

A. Heller
S. Dinges
K. Heimerl
E. Reitinger
K. Wegleitner

Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe

Palliative culture in the stationary care for the elderly

■ **Zusammenfassung** Stationäre Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, als Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität immer mehr

Eingegangen: 23. Juli 2003
Akzeptiert: 18. August 2003

Univ.-Prof. Dr. Andreas Heller (✉)
Dr. Stefan Dinges · Dr. Katharina Heimerl
MMag. Elisabeth Reitinger
Mag. Klaus Wegleitner
IFF-Palliative Care
und OrganisationsEthik
Schottenfeldgasse 29/4
1070 Wien, Austria

hochaltrige Sterbende in ihrem letzten Lebensabschnitt in Würde zu begleiten. Die Implementierung einer palliativen Kultur in die Regelversorgung erfolgt durch Lernen und Veränderung der Organisation. Dies geschieht insbesondere indem zentrale Differenzen und Widersprüche sichtbar gemacht und kommunikativ bearbeitet werden. Drei Organistypen beschreiben unterschiedliche Kernprozesse und organisationale Rahmenbedingungen. Abschließend werden Maßnahmen und Indikatoren für eine erfolgreiche Implementierung einer palliativen Kultur benannt.

■ **Schlüsselwörter** Stationäre Altenhilfe – Sterben – Palliative Care – Organisationsveränderung – Implementierung

■ **Summary** Nursing homes are challenged by a significant change in the patient-structure. To care for dying elderly people means to enable them to live in dignity till the end. Helpful therefore is to implement Palliative Care into existing structures. This requires personal and organizational learning and development. The first step is to make central differences and contradictions visible and communicable. We describe three organizational types which leads into different core-processes. Organizational measures supporting the development of a palliative culture and indicators of successful implementation are presented.

■ **Key words** Nursing homes – dying – palliative care – organizational change – implementation

Einleitung und Fragestellung

Wie die demografischen Entwicklungen zeigen, steigt die Lebenserwartung weiter an, der Anteil alter Menschen nimmt weltweit zu. Sterben wird damit immer mehr zu einem Phänomen des hohen Alters. Unsere Gesellschaft steht vor der Herausforderung, den Lebensweg der immer älter werdenden Sterbenden bis zuletzt in Würde zu begleiten. Altenpflegeeinrichtungen nehmen in der Betreuung hochalt-

riger Sterbender einen zentralen Stellenwert ein. Sie werden aufgrund der Veränderungen der Bewohnerinnenstrukturen künftig noch stärker Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität (2, 17, 18).

Es gilt daher zu untersuchen, unter welchen Bedingungen die Lebensqualität Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen bis zuletzt aufrecht erhalten und das Versorgungssystem an der Leitkategorie Würde ausgerichtet werden kann (15). Palliative Care und die Hospizbewegung bieten Versorgungskonzepte an, die sich genau diesem Anliegen widmen. Im

vorliegenden Kontext stellen sich daher folgende Fragen:

1. Was bedeutet es, Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen zu implementieren?
2. Auf welche Besonderheiten der Ausgangssituation muss in den bestehenden Einrichtungen Rücksicht genommen werden?
3. Welche Maßnahmen unterstützen die Entwicklung einer palliativen Kultur und anhand welcher Indikatoren kann die erfolgreiche Implementierung von Palliative Care identifiziert werden?

Integration von Palliative Care in die Regelversorgung

Palliative Care ist ein interdisziplinäres, interprofessionelles und interorganisationales Versorgungskonzept (9, 23). Es orientiert sich an proaktiven Entscheidungen zur Sicherung der Lebensqualität und der Würde im Sinne eines sozio-psychosomatischen und spirituellen Verständnisses bis zuletzt. Konzeptionell würde eine Integration von Palliative Care in die Regelversorgung der stationären Pflegeeinrichtungen eine Transformation der strukturellen, professionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen in Richtung palliativer Kultur bedeuten (10, 12).

