung wachsen lassen, von unten nach oben, indem alle Mitarbeiter/Bewohner/Angehörigen befragt werden. Nicht der Leiter lenkt den Prozess, aber er ermöglicht ihn.

Fragestellungen in die Runde:

„Welche Hindernisse stellen sich aus Ihrer Praxiserfahrung der Implementierung in Ihrem Altenheim in den Weg?“

- „... nicht alle Mitarbeiter wollen sich mit dem Thema beschäftigen.“

Man muss nicht alle ins Boot holen, sondern innerhalb des Teams individuelle Vorlieben und Fähigkeiten berücksichtigen. Mitarbeiter sind Betroffene bei Veränderungsprozessen. Aufgabe von Leitung ist es, aus Betroffenen Beteiligte zu machen.

Zur Leitungsverantwortung gehört auch, sich Informationen über die Implementierung zu beschaffen. Dabei sollte man immer davon ausgehen, dass es bei mir anders läuft als in allen Berichten.

Wie genau geht es? Das ist nicht die entscheidende Frage, sondern: Wie kann es bei uns gehen? Diese Freiheit sollte man nicht aus dem Blick verlieren.

- „... es gibt nicht ausreichend Zeit für Kommunikation.“

Nichts muss geschehen, was nicht geht. Es ist wichtig, einen inneren Zeitplan zu machen, aber es muss auch kommuniziert werden, dass niemand zu nichts gezwungen wird. Es geht ja auch meist nicht darum, viel Neues zu tun, sondern Manches anders zu machen.

- „... wir haben zu viele andere Aufgaben und Projekte.“

Zur Leitungsverantwortung gehört, parallele Prozesse auch parallel zu gestalten. Wo das nicht möglich ist, sollte man nicht auf ein weiteres Pferd aufspringen: nicht heute Qualitätssiegel, morgen Brandschutz und übermorgen das Thema Sterben. Sterbebegleitung zu entwickeln ist derzeit noch eine freiwillige Entscheidung der Heime und keine Auflage von außen. Auch das sollte man im Auge behalten.

Aufgaben von Leitung:

- In Einstellungsgesprächen mit Mitarbeitern systematisch Fragen nach dem Umgang mit und der Haltung zu Sterben, Tod und Trauer integrieren.
- Autonomie organisieren: D.h. nichts tun ohne Absprachen mit den Betroffenen. So wie mir der Mensch im Bett sagt, was er braucht (vgl. Cicely Saunders), so sagt mir auch die Abteilung innerhalb des Hauses, was sie braucht.
- Räume organisieren, wo Betroffene (Mitarbeiter/Bewohner/Angehörige) ihre Wünsche äußern können. Wichtig ist, dass alle Wünsche zugelassen werden, auch wenn deutlich sein muss, dass nicht alle Wünsche erfüllt werden können.
- Leitung muss den Dialog zwischen Ärzten und Pflegekräften bei Rechtsunsicherheit (z. B. Patientenverfügung) ermöglichen. Sicherheit entsteht durch gemeinsames Wissen, dies gilt es zu erarbeiten und durch Dialog zu fördern.
- Die Hauptaufgabe von Leitung lässt sich formulieren als die Ermöglichung von Kommunikation – durch Raum, Zeit und die Förderung von Fähigkeiten dazu.
- Aufgabe von Leitung ist auch, die Vernetzung und den Austausch zu ermöglichen und zu fördern, auch durch die Scheu hindurch, dass jemand von außen schauen und sehen könnte.
- Zur Leitungsverantwortung für die Vernetzung gehört auch die Fähigkeit, diese vorzuleben. Denn Vernetzung entsteht an Grenzen. Diese müssen wahrgenommen und geäußert werden dürfen. Vernetzung intern und extern geschieht entlang des Gefühls „Ich komme hier nicht weiter“. Dies muss bewusst wahrgenommen und geäußert werden dürfen, muss Wertschätzung erfahren. Diese Kultur zu fördern, gehört zu den Aufgaben von Leitung im Implementierungsprozess.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Was alle angeht kann nur von allen angegangen werden: Wie kommen wir zu guten Entscheidungen“

Prof. Dr. Andreas Heller

Einsichten und Aussichten

1. Was muss eigentlich entschieden werden, wie und von wem? In Pflegeheimen wird den ethischen Fragen zu wenig Raum gegeben. Es gibt kaum Strukturen, Kontexte, Verfahren und Regeln, wie mit den immer wiederkehrenden, aber von Mensch zu Mensch je neu aufzunehmenden Entscheidungen umzugehen ist.
2. Wir sind, jede Person ist, überfordert zu entscheiden. Die Situation ist immer komplex und kompliziert. Niemand besitzt die Wahrheit. Keiner sieht alle Aspekte. Mehr denn je werden wir aufeinander verwiesen. Und: Wir sind gezwungen zu wählen, uns ein Urteil zu bilden, die Meinungen und Perspektiven anderer kennen zu lernen. Wir sind verantwortlich und gleichzeitig abhängig.
3. Wir haben die Hoffnung, dass unser individuelles Gewissen angeregt und angereichert wird durch das kollektive Gewissen. Wir tauschen uns aus und kommen über den Austausch von Erfahrung, von Wissen, von Positionen und Gefühlen zu Überzeugungen.
4. Ethikberatung ist eine kultivierte, strukturierte und moderierte Form der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen zwischen den Personen, die in einem Versorgungszusammenhang von einer ethischen Frage betroffen sind.
5. Ethikberatung entwickelt sich unter unterschiedlichen Bezeichnungen zunächst im Krankenhaus, seit einiger Zeit aber auch in anderen Versorgungskontexten (stationäre Altenhilfe, Behindertenhilfe, ambulante Versorgung, Hospize, etc.)
6. Ethikberatung hat nach dem Medizinethiker Erich H. Loewy zunächst die Frage zu klären: Wer hat das Recht zu entscheiden? Und wer muss wie beteiligt werden, um dann drei Fragen zu stellen: Wo sind wir? Wo wollen wir hin? Wie kommen wir am besten von hier nach dort?
7. Um diese Fragen aufzunehmen und zu prozessieren, empfiehlt sich die Rolle des/der EthikberaterIn zu definieren und einzurichten. Nach Spielregeln, die mit der Geschäftsführung, der Leitung zu vereinbaren sind, kann jedes Mitglied der Organisation, können aber auch die Angehörigen und Betroffenen eine Ethikberatung einberufen lassen. Eingeladen werden Personen, die von der Situation betroffen, in sie involviert sind, zum „Fall“ etwas sagen können.
8. Die Personen, die sich als EthikberaterIn qualifizieren, haben dafür Sorge zu tragen,
 - dass alle relevanten Personen angemessen beteiligt werden;
 - dass die Fragen und Überlegungen verstanden werden;
 - dass die Folgen von möglichen Entscheidungen ausreichend bedacht werden.

Es ist nicht Aufgabe der EthikberaterIn, die eigenen Werte, die eigene Moral und Ethik durchzusetzen. Allparteilichkeit charakterisiert die Haltung als Dienstleistung an den Personen und der Bearbeitung der ethischen Frage.

Ethikberatung erlaubt, dass die Fragen „Was sollen wir tun?“ oder „Ist das, was wir tun, auch gut für uns resp. andere?“ gestellt werden. Damit ist eine ethische Problemstellung signalisiert; es braucht Zeit-Räume, um angemessen, effektiv und effizient auf diese Fragen zu reagieren. Ethikberatung eröffnet strukturierte Zeit- und Sozial-Räume,

- die eine gemeinsame Verantwortung erlauben,

- die Handlungsspielräume schaffen und die Lähmung, die Unentschiedenheit der Betroffenen minimieren,
 - in denen die faktischen Konsequenzen im Vordergrund stehen und nicht die hehren Absichten,
 - die letztlich die Freiheit und Autonomie der Patienten respektieren und befördern.
9. Ethikberatung ist eine Intervention in die Organisation. Sie geht im Grundverständnis davon aus, dass komplexe, schwierige offene ethische Situationen in Behandlung, Therapie und Versorgung einer multiperspektivischen und multiprofessionellen Bearbeitung bedürfen. Wie die betroffenen Systeme (Patienten und ihre Bezugspersonen) einzubeziehen sind, wird zur Kernfrage der ethischen Kompetenz.
 10. Ethikberatung ist Unterbrechung der Routinen und des Alltags. Dazu ist in der Regel wenig Zeit. Weil wenig Zeit ist, wird oft im Sinne überkommener Muster agiert. Es wird nichts getan oder zu viel getan. Die Perspektive, die Bedürfnisse der Betroffenen bleiben nicht selten unberücksichtigt. Die sozialen und psychischen Folgen für das Team werden nicht bedacht, aber genau hier entzündeten sich enorme Komplikationen, insuffiziente Quellen für professionelle Fehler.
 11. Ethikberatung geht nicht nur die Betroffenen an, sondern vor allem die Leitung der Organisation muss sich darüber verständigen, was die voraussehbare Reichweite einer solchen Intervention durch Ethikberatung ist und was die Selbstpositionierung des Hauses, des Trägers ist. Ethikberatung führt immer zu Organisationsethik und wird bedingt durch die Ethik der Organisation (Was soll in unserem Haus Ethos sein, was soll gelten? Wie wollen wir das handhaben? Wofür bringen wir keine Toleranz auf? Zu welchen Fragen haben wir welche Haltung und Position? Woran erkennt man bei uns würdigen Umgang miteinander, die Orientierung an der Leitkategorie Menschenwürde Art 1 GG? etc.)
 12. Ethikberatung ist riskant in hierarchischen Organisationen. Bisherige Entscheidungsstrukturen und autoritativ gesetzte Entscheidungen werden durch Ethikberatung befragbar. Die handelnden Personen fühlen sich zunächst verunsichert, reagieren manchmal vorhersehbar abwehrend oder leisten auch Widerstand.
 13. Es braucht Wissen und Weiterbildung, um Ethikberatung zu entwickeln, vor allem auch Verständigungs- und Aushandlungsprozesse auf allen Ebenen. Die Weiterbildung interveniert in gewisser Hinsicht in die Organisation. Die Weiterbildung hat den Charakter, Impulse zu setzen, zentrale Themen aufzunehmen, ja überhaupt erst zu identifizieren.
 - Es muss über Logik, Philosophie und Reichweite der Ethikberatung informiert werden
 - Informieren ist in diesem Fall – wie eigentlich immer – ein sozialer Prozess der Beteiligung und Auseinandersetzung und Aneignung und Veränderung.
 - Die Praxis generiert Akzeptanz und Nachfrage.

Gerade in dem Ausmaß wie Ethikberatung zur Marktpositionierung des Hauses, der Trägerorganisation beitragen kann, Verlässlichkeiten im Sinne von ethischen Standards auch in der Stadt und Gesellschaft kommuniziert werden, wird die Ethikberatung selber zum Prüfstein der Organisationsethik.

Die Verknüpfung von Ethik und Monetik stellt hier die zentrale Herausforderung dar und zwar eben nicht im Sinne einer additiven Mehrleistung, sondern als Selbstentwicklungsleistung der Organisation.

Literatur: S. Dinges, A. Heller (2006): Ethikberatung im Krankenhaus, in Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen, Lambertus-Verlag, Freiburg i.Br.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Wie Palliativkompetenz die Altenpflege verändert: Von Haltungen und Handlungen“

Perdita Naumann

Inhalt: Was bedeutet Palliative Care und was bedeutet es für mein Handeln?

Es wurde erklärt, was sich hinter dem Begriff „Palliative Care“ verbirgt: Palliativpflege und Palliativmedizin sind schon so alt wie die Geschichte des Menschen selbst.

