



Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim

Ein Leitfaden für alle, die über die
Implementierung von Palliativbetreuung
und Hospizidee in Einrichtungen der
stationären Altenhilfe nachdenken

von Frank Kittelberger
(Innere Mission München)



Bayerische Stiftung **Hospiz**

Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim

Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken

Herausgeber:

Bayerische Stiftung Hospiz
Hegelstr. 2
95447 Bayreuth
Telefon:(0921)605-1
Telefax: (0921)605-3902

Autor:

Frank Kittelberger
Projektstelle Hospizarbeit
in der Abteilung Altenhilfe
der Inneren Mission München
Gerhart-Hauptmann-Weg 10
82067 Ebenhausen
eMail: fkittelberger@im-muenchen.de

Einführung

Der vorliegende Leitfaden wird im Kontext einer Fachtagung der BAYERISCHEN STIFTUNG HOSPIZ erstmals veröffentlicht. Diese Fachtagung zur Hospizarbeit in Bayern steht unter dem Thema "Begleitung Sterbender in Alten- und Pflegeheimen". Sie findet am 4./5. November 2002 in Freising statt. Der Leitfaden ist in enger zeitlicher Anbindung an die Tagung entstanden, also in den Wochen kurz davor. Er ist offen und soll zur Diskussion einladen. Was diese Diskussion erbringt, kann noch im Winter 2002 in eine neue Fassung einfließen. Erfahrungsaustausch, Gespräch, Flexibilität und lebendige Prozesse sind substantiell in diesem Feld.

Der Hintergrund für diese Arbeit war und ist die Tatsache, dass die BAYERISCHE STIFTUNG HOSPIZ ein Projekt der Inneren Mission München als Modellprojekt in den Jahren 2001 - 2003 fördert. Somit wird auf der Tagung auch Bilanz gezogen; Zwischenergebnisse werden vorgestellt. Modellprojekt heißt eben auch, dass andere Träger von Altenheimen davon lernen und Anregungen erhalten sollen. Es ist eine Verpflichtung, die sich nicht nur aus der Tatsache der Förderung durch die Stiftung ergibt, sondern auch aus dem impliziten Versorgungsauftrag, den wir in der Altenhilfe haben. Hierbei lernen wir von der Hospizbewegung: Ihr Ziel ist die Enttabuisierung des Sterbens in unserer Gesellschaft. Ihr Ziel ist gleichzeitig, das Sterben als natürlichen Teil des Lebens in den Blick zu nehmen. Diesem Ziel widmet sie seit 3 Jahrzehnten viel Energie, Achtsamkeit und Sachverstand. Aus den anfangs kleinen stationären Hospizen und beargwöhnten Palliativstationen der ersten Stunden ist eine Bewegung geworden, die in offenen Angeboten der Fortbildung, in konkreten Einsätzen in Familien, in immer mehr stationären Einrichtungen, an großen Kliniken und nicht zuletzt in der Weiterentwicklung von (Palliativ)Medizin und Pflegewissenschaft ihre Wirkung entfaltet. So ist die Hospizarbeit nun auch dort angekommen, wo viele Menschen ihren Lebensabend verbringen: in den Altenwohn- und Pflegeheimen. Für uns heißt dies, dass wir für die Praxis der Begleitung, Betreuung und Pflege von Menschen aus dem Erfahrungsschatz der Hospizidee und von dem Konzept "Palliative Care" lernen. Was dabei an Fragen und "Markposten" wichtig sein kann, will dieser Leitfaden "entwickeln".

Wir danken folgenden Personen, die in den vergangenen Jahren dem Verfasser in der Diskussion der Hospizidee Gesprächspartner waren, und die in den vergangenen Wochen durch kritische Rückmeldungen und Formulierungsvorschläge zu diesem Text beigetragen haben:

MARTIN ALSHEIMER (NEUBURG/INGOLSTADT), DR. JÜRGEN BICKHARDT (ERDING), DR. KATHARINA HEIMERL (WIEN),
PROF. ANDREAS HELLER (WIEN), CHRISTEL ORTH (MÜNCHEN), GERHARD PRÖLSS (EBENHAUSEN/MÜNCHEN),
SEPP RAISCHL (MÜNCHEN), PROF.DR. KARIN WILKENING (HANNOVER/BRAUNSCHWEIG).

München, im Herbst 2002

Frank Kittelberger

Projektstelle Hospizarbeit der IMM



Sie sind...

Träger eines Altenpflegeheimes oder einer vergleichbaren Einrichtung im Bereich der stationären Altenhilfe

Leiter oder Leiterin eines solchen Hauses

Pflegedienstleitung, Überleitungskraft oder sonst eine interessierte Person mit Kompetenz auf einer Führungsebene in einer solchen Einrichtung

Eine Person oder Institution, die Träger und Leitungen von Pflegeheimen in Fragen der Versorgungsqualität im Allgemeinen oder der Sterbekultur im Besonderen berät

Oder einfach nur interessiert an Fragen der Implementierung von Palliativversorgung in die stationäre Altenpflege

...wir sind

Die *Innere Mission München*, ein diakonischer Träger, der sich - seinem Leitbild entsprechend - die Beachtung der Sterbekultur zum vordringlichen Thema gemacht hat

Eine "Abteilung Altenhilfe" dieses Trägers, die im Herbst 2000 ein längerfristiges Modellprojekt zur Implementierung von Hospizarbeit gestartet hat. Das Projekt "Leben bis zuletzt - Palliativbetreuung in den Alten- und Pflegeheimen der Inneren Mission München" hat zum Ziel, Grundzüge von Hospizarbeit und Hospizidee in die praktischen Abläufe von 5 Heimen dieses Trägers zu implementieren

Eine "Projektstelle Hospizarbeit" dieser Abteilung, die für die Konzeption, Steuerung und Koordination des Projektes verantwortlich ist. Diese Stelle wurde vom Träger eigens zu diesem Zweck eingerichtet

Ein Projekt, das dennoch nicht allein und einsam vor sich hin arbeitet, sondern durch formale und informelle Kooperationen diese Aufgabe im vernetzten Verbund zu meistern versucht

Partner in einer Kooperation mit dem IFF (Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck, Graz) aus Wien und dem CHV (Christophorus Hospiz Verein e.v.) in München

a Eine kurze Projektbeschreibung finden Sie auf der letzten Seite

Sterbekultur im Wandel...

Über das Sterben wird wieder gesprochen. Gott sei Dank! Zwar gilt es nach wie vor als Tabuthema - aber die Grenzen des Tabus weichen auf. Dies ist ein Verdienst der Hospizbewegung. Sie hat es sich zum Ziel gesetzt, Todkranke und ihre Angehörigen zu begleiten - in schwerer unheilbarer Krankheit, im Sterbeprozess und danach. Dieses Ziel wird in ambulant und stationär arbeitenden Hospiz- und Palliativeinrichtungen eindrucksvoll verwirklicht. Doch dieses Angebot ist sehr begrenzt und kommt nur einem vergleichsweise kleinen Kreis von Betroffenen zugute. Eine flächendeckende Ausweitung der stationären Hospizarbeit wird auch in Zukunft nicht allen Sterbenden zur Verfügung stehen, weil dies teuer, nicht von allen Menschen gewünscht und nicht intendiert ist. Die Kostenträger gehen daher davon aus, dass stationäre Hospize nur einer kleinen Gruppe von Sterbenden vorgehalten werden sollen. Das handlungsleitende Konzept "ambulant vor stationär", dem sich auch die Politik verpflichtet fühlt, trägt dem Rechnung.

