

Dasein wenn es still wird.

**Die Nachhaltigkeit der implementierten
Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe**

von

Donata Beckers

Verfasst für die *Bayerische Stiftung Hospiz*

Frühjahr 2006

TODES-ERFAHRUNG

Wir wissen nichts von diesem Hingehn, das
nicht mit uns teilt. Wir haben keinen Grund,
Bewunderung und Liebe oder Haß
dem Tod zu zeigen, den ein Maskenmund

tragischer Klage wunderbarlich entstellt.
Noch ist die Welt voll Rollen, die wir spielen.
Solang wir sorgen, ob wir auch gefielen,
spielt auch der Tod, obwohl er nicht gefällt.

Doch als du gingst, da brach in diese Bühne
ein Streifen Wirklichkeit durch jenen Spalt
durch den du hingingst: Grün wirklicher Grüne,
wirklicher Sonnenschein, wirklicher Wald.

Wir spielen weiter. Bang und schwer Erlerntes
hersagend und Gebärden dann und wann
aufhebend; aber dein von uns entferntes,
aus unserm Stück entrücktes Dasein kann

uns manchmal überkommen, wie ein Wissen
von jener Wirklichkeit sich niedersenkend,
so daß wir eine Weile hingerissen
das Leben spielen, nicht an Beifall denkend.

(Rainer Maria Rilke 2004, S. 464-4-465)

Inhaltsverzeichnis

A. EINLEITUNG.....	1
B. THEORIETEIL.....	4
1. Die Gleichwertigkeit von Lebensort und Sterbeort im Heim durch die Hospizidee.....	4
1.1. Die existentielle Bedeutung von Wohnen.....	4
1.2. Sterbeort Heim.....	6
2. Der Begriff der Nachhaltigkeit im Spannungsfeld von Würde und Ökonomie.....	9
2.1. Die Bedeutung von Nachhaltigkeit im sozial-gesellschaftlichen Bereich.....	10
2.2. Mögliche Auswirkungen utilitaristischen Denkens auf die letzte Lebensphase.....	12
3. Implementierung palliativer Versorgung im Alten- und Pflegeheim.....	18
3.1. Veränderungen der Organisations- und Kommunikationsstruktur....	20
C. PRAXISTEIL.....	22
1. Die beteiligten Einrichtungen/Träger.....	23
2. Bausteine zur Nachhaltigkeit der Palliativbetreuung im Alten- und Pflegeheim.....	26
2.1. Strukturen.....	26

2.2. Verschriftlichung.....	27
2.2.1. Leitbild der Einrichtung/des Trägers.....	27
2.2.2. Leitlinien/Leitfaden/Pflegestandards für die jeweilige Einrichtung.....	28
2.2.3. Patientenverfügung/Vollmacht.....	29
2.2.4. Allgemeine Broschüren über das Thema Sterbebegleitung.....	30
2.3. Aus- und Weiterbildung.....	31
2.4. Fortbildungen.....	32
2.5. Arbeitskreise/Qualitätszirkel.....	33
2.6. Ehrenamtliche.....	34
2.7. Rituale.....	36
2.8. Spiritualität.....	38
2.9. Ärzte.....	38
2.10. Schmerzen.....	39
2.11. Dokumentation.....	42
2.12. Ethische Fallbesprechung.....	43
2.13. Kooperation/Vernetzung.....	45
2.14. Evaluation.....	46
2.15. Hospizbeauftrage/HospizkoordinatorIn.....	47
D. AUSBLICK.....	49
Literaturverzeichnis.....	51

A. EINLEITUNG

Das Gefühl der Endlichkeit belastet und belästigt unser Dasein, das wir in dem permanenten Bestreben um Sterbe- und Todesverweigerung zu gestalten versuchen. In dem vorangestellten Gedicht „Todes-Erfahrung“ von Rilke wird deutlich, wie die Abwehrhaltung beständiger Verdrängung die Fülle unseres Daseins auf das Einnehmen bestimmter Rollen in einem Bühnenstück zu reduzieren vermag. Die Künstlichkeit und die Zwanghaftigkeit einer derartigen Existenz beschleichen und zeigen uns ein unfreies Leben. Letztlich kann uns nur die „Todes-Erfahrung“, die das Zulassen einer Verlusterfahrung oder die Sterbebegleitung eines nahe stehenden Menschen meint, unserem Dasein zu einer Wahrhaftigkeit im Sinne von unverstellter Erkenntnis verhelfen. Rilke spricht von einem „Wissen von jener Wirklichkeit“ des Todes, die unser Leben vollendet. Auf der gesellschaftlichen Ebene hat die Abspaltung des Todes auch ein ethisches Gewicht: „Die Verdammung jeglichen Leids kommt der Zerstörung von Humanität gleich“ (Mennemann 1998, S. 173).

Einen sterbenden Menschen zu begleiten, bedeutet auf individueller Ebene eine Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit auszuhalten. Eine Gesellschaft, die sich ihrer schwerstkranken Mitglieder annimmt, gestaltet Lebensräume, in denen der Tod und damit die Sterbenden nicht verbannt werden müssen. Es ist keine neue Erkenntnis, dass unsere Gesellschaft ihre Energie darauf verwendet, Sterben wie auch Tod abzuspalten, weil sie sich messbarer Nützlichkeit und einer Sinnhaftigkeit zu entziehen scheinen. Unsere gepflegte Beziehungslosigkeit und Ignoranz gegenüber unserem eigenen Sterben hat zur Konsequenz, dass wir dem Sterben keinen würdigen Platz und Raum geben. Der Blick in unsere überalterte Gesellschaft zeigt uns aber, dass es immer komplizierter und unmenschlicher sein wird, den Tod aus unserem Leben herauszuhalten. Die Angst vor dem Tod und dem Sterben wird weitgehend durch die Präsenz des Alters potenziert, das dadurch auch mit einem Tabu belegt ist:

„Das ist das Schwierigste- die stillschweigende Aussonderung der Alternden und der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden, das allmähliche Erkalten der Beziehung zu Menschen, denen ihre Zuneigung gehörte, der Abschied von Menschen überhaupt, die ihnen Sinn und Geborgenheit bedeuteten“ (Elias 1982, S. 8).

Der Umgang mit schwerstpflegebedürftigen alten Menschen stellt eine Herausforderung an die gesellschaftlichen Versorgungsstrukturen dar, die einen dauerhaften Balanceakt zwischen einer ethischen Grundhaltung und wirtschaftlicher Verträglichkeit anstreben. Das Sterben in Organisationen ist eine Realität, die keine weitere Verdrängung verträgt, sondern die gesellschaftliche Verpflichtung gegenüber den Hilfsbedürftigen herausfordert. Den Weg von

einer Verwaltung hin zu einer Gestaltung des Sterbens in stationären Alteneinrichtungen zu gehen, bedeutet den Lebensraum Sterben zu schaffen.

Die Hospizbewegung, die sich zunächst nicht den alten sterbenden Menschen in Heimen zuwandte, setzte insbesondere seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts Veränderungsprozesse in Gang, die zur Enttabuisierung von Tod und Sterben beitrugen und Teilsysteme der Versorgungskette verbesserten. Im Hinblick auf die Alten- und Pflegeheime wird deutlich, dass nun in einem nächsten Schritt die Prinzipien Lebensqualität, Menschenwürde, Zuwendung und Begleitung nicht mehr nur in Hospiz- und Palliativeinrichtungen verwirklicht werden können (vgl. Zielinski 1993, S. 12). Das Sterben in Heimen wird in der Zukunft weiter zunehmen (vgl. Heimerl u.a. 2000c, S. 7) und so auch die Fragen nach Menschlichkeit und Würde in der Versorgung der BewohnerInnen. Auch die Bundesregierung erkennt im 4. Altenbericht die Umsetzung der Hospizidee in der Altenhilfe als eine notwendige Entwicklung an: „Die zahlenmäßige Zunahme von Menschen im hohen Lebensalter gibt dem Erhalt der Würde Hochaltriger und dem Thema Sterben, Tod und Trauer eine große Bedeutung“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 29). Es gibt zunehmend Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die die Haltung und die Inhalte der Hospizidee und ihres Palliative Care Konzeptes aufgreifen und einen Veränderungsprozess anstoßen. Das Umdenken einer Einrichtung auf allen Ebenen zielt auf die Gestaltung des Lebensraumes Sterben, den Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, wie folgt beschreibt: „... ich glaube, es geht nur um die Anerkennung der Würde des Menschen. Es geht nur darum, zu sagen: Dieser Mensch ist wichtig, und zwar bis zum letzten Atemzug seines Lebens“ (Saunders 1999, S. 24).

Diese informelle Studie, die eine erste Bestandsaufnahme über die Nachhaltigkeit implementierter Palliativbetreuung vorstellt, wird zunächst durch einen **theoretischen Teil** eingeleitet, der auf der von der Autorin im Jahr 2005 verfassten Diplomarbeit basiert (vgl. Beckers 2005). Der *Lebensraum Sterben* soll kurz skizziert werden, um zu zeigen, dass seine palliative Ausgestaltung einen notwendigen Veränderungsprozess in unserer sich demographisch wandelnden Gesellschaft im 21. Jahrhundert darstellt. Der Beginn einer derartigen Entwicklung in der stationären Altenhilfe birgt langfristig die Chance auf einen Paradigmenwechsel in der Regelversorgung. Dazu müssten sich zunächst immer mehr Einrichtungen für die Implementierung entscheiden und das ist bereits zu beobachten. Vor allem geht es aber um die Kontinuität des einmal angestoßenen Prozesses, der eine würdige „Kultur des Sterbens“ (Heller u.a. 2000d) lebendig hält und hier mit dem Begriff der

Nachhaltigkeit beschrieben wird. Die Implementierung ist von ethischer Relevanz, denn es geht um den Respekt vor dem Leben, der vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen und knapper finanzieller Ressourcen zunehmend zur Disposition steht. Nachhaltigkeit als grundlegender Wert schaut nicht nur auf die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit, sondern sucht den Ausgleich durch Gerechtigkeit, Wohlfahrt und Solidarität. Als zukunftsweisender, dynamischer und produktiver Prozess sollen langfristig nicht nur einrichtungsintern sondern auch zunehmend externe Entscheidungsträger beteiligt werden. Die Implementierung von Palliative Care und Hospizidee wird zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

Der **Praxisteil** fasst die Ergebnisse der Gespräche mit den Häusern/Trägern/Initiativen in Deutschland zusammen, die die Implementierung einer Palliativbetreuung nicht nur bereits initiieren sondern auch in einem gewissen Zeitraum praktizierte Nachhaltigkeit erproben konnten. Der weitaus größere Teil der stationären Einrichtungen in Deutschland, die den Prozess implementierter Palliativbetreuung begonnen aber als Projekt noch nicht abschließen konnten, sind in dieser Studie nicht berücksichtigt.

In der Frage um die Nachhaltigkeit implementierter Palliativbetreuung geht es einerseits um die einzelnen Einrichtungen und andererseits um gewisse Gütekriterien, die von allgemeiner Aussagekraft sind und somit sozialpolitische Überzeugungsarbeit bezüglich einer palliativ geprägten Versorgung alter Menschen in Heimen besitzen. Das bedeutet eine Gratwanderung, denn auf der einen Seite soll eine Implementierung auf die jeweilige Einrichtung zugeschnitten sein und auf der anderen Seite braucht es bestimmte Standards, um ein Niveau palliativer Betreuung im allgemeinen gewährleisten zu können. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen eine gewisse Vergleichbarkeit mit individuellem Spielraum.

B. THEORIETEIL

1. Die Gleichwertigkeit von Lebensort und Sterbeort im Heim durch die Hospizidee

2002 forderte die interdisziplinäre Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld die Bundesregierung in einem offenen Brief auf, die Einsetzung einer Heim-Enquete zu starten, weil sie die Institution „Heim“ nicht mehr als adäquate Versorgungsmöglichkeit pflegebedürftiger Menschen im 21. Jahrhundert sehe (vgl. Klie u.a. 2002 S. 6). Auch Koch-Straube wirft die Frage auf, ob die Institution Heim nicht eher eine Notlösung als ein an die Lebenssituation angemessener Ort ist (vgl. Koch-Straube 1997, S. 343). Allerdings spricht vieles dafür, dass Alten- und Pflegeheime als Versorgungsmöglichkeiten schwerstpflegebedürftiger Menschen erhalten bleiben, denn in den nächsten Jahren werden die Pflegeanforderungen aufgrund des demographischen Wandels eher steigen und die Familiennetze abnehmen (vgl. Beck 1986, S. 164; Reimann/Reimann 1994, S. 34-35). Die Pflegestatistik 2003 führt an, dass ein Trend zur „professionellen“ Pflege in Pflegeheimen zu verzeichnen ist. Die Zahl der in Heimen Versorgten stieg um 5,9% an, während der Anteil der zu Hause Versorgten von 70,4% auf 69,2% sank (vgl. www.destatis.de 2005. S. 3).

Tod und Sterben rücken immer mehr ins Zentrum des Heimalltags, der zur Herausforderung des gesamten Personals wird. Zu der sehr negativen Einstellung in der Öffentlichkeit gegenüber der Institution „Heim“ trägt auch die Vorstellung bei, dass dort ausschließlich und unwürdig gestorben wird. Nur 9% der deutschen Bevölkerung würden bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim ziehen (www.gerostat.de 2004a).

Insbesondere der Hospizgedanke sieht in seinem ganzheitlichen Ansatz das Sterben als Teil des Lebens, so dass der Lebensqualität im Heim bis zuletzt höchste Priorität eingeräumt wird. Die Entwicklung einer Heimlandschaft, in deren Lebensumfeld möglichst viel Normalität wie zu Hause gestaltet werden kann, entspricht hospizlichem Denken (vgl. Wilkening/Kunz 2003, S. 75). Der „Lebensraum Sterben“ soll die Möglichkeit zur Vervollständigung des Lebens bieten. Heime zum Leben sind auch gute Orte zum Sterben.

1.1. Die existentielle Bedeutung von Wohnen

Der 3. Altenbericht der Bundesregierung hebt die besondere Bedeutung des Wohnens „als Ressource des Alterns“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000. S. 243) hervor:

„Wohnen ist alltägliches Verhalten, zugleich aber auch wesentliches Erleben, z.B. im Sinne eines Gefühls des „Zuhause-Seins“ (Oswald 1996). Aufgrund von veränderten Kompetenzen, aber auch von veränderten Bedürfnissen, stellt das Wohnen im Alter eine besondere Herausforderung dar. Die in der Regel sehr lange Wohndauer alter Menschen an einem Ort sowie die damit einhergehende, hohe emotionale Verbundenheit mit diesem Ort lassen notwendig werdende neue Wohnentscheidungen im Alter in besonderer Weise krisenhafte Züge annehmen“ (ebd. 2000, S. 244).

Das Wohnen hat für den alternden Menschen eine zentrale Bedeutung, da er im höheren Lebensalter immer mehr Zeit in der eigenen Wohnung verbringt, weil sich sein Aktionsradius nach außen zunehmend verkleinert. Im Heim wird die Lebenssituation der alten Menschen durch ihre wohnlichen Voraussetzungen geprägt (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 247). Klingefeld weist auf zahlreiche Untersuchungen hin, die das eigene Zimmer als primären Umweltbezug der hochbetagten Menschen ausweisen. 90% aller Aktivitäten von HeimbewohnerInnen laufen innerhalb des Heimes ab; „runde 70% der Regsamkeit entfallen auf den räumlichen Kontext des eigenen Zimmers“ (Klingefeld 1999, S. 23; vgl. Falkenstein 2001, S. 72). Insbesondere für die HeimbewohnerInnen wird deutlich, dass die Frage nach ihrer Wohnsituation zugleich die Frage nach ihrer Lebenssituation ist. Laut Martin Heidegger ist das Wohnen gleichbedeutend mit dem Sein: „Die Art wie du bist und ich bin, die Weise, nach der wir Menschen auf der Erde *sind*, ist das Buan [mittelhochdeutsch], das Wohnen. Mensch sein heißt: als Sterblicher auf der Erde sein, heißt: wohnen“ (Heidegger 1991, S. 90). Bollnow stellt heraus, dass der innere Frieden eines Menschen mit der „Umfriedung seines Wohnraumes“ aufs engste zusammen hängt (zitiert nach Dringenberg 1995, S. 8). Räumlich geborgen zu sein schafft unter dieser philosophisch gewonnenen Perspektive nicht nur die Voraussetzung für die körperliche Existenz, sondern macht vor allem auch die geistige Existenz möglich (vgl. ebd. S. 10), denn „Wohnen ist einer der zentralen Lebensbereiche, in dem sich *Raum* für Sinngebung entfaltet“ (Supe 2000, S. 82). Kruse und Wahl sprechen von einer „ortgebundenen Identität“ (Kruse/Wahl 1994, S. 16), die der alte Mensch mit seiner Heimübersiedlung zunächst aufgibt.

Neben den menschlichen Bedürfnissen nach Schutz und Geborgenheit spielen Autonomie und Kontrolle eine zentrale Rolle in der Bedeutung des Wohnens. So ist es für den alternden Menschen wichtig, sein Umfeld und seinen Alltag in gewisser Weise selbstbestimmt bewältigen und kontrollieren zu können. Die von ihm geprägte Wohnidentität ist der Ausdruck seines Seins, die wiederum seine Würde ausmacht. Somit bedeutet die Aufgabe der eigenen Wohnverhältnisse, die eine Heimübersiedlung nach sich zieht, eine die menschliche Existenz herausfordernde und sehr oft gefährdende Entscheidung. Eine der wichtigsten

Aufgaben der stationären Altenpflege kommt daher der Gestaltung dieser existentiellen Krisenbewältigung zu.

Klingensfeld formuliert: „Das negative Bild von Heimen wirft die Frage auf, ob das Beheimatetsein in einer solchen Institution negative Konsequenzen für die Heimbewohner nach sich zieht“ (Klingensfeld 1999, S. 66). In einer Umfrage des Deutschen Zentrums für Altersfragen über Wohnpräferenzen bei Hilfebedürftigkeit geben 83,1 % der 70-85jährigen Männer und 78% der Frauen an, dass sie im Falle stärkerer Hilfsbedürftigkeit trotzdem lieber in ihrer eigenen Wohnung bleiben möchten. In ein Seniorenheim/Pflegeheim zu ziehen, erwägen nur 11,9% der Männer und 13,8% der Frauen dieser Altersgruppe (www.gerostat.de 2004a). Laut Klingensfeld haben diverse Autoren in Untersuchungen herausgefunden, dass die Lebenszufriedenheit bei HeimbewohnerInnen niedriger liegt als bei denen, die noch zu Hause leben (Klingensfeld 1999, S. 66).

Diese gedankliche Abspaltung der Alten- und Pflegeheime von dem, was der Mensch „Zuhause“ nennt, setzt Kittelberger (Leiter der Projektstelle Hospizarbeit in der Abteilung Altenhilfe der Inneren Mission München) eines der positiven Effekte der Implementierung der Hospizidee entgegen: „Wir stellen fest, dass im Zuge des Projektes mehr und mehr darüber nachgedacht wird, dass unsere Alten- und Pflegeheime ein Zuhause sind“ (Kittelberger 2002, S. 3). Das Konzept des St. Josefs-Heimes in München (C. Praxisteil) das nach der Implementierung entstand, stellt die Bedeutung des Wohnens als einen Qualitätsmaßstab der Einrichtung heraus:

„Für die BewohnerInnen stellt das St. Josefs-Heim nicht allein einen Ort der Pflege und Betreuung dar. Als Wohnort bildet es über Monate oder Jahre hinweg den eigentlichen Lebensmittelpunkt. Dieser soll trotz der besonderen Lebenssituation der BewohnerInnen selbstbestimmt sein und den Wünschen nach Privatsphäre gerecht werden“ (St. Josefs-Heim 2004 S. 6).

Schüller macht deutlich, dass der Ansatz palliativer Versorgung alter Menschen im Alten- und Pflegeheim die existentiellen Bedeutung des Wohnens integriert: „Sieht man das Alter als eigenständigen Lebensabschnitt und die Alten als Menschen mit dem Bedürfnis nach Sinn und Selbstverwirklichung, so muss der Lebensraum Anlässe und Orte für die Sinnsuche und das Finden von Antworten bieten“ (Schüller 2000, S. 182).

1.2. Sterbeort Heim

Das Sterben hat sich zunehmend in Organisationen verlagert. Obwohl der größte Teil der Menschen (90%) zu Hause sterben möchte, sterben 70 bis über 80% der Bevölkerung in Einrichtungen des Gesundheitswesens (vgl. Student u.a. 2004, S. 9; Zeman/Tesch-Römer

2003, S. 7) und davon wiederum 30% im Alten- und Pflegeheimen (Orth u.a. 2002, S. 1). Die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung auf der einen und das Schwinden der Kindersterblichkeit auf der anderen Seite führten dazu, dass 1999 nur 13,1 % der Todesfälle unter 60 Jahren aber 44% der Menschen über 80 Jahre betrafen (vgl. Zeman/Tesch-Römer 2003, S. 4).