Aufgrund der früheren medizinischen Möglichkeiten war das Behandlungsziel bis ins 19. Jahrhundert hinein oftmals die Linderung von Leiden. Dadurch bildete die Palliativpflege auch den Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit. Da diese Form der Pflege und Behandlung die übliche war, wurde sie freilich nicht mit einem eigenen Namen wie heute, mit dem Begriff „Palliativ-Versorgung“ versehen.

Vor ca. 25 Jahren begann ein neuerlicher Paradigmenwechsel, nachdem sich die Beschwerden von unzufriedenen Patienten sowie unzufriedenem Pflegepersonal häuften und auch in der Schmerztherapie Erfolge verzeichnet werden konnten. Das erste moderne Hospiz, das St. Christopher's Hospice in London, nahm 1967 unter der Leitung von Cicely Saunders seine Arbeit auf.

Inzwischen ist die Palliativmedizin ein eigenes medizinisches Fachgebiet, das sich aus vielen verschiedenen Disziplinen zusammensetzt. Palliativpflege wird heute in den verschiedensten Settings geleistet, zu Hause, auf speziellen Stationen im Krankenhaus, in eigenen Hospizeinrichtungen.

Verdeutlicht wurde die Palliative Versorgung am Bild des „total pain“:

- seelischer Schmerz
- körperlicher Schmerz
- sozialer Schmerz
- spiritueller Schmerz

Gemeinsam mit den Workshopteilnehmern wurde herausgearbeitet, dass auch für die Bewohner der Altenheime eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung wünschenswert und wichtig wäre.

Grundsätzlich wurde geschaut, was in der eigenen Arbeit – ungeachtet einer möglichen Implementierung – an der eigenen Haltung veränderbar ist, um eine besondere Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter zu gewährleisten. Hier wurden genannt:

- Besseres Zeitmanagement (also nicht täglich die ganz große Grundpflege, sondern sich auch Zeit lassen, Gespräche zu führen)
- Eigene Kompetenzen schulen in Gesprächsführung und Ethik
- Eigene Grenzen erkennen lernen und fremde Grenzen achten
- Authentisch sein
- Empathie zeigen (die Begriffe Empathie, Würde, Respekt und Autonomie wurden erläutert und mit den Teilnehmer/innen besprochen)
- Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit
- Auf bessere Schmerztherapie hinwirken

Resultate des Workshops nach 1,5 Stunden sehr intensiver Arbeit:

- Sich selbst in seiner Arbeit wieder wahrzunehmen,
- gute Gespräche als „Arbeit“ anzuerkennen,
- Fortbildungsangebote in Kommunikation und Ethik zu nutzen,
- auf die Bedürfnisse der Bewohner zu schauen, sie zu erkennen und nach Möglichkeit zu erfüllen,
- Zwischenmenschlichkeit als Wertschätzung anzuerkennen,
- andere Ziele zu fokussieren, nicht nur „satt, sauber, still“.

Fazit:

Vieles wird von den Teilnehmer/innen schon umgesetzt, immer unter Zeitdruck und mit dem Gefühl, Akzeptanz und empathisches Verhalten sei keine eigentliche Arbeit und wird dementsprechend nicht wertgeschätzt.

Für die Zukunft wünschten sich die Teilnehmer/innen, dass dieses Verhalten von den Einrichtungen anerkannt würde und dass sich eine bessere Zeitplanung zusammen mit einer verbesserten Personalstruktur umsetzen ließe.

Wunsch aller Teilnehmer/innen: Mehr Angebote zum Erlernen von Gesprächsführung auch mit Angehörigen, verbesserte Möglichkeiten der Schmerztherapie.

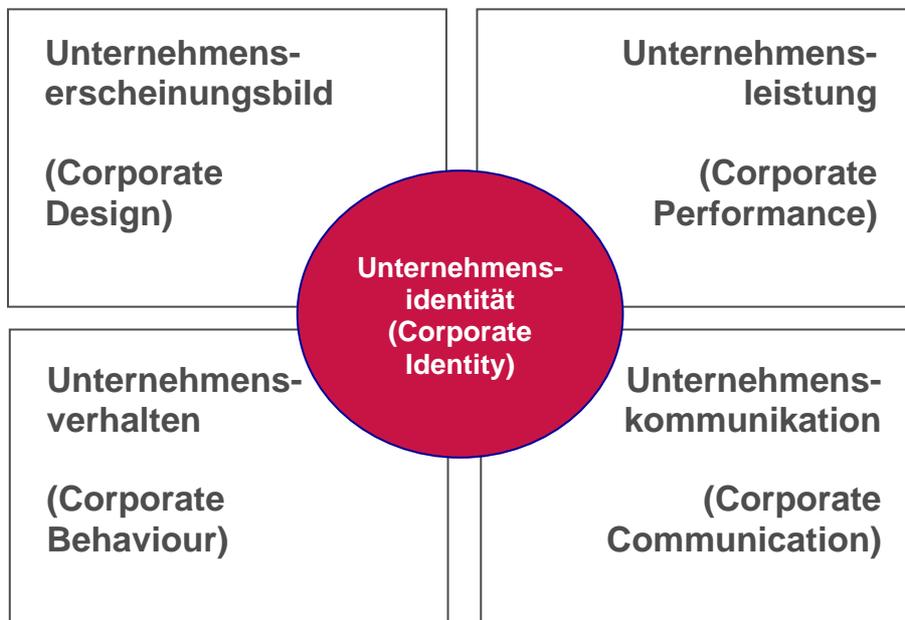
Ergebnisbericht zum Workshop

„Erfolgreiche Kommunikation: Der Schlüssel für gelingende Veränderungsprozesse“

Karin Helmer

Nachfolgende Aussagen wurden im Workshop in Form einer Powerpointpräsentation gezeigt. Die einzelnen Aussagen boten eine Grundlage der Diskussion. Die Teilnehmenden tauschten zunächst insbesondere Erfahrungen mit der misslungenen Kommunikation in Veränderungsprozessen aus, die somit auch nicht zum Erfolg führten. Dieser Praxisaustausch wird hier zum Schutz der Teilnehmenden/Organisationen nicht wiedergegeben.

1. Der Zusammenhang von Kommunikation und Wirkung



2. Die häufigsten Kommunikationsfehler bei der Implementierung einer Hospizkultur und palliativer Pflegekonzepte:

Grundsatz:

Gelungene Kommunikation ist ein „Glücksfall“, denn...

Gehört ist nicht verstanden

Verstanden ist nicht einverstanden

Einverstanden ist nicht getan

Getan ist nicht „gut“ getan

2.1 Gehört ist nicht verstanden

In der Einrichtung:

- Der Begründungszusammenhang wird den MA nicht erläutert
- Begriffe/Aussagen sind unpräzise
- Bewohner und andere Berufsgruppen werden nicht informiert

„Ich weiß erst, was ich gesagt habe, wenn ich die Antwort höre“ (N. Wiener).

Nach außen:

- Vorschnelle Kommunikation
- Unpräzise Kommunikation
- „Umschreibung“ des Themas Sterben/Tod
- Mehr „verkauft“ als tatsächlich geleistet

Die Kommunikation muss mit der Leistung übereinstimmen!

2.2 Verstanden ist nicht einverstanden

MitarbeiterInnen wurden umfassend informiert und haben das Ziel und die Aufgabe verstanden...

Aber:

- Top Down Prozesse verhindern die Motivation
- MA wurden nicht aktiv beteiligt
- Vorstellungen/Erfahrungen/Bedenken der MA wurden ignoriert

Der Zwilling von Veränderung heißt Widerstand. Diesen gilt es zu akzeptieren und er erfordert einen bewussten und aktiven Umgang!

2.3 Einverstanden ist nicht getan

Die MA wurden an der Planung des Veränderungsprozesses aktiv beteiligt; dennoch scheitert die Umsetzung, weil:

- Es keine „Fehler-Kommunikationskultur gibt“

Ein Veränderungsprozess braucht eine offene, konstruktiv-kritische Kommunikationskultur!

2.4 Getan ist nicht gut getan

MA arbeiten an der Umsetzung der Hospizkultur und des palliativ-pflegerischen Konzeptes, aber: Jede/r interpretiert die Inhalte und Aufgaben, die damit verbunden sind, anders.

Gute Kommunikation verhindert individuelle Interpretationsspielräume!

Gelungene Kommunikation...

...ist dann der Schlüssel zum Erfolg, wenn diese Fehler vermieden werden!

3. Insgesamt wurde resümiert:

- Auf die Kommunikation nach innen wie außen wird in Veränderungsprozessen zu wenig geachtet.
- Widerstand wird häufig nicht bewusst aufgenommen, sondern tabuisiert.
- Die Anzahl mislungener Veränderungsprozesse führt dazu, dass bei neuen Vorhaben die passive, innere Verweigerung der MitarbeiterInnen kaum noch auflösbar erscheint.
- Die 4 Elemente der Corporate Identity können für die Steuerung und Überprüfung von Veränderungsprozessen äußerst hilfreich sein.
- Genaue Begriffsbezeichnungen sind wichtig; z.B. was heißt eigentlich Hospizkultur?
- Von Top Down Prozessen ist abzuraten.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Ehrenamtliche als zentrales Instrument der Interdisziplinarität: Wie die Zusammenarbeit organisiert werden kann“

Lutz Buchheister

1. **Fünf Voraussetzungen für das Verständnis des Einsatzes Ehrenamtlicher in einer Pflegeeinrichtung zur Begleitung sterbender Menschen:**
 - a) Ehrenamtliche tragen zu einer besonderen Qualität der Begleitung sterbender Menschen bei.
 - b) Ehrenamtliche helfen den Einrichtungen und Diensten, auch zukünftig ihren Auftrag erfüllen zu können. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag, die notwendige Infrastruktur einschließlich der hauptamtlichen Arbeitsplätze zu stabilisieren.
 - c) Ehrenamtliche haben je eine eigene Kompetenz und sind keine Konkurrenz der Hauptamtlichen.
 - d) Ehrenamtliche sind kein Störfaktor in einer Pflegeeinrichtung.
 - e) Ehrenamtliche arbeiten unentgeltlich, doch ist ihre Mitarbeit nicht umsonst zu haben. Ihr Lohn ist allerdings Sinn und Dank.
 - Zu a) Ehrenamtliche verbinden Welten. Sie verknüpfen die Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung leben mit ihrem gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld. Durch sie gewinnt die Einrichtung ein Mehr an produktiver Unruhe, Leidenschaft und Enthusiasmus.
 - Zu b) Die Mitarbeit von Ehrenamtlichen fördert als integrativer Teil der Infrastruktur einer Einrichtung die nachweisbare Qualität auf allen Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das dient nach innen den Patienten / Bewohnern und hauptamtlichen Mitarbeitern. Nach außen unterstützt die nachweislich höhere Qualität menschlicher Kompetenz die Chancen der Einrichtung am Pflegemarkt.
 - Zu c) Wenn die Aufgabenteilung stimmt, können Hauptamtliche durch die Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen ihre Leistungen optimieren. Das setzt allerdings ein modernes Aufgabenverständnis auf der hauptamtlichen Seite voraus: Statt alles selbst zu tun, können sie die Kompetenzen der Ehrenamtlichen unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben in einem Gesamtkonzept personenbezogener Hilfeleistungen nutzen.
 - Zu d) Die Chancen, welche Ehrenamtliche in eine Pflegeeinrichtung einbringen, sind in der Regel deutlich größer als die Risikofaktoren. Schwächen im Ehrenamt, die gelegentlich dazu führen, Ehrenamtliche als Störfaktor zu erleben, sind häufig darauf zurückzuführen, dass einer genauen Aufgabenzuweisung, der Förderung und Begleitung des Ehrenamtlichen, sowie seiner Qualifizierung zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Ein entsprechend positives und handlungsleitendes Konzept für das Ehrenamt kann Schwächen mindern und Stärken wachsen lassen.
 - Zu e) Gewinnung kompetenter und passender Ehrenamtlicher sowie ihr konzeptionsbezogener Einsatz, ihre persönliche und fachliche Begleitung, Schulung und Evaluation sowie ihre Wertschätzung kosten auch Geld, welches aber durch den Mehrwert auf beiden Seiten mehr als aufgewogen wird.
2. **Motivation für die Übernahme einer ehrenamtlichen Aufgabe und die Verpflichtungen einer einsetzenden Einrichtung**

Motivationen können sehr vielfältig sein. Prof. Andreas Heller hat viele Gründe und Erwartungen wie folgt zusammengefasst:

- Erwartung eines Beitrages zum eigenen Lebensinn
- Steigerung des Selbstwertgefühles: Man ist an etwas Wichtigem beteiligt.
- Engagement trägt bei zur Vitalisierung des Lebens.
- Entwicklung und Förderung sozialer Kompetenz
- Gewinn an sozialer Teilhabe

Das deckt sich mit den Verpflichtungen, die wir mit dem Einsatz Ehrenamtlicher eingehen.

