

## **Palliative Care in der stationären Altenhilfe: Diskurse eines Netzwerkes<sup>1</sup>**

Klaus Wegleitner, Katharina Heimerl<sup>2</sup>

Die 3. Fachtagung des Netzwerkes „Implementierung von Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe“, die von der Fachstelle für Hospizarbeit, Palliativkultur, Pastoralpsychologie und Supervision in der IMM München in Kooperation mit der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) / Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Universität Klagenfurt und dem Diakonischen Werk Bayern am 03. Oktober 2007 in Nürnberg veranstaltet wurde, bot für ProjektbetreiberInnen, -begleiterInnen und -leiterInnen die Gelegenheit eines kollegialen Austausches. Der gemeinsame Blick auf die laufenden Vorhaben, Palliative Care in die Abläufe der Alten- und Pflegeheime zu integrieren, sowie die Rolle die Weiter- und Fortbildung dabei spielen, die Diskussion aktueller gesundheitspolitischer Aktivitäten, und die Aufmerksamkeit für eine breitere gesellschaftspolitische Einbettung der Versorgung am Lebensende prägten den Tag.

### **Hinführung**

Die Integration von Palliative Care in die Einrichtungen der stationären Altenhilfe hat sich in den letzten Jahren von vereinzelten, pionierhaften Unternehmungen, schrittweise zu einer neuen Form der selbstverständlichen Auseinandersetzung mit der Frage; „Wie kann unseren BewohnerInnen ein würdevolles Leben bis zuletzt daHeim ermöglicht werden?“, entwickelt (vgl. Heimerl et al. 2005). Viele Projekte sind der Modellphase entwachsen. Neue Vorhaben, Palliativversorgung im stationären Altenhilfebereich zu etablieren, sind allerorten in Deutschland im entstehen. Die gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit für die Herausforderungen in der Unterstützung, Betreuung und Versorgung unserer alten Menschen, die dadurch bedingte gesundheitspolitische Aufnahme des Themas<sup>3</sup>, sowie die zunehmende Förderung von Entwicklungs- und Forschungsprojekten durch Stiftungen<sup>4</sup> stützen die Anliegen der stationären Altenhilfe. Man darf allerdings nicht übersehen, dass es sich dabei mit Blick auf die gesamte

---

<sup>1</sup> Das Manuskript bezieht sich inhaltlich auf die bestimmenden Diskurse und Themen im Rahmen der „3. Fachkonsultation – Implementierung von Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe“, die von der Fachstelle für Hospizarbeit, Palliativkultur, Pastoralpsychologie und Supervision in der IMM München in Kooperation mit der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) / Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Universität Klagenfurt und dem Diakonischen Werk Bayern am 03. Oktober 2007 in Nürnberg veranstaltet wurde.

<sup>2</sup> Die AutorInnen, Mag. Klaus Wegleitner und a.o. Univ. Prof. Dr. Katharina Heimerl, sind wissenschaftliche MitarbeiterInnen der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik (IFF Wien). Erreichbarkeit: klaus.wegleitner@uni-klu.ac.at; katharina.heimerl@uni-klu.ac.at.

<sup>3</sup> Siehe dazu auch die gesetzlichen Entwicklungen zur Palliativversorgung im § 37 SGB V.

<sup>4</sup> Etwa die Robert Bosch Stiftung, in deren Programm neben unterschiedlichen Projekten zur Palliativversorgung auch ein niederschwelliges Curriculum zur Palliativen Geriatrie entwickelt wurde, die eine ModeratorInnenschulung impliziert.

Versorgungslandschaft noch immer um einen beginnenden Veränderungsprozess handelt. Sowohl innerhalb der Einrichtungen wie insbesondere auch zwischen den Organisationen des Gesundheitssystems ist eine dem Palliative Care Selbstverständnis entsprechende multidimensionale, nicht physiologiezentrierte Versorgung, auch wegen unterschiedlicher personeller und struktureller Gründe, noch immer nicht der Normalfall. Es bleibt somit für die Weiterentwicklung in Palliative Care noch viel zu tun. Dass diese Integrationsprozesse nicht dem Verständnis eines technischen Handwerkes im Sinne linearer, operativer Implementierung entsprechen, wurde vor dem Hintergrund vielfältiger Erfahrungen in den Einrichtungen<sup>5</sup> der Altenhilfe deutlich beschrieben. Es geht um vielschichtige Veränderungsprozesse, die das Selbstverständnis der Einrichtung im Innersten betreffen, um die Veränderung von professionellem Selbstverständnis, um die Modifizierung von Arbeitsabläufen, Gesprächs- und Kommunikationssettings, um die Entwicklung neuer Kooperationspraxen, um eine empathische Gestaltung von Betreuungsbeziehungen, sowohl zu den Betroffenen wie auch ihren Angehörigen, und nicht zuletzt oft auch um strukturelle und bauliche Adaptionen. Dies alles bezogen auf komplexe individuelle Bedürfnisse und krisenhafte soziale Beziehungen in entsprechender Weise im Alltag zu berücksichtigen und zu übersetzen, stellt eine höchst anspruchsvolle, kontinuierliche Herausforderung dar, die es gemeinsam, MitarbeiterInnen und Betroffene, aufzunehmen und zu gestalten gilt.