Gegenüber 2001 hat die Bedeutung der stationären Versorgung zugenommen, so dass die Zahl der Heime um 6,3% und die mit vollstationärer Dauerpflege um 5,3% anstieg (vgl. Statistisches Bundesamt, www.destatis.de 2005, S. 7). Die viel zitierte Zahl von 4-5% der Bevölkerung über 65 Jahre, die im Heim leben, trägt zu einem unvollständigen Bild der Realität bei, denn das durchschnittliche Eintrittsalter in ein Heim lag zur Jahrtausendwende bei 83 Jahren (vgl. Kruse/Wahl 1994, S. 18; Baltes/Zank 1998, S. 63; Klingefeld 1999, S. 18) und steigt seitdem weiter an. Klingefeld stützt sich auf Untersuchungen, die belegen, „dass jeder Fünfte die letzte Zeit seines Lebens im Heim verbringt“ und dass das „Institutionalisierungsrisiko“ für ältere Menschen bei 20% liegt (ebd. S. 17). Die demographische Entwicklung macht deutlich, dass, obwohl die ambulante Pflege immer noch eine größere Rolle spielt, die Bedeutung des Alten- und Pflegeheimes in der Versorgungsstruktur Hochbetagter heute und insbesondere in der Zukunft nicht unterschätzt werden darf. Laut einer Studie an der psychiatrischen Klinik der TU München werden 20,5% des letzten Lebensjahres im Alten- und Pflegeheim verbracht und nur 9,3 % im Krankenhaus. Allerdings versterben 49,7% im Krankenhaus und nur 21,2% im Heim (vgl. Heller 2000a, S. 23).

Das Statistische Bundesamt berechnet die Zunahme der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Überalterung der Gesellschaft, in deren Folge 14,4 Millionen in Deutschland 65 Jahre und älter sind (vgl. www.gerostat.de 2004b). Die Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) wird von 2,04 Millionen Menschen im Jahre 2001 auf 2,36 Millionen im Jahr 2010 ansteigen (Statistisches Bundesamt, www.destatis.de 2001 S. 41). Da die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden mit dem 80igsten Lebensjahr stark ansteigt, vergrößert sich somit auch die Möglichkeit in einem Alten- und Pflegeheim zu versterben, weil die ambulante Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann (vgl. Wilkening 2004, S. 177; Heller 2000b, S. 135). Von den 80 bis 84Jährigen sind 38,4% und in der Altersgruppe der 90Jährigen 60,2% pflegebedürftig (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 250).

Eine Studie von 1999, die in 40 Duisburger Heimen durchgeführt wurde, zeigt den bundesweiten Trend auf, wonach 84% aller Plätze mit Pflegebedürftigen belegt waren, die sich auf die Pflegestufen I mit 21%, II mit 35% und III mit 28% verteilten (vgl. Sowarka

2000, S. 69). Insbesondere nimmt die Pflegebedürftigkeit bei Neuzugängen zu (vgl. ebd. S. 69). Zusammenfassend kann man sagen, dass der körperliche und seelische Gesundheitszustand der ins Heim kommenden BewohnerInnen als schlecht und zum Teil als schwerstkrank zu bezeichnen ist. 70% der BewohnerInnen kommen direkt aus dem Krankenhaus ins Heim. Es wird deutlich, dass der Grund für die Heimübersiedlung bei der Mehrheit der BewohnerInnen in ihrem sich verschlechternden Gesundheitszustand begründet liegt. Die Unfreiwilligkeit der Heimübersiedlung, die kaum Zeit lässt zu einer Vorbereitung, verschärft oftmals den schlechten Allgemeinzustand der neuen BewohnerInnen. Klingensfeld hebt hervor, dass der Kontrollverlust, den die BewohnerInnen subjektiv erleiden, ungünstige psychische Folgeerscheinungen nach sich zieht (vgl. Klingensfeld 1999, S.43).

Die Mehrzahl der HeimbewohnerInnen leiden unter physischen, psychischen und vor allem funktionalen Beeinträchtigungen, die häufig aus chronischen Krankheiten resultieren (vgl. Baltes/Zank 1998, S. 63). Laut Alsheimer und Kittelberger leiden 80% der PflegeheimbewohnerInnen unter chronischen Schmerzen, die oft nur unzureichend behandelt werden (vgl. Alsheimer/Kittelberger-Materialien 2004, S. 2).

Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, unter denen insbesondere die Demenz und die Depression zu nennen sind, prägen den Heim- und Pflegealltag. Der 4.Altenbericht geht davon aus, dass etwa 40% mittelschwer und schwer demenzkranke Menschen mit hohem Bedarf in Pflegeheimen betreut werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 264). Alsheimer und Kittelberger gehen von einem Bundesdurchschnitt dementiell erkrankter HeimbewohnerInnen von 50-60 % aus (Alsheimer/Kittelberger-Materialien 2004, S. 2), der auch in den an dieser Studie beteiligten Häusern zugrunde liegt und manchmal bereits übersteigt. In den geführten Gesprächen wurde auch deutlich, dass die Depression im Alten- und Pflegeheim eine bedeutende aber kaum beachtete Rolle spielt und daher oft aufgrund ähnlicher Symptome der Demenz zugeordnet wird.

Die sich verschärfende Pflegebedürftigkeit und die sich beständig verkürzende Lebensspanne lassen kaum die Vorstellung des Heimes als Ort des Lebens zu. Durch die Einführung der DRGs (Diagnostic Related Groups) im Krankenhaus wird sich das Alten- und Pflegeheim noch stärker mit schwerstkranken Menschen konfrontiert sehen und sich weiter zu einem Sterbehäus entwickeln. 33% der BewohnerInnen versterben innerhalb der ersten drei Monate und 46% während des ersten halben Jahres nach Einzug ins Pflegeheim (vgl. Falkenstein 2001, S. 65). Die durchschnittliche Lebenserwartung auf einer Pflegestation liegt unter sieben Monaten (vgl. Alsheimer/Kittelberger 2004, S. 2; Orth/Alsheimer 2003, S. 16). Somit wird das Sterben in der stationären Altenhilfe zum alltäglichen Ereignis und zur

Herausforderung der Einrichtungen. Der palliative Versorgungsansatz kann (Lebens-)Raum geben, in dem sich Autonomie, Abhängigkeit und Sinnggebung würdevoll gestalten lassen.

2. Der Begriff der Nachhaltigkeit im Spannungsfeld von Würde und Ökonomie

„Sterben! Was heißt das? Siehe, wir träumen, wenn wir vom Tode reden.
Ich habe manchen sterben sehen; aber so eingeschränkt ist die Menschheit,
dass sie für Ihres Daseins Anfang und Ende keinen Sinn hat“
(Goethe in Meuer 1999, S. 19).

Das übergeordnete Ziel der Hospizbewegung war und ist, den gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben zu verändern, indem sie gegen die Tabuisierung aufbegehrt. Die Entwicklung eigener Modelle außerhalb der Regelversorgung war zunächst die einzige Möglichkeit, eigene Haltungen und Kompetenzen zu gestalten und zu verbreiten (vgl. Pleschberger 2001, S. 12). Die Implementierung der Hospizidee in die Alten- und Pflegeheime baut auf diesen Erfahrungen auf und stößt einen nächsten Prozess an, an dessen Ende die Reintegration palliativer Betreuung in das Versorgungssystem stehen kann. Ob die Implementierung den Übergang vom Projektstatus hin zu einer Etablierung fester Strukturen vollziehen kann, ist derzeit noch offen und von vielen Faktoren abhängig.

Für Heimerl kommt es besonders darauf an, „ob die politischen und ökonomischen Voraussetzungen auf der Seite von Palliative Care sind“ (Heimerl 2000a, S. 159). Der politische Kontext sollte über kurzfristige ökonomische Ziele und Wirksamkeit hinausgehen und eine dauerhafte ethische Verankerung innerhalb der Gesellschaft erwirken. Wie der Nationale Ethikrat im März 2004 bekräftigte, hat Sterben eine gesellschaftliche Dimension und „letztlich müssen wir aus gesellschaftlicher Perspektive auch die politischen Grenze dessen setzen, was die Gesellschaft als Rahmenbedingungen für die Gestaltung würdigen Sterbens setzen möchte“ (www.nationalerethikrat.de 2004, S. 19). Gesundheitsökonomie und der Grundgedanke der Würde im Zusammenhang mit Tod und Sterben gehen dabei ein Spannungsverhältnis ein.

Die Verwendung des Würdebegriffes hat mit der Diskussion um die aktive Sterbehilfe eine Differenzierung erfahren. Rüegger weist darauf hin, dass nunmehr zwischen der *inhärenten* und der *kontingenten* Würde zu unterscheiden ist. *Inhärent* meint, dass dem Menschen Kraft seines Menschseins Würde zukommt, wohingegen die *kontingente* Würde abhängig ist von seinen Lebensumständen (vgl. Rüegger 2003, S. 79-80). Wenn die Würde nicht mehr durch das Sein bestimmt ist, kann sie grundsätzlich verlierbar (vgl. ebd.) oder unter manchen Lebensumständen schwer erkennbar sein (vgl. Wilkening/Kunz 2003, S. 46). Die Würde alter,

schwerstpflegebedürftiger Menschen wird in diesem Rahmen verhandelbar, unter Umständen auch unter ökonomischen Kriterien.

Die angestrebte Dauerhaftigkeit des Implementierungsprozesses steht im Spannungsfeld von Würde und Ökonomie und sollte daher mit einem Begriff belegt sein, der nicht nur die Kontinuität unter wirtschaftlich erfolgreichen Aspekten beschreibt, sondern darüber hinaus Bezug nimmt auf seine soziale und wertorientierte Zukunftsfähigkeit. Obwohl das Wort „nachhaltig“ in den letzten Jahren von seiner Bedeutung her strapaziert und entfremdet wird, soll im Weiteren gezeigt werden, dass Nachhaltigkeit neben den ökologischen und ökonomischen Perspektiven eine soziale Dynamik besitzt, die das Ziel verfolgt: „Allen Mitgliedern der Gesellschaft soll durch die Befriedigung ihrer materiellen und immateriellen Grundbedürfnisse eine menschenwürdige Existenz ermöglicht werden“ (Empacher 2002, S. 6).

2.1. Die Bedeutung von Nachhaltigkeit im sozial-gesellschaftlichen Bereich

Das Prinzip der Nachhaltigkeit stammt ursprünglich aus der Forstwirtschaft (Hans Carl von Carlowitz 1645-1714) und forderte, nicht mehr Holz zu schlagen als im gleichen Zeitraum nachwachsen konnte. In den 80iger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde dieser Begriff in Bezug auf die Umwelt- und Entwicklungspolitik wieder entdeckt. Die Brundtland-Kommission formulierte 1987 die auch heute noch gültige Definition für nachhaltige Entwicklung, die seit der Konferenz von Rio 1992 international anerkannt ist: „Dauerhafte Entwicklung, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und ihren Lebensstil zu wählen“ (Brundtland-Kommission, www.lernende-regionen.de 2004). Zusätzlich zur Umweltverträglichkeit werden Sozialverträglichkeit und die Einhaltung der Menschenrechte gefordert. Die Grundauffassung von Nachhaltigkeit basiert somit auf dem Zusammenwirken ökologischer, ökonomischer und sozialer Zielsetzungen, die alle Bereiche gesellschaftlichen Handelns umfassen. Kreß weist darauf hin, dass Nachhaltigkeit auch eine Bildungsfrage ist, denn in den hoch industrialisierten Ländern bedarf die nachhaltige Entwicklung Veränderungen und Einschränkungen bestimmter Wirtschafts- und Lebensstile (vgl. Kreß 1999, S. 160). Verantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität werden zu ethischen Schlüsselbegriffen. Im April 2001 wurde von der Bundesregierung der Rat für Nachhaltige Entwicklung berufen, der sich zum Ziel macht: „Wir müssen unseren Kindern und Enkelkindern ein intaktes ökologisches, soziales und ökonomisches Gefüge hinterlassen. Das eine ist ohne das andere nicht zu haben“ (www.nachhaltigkeitsrat.de 2004, S. 1).

Soziale Nachhaltigkeit wird oftmals als nachrangig im Sinne von ökologischer oder ökonomischer Sozialverträglichkeit verstanden. Das Institut für sozial-ökologische Forschung in Frankfurt, das sich intensiv mit der sozialen Dimension der Nachhaltigkeit auseinandersetzt, stellt fest, dass insbesondere solche Phänomene, die die Qualität sozialen Handelns ausmachen, in diesen Perspektiven ausgeblendet werden (vgl. Empacher 2002, S. 2). Es wird davon ausgegangen, dass die Gesellschaft dauerhaft nur existenzfähig bleibt, wenn über die physische Existenzsicherung auch immaterielle Bedürfnisse eingeschlossen und soziale sowie individuelle Entwicklung möglich sind (vgl. ebd. S. 5). Von besonderer Bedeutung sind gesellschaftliche Werte, die Handlungssicherheit und Handlungsmöglichkeiten bieten. Die Forderungen nach Chancengleichheit und Partizipation entsprechen der Vorstellung eines erweiterten Demokratie- und Gerechtigkeitsdenkens, das hier nicht weiter besprochen werden kann.

Der Gedanke der Entwicklungsfähigkeit sozialer (Teil-)Systeme und Strukturen (vgl. ebd.) kann in engem Zusammenhang mit der hier diskutierten Nachhaltigkeit der Implementierung der Hospizidee in den Alten- und Pflegeheimen gesehen werden. Nachhaltigkeit meint hier nicht, soziale Systeme und Strukturen erhalten zu wollen, sondern nachhaltige Entwicklung zielt auf die Dynamik. Die Implementierung der Hospizidee hat ebenfalls keine statische Qualität, sondern es geht um Prozesse, die von sich wandelnden Bedürfnissen der beteiligten Menschen abhängen. Ihre Zukunftsfähigkeit lässt sich nur an den Prozessen ausmachen, die sich bewähren und weiterführen (vgl. Wendt 2003, S. 40). Es werden Veränderungen initiiert, die sich von der individuellen Ebene über die der jeweiligen Einrichtung bis hin zu einem gewünschten Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen erstrecken. Ob die Implementierung als gelungen und damit als nachhaltig gesehen werden kann, hängt auch davon ab, ob auf die sich beständig ändernden Bedingungen und Strukturen reagiert werden kann. Grundlage dazu bildet ein dynamischer produktiver Reflexionsprozess, an dem möglichst viele Menschen beteiligt werden. Nachhaltigkeit eines sozialen Systems kann in diesem Zusammenhang mit der von Heller geprägten „Organisationskultur des Sterbens“ (Heller 2003a) gleichgesetzt werden, in deren Mittelpunkt insbesondere die Lern- und Entwicklungsfähigkeit stehen, die es zu erhalten gilt.

Die Nachhaltigkeit in Organisationen lässt sich insbesondere an den von Vogt beschriebenen drei sozialethischen Prinzipien erkennen. Die Personalität wendet sich gegen die biozentrische Ethik und tritt für ökologisch aufgeklärte Anthropozentrik ein (vgl. Vogt 2003, S. 23), die keinen ethischen Paternalismus erlaubt und somit in ihrer Betroffenheitsperspektive insbesondere die Würde jedes einzelnen Menschen in den Blick nimmt. Die

Forderung nach Solidarität wird zum ethischen Kernelement nachhaltiger Entwicklung. Das dritte Prinzip der Subsidiarität zeigt sich in den Institutionen vor allem in den Strukturen der Mitarbeiterbeteiligung (vgl. ebd.), die auch ausschlaggebend ist für die Nachhaltigkeit einer implementierten Palliativbetreuung. Die Voraussetzung dafür bildet eine aktive Kommunikation, die wiederum Schlüssel nachhaltiger Organisationsentwicklung ist.

Da das Soziale immer auch von normativen Vorstellungen darüber abhängt, was die Gesellschaft als sozial erachtet, wird die soziale Nachhaltigkeitsdebatte immer von ethischen Argumenten geleitet sein. Somit geht der Begriff der Nachhaltigkeit über die Frage der Kontinuität hinaus. Im Zusammenhang mit den Themen Tod und Sterben rückt die Frage, was die Menschenwürde eigentlich ausmacht und inwieweit sie unantastbar oder aber verhandelbar ist, ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Als ein Indiz für die Nachhaltigkeit der Implementierung palliativer Versorgung könnte die Änderung der von Ariès beschriebenen Grundhaltung der Gesellschaft gesehen werden: „Der Tod hat aufgehört, als natürliches und notwendiges Phänomen zu gelten. Er ist ein Fehlschlag, ein *business lost*“ (Ariès 1999, S. 751).

2.2. Mögliche Auswirkungen utilitaristischen Denkens auf die letzte Lebensphase

„Der Wert, den ein Mensch seinem Leben beimisst, hängt entscheidend von dem Wert ab, den andere seinem Leben beimessen. Seine Würde hängt wesentlich vom Ansehen ab, das er in den Augen der Umwelt hat. Wenn wir ihm zu verstehen geben, dass wir sein Leben so wenig achten, dass wir bereit sind, ihn zu töten, nehmen wir bereits im voraus seiner Existenz Würde und Wert. Nicht mehr die Erlösung des anderen, sondern die Erlösung vom anderen würde angestrebt“ (Husebö/Klaschik 2000, S. 75).

In der Diskussion um die letzte Lebensphase alter und pflegebedürftiger Menschen geht es um eine Grundlagenfrage, die es auf gesellschaftlicher Ebene normativ zu reflektieren gilt. Die nationale und internationale Debatte um aktive Sterbehilfe bewegt sich zwischen den normativen Extremen der deontologischen Ethik nach Kant und des Utilitarismus. Der zentrale Begriff der Menschenwürde, der nach Kant ein absolutes und unverfügbares Existenzrecht zugesprochen wird, verliert im utilitaristischen Denken seinen Wert an sich.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen beide Ethiken zu behandeln. Der Utilitarismus, der wohl die derzeit meist diskutierte Moraltheorie darstellt und eine beinahe verwirrende Zahl von Positionen aufweist (vgl. Höffe 2003, S. 9), wird hier nur kurz in seinen Grundzügen erfasst. Es soll deutlich werden, dass, ohne sich explizit auf seine Grundprinzipien zu berufen, in der politischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die letzte Lebensphase utilitaristische Argumente die Menschenwürde sowie

ökonomisches Denken einem Nützlichkeitsprinzip unterwerfen. Insbesondere im Rahmen der Finanzierbarkeit pflegerischer Leistungen im Heim verliert der Würdebegriff seinen Absolutheitsanspruch zu Gunsten ökonomischer Effektivität.

Der Utilitarismus, der ursprünglich eine sozialreformerische Bewegung aus dem England des 18. und 19. Jahrhunderts war, vertritt folgende Grundposition, die man auch das Prinzip der Nützlichkeit nennt: „Diejenige Handlung bzw. Handlungsregel ist moralisch richtig, deren Folgen für das Wohlergehen aller Betroffenen optimal sind“ (Höffe, 2003, S. 11; vgl. Pieper 2003, S. 270). Die moralische Beurteilung einer Handlung bestimmt sich ausschließlich von ihren Folgen her. Es gibt also keine Handlungen wie bei Kant, die *an sich*, also auf Grund gewisser ihnen immanenter Eigenschaften und unabhängig von ihren Folgen moralisch richtig oder falsch sind. Die Handlungskonsequenzen werden nach dem Kriterium des Nutzens beurteilt, das sich auf das Gute als höchstes Gut bezieht. Das Gute im Utilitarismus wird mit Bezug auf die antike philosophische Lehre Epikurs hedonistisch bestimmt. Es besteht in der Befriedigung der menschlichen Bedürfnisse und Interessen, also in der Lust, der Freude, dem hedonistisch verstandenen Glück. Das Kriterium dafür ist das Maß an Freude, das eine Handlung hervorruft, vermindert um das mit ihr verbundene Maß an Leid, das der Begründer des Utilitarismus Jeremy Bentham (1748-1832) das „hedonistische Kalkül“ nannte (vgl. Höffe 2003, S. 13; Anzenbacher 1992, S. 33). Allerdings geht es nicht um einen egoistischen Hedonismus, denn das Sozialprinzip des Utilitarismus geht vom moralischen Kalkül aus, das nicht bloß das Glück des Handelnden selbst sondern das „größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl“ (Pieper 2003, S. 270) verfolgt.

Sein Nachfolger John Stuart Mill (1806-1873) wollte Freuden nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ unterschieden wissen, so dass in der Bewertung die geistig-seelischen Freuden der Natur des Menschen gemäßer sind als die körperlich-sinnlichen (vgl. ebd., S. 271). Letztlich macht der Utilitarismus aber keine Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Gütern, denn sie sind für ihn unvergleichbar (vgl. Mon 2002, S. 36). Der Anspruch Mills, der Mensch könne seine edleren Gefühle als Maßstab des Glücks aller heranziehen, bleibt gewünschte Theorie.

Auch der „humane“ Utilitarismus nach Bernward Gesang (2003) versucht dem Utilitarismus seine ihm vorgeworfene soziale Schärfe zu nehmen und ihn als Grundlage ethischer Entscheidungen im 21. Jahrhundert zu empfehlen. Er sieht die Koppelung ethischer Gebote mit der empirischen Interessenlage, indem er objektive Glücksbedingungen wie zum Beispiel Gerechtigkeit oder Menschenwürde als zu schützende Grundwerte festlegt. Die Fähigkeit, „das eigene Leben in seiner eigenen Umwelt und in seinem eigenen Kontext zu leben“ (Gesang 2003, S. 106), sieht Gesang als einen abgeleiteten Wert. Bei einer nächsten

Überprüfung kann es allerdings sein, dass bestimmten Menschengruppen dieser Wert wieder abgesprochen wird, denn die Würde ist auch in diesem Kontext nicht subjektunabhängig. Sie bleibt verhandelbar und damit verlierbar.