- **Wir bieten Sinn.** „Wer anderen etwas Gutes tut, der tut auch sich selbst Gutes.“
- **Wir bieten Persönlichkeitsgewinn** durch Entfaltung und Weiterentwicklung eigener Fähigkeiten und Kompetenzen.
- **Wir bieten Gemeinschaft** des Geben und Nehmens:
 - a) Gemeinschaft, die gemeinsam mit dem begleiteten kranken, bzw. sterbenden Menschen und seinen Angehörigen entsteht.
 - b) Gemeinschaft in einer Gruppe von Ehrenamtlichen mit regelmäßigem Austausch, Intervention und dem Angebot von persönlicher Supervision.
 - c) Gemeinschaft durch Mitarbeit in einem motivierten und kompetenten Pflegeteam oder im psycho-sozialen Dienst der Einrichtung.
- **Wir bieten Wertschätzung**, Gebraucht-Werden und Anerkennung, Unterstützung durch die Leitung der Einrichtung, Achtung der mitgebrachten Kompetenzen.
- **Wir bieten Fortbildung**, Weiterbildung, Evaluation durch besondere Maßnahmen der Einrichtung. Dazu kommt das alltägliche Gespräch mit Fachkräften.
- **Wir bieten Haftpflicht- und Unfallversicherung.**
- **Wir leisten Erstattungen** vereinbarter Auslagen.
- **Wir bieten Nachweise und Zertifikate**, die auch anderswo anerkannt werden.
- **Wir bieten Schutz** vor Vereinnahmung durch Begrenzung der Zeitdauer der Verpflichtung nach Vereinbarung.

Weil der Einsatz für beide Seiten ein Gewinn sein soll, muss ein Konzept oder ein Leitbild für die Mitarbeit Ehrenamtlicher entwickelt werden. Darin sollten die Ziele, die Aufgabenfelder und die beiderseitigen Verpflichtungen im Sinne eines Gebens und Nehmens enthalten sein.

3. Ehrenamtliche als zentrales Element der Hospiz-Idee und als Ressource für die Begleitung sterbender Menschen

Die Hospiz-Idee ist seit Anbeginn in unserem Land ein bürgerschaftliches Anliegen und wurde in einer bürgerschaftlichen Bewegung entwickelt. Von den Anfängen der Hospiz-Idee in Deutschland, nachdem deutlich wurde, dass das Gesundheitssystem in Deutschland in der Regel keine englischen Verhältnisse ärztlich geführter Sterbehäuser zulässt, wurde die Hospiz-Idee von einer breiten Bürgerbewegung aufgenommen und durch immer mehr ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger entfaltet, umgesetzt und ausgeweitet. Seither engagieren sich vielerorts sowohl Ärzte und Fachkräfte ehrenamtlich als auch eine nach vielen Tausenden zählende Menge von ehrenamtlichen Laienkräften, die durch verschiedene Curricula in Hospizkursen immer umfangreicher qualifiziert und auf die Aufgabe, sterbende Menschen zu begleiten, vorbereitet werden. Neben den „Grünen Damen“ hat die Hospizarbeit wesentlich dazu beigetragen, dass die bis in die achtziger Jahre vertretene Forderung ausschließlich beruflicher

Professionalität für Mitarbeitende im Gesundheitswesen eine wertvolle Ergänzung erfahren hat und damit die gesamte Pflegelandschaft einen zukunftsweisenden Aufbruch erlebt.

Man kann die Geschichte der Hospizarbeit in Deutschland auch als Basisbewegung beschreiben. Basiselemente bürgerschaftlicher Bewegung müssen auch dort Raum haben, wo Hospizkultur und Palliativkompetenz in professionelle Pflegeeinrichtungen integriert werden. Damit wird die so wichtige Brücke zwischen pflegerischer Fachwelt und gesellschaftlicher Umwelt verstärkt. Das kommt immer dem Patienten, bzw. Bewohner zugute. Ehrenamtliche leisten einen hohen Beitrag dazu, dass Hospizkultur in einem Alten- und Pflegeheim dem individuellen Erleben in der letzten Lebensphase ein Mehr an gestaltetem Raum gegeben wird. Sozialkompetenz und Mehr-Zeit für menschliche Begegnung stehen in der Begleitung sterbender Menschen im Mittelpunkt und bilden eine not-wendige Ergänzung in einem Standard- und Checklisten orientierten Pflegealltag. Darum sollen Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems sein. Wenn ihr Einsatz durch Konzept, Qualifizierung und Transparenz geregelt ist, dann verstärken sie die unverzichtbare Ressource Menschlichkeit in jeder Pflegeeinrichtung.

4. Ehrenamtliche im Prozess der Implementierung von Hospizkultur in einer Pflegeeinrichtung

In der Reihe der 20 Indikatoren für die Implementierung von Hospizkultur und Palliative-Care Kompetenz in Pflegeheimen haben aus all den vorgenannten Gründen die Ehrenamtlichen ihren festen Platz. Hospizkultur wo auch immer, ist ohne den qualifizierten Einsatz von Ehrenamtlichen schlechterdings nicht denkbar. Ehrenamtliche stehen, wie schon im vorigen Abschnitt gesagt, für die Sicherung der Ressource Menschlichkeit. Wunderbar, wenn sie in einer Einrichtung nicht allein dafür stehen, aber wer auch immer sonst noch: Sie stehen dafür.

Deshalb müssen die Ehrenamtlichen auch in der Projektgruppe, in der Vertreter aller Bereiche einer Einrichtung für das Ziel „Implementierung von Hospizkultur und Palliative-Care-Kompetenz“ zusammenarbeiten, durch einen oder mehrere Vertreter mit Sitz und Stimme mitwirken und den Prozess der Implementierung mitgestalten.

Sie erhalten die Protokolle der Sitzungen und sollen die fortschreitende Entwicklung der Implementierung in geeigneter Form auch den anderen in der Einrichtung tätigen Ehrenamtlichen vermitteln sowie auch deren Impulse in den Prozess einbringen.

5. Ehrenamtliche als zentrales Element der Interdisziplinarität

Als Mitglieder der Betreuungs- oder Pflegeteams sind die Ehrenamtlichen eingebunden in die Disziplinarität des Betreuungs- bzw. Pflegeauftrages. Dabei bringen sie wertvolle interdisziplinäre Kompetenzen aus ihrer persönlichen Lebensgestaltung und Lebenserfahrung mit. Bei der multiplen Herkunft der Ehrenamtlichen ist das leicht vor Augen zu führen. Es muss nur den Verantwortlichen bewusst sein, mit welcher Ressource sie da umgehen. In TABEA arbeiten mit: Ehrenamtliche aus dem Kreis junger Leute, die noch in der Phase der Berufsorientierung stehen, dann die aus der großen Gruppe von Frauen, die die Kinder aus dem Haus haben oder früh verwitwet sind und nun für eine neue sinnvolle Aufgabe offen sind, dann aus dem Kreis der Arbeit Suchenden, dann aus der Gruppe der noch im aktiven Erwerbsleben Stehenden, welche neue weitere Entwicklungsmöglichkeiten für ihre Persönlichkeit suchen oder mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten in ihrem Beruf kompensieren möchten. Sie alle bringen ihre Erfahrungen und Kompetenzen mit, die sie in Familien-Management und Familienverantwortung, in unterschiedlichsten Berufsausbildungen und beruflichen Erfahrungen, in früheren Ehrenämtern in Kirche, Sozialwesen und Gesellschaft gesammelt haben. Das sich daraus ergebende breite Spektrum vielfältigster Kompetenzen aufzulisten, würde hier zu weit gehen. Aber sich dessen bewusst zu werden, ist wichtig, um den Mehrwert auf beiden Seiten zu erkennen. Diese vielen interdisziplinären Bildungen, Erfahrungen und erworbenen Kompetenzen können nun für eine disziplinierte Zusammenarbeit gebündelt und neu ausgerichtet werden. Welche Chancen für eine jede Pflegeeinrichtung!

Ergebnisbericht zum Workshop

„Vom Vermögen die nötigen Mittel zu beschaffen: Bestehende und neue gesetzliche Finanzierungsmöglichkeiten“

Dr. Jochen Steurer

Eine Gruppe von Heimleitern, Pflegedienstleitern und anderen Interessierten machte sich in diesem Workshop Gedanken zu Kosten und Finanzierung von Projekten zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz im Alten-/Pflegeheim.

Einem Haus mittlerer Größe entstehen direkte/einmalige Kosten für Projektplanung und interne wie externe Organisationsberatung zwischen 3.400 € / Gruppenberatung und 5.000 € / Einzelberatung zzgl. Kosten für Mitarbeiterfreistellung zur Projektgruppenarbeit, Schulungskosten für Pflegepersonal – Palliativschulungen (Basiskurs Palliative Care: 1.600 € bei Maltesern oder DFA sowie DRK, siehe z.B. www.palliativkurse.com) und für allgemeine Schulungen (In-House-Schulungen).

An direkten/dauerhaften Kosten fällt an der Pflegemehraufwand für die spezialisierte Palliativpflege, der Essensmehraufwand und Zubereitungskosten für besondere Ernährung und Sachkosten für besondere Hilfsmittel. Zumeist wird eine Palliativfachkraft folgende zusätzliche Leistungen übernehmen und dabei einen zusätzlichen zumindest ¼ Stellenumfang brauchen:

- *Anleitung und Beratung bei der Palliativpflege einzelner schwerkranker Bewohner*
- *Koordination der kollegialen Umsetzung des Bewohnerwillens, insbesondere bei der Vermeidung ungewollter Krankenhauseinweisungen am Lebensende.*
- *Angehörigengespräche mit längerer Dauer oder besonderer Problematik*
- *Unterstützung der Kolleginnen in psychosozialen Belangen im Kontext von Sterben, Tod, Trauer*
- *Begleitung des Einsatzes der Ehrenamtlichen*

Indirekte Kosten, die nicht unbedingt vom Haus getragen werden können, entstehen für die Ausbildung und Begleitung/Supervision der Ehrenamtlichen (Kurs mit 12-15 Personen: ca. 4.000 Euro; monatliche Supervision pro Abend ca. 200 Euro), für Medikamentenmehrkosten, den ärztlichen Mehraufwand und Ärzteschulung.

Demgegenüber sind direkte/dauerhafte Einsparungen für die Häuser möglich durch den Verzicht auf Regelernährung/Sondenernährung bei spezialisierter Palliativpflege, wenn der Patientenwille dies vorsieht und dieser dokumentiert ist, und gleichsam durch die temporär begrenzte Einschränkung von manch überflüssigen Pflegeleistungen bei spezialisierter Palliativpflege (z.B. bewusster Verzicht auf tägliche Vollwaschung).