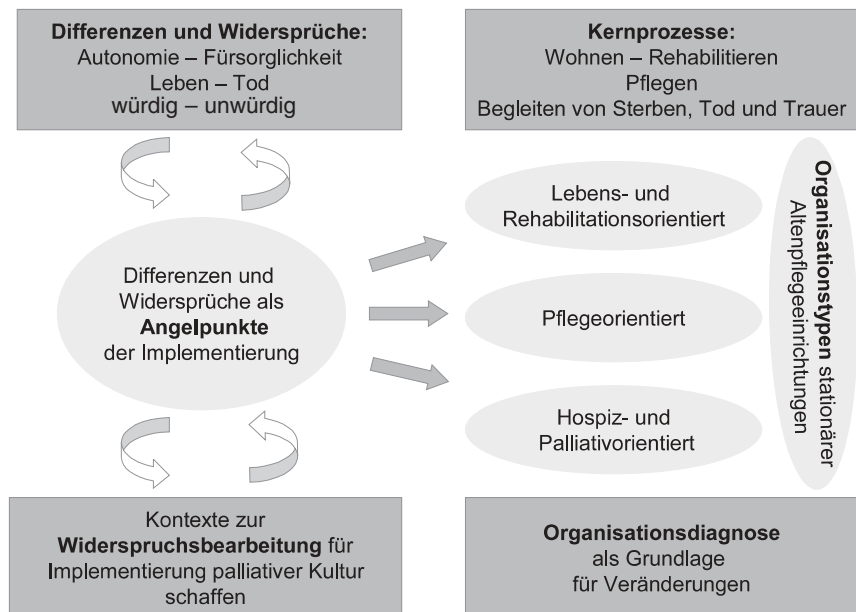
Diese Transformation ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass Organisationen zentrale Differenzen und Widersprüche des gesellschaftlichen Lebens bearbeiten. Auch die Themen ‚Lebensende und Sterben‘

können gesellschaftlich nur in und durch Organisationen bearbeitet werden. Veränderungen im Sinne eines menschenwürdigen Sterbens sind daher weniger in den Kategorien von individueller Aufklärung und Bildungsarbeit zu sehen, als vielmehr in der nachhaltigen Entwicklung entsprechender Rahmenbedingungen, Strukturen und Regeln. Die Frage, wie ein Leben bis zuletzt respektvoll unterstützt werden kann, ist wesentlich organisational zu beantworten (20).

Als ersten Schritt braucht es ein Sichtbarmachen und Aushalten der zentralen Differenzen und Widersprüche in stationären Pflegeeinrichtungen, etwa die Differenz von Leben und Tod, von Autonomie und Fürsorglichkeit oder auch von würdig und unwürdig. In der Analyse und Selbstreflexion darauf liegt die Fähigkeit der Organisationen, wie und inwieweit Sterben, Tod und Trauer thematisiert werden können. Je nach Schwerpunkt akzentuiert sich das Profil einer stationären Pflegeeinrichtung in idealtypischer Kategorisierung als „Lebens- und rehabilitationsorientierte Einrichtung“, als „Pflegerorientierte Einrichtung“ oder als „Hospiz- und Palliativorientierte Einrichtung“.

Die Aufmerksamkeit vieler Organisationen und Professionellen in stationären Pflegeeinrichtungen liegt auf aktivierenden und rehabilitativen Angeboten und orientiert sich an den „Neuen Alten“ (5, 22). Die intraorganisationale Reflexion auf die Differenz von ‚rehabilitativ und palliativ‘ findet oft erst reaktiv und retrospektiv statt. Dadurch kommt es immer wieder zu sozial und psychisch aufwändigen sowie ökonomisch sinnlosen Interventionen. Wir haben es

Abb. 1 Leitdifferenzen und Kernprozesse in stationären Pflegeeinrichtungen



hier mit dem eigentümlichen Widerspruch zu tun, dass am Ende des Lebens medizinisch zu viel – in der kurativen Logik – und gleichzeitig zu wenig – in der palliativen Logik – getan wird.