Der Blick auf das Wohlergehen aller einerseits und das kritische Gesellschaftspotential durch das Abschätzen zukünftiger Folgen (z.B. Staatsverschuldung, Raubbau natürlicher Ressourcen) andererseits erklären die Attraktivität utilitaristischen Denkens. Dennoch ist sein Gefahrenpotential vielschichtig insbesondere in der Diskussion um die würdevolle Sterbebegleitung alter, pflegebedürftiger Menschen. Das Sozialstaatsprinzip des Utilitarismus fasst den sozialen Nutzen additiv-quantitativ als Nutzensumme oder Durchschnittsnutzen zusammen. Damit wird aber der Gesichtspunkt der verteilenden Gerechtigkeit ausgeblendet, denn, wie Höffe hervorhebt, wird der Begriff „Betroffene“ nicht bestimmt (vgl. Höffe 2003, S. 42). Es ist durchaus vorstellbar und Inhalt gegenwärtiger Diskussion um die Finanzierbarkeit der Pflege, dass das Gesamtwohl einer Gesellschaft erhöht werden kann, indem ein Teil der Bevölkerung stark benachteiligt wird. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass der Handelnde in Gestalt der Gesellschaft zwangsläufig seine eigenen Vorstellungen von Glück auf die Betroffenen projiziert, um handlungsfähig zu bleiben. Somit können Vorstellungen sozialer Klischees wie Jugendwahn oder auch ethische Überzeugungen bezüglich selbstbestimmten Lebens zu höchsten Lebenszielen werden, die wiederum zum Unglück anderer Betroffener, zum Beispiel alter und pflegebedürftiger Menschen, beitragen.

Der sich in der Medizin- Bioethik abzeichnende Bedeutungswandel des Würdebegriffes vollzieht den schleichenden Bruch mit der abendländischen Kultur, die die Unantastbarkeit der Würde in Artikel 1 unseres Grundgesetzes festschreibt. Der menschlichen Würde kommt im Sinne des hier beschriebenen utilitaristischen Denkansatzes nur mehr eine empirische Qualität zu, die in der Bewertung davon abhängt, ob ein Mensch einigermaßen gesund, körperlich und geistig leistungsfähig sowie unabhängig ist (vgl. Rügger 2003, S. 79). Der pflegebedürftige alte Mensch, der in seiner letzten Lebensphase Autonomie und Selbstbestimmung gegen Leid und Abhängigkeit austauschen musste, erfährt eine Einschätzung von außen stehenden Entscheidungsträgern, die seine Hilfsbedürftigkeit, das Angewiesensein auf andere als „Defizit“ und „Minusbilanz“ verstanden wissen wollen. Als Folge sieht Illhart die Gefahr einer Entsolidarisierung der Gesellschaft (vgl. Illhart 2003, S. 87), die auch Husebö und Klaschik deutlich machen, denn eine defizitäre und negative Einschätzung von Leid führt zu einem Euthanasiegedanken, der das „Unnütze“ in der Gesellschaft beseitigt wissen will (vgl. Husebö/Klaschik 2000, S. 74-75). Wenn eine

Gesellschaft sich von den Schwerstkranken abwendet und sich von ihnen „erleichtert“ wissen will, nimmt sie ihnen ihren Wert und damit ein würdiges Leben bis zuletzt.

Insbesondere wird dem Leben dementiell erkrankter Menschen der Stempel der Sinnlosigkeit aufgedrückt, denn „wer Würde gleichsetzt mit klarem Bewusstsein und Autonomie, für den haben Demenzkranke schnell ein würdeloses Leben ohne Lebensqualität“ (Wilkening/Kunz 2003, S. 44). Loewy weist auf den Unterschied zwischen „am Leben Sein“ und „ein Leben haben“ hin, der in der Diskussion um die Lebensqualität dementiell Erkrankter von zentraler Bedeutung ist. Das „am Leben Sein“ ist eher als biologische Tatsache zu sehen, wohingegen „ein Leben haben“ ein subjektiver Begriff ist, der mit Selbstbewußtsein zu tun hat. Die Vergewisserung seiner selbst läuft über Gefühle, Gedanken, Hoffnungen sowie auch Schmerzen und verbindet sich mit der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (vgl. Loewy/Springer-Loewy 2002, S. 134). Die Frage der Würde eines alten pflegebedürftigen Menschen hängt davon ab, ob ein Mensch ein Leben hat und damit seine Existenz ein gewisses Maß an Lebensqualität aufweist. Der Begriff der „Lebensqualität“ ist zentral in der bioethischen Debatte, die oftmals Gefahr läuft, sich mit der Qualität auseinander zu setzen anstatt die Frage zu stellen, wer das Recht hat, über gute oder schlechte Lebensqualität zu entscheiden (vgl. ebd.) Die scheinbare Sinnlosigkeit seiner Existenz kann Druck auf unheilbar kranke Menschen ausüben, ihre soziale Umwelt nicht weiter zu belasten (vgl. Römelt 2003, S. 131). Feldmann sieht die Heraufbeschwörung, dass die steigende Lebenserwartung in der Zukunft ein kollektives Problem darstellt, als Druckmittel auf alte Menschen „rechtzeitig zu sterben“ (Feldmann 1997, S. 110). Wilkening/Kunz sehen die Gefahr einer „subtile[n] Aufforderung zum ´sozialverträglichen Frühableben“ (Wilkening/Kunz 2003, S. 22), denn die Versorgung im Alter bedeutet auch zunehmend hohe Kosten im Gesundheitswesen. Die ursprünglichen Kernelemente des Würdebegriffes Autonomie und Selbstbestimmung verlieren ihre Schutzfunktion und verknüpfen sich mit Ökonomieargumenten in Form eines utilitaristischen Kosten-Nutzen-Kalküls. Deppe spricht in seiner Untersuchung zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems von einer Ökonomisierung, „die sich durch eine um sich greifende, bruchlose und unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außer-ökonomische Sachverhalte und Probleme“ auszeichnet (Deppe 2002, S. 235). Die davon betroffenen Menschen sieht Deppe auf das Konstrukt des *homo oeconomicus* reduziert, der nur auf Egoismus und Nutzenmaximierung ausgerichtet ist (vgl. ebd.).

Wenn die Hospizidee in einem weiteren Schritt auf die Integration des Sterbens in die Einrichtungen der stationären Altenhilfe abzielt, sieht sie sich konfrontiert mit einem unter ökonomischen Veränderungsdruck stehenden System, das sich auf gesellschaftlicher und politischer Ebene noch nicht für das Recht auf eine Kultur würdigen Sterbens entscheiden kann. Loewy wirft die Frage auf, ob die Versorgung Sterbender, die eigentlich eine Sache der ganzen Gesellschaft sein sollte, nur zu einer Angelegenheit privater Wohltätigkeit werden darf (vgl. Loewy 2002, S. 17). Erst durch eine gelungene Implementierung in das Gesundheitssystem kann der Anspruch eingelöst werden, dass es eine Verteilungsgerechtigkeit würdiger Sterbebegleitung geben kann. Bisher werden jährlich nur schätzungsweise 1,5% der Bevölkerung direkt durch palliative Betreuung erreicht (vgl. Roß 2002, S. 148). Deppe weist auf die Gefahr eines fehlenden Sinns für soziale Gerechtigkeit hin, denn „dann ist die Legitimität sozialer Einrichtungen von Grund auf geschwächt und die moralische Gemeinschaft, die das soziale Leben kohärent macht, fehlt“ (Deppe 2002, S. 229). Der Staat hat letztlich die Verantwortung bei der Gestaltung und Organisation des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit. Er entscheidet auch letztlich darüber, welche Teile des Gesundheitswesens dem Markt ausgeliefert werden (vgl. ebd. S. 250). Das Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und der Einhaltung ethischer Prinzipien beschreibt die Moral einer Gesellschaft.

Insbesondere sind alte, schwerstpflegebedürftige Menschen bis auf Ausnahmen von palliativer Betreuung bisher ausgenommen. Auch die Hospizbewegung beachtete den immensen Bedarf an Sterbebegleitung in den Alten- und Pflegeheimen zunächst wenig. In einer „Wellnessgesellschaft der Starken, Gesunden und Kräftigen“ (Heller 2003b, S. 379) wird die Lebensphase der Hochaltrigkeit eher abgewertet, weil sie sogleich mit körperlichem Verfall und vor allem mit dem Tod assoziiert wird. Überalterung bezeichnet Schmitt-Mannhart als ein Unwort, das die Stellung alter und abhängiger Menschen in unserer Gesellschaft charakterisiert. Alt und abhängig bedeuten weniger Lebensqualität und daher auch weniger lebenswert. Pflegebedürftigkeit bedeutet Nutzlosigkeit des Lebens (vgl. Schmitt-Mannhart 2003, S. 154). Der 4. Altenbericht sieht die Gleichwertigkeit der Lebensphasen als Grundlage einer humanen Ethik, die der Betrachtungsweise eines Kosten-Nutzen-Denkens im Gesundheitswesen entgegenstehen soll:

„Für die Gesellschaft ist das Leben alter Menschen die notwendige Anwesenheit der Vergangenheit, von Mitmenschen, die in Weitergabe und Vergegenwärtigung von Erfahrungen nicht unter dem beherrschenden Gesichtspunkt ökonomischer Zwecke zu sehen sind“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S.355).

Altsein fordert vor allem dann den besonderen Schutz der Gesellschaft, wenn es sich nicht mehr um das aktive selbständige Alter sondern um pflegebedürftige Abhängigkeits-situationen handelt, in denen Menschen wie zum Beispiel dementiell Erkrankte sich ihrer Würde nicht mehr bewusst sind und sie auch nicht mehr wahren können (vgl. Zwierlein 2004, S. 21). Die Würde im Sterben alter Menschen kann daher keine Frage des Nutzens sein, sondern es geht um eine Verantwortung zur Würde, die auch zum ethischen Auftrag des gesundheitspolitischen Handelns gehört.

3. Implementierung palliativer Versorgung im Alten- und Pflegeheim

„Auch weiterhin ist die Hospizbewegung aufgerufen, ihre ‚Unternehmensphilosophie‘, nämlich die Vision der Hospizidee, an allen Orten weiter zu profilieren und auf dieser Grundlage konkrete Modelle einer in allen Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens wirksamen Hospizarbeit zu entwickeln“ (Müller u.a. 2004, S. 2).

Es mutet erstaunlich an, dass einem in einer Institution wie dem Alten- und Pflegeheim, das sich durch strukturell-demographische Veränderungen zunehmend mit Tod und Sterben konfrontiert sieht (Kap. 2.2.), oftmals noch mit Abwehrmechanismen wie Verdrängung und Tabuisierung begegnet wird. Noch in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts ging man in der stationären Altenhilfe schwerpunktmäßig von einer rehabilitationsorientierten Pflege aus, in deren Zentrum die „jungen Alten“ standen. Der Fokus auf „Leben“ entsprach der allgemein gesellschaftlichen Verdrängung der Endlichkeit. Die Pflegeorientierung zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist zunehmend von Autonomieverlust geprägt und lässt das Thema Tod stärker in den Mittelpunkt rücken. Ein würdevoller Umgang mit Tod und Sterben kann in dem gesellschaftlich vorherrschenden Klima der Nichtakzeptanz des Todes in den Einrichtungen der Regelversorgung nicht vorausgesetzt werden; denn die Organisationen mit ihren strukturellen und inhaltlichen Schwerpunkten sind ja Produkte dieser Gesellschaft. Insbesondere ihre starre, hierarchischen Organisations- und Arbeitsteilung machen sie „resistent“ gegen innovative, multiperspektivische Konzepte wie die Palliativbetreuung im Alten- und Pflegeheim. Dennoch lässt sich eine zunehmende Integration des Hospizgedankens erkennen, die ihre Wirkung letztlich nur durch eine Verankerung in den Organisationsstrukturen der jeweiligen Einrichtung zeigen kann. Heller warnt vor der Annahme, dass man verstärkt auf den Bewusstseinswandel einzelner Personen setzen und diese fortbilden sollte. Zu glauben, dass wenn erst genügend Personen und, ab einem gewissen Punkt, die Gesellschaft die Notwendigkeit einer Veränderung erfasst haben, es auch zu einer Umwandlung der Organisation kommt (vgl. Heller 1997, S. 18; Heller 2000c, S. 42), verwirklicht sich nicht. Organisationen haben keine Gefühle wie Menschen und reagieren daher auch nicht auf eine Bewusstseinsänderung, denn

„soziale Systeme entwickeln sich nur über formelle Verfahren der Kommunikation und Kooperation, über etablierte Handlungsstrukturen. Nur was auf der Tagesordnung der relevanten Bereiche und Arbeitseinheiten, in den Leitungsgremien und Trägereinrichtungen steht, was in Strukturen, Verfahren und Regeln übersetzt wird, wirkt letztlich veränderungsrelevant“ (Heller 2000c, S. 43).

Diese Erkenntnis setzt sich im Bereich der stationären Altenhilfe verstärkt durch und zeigt sich an Modellprojekten der Implementierung von Palliative Care und Hospizidee, die in den hier genannten Einrichtungen durchgeführt wurden und zunehmend werden.

Der Begriff der Implementierung im Rahmen der institutionellen Verankerung von palliativer Versorgung und Betreuung im Heimalltag ist letztlich noch nicht geklärt, so dass der Einsatz ehrenamtlicher HospizhelferInnen fälschlicherweise bereits als eine Implementierung angesehen werden kann. Insbesondere, wenn Implementierung hospizlichen Denkens als Qualitätsmerkmal ausschließlich eine finanzielle Wertsteigerung für den Träger verspricht, kann es leicht zu missbräuchlichem Vorgehen und Deklarieren falscher Vorgaben kommen. An diesem Punkt wird deutlich, dass die Implementierung palliativer Kultur und ihre Nachhaltigkeit immer an eine ethische Haltung gekoppelt sind, die das Spannungsfeld von Würde und Ökonomie (vgl. Punkt 2.) aufzeigen.

Die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste Nürnberg (GGSD) und der Christophorus Hospiz Verein München entwickelten daher unter der Federführung von Martin Alsheimer und Christel Orth einen „20-Punkte-Check“, der trotz der Verschiedenheit implementierter Palliativkultur einen gewissen Qualitätsstandard sichert (vgl. Alsheimer/Orth-Konzept 2004, S. 6). Allerdings ist die Einhaltung dieses entwickelten Konzeptes für die Einrichtungen bisher nicht verpflichtend, weil sich diese Entwicklungsprozesse erst im Anfangsstadium befinden und es daher noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt. Darüber hinaus sind die einzelnen Modelle der Implementierung sehr unterschiedlich, weil auch die Voraussetzungen in den Heimen sehr unterschiedlich sind. Das Ziel der Implementierung entzieht sich einer Entindividualisierung der Themen Tod und Sterben in Form standardisierter Vorgaben. Vielmehr wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass das Implementieren ein längerer und sehr sensibler Prozess ist, der nur in der Berücksichtigung der Struktur und der Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung zu verwirklichen ist.

Implementierung (lat. implentum-Erfüllung) bedeutet allgemein die konkrete Festlegung der Strukturen und der (Arbeits-)abläufe in einer Organisation unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen, Regeln und Zielvorgaben (vgl. www.begriffportal.de 2005). Ein Grund für eine mangelnde Umsetzung kann eine fehlende Übereinstimmung zwischen dem Konzept, zum Beispiel Palliative Care im Heim und der Unternehmung selbst, sein. Diese Studie zeigt, dass es unterschiedliche Arten in der Vorgehensweise einer zu integrierenden Palliativbetreuung gibt, die jeweils Vor- und Nachteile bezüglich ihrer Nachhaltigkeit haben.

Auf der einen Seite stellt die Implementierung ein in sich geschlossenes und integriertes Vorgehen dar, das als ein Prozess zu sehen ist, der im Rahmen palliativer Versorgung in der stationären Altenhilfe in der Regel auf ungefähr zwei Jahre angelegt ist. Die Vorteile liegen in den klar vorgegebenen Strukturen, die von Anbeginn komplex sind und einem begrenzten Zeitplan folgen. Eine abschließende Evaluation lässt sich bei diesen Vorgaben leichter durchführen. Als Nachteil könnte die Gefahr bestehen, dass die Implementierung einen zu stark verordnenden Charakter und damit zu wenig Berührung mit der Basis hat. Weiterhin muss die Einrichtung es schaffen, dass der Projektstatus in den normalen Alltag übergeht. Dazu müssen während der Implementierungsphase klare Strukturen verortet worden sein.

Auf der anderen Seite kann die Integration auch ein wachsender Prozess sein, der sich in einem der jeweiligen Einrichtung angepassten Tempo und Zeitplan entwickelt. Diese Vorgehensweise kann ein „niederschwelliger“ Zugang zu einer Palliativbetreuung im Vergleich zu einem „verordneten“ Projekt sein. Langsames Wachstum neuer Strukturen im Heimalltag kann sich positiv auf die Nachhaltigkeit auswirken. Wenn dieser Prozess allerdings zu zäh verläuft, sind deutliche Nachteile zu verzeichnen. Wenn bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht ausreichend Strukturen geschaffen werden können, kann der Prozess stecken bleiben und dann versanden. Damit gehen die Inhalte verloren, die die Grundlage eines gewissen Standards der Sterbebegleitung bilden. Eine Grundvoraussetzung für die Nachhaltigkeit implementierter Palliativbetreuung ist die Haltung als „Lernende Organisation“, denn: „Implementierung bleibt eine Daueraufgabe. Es gibt laufend neue Entwicklungen in der Hospizbewegung und Erkenntnisse in der Palliativpflege und -medizin. Diese neuen Möglichkeiten müssen ständig auf ihre Übertragbarkeit in ein Alten- und Pflegeheim geprüft werden“ (Alsheimer/Orth 2005, S. 17-18).

3.1. Veränderungen der Organisations- und Kommunikationsstruktur

„Die Hospizbewegung sieht es als ihre Aufgabe, die Hospizidee in der Gesellschaft zu verankern und zu einem anderen gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben beizutragen. Der Weg zu diesem Ziel der Gesellschaftsveränderung führt über die Veränderung von etablierten Organisationen“ (Heimerl 2000a, S. 151).

Die Implementierung bedeutet auch für die Hospizbewegung eine neue Herausforderung, denn sie lässt sich als Kooperationspartnerin auf eine bereits vorhandene Organisationsstruktur ein und ist nicht mehr, wie zum Beispiel bei der Errichtung eines stationären Hospizes, Subjekt des Handelns. Die Hospizbewegung ist zunächst nur Träger der Idee, während die Einrichtung diese Idee dann implementiert und für diesen Prozess auch die Verantwortung trägt. Der Entschluss zur Durchführung des Projektes verändert die

Organisation Heim und ihre bisherigen Strukturen als Ganzes. Backes/Clemens sehen Alten- und Pflegeheime geprägt durch institutionelle Normen, von Organisations- und Rollenstrukturen sowie damit verbundener Orientierungssicherheit. Alltägliche Handlungsmuster sind normiert, typisiert und zu Routine geformt, die einerseits Verhaltenssicherheit für die BewohnerInnen und das Personal geben, aber auch Verhaltensanforderungen insbesondere an die alten Menschen stellen. Darüber hinaus fällt auf, dass sich die Organisation von Heimen durch streng arbeitsteilige und nach Autoritäts- und Kompetenzbereichen hierarchisch gestaltete Strukturen auszeichnet (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 249). Das Konzept von Palliative Care bedeutet somit eine weit reichende Herausforderung an eine Einrichtung, denn „im Gegensatz zu starren Organisationen weist die Hospizidee seit Beginn vernetzende Strukturen auf, d.h. sie ist kein in sich geschlossenes System, sondern entsprechend ihrem ideellen Ansatz *nach allen Seiten offen*“ (Müller u.a. 2004, S. 3). Die Entscheidung einer Einrichtung, sich nicht mit dem Ist-Zustand ihrer Versorgungs- und Betreuungsqualität schwerstpflegebedürftiger und sterbender Menschen zufrieden zu geben, bedeutet, sich auf eine dynamische Auffassung von „Qualität“ einzulassen, indem „eine Einrichtung sich konsequent als ‚lernende Organisation‘ versteht, deren Entwicklungsfähigkeit wesentlich in der Selbstbeurteilungskompetenz aller darin Tätigen begründet ist“ (Höver 2003, S. 5).

Die institutionelle Verankerung von Palliative Care bedeutet für die Organisation, ihre Kommunikationsstrukturen zu verändern und weiter zu entwickeln. Die Fähigkeit zur Kommunikation wird zur Grundvoraussetzung des Prozesses, der alle beteiligten Berufsgruppen mit einbezieht und auf die Wertschätzung der jeweils anderen Disziplin setzt. Ein Hierarchiegefälle soll eingetauscht werden zugunsten einer Aushandlungskultur, „die alle Beteiligten mit ihren Bedürfnissen und Wünschen berücksichtigt“ (Zeman u.a. 2004, S. 14). Das Verständnis von Führung/Leitung bezieht sich nicht darauf, MitarbeiterInnen zu kontrollieren, sondern ihnen Verantwortung und Entscheidungskompetenz einzuräumen. Für Heller geht es dabei auch um das Finden einer gemeinsamen, interdisziplinären Sprache (vgl. Heller 2000a, S. 17).