Flankierend lassen sich Kosten sparen im Blick auf folgende Aspekte:

- Aktivierung einer guten Presse (kostenfreie öffentliche Aufmerksamkeit)
- Absenkung der Burn-Out Gefahr und des Gefühls der Hilflosigkeit und Steigerung der Leistungsbereitschaft durch bessere Bildung/ Kompetenzerweiterung von Mitarbeitern
- Zusätzliche kostengünstige (vom Ehrenamt aus gesehen kostenfreie) Leistungen für Bewohner und Angehörige durch den Hospiz-Besuchsdienst und dabei Entlastung der MitarbeiterInnen im Gefühl unzureichender Versorgung
- Kostensparende Neuorganisation von Abläufen und durchgängige Neuorientierung auf die neu einziehenden sehr alten (86 J. Durchschnittsalter) und teils schwerkranken Bewohner (Sterbequote im 1. Quartal bis zu 35 %)
- Verringerung des Verwaltungsaufwandes durch Besserung der Situation von Rechtsunsicherheiten (bis zu 80%) bei klaren Vereinbarungen zu PEG und „Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen“.

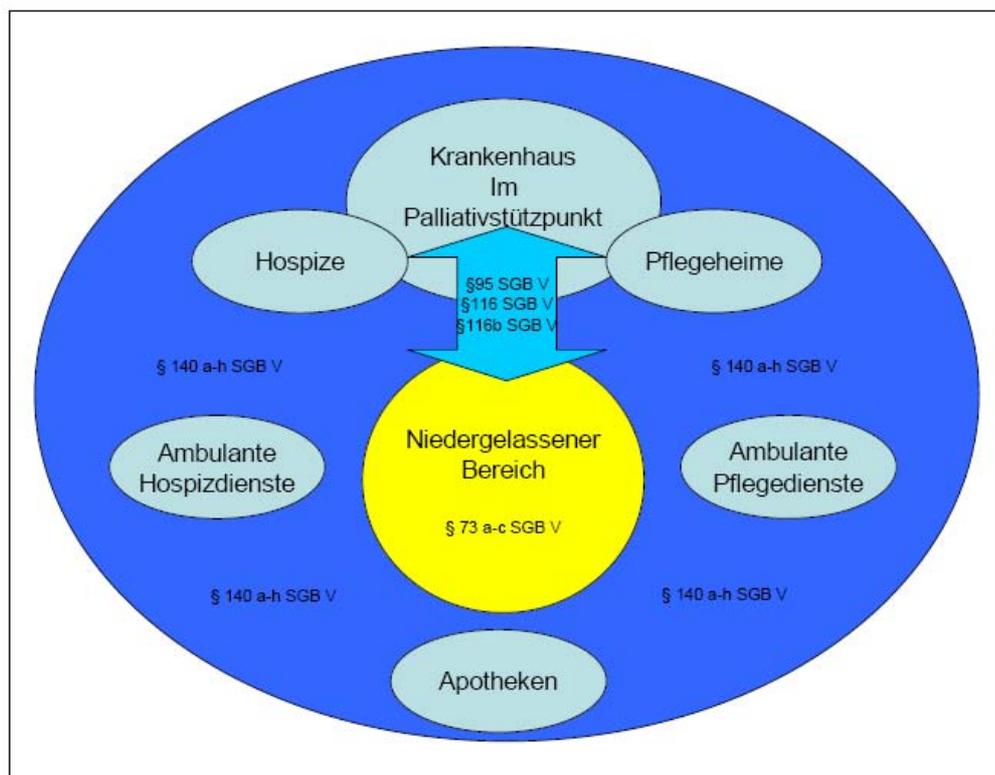
In Kooperation mit einem lokalen Hospizdienst können über § 39a Abs. 2 SGB V für die Aus-/

Weiterbildung und Einsatzleitung der Ehrenamtlichen gewisse Kosten refinanziert werden (ambulant-stationär übergreifende Einsätze). Hier wäre auf die Dauer durch einen § 39a Abs. 3 SGB V noch nach zu bessern und die Aufgaben der Ehrenamtlichen im Pflegeheim denen der ambulant Tätigen gleich zu stellen.

Auch Ärzte sollten in ihrer Honorarstruktur besser gestellt werden (siehe Hausarztmodelle z.B. in Köln und Home-Care-Berlin) und so die spezialisierte Palliativversorgung für Bewohner durch den Hausarzt ermöglicht werden.

In Zukunft wird es eine generelle Neufinanzierung brauchen. Es können und sollten folgende weitere mögliche oder anzustrebende Finanzierungen bedacht werden:

1. Einbindung in „integrierte Versorgung“ nach § 140, § 73 und § 95 SGB V und andere „Integrierte Modelle“, siehe hier z. B. Seite 109 bis 114 und 244 bis 256 des „Palliativversorgung in Niedersachsen“ Gutachtens vom Oktober 2004:
http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778_L20.pdf (Bild unten: S. 255)



2. Integration von Pflegeheimen in ein Gesamtsystem (siehe oben: Niedersachsen-Gutachten) bzw. in Palliativstützpunkte, siehe (Konzept von Niedersachsen 2006):
http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C19140982_L20.pdf
3. Modelle zum Ambulant-/Stationär vernetzten AHPZ (Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Zentrum, gemäß BAG und DGP):
<http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20601%20AHPZ.pdf>
4. Besondere Tagessätze für einzelne Bereiche oder für die Gesamtheit der Betten durch a) Schwerpunktbildung (Antrag eines Hauses in Mainz) oder b) Palliative Übergangspflege (Überlegungen eines Hauses in Hamburg)

Im Workshop konnten die Teilnehmenden viele neue Informationen sammeln. Das ausführliche knapp 40-seitige Hand-Out, das beim Workshopleiter angefordert werden kann, vertiefte diese Informationen und diente zur Nachbereitung. Die noch mangelnde Finanzierung von Palliativkompetenz im Heim wurde bedauert.

Abschlussplenum, Teil 1 und Teil 2

Anmerkung der Herausgeber:

Die Teilnehmer/innen auf dem Podium waren Prof. Dr. Andreas Heller, Karin Helmer, Frank Kittelberger, Perdita Naumann, Marie-Luise Riemenschneider und Dr. Jochen Steurer. Die Moderation hatte Bärbel Sievers-Schaarschmidt.

Im ersten Teil des Abschlussplenums, hier Seite 00 bis 00, stellen die Workshopleitungen auf dem Podium die Arbeitsergebnisse der Workshops vor. Bedingt durch einen technischen Defekt liegt leider keine Bandaufzeichnung vom mündlichen Ergebnisbericht von Herrn Kittelberger vor und keine von der ersten Hälfte des mündlichen Berichts von Herrn Prof. Dr. Heller. Das ist sehr schade und tut uns Leid, lässt sich im Nachhinein aber nicht mehr ändern. Verweisen möchten wir an dieser Stelle auf die schriftlichen Ergebnisberichte zu allen Workshops, die Sie ab Seite 00 dieser Dokumentation finden.

Der zweite Teil des Abschlussplenums, hier Seite 00 bis 00, gibt Raum für Fragen und Statements aus dem Publikum und Antworten vom Podium.

Abschlussplenum, Teil 1: Berichte aus den Workshops

Prof. Dr. Andreas Heller:

... Es ist irgendwie ziemlich eindeutig, dass die Personen, das haben wir heute ja auch öfter gehört, relativ spät, relativ vielschichtig krank kommen, nur relativ kurz im Haus sind, dass sie relativ sicher dort sterben werden und dass man relativ unsicher vorbereitet ist darauf, dass sie sterben werden. Und diese eigenartige Diskrepanz gehört besprochen. Mit wem? Natürlich mit den Betroffenen. Wenn die nicht mehr kommunikabel sind, mit den Angehörigen. Das setzt aber auch voraus, dass man darüber sprechen kann. Also das, was ich in unserem Projekt seit zehn Jahren lerne, ist, dass die eigentliche Implementierung damit beginnt, dass man im Haus übers Sterben reden darf. Dass das Thema Sterben ein Thema werden darf. Das ist die größte Entlastung und Erleichterung. Und dass es sowohl in den Dienstübergaben als auch in den Routinebesprechungen einen Platz hat. Das war in dem im Workshop bearbeiteten Fall sehr interessant, wie engagiert besprochen wurde, was man etwa in Sachen Mobilisierung machen kann, wo man vielleicht die Suche nach Mobilisierungsformen genau hätte vermeiden sollen, um darüber zu sprechen, dass die Patientin möglicherweise sterbend ist.

Die Frage ist, wie man diese Balance hinkriegt. Auf jeden Fall, indem man thematisiert, dass Sterben möglicherweise das Thema ist. Und das hat vielleicht auch etwas mit der dritten Erkenntnis zu tun, dass es immer auch schwer ist, diese Spannung zwischen der Rehabilitation und der Palliation, der kurativen Versorgung und der palliativen Versorgung zu thematisieren. Das sind irgendwie schwingende Übergänge. Das kann auch eine Berufsgruppe nicht allein. Es braucht unterschiedliche Blicke, um zu entscheiden, dass man möglicherweise das Behandlungsziel, die Pflegeplanung umstellt. Und das beide eben nicht mehr auf Rehabilitation orientiert sind, sondern auf Hospizlichkeit und Palliation. Und das braucht eine interprofessionelle Kommunikation, sinnvollerweise wahrscheinlich auch mit den Angehörigen und den Betroffenen. Soweit mein Bericht, der sich einerseits an der Fallbesprechung im Workshop orientiert und andererseits auch noch einmal verallgemeinert, weil es schwierig wäre, den Fall jetzt hier auf dem Podium zu rekonstruieren.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Ja, vielen Dank. Interessant ist, dass es ja schon in den ersten beiden Workshops die Überschneidung gibt, dass man über das Thema reden muss. Mal gucken, wie oft das noch kommt. Frau Klützke-Naumann hat den Workshop Nummer 3 geleitet: „Wie Palliativkompetenz die Altenpflege verändert: Von Haltungen und Handlungen“. Was gab es Spannendes?

Perdita Naumann:

Erst einmal war es ein total intensiver Workshop und ich danke den Teilnehmern, die so intensiv mitgearbeitet und mitgezogen haben. Im Gegensatz zu den anderen beiden Workshops habe ich versucht, oder haben wir versucht, das Ganze auf Kleinstziele herunter zu brechen und uns einmal anzugucken: Was muss ich denn an meinen Handlungen und Haltungen verändern, wenn ich palliativ pflegen möchte? Und das bedingt erstmal, dass ich weiß, was Palliativ-Pflege eigentlich heißt. So sind wir dazu gekommen, uns anzugucken, wie wir durch kleine Schritte in unserer eigenen Haltung dem Bewohner, dem Patienten, dem Gegenüber sozusagen partnerschaftlich begegnen können, auf gleicher Ebene. Das heißt, dass wir erstmal bei uns anfangen müssen, vielleicht unsere eigene Haltung zu verändern. Damit letztendlich vielleicht auch unser Arbeitsumfeld, unser Arbeitsbild, unsere eigene Professionalität wieder ein kleines bisschen sichtbarer machen und nicht in der Struktur, im Gefüge des Alltags verstrudeln, sondern uns auch wieder zurückbesinnen auf unsere Menschlichkeit, auf unsere Möglichkeiten, mit jemanden auf gleicher Ebene, auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren und umzugehen. Und wir haben uns die verschiedenen Ebenen der palliativen Versorgung angeguckt, in erster Linie natürlich auch die pflegerischen Ebenen; geschaut, mit welchen kleinen Möglichkeiten auch eine andere Pflege zu realisieren ist, dass wir vielleicht doch etwas verändern und nicht wieder so weiterarbeiten, wie wir vor dreißig Jahren gearbeitet haben, sondern unsere eigene Kreativität auch zum Zuge kommen lassen. Das war die rein praktische Seite.

