



***Palliative Wege: Kompetenzen für morgen***

**Studie über die bedarfsgerechte Qualifizierung von Hospiz- und Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.**

**-Endbericht-**

**Verfasserin: Donata Beckers**

**Bayerische Stiftung  Hospiz**

***Unser Handeln  
kann eine Erinnerung zurücklassen  
als lebendiges Beispiel für das,  
was getan werden kann,  
  
und anderen Hoffnung geben,  
ihren eigenen Weg des Helfens zu finden.***

**Reshad Feild**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Teilnehmende ExpertInnen der Studie.....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Ausgangslage.....</b>	<b>3</b>
3.1.	Sozialpolitischer Hintergrund.....	3
3.2.	Pflegepersonal in der stationären Altenhilfe – Qualifizierung Palliative Care .....	5
3.3.	Das <i>Basiscurriculum</i> Palliative Care für Pflegenden.....	6
3.4.	Forderungen einer bedarfsgerechten Qualifizierung.....	7
<b>4.</b>	<b>Curricula Palliative Care im Alter.....</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Internationale Entwicklungen – Palliative Care im Alter.....</b>	<b>9</b>
<b>5.1.</b>	<b>Recherche USA.....</b>	<b>9</b>
5.1.1.	Palliativversorgung im Heim (long-term nursing homes).....	9
5.1.2.	Problematische Zugangskriterien.....	9
5.1.3.	Weiterbildung der Palliative Care Pflegekräfte .....	10
5.1.4.	<i>End-of Life Nursing Education Consortium –ELNEC</i> .....	11
<b>5.2.</b>	<b>Recherche England.....</b>	<b>12</b>
5.2.1.	Sozialpolitische Ausgangslage.....	13
5.2.2.	Implementierung Palliative Care in die Altenhilfe.....	13
5.2.3.	<i>Gold Standards Framework in Care Homes Programme – GSFH</i> .....	14
<b>5.3.</b>	<b><i>Pioneer Network – Toward a New Culture of Change – Ausblick...</i></b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Die Ergebnisse der Studie.....</b>	<b>17</b>
6.1.	Die Einstiegsfrage.....	17
<b>6.2.</b>	<b>Allgemeine Fragen.....</b>	<b>18</b>
6.2.1.	<i>Wie schätzen Sie die derzeitigen Bemühungen um die Qualifizierung Palliative Care im Alter/in der Altenhilfe ein?.....</i>	18
6.2.2.	<i>Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen dem Palliativ- und Hospizbereich und der Regelversorgung Altenhilfe ein?.....</i>	20
6.2.3.	<i>Gibt es Anzeichen der Konkurrenz?.....</i>	20

6.2.4. <i>Sehen Sie eine notwendige Trennung zwischen einem Curriculum für die stationäre und die ambulante Altenhilfe?.....</i>	21
6.2.5. <i>Was meinen Sie zu einer multiprofessionellen Weiterbildung?.....</i>	21
<b>6.3. Die strukturelle Ebene.....</b>	<b>22</b>
6.3.1. Die Altenpflegeausbildung.....	22
6.3.2. Ein abgestuftes Modell.....	23
<b>6.4. Die inhaltliche Ebene.....</b>	<b>26</b>
6.4.1. <i>Wann beginnt Palliative Care in der Altenhilfe?.....</i>	27
6.4.2. Thematische Schwerpunkte.....	28
6.4.3. Die medizinisch-pflegerische Dimension.....	31
6.4.4. Die psychosoziale Dimension.....	32
6.4.5. Die spirituelle Dimension.....	34
<b>6.4.6. <i>Wer sollte lehren?.....</i></b>	<b>38</b>
<b>6.4.7. <i>Wie sollte gelernt werden?.....</i></b>	<b>39</b>
<b>6.4.8. Vor- und Nachteile eines einheitlichen Curriculums.....</b>	<b>41</b>
<b>6.5. Abschlussfrage – Haben Sie einen Traum?.....</b>	<b>42</b>
<b>7. Diskussion der Ergebnisse im Rahmen der Präsentation.....</b>	<b>44</b>
Literaturverzeichnis.....	47
Anlage : Folien der Powerpoint Präsentation.....	

## 1. Teilnehmende ExpertInnen der Studie

**Alsheimer, Martin:** Kompetenzzentrum Palliative Care und Hospizkultur der Berufsfachschule für Altenpflege, Ingolstadt

**Fittkau-Tönnemann, Bernadette:** Christophorus Akademie, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, München-Großhadern

**Fuchs, Dr. Christoph:** Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation (ZAGF), Krankenhaus München-Neuperlach

**Graf, Gerda:** Wohnanlage Sophienhof, Niederzier

**Held, Elke:** Städtische Seniorenheime Duisburg

**Kern, Martina:** Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus, Bonn- Hardtberg

**Kittelberger, Frank:** Fachstelle für Hospizarbeit und Palliativkultur, Innere Mission München

**Kojer DDR., Marina:** Geriatriezentrum Wienerwald / IFF Wien

**Koppitz, Andrea:** Fachabteilung Pflege, Hauptstelle Caritas München

**Meyer, Stefan:** Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin, Nürnberg

**Müller, Dirk:** Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Unionhilfswerk Berlin

**Orth, Christel:** Christophorus Hospiz Verein München

**Pleschberger, Dr. Sabine:** IFF Wien

**Reitze-Jehle, Susanne:** Seniorenheim Xanten/ bis August Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

**Schuhmann, Günter:** Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit

**Schulte, Ottilie:** Hospizakademie Bamberg, Amb. Palliativpflegedienst Meschede

**Schwermann, Meike:** Erwin-Stauss-Institut Bremen

**Seeberger, Prof. Dr. Bernd:** Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Pflegemanagement

**Steil, Hans:** Palliativgeriatriischer Beratungsdienst, Christophorus Hospiz Verein, München

**Steurer, Dr. Jochen:** MediAcion, Hamburg

**Wadenpohl, Dr. Sabine:** Gesundheitsamt Recklinghausen

**Weidinger,** Friedrich-Meinzoldt-Haus, Dachau

**Wittensöldner, Cécile:** Geriatriisches Kompetenzzentrum Felix Platter Spital, Basel

## 2. Einleitung

Wenn Einrichtungen und Träger von einer „praktizierten Hospizkultur“ als wichtiges Qualitätsmerkmal ihrer Häuser sprechen, möchte man nicht von vereinzelt Maßnahmen einer würdevollen Sterbebegleitung sondern von grundlegenden Veränderungsprozessen ausgehen, die auf inhaltlicher, organisationaler und ethischer Ebene vollzogen werden konnten. Während der 90er Jahre begann eine Pionierphase mit den unterschiedlichsten, an die Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung angepassten Modellprojekten, die ein Jahrzehnt später Bausteine und Instrumentarien einer nachhaltigen Integration erkennen lassen. Die Aus- und Weiterbildung der Pflegenden, die in Bezug auf Palliative Care im Alter derzeit auf sehr unterschiedlichem Niveau ist, könnte in der Weiterentwicklung ein zentraler Baustein sein für eine nachhaltige Strukturentwicklung der Heimversorgung in Deutschland. Mit einer Curriculumforschung sowie einer systematischen Erfassung des Qualifizierungsbedarfes können inhaltliche und strukturelle Schwerpunkte herausgearbeitet werden, um Möglichkeiten eines einheitlichen, für neue Entwicklungsprozesse offenen und ethisch relevanten Curriculums aufzuzeigen. Damit eine spezialisierte Qualifizierung der Pflegekräfte als zentraler Indikator nachhaltiger Hospizkultur im Heim gelten kann, bedarf es allgemeingültiger und vereinheitlichter Qualitätskriterien, die variabel bleiben für dynamische Anpassungsprozesse aufgrund der sich ständig ändernden Bedingungen und Strukturen. „Letztlich muss es dem Versorgungssystem gelingen, auf finanzierender und politischer Ebene zu vermitteln, dass Palliative Care eine qualitativ hochwertige und erfolgreiche Dienstleistung ist“ (Heimerl 2000a, S. 159). Dabei geht es auch um Qualitätsentwicklung und professionelle Standards, die immer die ethische Ebene würdevoller Hospizkultur in der Weiterbildung mit einschließen müssen. Darüber hinaus muss die Herausforderung angenommen werden, dass die Qualifizierung ein offener Prozess bleibt:

*„Es sollte uns heute nicht zuerst darauf ankommen, ein funktionierendes Modell der Sterbebegleitung zu entwickeln und wenn, dann müsste es darum gehen, das Korsett eines solchen Musters immer wieder zu sprengen. Sterben und Tod sind zu gewichtig, als dass man sie organisieren, planen oder kontrollieren könnte. Die schwierige Aufgabe besteht darin, das Mögliche und Notwendige (Schmerzlinderung, Begleitung etc.) zu tun, ohne einen Augenblick die Erinnerung daran zu verlieren, dass es darum geht, an den Stäben der Routine zu rütteln und für die Stumpfheit sensibel zu bleiben.“ (Gronemeyer 2007, S. 271)*

Die vorliegende Studie wurde anhand von offenen, leitfadengestützten ExpertInneninterviews innerhalb der qualitativen Sozialforschung in den Monaten Mai bis Dezember 2007 durchgeführt (vgl. Meuser/Nagel 2005). Ausgangspunkt war die Annahme, dass die derzeitige palliativ-pflegerische Fachlichkeit nicht ausreicht, den komplexen Anforderungen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe gerecht zu werden. Das Wissen und die Einschätzungen der im Feld arbeitenden ExpertInnen sollte in einer gewissen Vergleichbarkeit erhoben werden, um Kompetenzen zu identifizieren, die die Versorgung und

Begleitung multimorbider und sterbender Menschen in der stationären Altenhilfe sichern. Die Studie sollte auch die Grundlage bilden für weitere Diskussionen und in der Folge Impulse für die Weiterentwicklung verbesserter Qualifizierung speziell für Palliative Care im Alter setzen. Nach einer ersten Phase der Recherche (vgl. Literaturliste), die auch internationale Verhältnisse insbesondere in den USA und England berücksichtigen, wurden 23 Interviews geführt, die gemäß des Palliative Care Konzeptes multiprofessionell ausgerichtet sind. Alle ExpertInnen sind in ihren unterschiedlichsten Betätigungsfeldern und Qualifizierungshintergründen (vgl. Anhang) von der Bereitschaft geprägt, das Thema Palliative Care im Alter weiter zu verbessern und zeigten daher eine große Offenheit und uneingeschränkte Fachlichkeit in den Gesprächen. Um den regionalen Unterschieden gerecht zu werden, wurden Interviews nicht nur in Bayern sondern bundesweit geführt sowie mit ExpertInnenwissen aus Österreich und der Schweiz erweitert. Trotz gewisser Bedenken aufkeimender Konkurrenz, die sich bereits 2004 in einem Gutachten für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages als Gefahr eines unkontrollierten Ausbildungsmarktes abzeichnen (Schindler/ Jaspers 2004, S. 183), sind die Ergebnisse dieser Studie im Sinne einer wertschätzenden Kooperation entstanden. Dass bereits viele Überlegungen und Erfahrungen in die Ausgestaltung unterschiedlichster Curricula eingeflossen sind, bildet eine zentrale Grundlage der Ergebnisse dieser Studie. Darüber hinaus zeigt insbesondere die Gesundheitsreform 2007 mit dem Rechtsanspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativbetreuung“ eine weitere Dringlichkeit bezüglich einer bedarfsgerechten Qualifizierung in Palliative Care im Alter auf.

### **3. Ausgangslage der Studie**

#### **3.1. Sozialpolitischer Hintergrund**

Obwohl die ambulante Pflege immer noch eine größere Rolle spielt, wird die Bedeutung des Alten- und Pflegeheimes in der Versorgungsstruktur Hochbetagter heute und insbesondere in der Zukunft weiter zunehmen. Die deutsche Pflegestatistik 2005 hebt hervor, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit 2,5% im Vergleich zu 2003 weiter gestiegen und parallel dazu ein Trend hin zu „professioneller“ Pflege in Pflegeheimen zu verzeichnen ist. (www.destatis.de. 2007). Die Anzahl der in Heimen Versorgten nahm um 5,7 % und im Vergleich zu 1999 sogar um 18 % zu (ebd.). Der Handlungsdruck in den Heimen, geeignete Versorgungsstrukturen zu installieren, ist aufgrund der steigenden Sterberaten und der knappen finanziellen Ressourcen beträchtlich. Darüber hinaus wird sich durch die Einführung der DRGs (Diagnostic Related Groups) im Krankenhaus das Alten- und Pflegeheim noch stärker mit schwerstkranken Menschen konfrontiert sehen und sich weiter zu einem Sterbehaus entwickeln. Der Abschlussbericht des Forschungsprojektes „Praxis der Sterbebegleitung in Sachsen“ spricht von einem hohen Stellenwert der Sterbebegleitung bei

den Pflegenden im Heim und erstaunlicherweise meinen 85% der Pflegekräfte, dass Sterbebegleitung ein anerkannter Teil ihrer Arbeit ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Das Bundesministerium kommt zu dem klaren Schluss, dass sich die Heimleitungen, Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte einig sind über notwendige Veränderungen in Bezug auf eine Verbesserung der Sterbebegleitung in der stationären Altenhilfe (ebd.).

Der erste Heimbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) erkennt die Pflege und Betreuung von Sterbenden in Heimen als eine große Herausforderung der Zukunft an und nimmt zugleich Bezug auf den Aspekt der Hospizkultur.

*Die tragenden ideellen Säulen der institutionalisierten Sterbebegleitung sind Palliativmedizin und Hospizbewegung. Während bei der Palliativmedizin Aspekte der Schmerzbehandlung und- linderung im Vordergrund stehen, gründet die Hospizbewegung vor allem auf einer Werthaltung, nämlich Bewahrung von Lebensqualität bis zuletzt und der Unterstützung auf sozialer, seelischer und spiritueller Ebene. Ihre zentralen Inhalte sind die psychosoziale Begleitung und der Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen der Sterbenden und ihrer Bezugspersonen. Aus diesem Grunde ist die Hospizidee auch nicht primär auf eine bestimmte (ambulante oder stationäre) Versorgungsform beschränkt, obwohl ursprünglich dezidiert die 'Enthospitalisierung des Sterbens' gefordert wurde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 132-133).*

Der Ausbau qualitätsvoller hospizlicher und palliativer Begleitung und Versorgung in der stationären Altenpflege wird damit zwar sozialpolitisch empfohlen, aber in der Gesundheitsreform 2007 wird durch die Ergänzung des § 37b SGB V der geforderte Rechtsanspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativbetreuung“ im Heim nur auf medizinisch-pflegerische Palliativversorgung reduziert. Die ganzheitliche Versorgung entsprechend der WHO Definition, die insbesondere die psychosozialen und seelsorgerischen Aspekte einbezieht, fehlt. Die aus der Gesundheitsreform resultierenden Möglichkeiten einer Palliativbetreuung und Versorgung im Heim, die zwar eingeräumt aber noch nicht hinreichend ausgestaltet sind, können auch negative Konsequenzen für Palliative Care nach sich ziehen. Wenn nur formelle Strukturen geschaffen werden, um gemäß der neuen Gesetzgebung finanzielle Mittel abrufen zu können, wird eine nachhaltige Implementierung von Palliative Care in die Altenhilfe gefährdet sein. Daher gilt es, verbindliche Qualitätsmerkmale zu entwickeln, die mittel- beziehungsweise langfristig wiederum zu einer besseren sozialpolitischen Anbindung führen. In den ExpertInneninterviews wurde von einigen Personen die Sorge geäußert, dass mit der Bildung von Palliative Care Teams ein falsches Signal für die Altenhilfe gesetzt werden könnte. Es bestünde die Gefahr, dass die vornehmlich onkologisch ausgerichteten Teams einer palliativ-geriatrischen Versorgung und Betreuung nicht gerecht werden und somit die Notwendigkeit von Palliative Care im Alter noch mehr in den Hintergrund tritt.

Auch das neue Pflegeversicherungsgesetz vom Oktober 2007 zeigt deutlich, dass der palliative Blick nicht gegeben ist. Ansatzpunkte einer palliativen Versorgung und Begleitung

sind noch nicht einmal in einer möglichen Verzahnung mit der Gesundheitsreform 2007 erkennbar. Das sehr einseitig ausgerichtete Pflegebild ist nur auf Rehabilitation und Aktivierung ausgelegt und lässt dabei die Konzepte außer Acht, die für den größten Teil der HeimbewohnerInnen auch von Bedeutung sind, die sich im Sinne einer Rehabilitation nicht mehr versorgen lassen. Einer der GesprächspartnerInnen wies darauf hin, dass die traditionellen Qualitätskriterien wie sie in § 80 SGB XI festgeschrieben sind (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalitäten) nicht mehr funktionieren für die Pflege und dass es an der Zeit ist eine Sozialqualität zu erzeugen: *„Wir brauchen zu dem Qualitätsmanagement, das nur eine Formqualität für den Gesetzgeber und für Kostenverhandlungen ist, ethische Konzepte für die Altenhilfe.“*

In der Auswertung der ExpertInneninterviews wird erneut deutlich, dass Palliative Care eine Haltung ist, die auch im Zentrum der Weiterbildung stehen muss. Dieses ganzheitliche Menschenbild wird von der derzeitigen Sozialpolitik nur in Teilen akzeptiert und führt daher bisher auch nicht zu nachhaltigen Gesetzesreformen. Die politischen Entscheidungsträger verfolgen eine ökonomische Sozialverträglichkeit in ihren gesetzlichen Regelungen, die eine würdevolle Versorgung und Begleitung schwerstkranker und alter Menschen im ganzheitlichen Sinne der WHO Definition von Palliative Care nicht ermöglicht. Demnach lässt sich die Kernfrage Heimerls, „ob die politischen und ökonomischen Voraussetzungen auf der Seite von Palliative Care sind“ (Heimerl 2000a, S. 159), noch immer nicht zugunsten der alten, schwerstpflegebedürftigen Menschen im Heim beantworten. Gesundheitsökonomie und der Grundgedanke der Würde im Zusammenhang mit Tod und Sterben gehen weiterhin ein Spannungsverhältnis ein.

### **3.2. Pflegepersonal in der stationären Altenhilfe – Qualifizierung Palliative Care**

Auf dem Hintergrund der mangelnden fachbezogenen Berufsausbildung ist auch die Diskussion um die Fachkraftquote in der Altenpflege mit einem differenzierten Blick zu sehen, denn die neue Pflegestatistik geht zwar von ca. 51% Fachkräften aus, macht aber gleichzeitig deutlich, dass letztlich nur 32% einen Abschluss in der Altenpflege aufweisen. Der weit gefasste Fachkraftbegriff schließt zu 15 % das Berufsbild der Krankenschwester/ Krankenpfleger und zu 1% der Kinderkrankenschwester beziehungsweise –pfleger mit ein ([www.destatis.de](http://www.destatis.de).2007 S. 9). Es ist zu hinterfragen, inwieweit die spezifischen Curricula der letzten beiden Berufsgruppen in ihrer Ausbildung die spezifischen Probleme und Herausforderungen in der Versorgung schwerstpflegebedürftiger und sterbender alter Menschen aufgreifen und behandeln. Angesichts dieser Zahlen lässt sich eine Fehlentwicklung bezüglich der Versorgungsqualität in den Heimen erkennen, denn die zunehmenden Pflegeanforderungen in den nächsten Jahren stehen einer auf die Altenpflege bezogenen Fachkraftquote letztlich entgegen insbesondere in Hinblick auf eine würdevolle

Sterbebegleitung. Die Inhalte der seit 2002 bundeseinheitlichen Ausbildung zur Altenpflegefachkraft sehen eine personen- und situationsbezogene Pflege alter Menschen im Umgang mit Sterben und Tod zwar vor (vgl. Kuratorium Deutsche Altenpflege 2002), allerdings greift das Rahmencurriculum in Bezug auf eine die Organisation durchdringende Hospizkultur zu kurz. Daher empfiehlt die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der AltenpflegerIn dahingehend zu ergänzen, dass palliativmedizinische und palliativpflegerische Inhalte Bestandteil der praktischen und der theoretischen Ausbildung werden (vgl. Enquete-Kommission 2005, S. 18). Das Projekt „Lehren-Lernen-Leben“ der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* ist ein Ansatz Palliative Care in die Ausbildung zu integrieren, allerdings müsste es mehr geriatrisch ausgerichtet werden (vgl. Alsheimer 2006). Selbst bei verbesserter Integration von Palliative Care im Alter ist die Altenpflegefachausbildung keine ausreichende und vor allem keine alleinige Lösung in der Qualifizierungsfrage.