Die Implementierung orientiert sich an den Bedürfnissen und Wünschen der BewohnerInnen aber auch an denen des multiprofessionellen Teams, denn es gibt keine Veränderungsprozesse ohne Beteiligung und Unterstützung der MitarbeiterInnen. Diese Ausrichtung ist ein handlungsleitendes Prinzip der Organisationsentwicklung (vgl. Heimerl u.a. 2000b, S. 43).

C. PRAXISTEIL

Die für diese Studie geführten informellen Interviews sind keine Erhebungsinstrumente empirischer Forschung im engeren Sinn, sondern sie ermöglichen zunächst erste Einblicke und Reflexionen über die Nachhaltigkeit im Feld Alten- und Pflegeheim und wie diese auf Dauer gesichert bleiben kann. Dabei wird von einer Implementierung der Palliativbetreuung ausgegangen, die eine Einrichtung ethisch, inhaltlich und strukturell erfasst und wandelt. Die in diesem Kapitel benannten Bausteine einer nachhaltigen Palliativbetreuung geben einen Querschnitt der wichtigsten in den einzelnen Einrichtungen implementierten und sich über einen bestimmten Zeitraum bewährten Maßnahmen und Strukturen wieder. Da eine detaillierte Beschreibung jeder Einrichtung oder jeden Trägers den Rahmen dieser schriftlichen Auswertung sprengen würde, liegt der Schwerpunkt auf den allgemeingültigen Aussagen. Die nachfolgend erläuterten Bausteine werden mit Beispielen einzelner Einrichtungen belegt, die gleichzeitig Besonderheiten in der Handhabung aufzeigen. In weiterführenden Untersuchungen ließe sich das Instrumentarium nachhaltiger Palliativbetreuung sicherlich erweitern. Die Erkenntnis, dass die individuelle Vorgehensweise sich immer an den jeweiligen Rahmenbedingungen zu orientieren hat, bleibt einer der Kernpunkte eines nachhaltigen Implementierungsprozesses. Darüber hinaus herrscht Übereinstimmung bei den hier beteiligten GesprächspartnerInnen, dass sich eine würdige „Kultur des Sterbens“ ohne ihre stetige Weiterentwicklung verliert, auch wenn eine Projektphase erfolgreich abgeschlossen wurde.

Letztlich geht es um eine Nachhaltigkeit, die nur dann eine Wirksamkeit auf gesellschaftspolitischer Ebene haben kann, wenn sie einrichtungsübergreifend erkennbar und nachweisbar ist. Da die Finanzprobleme häufig als Argument gegen die Implementierung angeführt werden (vgl. Wilkening/Kunz 2003, S. 219), bedarf es noch wissenschaftlicher Untersuchungen, die zeigen, dass Gelder anders eingesetzt werden könnten und eine Implementierung auf Dauer auch zu Einsparungen führen kann (vgl. ebd. S. 222-223). Gegenwärtig gibt es noch keine wissenschaftliche Studie zur Nachhaltigkeit von Implementierungsprozessen im Umfeld von Palliativbetreuungsprojekten in Alten- und Pflegeheimen.

Die nachfolgend genannten an dieser Studie beteiligten Einrichtungen/Träger können nur kurz vorgestellt werden, allerdings geben die Email-Adressen die Möglichkeit, die jeweilige AnsprechpartnerIn der Projekte für weitere Informationen zu kontaktieren. Von Anbeginn erwiesen sich die Einrichtungen/Träger als „lernende Organisationen“, denn sie zeigten sich sehr kooperativ offen und transparent für diese Studie.

1. Die beteiligten Einrichtungen/Träger

Die Innere Mission München

Projekt: „Leben bis zuletzt – Palliativbetreuung in den Alten- und Pflegeheimen der Inneren Mission München

Das Projekt wurde 2000/2001 in Kooperation mit dem Christophorus Hospiz Verein München (CHV) und der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) der Universität Klagenfurt in Wien entwickelt und umfasst bisher sieben Heime. Das umfangreiche Projekt, das auch vernetzt mit anderen Trägern und politischen Stellen arbeitet, wurde wissenschaftlich ausgewertet. Ein Beobachtungsleitfaden für BewohnerInnen wurde mit dem IFF für ein Heim (München-Ebenhausen) konzipiert. Einrichtungsübergreifend wurden ein „Runder Tisch“ und eine „Kooperationsgruppe“ etabliert, die sich regelmäßig treffen, um im Austausch die gewonnenen Erfahrungen immer wieder an das Projekt anzupassen. Die Zeitschrift „Projekt-Informationen“ ist an alle MitarbeiterInnen adressiert.

Das Projekt nähert sich seinem Ende und beschäftigt sich daher intensiv mit Fragen zur Evaluation und zur Sicherung der Nachhaltigkeit (vgl. Kittelberger u.a. 2005) Als erste Einrichtung mit Erfahrung praktizierter Nachhaltigkeit lässt sich zu diesem Zeitpunkt das Leonhard-Henninger-Haus in München nennen, das die Implementierungsphase als zeitlich begrenztes Projekt vor einem Jahr abschließen (vgl. Alsheimer/Orth 2005) konnte.

Email: fkittelberger@im-muenchen.de

AWO Niederrhein Düsseldorf

1994 begann im Ernst-Gnoss-Haus in Düsseldorf die Integration des Hospizgedankens in Zusammenarbeit mit einem örtlichen Hospizverein. Die Implementierung der Palliativbetreuung war kein zeitlich begrenztes Projekt, sondern ist als wachsender Prozess zu sehen. Mit dem 2001 unter der Federführung des Ernst-Gnoss-Hauses gegründeten Verein „Escor“ werden seither die positiven Erfahrungen der eingeführten Palliativbetreuung auf die elf weiteren AWO-Einrichtungen übertragen. 2002 wurde darüber hinaus das „Netzwerk Sterbebegleitung und Abschiedskultur“ ins Leben gerufen (vgl. Wilkening 2003. S. 250-260). In allen Heimen gibt es heute jeweils eine Hospizbeauftragte, die als Palliative Care Pflegekraft ausgebildet ist. Das Ernst-Gnoss-Haus erhielt 2005 den „Altenpflegepreis“ (4.Preis) des Vincentz-Verlages.

Email: sz-ernst-gnoss-haus@awo-niederrhein.de

Die Bremer Heimstiftung

Projekt: „Miteinander-Füreinander“ - Kommunikation und Kooperation für ein liebevoll begleitetes Sterben in den Häusern der Bremer Heimstiftung

Die Bremer Heimstiftung als Stiftung des privaten Rechts betreibt 20 Häuser mit 3000 BewohnerInnen sowie eine eigene Schule für Altenpflege. Auch dieses Projekt, das 1997 auf Initiative des Hospiz Horn begann, ist nicht zeitlich begrenzt. 2002 kam es zu der Gründung der Kooperation mit dem Hospiz Horn und der Vorstand der Stiftung beschäftigt sich seitdem in einem eigens eingerichteten, alle Hierarchieebenen vertretenden Steuerkreis mit den Fragen des Sterbens. Die Beschlüsse werden dann in die Praxis umgesetzt. Das Fachforum Palliative Geriatrie entwickelt einen Schmerzdokumentationsbogen. Seit über einem Jahr gibt es ethische Fallbesprechungen. MitarbeiterInnen werden zunehmend als Palliative Geriatrie

Fachkräfte am Erwin Stauss Institut ausgebildet. Die Bremer Heimstiftung wurde 2005 mit dem „Altenpflegepreis“ (1.Preis) des Vincentz-Verlages ausgezeichnet.
Email: Petra.Scholz@bremer-heimstiftung.de / HospizHorn@aol.com

CBT-Wohnhaus Upladin, Leverkusen-Opladen

Projekt: „Implementierung der Hospizidee in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims“

Die Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH (CBT) verantwortet an 19 Standorten unter anderem 14 Alten- und Pflegeheime und 15 Altenwohnheime (Wohnen mit Service). Bereits 1992 wurde das Thema Sterbebegleitung im Wohnhaus Upladin, in dem 280 Menschen in den Wohnformen Altenheim oder Wohnen mit Service leben, thematisiert und 1993 anhand einer Broschüre als Orientierungshilfe verbindlich für alle MitarbeiterInnen eingeführt. 1997 startete das Haus Upladin als erstes Altenheim ein zweijähriges Beratungsprojekt mit *ALPHA Rheinland* (vgl. Müller/Kessler 2000). Mit Beendigung des Projektes gab es für die Dauer von 2 Jahren eine befristete Einstellung einer Mitarbeiterin für die Hospizarbeit im Haus.

Das Konzept der Sterbebegleitung ist inzwischen Teil der individuellen Lebensbegleitung in allen CBT-Wohnhäusern geworden.

Email: w.pauls@cbt-gmbh.de

Diakonie Düsseldorf – „Leben im Alter“-Zentren

Projekt: „Organisationskultur des Sterbens“

Die 18 „Leben im Alter“-Zentren sind seit ca. 10 Jahren mit der Implementierung befasst. Von 1998-2000 wurde das Projekt „Organisationskultur des Sterbens“ in Kooperation mit der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) der Universität Klagenfurt in Wien durchgeführt (vgl. Heimerl u.a. 2001, S. 131-139). Es gibt ein umfangreiches Medienpaket „Kultur des Sterbens“. Der einrichtungsübergreifende Arbeitskreis „Kultur des Sterbens“ entwickelte unter anderem einen neuen Qualitätsstandard zur Sterbebegleitung, den „Expertenstandard Schmerzmanagement“ und befasst sich derzeit mit dem Schwerpunkt Ethik. Seit 2004 werden ehrenamtliche HospizhelferInnen für die stationäre Altenhilfe ausgebildet.

Email: ulf.steidel@diakonie-duesseldorf.de

St. Josefs-Heim, München-Haidhausen

Projekt: Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim, München-Haidhausen

Das St. Josefs-Heim ist eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit 98 Plätzen, die sich mit ihrem Pflegeangebot im Sinne eines wohnortnahen Versorgungskonzeptes primär an die dortigen StadteilbewohnerInnen wendet. Das Projekt lief von 2000 bis 2002 in Kooperation mit dem Christophorus Hospiz Verein (CHV) München (vgl. Orth u.a. 2002). Die Diplomarbeit der Autorin befasst sich ausführlich mit der Nachhaltigkeit der Implementierung in dieser Einrichtung (vgl. Beckers 2005).

Email: dorotee.soldner@stjosefsheim.de

Sitzwache Evangelische Gesamtkirchengemeinde Stuttgart

Projekt: „Umsetzung der Hospizidee in Pflegeeinrichtungen“

Die Sitzwachengruppenarbeit, die bereits 1984 in einer Einrichtung ihren Anfang nahm, startete ihr Projekt 2001. Heute deckt sie in Stuttgart die Hospizarbeit im Alten- und Pflegeheim (derzeit 17 Pflegeeinrichtungen und 4 Krankenhäuser) ab und ist daher als ein wichtiger Ausgangspunkt für die Implementierung und die Nachhaltigkeit der Hospizidee in der stationären Altenhilfe zu sehen. Derzeit liegt der Fokus auf der Weiterentwicklung zur Implementierung von Palliative Care in Pflegeeinrichtungen mit dem Hospiz Stuttgart und dem Katholischen Stadtdekanat Stuttgart.

Email: sitzwache@hospiz-stuttgart.de

Diakonie Kaiserswerth, Düsseldorf

Projekt: Ethikberatung im Florence-Nightingale-Krankenhaus

Die Ethikberatung als ein relativ neues Instrumentarium zur Klärung von medizinischen Grenzfragen in Krankenhäusern konnte zu Beginn des Jahres 2003 etabliert werden. Der dreijährige Organisationsentwicklungsprozess wurde ebenfalls vom IFF in Wien begleitet.

Eng verwoben mit Palliative Care geht es dabei um eine praktische und zugleich reflektierte und kommunizierende Ethik in der täglichen pflegerischen Versorgung. Die Ethikberatung bedeutet die ethische Fallberatung auf der jeweiligen Station, die darüber hinaus durch die Einrichtung einer Ethik-Enquete des Vorstandes und die eingeführten Ethiktage ergänzt und vertieft wird. Vor dem Hintergrund der ersten Beratungserfahrungen wurde die Ethikberatung auch in der Alten- und Behindertenhilfe (ca. 500 Plätze) eingeführt (vgl. Bartosch u.a. 2005).

Email: bartosch@kaiserswerther-diakonie.de

2. Bausteine zur Nachhaltigkeit der Palliativbetreuung im Alten- und Pflegeheim

2.1. Strukturen

Bei allen GesprächspartnerInnen wurde deutlich, dass die Nachhaltigkeit einer Palliativbetreuung im Heim nur gegeben bleiben kann, wenn der Implementierungsprozess von Anbeginn nicht an einzelne Personen sondern an Strukturen gebunden ist. Aktive Einzelpersonen sind dabei häufig wichtige Initiatoren des Prozesses. Die strukturellen Veränderungen, die eine Einrichtung in Hinblick auf eine gelingende Implementierung der Palliativbetreuung unternimmt, schaffen bereits Voraussetzungen für ihre Nachhaltigkeit. Es gibt unterschiedliche Ansatzebenen für organisatorischen Wandel, von denen insbesondere die „Top-down Strategie“ und die „Bottom-Up Strategie“ wesentlich sind (vgl. Oppermann 2001, S. 32-33). „Top-down“ heißt, dass die Initiative von der Spitze der Organisation ausgeht, während „Bottom-Up“ den Ausgangspunkt in den unteren Hierarchieebenen meint. Die Literatur sieht ein erfolgreiches Veränderungswirken eher durch die Organisationsspitze gewährleistet, weil diese als Zielsetzungs- und Entscheidungsorgan Veränderungsmaßnahmen eher durchsetzen kann. Das birgt aber die Gefahr, der Idee der Organisationsentwicklung, interdisziplinär und über Hierarchien hinweg zu arbeiten, zuwider zu laufen. Darüber hinaus kann die Nichteinbeziehung der unteren Hierarchien zu Behinderungen und Blockaden des organisationsverändernden Prozesses führen (vgl. ebd. S. 33). Auch die Praxis zeigt, dass beide Strategien ihren Niederschlag finden müssen. Auf der einen Seite sind die Grundsatzentscheidungen auf der Leitungs- und Trägerebene zu fällen, denn gerade die Leitung gibt durch ihre Entscheidungskompetenz die internen Rahmenbedingungen für eine Implementierung und vor allem auch für ihre Nachhaltigkeit vor. Wenn ein Träger mehrerer Einrichtungen den Prozess der Integration der Hospizidee nicht mehr ausreichend unterstützt, sind der Leitung eines Hauses auf Dauer die Hände gebunden, so dass den MitarbeiterInnen wiederum keine Handlungssicherheit mehr geben ist.

Auf der anderen Seite ist klar, dass die Nachhaltigkeit mit der Mitarbeiterorientierung in einem direkten Zusammenhang steht. Eine implementierte Palliativbetreuung, die nur *für* aber nicht *mit* den MitarbeiterInnen durchgeführt wird, kann sich nach Beendigung des Projektes oder generell während des Prozesses verlieren. Nachhaltigkeit gewährleisten zu können, bedeutet vor allem das Thema bei den MitarbeiterInnen als dauerhaften Prozess wach zu halten und auch zu pflegen. Im Sinne einer lernenden Organisation geht es darum, miteinander und voneinander zu lernen. Hierarchieübergreifendes und partnerschaftliches Vorgehen in gegenseitigem Respekt setzt eine Sprechkultur voraus, die sich durch stetigen Austausch und dem Wissen, wie es dem Anderen geht, auszeichnet. Die hohe Fluktuation der

Pflegekräfte, die Pflegefachkraftquote sowie die häufigen Sprachbarrieren machen es oftmals schwierig, die Themen Tod und Sterben nachhaltig in den Pflegealltag zu verankern. MitarbeiterInnen benötigen immer wieder ein informelles Forum, um über fachliche Fragestellungen hinaus ihre eigenen Ängste artikulieren und damit auch abbauen zu können. Dafür braucht es aber bestimmte Strukturen.

Beispiel: Die *Sitzwache der Evangelischen Gesamtkirchengemeinde Stuttgart* bemüht sich in 17 Pflegeeinrichtungen um die Umsetzung der Hospizidee. Mit einer hauptamtlichen Kraft und 70 Ehrenamtlichen bereitet sie den Einstieg in die Implementierung und ist beratend tätig. Die Koordinatorin macht aus ihrer Erfahrung mit diesen unterschiedlichsten Heimen deutlich, dass eine nachhaltige Sterbebegleitung nur in den Häusern funktioniert, in denen Strukturen im Rahmen eines Konzeptes geschaffen werden, die Steuerung vom Haus ausgeht und die Einrichtung/der Träger auch einen finanziellen Rahmen für diesen Prozess schafft. Darüber hinaus ist es wichtig, dass hauptamtliche Kräfte mit einbezogen werden.

Erst seitdem die Palliativbetreuung nicht mehr nur an den Leiter des *Ernst-Gnoss-Hauses* gebunden ist, sondern die Grundsatzentscheidungen inzwischen vom Träger *AWO Niederrhein* getragen werden, ist die Nachhaltigkeit gegeben und konnte personenunabhängig auf alle elf Häuser ausgeweitet werden. Dazu wurde der Verein „esCor“ unter der Federführung der Heimleitung des Ernst-Gnoss-Hauses gegründet.

Die *Bremer Heimstiftung* hat ihren BewohnerInnen sowie ihren MitarbeiterInnen eine Sprachkultur gegeben mit dem Motto: „*Schweigen ist Silber. Reden ist Gold!*“ Es hängt in einem Rahmen an präsenten Stellen der Einrichtungen.

Die Einrichtung eines zentralen „Runden Tisches“ für alle Einrichtungen, damit die MitarbeiterInnen Entlastung und Unterstützung bei der Bewältigung der Erfahrungen mit dem Tod erfahren können, scheiterte. Stattdessen ist angedacht, dass der Hospizdienst eher in die einzelnen Heime geht, um die Pflegekräfte dort „abzuholen“ mit ihren Anliegen.

In der *Diakonie Düsseldorf* wird regelmäßig mit den Pflegenden und der Sozialarbeit auf der Ebene der Wohnbereiche kollegiale Gespräche (90 Min./ca. 2x pro Jahr) zum Thema Tod und Sterben geführt. Nach der ersten Runde dieser Gespräche gab es eine Evaluation/ein Feedback mit der jeweiligen Wohnbereichs- und der Pflegedienstleitung. Diese niederschwellige Maßnahme in der seelsorgerischen Begleitung der Pflegekräfte hat sich bewährt.

2.2. Verschriftlichung

2.2.1. Leitbild der Einrichtung/des Trägers

Die Nachhaltigkeit der Implementierung schlägt sich zunächst im Leitbild/dem Konzept einer Einrichtung/eines Trägers nieder, die/der damit die jeweilige Haltung zur Sterbebegleitung klar nach außen trägt. Sterbebegleitung wird als Kernkompetenz und als Qualitätsmerkmal der stationären Altenhilfe gesehen. Auch wenn in einzelnen Häusern mit Beginn der Implementierung bereits eine gewisse praktizierte Sterbebegleitung zu verzeichnen war, bedarf es immer einer Anpassung des Konzeptes an die strukturellen und

inhaltlichen Veränderungen. Bewohner- und Mitarbeiterorientierung in Sinne der Organisationsentwicklung sowie die Einbeziehung der Angehörigen als zentrales Grundprinzip von Palliative Care müssen herausgearbeitet sein. Eine nachhaltige „Leitbildkultur“ des Sterbens sollte vor allem auch von den Pflegekräften selber mitentwickelt und damit auch gelebt werden.

Beispiel: Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der *Bremer Heimstiftung* erstellte die Handreichung „In Würde leben. In Würde sterben.“ Diese Handreichung ist für BewohnerInnen, ihre Angehörigen und Pflegenden, um allen Beteiligten mehr Sicherheit und Mut im Umgang mit dem Sterben, dem Tod und der Trauer zu geben (Auflage 3000).

Das als Folge der Implementierung erstellte Konzept des *St. Josefs-Heimes* verdeutlicht die Mitarbeiterorientierung des Heimes. Es ist niedergelegt, dass jede MitarbeiterIn verantwortlich ist für den Erfolg des Ganzen. Der Anspruch an ein partnerschaftlich arbeitendes Team soll im offenen Umgang mit Fehlern und einer gemeinsamen Konfliktlösung immer wieder eingelöst werden.

In dem doppelseitigen und bebilderten Prospekt des *Ernst-Gnoss-Hauses* wird den Interessierten das Haus kurz vorgestellt (Lage, Räumlichkeiten, spezielle Angebote) und bereits in diesem Rahmen auf die Hospizarbeit und eine würdevolle Sterbebegleitung hingewiesen.