In Deutschland sterben 55%-75% der Menschen in stationären Einrichtungen, ein Großteil von ihnen in Alten- und Pflegeheimen. Die Vorurteile und das Negativbild dieser Art der Versorgung (manche sprechen von "Unterbringung") sind ungerechtfertigt groß! Es gibt Kritik an den Heimen und den Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten. Unter kritischen Augen wächst solche Kritik, wenn Heime gar mit stationären Hospizen oder Palliativstationen verglichen werden. Es entsteht das Zerrbild einer "Zweiklassenmedizin des Sterbens". Die demographische Entwicklung der Bevölkerung, die zukünftigen Einschränkungen in der häuslichen Pflege ("Singlekultur"), die zu erwartende Aufnahme- und Entlassungspraxis vieler Krankenhäuser (Stichwort: Fallpauschalen) sowie die immer enger werdenden Spielräume in der Altenpflege lassen dieses Zerrbild häufig real erscheinen, obwohl Insider aus der Altenhilfe es besser wissen und auch widerlegen.

...an den Pflegeheimen vorbei?

Um dieser Gefahr eines Zerrbildes - welches auch die Motivation der Pflegenden beeinträchtigt und damit einen Teufelskreis in Gang setzen kann - entgegenzuwirken, ist die Verbesserung der Sterbekultur in der stationären Altenhilfe unumgänglich.

Mit Sterbekultur sind all die Einstellungen, Haltungen und die Praxis gemeint, die im Zusammenhang des Lebens und Sterbens von Bewohnern im Blick auf das Sterben und den Abschied relevant sind. Diese "Kultur", die sich aus dem Leitbild eines Hauses und seiner Praxis und Ethik ableiten läßt, kann wahrgenommen, beurteilt und verändert werden. Dem dient die Implementierung von Hospizarbeit und Palliative Care -Erfahrungen in besonderer Weise, weil sie sich eben diesen Themen verschrieben hat. Von der Hospizarbeit zu lernen und das Gelernte in die Praxis der stationären Altenhilfe umzusetzen - dies scheint uns ein Ausweg aus der Zwickmühle von gestiegenem Bewußtsein für Fragen des Sterbens einerseits und dem o.g. Zerrbild eines "schlimmen Sterbens im Heim" andererseits. Es geht um das Erlangen und Bewußtmachen von Palliativkompetenz in der Altenpflege.

Ein Leitfaden ist ein Leitfaden ist ein Leitfaden

Dieser Leitfaden ist kein Rezeptbuch. Bewohnerzentrierung und Mitarbeiterorientierung leben vom Prozess. Der Prozess lebt von Kreativität und Flexibilität. Jedes Haus und jede Situation ist anders. Was im ersten Heim wichtig und essentiell erscheint, mag im nächsten Heim kein Thema sein. Was hier verändert oder neu eingeführt wird, kann dort schon guter alter Brauch sein. Richtlinien oder gar Bedienungsanleitungen können lähmen. Aufmerksames Fragen, Hinhören und gemeinsames Suchen sind nötig. Die Wahrnehmung der Bewohnerbedürfnisse, die Rahmenbedingungen der Pflege und die Paradigmen des Palliative-Care müssen aufeinander abgestimmt werden. Dies ist ein Prozess, der oft seine Richtung ändert und ganz neue Fragestellungen aufwirft, wo man schon Antworten oder Maßnahmen im Kopf hatte.

Wir glauben, das Bild vom Leitfaden wird dem gerecht. Wie an einem Seil kann man sich durch Fragen und Ideen lenken lassen. Man wird auf zentrale Stellen stoßen, die andere schon vor uns identifiziert haben. Wir nennen Sie "Merkposten". Dort gibt es keine fertigen Antworten - nur erhöhte Aufmerksamkeit, weil diese Themen wahrscheinlich zentral sind für Fragen der Palliativversorgung. Man kann den Faden an vielen Stellen aufnehmen und sich in allen Richtungen entlang bewegen. Welche Reihenfolge sinnvoll ist, ergibt sich aus den Vorgaben und der bereits existierenden Sterbe- und Abschiedskultur im einzelnen Haus. Vielleicht fängt man bei der Steuerung und Analyse an. Das mag sinnvoll sein. Vielleicht aber auch mit der Einrichtung einer Hospizhelfergruppe. Auch so ist es schon realisiert worden. Egal wie: der Prozess zählt. Somit relativiert sich auch die von uns vorgeschlagene Reihung der Merkposten. Ein Leitfaden bleibt ein Leitfaden - nicht mehr und nicht weniger.

- a** Im Merkposten M 10 finden Sie Literaturhinweise sowie Vorschläge für fertige Modelle, Curricula und Leitlinien

Merkposten

Wir haben einige Themen identifiziert und benannt, die wichtig sein können. Wenn Sie den Leitfaden lesen und bedenken, sind dies also Stellen zum Innehalten. Hier tauchen wichtige Fragen auf und werden Weichen gestellt, die Ihr Implementierungsvorhaben bestimmen. Wir haben diese Stellen „Merkposten“ genannt und mit einem Symbol versehen: **M**

Auch hier verzichten wir auf Ratschläge und fertige Antworten. Aber wir glauben, dass man auf diese Themen immer wieder stößt, wenn man sich Palliativbetreuung im Pflegeheim zur Aufgabe macht.

Worauf wir uns einlassen

Was ist Palliativbetreuung? Was meinen wir mit Palliativversorgung? Was sind die Grundzüge von Hospizarbeit? Was ist die Hospizidee? Zu diesen Fragen gibt es inzwischen viele Ausführungen. Trotz mancher Differenzen über die Unterschiede zwischen Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit haben sich doch Gemeinsamkeiten durchgesetzt. Da uns der angelsächsische Raum mit seiner Hospizpraxis einige Jahre voraus war, ist schon früh eine Beschreibung von “Palliative Care” entstanden, die bereits wichtige Elemente enthält, wenngleich sie sehr auf (Krebs)Kranke abzielt. Die WHO definierte 1990: *Palliative Care betont das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess. Weder beschleunigt sie den Tod noch verzögert sie ihn. Sie bietet Erleichterung bei Schmerzen und anderen belastenden Krankheitszeichen, integriert psychologische und spirituelle Aspekte in die Fürsorge, bietet ein Unterstützungssystem an, das dem Patienten hilft, bis zu seinem Tode so aktiv wie möglich zu leben und das der Familie bei der Bewältigung der Krankheit ebenso hilft wie bei ihrer eigenen Trauer.*

2002 wurde die Definition neu gefaßt, woraus ein Kernsatz zitiert werden soll:
...Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten und Familien ... und zwar durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und belastenden Beschwerden...