### **Das Altenpflegeheim als Teil gesellschaftlicher Verhältnisse**

Wir befinden uns heute – so Reimer Gronemeyer (2007) - in einer völlig neuen Situation. Die Institutionalisierung von Versorgung im Zuge der Moderne, bei gleichzeitigem gesellschaftlichen „Zerfall der sozialen Atmosphäre“ bzw. der „Globalen Zerstörung sozialer Milieus“, sowie die demografischen Herausforderungen führten dazu, dass die herkömmlichen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Strategien an ihre Grenzen stoßen. Die Frage, wie hinkünftig unsere Gesellschaft mit den vielen alten, demenziell veränderten und pflegebedürftigen Menschen leben, ihnen die soziale Teilhabe ermöglichen und sie unterstützen und betreuen wird, scheint aus heutiger Sicht nicht mehr zu beantworten. Das Altenpflegeheim stellt hier keine isolierte Struktur dar. Es ist in diese gesellschaftlichen Muster eingebettet. Mit Blick auf die wachsenden Herausforderungen in der stationären Altenhilfe könnte man auch davon sprechen, dass sich an einem Ort der Schwachen und Bedürftigen die gesellschaftlichen Umstände in verdichteter Form zeigen (Andreas Heller). Die wirtschaftsliberalen und produktivitätsorientierten, der absoluten Flexibilität und Mobilität des Einzelnen geschuldeten, Gesellschaftsverhältnisse lassen jene sozialen, tragfähigen Netzwerke nur bedingt entstehen, die eine andere

---

<sup>5</sup> siehe die Einrichtungen des Netzwerkes Implementierung von Palliativbetreuung in der stationären Altenbetreuung (Wegleitner 2006).

solidarische Form der Versorgung ermöglichen würden. Verkörpern die Altenpflegeheime die Schattenseiten dieser Entwicklung, oder sind sie Orte der Aufrichtigkeit, die Raum und Zeit für Verletzlichkeit, Verzweiflung, Leiden, Scham und Angst lassen? Ebene jene Seiten des Lebens, die im Time-Planer des modernen Lebensvollzuges nicht mehr den rechten Ort finden. Für die stationäre Altenhilfe stellt sich jedenfalls die Frage, ob man weiterhin größtenteils sozial entkoppelt oder aber durchlässiger, geöffneter und in die jeweilige Kommune hinein Lebens- und Versorgungskontexte mit gestalten sollte. Die Unterstützung und Betreuung in alternativen Wohnformen (vgl. Pleschberger et al. 2007), das erhöhte Angebot teilstationärer Einrichtungen, die Verringerung der Bettenvolumina, sowie die zunehmend stärker werdende Kooperation mit Besuchs- und Hospizdiensten erhöhen die soziale Durchlässigkeit der Einrichtungen bereits. Das Dazwischen von stationärer und ambulanter Versorgung mit zu gestalten, wird für die Altenpflegeheime eine der wichtigsten zukünftigen Aufgaben werden.

Im 19. und 20. Jahrhundert wurden soziale Herausforderungen und Fragen der Versorgung mit dem Modell der Kategorisierung nach Symptomen, nach der Selektion von bestimmten Betroffenengruppen und der gesellschaftlichen Delegation an Organisationen und darin beschäftigte spezialisierte Professionen bearbeitet. Dass dieses Modell etwa in Bezug auf die Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz zu kurz greift, ist evident. Generell sind die Menschen immer weniger bereit sich den strukturellen Zwängen von Heimen zu unterwerfen. Sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch auf Seiten der MitarbeiterInnen, die eine besonders hohe Sensibilität für Handlungs- und Entwicklungsbedarfe haben. Sie leiden, auch im Lichte oftmals polemisch geführter öffentlicher Diskussionen und einseitigen Anschuldigungen, in besonderer Weise unter den systemimmanenten Dilemmata und den fehlenden Handlungsspielräumen in der Altenversorgung. Sie müssen in einem Spannungsfeld handeln: Auf der einen Seite stehen die vorgegebenen physiologieorientierten Pflegestandards, die Tagesstruktur, die Dienstplänen und das Versorgungsselbstverständnis. Auf der anderen Seite stehen die individuellen Bedürfnisse und Tagesabläufe der BewohnerInnen. Diese Widersprüche sind für alle Beteiligten schwer zu bearbeiten. Mit Blick auf den Umgang mit, und die soziale Einbindung von, demenziell veränderten Menschen ist große Ratlosigkeit zu beobachten. Zwar tragen Pflegekonzepte und Kommunikationsmethoden wie Biografiearbeit, Mäeutik, Basale Stimulation oder Validation, hier einiges zur Vervielfältigung von Handlungsoptionen bei. Die Widersprüchlichkeit einer auf „Routinebetrieb“ ausgerichteten Einrichtung und der in eigenen zeitlichen und räumlichen Bezügen lebenden demenziell veränderten Menschen bleibt jedoch bestehen. Die im Selbstverständnis der Pflege noch immer sehr stark verankerte Orientierung an relativ linearen Standards, Assessmentverfahren und Konzepten lässt wenig Raum für eine innehaltende Reflexion und Auseinandersetzung mit solchen Dilemmata. Zunehmend werden eigene Einheiten, sogenannte „Demenzstationen“