2.2.2. Leitlinien/Leitfaden/Pflegestandards für die jeweilige Einrichtung

Die schriftliche Formulierung bestimmter Leitlinien und Pflegestandards, die ebenfalls von den MitarbeiterInnen mitentwickelt werden sollten, gewährleisten, dass die Inhalte einer Palliativbetreuung und –versorgung nicht verloren gehen und bestimmte Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten festgelegt werden können. Sie sollten nicht nur als Endbericht der Implementierung fungieren, sondern als Handlungsleitlinien den Heimalltag praktikabel gestalten. Es ist daher auch erforderlich, dass sie in gegebenen Zeitabständen neuen Entwicklungen und Erkenntnissen einer Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe angepasst werden.

Beispiel: In den Leitlinien der *Bremer Heimstiftung* zum Umgang mit Sterben und Tod sind richtungsweisende Haltungen und Einstellungen festgeschrieben, die ein Qualitätszirkel entwickelte, der auch einer Erprobungs- und Bewertungsphase unterliegt.

Das Konzept „Lebensbegleitung bis zuletzt“ ist im QM Handbuch des *Ernst-Gnoss-Hauses* niedergelegt.

Im *Haus Upladin* gibt es ein „Qualitätshandbuch Pflege“. Handreichungen und Handlungsanweisungen sind für jede Station einsehbar. Dort werden auch die Ergebnisse der Arbeitskreise verschriftlicht (z.B. ethische Standpunkte zur Sondenernährung).

Der Pflegestandard „Versorgung Verstorbener“ im *St. Josefs-Heim* geht gezielt auf die Situation kurz vor Eintritt des Todes sowie die nach Versterben der BewohnerIn ein und schreibt eine bestimmte Vorgehensweise mit verteilter Verantwortlichkeit vor.

Die von den MitarbeiterInnen des *Leonhard-Henninger-Hauses* der *Inneren Mission München* niedergelegten Leitlinien zur Sterbebegleitung sehen unter anderem die Entlastung der Pflege-Bezugspersonen vor. Dabei sollen die unterschiedlichen persönlichen Beziehungen, die es im Team zum sterbenden Menschen gibt, beachtet und genutzt werden. In der gerontopsychiatrischen Einrichtung „Der Lindenhof“ der *Inneren Mission München* wurde ein Handbuch entwickelt („Gebrauche deine Sinne“), das auf jeder Station aufliegt und Anleitung bietet für die palliative Betreuung von Demenzkranken.

2.2.3. Patientenverfügung/Vollmacht

Nur etwa 20% der HeimbewohnerInnen haben ihren Willen zur Regelung ihres Lebensendes niedergelegt (vgl. Schmidl-Vortrag 2005). Die Patientenverfügung sollte während der Heimaufnahme angesprochen werden. Oftmals gibt es ein Anamneseblatt beim Einzug, auf dem die Patientenverfügung/Vollmacht erwähnt ist. Während der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim kann die Patientenverfügung als Gesprächsanlass genutzt werden, um die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben anzustoßen, über die Gestaltung der letzten Lebensphase zu reflektieren und alle Beteiligten in einen gemeinsamen Prozess einbeziehen zu können (vgl. Zeman u.a. 2004, S. 14). Das Thema bedarf eines „Fingerspitzengefühls“, denn es löst oft Irritationen bei den Angehörigen aus, die sich überfordert fühlen. Somit gilt es, erst eine Beziehungspflege zu etablieren, um dann das Thema nach einer gewissen Eingewöhnungsphase aufzugreifen. Es muss dafür gesorgt sein, dass im Notfall die Patientenverfügung auch in der Krankenakte erwähnt und für den Arzt einsehbar ist, um z.B. einer ungewünschten Krankenhauseinweisung zuvorzukommen oder eine Sondenlegung zu verhindern.

Aufgrund der hohen Zahl dementiell erkrankter BewohnerInnen und der relativ geringen Anzahl vorliegender Patientenverfügungen gehört der „mutmaßliche Wille“ im Alten- und Pflegeheim zur täglichen Herausforderung palliativer Betreuung. Die Feststellung des „mutmaßlichen Willens“ zieht höchst komplexe Entscheidungsprozesse nach sich, die eine juristische, ethische, medizin-pflegerische sowie psychosoziale Dimension aufweisen. Der Kommunikation wie auch der Dokumentation kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Aufgabe zu, um herauszufinden, was die betroffene Person wollen würde. Letztlich gilt es, den „mutmaßlichen Willen“ in einer fortlaufenden Beobachtung vor allem nonverbaler Willensäußerungen festzuhalten. Darüber hinaus ist die Einbeziehung der Angehörigen, wenn es sie gibt, wichtig, denn sie beurteilen die Lebensqualität des betroffenen Menschen

maßgeblich. Eine Entscheidung wird gemeinsam mit den Angehörigen, den Betreuenden und dem Arzt angestrebt. Dabei ist wichtig, dass nicht nur die medizinischen Erklärungen im Vordergrund stehen, sondern es eine Offenheit für die Ängste und Gefühle der Angehörigen gibt. Wenn die Gesprächsbereitschaft am Anfang fehlt, fehlt bei späteren Entscheidungen das Vertrauen (vgl. Kunz 2003, S. 188).

Beispiel: Das *Ernst-Gnoss-Haus* macht nach 6-8 Wochen der Eingewöhnung auf das Thema aufmerksam. Die Informationsbroschüre von Stein Husebö wird ausgeteilt und ein Gesprächsangebot wird gemacht. Die Devise des Hauses: Je besser die Kommunikation im Heim zwischen Angehörigen-Pflegepersonal-Heimleitung läuft, desto weniger ist die Patientenverfügung von Bedeutung, denn der „mutmaßliche Wille“ wird kommuniziert und dokumentiert.

Im *St. Josefs-Heim* gehört das Ausfüllen einer „Todesfallverfügung“ seit der Implementierung zu den hospizlichen Aspekten der Heimaufnahme.

Im *Haus Upladin* gibt es ein Anamneseblatt beim Einzug, auf dem die Patientenverfügung/Vollmacht erwähnt ist, allerdings gibt es meistens Irritationen seitens der Angehörigen, außer eine BewohnerIn hat bereits eine Verfügung zum Zeitpunkt des Einzuges. Daher sind die Pflegenden angehalten eine gute Beziehungspflege zu etablieren und dieses Thema dann erneut aufzugreifen. In der Pflegedokumentation gibt es Raum für Wünsche der Sterbebegleitung, der Seelsorge und der ehrenamtlichen Unterstützung. Die situative Begleitung steht allerdings im Vordergrund.

2.2.4. Allgemeine Broschüren über das Thema Sterbebegleitung

Die ansprechend gestaltete Broschüre „Die letzten Tage und Stunden -Palliative Care für Schwerkranken und Sterbende“ von Sandgathe Husebö/Husebö ist für die BewohnerInnen und ihre Angehörigen sowie auch für die MitarbeiterInnen in vielen Häusern einsehbar.

Beispiel: Das *Ernst-Gnoss-Haus* teilt diese Broschüre bei Heimaufnahme aus.

Die *Bremer Heimstiftung* stellt in ihren 20 Häusern jeweils drei Exemplare für jede Station zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es die hausinternen Broschüren „Ich möchte einfach einschlafen. `Kein Tamtam drum herum.`- Gedanken und Wünsche zu Tod und Sterben. Eine Umfrage in der Bremer Heimstiftung“ sowie die Handreichung „In Würde leben. In Würde sterben.“

Mit der internen Zeitschrift „Projekt-Information“ der *Inneren Mission München* werden alle MitarbeiterInnen regelmäßig rund um das Thema Palliativbetreuung und ihre Implementierung informiert und vor allem diejenigen erreicht, die noch nicht am Projekt beteiligt sind.

2.3. Aus- und Weiterbildung

Der Stand der Aus- und Weiterbildung in den verschiedenen Einrichtungen/Trägern ist auf sehr unterschiedlichem Niveau, allerdings lässt sich ein Bestreben in Hinblick auf eine Professionalisierung der Palliativbetreuung feststellen. Die Ausbildung Palliative Care für Pflegekräfte ist ein wichtiger Baustein für die Nachhaltigkeit, denn die Fachlichkeit wird erhöht, die Pflegekräfte werden entlastet und es entsteht eine Multiplikatorenwirkung für das Thema Palliative Care.

Beispiel: Im *Ernst-Gnoss-Haus* haben die Heimleitung, die Pflegedienstleitung und die Hospizbeauftragte eine Palliative Care Ausbildung. Inzwischen gibt es in allen 11 Häusern der *AWO Niederrhein* eine Hospizbeauftragte (eine Pflegekraft mit Palliative Care Ausbildung). Sie nimmt an Qualitätszirkeln teil, führt Beratungsgespräche mit Angehörigen und kann eine palliativ-geriatriische Beratung im Heim vornehmen. Allen MitarbeiterInnen – nicht nur Pflegekräfte - soll die Grundidee Hospiz in einem zweitägigen Basisseminar vermittelt werden. In einem neu eröffneten Haus in Remscheid ist angedacht, palliativ-geriatriische Pflegekräfte zu beschäftigen.

Im *Haus Upladin* ist ein Basiskurs in Palliative Care für pflegende MitarbeiterInnen verpflichtend. Sterbebegleitung wird als Kernaufgabe gesehen. Hierbei geht es auch um die eigene Grundhaltung und Bewusstwerdung zu Tod und Demenz.

MitarbeiterInnen aus dem Pflegedienst, die Interesse am Thema Palliativbetreuung haben, können in einem der zwei Fachberatungsteams mitarbeiten. Die Zusatzausbildung Palliative Care ist (noch) nicht verpflichtend, allerdings zählen die Fähigkeiten zur Kommunikation und zur MultiplikatorIn als wichtige Qualifikationen.

In der *Bremer Heimstiftung* bekommen alle neuen MitarbeiterInnen eine Schulung. In der Ausbildung an der eigenen Schule für Altenpflege erhalten Pflegekräfte in einer eigens eingeführten Projektwoche einen sehr persönlichen und erfahrungsorientierten Zugang zum Thema Tod und Sterben. Ein vierwöchiges Wahlpraktikum im Hospiz ist möglich. Auch in der Schule für Physiotherapie wird ein Seminartag zum Thema Sterben, Tod und Trauer angeboten.

MitarbeiterInnen der *Bremer Heimstiftung* nehmen teil an der erstmals angebotenen Fortbildung „Palliative Geriatrie“ des *Erwin Stauss Instituts*: 9 Kräfte haben abgeschlossen; mit Abschluss des zweiten Lehrgangs soll in jedem Haus eine weitergebildete Fachkraft als „Expertin vor Ort“ zur Verfügung stehen. Es ist das Ziel, langfristig zwei Palliative Geriatrie Fachkräfte in jedem Haus zu beschäftigen. Diese Fachkräfte sind dann auch in den Arbeitsgruppen und sollen in die Planungen mit einbezogen werden.

Die *Sitzwache Evangelische Gesamtkirchengemeinde Stuttgart* versucht neben der ehrenamtlichen Begleitung auch ausgebildete Palliative Care Pflegekräfte, die vom *Hospiz Stuttgart* in Kooperation mit der Stadt Stuttgart ausgebildet werden, in den stationären Einrichtungen dauerhaft zu etablieren. Diese wirken als Multiplikatoren der Hospizidee, allerdings muss sich die jeweilige Einrichtung dann auch zu einem nachhaltigen Implementierungsprozess entscheiden.

2.4. Fortbildungen

Die Fortbildung ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung einer Palliativbetreuung, um die Themen Tod und Sterben lebendig zu halten und damit eine Distanz zur Thematik zu verhindern. Nach Beendigung der Projektphase besteht die Gefahr, dass sich routiniertes Vorgehen auf Dauer insbesondere durch Zeitknappheit nicht mehr an den einmal formulierten Vorgaben orientiert und individualisierte Handlungsweisen zunehmen. Die eigene Haltung immer wieder zu reflektieren und die Fachlichkeit zu steigern gilt für Pflegekräfte, die schon länger im Haus sind wie vor allem aber auch für neue MitarbeiterInnen.

Durch Fortbildungen, die sich mit den unterschiedlichsten Themen innerhalb des Bereiches der Palliativbetreuung beschäftigen, kann eine Multiplikatorenwirkung erzielt werden. Darüber hinaus sind sie wichtig für die Teamgespräche.

In den Einrichtungen, in denen die Fortbildungen von Haupt- und Ehrenamtlichen gemeinsam absolviert werden, kann man eine gute Kooperation feststellen. Eine gemeinsame Fortbildung ermöglicht ein besseres Kennenlernen und erleichtert die Zusammenarbeit im Heimalltag.

Obwohl Fortbildungen von zentraler Bedeutung für die Nachhaltigkeit der Palliativbetreuung sind, lassen sich immer wieder Schwierigkeiten in der Nutzbarmachung dieses Bausteines erkennen. Viele Häuser klagen, dass es zu viele themenspezifische Fortbildungen gibt und die Palliativbetreuung oftmals in den Hintergrund tritt. Für ein kleines Haus sind externe Fortbildungen teuer, so dass interne Fortbildungen vorgezogen werden. Ein gravierendes Hindernis stellt das Zeitproblem der MitarbeiterInnen dar, an Fortbildungen überhaupt teilnehmen zu können beziehungsweise zu dürfen.

Beispiel: Im *Ernst-Gnoss-Haus* und im *Haus Upladin* finden die Fortbildungen oftmals mit Haupt- und Ehrenamtlichen statt (z.B. zu den Themen Demenz, Zwangsernährung, palliative Medikation).

Bei der *Inneren Mission München* können die einzelnen Häuser im Bereich der Fortbildungen miteinander kooperieren, denn die Arbeitsgruppe des „Runden Tisches“, die das Gesamtprojekt „Leben bis zuletzt“ für die Alten- und Pflegeheime heimübergreifend plant und koordiniert, bietet Fortbildungen Haus übergreifend an.

Im *Haus Upladin* werden auch Fortbildungen mit Apotheken durchgeführt, um die Möglichkeiten und Wirkungen von Medikamenten zu vermitteln.

In der *Diakonie Kaiserswerth* sind die Themen Sterbebegleitung/Hospiz/Palliative Care durch Fortbildungen aber insbesondere durch die „Kaiserswerther Ethiktage“ bei allen MitarbeiterInnen präsent. Hier berichten ModeratorInnen über das Thema Ethikberatung und deren Durchführung im Haus sowie über alle relevanten ethischen Fragen, die verbreitet und vertieft werden sollen.

Die *Sitzwache Evangelische Gesamtkirchengemeinde Stuttgart* bietet in Kooperation mit dem *Hospiz Stuttgart* Fortbildungen für stationäre Pflegeeinrichtungen an. Diese Veranstaltungen laufen über 3 Tage bis zu einem Zeitraum von einem halben Jahr. Dadurch wird das Interesse in Hinblick auf die Implementierung der Sterbebegleitung bei den Einrichtungen geweckt und Möglichkeiten einer systematischen Umsetzung aufgezeigt. Allerdings kann die Sitzwachengruppe nur einen niederschweligen Einstieg liefern, denn sie hat nicht die hauptamtliche Kapazität (Koordination) die strukturelle Neuorientierung zu leisten.

2.5. Arbeitskreise /Qualitätszirkel

In den Gesprächen wurde deutlich, dass eine nachhaltige Palliativbetreuung in einem engen Zusammenhang zu Arbeitskreisen und/oder Qualitätszirkeln, die die Implementierungsphase überdauern, zu sehen ist. Interdisziplinarität und berufsübergreifendes Arbeiten kann in einem solchen Rahmen am besten erzielt beziehungsweise aufrechterhalten werden. Dadurch kann auch die Fachlichkeit erhöht und die Kommunikation erheblich verbessert werden. Die TeilnehmerInnen sind als Multiplikatoren des Themas Palliativbetreuung zu sehen, denn sie tragen die Inhalte der Arbeitskreise weiter auf die jeweiligen Stationen.

Es ist für die jeweilige Einrichtung von zentraler Bedeutung, die zu Beginn formulierten Standards bezüglich der Palliativbetreuung immer wieder überarbeiten und damit das Thema weiter entwickeln zu können. In diesem Zusammenhang spielt die Evaluation eine wichtige Rolle, denn erst in der systematischen Erfassung und Auswertung bisher ergriffener Maßnahmen können nachhaltige Entscheidungen getroffen werden. Es konnte festgestellt werden, dass ein Heimalltag ohne Arbeitskreise beziehungsweise Qualitätszirkel letztlich keinen Raum lässt für das notwendige prozesshafte Arbeiten an diesem Thema und somit die Nachhaltigkeit gefährdet ist.

Unterschiedliche Ebenen der MitarbeiterInnen können mit einem Arbeitskreis erreicht werden, wobei zu beachten ist, dass alle Hierarchien insbesondere auch die Basis mit bedacht wird. Wenn ein Träger mehrere Häuser hat, kann es noch hilfreicher für die Nachhaltigkeit sein, wenn es als Ergänzung zu dem zentralen, übergeordneten einen eigenen Arbeitskreis vor Ort gibt.

Beispiel: Die *Bremer Heimstiftung* verfügt über sehr unterschiedliche Arbeitskreise. Es gibt auf die Initiative des Vorstandes einen Steuerkreis, der sich intensiv mit allen Fragen des Sterbens in der *Bremer Heimstiftung* beschäftigt. Alle Hierarchien sind vertreten und die dort gefassten Beschlüsse werden dann in die Praxis umgesetzt. Das jährlich stattfindende Info-Forum „Tod und Sterben“ bearbeitet in einzelnen Arbeitsgruppen das Thema weiter. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe erstellte die Handreichung „In Würde leben. In Würde sterben“ (Auflage: 3000). Ein weiterer AK erarbeitete den Standard „Sterbende begleiten“. Die Einführung ethischer Fallbesprechungen ging ebenfalls von einer Arbeitsgruppe aus.

Die *Diakonie Düsseldorf* hat einen einrichtungübergreifenden Arbeitskreis „Kultur des Sterbens“, der sich im Jahr 2005 den Schwerpunkt Ethik wählte. Bezüglich der Nachhaltigkeit hat sich herausgestellt, dass darüber hinaus ein hausinterner Qualitätszirkel letztlich noch hilfreicher ist. In einem der Häuser wurde mit Beginn der Implementierung ein solcher gebildet, der das Thema seither angepasst an die einrichtungsspezifischen Bedingungen weiter vorantreibt. In diesem Haus kann beobachtet werden, dass eingeführte Strukturen eher fort dauern, diskutiert und entwickelt werden als in den anderen Häusern des Trägers, die über keinen eigenen Qualitätszirkel verfügen. Insbesondere die Themen Abschiedsrituale, Angehörigenpflege und Kontakte zum ambulanten Hospizdienst, die einer sehr individuellen Handhabung bedürfen, werden hier intensiv gepflegt.

Bei der *Innere Mission München* wird ebenfalls deutlich, dass die Leitung das Projekt mit trägt. Die Steuergruppe des Projektes versammelt unter dem Titel „Runder Tisch“ alle beteiligten Heimleitungen und die Leitung der Abteilung Altenhilfe der Inneren Mission. Im *Leonhard-Henninger-Haus* der *Inneren Mission* trifft sich die „Arbeitsgruppe für Palliativbetreuung“ in regelmäßigen Abständen, um die Weiterentwicklung der Sterbekultur im Haus zu sichern.

Im *Ernst-Gnoss-Haus* finden sich die hauptamtlichen MitarbeiterInnen alle sechs Wochen zu einem Qualitätszirkel Hospizarbeit zusammen.

Die *CBT* als Träger des *Hauses Upladin* hat den einrichtungübergreifenden und interdisziplinären Arbeitskreis „Ethische Arbeitsgemeinschaft“ für seine vierzehn Häuser ins Leben gerufen.

2.6. Ehrenamtliche

Die Sterbebegleitung durch ehrenamtliche HospizhelferInnen als Kernelement der Hospizbewegung ist ebenfalls ein wichtiger Baustein für die Nachhaltigkeit der Palliativbetreuung im Heim, weist aber in diesem Bereich oftmals Probleme auf. Im Umfeld der stationären Regelversorgung bedeutet es eine Herausforderung, externe HelferInnen in die Ablaufstrukturen der Einrichtung zu integrieren. Zu Beginn einer Zusammenarbeit gibt es häufig Berührungsängste von Seiten der Pflegekräfte, die sich kontrolliert und somit verunsichert fühlen. Auch seitens der HospizhelferInnen gibt es Vorbehalte, die sich insbesondere in der Angst vor Überforderung äußert. Daher ist die Gewinnung von HospizhelferInnen für die stationäre Altenhilfe bei weitem nicht so leicht wie für den ambulanten Bereich.

Eine weitere Schwierigkeit in Bezug auf den Einsatz von HospizhelferInnen liegt in der Implementierung selbst, die davon ausgeht, dass die Palliativbetreuung mit dem Heimeintritt beginnt. Der Einsatz von HospizhelferInnen unterscheidet sich klar von einer Begleitung im ambulanten Bereich, im stationären Hospiz oder auf einer Palliativstation, denn das Sterben im Heim verläuft uneindeutiger als bei TumorpatientInnen. Oftmals lässt sich aber nicht

genau klären, ab wann ein Hospizeinsatz gerechtfertigt ist. Die Pflegenden sind in ihrer genauen Wahrnehmung gefordert, wann eine BewohnerIn in den akuten Sterbeprozess eintritt und ob sie Hilfe in der Begleitung benötigt. HospizhelferInnen wollen nicht als Besuchsdienst „missbraucht“ werden. Sie möchten sich in ihrer Qualifikation und ihrem Einsatz abgegrenzt sehen zum regulären Besuchsdienst. Generell kann man aber sagen, dass der psychosoziale Versorgungsnotstand in den Heimen die Trennung zwischen Besuchsdienst und Hospizbegleitung oftmals erschwert.