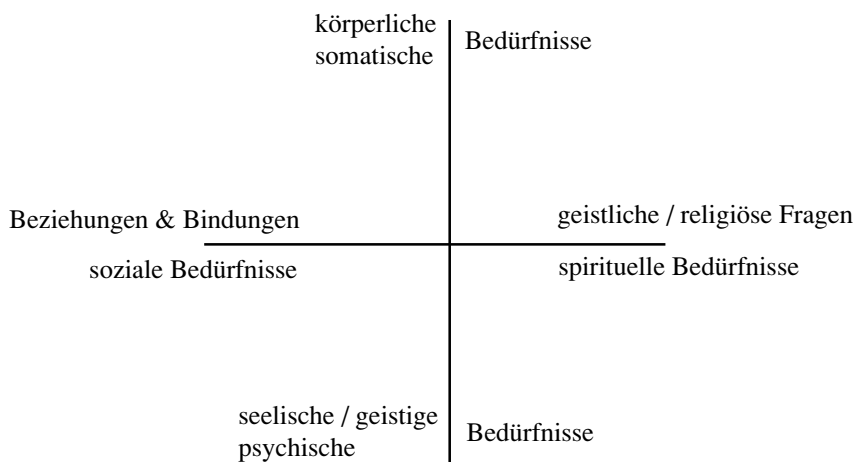
Heute haben sich in der Diskussion folgende Grundsätze durchgesetzt, die als gemeinsamer Nenner gelten dürfen, wenn man von Hospizarbeit und Palliative Care spricht:

- die grundsätzliche Patientenorientierung
- eine ganzheitliche Fürsorge durch multiprofessionelle interdisziplinäre Teams
- palliative Versorgung steht im Vordergrund (statt kurativer)
- Einbeziehung der Angehörigen bzw. engsten Bezugspersonen
- Vorbereitung, Schulung und Einbeziehung von Ehrenamtlichen in die Betreuung
- Vorbereitung und Begleitung der hauptamtlich Mitarbeitenden
- Nachgehende Trauerbegleitung

Werden diese Punkte zu leitenden Gedanken, dann hat man das palliative Feld abgesteckt. Als Paradigmen können diese dann theoretisch in jeden Versorgungskontext übertragen werden - von der Betreuung zu Hause über das stationäre Hospiz bis ins Krankenhaus oder Pflegeheim. Zwar müssen sie in jeder Situation angepasst und auf das Versorgungssystem abgestimmt werden, aber sie sind immer zu erkennen, wenn eine Betreuung von Schwerkranken, Pflegebedürftigen oder Sterbenden als Palliativ- oder Hospizbetreuung gilt. **Darauf lassen wir uns ein.**

a Im Merkposten M 10 finden Sie Grundsatzliteratur zur Hospizarbeit

Menschen haben Bedürfnisse. So banal dieser Satz klingt, so leicht lenkt er in die Falle der Betriebsblindheit. Spezialisten haben die Angewohnheit, mit verengtem Blickwinkel auf Menschen zuzugehen. Aus den verschiedenen Grundbedürfnissen wird ein bestimmtes herausgenommen. Der Arzt behandelt den Thorax, die Krankengymnastin beugt das Bein, die Pfarrerin sorgt sich um die Seelsorge und der Sozialarbeiter regelt den Schriftverkehr mit der Pflegekasse. All dies ist wichtig und gut. Doch palliatives Denken betont den Gesamtzusammenhang. "Ganzheitlich" meint, alle Grundbedürfnisse im Blick zu behalten. Wir vergegenwärtigen uns daher immer wieder ein kleines Achsenkreuz menschlicher Bedürfnisse:



Dieses Bild erinnert daran, dass die Bedürfnisse in einem Wechselspiel stehen und niemals von vorn herein ausgemacht ist, welches heute oder morgen im Vordergrund steht. Gerade in kritischen Lebensphasen kann es schädlich sein, den Blick wie gebannt auf eine Stelle zu richten (z.B. auf den körperlichen Zustand), wenn der Schmerz oder das Leid woanders sitzt (z.B. in ungeklärten Beziehungen oder in Einsamkeit). Hospizarbeit orientiert sich an der Gesamtschau und richtet die Aufmerksamkeit auf alle Bereiche. **Darauf lassen wir uns ein.**

- a** Im Merkposten M 10 finde Sie Literatur zur Praxis der Hospizarbeit

Die Bedürfnisse der Bewohner zählen. Die unbedingte Patientenorientierung wird in der Altenpflege zur unbedingten Bewohnerzentrierung. Die Menschen, die in unseren Heimen leben stehen im Mittelpunkt. Ihr Angehörigen sind dabei unbedingt im Blick.

Aber keine Betreuung, keine Leitidee, kein noch so gut gemeinter Ansatz kann Früchte tragen, wenn er an den Bedürfnissen und Bedingungen der Mitarbeitenden vorbei geht. Die Orientierung an den Möglichkeiten, Ressourcen und Ideen der Mitarbeiter eines Heimes gehört zur Implementierung von Palliativversorgung dazu. Somit stehen beide Aspekte gleichberechtigt nebeneinander:

bewohnerzentriert & mitarbeiterorientiert

Damit ist immer ein Balanceakt gegeben - aber es werden auch Ressourcen freigesetzt, die vorher oft nicht vermutet worden sind. **Darauf lassen wir uns ein.**

Sterben ist ein individueller Prozess. Trotz allen Wissens über Bewohnerbedürfnisse gleicht kein Fall dem anderen. Menschen sagen uns, was sie brauchen und möchten. Palliativversorgung heißt, genau hinzuhören. Manche Menschen wollen sehr offen, andere eher indirekt und manche überhaupt nicht damit konfrontiert werden. Dies ist zu respektieren. Gerade ein vermehrtes Fachwissen und ein gesteigertes Engagement kann dazu führen, dass wir besser wissen als die Betroffenen, was jetzt dran ist. Erich Fried nennt dies in einem Gedicht den Beginn von Gewalt. Wir wollen das nicht und achten die Grenzen. Dazu gehören auch die Grenzen von Mitarbeitenden im Heim. Nicht jede und jeder will und kann in der Sterbegleitung aktiv an vorderster Stelle mitwirken. Das muß auch nicht sein. Wir achten auch diese Grenze. **Darauf lassen wir uns ein.**

Pioniere von Palliative Care behaupten inzwischen, dass kein Unterschied bestehen muß zwischen guter Pflege überhaupt und Palliativpflege. Die Grundzüge von Palliativarbeit sollten eigentlich für jede Form der Betreuung gelten. Uns scheint dies richtig, wenn auch weit gegriffen. Wir haben erlebt, dass eine achtsame und sorgfältige Sterbekultur die Pflegekultur im Ganzen verändert und verbessert. Umgekehrt ist die hier geforderte ganzheitliche Achtsamkeit Grundzug vieler Pflegeleitbilder. Palliativkompetenz in der Versorgung eines Heimes hebt die Qualität dieses Hauses insgesamt. **Auch darauf lassen wir uns gerne ein.**

Um wen sich alles dreht (1) Die Bewohner als Zielgruppe...

Eine Bewohnerin hat einmal sehr deutlich formuliert: "Ich möchte nicht sang- und klanglos enden!". Dies hat in dem betroffenen Heim dazu geführt, dass die MitarbeiterInnen ein kleines Abschiedsritual mit viel Gesang und Worten entwickelt haben. Diese Begebenheit zeigt: Bewohner wollen mitreden - und sie können es. Sie wollen über ihren Tod sprechen, wenn man dazu entsprechende Bedingungen schafft. Sie haben viel weniger Scheu, als wir denken. Sie wissen, dass das Heim ihr letzter Wohnort sein wird. Sie wissen, dass sie alt sind. Sie wissen, dass sie sterben werden. Und sie brauchen die Chance, sich dazu im Gespräch eine Position zu erarbeiten. Dies auch, weil Lebensqualität mehr ist, als der körperliche Zustand. "Leben bis zuletzt in Würde" als Versorgungsziel geht nicht, ohne die Zielgruppe zu beteiligen. Das sollte einleuchten.