Veränderungen stützen sich auf verschiedene Formen der Organisationsdiagnose. Die Ausgangssituation und die Rahmenbedingungen von stationären Pflegeeinrichtungen sind als ein Ganzes in ihrer Umwelt zu würdigen und zu reflektieren. Bestehende und gut funktionierende Modelle innerhalb einer Institution sind oftmals Grundlage für Weiterentwicklung. Die Auseinandersetzung mit eigenen Stärken und Potenzialen bringt Kräfte und verborgene Energien für Entwicklungsprozesse hervor.

Die folgenden Organisationstypen beschreiben idealtypische Ausgangssituationen anhand von unterschiedlichen Leitdifferenzen und Kernprozessen.

Organisationstypen in der Relation zu Sterben, Tod und Trauer

Die Herausforderung für stationäre Pflegeeinrichtungen liegt darin, dass sehr unterschiedliche Kernprozesse ablaufen. Die in ihnen enthaltenen Widersprüche können in der Regel nicht aufgehoben, wohl aber kommunikativ bearbeitet werden (6). Die markantesten Prozesse in Bezug auf die Begleitung schwerkranker und sterbender alter Menschen sind: Wohnen, Rehabilitieren, Pflegen, Sterben und Trauern. Je nach Lebensabschnitt der einzelnen Bewohnerin liegt der Schwerpunkt auf einem dieser Kernprozesse. Idealerweise vereinen stationäre Pflegeeinrichtungen daher unterschiedliche Organisationstypen unter einem Dach, die jeweils den Aufgaben dieser Kernprozesse gerecht werden. So können krisenhafte Ortswechsel am Ende des Lebens vermieden werden (11).

■ Typus 1: Die lebens- und rehabilitationsorientierte Einrichtung

Insbesondere in den als „Seniorenresidenzen“ geführten Betrieben stehen die „Neuen Alten“ im Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Festhalten am aktiven, lebensfrohen, jugendlichen Erscheinungsbild dominiert das Selbstverständnis dieser Einrichtungen. Das Schlagwort „Alter ist keine Krankheit“ kann hier als Leitkategorie gesehen werden. Wichtig ist es, exquisite Hotelqualität mit anspruchsvollem Freizeitangebot zu kombinieren. Wohnen und Rehabilitieren sind die wichtigsten Kernprozesse. Leid, Hinfälligkeit, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod werden als noch nicht aktuell und negativ aus-

geklammert. Die Fähigkeit und Bereitschaft der Einrichtung und ihrer Bewohnerinnen, sich mit Tod und Sterben auseinander zu setzen, unterscheidet sich nicht von den Menschen „draußen“. Da wie dort wird über Sterben nicht geredet, Sterben passiert und Tod ist Bedrohung. Das Motto „Bei uns wird gelebt“ kann dann als „Lebenszumutung“ wirken, wenn die Kräfte nachlassen und Pflege notwendig wird.

■ Typus 2: Die pflegeorientierte Einrichtung

Die zentrale Differenz in diesem organisationalen Typus ist die von Autonomie und Fürsorglichkeit. Das Leben der Bewohnerinnen ist geprägt von zunehmendem Autonomieverlust. Die Frage, wie ein Leben noch in Würde zu gestalten ist, wird immer wichtiger (19). Mit Blick auf den wachsenden Prozentsatz an demenziellen Bewohnerinnen und zunehmender Abhängigkeit wird in diesem Typus erstmals klar, dass Zeit knapp ist: Wie viel Zeit bleibt noch, um über die wesentlichen Dinge zu sprechen?

Angesichts von anstehenden und zugleich noch nicht getroffenen Entscheidungen sprechen wir von Autonomiezumutung. Einerseits wird die Autonomie zunehmend eingeschränkt und andererseits nehmen die Fähigkeiten der Bewohnerinnen, ihren Willen zu formulieren, ab. Die Frage, wie es z. B. gelingt, medizinische Expertise sinn- und maßvoll auf die Einrichtung zu beziehen, oder wie mit dem mutmaßlichen Bewohnerinnenwillen umgegangen wird, gewinnt in diesem Typus an Bedeutung.