In den Gesprächen mit den unterschiedlichen Einrichtungen/Trägern wurden verschiedene Vorgehensweisen für eine gelungene Integration der ehrenamtlichen HospizhelferInnen deutlich. Eine einfühlsame Einführung der Ehrenamtlichen auf der jeweiligen Station/Wohnbereich sowie ausreichend Zeit für den Beziehungsaufbau zu den Pflegekräften und den BewohnerInnen sind dabei wesentlich. Darüber hinaus hat es sich bewährt, gewisse Fortbildungen gemeinsam mit den Hauptamtlichen zu organisieren, wobei die Gefahr einer Überforderung immer im Auge zu behalten ist. Die Häuser, die unter vernetztem Arbeiten auch die Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen verstehen und diese auch in die Teambesprechungen mit einbeziehen, profitieren von dem wichtigen Beitrag ehrenamtlicher Begleitung.

Eine gute Ausbildung der HospizhelferInnen, die ausreichend Theoriestunden sowie ein Praktikum im Heim vorsieht, ist als Grundvoraussetzung zu sehen. Dazu zählt auch eine regelmäßige Supervision. Darüber hinaus spricht eine gute Ausbildung mehr HelferInnen an und es kann beobachtet werden, dass eine Kostenbeteiligung bei den Ehrenamtlichen eher eine wertschätzende als eine ablehnende Haltung hervorruft. Es konnte beobachtet werden, dass große Träger, die die Kosten für eine Ausbildung scheuen und eher vor Ort ausgebildete HospizhelferInnen für den schnellen Einsatz favorisieren, Qualitätseinbußen sowie die Überforderung der Ehrenamtlichen in Kauf nehmen müssen. Mittel- und langfristig wird es hier in der Zusammenarbeit mit HospizhelferInnen zu Problemen kommen.

Beispiel: Im *Ernst-Gnoss-Haus* wird aus dem Kreis der HospizhelferInnen eine Kontaktperson gewählt, die regelmäßig die Etagen besucht und sich direkt „vor Ort“ danach erkundigt, ob akuter Bedarf an Begleitung und Beistand besteht. Das Haus stellt dadurch die Stärkung des Wir-Gefühls zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen fest.

Ehrenamtliche gehen sogar ins Krankenhaus und begleiten dort die BewohnerInnen weiter.

Das *Haus Upladin* arbeitet derzeit an einem Perspektivenwechsel in der ehrenamtlichen Arbeit, die auf eine Lebensbegleitung der BewohnerInnen bis zum Schluss ausgerichtet ist. Da das Haus den schnellen Einsatz von Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung oft als schwierig erachtet, wird derzeit eine Langzeitbetreuung überlegt. Demnach soll nicht mehr eine mobile Einsatztruppe für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sondern die

Ehrenamtlichen, die bereits eine BewohnerIn betreuen, sollen auch für die letzte Begleitung ausgebildet werden.

Im *Haus Upladin* nehmen Ehrenamtliche an den Teambesprechungen teil.

Die *Bremer Heimstiftung* sieht vernetztes Arbeiten durch den Dialog Ehrenamtliche-Hauptamtliche-Angehörige verwirklicht. In zwei Häusern gibt es bisher eine ehrenamtliche „Patin“, die als Ansprechpartnerin durch die Stationen läuft. Sie ersetzt keine Pflegekraft, aber sie kümmert sich auch um Krisen beim Einzug, sammelt Informationen, was fehlt und steht dem Pflegepersonal als Entlastung zur Seite. Der Bedarf wird als sehr viel höher eingeschätzt, aber kann derzeit weder durch Ehrenamtliche noch durch Hauptamtliche geleistet werden. Darüber hinaus nehmen die ehrenamtlichen HelferInnen an den ethischen Fallbesprechungen teil.

Die Ausbildung, die vom Kooperationspartner *Hospiz Horn* durchgeführt wird, ist für die Ehrenamtlichen nicht kostenfrei. Allerdings decken die Teilnahmegebühren die Unkosten nicht ab, so dass der Verein den Restbetrag trägt.

Die *Sitzwache Evangelische Gesamtkirchengemeinde Stuttgart* mit ihren 70 Ehrenamtlichen (vier Gruppen) pflegt Kontakte zu 17 Pflegeeinrichtungen und vier Krankenhäusern. Es ist festzustellen, dass sich die Arbeit mit Ehrenamtlichen verändert, denn in der Begleitung wird immer häufiger der Bedarf an Langzeitbetreuungen gefragt. Darüber hinaus bewährt sich eine größere Flexibilität, indem Ehrenamtliche in ihrem Einsatz nicht mehr nur auf ein Haus beschränkt bleiben, sondern je nach Bedarf für alle Einrichtungen zur Verfügung stehen.

2.7. Rituale

Rituale kann man nicht verordnen, sondern man kann nur zu ihnen ermutigen.

Den Zustand eines Hauses bezüglich einer nachhaltigen Kultur des Sterbens kann man an der Handhabung der Abschiedsrituale ablesen. Das Thema Rituale ist schwierig und führt oftmals zu zwei extremen Reaktionen. Auf der einen Seite wird weder zeitlich noch organisatorisch Raum gelassen für eine Gestaltung, so dass sich sogar ein Bewusstsein für Rituale im Alltag verliert. Auf der anderen Seite werden sie standardisiert und verordnet, und es kommt somit zu mechanischen, bezugslosen Ausführungen. Letztlich geht es darum, Ritualen einen Platz in unserem Lebenszyklus einzuräumen und sie als integralen Bestandteil unseres täglichen Ablaufes zu sehen. Im Rahmen einer Palliativbetreuung geht es immer wieder um die Hinführung und Einführung zu den Inhalten eines Abschiedsrituals, das dann zu der jeweiligen Situation entsprechend vollzogen werden kann. Die individuelle Handhabung fordert somit ein beständiges Bemühen um die Einsicht, dass Rituale von Bedeutung sind und lebendig gehalten werden müssen. Hier bewähren sich vor allem Arbeitskreise und Fortbildungen.

Dennoch haben sich durch den Implementierungsprozess in den Häusern gewisse Standards herausgebildet, die hier kurz erwähnt werden sollen. Die Verstorbenen dürfen nur noch im Sarg abtransportiert werden, der dann, wenn es gewünscht ist, auch zum Vordereingang heraus getragen wird. Die Aufbahrung der Verstorbenen findet in den meisten Häusern eher im Zimmer als im Aufbahrungsraum statt. Wenn eine Verabschiedungspraxis eher im Auf-

bahrungsraum gewünscht ist, ist dieser im Rahmen der Implementierung meist neu gestaltet worden. Es soll genügend Zeit für die Verabschiedung bleiben (bis zu drei Tagen). Es wurde dabei festgestellt, dass ein schneller Wechsel auch die Pflegekräfte entkräftet.

Alle Häuser haben seit der Implementierung Verabschiedungsmöglichkeiten geschaffen, die sich allerdings auf unterschiedlichem Niveau bewegen. Die Bekanntgabe der Verstorbenen ist gewährleistet, ist allerdings ebenfalls sehr unterschiedlich gestaltet. Der eigene Charakter der jeweiligen Einrichtung soll gewahrt bleiben. Anregungen von der Leitungsebene können gegeben werden, aber letztlich geht die Ausrichtung von den Pflegenden aus. Die Einführung eines Abschiedsgottesdienstes, der in kleineren Einrichtungen jährlich in größeren dementsprechend öfter durchgeführt wird, wird von den Angehörigen sehr gut angenommen und hat daher auch eine gute Multiplikatorenwirkung nach außen. Auch für die Gedenkfeier haben sich Vorschriften nicht bewährt, allerdings braucht es für die Durchführung viel Zeit und teilweise auch Anleitung. Der Abschiedsgottesdienst stellt darüber hinaus ein wichtiges Instrument der Evaluation bezüglich der Palliativbetreuung dar, denn in diesem Rahmen geben Angehörige ihr Feedback an die jeweilige Einrichtung.

Beispiel: Im *Haus Upladin* hat sich eine bestimmte Form der Abschiedskultur bewährt, deren konkrete Handlungen und Rituale gelebt und gepflegt werden. Im Eingangsbereich gibt es einen kleinen Ort der Stille mit einer Gedenktafel und dem „Buch des Lebens“. Hier wird mit einer Todesanzeige und persönlich formulierten Erinnerungen der Verstorbenen gedacht. In der Kapelle gibt es einen Aushang. Verstorbene BewohnerInnen verlassen das Haus im Sarg durch den Haupteingang in Begleitung einer MitarbeiterIn. MitarbeiterInnen können auf die Beerdigung gehen. Einmal im Quartal findet ein Gedenkgottesdienst mit anschließendem Kaffeetrinken mit den Angehörigen statt. Das Feedback an dieser Stelle ist sehr wichtig.

Im *Ernst-Gnoss-Haus* werden die verstorbenen BewohnerInnen ebenfalls im Zimmer aufgebahrt. Die Trauerfeier findet im Haus statt, so dass die BewohnerIn nicht nochmals in der Friedhofskapelle aufgebahrt wird. Gleich im Anschluss kommt es dann zu der Beerdigung auf dem Friedhof. Somit kann die Feier in der gewohnten Umgebung stattfinden und die BewohnerInnen sowie die Pflegekräfte können sich in Ruhe verabschieden. Eine Verabschiedung in der Kapelle am Friedhof würde dazu führen, dass viele BewohnerInnen und Pflegekräfte aufgrund von Immobilität beziehungsweise Dienstzeiten nicht kommen könnten. Die seit vier Jahren stattfindenden Jahresgedenkfeiern werden sehr gut von den Angehörigen angenommen.

In der *Diakonie Düsseldorf* gibt es einen Standard der Abholpraxis der verstorbenen BewohnerInnen, der besagt, dass der Sarg vorne zum Haupteingang heraus getragen wird. Aufbahrungsräume wurden neu gestaltet, spielen in der Praxis aber kaum eine Rolle. BewohnerInnen dürfen sich verabschieden, wenn sie es wünschen und werden zum Sterbebett begleitet.

2.8. Spiritualität

Das Eingebundensein in christliche Rituale hat an Relevanz verloren, wohingegen das Thema Spiritualität in der Palliativbetreuung eine zunehmend wichtige Rolle spielt. Es ist zu beobachten, dass mit der Implementierung dieses Thema bei den BewohnerInnen sowie bei den MitarbeiterInnen mehr Wertschätzung erfährt. Konfessionell gebundene Träger/Einrichtungen müssen areligiöse Bedürfnisse respektieren sowie sich den spirituellen Fragen am Lebensende stellen, die sich einer konfessionellen Zuordnung entziehen. Heller sieht das Thema Interreligiosität als einen wichtigen Aspekt von Palliative Care und fragt, wie unter den Bedingungen der Neuzeit eine authentische Helfersprache gefunden werden kann: „Eine Herausforderung besteht darin, unterschiedliche Konzeptionen und Denkvorstellungen, Theologien und ethische Überzeugungen in den religiösen Traditionen aufzunehmen und vergleichend für den ethischen Diskurs und die ethischen Entscheidungen zu nutzen“ (Heller 2000a, S. 21). Heller spricht von einer „Palliativen Spiritualität“, die es auszuloten, auszusprechen und auszuhalten gebe (vgl. ebd.). Hier könnten Fortbildungen für MitarbeiterInnen die Möglichkeit bieten, eine Sprache für Leid, Ohnmacht und Trost zu finden; denn eigenes Schweigen und Verstummen ist schwer auszuhalten und kann Barrieren aufbauen.

Beispiel: Eine Ordensschwester des *St. Josef-Heimes München* berichtet, dass durch die Implementierung ihre Begleitung mehr Wertschätzung seitens der MitarbeiterInnen erfahren habe. Allerdings stellt sie fest, dass die konfessionelle Zusammenarbeit zunehmend schwierig sei, weil die religiöse Bindung der MitarbeiterInnen sowie der BewohnerInnen nicht mehr nur auf den katholischen Glauben ausgerichtet ist.

Der Kooperationspartner *Hospiz Horn* der *Bremer Heimstiftung* stellt fest, dass der Verein in spirituellen Themen sehr gefordert wird. Die (Sinn-)Fragen am Lebensende, die an Pflegekräfte, den sozialen Dienst und Ehrenamtliche gestellt werden, sind immer wichtig. Das Bedürfnis eine Kerze anzuzünden ist hoch, wohingegen der Wunsch ein Gebet sprechen zu dürfen gering ist.

2.9. Ärzte

Es konnte beobachtet werden, dass die Zusammenarbeit mit den Ärzten in Bezug auf eine palliative Versorgung generell schwierig und vor allem zu Beginn des Implementierungsprozesses eher zögerlich verläuft. Die Ärzte für Fortbildungen zum Thema Palliativbetreuung zu gewinnen, funktionierte in der Anfangsphase kaum. Dennoch lässt sich feststellen, dass je mehr ein Haus/eine Einrichtung von einer „Kultur des Sterbens“ geprägt ist, desto besser

klappt die Zusammenarbeit mit den Ärzten. In diesem Fall lassen sich Hausärzte oftmals auf Vorschläge der Palliative Care Pflegekraft bezüglich einer Schmerztherapie ein.

Der größte Teil der an dieser Studie beteiligten Einrichtungen/ Träger stehen einer Einführung des Heimarztmodells eher skeptisch bis ablehnend gegenüber.

Bestimmte Bausteine zu einer besseren palliativmedizinischen Begleitung können für diese Einrichtungen ausgemacht werden. Es ist wichtig, die Hausärzte für das Thema zu interessieren und sie über die Palliativbetreuung im Haus genau zu informieren. Ein wichtiger Hinweis spielt dabei, Fortbildungen in Kooperation mit und anrechenbar durch die Ärztekammer anzubieten (vgl. Kittelberger u.a. 2005, S. 44). Ärzte sollten als wichtige Mitglieder des geriatrischen Assessments betrachtet und in die ethischen Fallbesprechungen einzelfallbezogen eingeladen werden. Es wurde deutlich, dass der Dialog bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen unnötige Krankenhauseinweisungen verhindern kann. Voraussetzung dafür ist eine gute Dokumentation mit der ärztlichen Absprache, dass es keine Krankenhauseinweisung und keine verlängernden Maßnahmen geben soll. Interdisziplinäre Arbeitskreise, die einrichtungsübergreifend arbeiten, sind ein Anziehungspunkt für die Mitarbeit von Ärzten zu dem Thema Palliativbetreuung.

Beispiel: Die Erfahrungen aus dem Projekt der *Inneren Mission München* zeigen Kriterien, die eine Kooperation mit den Hausärzten verbessern. Hausärzte sollten sich eingeladen fühlen und ihre Kompetenz sollte angefordert werden, indem sie z.B. Patientenverfügungen ausfüllen oder bei Mitarbeiterfortbildungen mitwirken. Der Hinweis auf palliativmedizinische Fachstellen sowie ihr Beitrag zur Gestaltung der Sterbekultur wirken sich motivierend auf die Zusammenarbeit aus. Seitens des Heimes und der Pflege konnte mit einem bestimmten und selbstbewussten Auftreten gute Erfahrungen gemacht werden. Darüber hinaus muss der Dialog zwischen BewohnerIn/Angehörige, Arzt und Heim eingeübt werden (vgl. Kittelberger u.a. 2005, S. 45).

Alle im *Ernst-Gnoss-Haus* wirkenden Ärzte sind über die Hospizarbeit und Abschiedskultur im Haus informiert. Das *Ernst-Gnoss-Haus* lädt den jeweiligen Arzt zu einem „Reflektionsgespräch“ ein, in dem medizinische Behandlungswünsche und die konkrete Vorgehensweise besprochen und Ehrenamtliche vorgestellt werden.

Es werden Schmerztherapeuten eingesetzt, die Ärzte im „Netzwerk Palliativmedizin“ sind.

Die *Bremer Heimstiftung* berät ihre BewohnerInnen bezüglich der Arztwahl und gibt eine „Positivliste“ heraus.

2.10. Schmerzen

In mehreren Untersuchungen wurde gezeigt, dass das Schmerzproblem bei alten und insbesondere bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen völlig unterbewertet wird (vgl. Sandgathe-Husebö/Husbö 2001, S. 118). Bei 45-80% aller PflegeheimpatientInnen lässt die

Schmerztherapie laut Schmidl „ernsthaft zu wünschen übrig“, so dass über 80-Jährige um ein Drittel weniger Opiate bekommen als jüngere und dementiell Erkrankten wird prinzipiell weniger Schmerzlinderung zuteil als nicht dementen Menschen. Darüber hinaus basiert eine Schmerzbehandlung oftmals auf Fehleinschätzungen mit weit reichenden Folgen für die Integrität des alten Menschen: „Statt der Schmerzen werden Schmerz-Folgestörungen wie Depressionen und Schlafstörungen beachtet, Verhaltensstörungen wie Aggressivität und Reizbarkeit werden mit Psychopharmaka behandelt“ (Schmidl 2003 S. 282). Eine unzureichende Behandlung der Symptome ist die tragische und ethisch gesehen unwürdige Folge, der die Palliativbetreuung zunehmend entgegenwirken will, denn Schmerzen gehören nicht zwangsläufig zum Leben eines alten Menschen. Auch ist es ein Vorurteil, alte Menschen würden Schmerzen weniger stark empfinden (vgl. Sandgathe-Husbö/Husebö 2001, S. 118; Kunz 2002, S. 101).

Das zentrale Anliegen der Palliativen Geriatrie ist ebenfalls die Schmerzlinderung, denn der Schmerz hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen und ist im Gegensatz zu jüngeren Tumorpatienten chronisch. 60-80% der 60-89-Jährigen und 45-80% der PflegeheimbewohnerInnen leiden an chronischen Schmerzen (vgl. Baseler 1999, S. 23; Kunz 2002, S. 101), aber nur etwa die Hälfte der Betroffenen erhält eine adäquate Therapie (vgl. Schmidl u.a. 2002, S. 16). Im Alter sind Schmerzen aufgrund des Bewegungsapparates am häufigsten, gefolgt von neuropathischen Schmerzen und Tumorleiden (vgl. Baseler 1999, S. 24). Darüber hinaus beobachtet Baseler, dass sich vor allem im Alter Schmerz und Depression gegenseitig verstärken und die Krankheitsbilder schwer von einander abzugrenzen sind. Bei PatientInnen, die längere Zeit unter Schmerzen leiden, steigt die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Reaktion. Auf der anderen Seite klagen depressive Menschen häufiger über Schmerzen als nicht depressive (vgl. ebd. S. 41).

An PatientInnen mit zunehmender Schwere einer Demenz konnte gezeigt werden, dass bei standardisierten Schmerzreizen die physiologischen Antworten abnahmen, aber der mimische Schmerzausdruck intensiver wurde (vgl. Baseler u.a. 2004, S. 318-319). Diese Erkenntnis widerlegt die tragische Annahme, dass Menschen, die ihren Schmerz nicht kommunizieren können auch keine haben. Immer noch sind Menschen mit Sprachverständnisstörungen dadurch gefährdet, dass ihre vorhandenen Schmerzen nicht erkannt und damit nicht oder falsch behandelt werden (vgl. ebd.). Die Verhaltensbeobachtung sowie nonverbale Ausdrucksformen von Schmerz wie Unruhe, wiederholtes, häufig unverständliches Verbalisieren bis hin zum Schreien oder auch ausgeprägte Mimik sind wichtige Indikatoren in der Palliativbetreuung.

Alle Einrichtungen dieser Studie sehen den veränderten Umgang mit Schmerzen als zentralen Punkt ihrer nachhaltigen Palliativbetreuung. Zunächst sind Pflegekräfte zunehmend sensibilisiert, Schmerzen zu beobachten und sich gegebenenfalls an eine qualifizierte Fachkraft zu wenden, die eher aus der Pflege als aus dem hausärztlichen Umfeld kommt. Die medizinisch-pflegerische Versorgung der BewohnerInnen wird immer schwieriger und komplexer, so dass nicht qualifizierte Pflegekräfte oft an ihre Grenzen stoßen. Daher empfinden sie die Möglichkeit, jederzeit medizinischen und ethischen Rat einholen zu können, als besondere Erleichterung und Entlastung ihres Arbeitsalltages. Die zunehmende Qualifizierung der Pflegekräfte in palliativer Geriatrie steht in engem Zusammenhang mit einer ernst gemeinten und nachhaltigen Implementierung.

Darüber hinaus bemühen sich die Träger/Einrichtungen um die Entwicklung eigener Schmerzdokumentationsbögen. Derzeit gibt es nur den „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“, der aber nur für onkologische Patienten gedacht ist. In der Geriatrie gibt es noch kein Schmerzmanagement in Bezug auf chronisch Kranke. Für die Pflegekräfte ist es ein Handwerkszeug, um Schmerzen erkennen zu können.

Beispiel: In jedem der elf Häuser der *AWO Niederrhein* gibt es eine in Palliative Care geschulte Pflegekraft, die auch eine palliativ-geriatriische Beratung vornehmen kann.

Für das *Haus Upladin* ist die Kompetenz der MitarbeiterInnen im Schmerzmanagement zentral. Inzwischen gibt es auch eine Zusammenarbeit mit Apotheken, die in Fortbildungen über Möglichkeiten und Wirkungen von Medikamenten aufklären.

Das *St. Josefs-Heim München* klärt medizinische und ethische Fragen extern durch den Palliativ-Geriatriischen Beratungsdienst des Christophorus Hospiz Vereins München.

Die *Bremer Heimstiftung* lässt Palliative Geriatrie Fachkräfte ausbilden mit dem Ziel, dass es in jedem Haus zwei dieser Fachkräfte geben wird.

Das Fachform „Palliative Geriatrie“ der Bremer Heimstiftung entwickelt einen Schmerzdokumentationsbogen zu einem besseren Schmerzmanagement der einzelnen BewohnerInnen sowie zur Schulung der Pflegekräfte im Umgang sowie der Handhabung von chronischen Schmerzen.

Die *Diakonie Düsseldorf* konnte einen großen Erfolg mit ihrem Pilotprojekt „Schmerzmanagement“, den sie in zwei der Häuser startete, erzielen. Der Standard aus Osnabrück wurde implementiert und mit einem abschließenden Tag ein eigener Standard für alle Häuser eingeführt, der die Pflege stark entlastet.

2.11. Dokumentation

Eine zentrale Bedeutung in einer nachhaltigen Palliativbetreuung kommt der Dokumentation zu. Der Wille der BewohnerIn muss von Anfang an dokumentiert sein. Die Patientenverfügung, soweit diese vorhanden ist sowie sonstige Wünsche bezüglich einer Palliativbetreuung werden vermerkt und sollten von Anbeginn in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Den Pflegenden auf der Station sollen diese Dokumente und damit auch die Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen bekannt sein, die im Fall einer Krankenhauseinweisung von großer Bedeutung in der weiteren Behandlung sein können. Insbesondere in der Durchsetzung des „mutmaßlichen Willens“, der oftmals durch nonverbale Äußerungen gekennzeichnet und daher in einer fortlaufenden Beobachtung festzuhalten ist, bildet die Dokumentation das Kernelement in schwierigen medizinischen und ethischen Entscheidungen. Die hier beteiligten Einrichtungen bestätigen, dass letztlich eine gut geführte Dokumentation die Krankenhauseinweisung und lebensverlängernde Maßnahmen, die die BewohnerIn nicht mehr möchte, verhindern kann. Es ist ein Prozess, eine offen behandelte Dokumentation als zentralen Baustein einer nachhaltigen Palliativbetreuung zu sehen. Dazu gehört die Überzeugung, dass das Einsehen der Dokumentation bezüglich des Willens zum Wohle aller und somit nicht als Kontrolle oder Kritik gedacht ist.

Darüber hinaus bleibt das Thema Sterben für diejenigen MitarbeiterInnen präsent, die die Dokumentation erstellen. Sie sind dadurch aufgefordert, sich an Äußerungen und Wünsche der BewohnerInnen bezüglich der Themen Tod und Sterben zu erinnern. Die kontinuierliche Dokumentation einer individuellen Sterbebegleitung kann zu einem Leistungsnachweis für den Medizinischen Dienst werden, wenn es mittel- oder langfristig zu einer sozialpolitischen und damit zu einer finanziellen Anerkennung der Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe kommt.

Beispiel: In den *Leben im Alter Zentren* der *Diakonie Düsseldorf* wurde eine EDV gestützte Dokumentation eingeführt. Die Sterbebegleitung soll dort dokumentiert werden, vor allem um dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu zeigen, was alles in der Sterbebegleitung getan wird. Nicht nur das Stammbblatt „Existentieller Umgang mit Sterben und Tod“ wird hier berücksichtigt, sondern alle alltäglichen Verrichtungen und Handreichungen sollen festgehalten werden. Nur der Leistungsnachweis zur Begleitung kann Gelder bringen und daher muss die Begleitung Sterbender ausgewiesen werden.

In den Häusern der *Bremer Heimstiftung* werden gute Erfahrungen mit einer offen geführten Dokumentation gemacht. Sogar die KoordinatorInnen des Projektes „Miteinander-Füreinander“ dürfen jederzeit Einblick in die Dokumentation des jeweiligen Hauses sowie der jeweiligen Station haben.

Die *Sitzwache Evangelische Gesamtkirchengemeinde Stuttgart* stellt in ihrer Arbeit in den 17 unterschiedlichen Einrichtungen immer wieder fest, dass die Sterbebegleitung nur dann funktioniert, wenn diese geklärt und dokumentiert wird.

2.12. Ethische Fallbesprechungen

Die ethische Fallbesprechung als zentrales Instrument der Palliativbetreuung zu betrachten, setzt sich in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe erst allmählich durch. Bartosch stellt in dem dieser Studie zugrunde liegenden Gespräch heraus, dass das Krankenhaus sowie die Einrichtungen der Altenhilfe einer kritischer gewordenen Öffentlichkeit ihre Kompetenz auch am Lebensende deutlicher machen und ihre Spannungen und Aporien unverkrampfter und dialogbereiter kommunizieren müssen.

Es muss erheblich in eine interdisziplinäre Fortbildungs- und Entlastungskultur investiert werden. Die Ethikberatung ist als ein fall- und organisationsbezogenes Entscheidungsinstrumentarium zu verstehen. Als eine eher praktische, zugleich reflektierte und kommunizierende Ethik findet sie ihren Platz in der täglichen pflegerischen, medizinischen, sozialen und seelsorgerischen Versorgung. Eine ethische Fallbesprechung ist nicht nur prospektiv sondern auch retrospektiv zu nutzen, denn sie trägt in ihrer evaluierenden Vorgehensweise als Klärung für die weitere Arbeit bei.

Die Gestaltung der letzten Lebensphase im Heim richtet sich im Rahmen einer Palliativbetreuung insbesondere auf die Lebensqualität der BewohnerInnen. Ihre würdevolle Versorgung am Lebensende ist maßgeblich geprägt von Entscheidungen, die alle an der Sterbebegleitung Beteiligten im Sinne der Betroffenen zu fällen haben. Wie Heller sagt: „Die Zeiten gehen zu Ende, in denen einzelne Verantwortungsträger ethische Entscheidungen für andere und ohne deren Beteiligung treffen“ (Heller 2005, S. 20). Somit sind auch die Organisationen, die die Rahmenbedingungen für eine Kultur des Sterbens schaffen, in ihrer ethischen Entscheidungsfähigkeit gefordert, denn Versorgungsqualität ist immer auch ethische Entscheidungsqualität (vgl. ebd. S. 14). In der stationären Altenhilfe werden die ethischen Fragestellungen angesichts steigender Pflegebedürftigkeit und gleichzeitiger finanzieller Engpässe immer brisanter und auch komplexer. Der Schutz von Autonomie und Würde ist oft gefährdet, weil der alte Mensch sich nicht mehr mitteilen kann. Die Entscheidungsfindung in seinem Sinne soll prozessual und interdisziplinär verlaufen. Insbesondere die Pflegekräfte wünschen zunehmend eine angemessene Beteiligung und stehen somit in einer ethischen Mitverantwortung.

Es wurde insbesondere in der *Bremer Heimstiftung* die Erfahrung gemacht, dass gut gestaltete und in die Organisation implementierte ethische Entscheidungsprozesse dazu beitragen können, die Bewohner- sowie die Mitarbeiterorientierung zu verbessern. In Bezug auf die BewohnerIn entsteht bei den Mitgliedern des Beratungsteams ein komplexeres Bild, was für die Klärung der weiteren Arbeit wichtig ist.

Es wird ein Zusammenhang gesehen zwischen der zunehmenden Anwendung der Ethikberatung und der Feststellung, dass Pflegekräfte der Einrichtung länger treu bleiben. Als Mitglied eines interdisziplinären Beratungsteams fühlen sie sich als einzelne Person in ihrer Fachlichkeit geachtet und haben ein Forum zum Austausch. Da die Entscheidung aus der einsamen, individuellen Verantwortung einer Person herausgeführt und die ethische Verantwortung in den Kontext der Gesamtorganisation/Träger/Einrichtung betrachtet wird, kann mehr Handlungssicherheit entstehen. Der gemeinschaftliche Austausch sowie gemeinsame Handlungsanweisungen als Ergebnis werden als stark entlastend in der täglichen Arbeit empfunden. Da die MitarbeiterInnen der Organisation insbesondere in der Moderation und in der Kommunikationskompetenz qualifiziert werden müssen, erhöht sich mit dem Baustein „Ethische Fallbesprechung“ die Fachlichkeit der Pflegekräfte. Die hohe Relevanz der Kommunikation befördert das Gelingen interdisziplinären und offenen Austausches. Auch scheint die in der Palliativbetreuung geforderte Interdisziplinarität im Rahmen der ethischen Fallbesprechung besser gegeben zu sein, weil sich insbesondere Ärzte und Juristen für diese Mitarbeit besser gewinnen lassen.

Externe ethische Komitees bringen das Thema Ethik in die Öffentlichkeit, wo es politisch nachhaltig wirken und zu gesellschaftlichen Diskussionen beitragen kann.

Beispiel: Seit einem Jahr werden in der *Bremer Heimstiftung* ethische Fallbesprechungen durchgeführt (bisher 12; Stand: Juli 2005). Die ethischen Fallbesprechungen werden in den Standard der *Bremer Heimstiftung* zur Sterbebegleitung integriert.

120 Pflegekräfte sind involviert. Jede Pflegekraft kann eine ethische Fallbesprechung einfordern. Sie kann sich an eine Vertrauensperson in der Leitung wenden. In den Häusern, in denen ethische Fallbesprechungen stattfinden, nehmen diese aufgrund der positiven Erfahrungen auch zu. Inhalte der ethischen Fallbesprechungen sind: Fragen der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr; aggressives Verhalten; nonverbale Nicht-Einwilligung von BewohnerInnen in Maßnahmen oder Verordnungen, die Ärzte oder Angehörige wünschen; akute bedrohliche Situationen, wie z.B. Tumore. Es wird eine Empfehlung ausgesprochen und das Ergebnis in der Bewohnerakte dokumentiert. Seitens der Hausärzte (240) gibt es Interesse an den Fallbesprechungen.

Die *Bremer Heimstiftung* arbeitet daran, ein externes ethisches Komitee für weitergehende ethische Fragestellungen einzurichten. Gedacht ist an Kapazitäten aus den Fachdisziplinen Jurisprudenz, Medizin, Ethik und Pflege aus Bremen, die für besonders schwierige Situationen des Lebens und Sterbens alter, kranker und dementer Menschen Empfehlungen aussprechen, wenn einrichtungsinterne ethische Fallbesprechungen nicht zu Lösungen führen oder wenn der Wille des Betroffenen nicht mehr zu ermitteln ist. Kontakte zum Institut für

Gesundheits- und Medizinrecht an der Universität Bremen und Beratung durch eine Fachärztin für Sondenernährung sowie eine Facharzt für Schmerztherapie bestehen bereits.

In der *Kaiserswerther Diakonie* findet die Ethikberatung als ethische Fallbesprechung auf der Station statt. In zwei Jahren wurden 19 Fallbesprechungen durchgeführt (Stand Juli 2005). Die Beantragung läuft über die Koordinationsstelle. Zu ihr gehören zwei Mitarbeitende der Krankenhausesseelsorge sowie beratend ein leitender Arzt und ein Mitglied der Pflegedienstleitung. Die Koordinationsstelle organisiert weiterhin eine ModeratorIn. Die elf ModeratorInnen haben eine spezielle mehrtägige Fortbildung durch die IFF-Fakultät der Universität Klagenfurt in Wien absolviert und sind dem Vorstand für jeweils zwei Jahre für ihre Aufgabe verpflichtet. Das Ergebnis der Ethikberatung ist auch hier eine Empfehlung. Die ethische Kompetenz aller Mitarbeitenden in der Klinik konnte gestärkt werden. Über ethische Fragen wird seitdem offener diskutiert.

Die Ethikberatung ist von der Ethikenquete zu unterscheiden, aber damit beide auch zusammengehalten werden können, wurden die „Kaiserswerther Ethiktage“ eingeführt. Dort berichten die ModeratorInnen über die Ethikberatungen und der Vorstand über Themen der Enquete. Darüber hinaus bieten die Ethiktage eine Plattform für Diskussionen für alle MitarbeiterInnen. Es geht auch um qualifizierte Anstöße von außen, wie zum Beispiel der Austausch mit anderen Moderationsteams und um die Etablierung eines Netzwerkes von „usern“ ethischer Instrumentarien. Die Gesamtheit der ethischen Instrumentarien Ethikberatung, Ethikenquete und Ethiktag will einen Kommunikationsprozess befördern und auch die Gewissenskonflikte aller Mitarbeitenden ernst nehmen. Schließlich will man den ganz konkreten Nöten und Lebenssituationen der PatientInnen besser gerecht werden.

Der moderierte Arbeitskreis „Praxisbegleitung und Situationsbesprechung“ des *Hauses Upladin* trifft sich viermal im Jahr, um ethische Fragestellungen in Bezug auf BewohnerInnen (z.B. Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen; Zwangsernährung, Legen einer PEG-Sonde) zu besprechen und zu bearbeiten. Darüber hinaus gibt es noch den Arbeitskreis „Ethische Arbeitsgemeinschaft“ für alle Häuser der CBT (14 Häuser), der interdisziplinär besetzt ist.

2.13. Kooperation / Vernetzung

Bei allen der hier teilnehmenden Einrichtungen/Träger wurde übereinstimmend berichtet, dass einrichtungsübergreifende Kooperation und Vernetzung für die Nachhaltigkeit der Palliativbetreuung von zentraler Bedeutung ist, auch wenn diese sehr unterschiedlich durchgeführt und gepflegt werden. Wie bereits im theoretischen Teil unter Punkt 3.1. herausgestellt wurde, bedeutet es für eine stationäre Einrichtung eine Herausforderung sich nach außen zu öffnen und die starren hierarchischen gegen vernetzende Strukturen einzutauschen. Die Kooperation, die insbesondere für den Beginn und die Durchführung des Implementierungsprozesses maßgeblich ist, bleibt ein wichtiger Indikator in der Nachhaltigkeit. Die jeweilige Einrichtung/Träger lässt sich auf eine dynamische Auffassung ihrer Versorgungs- und damit ihrer Begleitungsqualität ein, indem sie den „anderen Blickwinkel“ dauerhaft zulässt aber vor allem aktiv in der vernetzenden Arbeit verfolgt. Die

Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen im Umfeld der Sterbebegleitung (Hausärzten, Notärzten, Palliativ Geriatriischer Beratungsdienst, Apotheken, Bestattern, Seelsorgern, etc.) und die Kooperation mit anderen Beteiligten (Hospizvereinen- initiativen, Ehrenamtlichen, Angehörigen etc.) wird von allen als teilweise langwierige und kontinuierliche Aufgabe gesehen. Die Nachhaltigkeit guter Palliativbetreuung kann in engem Zusammenhang mit einer stetigen Verbesserung und Intensivierung in diesem Arbeitsbereich gesehen werden.

Beispiel: Der Beginn der Integration des Hospizgedankens (1994) fand im *Ernst-Gnoss-Haus* in der Zusammenarbeit mit dem örtlichen Hospizverein statt. Heute gibt es Kooperationen mit der Kirchengemeinde und mit der Akademie in Kaiserswerth für die Fortbildungen. Darüber hinaus leistete das *Ernst-Gnoss-Haus* einen Beitrag zum „NameWorkshop“ des Deutschen Zentrums für Altersfragen.

Das umfangreiche Projekt der *Inneren Mission München* profitiert in seiner Nachhaltigkeit von der Kooperation zwischen der Abteilung Altenhilfe der Inneren Mission, ihren Alten- und Pflegeheimen und ihrem Projektleiter einerseits und dem Christophorus Hospiz Verein München (CHV), der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) der Universität Klagenfurt in Wien sowie der Bayerischen Stiftung Hospiz andererseits.

Die *Bremer Heimstiftung* arbeitet seit Anbeginn in enger Kooperation mit dem *Hospiz Horn* zusammen, das seine Räumlichkeiten heute in einem der Heime der Stiftung hat. Der Kooperationsvertrag legt die verteilten Aufgaben fest, so dass in der Palliativbetreuung nichts dem Zufall überlassen ist. Das *Hospiz Horn* bildet die Ehrenamtlichen aus und koordiniert deren Einsatz. Aktive SterbebegleiterInnen erhalten Fortbildung und Supervision durch den Hospizverein.

Die *Bremer Heimstiftung* plant eine verbesserte Kooperation mit den Krankenhäusern. Das Ziel dabei ist, die Kommunikation mit dem Klinikpersonal zu Fragen am Lebensende zu verbessern, Kontakt mit den Stationsleitungen im Krankenhaus zu halten und geplante pflegerische und therapeutische Interventionen gemeinsam zu besprechen.

Im *Haus Upladin* werden die Basiskurse, Aufbaukurse sowie der moderierte Arbeitskreis „Praxisbegleitung und Situationsbesprechung“ für die Pflegekräfte von einer in Palliative Care ausgebildeten Fachkraft gegeben. Sie arbeitet auf Honorarbasis und wird vom Fortbildungsbudget des Hauses bezahlt.

Das *St. Josefs-Heim* in München kooperiert in seiner weiteren palliativen Betreuung seiner BewohnerInnen mit dem *Christophorus Hospiz Verein (CHV)*, der den Einsatz von Ehrenamtlichen koordiniert und mit seinem Palliativ Geriatriischen Beratungsdienst in medizinisch-pflegerischen und ethischen Fragen berät.

2.14. Evaluation

Der Evaluation kommt im Rahmen der Nachhaltigkeitsfrage in der Palliativbetreuung eine wichtige Rolle zu. Es wurde mehrfach angesprochen, dass der langfristige Erfolg eines Implementierungsprozesses in engem Zusammenhang mit der Offenheit und der Fähigkeit zur Selbstreflexion aller darin Beteiligten verbunden ist. Es ist wichtig, dass eine Einrichtung/ein

Träger sich regelmäßig einer kritischen Ist-Soll Analyse unterzieht. Ohne eine Form der Evaluation können Veränderungsprozesse zum Stillstand kommen und Inhalte der Sterbebegleitung verloren gehen. Letztlich kommt die „Lernende Organisation“ zum Stillstand. Die Handhabung der Evaluation in einer Einrichtung ist sehr unterschiedlich. Diejenigen Einrichtungen/Träger, die ein zeitlich begrenztes Implementierungsprojekt durchführen, machen zunehmend die positive Erfahrung, die Evaluation gleich von Anfang an festzusetzen. Wenn es keinen festen Rahmen gibt, sind unterschiedliche Formen der Evaluation zu beobachten, die auch auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Der Jahresbericht, das Feedback von Angehörigen oder auch die Protokollierung der Arbeitskreise bieten Möglichkeiten der selbstkritischen Einschätzung der hauseigenen Palliativbetreuung. Insbesondere während und nach den Abschieds- und Gedenkgottesdiensten, die zunehmend Anerkennung in der Palliativbetreuung finden, äußern sich die Angehörigen oftmals detailliert über die Versorgung und Begleitung ihrer verstorbenen Angehörigen. Eine systematische Ist-Soll Analyse, für die es bereits unterschiedliche Standards gibt, kann eine effektive Unterstützung in diesem Prozess sein.

Generell lässt sich sagen, dass die Evaluationsforschung noch wesentlich „nachhaltiger“ betrieben werden muss, damit sowohl über qualitative Erhebungen als auch über die Beobachtung quantitativer Daten Einflussfaktoren, Strukturen und Prozesse besser sichtbar und damit auch operationalisierbar gemacht werden können.

Beispiel: Im Haus *Upladin* ist der Jahresbericht ein wichtiges Instrument in der Evaluation. Der Träger fordert die MitarbeiterInnen dazu auf, gezielt zum Thema Sterbebegleitung im Haus Stellung zu beziehen. Einmal im Jahr kommt es in der Zusammenführung des Arbeitskreises zu einer Bewertung der palliativen Arbeit. Das Feedback der Angehörigen ist ein weiterer wichtiger Indikator, wie es um die Sterbebegleitung im Haus steht.

Das *Ernst-Gnoss-Haus* betrachtet eine gezielte Ist-Soll Analyse als geeignetes Instrumentarium zur Reflexion des eigenen Handelns in Bezug auf eine nachhaltige Palliativbetreuung. Im Jahr 2002 wurde anhand der Vorlage des Modells „Netzwerk Abschiedskultur“ von Karin Wilkening (vgl. Wilkening/Kunz 2003) das „Netzwerk Sterbebegleitung und Abschiedskultur“ ins Leben gerufen und schrittweise im *Ernst-Gnoss-Haus* implementiert und weiterentwickelt (vgl. ebd. S. 250-260). Am Anfang steht eine Ist-Soll Analyse, anhand derer Verbesserungspotentiale erarbeitet und die einzelnen Interessensgruppen und Abteilungen (auch Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung und Sozialer Dienst) innerhalb des Hauses untereinander vernetzt werden.