Auf der anderen Seite haben wir uns natürlich auch angeguckt, was es eigentlich heißt, einem Menschen zu begegnen, der unter Umständen auch sehr verängstigt ist. Dass wir eben nicht mehr die Angst wegbagatellisieren, wegreden und versuchen, unsere kühlende Salbe aus der Tasche zu ziehen. Sondern dass wir versuchen, auch diese Angst im Raum stehen zu lassen. Und das wiederum beinhaltet, dass wir unsere eigene Angst auch anerkennen. Dass wir uns eingestehen, dass auch wir manchmal in der Pflege, auf der anderen Seite des Grabens, Angst haben vor dem, was da geschieht, und Angst vor dem, was da kommt. Dass auch wir uns wieder zurückbesinnen auf unsere eigene Mitte. Und dieses in den großen Kontext zu bringen, ist wahnsinnig schwierig. Letztendlich ist das, was Sie beide, Herr Kittelberger und Herr Prof. Heller, eben gesagt haben, die Implementierung im Großen. Aber wir können auch versuchen, palliative Pflege zu implementieren im Kleinen, indem wir einfach wieder, schlicht und ergreifend, mit Achtung, Wertschätzung, Empathie und Menschlichkeit aufeinander zugehen. Das ist eigentlich die Kernaussage der anderthalb Stunden im Workshop gewesen.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Vielen Dank, Frau Naumann, für Ihren Bericht. Kommen wir jetzt zum nächsten Workshop: „Erfolgreiche Kommunikation – der Schlüssel für gelingende Veränderungsprozesse.“ Frau Helmer, bitte.

Karin Helmer:

Ja...

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Das war anstrengend?

Karin Helmer:

Ja, es ist anstrengend, weil ich denke, mit dem Thema Kommunikation kann man eigentlich eine ganze Tagung allein füllen. Sie alle wissen, wie schwierig das schon mit Lebenspartnern ist. Also zumindest mir geht es so, wenn ich dem meinem sage, dass ich ein schönes neues Parfüm entdeckt habe, dann hat er noch lange nicht verstanden, dass er vielleicht mal losgehen soll, um mir das zum Geburtstag zu schenken.

Wenn wir uns das Thema Kommunikation aber in unserem Kontext und dann auch noch in einem großen Organisationskontext angucken, dann befinden wir uns auf unglaublich vielen Feldern und haben auch Baustellen aus meiner Sicht. Wir haben uns in unserem Workshop angeguckt, welche Kommunikationsfelder aus unserer Sicht eigentlich den notwendigen Platz im Kontext eines Implementierungsprozesses benötigen.

Wir haben begonnen mit dem Kommunikationsfeld: Widerstand. Nur weil irgendein Gremium, ein Leitungs- oder Steuerungsgremium entschieden hat, dass nun Hospizkultur und palliative Pflege implementiert werden sollen, schreien ja noch nicht alle „Hurra!“. Und da der Zwilling von Veränderung nun mal Widerstand ist, ist es auch klug, sich als ersten Schritt anzugucken, welchen Widerstand es gibt. Der ist zunächst einmal ganz natürlich, weil wir Menschen uns nur ungern verändern möchten, wenn wir noch gar nicht genau wissen, wohin eigentlich. Mit diesem Widerstand etwas zu tun, das heißt, ihm Raum und Platz zu verschaffen und auch zu erforschen, woher eigentlich Ängste, Vorstellungen oder auch Wünsche der einzelnen Mitarbeiter resultieren.

Wir sind da schon sehr dicht an dem nächsten Kommunikationsfeld, das da lautet: Was sind eigentlich die ethischen Grundüberzeugungen der einzelnen Mitarbeiter und was ist die ethische Grundüberzeugung der Organisation? Passt das eigentlich zusammen? Kann eigentlich jemand überhaupt in der Sterbebegleitung tätig sein, wenn er sich mit seinen eigenen, persönlichen Ängsten in Bezug auf sein eigenes, persönliches Sterben gar nicht auseinandergesetzt hat, das vielleicht sogar in sich tabuisiert? Wie soll es dann zu einer offenen Sprache in der Organisation kommen?

Wir fanden im Workshop auch, dass ein wichtiges Kommunikationsfeld bei Implementierungsprozessen immer auch das nach außen in die Gesellschaft zurückfließende ist. Wir waren der Auffassung, dass die Tabuisierung noch immer besteht oder die Frage, wie bewertet denn Gesellschaft eigentlich den Umgang mit Sterbenden, nach wie vor ein Randthema ist. Was gegebenenfalls auch nicht gerade die Motivation von Pflegekräften unterstützt. Laut zu sagen, ich bin in der Sterbebegleitung tätig, verursacht in der Gesellschaft keine Hurra-Schreie. Da kriegt man eher ein mitleidiges Lächeln: Oh Gott! Wenn wir uns dann noch angucken, wie das Ganze auch in Euro bewertet wird, dann denken wir, ist das immer auch noch eine Aufgabe von Kommunikation, die wir alle zu leisten haben.

Unser viertes Kommunikationsfeld war die Frage: Was ist eigentlich in diesem Themengebiet Professionalität? Jetzt kommt meine subjektive Meinung, nicht Workshop-Meinung: Pflegekräfte verkommen ja mehr und mehr zu technokratischen Erfüllungsgehilfen des MDK. Ich sage das jetzt einfach mal so. Das überlebt man nur, wenn man in die gesunde, professionelle Distanz geht. Und zwar permanent. Da haben solche Dinge, wie die Frage nach persönlicher Beteiligung oder auch nach meiner Berührungsfähigkeit als Pflegekraft kaum noch Platz. In unserem Thema müssen sie Platz haben. Und wie kann eigentlich dieser Zielkonflikt von Mitarbeitern in der Pflege gut aufgelöst werden? Wie fangen wir neu an, so etwas wie Werteorientierung, Berührungsfähigkeit, persönliche Beteiligung im Gegensatz zur so oft geforderten professionellen Distanz miteinander zu kommunizieren?

Das letzte Kommunikationsfeld bezog sich auf so etwas wie Begrifflichkeiten. Also, wenn wir über Sterbebegleitung sprechen, dann ist das ja schon fast inflationär: Ja..., Sterbebegleitung, wir machen gute Sterbebegleitung, hört man dann ab und zu. Und wenn man dann nachfragt, was das denn eigentlich ist, dann gibt es dazu hundertfünfzig unterschiedliche Interpretationen, bis dahin, dass eigentlich der Zeitraum ganz oft ganz unklar ist. Für die einen setzt Sterbebegleitung ein, wenn jemand sozusagen nicht mehr kommunikationsfähig ist, das heißt, sich tatsächlich im medizinisch so genannten präfinalen Stadium befindet. Ist es das, was die Organisationen wollen, wenn sie Hospizkultur implementieren? Wo fängt es denn eigentlich an? Wo fangen Pflegekräfte an, ihren Auftrag, ihren Pflegeversicherungsauftrag der aktivierenden Pflege zu beenden? Wer trifft diese Entscheidungen eigentlich wann? Also, all dies sind Fragestellungen, die innerhalb eines Implementierungsprozesses miteinander erörtert, besprochen werden und zu mehr Klarheit führen müssen aus unserer Sicht.

Resümee der Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe war: Wir sind alle nachdenklich geworden! Und ich habe gesagt: Das finde ich gut. Denn wenn diese Tagung es schafft, dass alle nachdenklich rausgehen, und diese Nachdenklichkeit dann zu mehr lauten Fragen führt, dann haben wir hier und heute eine neue Bewegung initiieren können. Und das würde mich sehr freuen.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Ja, dem kann ich mich nur anschließen! Wenn wir das heute erreichen, dass es viele Fragen gibt, viel Nachdenklichkeit, viel Gespräch, wie wir hier gehört haben, Gespräch an allen Ecken und Kanten, mit allen Personen, allen Beteiligten, immer wieder, egal aus welcher Rolle heraus, dann, finde ich, haben wir viel erreicht.

Gut, wir haben noch zwei Rückmeldungen aus den Workshops. Workshop 5 ist ausgefallen: Unter dem Titel „Forum für Fortgeschrittene“ sollte es um Nachhaltigkeit und Beweglichkeit im laufenden Prozess gehen. Es hatten sich einige wenige Menschen dazu angemeldet, die dann doch nicht da waren. Wir haben aber zum Teil heute morgen schon von Herrn Janzen etwas dazu gehört. Wie man den einmal begonnenen Prozess am laufen hält, denke ich, ist ein wichtiges Thema. Das muss dann an anderer Stelle noch einmal in anderer Form bearbeitet werden.

Jetzt sind wir gespannt auf die Rückmeldung von Frau Riemenschneider: „Ehrenamtliche als zentrales Element der Interdisziplinarität – wie die Zusammenarbeit organisiert werden kann.“ Und ich weiß, Frau Riemenschneider hat viel Erfahrung auf diesem Gebiet. Ich bin gespannt, was heute im Workshop herausgekommen ist.

Marie-Luise Riemenschneider:

Ich bin hier für meinen Kollegen, Herrn Buchheister, der im Workshop referiert hat und jetzt nicht dabei sein kann. Als ich gestern Abend mein Köfferchen packte für heute Morgen, da fiel mir ein, dass ich diesen Vergleich mit einem Orchester schon mal gehört hatte. Deshalb habe ich meine Instrumentensammlung, soweit die nicht zu schwer war, hierher getragen. Wir hatten sie dann in der Mitte, so als Bild, weil mir das einfiel im Hinblick auf die Ehrenamtlichen. Da spielt ja jeder auf dem Instrument der eigenen Person, bringt seinen Part ein. Es ist wichtig, den Wert zu schätzen, aber auch den Ehrenamtlichen deutlich zu machen, dass sie nicht dafür da sind, den Hauptamtlichen die Flötentöne beizubringen, wenn die Ehrenamtlichen manchmal mehr sehen, wenn sie einen klaren Blick haben.

Es gibt halt verschiedene Instrumente und auch so eine kleine Mundharmonika gibt einen Ton. Es ist mir und meinen Kollegen ganz wichtig, dass auch der einzelne Ehrenamtliche wertgeschätzt wird. Das heißt, dass er merkt, er ist willkommen in der Institution und er ist nicht eine Konkurrenz für die Hauptamtlichen.

Instrumente werden bei uns ja immer nach dem Kammerton A gestimmt, vierhundertvierzig Hertz. Es ist uns bei der Arbeit im Workshop nicht so ganz klar geworden, was der Kammerton in der Begleitung ist. Vielleicht bei Ihnen, Herr Prof. Heller, Sie haben von der Ethik gesprochen. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass ich als Mitarbeiter meinen Kammerton habe, dass ich weiß, welche Melodie ist meine Melodie.

Deutlich wurde bei uns im Workshop, dass „der Mehrwert“ auf beiden Seiten ist: für die Institution, die Mitarbeiter und auch für die Ehrenamtlichen. Seitens der Organisation ist es wichtig, dass wir auch unseren Ehrenamtlichen etwas bieten – jetzt im wahrsten Sinne, nicht nur in Gänsefüßchen – dass sie Fortbildung bekommen, dass wir auch Gemeinschaft anbieten, Wertschätzung, die regulären rechtlichen Sachen, die nötig sind.

Und dass Ehrenamtliche dann auch eingesetzt werden, dass das gut organisiert wird. Dass Hilfe angefragt wird, wenn ein Mensch sterbend ist. Dann geht das an die Einsatzleitung, dann wird ein Erstbesuch gemacht, und ein ehrenamtlicher Mitarbeiter wird dann ausgewählt, der dort hingehet. Ehrenamtliche brauchen eine fachliche Begleitung für ihre Tätigkeit, und weil es ja immer Menschen sind, die die Arbeit tun, müssen sie auch menschlich integriert sein. Wir sind bei uns in TABEA noch dabei, das weiter aufzubauen, weiter zu entwickeln. Und eines meiner Lieblingsworte ist: Learning by Doing.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Wunderbar, vielen Dank! Eine schöne Idee mit den Musikinstrumenten und dass jeder seinen Kammerton haben muss. Das finde ich ein einprägsames Bild, das man gut mitnehmen kann. – Kommen wir nun zum siebten und letzten Workshop. Herr Dr. Steurer hat den Workshop geleitet unter dem Titel: „Vom Vermögen, die nötigen Mittel zu beschaffen: Neue und bestehende gesetzliche Finanzierungsmöglichkeiten“.