In der Implementierung kann es wichtig sein, nicht bei den Bewohnern zu beginnen. Aber der Blick auf deren Bedürfnisse steht dennoch im Vordergrund. Überraschungen hat man hier schon erlebt: Ein Heimbeirat wollte mitmischen. Von Anfang an. Gut so!

...sind einzigartige Menschen mit Wünschen, Bedürfnissen und Lebenskompetenz

In erster Linie die Bewohner selbst haben die Kompetenz, die zur Sterbebegleitung nötig ist. Nur sie wissen, was sie brauchen. Nur sie fühlen ihre Gefühle und denken ihre Gedanken. Nicht wir. Nur sie können uns Auskunft geben über:

- ihre Lebensgeschichte und Werte,
- ihr soziales Netz,
- ihre Einstellung zu Tod und Sterben,
- ihre persönliche Einschätzung ihrer Lebensqualität,
- das, was sie als Mann oder Frau prägt.

Was wir von ihnen wissen, hilft uns, ihnen dann zur Seite zu stehen, wenn sie uns brauchen. Manches haben diese Menschen oder ihre Angehörigen vielleicht festgelegt (in Vollmachten oder Patientenverfügungen). Manches besprechen wir mit ihnen gemeinsam. Und manches erzählen sie uns - oft nur nebenbei. Was wir uns gemerkt haben, können wir auch dann bewahren und zur Geltung bringen, wenn sie selbst es nicht mehr können. Unsere Aufmerksamkeit für ihre Individualität sichert ihnen die Würde und Selbstbestimmung auch dann, wenn sie nicht mehr selbst bestimmen können. Die Bewohner sind die Experten für ihr Leben und Sterben. Für Menschen, die in unseren Heimen wohnen, sind wir in gewissem Sinne die Familie. Das ist ein Vertrauensbeweis dieser Menschen und bedeutet Verantwortung für uns.



Manche Bedürfnisse sind immer wieder geäußert und dokumentiert worden:

- *schmerzfrei sterben dürfen, schnell sterben dürfen;*
- *begleitet sterben dürfen, wenn mir danach ist*
- *in angenehmer, ruhiger Umgebung sterben dürfen*
- *mit meinen Lieben im Reinen sein und sie in Sicherheit wissen*
- *mit mir und Gott im Reinen sein...*

Diese Liste kennt man - und da liegt die Gefahr: Sie stimmt immer und nie! Vielleicht genügt es zu wissen, dass solche Wünsche da sind, dass sie wahrscheinlich oft zutreffen und dass sie dennoch im je konkreten Fall erfragt, erkannt und verstanden werden müssen. Überraschungen sind garantiert. Das “gute Sterben”, das wir ermöglichen wollen, wird nicht für alle Menschen das gleiche Sterben sein.

a

Im Merkpunkt M10 finden Sie die Dokumentation einer Bewohnerbefragung

Um wen sich alles dreht (2)

Pflegekräfte: motiviert - kompetent - ansprechbar!

Auf einem Palliativkongress fiel folgender Satz:

„Die Hospizbewegung hat in der Pflege begonnen aber langsam die Medizin verändert“. Wir ergänzen: und sie kommt zunehmend wieder in der Pflege an. Pflegekräfte, die palliativ arbeiten können, erzählen uns „jetzt tue ich endlich das, wofür ich gelernt und diesen Beruf ergriffen habe“.

Wir nehmen wahr, dass Motivation und Ideen vorhanden sind. Manchmal sind sie nur verschüttet. Wir würdigen dieses Vorhandensein und überlegen gemeinsam, wie das Verschüttete wieder freigelegt werden kann.

Alles, was zur Palliativbetreuung aus pflegerischer Sicht an Haltung und Grundlagen nötig ist, ist im Beruf angelegt. Manches muß durch zusätzliche Fort- und Weiterbildung ergänzt werden. Doch was nötig und sinnvoll ist, wird der Diskurs im Haus ergeben. Die Bestandsaufnahme zur Sterbekultur offenbart oft ein gutes Gespür und Wissen der Mitarbeitenden. Die im Kleinen wie im Großen geübte Praxis ist oft schon achtsam und kreativ zugleich. Wenn sie benannt und gewürdigt wird, sind Grundsteine einer palliativen Kultur gelegt.

Detailfragen entstehen im Prozess:

Bezugspflege? Primary Nursing? Kompetenzverlagerung auf die Ebene der Pflegenden? Einsatz von Überleitungskräften? Ausbildung wievieler Mitarbeiterinnen zu Palliativ-Care-Fachkräften? In-house-Fortbildungen zu Palliativthemen? Welche Supervision für wen und wann? Formen der Vernetzung mit anderen Menschen im Betreuungsnetz um den/die Sterbende/n? Einsatzleitung für Hospizhelfer? Wie ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten zu regeln? Was kann auf der Ebene der Pflege entschieden werden, wenn es um ganzheitliche Sicht der Bewohner geht?

Fragen über Fragen. Wichtige Themen! Doch was wann wie besprochen und entschieden wird, entscheidet der Prozess.

Nicht alle Pflegenden sind zu jeder Zeit bereit und in der Lage zur Sterbebegleitung. Nicht alle müssen es sein! Absprache geht vor Richtlinie. Rahmenbedingungen sind manchmal so eng und schwierig, dass der Wunsch zum Handeln größer ist, als die Möglichkeit. Dies ist anzuerkennen. Jammern hat nur begrenzt eine reinigende Funktion. Auf Dauer führt es zu einem negativen Motivationszirkel. Pflegekräfte wissen das. Sie brauchen den Schutz vor einer Öffentlichkeit, die unsere Heime schlecht redet. Intern brauchen sie die Zusage, dass ihre Ideen und ihr Engagement gewürdigt und gewollt werden. Auch dies ist ein Aspekt von Palliativkompetenz.

Es gäbe noch viel zu sagen. Fragen Sie doch einfach Ihre Pflegekräfte, wie sie die Sterbekultur im Haus gestalten möchten. Sie werden viel lernen.

M4 Die Hausärzte gehören dazu

Seit wir von Palliativmedizin sprechen, wissen wir, dass auch die Medizin ihr Denken erweitert: Nicht nur Heilung - oft um jeden Preis - steht auf ihrem Programm. (kurative Medizin). Auch Linderung von Beschwerden angesichts des nahen Todes, Schmerzbekämpfung und Symptomkontrolle, Kommunikation statt Operation, Opiate statt Aufbaunahrung - all das kann mit Ärztinnen und Ärzten besprochen werden. Gott sein Dank!