errichtet. Das trägt jedoch zu einer weiteren sozialen Segregation und Ghettoisierung der betroffenen Menschen bei. Wirkungsvolle und zukunftssträchtige Formen der Unterstützung und Betreuung von demenziell veränderten Menschen können aus den bestehenden Logiken und Strukturen heraus schwerlich wachsen. Es sind wohl eher Alternativfiguren von Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die nicht mehr innerhalb einer einzigen Institution zu denken sind. Wenn Konzepte aus BürgerInnen nahen Zugängen, wie etwa die „Aktion Demenz“ der Robert Bosch Stiftung, aus alternativen Wohnformen und aus dem Verständnis eines „Dritten Sozialraumes“ (Dörner 2007) auf sich im Selbstverständnis wandelnden Altenpflegeheime treffen, so ließe dies eher Betroffenen orientierte Akteurskonstellationen zwischen Zivilgesellschaft und Versorgungssystem zu.

### **Organisationsethik, Haltung und Versorgungskultur**

Einen wesentlichen Indikator für das Maß der nachhaltigen Integration von Palliative Care in die Einrichtungen der stationären Altenhilfe stellt die Intensität der Auseinandersetzung mit ethischen Problemlagen, Anliegen und Dilemmata dar (vgl. Bartosch et al. 2005). Der Bedarf an ethischer Orientierung ist sowohl auf Seiten der Betroffenen, wie auch auf jener der MitarbeiterInnen deutlich wachsend. Die MitarbeiterInnen von Pflegeheimen müssen vielfach in Widerspruchsfeldern handeln und sind alltäglich damit konfrontiert. Das ergibt sich zwingend aus dem Umstand, dass Altenpflegeheime als Organisationen rund um unauflösbare Grundwidersprüche unserer Gesellschaft etabliert sind. Es sind unauflösbare Widersprüche des Lebens – wie Jugend vs. Alter; Gesundheit vs. Krankheit; Leben vs. Tod; Autonomie vs. Fürsorge mit denen Altenpflegeheime und ihre MitarbeiterInnen täglich umgehen müssen. Die faktische Unauflösbarkeit dieser existentiellen Widersprüche führt dazu, dass die MitarbeiterInnen in ihrem alltäglichen Handeln immer an diese Widerspruchsgrenzen stoßen. Nur im Lichte beider Widerspruchspole lassen sich jedoch erträgliche und aushaltbare Handlungsoptionen gestalten. Dazu braucht es physische und zeitliche Räume, die ethische Aushandlungsprozesse ermöglichen (z.B.: Ethikberatung, ethische Fallbesprechungen). Diese Reflexionsräume müssen im Alltag organisiert und gesteuert werden (vgl. Wegleitner, Heimerl 2007). Für das Altenpflegeheim kann es nicht darum gehen, medizinethische Orientierungen anzuwenden. Vielmehr müssen eigene Verständigungsprozesse gefunden werden, die sich nicht ausschließlich an medizinischen und nicht an normativen moralischen Positionen orientieren, sondern den Austausch und die gemeinsame Reflexion von durchaus kontroversen Positionen zulassen. Dabei geht es nicht selten um den Widerspruch von rationalen Ablaufkriterien und Standards, die sich an der Intuition und dem Gefühl, was in der jeweiligen Situation passend und gut empfunden wird, brechen. D.h der Diskurs ist immer unter der Maßgabe und dem Blick auf die Fragen, „Was ist gut für die betroffenen Menschen und uns

...?“, bzw. „Wie wollen wir es hier bei uns ...?“, zu führen (vgl. Heintel 1999). Im besten Fall ergeben sich daraus mehr Handlungsspielraum für die beteiligten Akteure und eine deutlichere Verständigung über ethische Haltungen und Positionen innerhalb des Teams, der Einrichtung oder des Trägers. Je vielschichtiger solche Kommunikationsprozesse in der Organisation verankert sind, desto akzentuierter entwickelt sich auch eine kollektive ethische Haltung heraus, desto mehr verfestigt sich eine gemeinsam getragene palliative Versorgungskultur.

### **Gesetze, Standards, Kriterien und Verrechenbarkeit der Palliativversorgung: oder die Verabschiedung von der Eigenzeitlichkeit**

Endlich aus dem Status des Modellprojektes, oder aus der nicht anerkannten und finanzierten Schattenarbeit in der Versorgung am Lebensende herauszutreten, gesetzlich verankert zu werden, Palliativleistungen abgegolten zu bekommen, Teil der Regelversorgung zu werden usw., alles Hoffnungen und Anliegen, die im letzten Jahrzehnt für die zentralen Akteure innerhalb der Palliativversorgungslandschaft Antrieb und „Glück verheißende“ Zielsetzung zugleich darstellten. Nun ist mit der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20. Dezember 2007<sup>6</sup> ein wichtiger Schritt zur Integration von Palliativversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getan worden. Die interdisziplinären Palliative Care Teams (PCT) stellen den Kern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung dar. Welchen Kriterien sie im Detail verpflichtet sein sollen, wie ihre strukturellen und personellen Ausstattungen beschaffen sein müssen, wie über Medizin und Pflege hinaus professionelle Kompetenzen eingebunden werden können und wie das Zueinander von herkömmlicher Regelversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) konkret gestaltet werden soll; alles Fragen die im Beschluss noch weitestgehend offen bleiben. Klar ist, dass bestimmte Rahmenkriterien darüber entscheiden werden, wer den Status eines PCT „verdient“ und dementsprechend nach GKV verrechenbar Palliativversorgung leistet. Wie sich diese Kriterien und Standards zu den gewachsenen Erfahrungen der bisherigen, Modellprojekt finanzierten, Palliativ Teams und den aus den regelversorgenden Pflegediensten mit Palliative Care Leistungsinhalten (die allerdings bisher über den Ausweis anderer Pflegeleistungspakete „querfinanziert“ wurden) entstehenden Ambitionen verhalten, wird wesentlich die zukünftige ambulante Palliativversorgung prägen. Strebt man flächendeckende Hochspezialisierung an, oder breiter gefächerte gehobene Kompetenz in Palliativversorgung? Wird letztlich wieder nur innerhalb der spezialisierten Versorgungsinselfen Betroffenen orientierte Palliative Care möglich sein, oder auch bis zu einem