Dr. Jochen Steurer:

Ja, die Frage ist ja – wenn man das jetzt alles weiß, was man vielleicht tun kann, Schritt für Schritt, klein anfangen, weitermachen usw. –, wieviel kostet das alles und können wir uns das überhaupt leisten? Gerade in Einrichtungen, die sowieso finanziell nicht sehr üppig versorgt sind: Wie können die sich noch etwas dazu leisten, wie kann man überhaupt noch etwas investieren, außer dass es irgendwoher refinanziert wird?

Wir haben in unserem Workshop zuerst einmal geschaut, wie teuer das denn eigentlich ist. Also, wie viel kostet denn ganz konkret so ein Palliative Care Kurs mit 160 Stunden, gesetzlich zertifiziert? Oder was kostet eigentlich eine Beratung? Was kostet die Abwesenheit vom Arbeitsplatz den Arbeitgeber, wenn er jemanden für so einen Kurs freistellt? Was kostet die Bildung einer Projektgruppe? Das muss man ja alles auch wissen. Manchmal vergisst man das. Im Hospizbereich haben wir ein kleines Tabuthema: das ist nämlich Geld. Weil wir die Idee haben, am Lebensende muss alles bereitgestellt werden. Und im Pflegeheimbereich, im Altenheimbereich, wissen wir, dass das Tabuthema dort nicht gilt, sondern dass eine Limitierung von Geld da ist.

Es gibt einige wenige Gesetze, sehr wenige, neben dem Pflegegesetz und allem, was aus dem Sozialgesetzbuch XI finanziert wird. Es gibt z. B. die Möglichkeit, mit ambulanten Hospizdiensten zu kooperieren, um die Ehrenamtlichen dort begleiten zu lassen, dort ausbilden zu lassen. Oder es gibt auch die Möglichkeit für eine stationäre Einrichtung, einen ambulanten Hospizdienst zu gründen und ambulant-stationär vernetzt zu arbeiten. So ein Gesetz gibt es schon nach § 39a, Absatz 2. Es gibt auch die Möglichkeit zu schauen, wie die Kurzzeitpflege, Kurzzeitpflegegelder, sehr kreativ eingesetzt werden können. Es gibt eine Einrichtung in Hamburg, die eine so genannte Palliative Kurzzeitpflege einrichtet, als eine Sonderform. Es gibt die Möglichkeit palliativer Kurzzeitbetten. In Mainz gibt es z. B. eine Einrichtung, die eine höhere Tagessatz-Verhandlungsbasis gegenüber den Krankenkassen erreicht hat, indem sie einen palliativen Schwerpunkt eingerichtet hat. Wer sich für solche Sachen interessiert: Ich habe noch einige dieser „Reader“ übrig, in dem diese alten Gesetze verzeichnet sind.

Was gibt es an neuen Möglichkeiten? Es wird im Laufe der Gesundheitsreform in diesem Jahr neben den vielen, vielen Streichungen, die auf uns zukommen, und Erhöhungen von irgendwelchen Geldern, die wir noch zusätzlich zahlen müssen – auch das wird uns zukommen – zu erwarten sein, dass ein wenig die palliative ambulante Versorgung in einer kreativen Art und Weise besser und neu vergütet wird. Unsere Nachbarländer Schleswig-Holstein und Niedersachsen wandeln das dann noch mal jeweils eigens um. Es ist die Frage, wie das in Hamburg dann passieren wird. In Niedersachsen wird es palliative Stützpunkte geben, auch gefördert vom Land. Mal schauen, was man sich da in Hamburg einfallen lässt. Und so könnte es passieren, dass auch von daher gewisse weitere Effekte kommen, auch für die Pflegeeinrichtungen, dass sie z. B. in Palliativ-Stützpunkte mit einbezogen werden. So ist das Niedersachsen-Modell. Man muss schauen, wie sich das auswirken wird – auch für die Menschen, besonders natürlich die demenzerkrankten Menschen am Lebensende, die ausschließlich und besonders in Pflegeeinrichtungen in ihrer letzten Lebensphase gut gepflegt werden können – ohne den Hospizen damit ihre Existenzbasis abzusprechen und das Pflegeheim als das billigere Hospiz zu verkaufen. Das haben wir ausführlich diskutiert. Mal schauen, was überwiegt. Mal schauen, ob man sich das leisten kann. Schritt für Schritt geht es auf jeden Fall. Und die neuen Gesetze werden von uns, Bürgerinnen und Bürgern, und Leuten, die Institutionen vorstehen, auch mitgestaltet, indem wir sagen, was wir wollen. Das muss eben klar gemacht werden. Es sitzen ja auch Leute von der Behörde und Politiker hier. Wir müssen uns gemeinsam auf den Weg machen, damit das Problem, das Cicely Saunders einst als zu groß beschreiben hat, vielleicht doch lösbar wird.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Ja, vielen Dank, Jochen Steurer. Vielen Dank auch allen anderen Workshopleitern noch einmal für die Rückmeldungen.

Abschlussplenum, Teil 2: Fragen aus dem Publikum

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Sehr geehrte Damen und Herren, heute Morgen gab es eine Menge ein- und weiterführende Worte zur Integration der Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeeinrichtungen. Danach gab es viele unterschiedliche, anregende und spannende Gespräche, in den Workshops und in den Pausen, zuletzt zwischen Kaffeetassen und den Berlinern. Wir wollen jetzt zum letzten Teil dieses Fachtages kommen und möchten gerne, soweit es möglich ist, auf Ihre Fragen, auf Ihre Statements, auf Ihre Interessen eingehen – vielleicht zunächst mit der Frage: „Entspricht jetzt Ihr Gefühl – wir haben heute schon eine ganze Menge auch hier von Gefühlen gehört – eher dem Stoßseufzer „Kein Geld, kein Personal, keine Zeit.“? Oder hat sich Mut entwickelt und ist gewachsen hin zu der Aussage „Und es geht doch.“? Meine Kollegin, Frau Dose, steht jetzt da hinten mit einem Mikrophon und wer eine Frage hat, etwas sagen, die Experten auf dem Podium befragen möchte, kann das per Handzeichen tun.

Tagungsteilnehmerin:

Ich möchte gern einen Aspekt noch nachfragen, und zwar zum Stichwort Demenz.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Haben Sie einen Experten auf dem Podium besonders im Auge?

Tagungsteilnehmerin:

Nein. Also vielleicht den letzten Ausführenden, weil ich da zum ersten Mal etwas deutlicher auch das Stichwort Demenz, Begleitung von demenzkranken Menschen, Palliativ- und Sterbegleitung von demenzkranken Menschen gehört habe. Wir haben alle am Anfang gehört, dass es um Palliative Care im Pflegeheim geht, wir wissen von der Rahmenpflegeplanung in Hamburg und auch, dass ein Großteil – 60 bis 80 % Prozent wird zum Teil angegeben – der Menschen in Pflegeheimen in unterschiedlichen Phasen der Demenz erkrankt ist. Das heißt, das Stichwort Demenz und die besonderen Herausforderungen in der Begleitung Demenzkranker fehlt mir so ein bisschen in der Widerspiegelung der Praxis. Ich möchte in dem Zusammenhang hinweisen auf eine Initiative hier in Hamburg, die unter dem Stichwort „Oase – Entwicklung von Oasen für Demenzkranke in weit fortgeschrittenem Stadium“ gerade diesen Gesichtspunkt betont, weil nämlich z. B. in dem 750er Programm hier in Hamburg gerade die immobilen Patienten und die Patienten mit einer sehr weit fortgeschrittenen Demenz, also jene die kommunikations- und bewegungsunfähig sind, aus dem Programm wieder herausgenommen werden, anstatt sie, aus unserer Sicht, ganz besonders intensiv zu begleiten. Ich möchte nicht missverstanden werden, dass ich jetzt eine Wertung innerhalb der Palliativ-Patienten vornehmen möchte. Ich will eigentlich nur betonen, dass die Wirklichkeit in den Einrichtungen – und das sage ich auch als Angehörige einer Patientin, meiner Mutter, die Pflegestufe 4 hat, an Alzheimer erkrankt ist, also seit drei Jahren schon bescheinigt im Finalstadium – keine Antwort findet für den Betreuungsbedarf dieser Patientengruppe, weder für die medizinischen noch für die sozialen und emotionalen Bedarfe. Wie sind also dort Rahmenbedingungen zu gestalten, dass die Betreuung dieser Patienten, die ja überwiegend in Pflegeheimen leben, durch das Erlernen der Kommunikation mit ihnen verbessert werden kann?

Dr. Jochen Steurer:

Ja, das war auch eine unserer Fragen: Wie das, was Sie unter dem Stichwort Oase benannt haben, also wie neue Pflegekonzepte, die aus der Schweiz nach Deutschland kommen und für Hamburg auch genehmigt sind – sie sind nicht für alle Bundesländer genehmigt – wie sich die ausweiten können und dass es vielleicht besondere hospizliche Versorgungsstrukturen für Demenente im letzten Lebensstadium braucht. Aber ich gebe mal weiter an Herrn Heller...

Prof. Dr. Andreas Heller:

Ich glaube, die Situation ist nicht ganz so hoffnungslos, weil z. B. die Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart ein Basiscurriculum ‚Palliative Praxis‘ entwickelt hat, das zum Ziel hat, hier die Kompetenz für den Umgang mit demenziell veränderten Menschen zu stärken und weiterzuentwickeln. Das ist von einer Privatstiftung ein Versuch einer Dienstleistung an diesen Menschen, die eine besondere Aufmerksamkeit in der Versorgung brauchen. Wir haben in Wien in den letzten zehn Jahren in verschiedenen Modellprojekten zeigen können, dass hier über die Integration von Validation doch erheblich andere Formen der Kommunikation möglich sind, die auch zu deutlichen Veränderungen bei den Betroffenen führen können. Auch hier im Albturtinnen-Haus gibt es ja eine lange Bobarth-Tradition, an die anzuknüpfen wäre – und ich glaube, es wäre eher eine Frage, wie man das, was schon ausprobiert wird, was sich anderswo bereits bewährt hat, fruchtbar machen kann. Was ich wahrnehme, ist in der Tat, dass es wesentlich mehr Aufmerksamkeiten auf dieses Thema gibt als heute besprochen worden sind.

Es steht Ihnen ja auch frei, dass Sie eines oder mehrere Implementierungsprojekte etwas spezieller diesem Thema widmen. Ich glaube, das wäre eigentlich der Gewinn für die Stadt und auch für die einzelnen Häuser, dass nicht in allen Heimen zum selben Thema, mit dem selben Projektverfahren, mit den selben Qualifizierungsprogrammen gearbeitet wird. Sie könnten sich in Hamburg entscheiden, dass z. B. fünf Häuser die Demenzproblematik aufnehmen, zwei, drei Häuser beschäftigen sich spezieller mit der Ethikfrage, andere entwickeln eine ehrenamtliche Kultur. Und über die Hausgrenzen hinweg, entwickelt sich dann in der nächsten Phase sozusagen ein "Learning by Doing" im Austauschprozess.