2.15. Hospizbeauftragte / HospizkoordinatorIn

Die *AWO Niederrhein* und damit auch das *Ernst-Gnoss-Haus* setzen zur besseren und nachhaltigen Fortführung ihrer Palliativbetreuung eine hauptamtliche Hospizbeauftragte pro

Heim ein, die mit der Koordination der Sterbebegleitung im jeweiligen Haus befasst ist. Das Ziel des Trägers ist die Finanzierung einer halben KoordinatorInnensstelle durch den Kostenträger. Damit die AWO Niederrhein eine bessere Position in den Pflegeverhandlungen hat, sind die Hospizbeauftragten bereits jetzt schon tätig.

Das *Haus Upladin* setzte nach Beendigung seines Implementierungsprojektes eine Koordinatorin für die Hospizarbeit im Haus ein. Es wurde eine Psychologin mit mehrjähriger Erfahrung in der ambulanten Palliativversorgung für zwei Jahre eingestellt. Die Finanzierung der Koordinationskraft erfolgte dadurch, dass jede der sechs Wohngruppen des Hauses je 1/10 Stellenanteil abgab. Die Vernetzungsarbeit und die Pflege der Kontakte waren zentral, allerdings erachtete der Träger/die Einrichtung diese Stelle nach der Aufbauphase für überflüssig.

D. AUSBLICK

Die würdevolle Sterbebegleitung als Kernkompetenz in der stationären Altenpflege ist eine notwendige Antwort auf die Veränderung der gesellschaftlichen Versorgungsstrukturen, die sich aufgrund der demographischen Umbrüche bei der Bewältigung sozialer Probleme abzeichnet. Die Zunahme der Einrichtungen und Träger, die die Palliativbetreuung als ein wichtiges Qualitätsmerkmal ihrer Häuser betrachten, zeigt, dass die Entwicklung hin zu einem veränderten Versorgungssystem bereits begonnen hat. Bestimmte Bausteine und Instrumentarien, die in dieser informellen Studie herausgearbeitet sind, können die Nachhaltigkeit einer implementierten Palliativbetreuung sichern. In einem größeren wissenschaftlichen Rahmen können diese Ergebnisse verifiziert und erweitert werden, um die politischen Entscheidungsträger nicht nur von einem nötigen Paradigmenwechsel in der Regelversorgung zu überzeugen, sondern auch realisierbare Wege aufzuzeigen.

Es ist festzustellen, dass der Implementierungsprozess einer Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe in seiner Pionierphase abgeschlossen und seine Wirksamkeit in der Nachhaltigkeit zu erkennen ist. Kennzeichnend ist hier das starke Engagement einzelner Personen und Häuser, die über einen langen und mühsamen Weg Implementierungsprojekte und –prozesse initiiert haben. Bei den hier beteiligten Einrichtungen wird deutlich, dass auf Dauer der jeweilige Träger für die Hospizidee zu gewinnen ist, damit grundlegende Entscheidungsprozesse unabhängig von Personen in Strukturen übertragen und dann über alle Hierarchien hinweg wirksam werden können. Finanziell verbesserte Rahmenbedingungen stehen in engem Zusammenhang mit der Leitungs- beziehungsweise Trägerentscheidung für eine würdige „Kultur des Sterbens“. Diese Haltung lässt sich insbesondere an der Handhabung und Bewertung ehrenamtlicher Arbeit erkennen. Sie ist auch in der stationären Altenhilfe von zentraler Bedeutung, allerdings gefährdet der Einsatz das Ehrenamts als Kostenersparnis für hauptamtliche Tätigkeiten auf Dauer eine qualifizierte Palliativbetreuung.

In einem nächsten Entwicklungsschritt geht es darum, dass die Initiative hin zu einer nachhaltigen Palliativbetreuung nicht mehr nur einseitig von den Einrichtungen/Trägern der stationären Altenhilfe und den Hospizinitiativen als Kooperationspartner ausgeht. Trotz zunehmender und verbesserter Vernetzungsarbeit, die ein zentraler Baustein der Nachhaltigkeit ist, wird deutlich, dass der Transfer des Themas in die Politik noch erfolgen muss. Auch Heimerl/Heller/Kittelberger bemerken, dass der Implementierung Grenzen gesetzt sind, die sich wiederum auf ihre Nachhaltigkeit auswirken. Wenn das Thema einer würdevollen Sterbebegleitung im Sinne von Palliative Care nur den einzelnen Organisationen

überlassen bleibt und nicht als umfassendes Thema der Kommunen erweitert wird, kommt es kaum zu grenzüberschreitendem Handeln und Denken: „Konzeptuell muss allerdings der dramatisch steigende Versorgungsbedarf einerseits von Organisationen aufgenommen, andererseits aber in völlig neuen Kategorien der Versorgung gedacht und organisiert werden“ (Kittelberger u.a. 2005, S. 68). Damit die Palliativbetreuung einen festen Platz in zukünftigen stationären Versorgungskonzepten für alte Menschen einnehmen kann, müssen auch Gesellschaft und Politik darüber befinden, was ihnen eine würdige und nachhaltige Begleitung alter, schwerstpflegebedürftiger und sterbender Menschen wert ist. Angemessene Wertschätzung wären eine stärkere Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements sowie die ausstehende Erweiterung des § 39a SGB V um den Absatz 3, damit nicht nur ambulante und stationäre Hospizarbeit sondern auch die Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe eine finanzielle Anerkennung auf sozialpolitischer Ebene erföhre.

Die bereits diskutierte soziale Nachhaltigkeit, die ethisch besetzt und daher nachrangig von der Frage ihrer Finanzierbarkeit bestimmt ist, könnte in der gesellschaftlichen Diskussion ein wirksames Bindeglied zwischen den Entscheidungsträgern der stationären Altenhilfe, der Öffentlichkeit und der Politik sein. Die stationäre Altenhilfe kann den zukunftsweisenden Nachhaltigkeitsbegriff für ihre Arbeit nutzbar machen und insbesondere den ethischen Aspekt herausstellen. Somit tritt sie dafür ein, dass die menschenwürdige Existenz am Lebensende ein dringlich zu behandelndes Thema in unserer zukünftigen Gesellschaft ist. Mit der ethischen Fallbesprechung bietet die stationäre Altenhilfe ein praxisbezogenes und innovatives Beratungsinstrument, das auch externen Entscheidungsträgern einen neuen Umgang mit diesen existentiellen ethischen Entscheidungsfragen bietet. Somit ist die Wirkung nicht nur auf die Einrichtungs- und Trägerebene beschränkt. In externen ethischen Qualitätszirkeln wird zum Beispiel die jeweilige Kommune und damit auch die breite Öffentlichkeit in die Diskussion über die Dringlichkeit neuer Entscheidungsverfahren und Versorgungskonzepte in der Sterbebegleitung einbezogen. Für Heller kann die ethische Fallbesprechung eine „ethische Visitenkarte“ der Alten- und Pflegeheime sein und zu einem „Vertrauensfaktor für Patienten und Mitarbeiterinnen“ (Heller 2005, S. 25) werden. Die folgende ethische Notwendigkeit politischen Handelns könnte somit auch gesamtgesellschaftliche Zustimmung finden.

„Wenn eine demokratisch verfasste Gesellschaft die Verteilung ihrer sozialen Lasten nach moralischen Kriterien unter dem Gebot der Gerechtigkeit und damit glaubwürdig regeln will, dann hat sie bei den Bedürftigsten, bei den `Letzten` anzufangen. Da dies bei uns vor allem die Heimbewohner sind, haben wir mit ihnen zu beginnen. Weil deren Situation schon jetzt schwer erträglich ist und sich dies zukünftig quantitativ wie qualitativ nur zuspitzen kann, haben wir keine Zeit zu verlieren“ (Klie u.a. 2002, S. 6).

Literaturliste

1. Monographien

- Alzheimer, Martin / Orth, Christel** 2005: „...nicht sang- und klanglos gehen“ Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus in München. Bayerische Stiftung Hospiz München
- Anzenbacher, Arno** 1992: Einführung in die Ethik. Düsseldorf
- Ariès, Philippe** 1999: Geschichte des Todes. 9. Auflage. München
- Backes, Gertrud M. / Clemens, Wolfgang** 2003: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 2. Auflage. Weinheim, München
- Baltes, Margret M. / Zank, Susanne** 1998: Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 16. Göttingen, Bern. S. 60-72
- Bartosch, Hans u.a.** 2005: Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie. Freiburg im Breisgau
- Baseler, Heinz-Dieter** 1999: Schmerz im Alter. Puchheim
- Beck, Ulrich** 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main
- Beckers, Donata** 2005: Lebensraum Sterben. Die Nachhaltigkeit von Palliative Care und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe aus Sicht der Sozialen Arbeit- reflektiert am Beispiel eines Münchner Alten- und Pflegeheimes. München
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** 2000: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung unter besonderer Berücksichtigung dementiell Erkrankter. Berlin
- Deppe, Hans-Ulrich** 2002: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 2. Auflage. Stuttgart
- Dringenberg, Rainer** 1995: Über Wesen und Bedeutung des Wohnens und die besonderen Wohnbedürfnisse älterer Menschen. In: Lade, Eckhard (Hrsg.): Ratgeber Altenarbeit. Ostfildern. S. 1-26
- Elias, Norbert** 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt am Main
- Empacher, Claudia** 2002: Die sozialen Dimensionen der Nachhaltigkeit. Vorschläge zur Konkretisierung und Operationalisierung. Frankfurt am Main.
In: www.iso.de 21.11.2004
- Falkenstein, Karin** 2001: Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege. Hagen
- Feldmann, Klaus** 1997: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen
- Gesang, Bernward** 2003: Eine Verteidigung des Utilitarismus. Stuttgart

Goethe, Johann Wolfgang von 1999: Die Leiden des jungen Werther. In: Meuer, Peter: Abschied und Übergang. Goethes Gedanken über Tod und Unsterblichkeit. 3. Auflage. Düsseldorf, Zürich

Heidegger, Martin 1991: Bauen, Wohnen, Denken. In: Conrads, Ulrich / Neitzke, Peter (Hrsg.): Mensch und Raum. Das Darmstädter Gespräch 1951. Braunschweig. S. 88-102

Heimerl, Katharina 2000a: Lebensqualität bis zuletzt. Integrierte palliative Versorgung In: Heller, Andreas u.a.: Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 149-161

Heimerl, Katharina u.a. 2000b: Individualität organisieren – Organisationskultur des Sterbens. In: Heller, Andreas u.a.: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig streben können. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 39-73

Heimerl, Katharina u.a. 2000c: Vorwort. In: Heller, Andreas u.a.: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig streben können. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 7-8

Heimerl, Katharina u.a. 2001: Regeln, Routinen, Rituale: Organisationskultur des Sterbens in den `Leben im Alter Zentren` von Diakonie Düsseldorf. In: Heimerl, Katharina/Heller, Andreas (Hrsg.): Eine grosse Vision in kleinen Schritten. Aus Modellem der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen. Freiburg im Breisgau. S. 131-139

Heller, Andreas 1997: Sterben und Organisationskultur. In: Diakonie Düsseldorf (Hrsg.): Kultur des Lebens – Kultur des Sterbens. Berufe im Umfeld des Todes. Düsseldorf. S. 9-36

Heller, Andreas 2000a: Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. In: Heller, Andreas u.a.: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 9-24

Heller, Andreas 2000b: Sterben muss jeder allein, aber allein geht gar nichts. In: Heller, Andreas u.a.: Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S.128-148

Heller, Andreas 2000c: Sterbebegleitung und Bedingungen des Sterbens. In: Heller, Andreas u.a.: Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 35-69

Heller, Andreas u.a. 2000d: Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau.

Heller, Andreas u.a. 2003a: Organisationskultur des Sterbens in Geriatrischen Versorgungseinrichtungen von Diakonie in Düsseldorf. In: Heller, Andreas u.a.: Organisationsethik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie. Freiburg im Breisgau. S. 330-356

Heller, Andreas 2003b: Nachwort: Den eigenen Tod sterben dürfen. I: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 378-380

Heller, Andreas 2005: Wie kommen wir zu guten Entscheidungen? Ethikberatung, eine Intervention in Organisationen. In: Bartosch, Hans u.a. 2005: Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie. Freiburg im Breisgau. S. 12-25

Höffe, Otfried (Hrsg.) 2003: Einführung in die utilitaristische Ethik. 3. Auflage. Weinheim, Basel

Husebø, Stein / Klaschik, Eberhard 2000: Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin

Illhart, Franz-Josef 2003: „Des Menschen Willen ist sein Himmelreich“. Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung: Herausforderung des Sterbenden?. In: Mettner, Matthias / Schmitt-Mannhart, Regula: Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich. S.85-99

Kittelberger, Frank 2002: Vitalisierung von Personen und Organisationen durch die Auseinandersetzung mit dem Sterben. Womit müssen Einrichtungen und Leitungen rechnen? Vortrag auf der Fachtagung zur Hospizarbeit der Bayerischen Stiftung Hospiz in Freising (4.11.02)
In: www.bayerische-stiftung-hospiz.de/texte2/vortrag4.htm 14.10.2004

Kittelberger, Frank u.a. 2005: Daheim Sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg im Breisgau

Klie, Thomas u.a. 2002: Kommission zur „Enquete der Heime“ einsetzen!
In: www.dbsh.de/redsys/soztop/userpages/senior3.html 12.09.2004

Klingensfeld, Helmut 1999: Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Frankfurt am Main

Koch-Straube, Ursula 1997: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern

Kreß, Hartmut 1999: Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte. Ethik der Medizin. Nachhaltigkeit. Hannover

Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) 1994: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, Göttingen

Kunz, Roland 2002: Palliative Medizin für ältere Menschen. In: Schweiz Med Forum. Nr. 5 / 30. Januar 2002. S. 100-106

Kunz, Roland 2003: Leben erhalten – sterben lassen? In: Mettner, Matthias / Schmitt-Mannhart, Regula: Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich. S. 179-191

Loewy, Erich H. 2002: Ethische Fragen im Hospiz. In: Gronemeyer, Reimer / Loewy, Erich H.(Hrsg.): Wohin mit den Sterbenden? Münster. S. 15-23

Loewy, Erich H. / Springer-Loewy, Roberta 2002: Ethische Fragen am Ende des Lebens. In: Pleschberger, Sabine u.a.: Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien. S. 131-142

Mennemann, Hugo 1998: Sterben lernen heißt leben lernen. Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Sicht. Münster

Mon, Ryszard 2002: Die Grundzüge des Utilitarismus. In: Boloz, Wojciech / Höver, Gerhard (Hrsg.): Utilitarismus in der Bioethik. Münster. S. 24-41

Müller, Monika / Kessler, Gera 2000: Implementierung der Hospizidee in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheimes. Bonn

Müller, Monika u.a. 2004: Visionen der Hospizidee- die Integration der Hospizarbeit. Gedanken der Bundesarbeitsgemeinschaft.
In: www.hospiz-nds.de/Medien/visionen.html 28.10.2004

Oppermann, Roman-Frank 2001: Organisationsentwicklung (OE) und Organisationsklimaanalyse. Wege zur Gesundheitsförderung im Betrieb durch Managementhandeln. Neubrandenburg

- Orth, Christel** u.a. 2002: Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim, München-Haidhausen. Abschlussbericht. Bayreuth
- Orth, Christel / Alsheimer, Martin** 2003: „Leben bis zuletzt“. Umsetzung der Hospizidee in Alten- und Pflegeheimen. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Ausgabe 16/ 2003/2 S. 16-18
- Pieper, Annemarie** 2003: Einführung in die Ethik. 5.Auflage. Weinheim, Basel
- Pleschberger, Sabine** 2001: Palliative Care. Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. Bielefeld
- Reimann, Helga / Reimann, Horst** 1994: Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3. Auflage. Stuttgart
- Rilke, Rainer Maria** 2004: Rilke Reloaded. Gesammelte Gedichte. Der Reader zum Rilke-Projekt. 2. Auflage. München
- Römel, Josef** 2003: Reicht eine Ethik der Selbstbestimmung zur Humanisierung des Todes? Eine Anfrage aus katholischer Sicht. In: Kodalle, Klaus-M: (Hrsg.): Das Recht auf Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive. Jena.. S. 127-136
- Rüegger, Heinz** 2003: In Würde sterben können. Zur Problematik des gängigen Würdeverhältnisses. In: Mettner, Matthias / Schmitt-Mannhart, Regula: Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich. S. 77-82
- Sandgathe-Husebö, Bettina / Husebö, Stein** 2001: Palliativmedizin – auch im hohen Alter? In: Heimerl, Katharina / Heller, Andreas: Eine grosse Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen. Freiburg im Breisgau. S. 115-129
- Saunders, Cicely** 1999: Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steckt. Freiburg im Breisgau
- Schmidl, Martina** u.a. 2002: Umsetzung des Konzeptes von Palliative Care in der Geriatrie. In: Fittkau-Tönnemann, Bernadette (Hrsg.): Nachlese. 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. München. S. 16-18
- Schmidl, Martina** 2003: Was geschieht, wenn Schmerzen unzulänglich behandelt werden? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 282-283
- Schmitt-Mannhart, Regula** 2003: Abhängigkeit und Verletzlichkeit im Alter. Gedanken und Erfahrungen aus der Geriatrie. In: Mettner, Matthias / Schmitt-Mannhart, Regula: Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich. S. 151-157
- Schüller, Andrea** 2000: Wie lassen sich Bedürfnisse alter Menschen organisieren? Lernen aus Erfahrungen in den Niederlanden. In: Heller, Andreas u.a.: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 181-192
- Sowarka, Doris** 2000: Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In: Klie, Thomas u.a.: Soziale Gerontologie: Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt am Main. S. 69-82
- Student, Johann-Christoph** u.a. 2004: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München
- Supe, Volker** 2000: Die Bedeutung des Wohnens im Alter. In: Breloer, Gerhard (Hrsg.): Sinnfragen im Alter. Münster. S. 81-91

Vogt, Markus 2003: Prinzipiell und doch konkret: Nachhaltigkeit als sozialetisches Prinzip. In: Institut für Bildung und Entwicklung Caritasverband München/Freising (Hrsg.): Nachhaltigkeit als Prinzip für die Zukunft. München. S.16-30

Wendt, Wolf Rainer 2003: Der Beitrag der Sozialpolitik und der Sozialen Arbeit zur nachhaltigen Entwicklung. In: Institut für Bildung und Entwicklung Caritasverband München/Freising (Hrsg.): Nachhaltigkeit als Prinzip für die Zukunft. München. S. 39-74

Wilkening, Karin / Kunz, Roland 2003: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen

Wilkening, Karin 2004: Pflegeheim. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitenden. Freiburg im Breisgau. S. 177-180

Zeman, Peter u.a. 2004: Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Freiburg im Breisgau

Zeman, Peter / Tesch-Römer, Clemens 2003: Sterben und Tod im höheren Lebensalter. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Ausgabe 16/ 5.Jahrgang 2003/2. S. 4-9

Zielinski, Helmut R. 1993: Palliative Therapie und Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland. Saarbrücken

Zwierlein, Eduard 2004: Menschenwürdig sterben. In: Zwierlein, Eduard / Lilie, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Integrierter Sterbebegleitung. Gütersloh. S. 16-21

2. Internetadressen

Begriffsportal 2005: Implementierung. In:
In: www.begriffsportal.de/Implementierung 12.02.2005

Brundtland-Kommission 2004:: Nachhaltigkeit. In: Lernende Regionen:
Unternehmensentwicklung für Lernende Regionen. Netzwerke und Nachhaltigkeit. Folie 3.
In: www.lernende-regionen.info/dr/download/netzwerke_und_nachhaltigkeit.pdf 2.11.2004

Gerostat 2004a: GeroStat: Wohnpräferenzen bei Hilfebedürftigkeit.
In: www.gerostat.prztu-berlin/dza 12.09.2004

Gerostat 2004b: Demographische Struktur der Bevölkerung Deutschlands
In: www.gerostat.prztu-berlin/dza 10.12.2004

Nationaler Ethikrat 31.03.2004: Wortprotokoll: Niederschrift über die öffentliche Tagung zum Thema „Wie wir sterben“. Augsburg
In: www.nationalerethikrat.de/sitzungen/pdf/wortprotokoll2004-03-25pdf 20.12.2004

Rat für Nachhaltige Entwicklung 2004: Nachhaltigkeit im Visier. Gesellschaft fordert Politik-
Unsere Schlussfolgerungen. Berlin
In: www.nachhaltigkeitsrat.de/service/links/index.html 2.12.2004

Statistisches Bundesamt 2001: „Eckdaten“ Pflegestatistik 2001.
In: www.destatis.de/allg/d/veroe/proser4fsoz_d.htm 10.12.2004

Statistisches Bundesamt 2003: Bericht Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der
Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
In: www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf 15.6.05

3. Graue Literatur

Alsheimer, Martin / Kittelberger, Frank – Materialien 2004: Implementierung und Praxis von Palliative Care und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Didaktische Materialien zum Seminar an der Christophorus Akademie. München-Großhadern

Alsheimer, Martin / Orth, Christel – Konzept 2004: Projekt: Hospizkultur im Heim. Entwicklung von Heim-Konzepten für die Palliativbetreuung. Ingolstadt, München

St. Josefs-Heim 2004: Konzept. Alten- und Pflegeheim München

Schmidl, Martina 2005: Demenz und Verwirrtheit. Stationsalltag. **Vortrag** zum Fachtag „Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe“ der Inneren Mission München am 9. Februar 2005