---

<sup>6</sup> Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b V i. V. m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) / Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV – RL)

gewissen Komplexitätsgrad in den regelversorgenden Diensten? Sicher ist, dass mit der neuen gesetzlichen Regelung ein zusätzliches Geschäftsfeld geschaffen wurde. Der regionale Wettbewerb zwischen den Dienstleistern um den neu zu verteilenden „Kuchen“ hat bereits begonnen.

Die VertreterInnen der stationären Altenhilfe streben eine vergleichbare gesetzliche Regelung und Abrechnungslogik für Palliativversorgung an. Somit ist auch hier eine Verschärfung des Wettbewerbes um neu zu vergebende Mittel im Gesundheitssystem<sup>7</sup> zu erwarten. Sowohl im ambulanten, wie im stationären Bereich sind Qualitätskriterien für die jeweilige Dienstleistung und verrechenbare Leistungseinheiten zu definieren. Die Nachvollziehbarkeit und Transparenz wird gefördert. Je kleinteiliger die Leistungspakete verrechnet werden, desto stärker entwickelt sich aber auch eine Effizienzlogik. Insbesondere dann, wenn, wie zu erwarten ist, der Bedarf an institutioneller Palliativversorgung deutlich steigen wird. Das Ausmaß der verfügbaren Mittel wird diesen Bedarfsanstieg wohl nicht mit vollziehen. Eine sehr wahrscheinliche Folge ist die Verknappung und Straffung der palliativversorgerischen Rahmenbedingungen. Man wird möglicherweise in denselben Dilemmata gefangen sein, an denen das regelversorgende Gesundheitssystem die gesamte Moderne hindurch leidet. Und die dazu geführt haben, dass die Hospizbewegung sich außerhalb der herkömmlichen Strukturen des Gesundheitssystems entwickeln musste. Mit der nunmehr angestrebten strukturellen Reintegration in das bestehende, regelfinanzierte Gesundheitssystem werden Sicherheiten und Klarheiten gewonnen. Umgekehrt gehen möglicherweise jene Handlungsspielräume in der Versorgung verloren, die eine betroffenenorientierte Palliative Care erst entstehen lassen. Eine der Eigenzeitlichkeit der jeweiligen Betreuungssituationen geschuldete Versorgungslogik ist eventuell „im Dazwischen, im nicht restlos Geklärten, im nicht ganz Fass- und Abbildbaren“ besser aufgehoben. Mit allen Ambivalenzen und strukturellen Fallen, die einer solchen Verortung inhärent sind. Zumindest sollte die anstehende gesetzliche und versicherungstechnische Entwicklung in der Palliativversorgung im nötigen Maße kritisch begleitet und reflektiert werden. Immer mit dem prüfenden Blick auf die sich dadurch herausbildende Praxis ist die Frage zu stellen: „Können wir so unserem Selbstanspruch einer multidimensionalen, betroffenenorientierten Palliative Care, egal in welchem Versorgungskontext, noch gerecht werden?“. Es wäre bedauerlich, wenn Palliativversorgung zwar zu einem gut verrechenbaren und kassenfinanzierten Leistungsbaustein wird. Die dadurch

---

<sup>7</sup> Wobei mit Blick auf die herrschende gesundheitspolitische Finanzierungslogik davon ausgegangen werden kann, dass es sich nicht um eine Aufstockung des absoluten Gesundheitsversorgungsbudgets handeln wird, sondern einerseits Umschichtungen dahinter stehen, bzw. implizite Hoffnungen über die neue Palliativversorgungspraxis insgesamt vielleicht sogar Mittel einzusparen.

bedingte Prozesslogik aber die Entfernung von den Wurzeln der Hospiz- und Palliativbewegung bedeutete (vgl. Gronemeyer, Heller 2007).

### **Palliative Curricula: zwischen Bedarf und Machbarkeit**

Mit der zunehmenden Integration von Palliative Care in die stationäre Altenhilfe steigt der Bedarf an Qualifizierung der MitarbeiterInnen, als wesentlicher Baustein des Entwicklungsprozesses. Viele Palliative Care Qualifizierungsprogramme spiegeln in ihrer inhaltlichen Akzentuierung eine wesentliche Grundproblematik der Palliativversorgung in Deutschland und Österreich wider. Nämlich die deutliche Fokussierung auf den Bedarf onkologischer PatientInnen, und die medizinisch – physiologische Zentrierung. Die Bedürfnisse der chronisch kranken, alten, geriatrischen, mehrfach erkrankten und dementen Menschen sind in den Curricula nur bedingt im Blick. Erst in der jüngeren Vergangenheit wurden Curricula auf unterschiedlichen Niveaus dezidiert für MitarbeiterInnen in der Altenhilfe entwickelt. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Internationales Weiterbildungscurriculum Palliative Care in der Altenhilfe“ hat Donata Beckers (2007)<sup>8</sup> die nationale und internationale Landschaft unterschiedlicher Lehrgänge<sup>9</sup>, die sich auf die stationäre Altenhilfe beziehen, abgebildet und aus Sicht von ExpertInnen die, je nach Ausbildungsniveau, unterschiedlichen erforderlichen Lehrinhalte und Wirkungsweisen, sowie grundsätzliche Einschätzungen zur Beschaffenheit und Ausrichtung von Curricula erhoben.<sup>10</sup> Deutlich wurde sichtbar, dass Weiterbildung als wesentlicher Bestandteil von Palliative Care Entwicklungsprozessen gesehen wird. Im Sinne der Nachhaltigkeit darf es sich jedoch nicht nur darin erschöpfen. Es braucht die Einbettung in organisationsentwicklerische Maßnahmen. Dementsprechend sollte der inhaltliche Entwicklungs- und Weiterbildungsbedarf nicht an eine Person delegiert werden, sondern immer auf kollektives Lernen abzielen (d.h. mehrere MitarbeiterInnen entsenden, oder etwa Indoortrainings abhalten). Bemerkenswert ist, dass hinkünftig in der inhaltlichen Ausrichtung der Lehrgänge die Stärkung generalisierende Perspektiven gewünscht wird. Sowohl bezogen auf das jeweilige professionelle Selbstverständnis als insbesondere auch bezogen auf die organisationalen Kontexte. D.h. ambulante und stationäre Versorgungsperspektiven sind im

---

<sup>8</sup> Ein Zwischenstand der Studie wurde von Donata Beckers im Rahmen der 3. Fachtagung präsentiert. Die Daten aus ExpertInneninterviews und Literatur- und Dokumentenanalysen waren deskriptiv aufbereitet. Sie zeigten die Heterogenität der unterschiedlichen Ausbildungen und die komplexen inhaltlichen Anforderungen eines praxisrelevanten Lehrganges. Die interpretatorische Auswertung und die Ausarbeitung von Schlussfolgerungen standen im Projektprozess erst bevor.

<sup>9</sup> Etwa das Curriculum „Palliative Praxis“ der Robert Bosch Stiftung (40 Std.); die 160-Stunden-Weiterbildung nach Kern/Müller/Aurnhammer die für verschiedene Träger adaptiert wurde; der Basiskurs Palliative Care für Pflegende in der stationären Altenhilfe der MediAcion Hamburg im Rahmen eines Palliative Care Implementierungsprozesses; der Kurs „Palliative Geriatrie - Pflegerische Betreuung von sterbenden Menschen in stationären und ambulanten Einrichtungen“ des Erwin Stauss Institutes (ESI); oder die 105-Stunden-Weiterbildung: Palliative Geriatrie des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie / Berlin-Reinickendorf (Beckers 2007).

<sup>10</sup> Parallel wird von der Robert Bosch Stiftung unter der Leitung von Martina Ritter das Projekt „Übersicht über die Curricula in Palliativpflege und –medizin in Deutschland und ausgewählten Ländern“ betrieben

Zueinander zu entwickeln. Der Fragmentierungslogik im Gesundheitssystem soll damit entgegengearbeitet, inhaltliche Anregungen ermöglicht werden. Thematisch sollte Palliative Care für alte, demenziell veränderte Menschen noch viel stärker aufgenommen werden. Viel zu wenig Beachtung finden bislang psychosoziale und spirituelle Aspekte. Sie werden weitestgehend zugunsten der standardorientierten Prozessabläufe und Strukturfragen übergangen. Die Vereinheitlichung von Curricula wird einerseits als mögliche Qualitätssicherungsmaßnahme gesehen. Befürchtet wird andererseits ein zu starres und schwerfälliges System, welches zudem die Tendenz zur Monopolisierung begünstigt. Regionale Spezifika zu berücksichtigen und die notwendige Flexibilität in den Lehrgangsinhalten, zur Anpassung an veränderte Bedarfe, zu ermöglichen, ist den ExpertInnen wichtig (Beckers 2007).

Angesichts der vielfältigen und komplexen Herausforderungen und Bedarfe in der Versorgung am Lebensende sind die potentiellen Lehrinhalte sehr umfassend und schwer überschaubar. Inhaltliche Fokussierungen und Akzentuierungen sind nach Zielgruppe vorzunehmen. Je niederschwelliger die Ausbildung, und je kürzer die verfügbaren Lehrgangszeiten, desto anspruchsvoller gestaltet sich jedoch dieser Prozess der inhaltlichen Priorisierung. Neben den inhaltlichen Ansprüchen ist dabei auf die verfügbaren zeitlichen Ressourcen der potentiellen TeilnehmerInnen zu achten. Berufsbegleitende Aus- Fort und Weiterbildung, so sie nicht elitär sein möchte, muss die Balance zwischen inhaltlichem Anspruch und der strukturellen Ermöglichung der Teilnahme finden und fortlaufend gestalten. Der Zuschnitt für künftige, mehrstufige Palliative Care Curricula sollte daher nicht nur auf ExpertInnenebene, sondern unter Beteiligung potentieller TeilnehmerInnen stattfinden. Auf diese Weise können die inhaltliche Ausrichtung und die Rahmenbedingungen für die Teilnahme NutzerInnen orientierter gestaltet werden.