Dass das nicht einfach sein wird, ist klar. Sie haben 300.000 Euro Fördermittel zur Verfügung, die – Frau Sievers-Schaarschmidt hat es ja auch heute Morgen schon gesagt – nach dem Gießkannenprinzip verteilt werden. Leider sind jetzt die richtigen Leute aus der Behörde nicht mehr hier. Was macht man mit 5.000 Euro auf drei Jahre? Also, natürlich kann man immer etwas damit machen. Aber dann ist es ja vielleicht besser, wenn sich Verbünde bilden, die dann 20.000 Euro haben, mit denen man etwas Gescheiteres machen kann, als mit fünftausend. Vielleicht können Sie dann noch politisch Einfluss nehmen, dass diese behördliche Gleichbehandlung in eine intelligentere Form umgewandelt wird. Manche Politiker sind ja ansprechbar für intelligentere Modelle.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Dazu haben wir im Workshop bei Herrn Steurer schon einiges gehört, dass es tatsächlich mehrere Modelle in Hamburg gibt, sich zusammen zu tun und einen gemeinsamen Nutzen daraus zu entwickeln.

Prof. Dr. Andreas Heller:

Das ist eigentlich viel Geld. Aber wenn man es gleich verteilt, ist es verschwunden. Wirkungslos.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Gut! – Was gibt es noch? Da hinten ist eine Wortmeldung.

Tagungsteilnehmerin:

Es wurden heute Vormittag angesprochen: Angehörigen-Assessments. Das ist etwas, was mich doch immer mehr beschäftigt im Laufe des Tages. Die Kommunikation der Pflegenden untereinander über den Sterbeprozess oder vielleicht auch über das Umdenken, wann der Punkt erreicht ist, wo eben nicht mehr Rehabilitation und aktivierende Pflege im Vordergrund stehen, das ist, denke ich mir, etwas, was uns schon ein bisschen liegt oder worin wir eher geübt sind. Aber die Frage, wann fange ich denn eigentlich an, das mit meinen Heimbewohnern zu kommunizieren oder mit deren Angehörigen. Das ist für mich jetzt doch eine sehr schwierige Frage, weil es mir teilweise schon fast so erscheint, als ob das wie bei dem Expertenstandard Entlassungs-Management ist, wo man sagt, in dem Moment, in dem eine Klinik einen Patienten aufnimmt, muss sie eigentlich schon seine Entlassung planen. Das klingt für mich auch hier immer wieder so ein bisschen durch. Dass man eigentlich schon in dem Augenblick, in dem wir einen Patienten oder Heimbewohner aufnehmen, überlegen oder fragen müsste, was er für eine Vor-

stellung hat, wie er mal sterben möchte. Oder was seine Angehörigen für eine Einstellung zum Tod haben. Oder wann der richtige Zeitpunkt ist, darüber zu sprechen.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Herr Heller, sagen Sie etwas dazu? Sie haben das heute Morgen schon angesprochen.

Prof. Dr. Andreas Heller:

Ja. Damit kann man nicht früh genug beginnen. Also das ist genau das, was oft übersehen und nicht thematisiert wird. Das ist ein großes Problem, dass es kein Verfahren gibt, in dem das entspannt passiert. So kommt es in die Krise und dann reagiert man auf die Krise. Und das ist eine denkbar ungünstige Kommunikationssituation. Ich finde, dass z. B. die Schweizer das sehr schön machen. Die haben zumindestens in der ambulanten Versorgung zwei Assessments, eins nur für die Betroffenen und eins nur mit den Angehörigen. Das finde ich sehr intelligent. Sie müssen dann natürlich noch zusammengeführt werden.

Und es ist mit dieser Frage, wann ist der richtige Zeitpunkt, genauso wie mit der Trauer. Wir haben die Situation, dass die Trauer immer erst als eine Reaktion auf den Tod geglaubt wird. Praktisch beginnt aber die Trauer ja mit dem Moment der Erkrankung. Und mit dieser Auseinandersetzung – was wird, es wird nicht mehr so wie es war, Verläufe verschlechtern sich, man kann es vielleicht aufhalten, es kommt – addieren sich die Krankenhausaufenthalte, und, und, und... Das wird meines Erachtens zu wenig in den Blick genommen. Denn die Angehörigen sind, wenn sie kommen mit ihren Eltern, Trauernde. Egal, ob ich den Vater hasse oder liebe. Es ist eine Abschiedssituation. Und von daher ist dann auch der Zeitpunkt, das an- und auszusprechen.

Ob die Pflege das alleine tut und von wem sie wie dabei unterstützt wird, war auch in unserem Workshop ein sehr interessantes Thema. Eine Kollegin sagte: „Was alle immer verbindet, ist, dass alle allein sind.“ Jeder ist allein. Die Bewohnerin ist allein, die Familie ist allein, die Pflege ist allein, der Arzt ist allein. Und erst in dem Maße, wie das kommuniziert wird, entsteht eine Verbundenheit miteinander. Aber aus dem Alleinsein heraus kann ich diese Kommunikation schlecht organisieren. Und das richtet sich eigentlich wieder an die Leitung.

Die Leitung muss qua Amt wissen, dass diese Arbeit in einem hohen Maße psychisch und sozial belastet, auch wenn sie Sinn stiftet. Die Leitung muss wissen, dass sie das Alleinsein in der Kompassionalität dadurch abpuffern muss, dass man Gelegenheit gemeinsamer Kommunikation genau darüber schaffen muss: Über das Alleinsein, über die Oma, über die Hilflosigkeit, über meine Angst, über meine Schwäche, dass ich allein nicht weiter weiß. Das alles verbindet alle. Und erst gemeinsam findet man eine Lösung. Deshalb braucht es eigentlich genau diese übergreifende Form der Kommunikation. Es ist ja kein Spiel, sondern es ist eine Reaktion darauf, dass eine schwere und psychisch anstrengende soziale Situation gut miteinander ausbalanciert werden muss. Wenn es nicht gelingt, kommt es natürlich zu Elend, zu Verschleißerfahrungen, zu psychiatrischen Hoffnungen.

Also, ich glaube wirklich, der Zeitpunkt kann nicht früh genug sein. Denn alle wissen es. Alle haben Gefühle, Gedanken dazu. Und es ist oft eine unendliche Erleichterung und Erlösung, dass endlich darüber gesprochen wird. Wie man das machen kann, das kann man ja lernen. Also, es gibt ja diese Fragen: Was wissen Sie? Was beschäftigt Sie? Wovor haben Sie Angst? Welche Sorgen haben Sie? Was glauben Sie, wie Ihre Mutter sich fühlt? Man kann ja doch die Angehörigen auch aufeinander beziehen. Wie auch immer... Das sind Fragen, die mischen sich in keiner Weise in die Aufklärungsautorität der Ärzte ein. Und wir schulden es einander als Mitmenschen, uns in diesem Alleinsein nicht allein zu lassen, glaube ich.

Dieser Tag hat das für mich heute noch einmal sehr deutlich gemacht. Ich würde das als den Indikator für Hospizkultur sehen, dass man miteinander immer zu besseren, intelligenteren, entlastenderen Situationen kommt und die eigene Motivation dadurch gestärkt wird. Das ist ja das Verblüffende: Interessanterweise gibt es im Bereich der Hospiz- und Palliativkultur die geringste Personalfuktuation in der gesamten sozialen Versorgung. Obwohl man das Gegenteil annehmen möchte, nämlich dass die Leute unter der psychischen Belastung kollabieren. Dort, wo es funktionierende Teamstrukturen und Kommunikationsstrukturen gibt, ist auf Dauer die Bindungsfähigkeit an diese Arbeit enorm hoch. Das ist eigentlich überzeugend.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Das ist ja auch heute in den Rückmeldungen aus den Workshops immer wieder deutlich geworden: das Thema Kommunikation. Das Tabuthema benennen, deutlich machen, darüber sprechen. Deshalb sitzen wir hier zusammen, deshalb suchen wir nach nächsten Schritten, nach neuen Möglichkeiten. Es geht darum, das anzugehen und zu sagen: Ja, es soll kein Tabuthema mehr sein. Es soll, wo auch immer es geht, öffentlich gemacht werden. – Vielen Dank! Gibt es weitere Fragen, Rückmeldungen oder Ergänzungen – auch vom Podium?

Karin Helmer:

Ja, vielleicht noch mal das: Ich kann das Anliegen der Pflegekräfte ganz gut verstehen, die mich fragen: ‚Ja, aber Frau Helmer, sollen wir uns denn gleich, wenn wir das Aufnahmegespräch führen, hinsetzen und sagen: Nun sind Sie gerade hier angekommen und jetzt frage ich Sie schon mal, wie Sie sterben wollen.‘ Das geht ja irgendwie nicht, da hat man ein komisches Gefühl dabei. Ich kann das gut nachvollziehen.

Diese Frage nach dem richtigen Zeitpunkt, die ist so schwer zu beantworten. Deshalb möchte ich Ihnen gern von einigen Erfahrungen erzählen, die andere Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung einer Abschiedskultur gemacht haben. In dem Moment nämlich, wo eine Abschiedskultur, ein Abschiedsraum so vorhanden ist, dass er allen Bewohnern auch zugänglich ist, kommt in den Bewohnern, aus den Bewohnern das Bedürfnis, darüber zu reden.

Zeitpunkte gilt es vielleicht auch abzapfen. Es ist jemand gestorben im Heim, das beschäftigt alle Bewohner. Und wenn es dann noch einen Ort gibt, wo diese Bewohner auftauchen, sei es, um sich irgendwo einzutragen, eine Kerze anzuzünden etc., dann kann man diese Zeitpunkte – auch mit einer kleinen Hemmschwelle – gut nutzen, um genau darüber ins Gespräch zu kommen.

Vielleicht geht es auch an der einen oder anderen Stelle darum, sich selber zu sensibilisieren, solche Signale und Stimmungen einfach aufzufangen und nicht zu entscheiden, ja standardisiert womöglich noch, das schon bei der Aufnahme abzufragen oder erst bei der Anamneseerhebung vierzehn Tage später. Ich glaube, es ist eher auch eine klimatische Sensibilisierung. Dann entsteht so etwas wie ein Domino-Effekt. Wenn Sie irgendwas anschieben und dann sensibel sind, dann kommt das andere nach. Das ist meine Erfahrung.

Perdita Naumann:

Ich würde das gern aus der Praxis noch ein bisschen ergänzen. Das ist für mich immer die sogenannte Türklinkenkommunikation. Diese Frage nach dem Sterben wird eigentlich so häufig in dem Moment von Patienten und auch von Angehörigen angesprochen, wenn ich eigentlich schon aus der Tür bin. Und dann versuchen sie uns ja auch manchmal so ein bisschen auszutesten, ob wir offene Ohren haben, ob wir genau hinhören in diesem Moment. Und selbst wenn, ob wir uns dann auch Zeit nehmen für genau diesen Moment.

Ich glaube, das haben wir auch versucht, in unserem Workshop zu erarbeiten, dass das wiederum auch unsere Haltung ist, mit der wir dem anderen signalisieren: Es ist der richtige Moment.

Das war das, was Professor Heller sagte: Wir können nicht früh genug anfangen, das Thema überhaupt in den Mund zu nehmen und auszusprechen. Das bedeutet aber auch, dass wir nicht früh genug damit anfangen können, unsere Ohren zu öffnen für die Bedürfnisse der Menschen, die uns anvertraut sind. Und da ist der richtige Zeitpunkt eigentlich immer vorhanden.

Nur darf er nicht mit Macht von uns übergestülpt werden, sondern wir müssen umgekehrt sensibel werden für das, was in den Angehörigen und vor allem auch in den Bewohnern vor sich geht. Und dann hinhören.

Es ist nur noch einmal eine Verstärkung aus der Praxis, dass genau das letztendlich immer wieder in einem Moment kommt, wo wir gar nicht mehr damit rechnen – und schon weg sind.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Ja, davon gibt es jede Menge Situationen im Alltag. Frau Jäck, Sie haben mir gestern von einer Situation erzählt, die zwischen Mülltonnen und Parkplatz stattgefunden hat. Mögen Sie davon noch einmal berichten? Es passt so zum Thema.

Regina Jäck:

Ja, Frau Sievers-Schaarschmidt, es war eine ganz ungewöhnliche Situation. Zu einer späten Zeit auf unserem Parkplatz an den Mülltonnen. Dort wurde ich angesprochen von dem Sohn einer Bewohnerin. Es ging zunächst um seine Mutter, die im Moment stark abbaut, in der Wohnung lebt und öfter des nachts Hilfe braucht, weil sie fällt. Über diesen kurzen Kontakt und die Absprachen über die Problematik mit der Mutter sind wir ins Gespräch gekommen.

Dabei erzählte er mir von sich und seiner Ehefrau, die vor einem halben Jahr verstorben ist. Ich war über seine Mutter ein wenig informiert, aber nicht im Detail. Und so entwickelte sich in diesem Moment – ich glaube, ich kann gar nicht Gespräch dazu sagen, ich war die Zuhörende und er hat gesprochen. In diesem Moment hat er angefangen, über die zweiundzwanzig Jahre zu sprechen, die er mit seiner Frau gelebt hat, die da auch schon krank. Und wie Sie auch schon gesagt haben, Herr Professor Heller, war er seit zweiundzwanzig Jahren auch ein Trauernder. Und er hat mir von seinem Abschied erzählt und ganz intime Dinge. Wenn ich das jetzt hier erzähle, geht es mir wieder sehr nahe. Ich glaube, das reicht.

Bärbel Sievers-Schaarschmidt:

Danke, Frau Jäck für dieses Beispiel. Also, es gibt nicht ‚den richtigen Ort‘, es gibt nicht ‚die richtige Zeit‘. Wenn wir die Ohren öffnen und sensibel sind, kann dieses Gespräch immer und überall stattfinden.

Ja, wenn es keine weiteren Wortmeldungen mehr gibt, dann beende ich mit Blick auf die Uhr jetzt diese Fachtagung.

Ich bedanke mich für Ihre Teilnahme, für die interessanten Gespräche, für die vielen positiven Rückmeldungen. Ich hoffe natürlich, dass wir Ihnen einige weitere Schritte verdeutlichen konnten und vielleicht auch einige Stolpersteine, über die man ja nicht unbedingt immer wieder fallen muss.

Im Namen der Veranstalter, die Ihnen auch über diesen Tag hinaus unterstützend zur Seite stehen, wünsche ich Ihnen gutes Gelingen für den nächsten Schritt auf dem Weg zur Integration von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Ihrem Haus.

Auf Wiedersehen!

Nachwort: Ergebnisse und Perspektiven

Mit Stand vom 31. Mai 2006 lagen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 35 Anträge von Pflegeheimen auf Förderung der Implementierung von hospizlichen und palliativpflegerischen Versorgungsangeboten vor.

Diese Hamburger Pflegeheime machen sich derzeit allein oder zusammen mit anderen Einrichtungen unter dem Dach eines Verbands auf den Weg, Sterbebegleitung und Abschiedskultur strukturell in ihren Einrichtungen zu verankern.

Um die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und des Austauschs untereinander auch im Rahmen dieser Dokumentation zu unterstützen, nennen wir im Folgenden Namen und Ansprechpartner/innen der Einrichtungen, die sich derzeit an dem dreijährigen Förderprojekt beteiligen:

APH Schnelsen, Frau Grams, Tel. 5597490

CURA Seniorenwohnanlage Haus Lerchenberg, Herr Tobola, Tel. 603080

Diakonisches Werk, Frau Helmer, Tel. 30620-349

Albertinen-Haus
Altenheimstiftung Flottbek/Nienstedten
Auguste-Viktoria-Stiftung
Bischof-Ketteler-Haus
Bodemann-Heim Finkenwerder
Das Epiphanienghaus Alten- und Pflegeheim
Das Rauhe Haus, Haus Weinberg
Elisabeth-Haus
Ev. Bugenhagen-Haus
Feierabendhaus
Haus Johannes XXIII
Haus St. Johannis Alten- und Pflegeheim
Haus St. Theresien
H. & L. Schilling-Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist, Das Altenheim im Alstertal
Martha-Haus
Residenz am Wiesenkamp
Seniorenzentrum St. Marcus
Stiftung Altenheim St. Johannis/St. Nikolai
Wohn- und Pflegeheim Tabea

DPWV, Frau Christ, Tel. 415201-54

Diesterweg-Stiftung
Johann Carl Müller Stiftung
K.D. Feddersen Stiftung
Kursana Residenz Hamburg-Niendorf
Max Brauer Haus
Senator-Ernst-Weiß-Haus
Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft e. G.

Haus Alstertal Seniorenpflegegesellschaft, Frau Lorenz, Tel. 507150

p & w Pflegezentrum „Die Oberaltenallee“, Herr Haeslop, Tel. 2022-3401

p & w Pflegezentrum Heimfeld, Herr Westphely, Tel. 2022-4019

p & w Pflegezentrum Wilhelmsburg, Herr Westphely, Tel. 2022-4241

Seniorenpflegeheim Haus Burgwedel, Frau Ternirsen, Tel. 55977310

Senioren & Pflegeheim Margaretenhof, Frau Fibrich-Röhrmann, Tel. 6048742

Die BSG hat zwischenzeitlich eine „**Förderrichtlinie zur Implementierung hospizlicher und palliativpflegerischer Versorgungsangebote**“ erstellt, die es Pflegeheimen auch über den 30.04.06 hinaus ermöglicht, Zuwendungsanträge zu stellen.

Vielfältige Angebote zur Unterstützung der Implementierung in Form von externer Beratung bzw. Prozessmoderation und von thematisch einschlägigen Schulungsangeboten für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen stehen in Hamburg zur Verfügung. Informationen sind u. a. über das „**Netzwerk-Nord – Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenpflegeheim**“ erhältlich.

Dieses Netzwerk, in dem sich implementierende Pflegeheime zusammengeschlossen haben, wurde bereits im Vorfeld der Fachtagung initiiert. Derzeit hat das Netzwerk-Nord 12 Mitgliedseinrichtungen, Tendenz steigend. Vertreter treffen sich zwei Mal im Jahr, um den laufenden Prozess der Implementierung einrichtungsübergreifend durch fachlichen Input und Austausch zu fördern. Das erste Netzwerk-Nord-Treffen hat am 09.05.06 stattgefunden.

Das zweite Treffen ist auf den 12.09.06 terminiert. Dann wird es um das Thema „Projektgruppen – Sinnvolle Zusammensetzung und effektive Arbeitsweisen“ gehen. Kontakt und Netzwerkpflege hat Frau Bärbel Sievers-Schaarschmidt übernommen, die Sie in der Beratungsstelle CHARON erreichen.

Die BSG wird den Prozess der Implementierung in Hamburg zusätzlich zur thematischen Kick-off-Fachtagung im März 2006 und über die finanzielle Förderung hinaus kontinuierlich und nachhaltig unterstützen.

Die Veranstalter der Fachtagung wünschen allen jetzt implementierenden Einrichtungen in Hamburg erfolgreiche Schritte auf ihrem eigenen Weg zu Hospizkultur und Palliativkompetenz.

Damit verbunden ist in jedem Fall ein Gewinn für die tägliche Arbeit im Pflegeheim, für das Profil des eigenen Hauses und für die Betreuung und Versorgung der älteren Menschen in unserer Stadt.

Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen können darauf vertrauen, dass eine Kultur des würdigen Lebens und Sterbens im Alter nicht nur von engagierten Einzelnen getragen wird, sondern mehr und mehr auch in den Strukturen der Organisationen und in der Haltung der Gesellschaft verankert ist.

Auf diesem Weg stehen wir Ihnen auch weiterhin unterstützend zur Verfügung.

Hamburg im Juli 2006

Behörde für Soziales, Familie Gesundheit und Verbraucherschutz

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e. V.

Beratungsstelle CHARON

Anhang

Zur Person der Referenten und Workshopleitungen

Buchheister, Lutz, Diakonisches Werk TABEA

Lutz Buchheister ist Diakoniewerkspastor. Als solcher ist er mit einem Schwerpunkt u. a. für die Tabea Hospiz-Dienste tätig und leitet den Bereich der Aus- und Fortbildung für ehrenamtliche Helfer/innen in den ambulanten und stationären Tabea-Versorgungsangeboten.

Heller, Prof. Dr., Andreas, Universität Klagenfurt

Andreas Heller hat seine fachlichen Schwerpunkte in den Bereichen Theologie, Ethik, Sozialwissenschaft und Organisationsentwicklung. Im Rahmen seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit ist er u. a. Leiter der Abteilung „Palliative Care und Organisationsethik“ des IFF, Wien.

Helmer, Karin, CareCert/Diakonisches Werk

Karin Helmer ist u. a. Sozialmanagerin und systemische Organisationsentwicklerin und in diesem Bereich als freiberufliche Beraterin und Dozentin für unterschiedliche Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens tätig. Seit 01.01.06 ist sie Referentin im Diakonischen Werk.

Jäck, Regina

Alida Schmidt-Stiftung

Regina Jäck ist u. a. Sozialpädagogin und als solche Einrichtungsleiterin des Max Brauer Hauses. Als Mitglied der hausinternen Projektgruppe arbeitet sie derzeit aktiv an der Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in den Pflegestationen des MBH.

Janzen, Wolfgang, Martha Stiftung

Wolfgang Janzen ist u. a. Sozialpädagoge. Er ist im Seniorenzentrum St. Markus tätig. Als Bereichsleiter Altenhilfe ist er Mitglied der Hospizarbeitsgruppe, die die Implementierung von Hospizarbeit in den Einrichtungen der Martha Stiftung aktiv vorantreibt.

Kittelberger, Frank, Innere Mission München

Frank Kittelberger ist u. a. Pfarrer, Pastoralpsychologe, Gruppenanalytiker und Supervisor. Neben selbstständiger Tätigkeit leitet er das Projekt „Leben bis zuletzt – Palliativbetreuung in Alten- und Pflegeheimen“ im Rahmen der Projektstelle Hospizarbeit in der IMM.

- Mitglied der BAG Fachgruppe „Hospizarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“

Klützke-Naumann, Perdita, Selbstständige Palliativtrainerin

Frau Klützke-Naumann ist u. a. examinierte Krankenschwester, Trauerbegleiterin und ausgebildet in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Sie ist als Leiterin/Trainerin für Palliative Care Fortbildungskurse selbstständig für unterschiedliche Einrichtungen tätig.

Riemenschneider, Marie-Luise, Diakonisches Werk TABEA

Marie-Luise Riemenschneider ist Pastorin, Trauerbegleiterin und Palliative Care Fachkraft. Für die Tabea Hospiz-Dienste ist sie u. a. für die Koordination der ehrenamtlichen Helfer/innen in den stationären und ambulanten Versorgungsangeboten tätig.

Steurer, Dr., Jochen, MediAcion

Jochen Steurer ist u. a. Doktor der Theologie und Supervisor. Er ist im Bereich der Beratung zur Implementierung von Palliative Care und Hospizarbeit in stationären Einrichtungen tätig und Leiter/Trainer von Palliativkursen in der ambulanten Hospizarbeit.

- Mitglied der BAG Fachgruppe „Hospizarbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“

Herausgeber

**Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz**

Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg
Tel. 040 / 428 63-4031
Fax 040 / 428 63-4072
E-Mail: Reinhild.Pook@bsg.hamburg.de



Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e.V.

Geschäftsstelle: c/o Förderverein der Palliativstation
im Asklepios Westklinikum Hamburg
Suurheide 20, 22559 Hamburg
Tel./Fax 040 / 81 91 24 77
E-Mail: info@palliativ-rissen.de



Beratungsstelle CHARON

Hilfen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer
Curschmannstraße 9, 20251 Hamburg
Tel. 040 / 22 52 53
Fax 040 / 22 52 01
E-Mail: charon@hamburger-gesundheitshilfe.de