Die Situation ist nicht einfach:

- Aus den Heimen kommen Klagen: Die Haus- und v.a. Notärzte (oder diensthabenden Ärzte des hausärztlichen Notdienstes) spielen nicht mit bei der Palliativbetreuung. Sie reanimieren "auf Teufel komm raus". Sie hören nicht zu und haben keine Zeit. Sie mißachten Patientenverfügungen. Sie weisen Bewohner ins Krankenhaus ein, statt sie in vertrauter Umgebung sterben zu lassen.
- Von Angehörigen hören wir widersprüchliche Sorgen: Was tut der Doktor unserer Mutter noch alles an! Aber wir trauen uns nicht, ihm zu widersprechen.
Oder aber: Hoffentlich tut man hier im Haus noch alles, was unserem Vater hilft, länger am Leben zu bleiben. Er will doch noch leben! Hoffentlich kommt er rechtzeitig ins Krankenhaus und wird nicht einfach sterben gelassen.
- Von Hausärzten kann man hören: Ich interessiere mich schon für Palliativmedizin. Aber wer im Haus spielt dann mit, wenn wir uns auf eine umfangreiche Betreuung einlassen? Das ist sehr aufwendig und neu für mich. Notärzte in einer bayerischen Großstadt haben sogar einen Verhaltensplan für Heime entwickelt, damit man ihnen im Notfall sagen kann, was der Wunsch der Patienten sei. Sie bitten um Mitarbeit!
- Von Betroffenen selbst schließlich hört man oft die Angst, es sich mit dem Hausarzt zu verderben. Also lieber "Ja" sagen zu seinen Vorschlägen.
- Vom Heim hört man die Angst, etwas falsch zu machen. Haben wir den Willen des Betroffenen wirklich verstanden? Ist er dokumentiert? Können wir im Spagat zwischen Angehörigen, Ärztin und eigenen Vorstellungen rechtzeitig richtig entscheiden? Was ist richtig?

Eine schwierige Situation. Alle Themen von Palliativversorgung sind in diesen Fragen angesprochen. Und ganz klar ist: ohne Mediziner geht es nicht. Schon deshalb, weil die Kenntnisse der Palliativmedizin unerlässlicher Bestandteil von Palliativkompetenz im Pflegeheim sind. Aber auch deshalb nicht, weil unser Auftrag impliziert, die bestmögliche medizinische Betreuung zu ermöglichen (bei freier Arztwahl).

Ermutigend ist folgende Erfahrung:

Hausärzte arbeiten an der Palliativbetreuung mit, wenn

- sie sich eingeladen fühlen
- ihre Kompetenz nicht bestritten sondern, angefordert wird (z.B. beim Ausfüllen von Patientenverfügungen oder bei der Mitarbeiterfortbildung)
- ihnen Hinweise auf palliativmedizinische Fachstellen angeboten werden
- das Heim und die Pflege selbstbewußt und bestimmt auftreten
- der Dialog (Bewohner/Familie <-> Arzt <-> Heim) eingeübt wird
- sie offensiv in die Gestaltung der Sterbekultur einbezogen werden

Ein Netz wird sichtbar

Bisher ist deutlich geworden: Vielfältige Bedürfnisse von Heimbewohnern korrespondieren mit vielfältigen Versorgungsangeboten im und rund ums Heim. Ein Betreuungsnetz entsteht, wenn Menschen mehr und mehr auf Begleiter und Hilfe angewiesen sind. Keiner kann es allein schultern. Palliativbetreuung will diese Alleingänge sogar verhindern, wenn Bewohnern im Heim ein Leben bis zuletzt ermöglicht werden soll.

Also mag man sich umblicken und viele Menschen entdecken:

- Angehörige und Freunde, die ihre Gaben, Sorgen und Ängste mitbringen. Sie suchen Unterstützung und haben ihren eigenen Willen. Sie wachen und begleiten und sind dennoch traurig, wenn sie einen Menschen verlieren. Sie engagieren sich und sind dennoch unsicher in Fragen der Pflege oder auch der “letzten Dinge”. Sie sterben mit und wollen nah sein und können es manchmal dennoch nicht. Sie haben ihren Platz an der Seite des Betroffenen und nehmen ihn ein, wie sie es können und wollen. Das dürfen sie.
- Seelsorger und Pfarrer der nahen oder fernen Gemeinde. Sie sind gefragt - auch wenn sie nicht gerufen wurden. Sie haben wertvolle Kompetenzen und sind dem Haus doch oft fremd. Sie kennen heilsame Rituale und Schriften und müssen dennoch erspüren, was gefragt und nötig ist. Sie sind Fachleute für die Seele und müssen genauso lernen hinzuhören. Sie gehören ins Team, wenn ihr Angebot segensreich sein soll.
- Bestatter tauchen ganz am Schluß auf. Eigentlich schade, denn ihr Dienst ist unabweisbar und endgültig. Und sie hätten uns viel zu lehren aber auch manches von uns zu lernen.
- Mitbewohner sind nicht unbeteiligt. Sie bekommen mit, was im Zimmer nebenan geschieht. Sie spüren es, wenn eine fehlt. Sie leiden mit, nehmen Abschied und trauern. Und sie haben gute Ideen zur Sterbekultur. Es betrifft sie unmittelbar.
- Über Pflege und Ärzte haben wir schon nachgedacht. Ehrenamtliche bekommen einen extra Merkposten.
- Andere Menschen im Haus sieht man manchmal auf den Fluren: Köche und Hausmeister aus der Werkstatt; Verwaltungskräfte; Zivis; Sozialarbeiter selten genug; Therapeuten mit ihren Angeboten...und...und...und...

...und sie alle haben etwas mit der Sterbekultur im Haus zu tun?
Selbstverständlich. Man muß es nur zulassen.

- a** In den Merkpunkten M8 und M10 finden Sie Hinweise und Adressen, die sich auf Curricula zur Zusatzqualifikation für verschiedene Mitarbeitergruppen beziehen, sowie Hinweise zur Zusammenarbeit mit Fachdiensten.

Es ist eine Ehre für unser Haus, dass sie ihr Amt bei uns ausüben

Hospizarbeit ist professionelle Arbeit.
Hospizarbeit ohne ehrenamtliche Hospizhelfer ist undenkbar.
Also sind Hospizhelfer Profis?
Und ob!

Natürlich gibt es Unterschiede in der Qualifikation und Zurüstung der Helfer. Aber die Standards dafür sind inzwischen hoch. Gute Hospizhelfer machen uns etwas vor - im positiven Sinn.

Natürlich brauchen Ehrenamtliche Pflege, Begleitung, Förderung.

Natürlich müssen Hospizhelfer sich mit dem System „Heim“ abstimmen. Das kann aufwendig sein und ist nicht immer als selbstverständlich gesehen worden. Die Hospizbewegung hat bisher auch ihre Nischen gepflegt. Doch warum soll nicht Neues gewagt und systematisiert werden, um dann als erprobtes Erfahrungswissen in die Hospizbewegung zurückzufleießen? So bleibt das Lernen keine Einbahnstraße.

Natürlich gibt es immer schon Ehrenamtliche im Haus (vom Besuchsdienst bis zum Betrieb der Cafeteria). Sie werden unterschiedliche Rollen spielen in der Gestaltung der Sterbekultur eines Hauses. Mehr oder weniger anspruchsvoll und gefordert. Je nach Gabe und Bedürfnis.

Natürlich sind Ehrenamtliche immer eine Konkurrenz und Entlastung zugleich. Beides darf Raum haben. Konkurrenz kann man gestalten und im offenen Dialog sogar als sinnvoll erleben.

Natürlich sind Ehrenamtliche immer etwas weniger verfügbar und auch weniger verplanbar, als bezahlte Mitarbeiter. Aber dies ist die Chance: Inmitten aller Planbarkeit und Struktur in der Heimversorgung dürfen wir um das Sterben herum mit Menschen zusammenarbeiten, die geradezu paradigmatisch als Symbole des Unverfügbaren aufscheinen können.

Liebe Hospizhelferinnen und Hospizhelfer:
„Es ist uns eine Ehre, dass Sie bei uns mitarbeiten!“

a Auf der Internetseite der Hospizbewegung (siehe M10) finden Sie wichtige Verbindungen und Informationen zur Hospizhelfervorbereitung

Nichts geht ohne Steuerung und Mandat

Die häufigste Klage der vergangenen Jahre kam von engagierten Mitarbeiter: Sie haben gute Ideen und gutes Fachwissen, sie wollen etwas in Ihrer Einrichtung bewegen - und scheitern doch am System, das sich darauf nicht einlassen will oder kann. Schade! So verpufft die Kreativität; Die Frustration der Mitarbeiter wächst und nichts bewegt sich. Wenn kein explizites Mandat vom Träger oder der Leitung kommt, haben die meisten Ideen keine Chance. Wenn keine Koordination geschieht, gehen Initiativen ins Leere oder aneinander vorbei. Dann wird erst recht kein Mandat erteilt, weil mehr Unruhe entsteht als Nutzen. Schade!

"top down": Engagement des Trägers...

Manche Träger in der stationären Altenhilfe haben in den vergangenen Jahren begonnen, sich Fragen zu stellen. Sie haben von der Hospizbewegung gehört oder gelernt. Sie haben ihr Leitbild verändert oder neu interpretiert. Sie haben die Sterbekultur als integralen Bestandteil einer guten Pflegekultur erkannt. Sie haben beschlossen: "Das setzen wir um!". Sie sind bereit, dahinein zu investieren. Sie wollen das.

Wir halten solche "top->down"-Entscheidungen für sinnvoll. Die Vorgabe "von oben" entlastet und befreit. Dies ist eine oft übersehene Stützfunktion von Vorgaben. Sie schaffen einen Ermöglichungsraum, der schnell zum Spielraum im besten Sinne des Wortes werden kann.

...doch Erfahrungswissen entsteht im Dialog

Wo ein Spielraum entsteht, sind Spielregeln sinnvoll. Im Geiste dieses Leitfadens können dies keine konkreten Vorgaben auf der Handlungsebene sein. Aber es gibt Prozessvorgaben. Der Dialog mit den Betroffenen und die Steuerung des Gesamtprozesses durch ausgewählte Betroffene, stellen solche "Regeln" dar. Nur so scheint ein wirklicher Regelkreis denkbar: Implementierung als interventionsorientiertes Projekt; Dialog, Praxis und Reflexion dieser Praxis, die zu neuen Erfahrungen führt. Solche offenen und dennoch regulierte Prozesse führen dann auch zur Erleichterung auf der Handlungsebene. Was zunächst wie eine zusätzliche Belastung aussieht, wird über die Beteiligung und Motivation der Beteiligten zur Entlastung. Eigene Ressourcen werden erkannt und freigesetzt. Ideen kommen "von unten" und werden dort zur Praxis. Es kann zur guten Routine werden, was in der ursprünglichen Vorgabe als Ziel avisiert worden war. Die ganze Organisation lernt in diesem Prozess.

Es geht nicht allein!

Einsamkeit macht traurig, lähmt und nimmt den Mut.

Die Idee, Palliativversorgung in einem Altenheim zu implementieren, kann eine gewaltiges Vorhaben sein. Zwar fängt jeder Weg mit einem ersten Schritt an, aber der ganze Weg steht doch oft drohend vor dem inneren Auge: "Wie werden wir das nur schaffen?!" Es kann ein einsamer Weg mit Hindernissen werden.

Einsamkeit verwirrt und erzeugt eine gewisse Eigenwilligkeit.

Wer solche Vorhaben ohne Vernetzung und ohne Austausch beginnt, gerät auf Nebenpfade und manchmal ins Abseits. Die eigenen Ideen kreisen um sich selbst und am Ende erkennt man in seiner Arbeit die Grundzüge des Palliative Care nicht mehr wieder. Das mag kurzfristig genügen - auf Dauer führt es in die Isolation.

Einsamkeit ist unnötig.

Dieser Leitfaden geht davon aus, dass wir in der Hospizbewegung die Fachkompetenz und die Erfahrungen vorfinden, die zur Palliativbetreuung nötig sind. Der Austausch mit den örtlichen Hospizvereinen, der Kontakt zu den Fortbildungsangeboten der Hospizvereine und Hospizakademien, die fachliche Unterstützung durch ausgebildete Palliativmediziner oder Palliativfachkräfte und die Absprachen mit anderen Heimen und Trägern scheinen uns essentiell.

Nicht selten ist es die Kompetenz eines ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes, die man braucht, um erste Schritte auf dem Weg der Implementierung zu gehen. Manche gute Kontakte zwischen solchen Diensten und Altenheimen bestehen schon - oft ohne großes Aufsehen. Viele Hospizhelferinnen beteiligen sich an der Sterbebegleitung des örtlichen Pflegeheimes. Beratung und fachlicher Beistand sind erklärtes Ziel der Hospizbewegung. Kontakte sind da - man muß sie nur aufspüren und nutzen. Es hat sich gezeigt, dass davon stets beide Seiten lernen.

Palliativkompetenz ist immer auch Vernetzungskompetenz.

- a** Im Merkposten 10 findet man Namen und Adressen.
Hospizvereine gibt es bald in jeder bayerischen Stadt.
Das Internet hilft ebenfalls.

Über Geld, Politik, Vernetzung und Qualität

Worüber denkt man zuerst nach und worüber spricht man zuletzt, wenn es um eine “gute Sache” geht? Über Geld.

Die Implementierung von Palliativbetreuung kostet Geld. Das ist keine Frage. Wer auf die vorhandenen Ressourcen der Mitarbeiter setzt (Motivation, Kreativität, Engagement), kann damit sehr weit kommen, wird aber dennoch an Grenzen stossen. Selbst wenn ein Träger oder ein einzelnes Heim für solch ein Vorhaben gesondert Mittel frei macht und vorhält, sind Grenzen absehbar. Wer den Alltag von Pflegesatzverhandlungen kennt, weiß davon. Zwar wären theoretisch nach dem § 84 Abs.1 SGB XI Maßnahmen der Sterbebegleitung unter “soziale Betreuung” zu fassen, aber dies ist bisher selten erfolgreich durchgesetzt worden. Eigenmittel sind oft die einzige Quelle für zusätzliche Investitionen in die Sterbekultur, wenngleich nicht alles, was hierzu gehört, unbedingt neue Finanzmittel erfordert. Auch die Ergänzung im § 39a Abs.2 SGB V (Förderung der ambulanten Hospizarbeit) ist für unser Thema nur bedingt nutzbar, weil sie vom Gesetzgeber für die ambulante arbeitende Hospizbewegung konzipiert worden ist. Ambulante Hospizdienste im organisatorischen Kontext eines Heimes sind noch selten.

Somit führt die Frage nach dem Geld zwangsläufig zur Frage nach politischer Kreativität. Vernetzung tut Not. Wenn Träger etwas erreichen wollen, dann geht das nur gemeinsam und mit viel Eigeninitiative. Wo Konkurrenz und Argwohn (Sterbekultur kann zu einem Markenzeichen und Marktwert in der Altenpflege werden!) das Bild prägen, leiden die notwendigen Synergieeffekte. Es stimmt positiv, dass viele Sozialpolitiker heute ein offenes Ohr für Fragen der Palliativbetreuung haben.

Hilfreich kann (und das lernen wir von der Hospizbewegung) eine gute Öffentlichkeitsarbeit sein. Das Thema verdient es. Die Menschen warten darauf. Wer mit seinen Ideen und Projekten bekannt ist, wird auch mehr erreichen, wenn er eine gute Sache unterstützt haben will. Wer mit seinen Fragen gehört wird, wird auch Partner finden, die gemeinsam nach Antworten suchen wollen.

Qualität setzt sich durch. Palliativbetreuung ist keine Frage der Beliebigkeit. In den QM-Standards der Einrichtungen wird dieses Thema immer auftauchen: Entweder offensiv und beim Namen genannt - oder versteckt bzw. als Fehlanzeige. Die Wahl hat jeder selbst. Unser Thema ist auch deshalb ein politisches Thema, weil es um nichts geringeres als um praktische Ethik geht. Damit sind nicht nur die konkreten ethischen Fragen im Umfeld von Tod und Sterben gemeint. Für diese braucht es einen Modus, um schnell, überlegt und situationsgerecht zu ethischen Entscheidungen zu kommen. Mit “praktischer Ethik” ist auch die Sterbekultur als Ganzes angesprochen: Der Grad der Palliativkompetenz prägt das Bild einer verantwortlichen und modernen Heimversorgung. Nach ihr wird in der Öffentlichkeit und in der Politik zunehmend gefragt werden.

Keiner muß das Rad neu erfinden

Wo man sich orientieren kann: Bücher-Infos-links

Zur Hospizidee, Hospizpraxis und Palliativversorgung

E. **Albrecht**, C. **Orth**, H. **Schmidt**: Hospizpraxis - Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen; 2000²; Herder , ISBN 3-451-04399-8

G. **Everding** & A. **Westrich**: Würdig leben bis zum letzten Augenblick - Idee und Praxis der Hospizbewegung; 2000 ; München; ISBN 3406-421647

CHV München (Hg.): Pflegen bis zuletzt; Bezug: CHV, Rotkreuzplatz 2a, 80634 München

Cicely **Saunders** (Hg: C. Hörl): Brücke in eine andere Welt - Was hinter der Hospizidee steht 1999; Herder; ISBN 3-451-04708-X

K. **Wilkening**, R. **Kunz**: Sterben im Pflegeheim - Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur; 2003; Vandenhoeck&Rupprecht; Göttingen

R. **Sabatowski**, L. **Radbruch**, F. **Nauck**, M. **Müller**: Hospiz- und Palliativführer 2002

S. **Husebø**, E. **Klaschik**: Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation.; 2002; Berlin Heidelberg: Springer

S. **Pleschberger**, K. **Heimerl**, M. **Wild** (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht; 2002; Wien: facultas

Das IFF - Palliative Care und OrganisationsEthik gibt eine Buchreihe heraus (Lambertusverlag Freiburg). Herausgeberinnen sind: Katharina Heimerl, Andreas Heller, Stein Husebø, Christian Metz und Marina Kojer.:

A. **Heller**, K. **Heimerl** , C. **Metz** (Hg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten; 1994., 2.erw. Aufl. 2000; Freiburg i. Br.

A. **Heller**, K. **Heimerl** , S.**Husebø** (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können.; 1999, 2.überarb. Aufl. 2000; Freiburg i. Br.

K. **Heimerl** , A. **Heller** (Hg.): Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen; 2001; Freiburg i. Br.

C. **Metz**, M. **Wild**, A. **Heller** (Hg.): Balsam für Leib und Seele. Die Rolle der Pflege im Zusammenhang von Hospizarbeit und Palliativer Betreuung; 2002; Freiburg i. Br.

M. **Kojer** (Hg.): Alt, krank, verwirrt. Die Praxis der palliativen Geriatrie für Helfende und Angehörige; (2002. 2. überarb. Aufl. 2002); Freiburg i. Br.

H.P. **Bischof**, K. **Heimerl**, A. **Heller** (Hg.): Für alle die es brauchen. Integrierte Palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell; 2002; Freiburg i.Br.

A. **Heller**, T. **Krobath** (Hg.): OrganisationsEthik. Organisationsentwicklungen in Kirchen, Caritas und Diakonie; 2002; Freiburg i.Br.

B. **Heller** (Hg.): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer; 2003; Freiburg i. Br.

Curricula und Implementierungsmodelle, QM-Raster

K. Wilkening, B. Heilmann, H. Dietrich, R. Kottnik: Vernetzte Sterbebegleitung im Altenpflegeheim - Leitgedanken für eine lernende Organisation; (Hg) Diakonische Akademie Deutschland, Heinrich-Mann-Str. 29; 13156 Berlin

M. Müller, G. Kessler (Hg.):Implementierung von Hospizidee und Palliativmedizin in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims - Eine Orientierungs- und Planungshilfe; ALPHA Rheinland 2000, ISBN 3-933154-39-1

M. Müller, M. Kern, F. Nauck, E. Klaschik (Hg.): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter Curricula für Ärzte - Pflegende - Sozialarbeiter - Seelsorger in Palliativmedizin; ALPHA Rheinland 2000², ISBN 3-933154-36-7

KDA: Qualitätshandbuch Wohnen im Heim (Abschnitt XIII B "Sterben und Tod")
Bezug: Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Paulskirche 3, 50677 Köln

A. Zahn: Sterben im Heim - Ein Beitrag der evangelischen Sozialarbeit zur Sterbebegleitung in der stationären Altenhilfe (Diplomarbeit); 2000; Bezug: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt

Artikel, Dokumentationen & Anderes

IFF/IMM: BewohnerInnenbefragung im Konzext des Projektes "Leben bis zuletzt" (Dokumentation); 2002; Bezug: F.Kittelberger, Projektstelle Hospizarbeit, Gerhart-Hauptmann-Weg 10, 82067 Ebenhausen

©**M. Alsheimer:** Hand in Hand: Heim-Hospizverein - Was muss bedacht werden? Modelle und Klärungshilfen; Bezug: Martin Alsheimer , Bullbug 11, 86633 Neuburg d.D

J. Sipreck: da sein – Lebensbegleitung bis zum Tode in Einrichtungen der Altenpflege; 200; Frankfurt a. M.: Gemeinnützige Hertie Stiftung.

Organisationskultur des Sterbens. Das DiD-IFF-Projekt. Hg: Diakonie in Düsseldorf, 1998

K. Wilkening: Organisationskultur des Sterbens - Herausforderungen für die Sozialarbeit in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr 3/2000 S. 91-97

"Hospiz" als neue Partner für Krankenhäuser und Altenheime? Dokumentation der 1. Mühlheimer Hospiztagung / 16.September 1999;(Hg.)) Ev.Akademie Mühlheim a.d.Ruhr

Sich einlassen und loslassen, Texte vom Ökumenischen Hospizkongress 1999 in Würzburg Lambertus; ISBN 3-7841-1232-3

F. Kittelberger: Hospizarbeit in Bayern - Eine Studie der Hospizbewegung in Bayern zur Orientierung kirchlichen Handelns; 2000²; ©ELKB München

Links:

Vieles mehr kann man lesen und abrufen.
Dazu Internetadressen der Hospizbewegung, wo man weitere links findet:
www.hospiz.net
www.bayerische-stiftung-hospiz.de
www.iff.ac.at
www.chv.org
www.apph.org
www.ja-zum-leben-bis-zuletzt.de

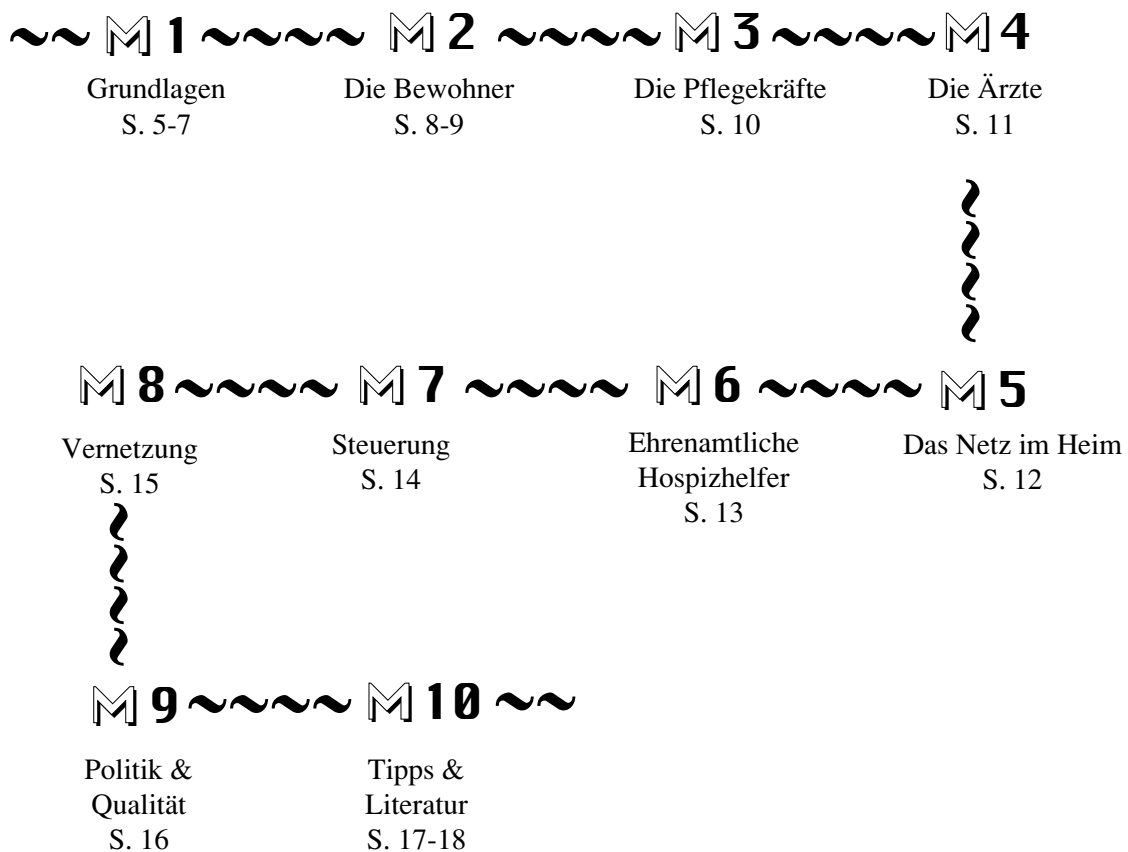
Initiativen:

Es gibt eine Reihe von Modellprojekten. Einige seien genannt, damit findige Leser sich durchfragen können:
Innere Mission München (IMM)
Diakonie in Düsseldorf (DiD)
AWO Düsseldorf;
Caritasverband (DiCV), Essen
CBT Upladin , Leverkusen;
Reformierter Gemeindestift, Wuppertal;
Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf;

~~~~~19

Zur Übersicht

Wir sind in diesem Leitfaden einen Weg gegangen. Wir haben eine bestimmte Reihenfolge gewählt, hätten ihn aber auch anders beschreiten können. Wichtige Merkposten auf diesem Weg haben den Blick auf Fragen gelenkt, die bei der Implementierung von Palliativbetreuung eine Rolle spielen. So ergab sich ein Bild:



Zu guter Letzt

Die Implementierung von Palliativversorgung dient dem Auftrag, den Träger von Alten- und Pflegeheimen haben. Sie dient darüber hinaus der Würde der Menschen, die in unseren Heimen leben. Dies wird sich wohl aus den meisten Leitbildern der Träger solcher Einrichtungen ablesen lassen. Palliativkompetenz läßt sich erreichen, wenn uns das Bemühen um Lebensqualität antreibt. Dazu hat Erich Loewy einen schönen Satz geprägt: "Was ist Lebensqualität: Nicht nur am Leben sein, sondern ein Leben haben."

Wir schließen daher mit dem oft zitierten Satz von Cicely Saunders, der ganz gewiß auch im Pflegeheim gesagt werden darf:


Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.

Notizen:

Leben bis zuletzt

**Palliativbetreuung in den Alten- und
Pflegeheimen der Inneren Mission München**

Ein Projekt der

IMM - Innere Mission München
Diakonie in München und Oberbayern e.V. 

in Kooperation mit

CHV - Christophorus Hospizverein
Ambulantes Hospiz • Palliativdienst • Fortbildung
München



IFF - Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Palliative Care und Organisationales Lernen
Wien



gefördert durch


Bayerische Stiftung **Hospiz**

und

Stadt München
Sozialreferat



Das Projekt „Leben bis zuletzt“ orientiert sich an den Grundsätzen und Erkenntnissen aus der Hospizarbeit und dem palliativen Denken und Handeln.

In den vier großen Einrichtungen der stationären Altenhilfe (vernetzt mit den nicht-stationären Diensten) sowie einer kleineren gerontopsychiatrischen Einrichtung soll entsprechend dem Leitbild der Diakonie ein menschenwürdiges Sterben und Abschiednehmen ermöglicht werden.

BewohnerInnen und Mitarbeitenden werden ausführlich befragt und an der Umsetzung des Projektes beteiligt. Durch die Implementierung von Hospizideen wird die Kultur der Häuser rund um das Erleben von Sterben, Tod und Abschied so gestaltet, daß palliativpflegerische und palliativmedizinische Maßstäbe angelegt werden können, wo dies die Lage der Betroffenen erfordert. Die Selbstbestimmung der Bewohner und ggf. ihrer Angehörigen stehen im Mittelpunkt.

Die Strukturen und Arbeitsabläufe der Häuser sowie die Motivation und Fortbildung der Mitarbeitenden sind ebenso im Blick, wie der Grundsatz der Interdisziplinarität und Vernetzung mit allen beteiligten Fachkräften innerhalb und außerhalb der Häuser.

Das Projekt ist angelegt auf den Zeitraum 2001 - 2004.

Weitere Informationen zum Projekt und seinen Maßnahmen können beim Projektleiter erfragt werden.

InteressentInnen verweisen wir auf die Fachtagung der Bayerischen Stiftung Hospiz: 4. - 5.11.2002 in Freising.

Dort wird das Modellprojekt ausführlich vorgestellt.

Die Tagung wird dokumentiert.

**Projektleiter
Pfarrer Frank Kittelberger**

Gerhart-Hauptmann-Weg 10
D-82067 Ebenhausen

Fon: 08178/930119 Fax: 08178/930118
e-mail: fkittelberger@im-muenchen.de

Spendenkonto: 36 70 70 70 bei HypoVereinsbank (BLZ: 700 202 70) Stichwort: HHST 171700

IMM - Innere Mission München
Diakonie in München und Oberbayern e.V.



Projektstelle Hospizarbeit
Gerhart-Hauptmann-Weg 10
D-82067 Ebenhausen

IMM - Innere Mission München
Diakonie in München und Oberbayern e.V.



Projektstelle Hospizarbeit
Gerhart-Hauptmann-Weg 10
D-82067 Ebenhausen

IMM - Innere Mission München
Diakonie in München und Oberbayern e.V.