■ Typus 3: Die Hospiz- und Palliativorientierte Einrichtung

Die Themen Sterben, Tod und Trauer sind hier auf der Tagesordnung der Gesamtorganisation mit dem Ziel, diese zum integrierten Bestandteil der Arbeits-, Qualitäts- und Organisationskultur (7, 24, 25) zu machen. Man weiß, wie die Bewohnerinnen sterben wollen und hat Verfahren entwickelt, Veränderungen ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu beobachten. So gibt es den Wunsch nach dem sanften und friedlichen Sterben, dem plötzlichen und unerwarteten Tod, dem Gehen, ohne zur Last zu fallen oder dem Abschied in der gewohnten Umgebung mit vertrauten Menschen (19). Begleitung von Sterben und Trauer gehört als Kernprozess zu den deklarierten Aufgaben der Einrichtung.

Fachliche Zusatzqualifizierungen für die Pflege erweitern die Kompetenzen und den Handlungsspielraum eines wesentlichen Teils der Mitarbeiterinnen. Die Kontinuität von medizinischer Versorgung durch

ärztliche Dienste wird sichergestellt. In offenen Gesprächen kann frühzeitig über Möglichkeiten der Begleitung und Versorgung während der Phase des Sterbens beraten werden. Belastende Symptome, insbesondere auch Schmerzen, werden bestmöglich gelindert. Alle unnötigen Medikamente und Maßnahmen werden abgesetzt. Die spezifische Behandlung der Beschwerden der Bewohnerinnen anhand ihrer individuellen Bedürfnisse werden in den Mittelpunkt gerückt (13, 16, 21).

Maßnahmen und Indikatoren zur Entwicklung einer palliativen Kultur

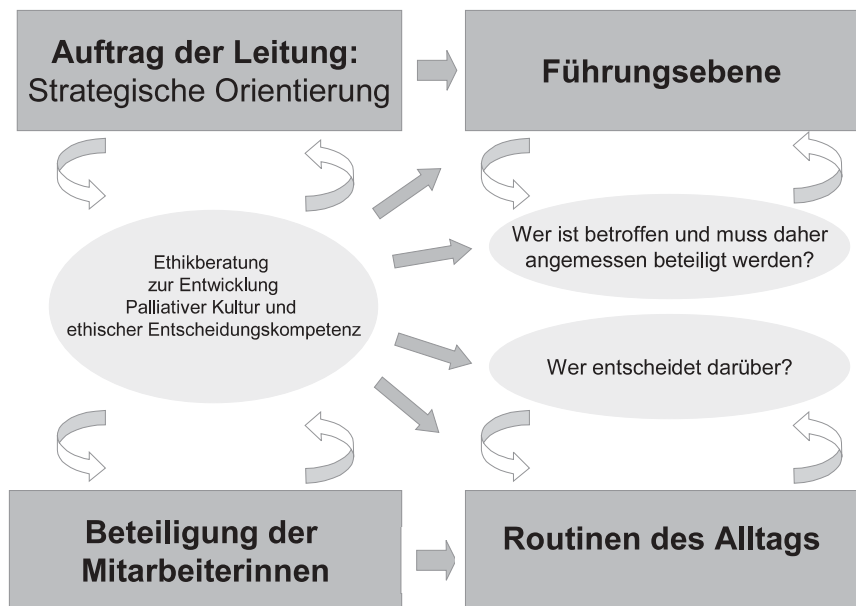
Stationäre Pflegeeinrichtungen von morgen sind sowohl Orte des Wohnens und der Rehabilitation, als auch der Pflege, des Sterbens und der Trauer. Unterschiedliche innerorganisationale Kulturen, die sich entlang verschiedener Leitdifferenzen verorten, werden in ihrer Widersprüchlichkeit aufgenommen und durch die Schaffung von entsprechenden Handlungs- und Kommunikationskontexten in die Strukturen der Organisation eingebettet. Die Integration des Typus „Hospiz- und Palliativorientierte Einrichtung“ in bestehende Häuser stellt die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen. Folgende Maßnahmen unterstützen eine erfolgreiche Implementierung. Die gelungene Implementierung von Palliative Care kann anhand der im Anschluss dargestellten Kriterien und Indikatoren beobachtet werden (1, 4, 8, 11, 14).