### **Ungleichzeitigkeit zwischen wissenschaftlichem Diskurs und Praxis der institutionellen Veränderung**

Einen wesentlichen Antrieb für Veränderung und innovative Weiterentwicklung stellt die gelingende wechselseitige Ergänzung von Praxis und Wissenschaft dar. Auch viele Projektvorhaben zur Integration von Palliative Care im Bereich der stationären Altenhilfe sind nicht zuletzt deshalb nachhaltig und erfolgreich gewesen, weil die Form der Verschränkung von (Interventions)Wissenschaft und Praxis in der jeweiligen Einrichtung einen breit angelegten Organisationsentwicklungs- und Kulturveränderungsprozess ermöglichte (vgl. Heller et al. 2003; Heimerl 2000; Kittelberger 2002; Heimerl et al. 2005; Kojer 2002; Wilkening, Kunz 2003; Orth et al. 2005).

Nun scheint sich jedoch auf Ebene der, die Wissenschaft und Praxis zentral beschäftigenden, Diskurse eine Ungleichzeitigkeit zu ergeben. Während Trägerverantwortliche, Leitungen und

MitarbeiterInnen sehr engagiert an der Verbesserung, bzw. Optimierung der Palliativversorgung in ihren Einrichtungen arbeiten, wird von Seiten der Wissenschaft (z.B.: Dörner et al. 2001; Dörner 2007; Heller, Wegleitner 2006; Gronemeyer 2007) darauf verwiesen, dass insbesondere in den größeren Einrichtungen der stationären Altenbetreuung, wie sie heute vielfach noch vorherrschend sind, beträchtliche Zweifel bestehen, ob sich die Philosophie und Haltung von Palliative Care umsetzen lassen. Das Versorgungskonzept Palliative Care ist ja, historisch betrachtet, in einem eigens dafür geschaffenen Organisationstyp, dem Hospiz, entstanden. Dass daher die Integration in die Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die wesentliche Unterschiede in struktureller, personeller und fachlicher Hinsicht aufweisen, durchaus mit natürlichen Barrieren und großen Herausforderungen verbunden ist, scheint evident (Pleschberger 2005). Vielmehr wird als notwendige Voraussetzung das schnelle Fortschreiten einer Entwicklung herbeigeseht, die bereits begonnen hat. Die strukturelle Öffnung der Heime in die Kommune hinein, durch teilstationäre Angebote, durch eine kleinteiligere wohnortnahe Versorgung, die in Form von betreuten Wohngruppen oder anderen alternativen Wohnformen das Spektrum an Versorgungskontexten beträchtlich ausweitet und so den Betroffenen mehr Handlungsspielräume eröffnet. Damit ist auch die Abkehr von an Bettenmaximierung orientierten gesundheitspolitischen Konzepten gemeint, die gute Versorgung an der Anzahl von Heimen in einer Region messen.

Die gelingende wechselseitige Ergänzung von informellen, bürgerschaftlichen Netzwerken und professionellen, organisationalen Netzwerken ist anzustreben. Die Umsetzung von Palliative Care im Pflegeheim wird zum einen maßgeblich davon abhängen, inwieweit ein solches Zueinander erreicht wird. Zum anderen können Palliative Care Prozesse selbst wesentlich dazu beitragen. Es geht somit um ein wechselseitiges Befördern. Wenn durch Palliative Care Prozesse neue Kommunikationswege und Kooperationsformen „nach außen“ eröffnet werden, und das eigene unveränderte Fortbestehen der Institution nicht im Vordergrund der strategischen Ausrichtung steht. Wenn die Weitung der eigenen Grenzen, bis hin zu einer substanziellen Veränderung denkbar ist, wird Palliative Care kulturell übersetzt und gleichzeitig eine neue strukturelle Verortung im Gesundheitssystem wahrscheinlich.

Die große Herausforderung, die sich daraus für die Einrichtungen der Altenhilfe ergibt ist, dass man diese beiden Zielsetzungen im Grunde parallel prozessieren müsste. Also fortwährende Optimierung des eigenen Leistungsangebotes, was auch insbesondere die Integration von Palliative Care bedeutet, bei gleichzeitiger Veränderung des gewachsenen stationären Versorgungsselbstverständnisses. Dass sich viele Hausleitungen und ProjektbetreiberInnen zwischen beiden Erwartungshaltungen ein wenig aufgerieben fühlen, verwundert nicht. Die Entwicklungen der Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe sind gerade erst dabei sich

zu etablieren, „von den Theoretikern wird gleich die Abschaffung der Heime gefordert“, so der oftmals geäußerte Unmut.