Im Hinblick auf das ganzheitliche Konzept Palliative Care kann man sagen, dass es derzeit für Pflegefachkräfte einige Qualifizierungsangebote gibt, wohingegen die Pflegehilfskräfte kaum Zugang haben zu Qualifizierungsmaßnahmen, die häufig auch noch individuell finanziert werden müssen (Pleschberger 2005, S. 84). In der Befragung von MitarbeiterInnen wird immer wieder ein großer Bedarf an Fort- und Weiterbildung deutlich, um den vielfältigen Anforderungen an Sterbebegleitung gerecht zu werden (Heimerl u.a. 2005, S. 34/ Schulze/Niewohner 2004, S. 144). Um eine bessere Qualifizierung und damit palliative Kompetenz bei den Pflegenden zu erreichen, gibt es die Empfehlung, einheitliche Ausbildungen und Curricula für Pflegenden zu schaffen und alle in der stationären Pflegeeinrichtung tätigen Berufsgruppen zur Weiterbildung in Palliative Care zu verpflichten (vgl. Reitinger u.a. 2004, S. 41). Insbesondere die 40stündige 2006 von der *Robert Bosch Stiftung* initiierte Qualifizierung „Palliative Praxis“, die insbesondere für Pflegehilfskräfte gedacht ist, wird von dem größten Teil der ExpertInnen als sehr gute Maßnahme beurteilt.

### **3.3. Das *Basiscurriculum* Palliative Care für Pflegende**

Die Kenntnisse der Geriatrie/Gerontologie sind mit denen einer hospizlichen und palliativen Versorgung und Begleitung besser zu verbinden, um den immer komplexeren Anforderungen in der Pflege gerecht zu werden. Daher kann festgestellt werden, dass das *Basiscurriculum Palliative Care für Pflegende* von Kern/ Müller/Aurnhammer, das 1997 als Fortbildung aus der Onkologie heraus entwickelt wurde, den Entwicklungen in der stationären Altenpflege der letzten zehn Jahre nicht gerecht wird (vgl. Kern u.a. 1997). Auch das im Jahr 2000 um die spezifischen Themen in der Altenpflege erweiterte aber inzwischen vergriffene Curriculum (vgl. Conrad/Spoehr 2000), das den zentralen Aspekt der Organisationsentwicklung mit berücksichtigt, weist Lücken im Anforderungsprofil an die

Pflegenden auf. Aufgrund neuer palliativer Erkenntnisse wurde das *Basiscurriculum* allerdings inzwischen überarbeitet und im Dezember 2007 veröffentlicht. Dabei wurden gemäß der Aussagen einer ExpertIn insbesondere die Krankheitsbilder erweitert und die damit verbundenen Therapiezieländerungen aufgenommen. Die Wichtigkeit der psychosozialen und spirituellen Aspekte wurde stärker aufgegriffen und curricular umgesetzt. Die Themen der Organisationsstrukturen sowie Netzwerk und Casemanagement finden ebenfalls Berücksichtigung. Insgesamt sollen die Themen noch mehr miteinander verzahnt werden. Das Curriculum ist allerdings bewusst nicht spezifisch auf Palliative Care im Alter ausgerichtet.

### **3.4. Forderungen einer bedarfsgerechten Qualifizierung**

Die Forderung unterschiedlichster Arbeitsgruppen im Bereich Palliative Care nach einer spezifischen Qualifizierung Palliative Care im Alter sind eine weitere Grundlage für diese Studie.

Die *WHO Europa* fordert in ihrem Thesenpapier „Better Palliative Care for Older People“ eine bessere Qualifizierung der Pflegekräfte in Palliative Care im Alter: „Health professionals need to ensure they are adequately trained in the palliative care of older people, including pain and symptom management, communication skills and care coordination; (vgl. Davies/Higginson 2004, S. 36). Der *Deutsche Hospiz- und PalliativVerband*, ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) verweist in seinen „20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz im Pflegeheim“ auf die palliative Fachpflege (vgl. DHPV 2006). Die „Arbeitsgruppe „Nicht-Tumor- Patienten“ der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* betont in ihrem Abschlusspapier „Palliativversorgung von Patienten mit Demenz“, dass vorhandene Curricula an die Bedürfnisse der Nicht-Tumor-Erkrankten, insbesondere dementen PalliativpatientInnen anzupassen sind. Einrichtungen sollten gezielte Fortbildungssysteme schaffen. Forschungszentren und andere spezialisierte Ausbildungsinstitute sollten sich der kontinuierlichen Weiterbildung widmen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007. S. 10). Die Leitthese eines 2006 veröffentlichten Papiers von Martin Alsheimer, das eine klärende Studie zum Fortbildungsbedarf fordert, stellt fest, dass das bisherige Modell des *Basiscurriculum*s in Inhalt und Umfang keine ausreichende Antwort auf die „Herausforderung der Zukunft“ bietet (vgl. Alsheimer 2006b).

### **4. Curricula – Palliative Care im Alter**

Es gibt eine Vielzahl qualifizierter Curricula, die aufgrund der Komplexität von Palliative Care im Alter unterschiedliche Themenzentrierungen, Stundenrahmen etc. aufweisen. Dennoch orientieren sich viele der 160 Std.-Weiterbildungen je nach Bedarf der TeilnehmerInnen und/oder der Einrichtungen und Träger, auf die sie ausgerichtet sind, weiterhin am

*Basiscurriculum.* Es stellte sich heraus, dass es wenig Wissen und Klarheit über die jeweiligen Angeboten vor allem auch in den verschiedenen Bundesländern gibt, so dass viele ExpertInnen es gut fänden, wenn es hier eine größere Transparenz gäbe: „Erfahrungsaustausch könnte letzten Endes im Gesundheitswesen viel bessere, nachhaltigere Situationen schaffen.“ Dazu wollte diese Studie auch einen Beitrag leisten.

## **Beispiele unterschiedlicher Curricula**

### **Für Pflegehilfskräfte**

1. Basissensibilisierung  
> Inhouse-Schulungen (3Tage, 6x 1Tag)
2. Curriculum *Palliative Praxis* der Robert Bosch Stiftung (40 Std.)

### **Für Pflegefachkräfte**

1. 160 Stunden-Weiterbildung nach Kern/Müller/Aurnhammer mit veränderten Inhalten spezifisch für die Altenhilfe, z.Bsp.:  
> Kompetenzzentrum Palliative Care und Hospizkultur /Ingolstadt (Martin Alsheimer)  
> Zusammenarbeit: CHV – Caritas München
2. 160 Stunden-Weiterbildung spezifisch für die Altenhilfe (in Anlehnung an das Basiscurriculum Kern/Müller/Aurnhammer)  
> MediAcion Hamburg: *Basiskurs Palliative Care für Pflegenden in der stationären Altenhilfe*  
In Kombination mit einer Implementierung (Projektwerkstatt)
3. *Palliative Geriatrie* - Pflegerische Betreuung von sterbenden Menschen in stationären und ambulanten Einrichtungen. Erwin Stauss Institut (ESI) – 160 Stunden
4. *105stündige Fortbildung Palliative Geriatrie.* Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Berlin-Reinickendorf  
> Wird derzeit nur als Schulung der Pflegekräfte des Trägers Unionhilfswerk gegeben.

### **Für Palliativmedizin/ Palliative Geriatrie:**

Es gibt einen Heidelberger Basiskurs, der den Schwerpunkt auf palliativmedizinische Angebote für betagte und hochbetagte Menschen legt.

## **5. Internationale Entwicklung – Palliative Care im Alter**

Internationale Entwicklungen wurden in Betracht gezogen, um deren Anforderungen gedanklich mit den unseren in einen Kontext zu stellen. In den anglo-amerikanischen Ländern sind die Entwicklungen sehr komplex und auch sehr unterschiedlich zu den Rahmenbedingungen in Deutschland. Dennoch kann man sagen, dass auch dort Palliative Care im Alter insbesondere mit Blick auf chronische Erkrankungen und Demenz erst in den letzten Jahren Aufmerksamkeit und damit verbundene Aktivitäten erfährt.

### **5.1. Recherche USA**

#### **5.1.1. Palliativversorgung im Heim (long-term nursing homes)**

Die Nationale Vereinigung *National Hospice and Palliative Care Organisation (NHPCO)* verzeichnet in ihrer Statistik, dass die so genannten „hospice programs“ von 1974 bis 2005 auf 4100 kontinuierlich angestiegen sind und im Jahr 2005 ein Drittel der Todesfälle hospizliche Begleitung und Versorgung erfuhren (NHPCO 2005, S. 1). Wie Pleschberger mehrfach darstellt, wird in den USA die Diskussion um Hospice Care/Palliative Care vor allem von den Fragen der Finanzierbarkeit und des Zuganges zu diesen Leistungen bestimmt (vgl. Pleschberger 2005, S. 78-80/ 2002, S. 24-27/ 2001, S. 44).

Die Palliativversorgung wird zu 93,6 % von der staatlichen Versicherung *Medicare* übernommen (NHPCO 2005, S. 1). Der finanzielle Anreiz, die Palliativversorgung 1983 in das öffentliche Versicherungsprogramm aufzunehmen, bezog sich auf die Tatsache, dass vergleichsweise teure Krankenhauseinweisungen am Lebensende dadurch wegfallen können. Daher spielt die häusliche Palliativversorgung von Anbeginn eine zentrale Rolle (90%), so dass auch die Integration von Palliative Care in die Pflegeheime größtenteils durch Kooperationsverträge mit ambulanten Hospizdiensten erfolgt (vgl. Pleschberger 2005, S. 78). Dass fast drei Viertel aller Pflegeheime derartige Verträge abgeschlossen haben (ebd.), liegt auch darin begründet, dass palliative Versorgung und Betreuung für die Heime inzwischen eine Frage des Wettbewerbes ist, „Kunden“ zu binden. Es bleibt aber anzumerken, dass nur die BewohnerInnen profitieren, die als Versicherte auch Anspruch auf Hospice Care haben und darüber hinaus die Zugangsbedingungen erfüllen. Letztlich waren 2001 nur 1% der BewohnerInnen eines Pflegeheimes in einer hospizlichen Betreuung (vgl. vgl. Raphael u.a. 2001, S. 460).

#### **5.1.2. Problematische Zugangskriterien**

Wenn in einem Pflegeheim die Möglichkeit besteht, von einem ambulanten Hospizteam betreut und versorgt zu werden, bedeutet es nicht automatisch für die BewohnerInnen, Zugang zu palliativer Versorgung zu haben. Um Hospice Care verlangen zu können, müssen bestimmte Kriterien der *Medicare* Versicherung erfüllt sein, die ursprünglich aus der onkologischen Versorgung Sterbender entwickelt wurden. Diese Zugangskriterien sind im

Rahmen der stationären Altenpflege nicht auf alte, multimorbide Menschen zugeschnitten. Das 65. Lebensjahr erreicht zu haben, wird ohne weiteres erfüllt, allerdings ist die Bedingung eines ärztlichen Attestes, das eine fortgeschrittene Erkrankung und daher eine Lebenserwartung von höchstens sechs weiteren Monaten aufweist, höchst kritisch im Heimalltag. Ein typisches Merkmal palliativer Geriatrie sind die nicht-onkologischen, chronischen Erkrankungen, deren Prognose schwer voraussehbar ist. Daher wird diskutiert, wann BewohnerInnen mit dementiellen Erkrankung in derartige Programme aufgenommen werden. Laut der Leiterin des Ressorts Aus- und Weiterbildung des *National Board of Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN)* Sutermeister wird aber zunehmend versucht, andere Kriterien nutzbar zu machen, um den Eintritt in das Hospice Care Programm zu ermöglichen (Interview 4.5.2007). Ein schriftliches Einverständnis zu geben, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen oder eine weitere kurative Behandlung angestrebt werden, ist in Hinblick auf dementiell erkrankte HeimbewohnerInnen auch ethisch problematisch. Somit gibt es auch in den USA eine intensive Diskussion um Patienten- und Betreuungsverfügungen („Advance Directives“) insbesondere im Heimumfeld.

Die Statistik der *GeroNurseOnline* sagt, dass 2004 80% der PatientInnen, die durch *Medicare* versichert und dadurch in einer hospizlichen Versorgung waren, an Krebs litten. Weniger als 3% waren Alzheimer PatientInnen ([www.geronurseonline.org/index](http://www.geronurseonline.org/index)). Da Verträge in den Heimen einzeln abgeschlossen werden, sind auch die entsprechenden Leistungen der Versorgung sehr unterschiedlich (Pleschberger 2005, S. 79). Generell ist aber festzustellen, dass die Anzahl der Menschen über 65 Jahre, die Hospice Care in Anspruch nehmen und nicht unter einer onkologischen Erkrankung leiden, beständig zunehmen (vgl. NHPCO 2005, S. 2).

### **5.1.3. Weiterbildung der Palliative Care Pflegekräfte**

Auch in den USA wird die Implementierung von Palliative Care in die Pflegeheime aufgrund der demographischen Entwicklung in unterschiedlichen Projekten vorangetrieben, zumal die Anzahl der in den Heimen Verstorbenen inzwischen 25% beträgt. Im Unterschied zu Deutschland fällt auf, dass Projekte durch die häufige Zusammenarbeit mit Universitäten ein hohes wissenschaftliches Niveau aufweisen und evaluiert sind. Dass Pflegekräfte der Heime in Palliative Care fortgebildet werden und damit die Beratung externer Hospizdienste nicht mehr notwendig ist, scheint eine sich abzeichnende Entwicklung zu sein, die aber noch am Anfang steht.

Generell muss man sagen, dass im Vergleich zu Deutschland es in den amerikanischen Pflegeheimen laut Betty Ferrell, einer der EntwicklerInnen eines Palliative Care Curriculums speziell für Palliative Care im Alter, keine Fachkraftquote (Interview 17.5.2007) gibt. Somit arbeiten in den Heimen oftmals 80-90% Pflegehilfskräfte (nursing assistants) und das

Personal ist darüber hinaus auch sehr knapp kalkuliert. Fortbildungen sind zeitlich sehr schwierig zu organisieren, so dass Pflegehilfskräfte selten freigestellt werden zu Weiterbildungen (ebd.). Allgemein genießen die Pflegefachkräfte in den USA aufgrund ihrer oftmals akademischen Ausbildung eine gute Fachlichkeit und ein größeres Selbstbewusstsein ihres Berufsstandes. Im Bereich der stationären Altenpflege gibt es ähnlich wie in Deutschland, ein großes Qualifizierungsproblem der Pflegehilfskräfte.

Mit Hinblick auf die Weiterbildung der Pflegekräfte in Palliative Care ist zunächst anzumerken, dass es in den USA keine verpflichtende Qualifizierung gibt, aber der Qualifizierungsbedarf und damit die Diskussion um Weiterbildungsinhalte laut Sutermaster stetig steigt (Interview 4.5.2007). Die Arbeitgeber verlangen auch zunehmend von ihren Pflegekräften, dass sie zu einem gewissen Zeitpunkt eine Weiterbildung in Palliative Care und/oder Zertifizierung erwerben (ebd.). Pflegekräfte nehmen in den USA im Bereich der palliativen Versorgung eine zentrale Rolle ein, da die ambulanten Hospizdienste meistens von Pflegekräften geleitet werden und die ärztliche Präsenz im hospizlichen Versorgungsalltag gering ist (vgl. Pleschberger 2002, S. 26). Sie müssen auch die Koordination der Versorgungsleistungen übernehmen und sind oft mit der psychologischen sowie spirituellen Begleitung betraut. Das erweiterte Angebotsspektrum bietet dann auch Hospice Care für einzelne BewohnerInnen im Pflegeheim.

Eine Vereinheitlichung gewisser Palliative Care Standards wird auch in den USA zunehmend insbesondere von Seiten der Pflegekräfte angestrebt, um die Qualität der Versorgung und auch das Bewusstsein für Palliative Care in der Gesellschaft sowie in der Politik weiter zu verbessern. Obwohl zunehmend erkannt wird, dass geriatrische Pflegekräfte in der palliativen Betreuung und Begleitung sowie in der Weiterentwicklung der Palliative Care Zusatzqualifikationen speziell für den Heimalltag gebraucht werden, bietet die bereits erwähnte Zertifizierungsbehörde *NBCHN* keine spezifische Weiterbildung in geriatrischer Palliative Care an. Bei näherer Betrachtung der vier unterschiedlichen Curriculumsinhalte fällt auf, dass, wie auch im deutschen *Basiscurriculum* von Kern/Müller/Aurnhammer die altersspezifischen Schwerpunkte kaum zu finden sind.

#### **5.1.4. Beispiel Qualifizierung: *End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC)***

In Bezug auf den Themenschwerpunkt Qualifizierung setzt das 2000 gestartete landesweite Projekt *End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC)* qualitative Maßstäbe, die repräsentativen Charakter haben. Auch dieses Projekt weist eine stark wissenschaftlich begleitete Anbindung aus und wurde von Seiten der Pflege als Teach-the-Teacher Ansatz initiiert. Auf der Grundlage eines „Core Curriculums“, das regelmäßig den Empfehlungen der TeilnehmerInnen sowie den Weiterentwicklungen und neuen Erkenntnissen in Palliative Care angepasst wird, gibt es inzwischen sechs unterschiedliche

Projektkurse, die sich auch auf das Feld der Pädiatrie und seit diesem Jahr auf die Geriatrie spezialisieren ([vgl. www.aacn.nche.edu/ELNEC/about.htm](http://www.aacn.nche.edu/ELNEC/about.htm)).

Es wurde ein speziell entwickeltes „**ELNEC-Geriatrics curriculum**“ ausgearbeitet, das in einem Pilotprojekt im Februar 2007 als Seminar in Kalifornien abgehalten wurde. Es gibt landesweit unterschiedliche Organisationen, die Fort- und Weiterbildungen in geriatrischer Palliative Care anbieten, dennoch ist das ELNEC-Programm das bekannteste und stellt ein Novum in den USA dar (Interview 4.5.2007). Dieses Curriculum ist für Pflegefachkräfte aus Heimen sowie Hospizdiensten, die mit den Heimen kooperieren, gedacht, die nicht-qualifizierte Hilfskräfte anschließend in Palliativer Geriatrie schulen. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber das Vorhaben unterstützt und in einer Bewerbung die eigenen Ziele klar formuliert sind. Das Curriculum wird dann in der Weitergabe sehr flexibel gestaltet, weil die Pflegehilfskräfte in den Heimen oftmals nur eine Stunde pro Monat für die Fortbildung zur Verfügung stehen.

Trotz der großen Unterschiede zur Situation in Deutschland gibt es Anregungen für die Gestaltung neuer Curricula. Der „Teach-the-Teacher“ Ansatz und das Konzept des „Core-Curriculums“ sind zwei wichtige Aspekte in den Überlegungen einer Weiterentwicklung der Qualifizierung in Palliative Care im Alter. Die extrem elaborierte Ausarbeitung des Curriculums für die Teach-the-Teacher Situation ist für die MultiplikatorInnenwirkung von Interesse. Darüber hinaus könnten die multidisziplinäre Ausrichtung sowie die wissenschaftliche Evaluation als wichtige Faktoren die Diskussion in Deutschland weiter befruchten.

## **5.2. Recherche England**

### **5.2.1. sozialpolitische Ausgangslage**

Auch in England, das in Bezug auf Palliative Care eine internationale Vorreiterrolle einnimmt, lässt sich in der palliativen Versorgung und Begleitung alter Menschen im Pflegeheim, im Betreuten Wohnen aber auch in der ambulanten Situation eine Benachteiligung erkennen, die den Entwicklungen in anderen Ländern entspricht. Zunächst erfuhren die Nicht-TumorpatientInnen kaum Beachtung, so dass sich die Richtlinien auf KrebspatientInnen bezogen (vgl. Schindler 2004, S. 291-292), die 2005 noch 95% der insgesamt palliativ Versorgten ausmachten (Gronemeyer 2004, S. 99; EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe). Im Jahresbericht 2006 des *National Council For Palliative Care (NCPC)*, dem Dachverband für Hospiz und Palliative Care in England wird deutlich, dass das Pflegeheim als Ort palliativer Versorgung kaum eine Rolle spielt, da es unter der Rubrik „other“ mit 6% subsumiert ist (vgl. NCPC 2006, S. 38). Dennoch rücken in den letzten Jahren die alten Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung mehr in den palliativen Blick. Durch die Zusammenarbeit des Gesundheitsministeriums (*National Health Service-NHS*) mit dem *NCPC* entstehen im Gegensatz zu Deutschland mehr

nationale Gesetzesinitiativen und Standards, die insbesondere auch palliative Aspekte in der Versorgung und Begleitung alter Menschen berücksichtigen. Auch hier geht es dem Gesundheitsministerium insbesondere um Einsparungen, die durch unterlassene Krankenhauseinweisungen am Lebensende erreicht werden. Auch in England ist eine Diskrepanz zu erkennen, wenn man Palliative Care generell und speziell im hohen Alter vergleicht. Auf der einen Seite genießen die Pflegefachkräfte einen guten Ruf aufgrund ihres akademischen Hintergrundes. In Palliative Care werden sie sehr gut ausgebildet und *specialist palliative care nurses* können von Pflegeheimen gerufen werden, um palliativ zu beraten und zu pflegen. Es gibt spezialisierte Pflegekräfte, die ausschließlich mit Heimen zusammenarbeiten.

Jedoch in den Heimen selbst übernehmen die eigentliche Pflege auch wieder die Pflegehilfskräfte.

### **5.2.2. Implementierung von Palliative Care in der Altenhilfe**

Inzwischen ist eine zögerliche Verbesserung der palliativen Situation der älteren Menschen zu erkennen. Drei nationale Programme, die von der Gesundheitsbehörde *NHS* im Rahmen ihres „*End of Life Care Programme*“ initiiert wurden, bezogen sich zunächst nur auf Palliative Care im Allgemeinen. In einem weiteren Entwicklungsschritt werden sie nun auch als Palliative Care Instrumente in die Pflegeheime eingeführt. Die Umsetzung erfolgt allerdings sehr zögerlich sowie unterschiedlich und bezieht sich oftmals nur auf einzelne Teile. Dennoch verzeichnet das *National Council for Palliative Care* einen Zuwachs der Heime, die sich ihren Empfehlungen „*Focusing on Care Homes, Improving Palliative Care Provision for Older People in Care Homes*“ (2005) in Form unterschiedlichster Projekte widmen (vgl. *NCPC* 2007a. S. 5).

Die Palliative Care Qualifizierung der Pflegekräfte im Alten- und Pflegeheim findet meistens im Rahmen der Implementierung bestimmter Projekte/Modelle statt, von denen die hier benannten

***Gold Standards Framework in Care Homes Programme – GSFCH***

***Liverpool Care Pathway for the Dying Patient –LCP***

***The Preferred Priorities for Care Plan - PPC***

die bekanntesten sind. Die englische Aus- und Weiterbildungslandschaft in Bezug auf Palliative Care ist komplex und kann hier nur kurz angerissen werden, um Anregungen für mögliche Weiterentwicklungen spezifischer auf Palliative Care im Alter ausgerichtete Curricula zu gewinnen. Auch die ExpertInnen in England machen deutlich, dass die Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte sehr wichtig ist, aber dass diese Maßnahme keinesfalls ausreicht Palliative Care im Pflegeheim zu verbessern (vgl. Pleschberger 2007, S. 216/ Interview 5.11.07). Es gibt einige flankierende Qualifizierungskurse in Palliative Care im

Pflegeheim, aber es gibt keine speziellen zentral angebotenen Kurse wie in Deutschland. Es wurde in vielen Evaluationen des *NHS* festgestellt, dass es nicht möglich ist, Pflegekräfte zu bestimmten Palliative Care Kursen zu schicken, da die Kosten für die Reise und vor allem der Dienstausfall für die Einrichtung/den Träger zu hoch sind. Weiterbildungskurse richten sich in ihrer Länge nach den jeweiligen Modellen und Konzepten, in die sie eingebettet sind, werden Inhouse gegeben und gehen nie länger als ein oder zwei Tage. Durch die Inhouse-Schulungen können die Bedarfe der Pflegekräfte und die strukturellen Voraussetzungen der jeweiligen Einrichtung besser berücksichtigt werden.

Froggatt stellt fest, dass die Initiierung bestimmter Projekte oder Modelle nicht ausschließlich von der Hospiz- und Palliative Care Bewegung ausgehen sollte, da diese immer noch zu stark auf die Krebserkrankungen und weniger auf die Multimorbidität und die spezifischen Probleme alter Menschen ausgerichtet ist. Sie hält eine Zusammenarbeit mit den ExpertInnen und Pflegekräften, die in der Altenhilfe tätig sind, für zentral. Der Ansatz sollte auf jeden Fall multiprofessionell sein (Interview Froggatt 5.11.07).

### **5.2.3. Gold Standards Framework in Care Homes Programme - GSFCH**

Dieser Ansatz behält die organisationalen Fragen der Einrichtung im Blick, da davon ausgegangen wird, dass auch auf der Ebene der Organisationsentwicklung Veränderungen vorgenommen werden müssen, um Palliative Care nachhaltig verankern zu können. *End of life care* bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, dass eine derartige Versorgung nur in den letzten Tagen und Stunden erfolgt, sondern Palliative Care beginnt letztlich schon mit der letzten Phase des Wohnens, dem Einzug ins Heim. Chronische Krankheiten und Multimorbidität werden in der Betrachtung der palliativen Situation bewusst in der Abgrenzung zu onkologischen Erkrankungen behandelt.

Obwohl der Prozess erst relativ am Anfang steht und ungefähr 400 Heime an der Implementierung der Standards teilnahmen, können bereits folgende Verbesserungen in der wissenschaftlichen Evaluation festgestellt werden (vgl. Thomas 2007). Einer der zentralen Aspekte ist auch hier, dass sich die Krankenhauseinweisungen am Lebensende durch eine fachliche palliative Versorgung und Begleitung um bereits 12% verringert haben (vgl. Thomas 2007). Diese gesicherte Erkenntnis ist in der sozialpolitischen Diskussion um wirtschaftliche Effizienz von großer Bedeutung und liefert somit ein zentrales Argument für den Nutzen integrierter Palliativversorgung im Pflegeheim. Darüber hinaus verbesserte sich die Zusammenarbeit mit der Primärversorgung (Hausarztssystem) und den spezialisierten Palliative Care Teams insbesondere mit Blick auf die Kommunikation. Veränderte Strukturen und Prozesse führen zu einer präziseren Dokumentation und vereinheitlichter Standards für die Versorgung der BewohnerInnen und ihrer Familien, wobei hier auch die Gefahr standardisierter Bögen und Verfahren liegt, wie später die Ergebnisse der Studie verdeut-

lichen. Obwohl die Qualifizierungsmaßnahme sehr kurz ist und die deutschen Anforderungen an eine Weiterbildung Palliative Care im Alter nicht vergleichbar erscheinen, lassen sich Kernelemente erkennen, die nutzbar gemacht werden könnten. Dazu zählt das prozessorientierte Lernen, das den Berufsalltag begleitet und dort immer wieder reflektiert und ausprobiert wird. Feedback und Selbsteinschätzung sind dabei wichtige Elemente des Lernprozesses. Ein die Weiterbildung begleitender Arbeitsauftrag vertieft das theoretische Fachwissen. Durch die laufende Unterstützung örtlicher ModeratorInnen und regelmäßiger Treffen lokaler KoordinatorInnen soll eine effektive Vernetzung und der sofortige Transfer in die Praxis erreicht werden.

In diesem Rahmen wird der nationale Standard *LCP (Liverpool Care Pathway for the Dying Patient)*, der auch schon international implementiert wird, auch in die Alten- und Pflegeheime eingeführt, meistens im Rahmen des *GSFCH*. Er wird insbesondere für die palliative Versorgung in den letzten Tagen und Stunden der BewohnerInnen eingesetzt. *LCP* beinhaltet die Förderung der Kommunikation mit den BewohnerInnen, den Angehörigen, eine Vorausplanung der Versorgung, die sich auf Symptomkontrolle sowie psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse bezieht. Mit diesem Palliative Care Programm wird vor allem die Krankenhauseinweisung in den letzten Tagen des Lebens verhindert. Oftmals implementieren Heime aber nur das weniger aufwendige *LCP*, um einen gewissen Palliative Care Standard zu erreichen.

Im Umfeld des Pflegeheimes soll als flankierende Maßnahme das Dokument *PPC* (The Preferred Priorities for Care Plan) künftig eine bessere und koordinierte Pflege bewirken. Die BewohnerInnenorientierung steht im Vordergrund, denn es geht um ihre Bedürfnisse und Vorstellungen in Bezug auf die Pflegeplanung, Aufenthalts- sowie Sterbeort. Die Pflegekräfte haben diese Entscheidungen und Wünsche zu berücksichtigen und gegebenenfalls auch durchzusetzen. In der Anwendung des *PPC* geht es um eine Dokumentation, die beständig auf dem neusten Stand zu halten ist, damit auch neue Pflegekräfte sogleich mit der jeweiligen BewohnerIn vertraut sind (vgl. *NCPC 2007a S. 9*). Im Rahmen der Implementierung geht es hier auch um die Anleitung und damit Weiterbildung der Pflegekräfte.

### **5.3. Pioneer Network – Toward a New Culture of Change - Ausblick**

*Pioneer Network* ist eine Bewegung, die ihren Ausgang 1997 in Amerika nahm und auch in England Beachtung findet. Es geht um eine neue Kultur des Alterns und der Pflege alter Menschen insbesondere im Pflegeheim, die von Würde und Respekt geprägt ist und eine Transformation durch den personenzentrierten Ansatz verfolgt (vgl. Baker 2007) Nicht das System sondern das Individuum steht im Mittelpunkt, um letztlich eine Deinstitutionalisierung und eine Individualisierung von Pflege alter Menschen insbesondere im Pflegeheim

zu erreichen. Für den Ansatz von Palliative Care im Alter ist dieses Konzept von großem Interesse, denn es antwortet bereits mit diesem konstruktiven Ansatz der zunehmend kritisierten Ökonomisierung, Institutionalisierung und Medikalisierung von Palliative Care und Hospizbewegung (vgl. Gronemeyer 2007). Die Qualifizierung der Pflegekräfte spielt laut Froggatt in diesem Rahmen eine wichtige Rolle, denn sie hat die Aufgabe Lernprozesse zu unterstützen, die über die Vermittlung von Fachwissen hinausgehen und eher Fragen der Haltung, kulturelle und individuelle Veränderungsprozesse in den Blick nehmen. Letztlich sind diese Punkte wichtige Anregungen für Bausteine eines neuen (inter)nationalen Weiterbildungscurriculums.

## 6. Die Ergebnisse der Studie

Die 23 ExpertInnen wurden über die Dauer von durchschnittlich 60 bis 80 Minuten interviewt. Die 25 bis 30 Fragen des Interviewleitfadens, die zunächst als Ergebnis der vorangegangenen Recherchen entstanden, wurden immer wieder an die jeweiligen Aufgabengebiete der einzelnen ExpertInnen sowie auch an neue Erkenntnisse aus vorangegangenen Interviews angepasst. Letztlich waren vier Ebenen für die Ergebnisse der Interviews relevant. Auf der inhaltlichen Ebene war zu erkennen, dass in den recherchierten Curricula bereits viele Themen abgedeckt werden, aber es gibt Schwerpunkte, die für die palliative Versorgung und Begleitung alter Menschen wichtig sind und stärker eingearbeitet werden sollten. Die strukturelle Ebene macht deutlich, dass es sehr unterschiedliche Meinungen gibt, in welchem Rahmen die inhaltlichen Verbesserungen umgesetzt werden könnten. In diesem Punkt herrscht am meisten Uneinigkeit. Darüber hinaus gibt es ein paar klare didaktische Verbesserungsvorschläge, wie man die Inhalte besser vermitteln könnte. Zu Beginn der Interviews wurden allgemeine Fragen gestellt, die spezifische Aussagen über das Thema Qualifizierung der Altenpflegefachkräfte und ihre Rahmenbedingungen machen. In der folgenden Darstellung der Ergebnisse sollen die ExpertInnen in anonymisierter Form selber zu Wort kommen.

### 6.1. Die Einstiegsfrage:

#### ***Hat sich Ihr Altersbild in der Beschäftigung mit Palliative Care verändert oder neue Impulse bekommen?***

Die sehr persönlichen Antworten spiegeln bereits die komplexe Innen- und Außenperspektive auf Palliative Care wider:

- Leistungsgerechtigkeit
- Indirekte Entmündigung des alten Menschen
- Autonomie
- Vulnerabilität
- Anderer Zugang zu dementen Menschen.
- Veränderung des eigenen Menschenbildes allgemein.
- Besserer Umgang mit der eigenen Professionalität.
- Entlastung durch Teamarbeit und Multiprofessionalität.
- Alte Menschen sind ohne Fürsprecher genauso einsam wie Sterbenskranke.
- Die Frage, wann beginnt das eigentliche Sterben.
- Die professionelle Sicht der Pflegenden ist nicht die der BewohnerInnen.
- Es geht um mehr als die Gestaltung der Sterbestunde.
- Sterben kann eine sehr lange Zeit sein.

Insbesondere die Themen Haltung und Ethik kommen stark zum Tragen, die die Arbeit im Bereich Palliative Care im Alter, in der Altenhilfe prägen. Es wird deutlich, dass der nachhaltigen Implementierung palliativer Versorgungsansätze in die Altenhilfe ein Menschenbild zugrunde liegt, das sich einer rein ökonomischen Nutzenmaximierung entzieht. Bei den sehr persönlichen Antworten geht es um eine aus dieser ethischen Haltung

gewonnener Verantwortung auch als MultiplikatorInnen zu wirken. Die derzeit relativ unmöglich scheinende sozialpolitische Anbindung liegt insbesondere in dem fehlenden ethischen Diskurs auf politischer und gesellschaftlicher Ebene begründet. Bei dieser Frage wird auch klar, dass gerade die wichtige Frage der Haltung ein didaktisch schwieriger Aspekt von Qualifizierung ist: Wie lässt sich Haltung vermitteln?

## **6.2. Allgemeine Fragen**

Da das Thema Qualifizierung keinen einheitlichen Stand der Diskussion bietet und daher unterschiedliche Einschätzungen geäußert werden, sollen sie in Form von Tendenzen aufgezeigt werden.

### **6.2.1. Wie schätzen Sie die derzeitigen Bemühungen um die Qualifizierung in Palliative Care im Alter/in der Altenhilfe ein?**

Der Anteil der Pflegekräfte, die aus der Altenhilfe kommen, nimmt stetig zu und somit sind sich alle ExpertInnen einig, dass die bedarfsgerechte Qualifizierung wichtig und vor allem weiter auszubauen ist. Insbesondere im Rahmen der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Palliative Care Teams braucht es die Qualifizierung Palliative Care im Alter.

*„Also das Curriculum für die Pflegenden und für die Ärzte hat fast nichts an Geriatrie-Expertise und de facto machen die Hospizkreise, die Hospizhelfer und Palliative Care Teams draußen bis zu 50% geriatrische Patientenversorgung... Und da merke ich sehr wohl, da ist wenig Expertise da, die alten Menschen zu betreuen. Da wird ganz wenig gewusst über Schluckstörungen, über Demenz, über Medikamente bei Demenz, über Interaktion, das merkt man ganz gehörig.“*

Die noch zu klärende Frage nach §37 war: *Was ist überhaupt eine spezialisierte Versorgung im Alten- und Pflegeheim und wer übernimmt diese?* Eine damit verbundene Forderung ist, dass Palliative Care Pflegekräfte auch aus den Altenheimen selber heraus erwachsen sollten:

*„Das ist im Moment ja der große Streitpunkt in Deutschland, dass diese speziellen Palliative Care Dienste, die sich auf die spezialisierte Palliativversorgung spezialisieren wollen, sektorenübergreifend in den Pflegeheimen und in den anderen Einrichtungen dann diese Aufgabe übernehmen wollen, weil sie es der Einrichtung dann doch nicht zutrauen. Und das halte ich natürlich für eine Karikatur dessen, was wir unter Implementierung verstehen, denn wir wollen natürlich genau diese Kompetenz auch in unseren Reihen haben.“*

Ein weiteres Modell ist ein palliativ-geriatrisch ausgerichteter Hospizdienst, wie zum Beispiel der in München arbeitende *Palliativgeriatrische Beratungsdienst* des *Christophorus Hospiz Vereins*, der mit den Heimen zusammen arbeitet insbesondere in komplexen medizinisch-pflegerischen Fragen und ethischen Beratungssituationen.

Regional sind sehr große Unterschiede zu verzeichnen und mit Blick auf die Pflegesituation in den ostdeutschen Bundesländern lässt sich feststellen, dass das Thema Palliative Care darüber hinaus den deutsch-deutschen Dialog fördert:

*„Klar ist, wir haben unterschiedliche Kulturen in den Einrichtungen. Also wir haben sehr wenig Westmitarbeiter in Osteinrichtungen und sehr wenig Ostmitarbeiter in Westeinrichtungen. Und es ist auch so, dass die Entsprechenden sich da in den Einrichtungen nie so richtig wohl fühlen, da nie so richtig ankommen. Das ist eine andere Kultur. Ich selbst komme aus dem Osten, aber mir fällt auf, dass wir es in den Westeinrichtungen durchaus leichter haben...das verändert sich langsam nämlich genau über die hospizliche und palliative Schiene...da kriegt man Ost und West gut zusammen. Es ist ja auch ein Lebenskonzept, das Hospizkonzept.“*

Es wird auch erkannt, dass es zu wenig Erfahrungsaustausch sowie Transparenz in den Angeboten gibt, so dass die Weiterbildungslandschaft in Deutschland ausdifferenziert und teilweise unübersichtlich erscheint. Das Thema der bedarfsgerechten Qualifizierung zu diesem Zeitpunkt aufzugreifen, sehen einige ExpertInnen kritisch, denn es kann der Eindruck entstehen, dass das Thema Palliative Care wegen seiner derzeitigen Attraktivität genutzt wird, um Geld zu verdienen und es wäre daher falsch, wenn *„jeder darauf hin sein´s macht.“* Einige Stimmen bemerken, dass zuviel über Fachqualifikation und zu wenig über Sozialkompetenz und Haltung geredet wird.

Die zentrale Frage, ob die Qualifizierung Palliative Care speziell auf die Pflegefachkräfte, die in der stationären sowie in der ambulanten Altenhilfe arbeiten, ausgerichtet sein sollte, wird nicht eindeutig beantwortet. Dennoch lassen sich tendenziell zwei unterschiedliche Einschätzungen festhalten, die wiederum an die Tätigkeitsfelder der ExpertInnen gekoppelt scheinen. So kann man sagen, dass die ExpertInnen, die eher aus dem Bereich der Altenhilfe kommen, größtenteils für eine auf das Alter spezialisierte Weiterbildung Palliative Care plädieren, wohingegen die hospizlich-palliative Seite einer ausschließlich auf die Altenpflegefachkräfte ausgerichteten Qualifizierung kritisch gegenüber stehen. Auch die Palliativ- und Hospizakademien reagieren stärker auf den steigenden Weiterbildungsbedarf der Altenpflegefachkräfte insbesondere auch im ambulanten Bereich. Obwohl sie erkennen, dass besonders die stationäre Altenhilfe spezifische Themen hat, sehen sie in der gemischten Weiterbildung weiterhin einen größeren Nutzen. Wenige Stimmen können keine eindeutige Antwort geben, da sie zunächst mehr wissenschaftliche Evaluation, vor allem auf den Gebieten der Demenz und der Geriatrie im Allgemeinen sowie mehr Austausch und Klarheit in den Lernzeilen fordern.

Die Qualifizierung der Pflegekräfte ist Kernbestandteil der Implementierung und bedeutet somit eine Qualifizierung von Gruppen sowie Institutionen und nicht flüchtiges Wissen von Einzelpersonen. Organisationsentwicklung (Implementierung Palliative Care in Einrichtungen) und Weiterbildung bedingen einander. Für die Nachhaltigkeit von Palliative Care in einer Einrichtung wäre es besser erst zu implementieren dann zu schulen: *„Der Vorgesetzte*

*muss Mitarbeiter letztendlich im Sinne der Organisationsentwicklung mit einem klaren Auftrag in die Qualifizierung schicken.“*

### **6.2.2. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen dem Palliativ- und Hospizbereich und der Regelversorgung Altenhilfe ein auch mit Blick auf Zukunftsmodelle?**

Das zentrale Thema ist hier die Vernetzung und die sektorenübergreifende Arbeit:

*„Ich denke, dass die Schnittstelle Hospiz/Altenheim stärker vernetzt werden kann unter der Fragestellung: Wie können wir eigentlich hier voneinander lernen und welche Strukturen sind in der Hospizarbeit, die wir auch im Bereich der Altenpflege nicht übernehmen können, aber wo wir Analoges aufbauen können. Dadurch dass die beiden recht unterschiedlich sind in dieser Versorgungslandschaft, kann man das nicht einfach kopieren. Aber ich denke, da kann man viel von- und miteinander lernen.“*

Dass sich die Zusammenarbeit der beiden Bereiche weiter intensiviert, liegt unter anderem an den zunehmenden Implementierungsprozessen sowie an den neuen Rahmenbedingungen der neuen Gesundheitsreform 2007. Gemeinhin bezeichnen die GesprächspartnerInnen, die direkt in der Altenhilfe arbeiten (Leitung, PDL etc.), die Zusammenarbeit mit dem Palliativ-Hospizbereich als sehr wichtig, aber nicht immer einfach. Die Zusammenarbeit ist regional sehr verschieden und es gibt hier auch Konkurrenzdenken und Standesinteressen. Die hospizliche Seite sagt, dass es seitens der Wohlfahrtsverbände für eine Zusammenarbeit manchmal Vorbehalte gibt, weil man seine eigenen Fachkräfte haben will. Generell lässt sich aber feststellen, dass sich ein „sowohl als auch“ in der Pflegelandschaft besser bewährt als ein „entweder oder“. Die Fachlichkeit wird *noch* stärker auf der Seite der Palliativdienste gesehen. Für „Basic Palliative Care“ in Alten- und Pflegeheimen sollte das Pflegepersonal vorbereitet sein, aber „spezielle Palliative Care“ (schwierige medizinisch-pflegerische Fragen, schwierige ethische Entscheidungen) kann ein Palliativdienst (geriatrisch) machen.

### **6.2.3. Gibt es Anzeichen der Konkurrenz in der Entwicklung und dann im Angebot der Weiterbildungskurse Palliative Care für Pflegende?**

Da es in Deutschland noch eine Unterversorgung in Palliative Care Qualifizierungen gibt, sieht der größere Teil der Befragten das Thema Konkurrenz nicht problematisch, aber es gibt Vorbehalte bezüglich des „Wachstumsmarktes“. Es wird darauf hingewiesen, dass die Kurse ein wirtschaftlicher Faktor sind, weil damit Geld verdient werden kann insbesondere im Zuge der Gesundheitsreform, allerdings werde sich der § 37b SGB V als einzige Motivation Kurse zu geben, nicht tragen. Konkurrenz sei gesund, nicht vermeidbar und der Markt werde sich „gesund schrumpfen“, denn Qualität setze sich durch. Es sei auch wichtig ein breites Spektrum zuzulassen, weil diese auch die Vielfalt der Heimkulturen widerspiegeln, die damit

ihre individuellen Identitäten wahren könnten. Eine Fülle der Weiterbildungsangebote sei im Moment besser, da es keine Klarheit darüber gebe, was Qualität ist. Allerdings brauche es eine Transparenz der Angebote, damit man wählen kann.

ExpertInnen mit einer negativen Einschätzung bezüglich der Weiterbildungslandschaft glauben, dass die Gesundheitsreform zu einem inflationären „Markt“ führt, der sich in einem „Dambruch“ in der Qualität zeigen werde: *„Viele springen auf den Zug auf.“* Daher werden Kriterien gefordert, die Qualität definieren.

#### **6.2.4. Sehen Sie einen notwendigen Unterschied zwischen einem Curriculum für die stationäre und eines für die ambulante Altenhilfe?**

Bis auf zwei Befragte raten alle von einer Trennung von stationär und ambulant ab, denn die Altenhilfe ist schon zu fragmentiert und die Versäulung von stationär und ambulant sollte eher aufgebrochen werden. In der zukünftigen Versorgung wird es immer wichtiger werden, dass die unterschiedlichen Professionen und Segmente, in denen das Pflege-, Gesundheits- und Sozialsystem aufgegliedert ist, mit einander kommunizieren. Daher gilt es den spezifischen Schnittstellen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es gibt auch die Aufforderung, radikal ambulant zu denken: *„Was sind die Bedürfnisse von Menschen, die zu Hause sterben und nicht jene, die im Heim sterben? Das Zuhause muss stärker ins Heim gebracht werden, weil wir sonst eben in der Organisation bleiben, in den Mauern der Institution.“* Um dennoch die Unterschiede in den Rahmenbedingungen des Pflegealltags von ambulant und stationär zu berücksichtigen, wird ein generalistisches Curriculum mit spezifischen Modulen vorgeschlagen.

Ein weiteres Argument gegen eine Trennung ist die Möglichkeit der Pflegekräfte im Laufe ihrer Biographie von einem in den anderen Bereich zu wechseln, was von einigen ExpertInnen als Burnout-Prophylaxe gesehen wird.

#### **6.2.5. Was meinen Sie zu einer multiprofessionellen Weiterbildung?**

*„Man kann pflegerische Kompetenz, Fähigkeit, also allein palliative Pflege machen, aber das Eigentliche ist ja wirklich das Interdisziplinäre und dass jeder seine Rolle findet und jeder seinen Part und man versteht, dass man es nur sozusagen im Konzert der Stimmen ausüben kann. Das ist das Eigentliche.“*

Der größte Teil der Befragten ist sich einig, dass es im Sinne von Palliative Care im Alter gut wäre, die Weiterbildung multiprofessionell zu konzipieren. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Hausärzten würde dabei verbessert.

*„Ich merke immer mehr, dass es von den Pflegekräften, die ich ausbilde, gewünscht wird. Dass sie sagen; Menschenskinders, wenn man sich mal mit dem Arzt auseinandersetzen könnte oder auch die Seelsorge mit dabei wäre, das wäre wirklich gut... Das ist wichtiger, als dass wir irgendwann eine 1000stündige Palliative Care Ausbildung hätten.“*

Allerdings sehen die meisten ExpertInnen die derzeitigen Rahmenbedingungen dafür als zu ungünstig. Die unterschiedlichen Wissensstände sind zu ausgeprägt und damit die Zeit zu knapp. Die Pflege brauche noch eine Art Rückversicherung im eigenen Beruf und daher sollte die Basisqualifizierung fachspezifisch und das unterrichtende Team multiprofessionell sein. Erst in den Aufbaumodulen kann es dann eine multiprofessionelle Zusammensetzung geben. Für zukünftige Modelle der Qualifizierung ist hier Potential für eine Änderung zu erkennen und diejenigen, die an einer multidisziplinären Aus- oder Weiterbildung teilgenommen haben, befürworten die Multiprofessionalität in der Weiterbildung mit Nachdruck. Ein Vorschlag lautet: *„Von den 160 Stunden werden drei Blöcke fachspezifisch unterrichtet und den letzten multidisziplinär: „Es muss eine Irritation geben.“*

### **6.3. Die strukturelle Ebene**

Die Ergebnisse der Interviews zeigen in diesem Bereich die größten Differenzierungen. Es wird deutlich, dass es nicht nur um inhaltliche Veränderungen, Verschiebungen der Themen geht, sondern auch um die Frage, inwieweit auch die Rahmenbedingungen geändert werden sollten, um eine bedarfsgerechte Qualifizierung zu ermöglichen. Dabei wurde die Frage „wer zahlt das?“ zunächst außer Acht gelassen, um überhaupt den Bedarf und die Notwendigkeit zu verändernder Rahmenbedingen herauszufinden. Aus den Interviews ergibt sich damit ein abgestuftes Modell, das neben der Altenpflegefachausbildung vier Ebenen der Qualifizierung erkennen lässt:

1. Basissensibilisierung vor allem für die Pflegehilfskräfte
2. die derzeitige 160 Stunden-Qualifizierung
3. „Fachausbildung“ Palliative Care (mit Prüfung etc.)
4. Akademisierung

#### **6.3.1. Altenpflegefachausbildung**

##### ***Wie sehen Sie die Einschätzung, dass auf Dauer das Wissen um Palliative Care im Alter in der Altenpflegefachausbildung untergebracht sein könnte?***

Es gibt unterschiedliche Meinungen, inwieweit das nötige Wissen um Palliative Care im Alter in der Ausbildung abgedeckt werden könnte. Alle sind der Meinung, dass ein Basiswissen Palliative Care in die Altenpflegefachausbildung hinein genommen werden muss, aber eine Spezifizierung ist dennoch vonnöten. Es gibt derzeit je nach DozentIn und Schule Unterschiede in der anteiligen Vermittlung von Palliative Care in der Ausbildung. Zu wenig DozentInnen an den Altenpflegesschulen sind in Palliative Care im Alter qualifiziert. Das Projekt *„Lehren-Lernen-Leben“* der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* ist ein Ansatz Palliative Care in die Ausbildung zu integrieren, aber es müsste mehr geriatrisch ausgerichtet werden. Dass die Ausbildung mit Themen schon zu überfrachtet ist und die

teilweise sehr jungen SchülerInnen mit den Themen Tod und Sterben überfordert sind, glaubt ein Großteil der ExpertInnen. Pflegende sollten sich eher freiwillig bereit erklären sich in diesem Bereich schulen zu lassen. Ein Einsatz im Hospiz sollte Teil der Altenpflegeausbildung sein. Ein großer Träger, der mit einer Fachschule für Altenpflege kooperiert, macht sehr gute Erfahrungen damit, dass er ein Praktikum im stationären Hospiz als Voraussetzung der Altenpflegefachausbildung vorschreibt.

### 6.3.2. Abgestuftes Modell

Mit Blick auf den Qualifizierungsbedarf der Pflegekräfte wird von den ExpertInnen eine klare Gewichtung vorgenommen. Obwohl es in der Studie um die Fachkräfte geht, wird auf die notwendige Breitenwirkung des Palliative Care Konzeptes hingewiesen. Die Bemühungen um die Qualifizierung sollten zunächst möglichst viele Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und alle anderen Berufsgruppen, die im Heim arbeiten, einbeziehen und die Einrichtung auf Palliative Care einstimmen. Das bedeutet, dass die **Basissensibilisierung**, die 2 bis 3 Tage oder auch 40 Stunden im Rahmen des *Robert Bosch* Curriculums umfasst, als die zentrale Maßnahme gesehen wird, um überhaupt die Pflegehilfskräfte erreichen zu können. In Bezug auf die Pflegefachkräfte ist die Basissensibilisierung eine Art Vorbereitung zu dem 160-Stunden-Curriculum, weil viele Pflegekräfte aus Erfahrung eine Vertiefung wollen und dann besser motiviert sind.

Die **160-Stunden-Qualifizierung** ist wichtig für die weitere Spezialisierung weniger Pflegefachkräfte und wird als zentrale Maßnahme in diesem Bereich von den ExpertInnen favorisiert. Auch wenn einige meinen, dass der Stundenrahmen aufgrund der Fülle der Themen erweitert werden könnte, spielen die Überlegungen zu einer „Fachausbildung“ Palliative Care, die im Rahmen der Studie von einigen ExpertInnen eingebracht werden, eine untergeordnete Rolle. Das Thema Akademisierung bezieht sich nur auf eine Minderzahl der ExpertInnen, so dass eine Qualifizierung im bereits praktizierten zeitlich Rahmen von 160 Stunden einer höheren und damit zeitaufwendigeren Ausbildung deutlich vorgezogen wird.

Der MultiplikatorInnenfunktion kommt in der 160-Stunden Qualifizierung eine bedeutende Rolle zu: *„Palliative Care Kompetenz ist eine Kompetenz zum Weitergeben.“* und insbesondere sollten auch die Leitung und die Pflegedienstleitung diese Weiterbildung absolvieren: *„Also in meinem Alltag bestätigt sich das immer wieder. Sie können ganz toll arbeitende Pflegende haben, wenn die Leitungen aber nicht wollen, können oder dürfen, dann scheitert´s. Und dann können Sie sich wie gesagt zu Tode qualifizieren.“* Um der thematischen Vielfalt Palliative Care im Alter gerecht zu werden, plädieren einige für themenspezifische Zusatz-module zu den 160 Stunden.

1. 40 Stunden zu Ehrenamt (zur Koordination und zu Verwaltungsfragen)
2. 40-80 Stunden zur Integration von Palliative Care in einen Wohnbereich (Personalführung, Leitlinienentwicklung)

- > Oder Projekt Implementierung
- > Themenspezifische Zusatzmodule, z.B.: Spiritualität

Darüber hinaus bewähren sich Nachtreffen der Pflegekräfte, die die 160-Stunden Weiterbildung absolviert haben. Neue Entwicklungen im Bereich Palliative Care können aufgegriffen, der Erfahrungsaustausch weiter gepflegt und damit auch eine bessere Nachhaltigkeit erzielt werden.

Das Zahlenverhältnis der Pflegekräfte, die in einer stationären Einrichtung eine Palliative Care Qualifizierung haben sollten, konnte in den Interviews nicht eindeutig geklärt werden:

1. Auf zehn BewohnerInnen eine qualifizierte Palliative Care Pflegekraft, die rund um die Uhr erreichbar sein muss.
2. 2 bis 3 qualifizierte Kräfte pro Wohnbereich (35 Plätze pro Bereich).
3. Pro Haus mit 100-160 Betten mindestens 4 bis 5 Palliative Care Fachkräfte.
4. Je besser die Kooperation mit anderen Diensten ist, desto weniger Palliative Care Kräfte bedarf es pro Einrichtung.
5. Ambulanter Bereich: eine Palliative Care Kraft pro Pflegedienst.

Die „Gretchenfrage“, ob die jeweilige Fachkraft dann auch freigestellt ist, steht immer wieder im Zentrum der Überlegungen.

Sechs ExpertInnen plädieren für eine „**Fachausbildung**“ **Palliative Care**, die dem Stundenumfang der gerontopsychiatrischen Ausbildung entsprechen sollte. Die Entwicklung der Altenpflege gehe in Richtung Sterbepflege und benötige daher eine fundiertere Qualifizierung für die Pflegekräfte. Darüber hinaus betrachten sie die 160 Stunden Weiterbildung als reine Fachpflege, die für eine gelungene Integration des Palliative Care Konzeptes in eine stationäre Einrichtung nicht ausreicht. Dahingegen würde eine „Fachausbildung“ über das Palliative Care Wissen hinaus auch für Kompetenzentwicklung, Schnittstellenmanagement und vor allem das Projektmanagement qualifizieren, so dass dann keine externe Beratung nötig wäre. *„Eigentlich müsste so eine große Weiterbildung, viele hundert Stunden, was weiß ich, die müsste damit enden, dass diese Pflegekraft nicht nur Palliative Care verstanden hat, sondern Implementierung kann.“* Es wird gesagt, dass die Pflege weiterhin fremdbestimmt wird, wenn sie nicht auch derartige Aufgaben selber übernimmt. Allerdings müssen für eine derartige „Fachausbildung“ sozialpolitische Voraussetzungen geschaffen werden, so dass zum Beispiel eine Art Beauftragte (PalliativkoordinatorIn) im Rahmen einer ¼ oder ½ Stelle pro Einrichtung freigestellt werden kann. Bei einem städtischen Träger in Duisburg gibt es für drei Häuser eine unbefristete Stabstelle Palliative Care:

*„Also das darf nicht einfach eine weitere Kompetenz sein, die so eine Person neben allen anderen auch noch einzubringen hat. Dann geht da keiner hin. Sondern es muss klar sein, wenn ein Altenpflegeheim sich solche Personen leistet, dann muss damit politisch etwas verbunden sein. Dann muss dieses Haus eine Stelle mehr kriegen...“*

Eine Expertin plädiert erst dann für einen größeren Stundenrahmen als die 160 Stunden, wenn es genügend Forschungsergebnisse bezüglich der Inhalte gibt, die dann auch kompetent zusammengeführt werden. Eine weitere ExpertIn sieht diese Frage im Zusammenhang mit einer allgemeinen Reformierung des Pflegeberufes. Die generalistische dreijährige Ausbildung genüge mit ihrer „Formalfachlichkeit“ nicht mehr den heutigen und zukünftigen Anforderungen der Altenhilfe. Auch die Fachkraftquote sei nicht mehr haltbar. Es brauche eine Grundausbildung und dann Zusatzqualifikationen oder fachspezifische Ausbildungen (Beispiel Schweiz). Auch Palliative Care könnte in einem Zweistufenmodell gelehrt werden, dass sich in eine Grundausbildung und eine Zusatzqualifikation aufteilt.

Für die ExpertInnen, die eine große Fachausbildung **ablehnen**, hat auch mittel- und langfristig die 160Stunden Qualifizierung Vorrang.

*„Ich meine wir würden auch siebenhundert Stunden voll bekommen, nur wer soll das dann am Schluss noch bezahlen? Und noch mal das Entscheidende ist diese Haltung, diese Denkénderung und die kann ich in hundertsechzig Stunden schaffen und in dreihundertsechzig auch nicht schaffen. Also ich glaube an den Stunden wird es nicht hängen, an der konkreten Stundenzahl.“*

Nicht nur die hohen Kosten sind ein Argument, sondern es lässt sich fachlich weder für die BewohnerInnen noch für die Angehörigen ein Nutzen erkennen. Eine wichtige Begründung ist, dass die Diskussion um Stunden derzeit noch zu theoretisch verläuft und es zu wenige Ergebnisindikatoren darüber gibt, woran sich der Nutzen festmachen könnte. Wenn die Grundausbildung besser an diese an die Bedürfnisse alter Menschen angepasst würde, bräuchte es keine „Fachausbildung“. Gerade die Kräfte, die die eigentliche Pflege am Bett machen, sollten in Palliative Care geschult sein: *„...es hat ja keinen Sinn eine Crème de la Crème auszubilden, die überhaupt nie vor Ort ist.“* Wenn zu wenige Pflegekräfte eine Qualifizierung haben, trägt sich die Haltung nicht weiter: *„Also wenn ich jetzt hier entscheiden müsste, ob ich alle MitarbeiterInnen versuchen sollte zu schulen oder eine in so eine Langzeitfortbildung zu schicken. Da würde ich sicher Ersteres tun, ganz sicher.“* Um Palliative Care im Alter thematisch und auch zeitlich zu erweitern, zeigen einige InterviewpartnerInnen alternative Maßnahmen auf, die sich bereits bewährt haben:

*„Es ist wichtig die Mitarbeiter, die den Kurs gemacht haben bei der Stange zu halten mit Palliative Care Plus und mit diesen vielfältigen Angeboten, die wir inzwischen haben mit verschiedensten Kongressen. Darauf baut die ständige Weiterbildung auf. Es hat sich auch bei uns entwickelt, dass manche Kurse sich danach noch treffen und sagen, hier in diesem Kreis, mit den Personen, wir kennen uns so gut, wir wollen manche Themen noch einmal gezielter anschauen: ob jetzt Trauer oder andere Symptome bei Palliative Care. Ich denke, das ist der realistischere Weg, als das zu erhöhen.“*

Darüber hinaus wird die Meinung geteilt, dass bei guter Kooperation mit komplementären Diensten keine „Fachausbildung“ nötig ist: *„Also erst den Drei-Tages-Kurs oder den*

*Wochenkurs für den Erwerb von Grundwissen und dann darauf aufbauend zur Vertiefung diese hundertsechzig Stunden und dann sollte es spezielle Dienste geben, wo man dann anfragen kann.“* Es gibt bereits multidisziplinäre 160 Stunden Aufbaukurse, die der 160stündigen Basisweiterbildung folgen, die allerdings nicht speziell auf Palliative Care im Alter ausgerichtet sind:

- Christophorus-Akademie München-Großhadern  
> Modulsystem
- Malteserkrankenhaus Bonn-Hardtberg  
> Zusammenhängender Kurs

Einige sehen in der Frage der weiteren Spezialisierung eher eine **Akademisierung** mit Blick auf anglo-amerikanische Länder als nützlich. Das Fach Pflege sollte zuzüglich zu den Disziplinen Pflegemanagement und Pflegewissenschaft akademisiert und der Palliative Care Ansatz in die Pflegewissenschaften integriert werden. Es braucht laut dieser ExpertInnen dringend gute Studien, Empirie und mehr Wissenschaftlichkeit, um auch thematisch noch spezialisierter arbeiten und sich damit für Stabstellen und Schnittstellenmanagement qualifizieren zu können. Darüber hinaus würde eine Akademisierung auch das Selbstbewusstsein der Pflege erheblich verbessern. Der multidisziplinäre Weiterbildungsstudiengang Palliative Care in Wien ist für einige eine gute Qualifizierungsmaßnahme im akademischen Bereich.

Zusammenfassend lässt sich erneut erkennen, dass die Diskussion um den strukturellen Rahmen einer bedarfsgerechten Qualifizierung nicht ohne den Blick auf die sozialpolitischen Bedingungen geworfen werden kann. Wie durch die ExpertInnen deutlich wird, ist die Weiterbildung der Pflegekräfte ein Kernbestandteil des Integrationsprozesses Palliative Care in die jeweilige Einrichtung, da Implementierung und Qualifizierung einander bedingen. Trotzdem gibt es ein Problem der Nachhaltigkeit, denn die Erfahrungen zeigen, dass wenn die Implementierung als Projekt abgeschlossen ist, kann es mit der alleinigen Maßnahme der Qualifizierung zu Problemen der Nachhaltigkeit kommen. Die Sozialpolitik ist an dieser Stelle gefordert, damit eine Stabstellen geschaffen, KoordinatorInnen freigestellt werden können, um den Palliative Care Prozess weiter zu begleiten und aufrecht zu erhalten.

#### **6.4. Inhaltliche Ebene**

Die vier Dimensionen von Palliative Care im Alter wurden im Rahmen der Interviews behandelt und dabei fällt insbesondere auf, dass die psychosozialen und spirituellen Aspekte vermehrt in den Fordergrund rücken. Das Thema Spiritualität wird von den meisten ExpertInnen als ein vernachlässigtes Thema gesehen, das noch viel Entwicklungspotential aufweist. In der Ausgestaltung und insbesondere in der Vermittlung sind vielfältige Probleme zu erkennen. Der medizinisch-pflegerische Teil ist extrem wichtig und bedarf bei Palliative

Care im Alter einer größeren auf die alten Menschen spezifizierten Fachlichkeit. Der Schwerpunkt liegt hier eindeutig auf der Demenz und der damit verbundenen Schmerzerkennung und –linderung. Um eine bessere Schmerzerfassung zu erreichen, muss der ganzheitliche Ansatz von Palliative Care mit der psychosozialen und spirituellen Ausrichtung in der Weiterbildung noch mehr Berücksichtigung finden.

*„Natürlich mag man denken, es ist viel wichtiger dieses palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Wissen - landläufig nennt man es ja immer die weichen Faktoren, die man nicht messen kann. Aber ich sehe, das eine kannst du lernen, wie mache ich einen Wickel, wie mache ich eben Dekubituswickel im Sinne von palliativer Pflege oder welche Coanalgetika gibt es? Aber dieses Spirituelle und das Psychosoziale haben soviel mit mir selber zu tun und ich glaube, das wird wirklich an jeder Stelle unterbewertet. Weil es natürlich auch im Kontext dessen, was finanziert wird, ja auch genau die Faktoren sind, die nicht gezahlt werden, weil man sie nicht fassen kann.“*

Das Thema Organisationsentwicklung kam in den Antworten zunächst nicht vor. Jedoch betrachten alle die Organisationsentwicklung als Voraussetzung, die aber eher durch den Implementierungsprozess verwirklicht wird. In der Weiterbildung ist dieses Thema nachrangig, aber es sollte natürlich für den notwendigen Implementierungsprozess sensibilisiert werden. Die große Herausforderung besteht darin, diese vier Dimensionen mehr miteinander zu verflechten, um für die BewohnerInnen sowie auch für die MitarbeiterInnen den größten „palliativen Nutzen“ erreichen zu können.

Da die inhaltliche Komplexität in Palliative Care im Alter eher zu- als abnimmt, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Überfrachtung des Curriculums keinen Nutzen bringt. Zum einen geht es darum, Themen auszutauschen, aber in einer Weiterbildung, die zeitlich begrenzt ist, richtet sich der Fokus eher das Setzen von Impulsen. Es darf nicht passieren, dass andere Fortbildungen dieser Palliative Care Weiterbildung zugefügt werden.

#### **6.4.1. Wann beginnt Palliative Care in der Altenhilfe?**

Die Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass das Konzept Palliative Care in der stationären Altenhilfe mit dem Einzug beginnt. Es ist eine Frage des Beziehungsaufbaus, wann man darüber sprechen kann. Der Palliative Care Gedanke als Konzept ist erst einmal eine Haltung: Der Mensch kommt zum Leben ins Altenheim und sterben ist nur ein Teil davon. *„Zunächst geht es eher um die „kleinen Abschiede“, das „kleine Sterben.“ Das Aufarbeiten der Trauer und des Abschieds auch mit den Angehörigen könnte der palliative Blick beim Einzug sein.“* Hier liegt auch schon der große Unterschied zu den eher onkologisch ausgerichteten Curricula. Bestimmte Themen gehören zu der Versorgung und Begleitung in der Terminalphase, die laut einer ExpertIn schätzungsweise 40% der BewohnerInnen gleich nach dem Einzug betrifft. In einem weiteren Sinne gilt für den Zeitpunkt des Einzuges die Aufmerksamkeit im Sinne von Palliative Care der Wertschätzung des Menschen in allen seinen Bedürfnissen gemäß der WHO Definition. Eine Stimme sagt,

dass das Palliative Care Konzept mit Stellung der Diagnose Demenz greifen sollte. Generell kann man sagen, dass Palliative Care eine Haltung ist, die die Pflege durchwirkt und in den Leitbildern und Leitlinien ihren Niederschlag findet.

*„Stationäre Altenhilfe ist Palliative Geriatrie.“*

*„Also die Pflege von Menschen in Altenheimen ist Pflege von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Und diese letzte Lebensphase kann ein halbes Jahr dauern, die kann aber auch zwei oder drei Jahre dauern. Das ist sicherlich noch mal eine ganz besondere Situation, die Altenheime und Hospize sehr stark voneinander unterscheidet.“*

*„Es geht in der Geriatrie nicht um die letzten Lebenswochen, Tage und Stunden. Darum geht es auch, aber nicht nur.“*

*„...schon palliativ bedürftig, bevor sie anfangen zu sterben und ich finde das immer grässlich, dass das Füllhorn der Palliative Care dann erst begonnen wird über jemanden auszuschütten, der vorher sich unter Umständen schon tief in die innere Emigration zurückgezogen hat, genau zu dem Zeitpunkt, wo man jetzt annimmt, jetzt wird er auf das Sterben zugehen...“*

#### **6.4.2. Thematische Schwerpunkte**

Mit dem nachfolgenden Querschnitt der zentralen Inhalte, die die ExpertInnen benannt haben, sollen vor allem die Themen hervorgehoben werden, die die Besonderheiten einer rein auf das Alter bezogenen Palliative Care Weiterbildung verdeutlichen. Der Erfolg einer auf den alten Menschen ausgerichteten palliativen Betreuung und Begleitung hängt sehr stark von einem guten Ineinandewirken dieser Punkte ab.

Dass die **Kommunikation** das Metathema in der Qualifizierung darstellt- *„in Beziehung treten ist eine ethische Verantwortung“* - ist keine neue Erkenntnis, aber Palliative Care im Alter hält nochmals andere Herausforderungen in der Kommunikation bereit. Der zentrale Unterschied liegt in der BewohnerInnenorientierung, die durch den hohen Anteil demenziell erkrankter Menschen einen anderen kommunikativen Zugang benötigt. Um eine gelingende Beziehung aufbauen zu können, die neben der Wahrnehmung vielfältiger Bedürfnisse vor allem die Voraussetzung schafft für eine adäquate Schmerzerkennung, sind Validation und insbesondere nonverbale Konzepte stärker gefordert. Dabei steht die basale Stimulation nicht im Mittelpunkt, sondern in der Vielfalt geht es darum, einen gemeinsamen Nenner innerhalb dieser Konzepte zu finden. Man muss nicht gleich ExpertIn des einen oder anderen Konzeptes sein. Die Kommunikation mit den Angehörigen und dem Hausarzt bedürfen im Rahmen der stationären Altenhilfe einer größeren Aufmerksamkeit.

Die ganzheitliche Palliative Care **Haltung** ist ein weiteres Metathema in der Qualifizierung, die letztlich das ganze Curriculum durchwirken sollte. Hier liegt sicherlich die große didaktische, fachliche und vor allem auch persönlichkeitsbezogene Herausforderung in der Ausgestaltung und Lehre des Curriculums. Die zentrale Frage, die in den Interviews oftmals

zur Sprache kam, war wie Haltung letztlich zu vermitteln ist. Es geht hier weniger um eine zeitliche Ausdehnung des Themas sondern eher um einen sensibleren Umgang. Haltung, die die Atmosphäre in einem Haus ausmacht, dürfe nicht als rein moralische Größe missverstanden werden, denn es geht vor allem auch um kommunizierbare ethische Standards.

*„Und dafür müssen wir aber auch lernen uns da selbst auch zu befragen. Und das braucht die Haltung, eine eigene ethische Haltung, grundsätzlich Menschen anzunehmen, grundsätzlich Sterben als Prozess begreifen zu können und sich bewusst zu machen, dass Menschen in diesem Prozess, diesen Weg alleine gehen, aber in einem Ausmaß ausgeliefert sind ihrem Umfeld und den anderen Menschen wie das vielleicht nur bei Kindern während der Geburt ist.“*

Dabei geht es nicht nur um individuelle Handlungsfragen sondern die ExpertInnen weisen darauf hin, dass es auch einen klaren Zusammenhang zwischen Haltung und Organisationsentwicklung gibt:

*„Diese Haltung mag zwar die ein oder andere Pflegekraft individuell für sich aufgebaut haben oder gestalten, aber in den pflegerischen Abläufen ist sie nicht vorhanden, ist sie nicht eingeplant und findet sie nicht statt. Also das wäre für mich von daher eine starke Fragestellung an die Träger der Einrichtungen. Während einer Weiterausbildung von Palliative Care halte ich das für einen ganz wichtigen Zusammenhang, dass darauf hingewiesen wird, wie kann ich diese Haltung erzeugen bei mir selber? Wie kann ich diese Haltung auch innerhalb meiner Pflegegruppe deutlich machen und auch zum Ausdruck bringen? Wo ist da von Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung Bereitschaft da?“*

In der Weiterbildung soll deutlich werden, dass es nicht nur um pflegerische Abläufe in der Sterbebegleitung geht. Eine häufige Rückmeldung der Pflegekräfte nach Beendigung der Weiterbildung sei: *„dass der größte Zuwachs, den sie gewonnen haben durch den Kurs, waren Haltung und Einstellung. Da haben sie eigentlich die höchste Unterstützung und Weiterentwicklung definiert.“*

Ein Großteil der ExpertInnen meint, dass die **BewohnerInnenorientierung** noch zu verbessern ist. Erfahrungen zeigen, dass selbst in Einrichtungen, in denen ein Integrationsprozess Palliative Care im Alter vollzogen wurde, die Bedürfnisse der BewohnerInnen oftmals nicht ausreichend wahrgenommen werden und damit noch besser zu schulen wären:

*„Das, was ich immer wieder feststellen kann, wenn ich jetzt von diesen Palliativ-Bemühungen in der Geriatrie höre oder lese ist, dass man sich die allergrößte Mühe gibt, selbst irgendwo darauf zu kommen, was man alles Gute für so einen dementen Menschen tun könnte und was dem nutzen könnte. Und der Weg, der kaum beschritten ist, ist herauszufinden, was dieser Mensch selbst möchte oder braucht. Und ich denke, dass das aber das ist, worauf es eigentlich ankommt. Dieses irgendwo Paternalistische oder Materialistische – Mother-knows-best - das kann es irgendwie nicht sein...“*

Es wird bestätigt, dass **ethische Entscheidungsprozesse** ein wichtiges wenn auch sehr komplexes Thema mit einem großen Besprechungsbedarf bei den Pflegekräften ist: *„Also*

*Ethik, Palliative Care und Altenpflege, das können Sie überhaupt nicht trennen.“*  
Insbesondere das Argument, dass Krankenhauseinweisungen am Lebensende verhindert werden könnten, ist wie auch international deutlich wurde, von sozialpolitischer Relevanz mit Blick auf die Finanzierung palliativer und hospizlicher Versorgung. Eine bessere Rechtsicherheit führt auch zur Entlastung der Pflegekräfte, wie in einigen Interviews bekräftigt wird. Keine befriedigende Lösung zu haben ist ein wichtiger Lernprozess, der sich ebenfalls entlastend auswirkt. Es geht nicht darum, Antworten zu haben oder zu finden, sondern der Schwerpunkt liegt auf Suchen und „Aushandeln“ von Ethik:

*„...und auch so die Sensibilität darüber, was sind eigentlich ethische Fragen? Dass es nicht nur diese ganz klassischen Fragen gibt wie PEG am Lebensende oder Krankenhauseinweisung oder Flüssigkeit oder so, sondern dass es viel mehr ethische Dilemmata gibt.“*

Der Begriff und das Verständnis von Würde sollte stärker ausdifferenziert werden, aber es wird hervor gehoben, dass ethische Fallbesprechungen den Rahmen einer 160 Stunden Weiterbildung sprengen. Dafür müsste es spezielle Weiterbildungen geben, die auch schon vermehrt angeboten werden. Darüber hinaus wird es für gut erachtet, wenn die Moderation von einer Person übernommen wird, die nicht involviert ist.

Auch die **Mitarbeiterinnenorientierung** gilt es weiter zu verbessern, denn laut Erfahrungen einiger ExpertInnen kommen die Bedürfnisse der Pflegekräfte in der jetzigen Weiterbildung zu kurz.

*„Wenn die Mitarbeiter mit ihren Bedürfnisse nicht gesehen sehen und wenn sie als solche nicht wertgeschätzt werden, dann lernen sie nicht beziehungsweise dann verlernen sie die Wertschätzung, weil sie selber nicht wertgeschätzt werden.“*

Dabei geht es weder um Fachwissen noch um eine Selbstpflege im Zusammenhang mit Aktivitäten in der Freizeit. Die Pflegekräfte müssten noch besser für ihre Bedürfnisse sensibilisiert werden, damit sie in der Folge in Stresssituationen besser für sich sorgen können. Der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu. Es geht auch darum, das beständige Gefühl der Überforderung insbesondere in schwierigen Situationen der Gesprächsführung zu nehmen, indem vermittelt werden kann, dass *„Begegnungen an sich heilsam sind.“* Die Themen Humor und auch Spiritualität, wie später deutlich wird, können Möglichkeiten der Entlastung sein. Dazu muss ein Kontaktumfeld aufgebaut und entwickelt werden, damit Pflegende gezielt in diesen Foren auch entlastet werden können. Supervision, die allerdings in den wenigsten Einrichtungen angenommen werden, aber vor allem Fallbesprechungen können hier tragende Maßnahmen darstellen. Bereits in der Weiterbildung kann die Kursgruppe als Unterstützung fungieren.

Wie bereits in der Diskussion um den passenden strukturellen Rahmen einer Qualifizierung festgestellt wurde, sollte das Thema **Multiprofessionalität** in der Weiterbildung noch stärker

behandelt werden. Der Fokus liegt hier nicht nur auf der Kommunikation innerhalb des Teams sondern vor allem auf externen Netzwerken und im Besonderen auf der Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Sektorenübergreifendes Arbeiten ist eine Forderung, die die zukünftige Versorgung verbessern und die Übergänge vor allem vom Krankenhaus in die stationäre oder ambulante Lebenssituation erleichtern würden.

### 6.4.3. Die medizinisch-pflegerische Dimension

Die medizinisch-pflegerische Dimension ist wichtig und bedarf bei Palliative Care im Alter noch einer verbesserten Fachlichkeit. **Schmerztherapie und Symptomkontrolle** sind mehr auf alte und multimorbide Menschen auszurichten - „*Recht auf Schmerzfreiheit*“. Zentrale Fragen wie:

1. Was ändert sich im Alter?
2. Wie kann/muss man Schmerzmittel geben?
3. Wie wirken Medikamente im Alter und wie ist die Verträglichkeit bei mehreren Medikamenten?

sollten dabei behandelt werden. Im Sinne von *total pain* sind die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse mit einzubeziehen in die Diagnose sowie in die Therapie. Die Gewichtung wird unterschiedlich gesehen, aber man kann tendenziell sagen, dass der Hospiz- und Palliativbereich mit Blick auf das *Basiscurriculum* den zeitlichen Anteil von 40-60% nicht kürzen würde. Das Thema **Demenz** steht für die meisten ExpertInnen im Mittelpunkt und nur vereinzelt wird die Meinung vertreten, dass die Altenpflegefachausbildung die dementielle Erkrankung erschöpfend zu behandeln hätte. Allerdings wird deutlich, dass die Schmerztherapie bei dementiell erkrankten Menschen im Sinne von Palliative Care mehr Qualifizierung braucht.

*„Und die Demenz ist die größte Herausforderung für die Geriatrie und für die Palliativmedizin. Die Patienten sind psychisch schwerkrank, psychosozial schwerkrank, sozial oft extrem schwierig zu führen, psychiatrisch morbide und häufig internistisch multimorbid und das ist eine Kompetenz, die ist ganz schwer abzudecken.“*

In der Diskussion um die unterschiedlichsten Erfassungsinstrumente wie spezifische Schmerzerfassungsbögen etc. wird favorisiert, diese nur in Verbindung mit persönlichem, empathischen Kontakt im Kontext einer Teamkommunikation zu sehen und anzuwenden. Eine zu starke Konzentration auf diese „technischen“ Instrumente führe zu fehlerhaften Therapieansätzen, weil der Transfer auf die individuelle Situation der BewohnerIn ausbleibt. Es müsse mehr am Individuum gearbeitet werden. Hier gibt es noch mehr Qualifizierungsbedarf für die Instrumente sowie auch in der gelingenden Kommunikation. Die Demenz ist ein bio-psychosoziales und spirituelles Geschehen und nicht nur medizinische Erkenntnis. Es wird betont, dass zum Beispiel das zentrale Problem der

**Nahrungsverweigerung** im Rahmen einer Demenz sehr viele unterschiedliche Ursachen haben kann, die in der Symptomkontrolle ganzheitlich betrachtet werden sollten:

*„...weil ältere Menschen schon aus unterschiedlichen Gründen mal nicht essen und da ist nicht die terminale Situation so eindeutig wie bei Menschen, die einfach ganz schwer krank sind und dann einfach das kontinuierlich fortschreitet. Es ist wichtig, dass man da Differenzierungen vornimmt und ganz genau hinschaut.“*

Hier würden oftmals Fehlentscheidungen innerhalb der ethischen Fallbesprechungen getroffen, weil die Komplexität der Symptomatik unterschätzt und auch missachtet würde.

Darüber hinaus gebe es noch Defizite in Bezug auf geriatrische und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder. Die Themen Ernährung, Schluckstörungen und Atmung sind dabei besonders wichtig. Im Gegensatz zu den onkologischen ist es bei den chronischen Erkrankungen alter Menschen oftmals schwierig, eine klare Abgrenzung von Kuration und Palliation vorzunehmen. Somit sollten palliativ, kurativ und Rehabilitation nicht von einander getrennt werden bei Palliative Care im Alter. Die **Überprüfung der Therapieziele** scheint ein vernachlässigtes Thema mit schwerwiegenden Folgen für die alten, multimorbiden Menschen zu sein, dass in der Weiterbildung in diesem Rahmen aufgegriffen werden müsste.

Für **komplementäre, alternative Medizin** wird im derzeitigen Rahmen kein Platz und keine ausreichende Notwendigkeit gesehen. Der Großteil der Befragten sieht das Problem der inhaltlichen Überfrachtung des Curriculums und würde an diesem Punkt eher Abstriche machen und es der Pflegeausbildung im Allgemeinen zuordnen oder Zusatzkurse anbieten. Das Thema sei schon wichtig, aber zu komplex, um es fachlich anwendbar zu bereiten. Es bestehe dann die Gefahr, dass dieser Aspekt zu einer reinen Methodensammlung verkomme, ohne diese aber in der Praxis zu beherrschen. Es sei immer wichtig zu fragen, in welcher Situation man welche Methode mit welcher Wirkung einsetze. Es geht vielmehr um einen Erfahrungsaustausch und es könnte eine gewisse Sensibilisierung für dieses Thema vorgenommen werden. Komplementäre Therapieformen gilt es auch im Rahmen der Lebensqualität am Lebensende zu diskutieren. Die jeweiligen Einrichtungen sollten in ihren Angeboten Schwerpunkte setzen und MitarbeiterInnen, die Interesse haben, weiter fortbilden. Einige Einrichtungen machen gute Erfahrungen mit Aromatherapie, Gartentherapie, Snoozelen. BewohnerInnen, die immer schon mit ganzheitlicher Medizin behandelt wurden, sollten die Möglichkeit einer Weiterbehandlung bekommen. In einem erweiterten Weiterbildungsrahmen könnte hier für die Zukunft noch ein Potential liegen.

#### **6.4.4. Die psychosoziale Dimension**

*„Psychosozial hat viel mit Zusammenwirken zu tun“*

Auf die Frage, welche Bedeutung das Psychosoziale habe, werden viele Aspekte im Zusammenhang mit einer palliativen Begleitung und Versorgung alter Menschen ins Feld

geführt. Viele Themen sind bereits Teil der Weiterbildungscurricula. Dennoch fällt in Bezug auf Palliative Care im Alter die Komplexität auf, die sicherlich im Rahmen einer zeitlich zu knappen Verarbeitung dieser Inhalte weiter zu diskutieren sind. Auch darf die Überforderung der Pflegekräfte nicht außer Acht gelassen werden: *„Die Pflege kann nicht mehr leisten. Also da muss man auch seine Grenzen sehen. Also ich glaube nicht, dass das noch erweiterbar ist. Da kommt eher Frust auf, weil sie merken: das können wir nicht leisten.“* Dennoch wird festgestellt, dass die Pflege oftmals dazu neigt, zu funktionsorientiert und medizinlastig zu sein. Es geht auch um eine soziale Teilhabe und wenn auch sehr eingeschränkt um Mobilität: *„Weil wenn ich den Leib betrachte des Menschen, dann geht's unmittelbar und sofort um das Psychosoziale.“* Die Frage, was die BewohnerIn noch im Sinne von Würde, Würde im Alter benötigt, muss stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken.

Das Thema **Kommunikation** steht dabei im Mittelpunkt mit Konzentration auf nonverbale Konzepte im Zusammenhang mit der Demenz. Bereiche der Kommunikation, die sich von denen der eher onkologisch ausgerichteten Curricula unterscheiden, betreffen insbesondere den Umgang mit den Angehörigen, die Kooperation mit dem Hausarzt aber auch die Kommunikation innerhalb des Teams, das durch seine multikulturelle Besetzung sich oftmals mit Sprachbarrieren konfrontiert sieht.

Die psychosozialen Themen, die laut der ExpertInnen für Palliative Care im Alter relevant sind und noch fundierter vermittelt werden sollten, werden nachfolgend kurz aufgeführt.

Die **Biografiearbeit** sollte stärker betont werden, denn sie *„ist nicht etwas was ich ablege, sondern womit ich arbeite.“* Die Lebenswelt der einzelnen BewohnerIn mit ihren Gewohnheiten und auch ihrem Abschiedsprozess in Verbindung mit der Heimaufnahme und die möglichen Folgen durch Isolation und Einsamkeit hätten oftmals zu wenig Platz im Pflegealltag. Psychosomatische Symptome würden daraufhin falsch oder gar nicht behandelt. *„Pflege ist Alltagsarbeit. Sorgende Alltagsarbeit und das ist noch völlig unterentwickelt und völlig unterrepräsentiert und findet im Moment auch in dem Curriculum viel zu wenig Eingang.“* Es bedarf noch besserer Methodik, Didaktik sowie auch Anleitung, damit die Pflegekraft die Bedürfnisse der BewohnerIn besser in ihren Pflegealltag transferieren und gerade mit Blick auf eine palliative Versorgung und Begleitung bewohnerorientierte Prioritäten setzen kann.

Um die Pflegenden in diesen Anforderungen besser zu unterstützen, wird vorgeschlagen auch die **Psychologie im Alter** thematisch aufzunehmen, damit die Pflege besser auf die körperlichen und innerlichen Krisen der BewohnerInnen aber auch der Angehörigen reagieren kann. Der Begriff des Relokationssyndroms (Stresssyndrom/Verlegungssyndrom) wird hier eingeführt und bezieht sich vor allem auf die kleinen Abschiede und Krisen in

Verbindung mit dem Übergang in eine stationäre Einrichtung. Auch die Frage, was das Sterben bei den BewohnerInnen auslöst, sei zu wenig untersucht. Die Pflege brauche mehr einen „psychotherapeutischen“ Umgang mit Sterben und Tod in Bezug auf die sterbenden BewohnerInnen, auf die Angehörigen und insbesondere auch auf sich selbst. Für die Weitung des palliativen Blickes wäre es generell hilfreich, sich mit dem eigenen Älterwerden auseinanderzusetzen auch mit der Frage, wie sich der Mensch im Alter noch verändern kann.

**Angehörige** spielen in diesem palliativen Kontext noch einmal eine wichtigere Rolle als in der Altenpflegeausbildung und die Angehörigenarbeit bei palliativ-gerontopsychiatrisch, demenz-kranken BewohnerInnen ist anders als bei palliativ-onkologischen PatientInnen. Laut vieler ExpertInnen findet die Angehörigenarbeit noch zu sehr auf der formalen Ebene (Heimvertrag etc.) statt und müsste stärker bewohnerorientiert sein. Angehörige seien Mitglieder des Teams und könnten zum Beispiel in Validation angeleitet sein, um einen besseren und dafür auch für sich selbst einen leichteren Umgang mit der Demenz zu finden. Auch die antizipative Trauer ist ein zentraler Aspekt in der Arbeit mit Angehörigen, so dass es auch neuer Konzepte bedarf, die die Angehörigen als palliativ Bedürftige wahrnehmen. Es gibt Erfahrungen mit der Maßnahme einer Kummersprechstunde für Angehörige, die sich insbesondere im Umgang mit Trauer bewährt hat. Der Wunsch einer Therapeutin als Teammitglied wird geäußert.

Der Einsatz **Ehrenamtlicher** ist laut der ExpertInnen nach wie vor ein nicht einfaches Thema. Sie sollten nicht einfach mit Sitzwachen betraut sein, sondern man sollte HospizhelferInnen pro Station einsetzen, die regelmäßig kommen und somit wichtige Rückmeldungen an das Team geben könnten. Die zentrale und derzeit problematische Frage ist, dass wenn Palliative Care mit dem Einzug beginnt, gibt es dann einen Unterschied zwischen Besuchs- und Hospizdienst im Ehrenamt beziehungsweise wann wird ein Besuchsdienst zur Sterbebegleitung? Darüber hinaus scheint die Koordination und damit verbunden die Kommunikation häufig unklar. Auf der einen Seite kann es die Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospizdienst geben, aber es wäre hilfreich, wenn eine bestimmte Pflegekraft zur EhrenamtskoordinatorIn bestimmt würde. Dafür müsste sie aber qualifiziert sein, was wieder die Fragen der Kosten und der Freistellung für diese Aufgabe nach sich ziehen.

#### **6.4.5. Die spirituelle Dimension**

Das Thema ist eng verwoben mit den Themen der Haltung, Ethik, persönliche Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, die wiederum die Kommunikation beeinflussen.

Die inhaltliche und vor allem didaktische Herausforderung liegt darin, dass Spiritualität wohl als Block/Säule gedacht aber in der Konzipierung der Weiterbildung weitestgehend aufgelöst werden sollte. Dieses Thema könnte man in der ersten Woche thematisch beginnen, weil es mit einer prinzipiellen Haltung einher geht. Zurzeit wird es eher gegen Schluss behandelt. In der Frage, ob das Thema nur inhaltlich oder auch zeitlich ausgedehnt werden sollte, wird der Schwerpunkt zunächst mehr auf das Inhaltliche gelegt. In den Implementierungsprojekten ist das Interesse der Pflegekräfte zu den Themen **Rituale und Trauer** groß. Sie können damit etwas sozusagen hinter sich lassen und gut abschließen. Wenn eine schöne Verabschiedung gelingt, ist dies eine Quelle von Stolz und Befriedigung. Dieser wichtige Bereich der Rituale und der Trauer ist vergleichsweise gut und intensiv bearbeitet, so dass er im Rahmen dieser Studie vernachlässigt ist. Als Ergebnis der Interviews lässt sich allgemein sagen, dass es vor allem um eine gemeinsam gelebte Spiritualität geht, die sich in einer gemeinsam gefundenen Form im Umgang mit Trauer, Meditation und Ruhe, Nähe und Distanz widerspiegelt. Zudem gilt es eine Sprache zu finden, wenn es uns die Sprache verschlägt. „Was mache ich, wenn es nichts mehr zu tun gibt, was sage ich, wenn es nichts mehr zu sagen gibt und die Füllung der Zeit, wenn es nur noch gilt zu warten?“

Fast alle ExpertInnen stellen fest, dass das Thema Spiritualität ein Meta-Thema ist und damit alle Themenblöcke durchdringen sollte. Dies gilt besonders auch für die Zeit vor dem Sterben, in der alltäglichen Begleitung und Versorgung und bietet noch viel Potential.

*„Die Spiritualität im Palliative Care Kontext ist für mich auch ein ganz großes Metathema und sollte eigentlich von der Schmerztherapie bis zur ethischen Reflexion alles durchdringen. Ich finde, es ist das Unfassbarste, also am schwierigsten transparent zu machende Thema, ich finde es ist ganz eng verknüpft mit der Frage der Haltung, mit unserer persönlichen menschlichen Entwicklung. Es ist auch der Bereich, also wir umkreisen das Thema, indem wir uns mit Identität auseinandersetzen, indem wir uns mit religiösen Ritualen auseinandersetzen, indem wir uns mit anderen Religionen auseinandersetzen. Ja, indem wir narrative Elemente, musische Elemente auch einbauen in den Kurs, über Geschichten, über Bilder, über die Gestaltung des Gruppenraumes.“*

Es wird bemerkt, dass das Thema Spiritualität zu spät aufgegriffen wird in der Begleitung und Betreuung und oftmals erst in der Anwendung bestimmter Rituale zum Tod der BewohnerIn und in der Trauerarbeit mit den Angehörigen zum Tragen kommt.

Zunächst richtet sich der Blick auf die Spiritualität der **BewohnernInnen** und es wird festgestellt, dass die Theologie letztlich zu wenig Ergebnisse bezüglich der religiösen und spirituellen Bedürfnisse des älteren Menschen bietet. Von besonderer Bedeutung ist die Frage, was Spiritualität eigentlich für einen Menschen mit einer Demenz bedeutet. Dafür benötigt es nonverbale Konzepte, wie man Spiritualität erspüren kann, denn laut einiger ExpertInnen sind spirituelle Wünsche zu ahnen. Die spirituelle Dimension ist für den sehr alten Mensch im Sinne der Religiosität eine Ressource verbunden mit der Sicherheit: „Wir

*können nicht tiefer als in Gottes Hand fallen.*“ Rituale geben Geborgenheit im Alltag. Dass Spiritualität bei den BewohnerInnen noch an die Glaubensrichtung gebunden und es zu wenig Kenntnisse über Religiosität vor 80 Jahren gibt, wird unterschiedlich bewertet. Im städtischen Bereich wird festgestellt, dass die Bindung an die Konfessionen auch bei den 80jährigen stark abnimmt, so dass der „spirituelle Blick“ mittel- und vor allem langfristig geweitet werden muss. Eine wichtige Forderung ist, das Zusammenwirken von Biographie und Spiritualität zu verbessern, wenn es die Verweildauer der BewohnerIn zulässt.

Auch die Spiritualität in der Bedeutung für die **Pflegekräfte** selber ist noch vernachlässigt. Die Selbstverständlichkeit von Religiosität und Ritualen ist verloren gegangen und auch Riten im Kontext von Sterben und Tod sind eher vergessen. Daher scheint die folgende Kernfrage immer wieder aufzutauchen und bedeutet eine Herausforderung für die Pflegenden: Wie können wir eigentlich Menschen in ihrem Glauben, in ihrer Spiritualität begleiten, wenn ich eine andere Form des Glaubens habe oder wenn ich überhaupt keinen glauben habe? In der Lehre wie im Alltag kommt es darauf an, den kleinsten gemeinsamen Nenner für Spiritualität zu finden. Es ist immer schwieriger für Auszubildende zu wissen, ob sie eine Spiritualität haben. Es gilt generell Ängste, Missverständnisse und Vorbehalte in Bezug auf den Begriff der Spiritualität zunächst zu nehmen und dann den Grundgedanken vertraut zu machen, um diffuse Erfüllungsängste abzubauen: *„Ich glaube, dass viele den Begriff scheuen aber nicht die Themen dahinter.“* ExpertInnen berichten, dass es in der Weiterbildung möglich ist, Neugierde für dieses Thema zu wecken und Anregungen zu geben, die eigene Spiritualität zu klären: *„Ich selbst habe ein spirituelles Bedürfnis.“* Wichtig wirken in dieser Auseinandersetzung Selbsterfahrung und Selbstreflexion:

*„...aber ich bin der Meinung, dass jeder, der sterbende Menschen begleitet, sich selbst mit diesen Fragen auseinandergesetzt und selber einen Standpunkt gefunden haben muss. Sonst bin ich selbst blind und der Blinde begleiten will und ich habe die Erfahrung oder die Befürchtung, dass Pflegende häufig sehr dicke Schutzmäntel oder Krusten angelegt haben, um sich vor diesen Fragen zu schützen und doch da Distanz aufgebaut haben. Sich persönlich damit auseinanderzusetzen ist aber gerade in dem Bereich, ob jetzt Implementierung oder Palliative Care, für mich eine Voraussetzung.“*

*„Es ist so wichtig, dass jede Teilnehmer noch einmal seine eigene Sinnhaftigkeit bemerkt, in Frage stellt, sich wieder findet.“*

Spiritualität birgt weiterhin das Potential der Selbstpflege für die Pflegekräfte.

Es wurde sogar der Vorschlag unterbreitet, für jedes Haus eine Seelsorgenbeauftragte aus den Reihen der Pflegekräfte bereitzuhalten.

In der Differenzierung des Begriffes Spiritualität kommt der **Alltagsspiritualität** eine zentrale Bedeutung im Pflegealltag zu, die im Rahmen einer Weiterbildung aufgegriffen werden könnte: *„Pflegende sind in einem gewissen Sinne auch Seelsorger.“* Spiritualität kann man in dieser Beziehung übersetzen mit *„gelebter Aufmerksamkeit“*, die sich zum

Beispiel daran zeigt, wie eine Pflegekraft in ein Zimmer hereinkommt oder jemand beim Essen hilft: „*Der Geist der Gegenwart: Wie bin ich bei einem Menschen?*“ Die Gespräche, die sich dabei entwickeln, „*sind nicht zu delegieren*“ und auch Berührungen haben spirituelle Qualität. Insbesondere mit Blick auf dementiell erkrankte BewohnerInnen geht es um nonverbale Konzepte, wie man Spiritualität erspüren kann. Bestandteil der Weiterbildung sollte das Verstehen sein, dass man hier nicht delegieren kann, sondern es selbst machen muss.

Der Aspekt der **Interspiritualität und der Interkulturalität** müsste stärker erschlossen und ausgeformt werden, weil der Anteil nichtdeutschsprachiger Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe hoch ist und die Anzahl der MigrantInnen bei den BewohnerInnen ebenfalls steigt. Spiritualität jenseits bestimmter Glaubensrichtungen sowie Aspekte des interreligiösen Umgangs müssten aufgegriffen werden für die Weiterbildung. Es wird festgestellt, dass sich eine große Zahl der MigrantInnen mit zunehmendem Alter der Religiosität zuwenden. Rituale, Bestattungen, Religion sind daher wichtige Themen, mit denen sich auch die Pflegekräfte konfrontiert sehen. Andere werden in ihrer inzwischen areligiösen Haltung verkannt:

*„Die jüdischen MitbürgerInnen, die jetzt auch in der Geriatrie deutlich mehr werden, die russischen jüdischen ImmigrantInnen, die in einem ganz anderen spirituellen Background sind, in einer areligiösen Gesellschaft gelebt haben und jetzt hier mit Formen des Jüdischseins und Christlichseins konfrontiert sind, mit denen sie gar keine Erfahrungen haben. Und da kann man nicht mit den Riten daherkommen, sondern da braucht man eher so was wie den Dialog der Achtsamkeit und des freien Umgangs miteinander“*

Innerhalb der MitarbeiterInnen gibt es eine Multikulturalität, die sehr viel Offenheit und gegenseitigen Respekt im Umgang untereinander erfordert. Darüber hinaus müssen Sprachbarrieren überwunden werden.

*„Das ist schwierig, weil die Glaubensausprägungen so unterschiedlich sind. Und dann die Wertschätzung der unterschiedlichen Glaubensrichtungen, die Inhalte zu vermitteln, also diese Unterschiedlichkeiten zu vermitteln und gleichzeitig das allgemeine herauszuziehen, was ist wichtig. Wie können die Pflegenden dann ihrerseits, wenn sie dann mit einer noch viel größeren Vielfalt konfrontiert sind im Haus, mit einer wahrscheinlich noch eingeschränkteren Ausdrucksmöglichkeit, wie können die dem entsprechen? Wie kann man sie darauf vorbereiten? Das ist noch ein Gebiet, das noch zu erkunden ist.“*

Wenn man über Spiritualität spricht, sollte man ebenfalls über eine Anknüpfung an Spiritualität ohne Glaubensrichtung nachdenken, die man mit dem der Logotherapie Viktor Frankls geschuldeten Begriff „**Sinnkompetenz**“ belegen könnte.

*„... weil es geht ja um die Frage nach Sinn und ich denke dazu ist auch jeder andere qualifiziert darüber zu reden, ins Gespräch zu kommen.“*

*„Ich denke, dass das auch zunehmend unsere Aufgabe ist, auch als konfessionelle Einrichtung, eben auch Menschen zu begleiten, die eben keiner Konfession angehören und die trotzdem nach Sinn fragen und Antworten wollen. Die auch ihre Fragen stellen.“*

Pflegekräfte könnten in diesem Zusammenhang von den Lebenserfahrungen der alten Menschen profitieren, indem sie Kenntnis bekommen, wie Lebenskrisen überwunden, Einstellungen, Werte und vor allem Sinn erschlossen werden konnten.

Einige ExpertInnen sind skeptisch, dass sich Spiritualität vermitteln lässt und sehen daher nicht mehr Potential in der Ausgestaltung eines Curriculums. Sie sehen eher die Verantwortung bei der **Fachseelsorge**, wieder mehr in die Heime zu kommen. Die Altenheimseelsorge – damit sei hier die Fachseelsorge gemeint - ist eher rückläufig. Eine 24-Stundenbereitschaft ist nicht gegeben. Dass die Pflege diese Defizite aufgreift, sei auch ein falsches Signal. Es muss geachtet werden, dass der Bereich der Spiritualität/Seelsorge nicht alleinig von den Pflegekräften abgedeckt werden kann. Das führe zu einer Überforderung.

Abschließend lässt sich als Ergebnis festhalten, dass das Thema Spiritualität für die Lehrenden eine große Herausforderung darstellt:

*„Also bei den Lehrenden wird man eher wieder gucken müssen, wie können wir diesen Teil unterrichten in so einer Sprachlosigkeit und Scham und Scheu in diesem Thema. Also das zu unterrichten ist meiner Erfahrung nach intimer als über Sexualität und Zärtlichkeit zu sprechen. Und da müssen wir einfach gucken, welche Methoden da gut sind.“*

#### **6.4.6. Lehre**

##### ***Wer sollte lehren?***

Wenn es jetzt den zunehmenden Weiterbildungsbedarf gibt, muss ernsthaft die Frage gestellt werden, wie die Lehrenden qualifiziert sein sollten. Die Bedingungen zur Durchführung eines Palliative Care Kurses nach dem *Basiscurriculum Palliative Care* von Kern/ Müller/Aurnhammer formulieren klare Qualitätskriterien an die Lehrenden, allerdings gelten diese nur für Weiterbildungen, die das *Basiscurriculum* als Grundlage wählen. Ein Teil der ExpertInnen befürchtet, dass es aufgrund des durch die Gesundheitsreform entstandenen großen Qualifizierungsbedarfes einen Verlust in der Qualität der Kurse geben kann. Daher wird eindringlich betont, dass die Lehrenden neben der Palliative Care Qualifizierung auch einen Praxisbezug vorweisen sollten, um auf der einen Seite authentisch aber auch fachlich auf dem aktuellen Stand sein zu können.

*„Dass es nicht nur so das kurzfristig Angelernte und Weitergegebene ist, weil ich glaube, man muss wirklich den Menschen begegnen. Das glaube ich. Gerade weil es um Haltung geht, ist es total wichtig, dass man solchen Menschen begegnet, die davon geprägt sind.“*

Die Multidisziplinarität der Lehrenden ist weiterhin gefordert, allerdings wird auch von Erfahrungen berichtet, dass eine zu große Vielfalt der ReferentInnen zu einer gewissen

Unstetigkeit im Lernprozess führen kann. Mit Blick auf eine Qualifizierung Palliative Care im Alter wird vorgeschlagen, eher keine ReferentInnen aus der onkologischen Fachrichtung zu wählen, sondern den Fokus auf den gerontopsychiatrischen und geriatrischen Bereich zu legen. Immer wieder wird betont, dass es bedeutungsvoll und produktiv ist, wenn gerade KollegInnen ihr Wissen weitergeben und eine zu starke Akademisierung der Lehrenden vermieden werden kann. Pädagogik als nachrangige Qualifikation sollte ebenfalls Berücksichtigung finden, da oftmals ein Mangel in der Didaktik und Methodik festgestellt wird. Darüber hinaus ist die Lehre Palliative Care im Alter ein ganzheitlicher Ansatz:

*„Das ist ja wieder die große Sache, was ist es? Geisteswissenschaft oder ist es Naturwissenschaft? Das ist ja auch in Deutschland sehr naturwissenschaftlich angelegt, aber ich sehe das auch als sehr große philosophische, als ethische Aufgabe.“*

Die Evaluation sowie das Team-teaching werden noch als wichtige Maßnahmen der Lehrenden genannt.

#### **6.4.7. Lernen**

##### ***Wie sollte gelernt werden?***

Die ExpertInnen nennen aufgrund ihrer Erfahrungen und Erkenntnisse eine Vielzahl möglicher Lernansätze und Lernmethoden, die hier nur schwerpunktmäßig genannt werden können. Es wird immer wieder unterstrichen, dass das **Lernen von den Erfahrungen anderer** extrem wichtig ist. Miteinander zu lernen wird als Kernkompetenz von Palliative Care gesehen und auf der didaktischen Ebene durch die Gruppendynamik und die Förderung des Gruppenprozesses verwirklicht. Von einigen ExpertInnen wird festgestellt, dass der **Theorie-Praxis Transfer** verbessert werden könnte, da in der Lehre oftmals eine gewisse Theorieferne zu beobachten sei. Mit einer besseren Durchdringung sowie Auseinandersetzung mit Theorie könnte das methodische Arbeiten als eine Grundlage des Lehrens effektiver gestaltet werden, wozu auch bestimmte Methoden der Fallbesprechung zählen. In diesem Zusammenhang wird teilweise eine **verbesserte Didaktik** gefordert mit Blick auf Erwachsenenpädagogik, konstruktive Didaktik und problembasiertes Lernen. Ein weiterer Vorschlag verbesserten Lernens ist zu lesen, in Büchern nachzuschlagen sowie das Internet als **neue Quellen der Wissensgewinnung** zu nutzen:

*„Es ist nicht nur das Eins zu Eins Wissen der Weiterbildung und dafür müsste die Weiterbildung sensibilisieren, das heißt mehr Materialien vorstellen, zur Verfügung stellen, Bücher zur Verfügung stellen, eben auch mal einen Artikel lesen lassen und diskutieren in der Gruppe, um sie auf eine andere Art der Wissensgewinnung aufmerksam machen und nicht nur Overheadfolien und vielleicht mal eine Gruppenarbeit.“*

*„...dass man einfach da noch mal kreativ reingeht: wie kann ich am Laufenden bleiben und da muss es mindestens einen Halbtage geben in jeder Weiterbildung, die den Blick ganz radikal darauf lenkt. Wie kriegt man sie so fit, dass sie dann auch*

*selber weitermachen können. Das denke ich mir, wäre einfach auch wichtig, langfristig gesehen.“*

Darüber hinaus sollte das **Gelernte wiederholt** werden:

*„Also ich habe eigentlich keinen Nachweis mehr, lernen die denn überhaupt. Sie machen jetzt einen Block, dann fahren sie nach dem Block nach Hause, dann gehen sie in die Praxis, dann kommen sie zum nächsten Block, aber was im letzten Block war, ist vergessen. Das steht in dem Ordner und ein paar ganz markante Sachen... aber wir wissen ja schon, wie wenig das ist, was wirklich hängen geblieben ist.“*

Den Pflegekräften den Arbeitsauftrag in Form einer **Projektarbeit** während der Qualifizierung zu geben, wird als eine sehr gute Maßnahme eingeschätzt. Ein Großteil der ExpertInnen konnte schon gute Erfahrungen mit kleinen Projektarbeiten machen, die dann am Schluss als ritueller Abschluss wertschätzend vorgestellt werden.

*„...wichtige Erfahrungen damit gemacht, dass diese Projektergebnisse einmal in Form einer Arbeit eingereicht werden und dazu auch Rückmeldungen kommen, dann aber auch präsentiert werden können im Rahmen eines Kolloquiums, wo eben auch nicht nur Lehrende sondern die Gesamtgruppe daran teilnimmt oder auch Vertreter von Institutionen. Das ist eine ganz wichtige Form von Wertschätzung am Ende einer solchen Weiterbildung, wo dann auch noch einmal die Vertreter der Institutionen mitkriegen, was dort eigentlich läuft.“*

Diese Maßnahme bietet eine bessere Auseinandersetzung mit dem Thema Palliative Care und fördert kommunikative Kompetenzen, wenn solche Projekte gemeinsam gemacht werden.

Das Thema **Leistungsnachweis** wird sehr konträr diskutiert und einige lehnen dies ab, insbesondere wenn es um das Prüfen von Leistungen geht. Das tragende Argument ist, dass man Haltung nicht prüfen kann. Für Andere geht es aber nur darum, zum Beispiel Aufsätze zu schreiben über ein Thema, das dann am Kursende vorgestellt wird:

*„Sie beschreiben eine Sterbebegleitung oder einen Fall aus diesen vier Ebenen von Cicely Saunders: körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Auch da ist es wieder drin und es ist schon interessant, was kommt da so aus der Ecke. Da kommen nämlich viele positive, aber auch viele schwierige und negative Beispiele und das ist auch wieder so ein Zeichen der Realität, dass man trotz bester Bedingungen und Rahmenbedingungen trotzdem schwierige Familiensituationen, Entscheidungen hat, die Angehörige, Patienten treffen und es dann trotzdem nicht so klappt, wie wir das selber gerne wollen. Ich denke, dann ist auch wieder dieses Erfahrungswissen dabei, zu hören, wie sind die damit umgegangen.“*

Ein weiteres wichtiges Anliegen der ExpertInnen ist, dass es **in der Vielfalt eine bessere Evaluation** geben sollte, wofür allerdings ein größerer Stundenrahmen für die Lehrenden geschaffen werden müsste.

#### 6.4.8. Vor- und Nachteile eines einheitlichen Curriculums

Die Vor- und Nachteile eines möglichen Curriculums Palliative Care im Alter wird konträr diskutiert. Diejenigen, die sich **für** ein einheitliches Curriculum aussprechen, sehen gerade in der Entwicklung, dass *jeder sein's macht*, ein falsches Signal für die Zukunft. Es gehe eher darum, bestimmte edukative Standards zu haben und einzuhalten, die damit eine gewisse Vergleichbarkeit und Klarheit in den Lernzielen garantiere. Die staatliche Anerkennung der Palliativpflegefachkraft wäre unter diesen Bedingungen leichter möglich als in einer unübersichtlichen Vielfalt, die einen zu großen qualitativen Freiraum lasse. Trotz möglicher Einschränkungen durch ein einheitliches Curriculums wird in der Lehre eine individuelle Freiheit gesehen:

*„Didaktische Anleitung ja. Aber alles was ich anwende, was ich mache, geht dann noch mal durch die pädagogische Arbeit. Es muss zu mir passen, ich muss authentisch damit arbeiten können, es muss zu der Gruppe passen. Und alles das sind Entscheidungen, die Lehrende eh immer noch zu treffen haben. Das nimmt ihnen kein Curriculum ab. Da wäre meine Angst nicht, dass da die Freiheit eingeschränkt würde.“*

Der Teil der ExpertInnen, der die Idee eines einheitlichen Curriculums **ablehnt**, sieht das Kernproblem in der ungeklärten Frage, was Qualität ist. Ein schwerwiegender Nachteil wird auch darin gesehen, dass das Curriculum zu starr ist. Auf der einen Seite verändere sich der Wissenshintergrund in Palliative Care im Alter dynamisch und auf der anderen Seite müsse der Vielfalt der Heimkulturen Rechnung getragen werden. Eine Weiterbildung müsse ein Prozess bleiben und damit auch eine Vielfalt gewährleisten, die eine bessere Evaluation möglich macht. Ein weiteres Argument gegen ein einheitliches Curriculum liegt in der Befürchtung begründet, dass *„es wieder die gleichen Leute machen.“* Es dürfe kein *„Machtmonopol“* in der Entwicklung einer spezifischen Qualifizierung Palliative Care im Alter geben.

Ein gewisser Kompromiss in dieser Frage wird von einem Großteil der ExpertInnen in einem **„Core“ Curriculum** gesehen, wie es in der Recherche des amerikanischen ELNEC Projektes vorgestellt wurde. Somit gebe es grundsätzliche, überprüfbare Qualitätskriterien, denen man sich stellt. Die Grundlagen sollten vergleichbar sein bei gleichzeitiger Berücksichtigung regionaler Unterschiede. Für die Altenhilfe sei es wichtig, dass die Individualität und die Schwerpunkte der Einrichtungen in gewissem Maße gewürdigt werden. In diesem Rahmen müsse auch die Individualität der Lehrenden in einem adäquaten Verhältnis zu der didaktischen Anleitung stehen, um authentisch arbeiten zu können. Durch die Offenheit des Curriculums könnten neue Entwicklungen in Bezug auf Palliative Care im Alter aufgenommen werden, die sich unter anderem auch durch die Evaluation ergeben. Allerdings müsse eine 160-Stunden Weiterbildung dann aufgrund des höheren Arbeitsvolumens auf 200 Stunden erhöht werden. Ob der thematische Abgleich und die Erarbeitung der Qualitätskriterien bundesweit durch eine Fachgesellschaft oder ein

Weiterbildungsgremium erarbeitet würde, wirft jedoch wieder die Diskussion über die „Machtstrukturen“ und Standesinteressen in Bezug auf die Zusammensetzung der ExpertInnen auf.

Generell wird bemerkt, dass es eine Kompatibilität zwischen einem Curriculum für die Lernenden und einem für die Organisation geben sollte.

Möglichkeiten und Voraussetzungen für ein **einheitlich europäisches Curriculum** Palliative Care im Alter wird von den meisten mit Zurückhaltung und Zweifeln gesehen. Es sei zu früh in der Entwicklung und die Gesundheitsstrukturen seien zu unterschiedlich. Allein innerhalb der Schweiz ist die Unterschiedlichkeit in Kultur und Sprache besonders deutlich. Die medizinisch-pflegerischen Aspekte sind leichter international zu vermitteln als die Themen Ethik, Kommunikation, psychosoziale und spirituelle Fragen. Die Sprache insbesondere auch auf emotionaler Ebene stelle die Lehrenden wie die Pflegenden vor zu große Herausforderungen.

*„Also wenn ich mir allein nur Bayern angucke und mir da anschau, wie heterogen die Landschaft in der Altenpflege ist, auch der Altenpflegeschulen, dann halte ich irgendwie von einem völlig standardisierten Programm irgendwie gar nix. Weil das kann ja keine Rücksicht nehmen auf kulturelle Prägungen, auf sprachliche Prägungen, auf landschaftliche Prägungen. Und wenn ich mir dann angucke, wie heterogen Deutschland ist und dann angucke wie Europa sich auf politischer Ebene bemüht, die Dinge anzupassen. Also es ist so die Frage, brauchen wir immer alles so einheitlich?“*

Eine Minderheit der ExpertInnen meint, dass wenn es um Palliative Care sowie Leben und Sterben im Alter geht, dürfe das ruhig international sein. Was der Mensch im Alter braucht, ist nicht an ein System gebunden.

## **6.5. Abschlussfrage**

### ***Haben Sie einen Traum in Bezug auf Palliative Care und Altenhilfe?***

Mit dieser Abschlussfrage sollte den ExpertInnen die Möglichkeit gegeben werden, die unzähligen Einschränkungen im Arbeitsalltag Palliative Care im Alter hinter sich zu lassen. Die Antworten zeichnen sich erneut durch große Offenheit, Spontaneität und Weitblick aus. Die Auswahl der nachfolgenden Träume sind Visionen, die darauf warten realisiert zu werden:

*„Da habe ich schon einen Traum. Kompetenzzentren oder wenigstens ein Kompetenzzentrum pro Region zu haben, dieses Kompetenzzentrum ist eben besetzt mit Forschung, mit Wissenschaftlern, die sehr praxisnahe Forschung im häuslichen Setting und im Pflegeheimsetting durchführen, um genau das anzusprechen, was Sie vorher erwähnt haben mit Nachweis öffentlicher Debatten, das braucht es.“*

*„Also ich hätte da was ganz Kleines. Ich würde mir wünschen, dass unsere Übergaben, wenn der Frühdienst an den Spätdienst, der Spätdienst an den Nachtdienst übergibt, nicht*

*damit beginnen: Frau Soundso hatte die Medikamentenveränderung oder hatte Stuhlgang oder hatte dies. Sondern: Frau Soundso fühlt sich so und es geht ihr so und ich habe das wahrgenommen und sie braucht dieses. Also dass man wirklich in unserem Alltagsgeschäft diese andere Haltung wahrnehmen und ablesen kann. Das würde ich mir wünschen für die Altenhilfe. Das käme allen zu Gute, nicht nur der Palliative Care Haltung.“*

*„... Für Palliative Care speziell. Ich denke das ist die Vision, die Cicely Saunders auch schon hatte, dass wir uns selbst überflüssig machen.“*

*„Also ich habe einen Traum: ich möchte in sechs bis sieben Jahren Teams erleben, die sich jeden Morgen zusammen setzen und über die Patienten, die es benötigen, sich ganz individuell austauschen. Dass sie begreifen, dass es nicht immer mit Zeit zu tun hat, sondern mit Arbeitsorganisation. Dass Netzwerke sich gut verbinden, dass es eine gute Netzwerkarbeit gibt und der palliative Gedanke, dass der sich in die Altenpflege ausbreitet wie ein Virus. Wie eine Epidemie. Das wünsche ich mir von ganzem Herzen. Ich könnte es schreien. Ich liebe es so. Und ich glaube ein Teil ist auch meine Begeisterung, weil ich weiß, es geht nicht anders. Es ist so.“*

*„Der Traum ist ein bisschen das Realisieren des sektorenübergreifenden Arbeitens. Was wir in der Onkologie immer machen wollten, den Patienten XY durch alle Stationen seines Krankseins von einem therapeutischen Team zu begleiten. Das müssen nicht immer die gleichen Personen sein, aber so etwas wäre ein Traum, weil es ist, glaube ich, die beste medizinische Versorgung. Ähnlich wie ein Hausarzt durch das Leben mitgeht, ist es dann der Therapeut mit seinem Team, der diese schwerkranke Person betreut. Sie durch diese Sektoren begleiten können. Vom Pflegeheim nach Hause oder von zu Hause ins Pflegeheim, ins Krankenhaus. Und das wäre so ein Traum, so eines Teams, das sich wirklich vernetzt und nicht nur auf dem Papier. Und auf dem Weg, glaube ich, könnte es mit dem 37b funktionieren...Wenn man die Finanzierung für solche sektorenübergreifende Versorgung bekäme, das ist eine schöne Vorstellung.“*

*„Also mein Traum ist schon, dass sich durch diesen Hospizgedanken, wenn er wie ein Virus alle Menschen infizieren würde, dann glaube ich schon würde sich Haltung von sich aus ändern. Und der Traum bleibt wirklich auch der hospizliche, dass irgendwann die Hospizbewegung nicht mehr nötig sein müsste. Das fände ich schon sehr schön, wenn wir solche eine Ethik im Miteinander bekommen, die immer projiziert ist auf den Menschen, den ich versorge. Egal ob es in der Klinik ist, im Altenheim, ambulant, stationär, wenn ich diesen Blick bekommen würde und ich so auch handeln würde, dann wäre dieser hospizliche Traum erfüllt.“*

## 7. Diskussion der Ergebnisse im Rahmen der Präsentation

Da diese Studie eine Grundlage für weitere Diskussionen bieten will, bilden die Meinungen und Erkenntnisse der TeilnehmerInnen bezüglich der am 18. Dezember 2007 im *Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen* präsentierten Ergebnisse sowie möglicher Weiterentwicklungen der Qualifizierung Palliative Care im Alter das Schlusswort. Wie die Studie zeigt, gibt es auf der einen Seite in einigen Fragen ein eher heterogenes Bild, das letztlich die Komplexität des Themas widerspiegelt. Auf der anderen Seite lassen sich Tendenzen und Übereinstimmungen erkennen, die insbesondere den Handlungsbedarf mit Blick auf eine verbesserte Qualifizierung der Pflegefachkräfte in den stationären aber auch ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe verdeutlichen. Übereinstimmung herrscht in der Ansicht, dass die sozialpolitischen Entscheidungsträger stärker in ihre Verantwortung einzubinden sind, da sonst die notwendigen palliativen Rahmenbedingungen nicht nachhaltig geschaffen werden können. Der Veranstaltungsort der Tagung hatte daher eine Signalwirkung.

Es ist eine Herausforderung in der Vielfalt der Erkenntnisse und Meinungen zu notwendigen Entscheidungen zu gelangen. Darüber hinaus gilt es Misstrauen und Vorbehalte, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform und der daraus resultierenden Expansion des Aus- und Weiterbildungsmarktes entstehen können, ernst zu nehmen sowie zu überwinden. Alle TeilnehmerInnen setzten hier ein positives Zeichen und ermöglichten eine offene, wertschätzende Diskussion, die primär die derzeitigen Bedarfe und Defizite aufzeigte. Ausgangspunkt der Diskussion war eine erste Reflexion in Kleingruppen auf der Grundlage folgender Fragen:

1. Welchen Bedarf für Qualifizierung gibt es?
2. Auf welchen Ebenen müsste er wie aufgenommen werden?
3. Welchen nächsten Schritt können wir setzen?

Generell wird der Qualifizierungsbedarf von den TeilnehmerInnen bestätigt insbesondere im Bereich der nicht onkologischen Erkrankungen im Heim. Dabei geht es nicht nur um den zentralen Aspekt Schmerzen sondern vor allem auch um die psychosoziale Dimension. Eine Gruppe betonte, dass die Sensibilisierung der Pflegekräfte für die Bedürfnisse alter und sterbender Menschen stärker ausgebildet werden müsste. Der Respekt vor der Person mit ihren Symptomen, Schmerzen und Bedürfnisse würde oftmals noch zu wenig wahrgenommen. Eine Unruhe sollte zum Beispiel nicht mit Neuroleptika sondern eventuell mit Schmerzmedikamenten angegangen werden. Die Erfahrung zeige dabei, dass der Arzt nur verordnen kann, was ihm mitgeteilt wird. Eine weitere Gruppe wendet ein, dass die SchülerInnen die Altenpflegefachausbildung größtenteils mit 19 Jahren, das heißt viel zu jung, abschließen und somit gewisse Reifeprobleme bezüglich der Haltung und Einstellung zu Sterben und Tod zeigten. Darüber hinaus müsse sich der psychosoziale Bereich, der in

der Weiterbildung so stark betont werde, auch in der Stellenbesetzung des Teams wie zum Beispiel mit SozialpädagogInnen widerspiegeln.

Eine der zentralen Forderungen ist, dass Leitung und Pflegekräfte gleichzeitig qualifiziert werden müssen, da die Qualifizierungsmaßnahme sonst keine nachhaltige Wirkung zeigen kann. Die Leitungsebene zu der Palliative Care Qualifizierung zu verpflichten, ist ein Schwerpunkt der Diskussion, denn die 160 Stunden-Kurse können es nicht leisten, Veränderungen zu bewirken. Es sollte nicht der Fehler der gerontopsychiatrischen Ausbildung wiederholt werden, der sich neben didaktischen Schwächen insbesondere in der mangelnden Anbindung an die Leitung zeigt. Ein Zueinander der Kompetenzen müsse erreicht werden, das sich in veränderten Rahmenbedingungen sowie in einer verbesserten Sensibilität zwischen den hierarchischen Ebenen niederschlägt. Die Leitung müsste den Pflegekräften mehr Handlungssicherheit geben, indem sie selbst mehr Kenntnis in den rechtlichen Grundlagen gewinnt. Hier könnte auch die Angst der Pflegekräfte vor dem Medizinischen Dienst das gelernte Fachwissen Palliative Care dann auch umzusetzen, verringert werden. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, den Medizinischen Dienst multiprofessionell in die Weiterbildungsmaßnahme zu integrieren. Anhand einer Alten- und Pflegeeinrichtung in Würzburg wurde die wirksame Qualifizierung auf unterschiedlichen Ebenen dargestellt. In diesem Haus mit 200 BewohnerInnen erhielten bisher 30 Kräfte eine Basissensibilisierung, 7 Pflegefachkräfte die 160 Stunden-Weiterbildung und darüber hinaus gibt es die Auflage, die Heimleitung in den Kurs aufzunehmen.

Neben der Forderung eines spezialisierten Qualifizierungsprogramms für die Leitungsebene wird bekräftigt, dass Weiterbildung nicht ohne den gleichzeitigen Integrationsprozess von Palliative Care in die jeweilige Einrichtung/Träger nachhaltig sein wird. Die Kernfrage lautet: Wie kann die Qualifizierung der Pflegekraft mit der Qualifizierung der Einrichtung gekoppelt werden? Die Schulung von Leitung und Pflegekräften muss mit einer Implementierung ineinander greifen. Die Haltung als Grundkompetenz zu verstehen, sollte das Missverständnis aufheben, dass Palliative Care eine Spezialisierung ist. Vielmehr ist sie in den Alltag zu integrieren und auf bestimmte Qualifikationen zu verteilen. Eine weitere zentrale Kompetenz in der Implementierung ist die Befähigung der Leitung und der MitarbeiterInnen zur Verknüpfung, denn die zukünftige Wirksamkeit des Palliative Care Konzeptes im Alter liegt für stationäre Einrichtungen/Träger in der Netzwerkperspektive. Das Heim als Teil eines Versorgungsnetzes einer bestimmten Region muss an der Durchlässigkeit seiner Strukturen arbeiten. Damit sich das „Zueinander“ entwickeln kann, muss die Qualifizierung die notwendigen Grundlagen schaffen.

In der Diskussion fanden sich gemäß den Ergebnissen der Studie zwei unterschiedliche Standpunkte wieder in Bezug auf die Frage, wer mittel- und langfristig welche Art einer palliativen Fachkompetenz innehaben sollte. Einige ExpertInnen der palliativ-hospizischen

Seite sehen aufgrund der unterschiedlichen Fachqualifizierungen und Kompetenzen im Heim dort eher eine Fachlichkeit, die man als „Basic Palliative Care“ bezeichnen könnte. Das würde bedeuten, dass die Pflegekräfte neben einem medizinisch-pflegerischen Basiswissen schwerpunktmäßig ihre psychosozialen Kompetenzen in Palliative Care qualifizieren sollten. Schwierige und komplexe medizinisch-pflegerische sowie ethische Fragen und Beratungssituationen würden von Seiten der Palliative Care Fachteams mit palliativ-geriatrischer Ausrichtung geleistet. Für eine Weiterbildung würde es bedeuten, dass es in einer guten Kooperation spezialisierte fachlich anschlussfähige KollegInnen in Palliative Care von außen gebe. Dieser Vorstellung der Kompetenzverteilung wird seitens der Altenpflege widersprochen, denn die geschulten Fachkräfte der Heime sollten auf Dauer die palliative Versorgung und Begleitung selbst übernehmen, wobei sektorenübergreifende Kooperationen wichtig bleiben.

Das Thema der Finanzierung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der palliativen Versorgung und Begleitung im Heim wurde immer wieder eingebracht. Eine der gesetzlichen Krankenkassen wies darauf hin, dass aufgrund der Demographie die Kosten weiter explodieren werden und dass die Rahmenbedingungen nur durch den Gesetzgeber verändert werden könnten. Es wurde eingewendet, dass zu wenig untersucht und damit betont werde, dass die Integration des Palliative Care Konzeptes generell Kosten einspare. Letztlich wird vermutet, dass die Bereitschaft zur Kostenübernahme eher gering ist. Seitens der Kassen gab es eine Meinung, die den möglichen Einsparungen aufgrund unterlassener Krankenhauseinweisungen am Lebensende widersprach. In der Stadt gebe es mehr Einweisungen als auf dem Land, weil in ländlichen Gebieten nicht die Integration von Palliative Care sondern das Wissen über die einzelnen PatientInnen sowie die bessere Kommunikation der Schnittstellen Einweisungen verhindere. Das *Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen* antwortet auf den Fort- und Weiterbildungsbedarf in Palliative Care in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und fördert schwerpunktmäßig Basisschulungen, die Qualifizierung von MultiplikatorInnen sowie Heimleitungen mit der Kernkompetenz Management.

Aufgrund mangelnder Zeit konnte der dritte Aspekt, welcher Schritt als nächstes zu setzen wäre, nicht ausreichend behandelt werden. Ein von Herrn Prof. Heller vorgestellter Entwurf „Internationaler Universitätslehrgang Hospiz, Palliative- und Dementia Care im Alter“ sollte als eine mögliche Qualifizierungsmaßnahme gesehen werden, die neusten Erkenntnisse in einen 160stündige Rahmen einzubinden. Alle TeilnehmerInnen wurden eingeladen Stellung zu beziehen und sich auch gegebenenfalls mit ihrem Fachwissen sowie ihren Erfahrungen als ExpertInnen zu beteiligen. Die Fortsetzung und vor allem die Intensivierung multi-professioneller Kooperationen im Bereich Palliative Care im Alter sollten mit diesem Fachtag erreicht werden.

## Literaturverzeichnis

- Alzheimer, Martin u.a.** 2006a: Palliative Care. Lehren+Lernen+Leben. Handreichung Palliative Care und Hospizarbeit. Für die Ausbildung zur Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege. Bonn
- Alzheimer, Martin** 2006b: Palliative-Care-Fachkräfte in Pflegeheimen. Plädoyer für eine klärende Studie zum Fortbildungsbedarf und –umfang. Ingolstadt.
- Baseler, Heinz-Dieter** u.a. 2004: Schmerzdiagnostik und –therapie in der Geriatrie In: Der Schmerz. Bd. 18. Heft 4 / August 2004. S. 317-326
- 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
- Beckers, Donata** 2006: Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. Eine Studie für die Bayerische Stiftung Hospiz. Bayreuth.
- Bogner, Alexander u.a.** 2005. Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage Wiesbaden
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.)** 2004: MIT-GEFÜHLT. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase. Wuppertal
- 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
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** 2006: Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin  
[www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01Redaktion/PDF-Anlage](http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01Redaktion/PDF-Anlage) 20.05.2007
- Curaviva (Hrsg.)** 2007: Orte des Lebens-Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen. Luzern
- Davies, Elizabeth / Higginson, Irene J.** 2004: Better Palliative Care for Older people. S. 36  
[www.euro.who.int/document/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf) 24.5.2007
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin** 2007: AG „Nicht –Tumor-Patienten“ der DGP. Endergebnis vom 9.7.2007. Definition, Bedarf und Formen der Palliativversorgung von Patienten mit Demenz. Bonn
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV- ehemals BAG)** 2006: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim- Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz . Wuppertal
- Enquete-Kommission** 2005: Ethik und Recht der modernen Medizin. Zwischenbericht Palliativmedizin und Hospizarbeit. Kurzfassung. Berlin  
[www.bundestag.de/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik\\_med/berichte\\_stellg/05\\_06\\_22zwischenbericht\\_palliativmedizin-kurzfassung.pdf](http://www.bundestag.de/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/berichte_stellg/05_06_22zwischenbericht_palliativmedizin-kurzfassung.pdf) 19.5.2007
- Ewers, Michael** 2006: Palliative Praxis: Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege. Bielefeld
- Feild, Reshad** 1990: Spuren im Sand. Basel. S. 90
- Grond, Erich** 2004: Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegenden in der Altenhilfe. Stuttgart
- Gronemeyer, Reimer** 2007: Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt am Main
- Gutenthaler, Ursula** 2003: Basale Stimulation in der Palliativen Geriatrie. In: Kojer, Marina: Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 164-175
- 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 / Heller, Andreas** 2001: Vom Modell zum Regelfall. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativarbeit lernen. In: Heimerl, Katharina / Heller, Andreas (Hrsg.): Eine grosse Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativarbeit lernen. Freiburg im Breisgau. S. 9-14
- Heimerl; Katharina / Pleschberger, Sabine** 2002: Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. Wien. S. 13-27
- Heimerl, Katharina / Metz, Christian** 2002: „Was alle angeht, können nur alle angehen“. Der Stellenwert von interdisziplinärer Teamarbeit. In: Pleschberger, Sabine u.a.: Palliativpflege. Wien. S. 301-327
- Heimerl, Katharina u.a.** 2005: Daheim Sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg im Breisgau
- Heller, Andreas** 2000: Berufsübergreifende Herausforderungen des Umgangs mit Sterbenden in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Heller, Andreas u.a. (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 106-127
- 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 u.a.** 2003b: Erfolgreiche Leitbildentwicklung. In: Heller, Andreas u.a.: OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie. Freiburg im Breisgau. S. 268-277
- Heller, Andreas/Wegleitner, Klaus** 2006: Palliative Care in der stationären Altenhilfe – Ansätze der Implementierung. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.) 2006: Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage Bern S. 73-80
- Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Husebö, Stein** (Hrsg.) 2007: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Freiburg
- Kern, Martina u.a.** 1997: Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für Pflegenden in Palliativmedizin. In: Müller, Monika u.a.: Qualifizierung hauptamtlicher Mitarbeiter: Curriculum für Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin. Bonn
- Knipping, Cornelia** (Hrsg.) 2006: Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage Bern
- Körtner, Ulrich H.J.** 2004: Grundkurs Pflegeethik. Weinheim
- Kojer, Marina** 2000: Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen...Was ist Palliative Geriatrie? 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. 141-160
- Kojer, Marina** 2003: Was ist Palliative Geriatrie? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 21-31
- Kojer, Marina / Chladek, Alfred** 2003: Wie können wir Angehörige einbinden und begleiten? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 344-363
- Kojer, Marina / Pirker Susanne** 2003: Wie könnten wir es besser machen? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 32-42
- Kojer, Marina / Zsifkovics, Michaela** 2003: Kann es „hierarchiefreie Räume“ geben? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 95-100
- Kottnik, Roswitha u.a.** 2000: Vernetzte Sterbebegleitung im Altenpflegeheim. Leitgedanken für eine lernende Organisation. In: Kottnik, Roswitha / Mayer, Christel (Hrsg.): Vernetzte Sterbebegleitung im Altenpflegeheim. Berlin. S. 7-22
- Kränzle, Susanne u.a.** 2006: Handbuch für Pflege und Begleitung. 2. Auflage Berlin
- Kruse, Andreas** 2007: Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Lebensende. Stuttgart

- Kuratorium Deutsche Altenhilfe** (Hrsg.) 2002: Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln
- Mayring, Philipp** 2002: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel
- Metz, Christian** 2000: Kann man Sterbebegleitung und Trauern lehren und lernen? 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. 193-201
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike** 2005: ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander u.a. 2005. Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage Wiesbaden. S. 71-93
- Oelke, Uta / Menke, Marion** 2005: Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 2. Auflage Bern
- Pleschberger, Sabine** 2002: Konzeptuelle Grundlagen und internationale Entwicklung – Palliative Care unter besonderer Berücksichtigung der Pflege. In: Metz, Christian u.a.: Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung. Freiburg im Breisgau. S. 14-35
- Pleschberger, Sabine** 2005: Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau
- Pleschberger, Sabine / Heimerl, Katharina** 2002: Palliative Versorgung in Deutschland und Österreich: Angebote und Strukturen. In: Pleschberger, Sabine: Palliativpflege. Wien. S. 44-59
- Reitinger, Elisabeth** u.a. 2004: Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein Diskussionspapier. Freiburg im Breisgau
- Reuter, Uwe** (Hrsg.) 2007: Palliative Geriatrie – würdevoll sterben. Bremen
- Schindler, Thomas/ Jaspers, Birgit** 2004: Gutachten. Für die Enquete- Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Berlin
- Statistisches Bundesamt** 2007: Bericht Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.  
In: [www.destatis.de/download/d/solei/bericht05deutschl.pdf](http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht05deutschl.pdf) 20.05.2007
- 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
- Schmidl, Martina / Scharf, Isabella** 2003: Worüber entscheiden Pflegenden in ihrem Alltag? In: Kojer, Marina (Hrsg.): Alt, Krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 74-77
- Warnken, Corinna** 2007: Palliativpflege in der stationären Altenhilfe. Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Sterbekultur - drei Bausteine einer modernen Unternehmenskultur. Hannover
- Wilkening, Karin** 2004: Pflegeheim. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitenden. Freiburg im Breisgau. S. 177-180

## Literatur USA

- Pleschberger, Sabine** 2001: Charakteristika US-amerikanischer „Hospice-Care“-Programme. In: Pleschberger, Sabine: Palliative Care. Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. Bielefeld. S. 44-47
- Pleschberger, Sabine** 2005: Hospice Care in US-amerikanischen Altenpflegeeinrichtungen. In: Pleschberger, Sabine: Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg. S. 78-80
- Raphael, Carol** u.a.2001: Financing end-of-life care in the USA. In: Journal of the Royal Society of Medicine. Volume94. September 2001. S. 458-461

## Internetadressen:

- American Association of Colleges of Nursing:** End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC). In: [www.aacn.nche.edu/ELNEC/about.htm](http://www.aacn.nche.edu/ELNEC/about.htm) 27.5.2007

**American Association of Colleges of Nursing:** End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) – Geriatric. In: [www.aacn.nche.edu/ELNEC/Geriatric.htm](http://www.aacn.nche.edu/ELNEC/Geriatric.htm) 27.5.2007

**GeroNurseOnline:** Geriatric Nursing Resources for Care of Older Adults  
In: [www.geronurseonline.org/index.cfm?section\\_id=6](http://www.geronurseonline.org/index.cfm?section_id=6) 28.5.2007

**Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA)** In: [www.hpna.org/Publications\\_details](http://www.hpna.org/Publications_details) 4.5.2007

**HPNA:** End of Life Geriatric Resources. In: [www.hpna.org/DisplayPage.aspx?Title=End of Life Geriatric Resources](http://www.hpna.org/DisplayPage.aspx?Title=End%20of%20Life%20Geriatric%20Resources)

**National Board for Certification of Hospice & Palliative Nurses**  
In: [www.nbchpn.org/DisplayPage.aspx?Title](http://www.nbchpn.org/DisplayPage.aspx?Title) 28.5.2007

**National Consensus Project** For Quality Palliative Care  
In: [www.nationalconsensusproject.org/](http://www.nationalconsensusproject.org/) 28.5.2007

**National Quality Forum:** A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. In: [www.qualityforum.org/pdf/reports/palliative/txPHreportPUBLIC01-29-07pdf](http://www.qualityforum.org/pdf/reports/palliative/txPHreportPUBLIC01-29-07pdf) 25.5.2007

**NHPCO's** Facts and Figures-2005 Findings.  
In: [www.nhpc.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf](http://www.nhpc.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf) 30.5.2007

**Palliative Care One Vision One Voice:** Palliative Care Nursing. Education.  
In: [www.palliativecarenursing.net/pcare\\_education.html](http://www.palliativecarenursing.net/pcare_education.html) 28.5.2007  
In: [www.mywhatever.com/cifwriter/content/41/pe1259.html](http://www.mywhatever.com/cifwriter/content/41/pe1259.html) 25.5.2007

**The National Hospice and Palliative Care Organisation:** About NHPCO.  
In: [www.nhpc.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3253&openpage=3253](http://www.nhpc.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3253&openpage=3253) 30.5.2007

## Interviews

**Ferrell, Betty:** PhD, Principal Investigator, ELNEC-Geriatrics, City of Hope National Medical Center, Duarte, California. 17.5.2007

**Malloy, Pam:** ELNEC-Project Director, American Association of Colleges of Nursing –AACN, Washington DC. Interview: München, 12./13. 7.2007

**Sutermaster, Dina Jean:** Director of Education, The national Hospice and Palliative Care Organization- NHPCO. 4.5.2007

## Literatur England

**Baker, Beth** 2007: Old Age in a New Age. The Promise of Transformative Nursing Homes. Nashville

**Cann, Paul** 2007: Help the Aged: The Gold Standards Framework Conference. 13 June 2007. London

**Froggatt, Katherine u.a.** 2007: Living and Dying with Dementia. Dialogues about Palliative Care. New York

**Globisch, Marcel** 2004: England. In: Gronemeyer, Reimer u.a.: Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Wuppertal. S. 96-122

**Pleschberger, Sabine** 2007: Palliative Care in Pflegeheimen – Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. In: Heller, Andreas u.a.: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau. S. 209-220

**Schindler, Thomas/ Jaspers, Birgit** 2004: Gutachten. Für die Enquete- Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Berlin

## Internetquellen

**Department of Health** 2001: Older People. National Service Framework for Older People. [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pulbications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4003066](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pulbications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066) 20.10.2007

**Department of Health** 2003: Care Homes for Older People. National Minimum Standards and Care Homes Regulations 2001. 3<sup>rd</sup> Edition.

[www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4005819](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005819) 22.10.2007

**EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe** 2005: United Kingdom. [www.eapcnet.org/download/forPolicy/countriesRep/UnitedKingdom.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/countriesRep/UnitedKingdom.pdf) 22.10.2007

**Froggatt, Katherine** 2005: Progress with Older People's Initiatives. Palliative and End of Life Care Research Group, University of Sheffield.

[www.ncpc.org.uk/download/events/Wales\\_080506/Froggatt\\_080506.pdf](http://www.ncpc.org.uk/download/events/Wales_080506/Froggatt_080506.pdf) 22.10.2007

**Gold Standards Framework (GSF)** 2005: Homepage. [www.goldstandardsframework.nhs.uk](http://www.goldstandardsframework.nhs.uk) 23.10.2007

**Help the Hospices:** Education. [www.helpthehospices.org.uk/education/index.asp](http://www.helpthehospices.org.uk/education/index.asp) 23.10.2007

**National Health Service (NHS)** 2007a: End of Life Programme. Improving end of life care for adults: Care Homes.

[www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/C527.htm](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/C527.htm) 20.10.2007

**National Health Service (NHS)** 2007b: End of Life Programme. Improving end of life care for adults: Developing a LINK Nurse scheme to improve end of life care.

[www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/CS282.htm](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/CS282.htm) 20.10.2007

**National Health Service (NHS)** 2007c: End of Life Programme. Improving end of life care for adults: Introducing the Macmillan/Open University Foundations in Palliative Care – a palliative care education pack for nursing homes to care homes, domiciliary care agencies and providers of sheltered housing.

[www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/CS370.htm](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc/eolc/current/CS370.htm) 20.10.2007

**Pioneer Network** 2007: Toward a New Culture of Aging. [www.PioneerNetwork.net](http://www.PioneerNetwork.net) 5.11.2007

**The National Council For Palliative Care (NCPC)** 2006: National Survey of Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services. MDS Full Report for the year 2005-2006.

[www.ncpc.org.uk/download/mds/MDS\\_Full\\_Report\\_2006.pdf](http://www.ncpc.org.uk/download/mds/MDS_Full_Report_2006.pdf) 21.10.2007

**The National Council For Palliative Care (NCPC)** 2006: Introductory guide to end of life care in care homes. [www.endoflifecare.nhs.uk](http://www.endoflifecare.nhs.uk) 21.10.2007

**The National Council For Palliative Care (NCPC)** 2007a: Building end of life care in care homes: examples of innovative practice. [www.endoflifecare.nhs.uk](http://www.endoflifecare.nhs.uk) / [www.ncpc.org.uk](http://www.ncpc.org.uk) 21.10.2007

**The National Council For Palliative Care (NCPC)** 2007b: Mental Capacity Act 2005.

[www.ncpc.org.uk/ethics/mental\\_capacity.html](http://www.ncpc.org.uk/ethics/mental_capacity.html) 21.10.2007

**Thomas, Kiri** 2007: Briefing Paper on the Gold Standards Framework in Care Homes (GSFCH). 12 March 2007. [www.goldstandardsframework.nhs.uk](http://www.goldstandardsframework.nhs.uk) 30.10.2007

**Telefoninterview mit Katherine Froggatt**, Senior Lecturer, Institute for Health Research, Lancaster University, Lancaster. 5. November 2007