Maßnahmen

- **Auftrag der Leitung:** Es braucht den politischen und materiellen Willen des Managements, um die Organisation auf ein prioritäres Ziel hin auszurichten. Die Auseinandersetzung in der mittleren Führungsebene mit Palliative Care sichert die Umsetzung konkreter Handlungsziele.
- **Beteiligung der Mitarbeiterinnen:** Projekte quer zur Alltagsroutine können implizites Wissen nutzen in eine neue Form bringen. Systematische Dokumentation sichert vorhandenes Wissen und seine langfristige Integration in die Alltagsroutinen.
- **Ethikberatung als Instrument antizipatorischer Entscheidungsfindung:** Unter Beteiligung der Betroffenen, Angehörigen und relevanter Versorgungseinheiten wird ein Rahmen geboten, innerhalb dessen Reflexion ermöglicht wird. Sowohl die interne Kommunikation als auch die Vernetzung mit extraorganisationalen Diensten gerät in den Blick. In einem Klima der Offenheit können dadurch existenzielle Fragen gemeinsam besprochen und der Wille der Bewohnerin ermittelt werden. Dialog und Diskussionen über Sterbehilfe und Maßnahmen gegen Verlängerung des Lebens um jeden Preis können dadurch Raum erhalten (3).

Der Gewinn dieser Maßnahmen liegt in der Entindividualisierung von Prozessen und Verantwortungen. Die Schaffung geeigneter Kommunikationsstrukturen und -räume über Sterben, Tod und Trauer werden Personen und Organisation gleichermaßen gerecht.

Abb. 2 Maßnahmen zur Implementierung von Palliative Care



Indikatoren

- Sterben, Tod und Trauer können thematisiert werden. Von der Führung werden Werthaltungen und Kommunikationsräume für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer geboten, wodurch die unverzichtbare strategische Orientierung gesichert wird.
- Die betroffenen Bewohnerinnen und Angehörigen und die unterschiedlichen Berufsgruppen werden in ethische Entscheidungen einbezogen. Die Fragen: Wer ist betroffen und muss daher angemessen beteiligt werden? Und: Wer ist berechtigt darüber zu entscheiden? dienen als Leitlinien zur Überprüfung gewohnter Abläufe. Palliative Kultur und ethische Entscheidungskompetenz haben in der Regel ein Standbein in der Routine des Alltags und damit eine entlastende Funktion. Geteilte Werthaltungen und rechtzeitige gemeinsame Entscheidungen sind Bestandteil von Versorgungsqualität.
- Die interdisziplinäre Arbeit wird in Altenpflegeeinrichtungen durch die Berufsgruppe der Pflege angeleitet. In Pflegemodellen der Bezugspflege und Gruppenpflege übernimmt sie im positiven Fall das Case Management in der Betreuung der einzelnen alten Menschen. Kontinuierliche kompetente ärztliche Versorgung ist gewährleistet.
- Verabschiedungsrituale für die Bewohnerinnen und Abschiedsrituale für die Mitarbeitenden gehören zur Routine in der Begleitung Sterbender ebenso wie die Angehörigenarbeit. Die Selbstreflexion der Einrichtung gelingt vor dem Hintergrund der kommunikativen Bearbeitung der zentralen Widersprüche und Differenzen.
- Die stationäre Pflegeeinrichtung bezieht sich – auch oder insbesondere mit dem Thema Tod und Sterben – auf seine relevanten Umwelten. Ein flexibles Schnittstellenmanagement zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen gewährleistet die Kontinuität in der Versorgung mit dem Fokus auf das Wohl der Bewohnerinnen.