Der Paradigmenwechsel hin zur Ambulantisierung der Versorgung findet ja bereits statt, wenngleich noch ein wenig gezügelt. Dass dieser im Sinne der betroffenen Menschen vorangetrieben werden muss, darüber herrscht im Kreise von ExpertInnen aus dem Bereich der stationären Altenhilfe Konsens. Gerade vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen, sozistruktuellen Entwicklungen, scheint aber momentan auch klar zu sein, dass es immer auch stationäre Versorgungsangebote brauchen wird, vielleicht eben mit einem veränderten Zuschnitt. Der Diskurs zur De-Institutionalisierung (vgl. Dörner et al. 2001)<sup>11</sup> der Heime bildet dabei jenen Wendepunkt in der fachlichen Diskussion ab, der mit seiner kritischen Grundhaltung, die ihre Wurzeln im Diskurs zur Normalisierung im psychiatrischen Betreuungsbereich der 1970er und 1980er Jahre hat, wichtige Impulse bei der Neuausrichtung stationärer Einrichtungen geben könnte. Im Kern ist darin zwar tatsächlich von der Abschaffung der Heime die Rede, was möglicherweise für die stationäre Altenhilfe bedrohlich klingt. Liest man dieses visionäre Bild aber eher als Metapher für eine radikale Veränderung und Öffnung, für eine Abkehr von der gewachsenen Misere des Anstalts- und Heimsystems, das als Ergebnis moderner industrieller Entwicklungen den heutigen Anforderungen guter Betreuung und Versorgung nur mehr bedingt gerecht werden können, so ist es eine konstruktive Hilfe zur Veränderung. Mit De-Institutionalisierung ist dann ja auch nicht die faktische Abschaffung von Institutionen gemeint, denn auch ambulante Versorgung und kommunale Netzwerke sind organisationale, institutionelle Konstrukte, sondern die Alternative zum Bestehenden. Ziel ist es, ein ambulant-kommunales Sorge-System zu etablieren, in dessen Zentrum neue Wohnformen für das Alter stehen und wo die stationäre Altenhilfe in veränderter Form weiterhin eine wichtige Rolle einnehmen wird. Auch hier wird es jedenfalls darum gehen in die Vision des Zusammenlebens auch das Sterben als Teil des Lebens einzubeziehen. In den neuen und alternativen Wohnformen für alte und hochbetagte Menschen braucht es ebenfalls eine bewusste Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer – also die Integration von Palliative Care im eigentlichen Sinn.

Für die Praxis der stationären Altenhilfe wird es daher darum gehen, zum einen ihre Bemühungen in der Palliativversorgung weiterhin mit diesem Engagement weiter zu betreiben, sich zum anderen aber auch, durchaus vor dem Hintergrund strategisch ökonomischer Perspektiven, die Frage zu stellen, inwieweit die Grundkonzeption stationärer Altenhilfe mit Blick auf die Bedürfnisse der Menschen hinkünftig noch adäquat sein kann. Und, sehr wesentlich, wie es gelingen kann, sich so zu positionieren, dass man im jeweiligen kommunalen

---

<sup>11</sup> Im Jahr 2001 wurde dies von der interdisziplinären Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ politisch im Rahmen einer Aufforderung an die Fraktion des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquete der Heime“ einzusetzen, politisch aktiv aufgenommen.

Versorgungsnetzwerk eine Rolle einnehmen kann, die dazu beiträgt den Menschen dort ein Sterben zu ermöglichen, wo sie gelebt haben (Dörner 2007). Damit müssen nicht unbedingt die eigenen vier Wände gemeint sein, aber das soziale und kulturelle zu Hause wäre in den lokalen Lebenszusammenhängen mit zu gestalten. Die WissenschaftlerInnen und BeraterInnen könnten viel zum Gelingen eines mittel- bis langfristigen Paradigmenwechsels beitragen, indem sich ihre Positionen nicht nur im Mahnen und dem Aufzeigen finsterner Zukünfte erschöpfen. Sie könnten noch viel stärker Perspektiven und Maßnahmen mitentwickeln, die für die herrschende Praxis und institutionelle Logik anschlussfähig sind, und den Einrichtungen der stationären Altenhilfe helfen, über den Weg der Verbesserung und kritischen Reflexion der eigenen palliativen Versorgungspraxis auch zu einem Alternativentwurf ihrer eigenen Rolle im kommunalen Versorgungsnetzwerk zu gelangen.

## Literatur

Alsheimer Martin: Herausforderungen für die Zukunft: Implementierung von Palliativversorgung und Hospizarbeit im Alten- und Pflegeheim. <http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftiw-alsheimer.pdf>, download 20.2.2008

Bartosch, H.; Coenen-Marx, C.; Erckenbrecht, J.F.; Heller, A. (Hrsg.) (2005): Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie. Lambertus, Freiburg

Beckers, Donata (2007): Forschungsprojekt - Internationales Weiterbildungscurriculum Palliative Care in der Altenhilfe. Erste Ergebnisse der Experteninterviews. Präsentiert im Rahmen der „3. Fachkonsultation – Implementierung von Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe“, am 03. Oktober 2007 in Nürnberg.

Dörner, K.; Hopfmüller, E; Röttger-Liepmann, B. (2001): Aufforderung an die Fraktion des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquete der Heime“ einzusetzen. Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ Universität Bielefeld.

Dörner, Klaus (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus Verlag. Neumünster.

Evers, Adalbert (2002): Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft. In: Institut für soziale Infrastruktur (Hrsg.): Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen. Stuttgart, Marburg, Erfurt: Verlag Peter Wiehl. S. 85 – 100.

Gronemeyer Reimer (2006): Demenz und Kommune. Wie verwandeln wir unsere Dörfer, gemeinden und Städte in Orte, die freundlich sind für Menschen mit Demenz? „Aktion Demenz“ gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Berlin/Giessen 2006. <http://www.aktion-demenz.de/>

Gronemeyer, Reimer; Heller, Andreas (2007): Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg? – Ein Zwischenruf. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun: wie alte Menschen würdig sterben können. 3. neu überarbeitete Auflage. Freiburg. Lambertus. S. 576 – 586.

Heimerl, Katharina (2000): Erfahren, wie alte Menschen sterben wollen. Systemische Evaluation im Rahmen des Projektes 'Organisationskultur des Sterbens'. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg .

Heimerl, Katharina (2005): Interventionsforschung und Ethik in Palliative Care. In: Heintel, P.; Krainer, L.; Ukwowitz, M. (Hrsg.): Ethik und Beratung. Leutner, Berlin.

Heimerl, Katharina (2002): Für alle, die es brauchen. Das Konzept der integrierten palliativen Versorgung in Vorarlberg. In: Bischof, H.-P.; Heimerl, K., Heller, A. (Hrsg.): Für alle, die es brauchen. Integrierte palliative Versorgung - das Vorarlberger Modell. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (2005): Daheim Sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Lambertus, Freiburg.

Heintel, Peter (1999): Wissenschaftsethik als rationaler Prozess. In: Liessmann, Konrad Paul; Weinberger, Gerhard (Hg.): Perspektive Europa. Modelle für das 21. Jahrhundert. Wien: Verlag Sonderzahl. S.57 –81.

Heintel, Peter (2005): Widerspruchsfelder, Systemlogiken und Grenzdialektik als Ursprung notwendiger Konflikte. In: Falk, Peter; Heintel, Peter; Krainz, Ewald (Hrsg.): Handbuch Mediation und Konfliktmanagement. Schriften zur Gruppen- und Organisationsdynamik 3. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S 15 – 33

Heller Andreas; Wegleitner Klaus (2006): Palliative Care in der stationären Altenhilfe - Ansätze der Implementierung. In: Knipping C. (Hg.): Lehrbuch Palliativpflege. Bern. Hans Huber. 73 – 80

Heller, Andreas; Dinges, Stefan; Heimerl, Katharina; Reitingner, Elisabeth; Wegleitner, Klaus (2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36: 360 – 365.

Kittelberger Frank (2002): „Palliative Care im Pflegeheim - Neuanfänge vor dem Hintergrund bewährter Hospizarbeit in Bayern“; in: H.P. Bischof, K. Heimerl, A. Heller (Hg.): Für alle die es brauchen. Integrierte Palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell; 2002; Freiburg i.Br S. 240-249

Kittelberger Frank (2002): Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der Stationären Altenhilfe nachdenken. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz. [www.bayerische-stiftung-hospiz.de](http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de)

Kittelberger Frank (2004): „...und das nicht nur im Pflegeheim“; Vortrag auf dem IFF/ÖRK-Symposium „Sterbefall Mensch“ am 17.4.2004 in Wien. Zu finden auf der Homepage Bayerische Stiftung Hospiz. [www.bayerische-stiftung-hospiz.de](http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de)

Klie, Thomas. (Hrsg.) (2002): Fürs Alter Planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Forschungs- und Projektbericht 18, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evang. Fachhochschule Freiburg, 2002a.

Kojer, Marina (Hrsg.) (2002): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Lambertus, Freiburg.

Orth, C.; Alsheimer, M.; Koppitz, A.; Isfort, M.: Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim, München – Haidhausen. Abschlussbericht. Bayerische Hospiz Stiftung, 2002. <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/texte2/vortrag6.htm>, Abruf, 20.08.2005.

Pleschberger, Sabine (2005): „Nur nicht zur Last fallen!“ Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus Verlag, Freiburg .

Pleschberger, Sabine; Reitingner, Elisabeth; Schumann, Felix (2007): Sterben in Alternativen Wohnformen. Projektbericht. IFF-Eigenverlag. Wien.

Wegleitner Klaus (2006): Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe. Von der Implementierung zur Nachhaltigkeit. Auswertung der 2. Internationalen Fachkonsultation 2005. kursbuch palliative care 10/2006. Wien. IFF-Eigenverlag.

Wegleitner; Klaus; Heimerl, Katharina (2007): Ethische Entscheidungen als (Alltags)Handeln in Widerspruchsfeldern. In: Reitingner, Elisabeth; Heimerl, Katharina; Heller, Andreas (Hrsg.): Ethische Entscheidungen in der Altenbetreuung. Mit Betroffenen Wissen schaffen. Im Rahmen des transdisziplinären Forschungsprogramms (TRAFO) des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Abteilung Gesellschaftswissenschaften. kursbuch palliative care 11/2007. IFF-Wien. 21 – 25.

Wilkening, Karin; Kunz, Roland (2003): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.