Literatur

1. Bartosch H (2001) Einem guten Alten folgt nun ein gutes Neues: Das Florence Nightingale Klinikum der Kaiserswerther Diakonie. In: Heimerl K, Heller A (Hrsg) Eine große Vision in kleinen Schritten. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 161–168
2. Bickel H (1998) Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. *Z Gerontol Geriat* 31: 193–204
3. Dinges St, Heller A (2003) Ethikberatung. Neue Prozesse und Strukturen ethischer Entscheidungsfindung im Umgang mit alten Menschen. *Procure* 6:30–32
4. Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit e.V. (2002) Modellprojekt LIMITS. Zwischenbericht 2002, Münster
5. Grün O (1998) Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime. *Z Gerontol Geriat* 31:398–399
6. Heintel P, Götz K (2000) Das Verhältnis von Institution und Organisation: zur Dialektik von Abhängigkeit und Zwang. Rainer Hampp Verlag, München und Mering, S 239–282
7. Heller A (2000) Sterben muss jeder allein, aber allein geht gar nichts: Die Intimität menschenwürdigen Sterbens als Aufgabe der Organisation. In: Heller A, Heimerl K, Metz C (Hrsg) Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 128–148
8. Heller A, Heimerl K, Berlach-Pobitzer I (2002) Leben bis zuletzt. Palliativbetreuung in den Alten- und Pflegeheimen der Inneren Mission München. Bewohnerbefragung im Alten- und Pflegeheim Ebenhausen. Dokumentation. IFF Wien
9. Heller A, Heimerl K, Husebø St (2000) „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun.“ Wie alte Menschen würdig sterben. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 9–24
10. Heller A, Heimerl K, Pleschberger S, Husebø S, Sandgathe-Husebø B (2002) Palliative Kultur. *kursbuch palliative care* 4:5–11
11. Heimerl K, Heller A, Zepke G (2002) Organisationskultur des Sterbens. Das Modellprojekt von „Diakonie in Düsseldorf“. In: Grossmann R, Scala K (Hrsg) Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Springer, Wien New York, S 106–127
12. Hockley J (2002) Organizational structures for enhancing standards of palliative care. In: Hockley J, Clark D (eds) Palliative Care for Older People in Care Homes. Open University Press, Buckingham, pp 165–181
13. Husebø S, Klaschik E (1999) Palliativmedizin, Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Springer, New York
14. Kittelberger F (2002) Palliative Care im Pflegeheim. Neuanfänge vor dem Hintergrund bewährter Hospizarbeit in Bayern. In: Bischof HP et al (Hrsg): Für alle, die es brauchen. Integrierte palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 240–249
15. Klie Th (1998) Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski H (Hrsg) Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S 123–139
16. Kojer M (Hrsg) (2002) Alt, Krank und Verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
17. Kytir J (1993) Sterben in Anstalten, sterben zu Hause: Eine Analyse der Todesfälle 1988 bis 1991 nach Sterbeortskategorien. *Statistische Nachrichten* 3:171–178

18. Ochsmann R, Slangen K, Feith G, Klein Th, Seibert A (1997) Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes. Beiträge zur Thanatologie 8:1-37
19. Pleschberger S (2003) „Die Wünsche, die wir noch haben...“ Menschen in Altenpflegeheimen und ihre Sichtweisen auf Würde im Leben, Sterben und Tod. Projektabschlussbericht. Wien, S 92-153
20. Reitinger E (2003) Bedürfnismanagement in der stationären Altenbetreuung – Systemtheoretische Analyse empirischer Evidenzen. Dissertation, Wien, S 6-14
21. Sandgathe-Husebø B, Husebø St (2001) Palliativmedizin – auch im hohen Alter? Die Bergen Rote-Kreuz-Klinik. In: Heimerl K, Heller A (Hrsg) Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 115-130
22. Schüller A (2000) Das Neue für die Alten. Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. Peter Lang, Frankfurt am Main
23. WHO (2002) National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. 2nd ed. World Health Organization, Geneva, pp 83-84
24. Wilkening K (2002) Leben bis zuletzt – zum Umgang mit Sterben und Tod im Alten- und Pflegeheim. In: Hiemenz T, Kottnik E (Hrsg) Chancen und Grenzen der Hospizbewegung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 95-100
25. Wilkening K, Kunz R (2003) Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen