

Das Lebensende (mit-)gestalten Steuerung von Palliative Care-Prozessen im Pflegeheim

MICHAEL ROGNER
VADUZ

1. Einführung

Das Pflegeheim ist ein Ort voller Herausforderungen, Ansprüche, Widersprüche sowie Ökonomisierungs- und Qualitätszwänge, und insbesondere ein Ort, wo gelebt, gestorben und gearbeitet wird. Pflegeheime haben ihre eigene Logik, die sich ganz wesentlich von jener im Spital oder anderen Versorgungssettings unterscheidet. Die Gestaltung bzw. Mitgestaltung des Lebensendes ist aus mehreren Perspektiven eine wichtige Aufgabe von stationären Langzeitpflegeorganisationen. Einerseits gilt es den Bewohnerinnen die Möglichkeit zu geben, an ihrem eigenen Lebensende mitgestalten zu können und andererseits ist es wichtig, eine Organisationskultur zu etablieren, die Mitarbeiterinnen dabei unterstützt, solche Prozesse kompetent zu begleiten. Als interdisziplinäres Konzept zur Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität der einzigartigen und unvertrauten Menschen bietet Palliative Care den Rahmen für die Gestaltung des Lebensendes.

Dieser Beitrag hat zum Ziel, Palliative Care-Prozesse im Pflegeheim anhand eines Praxisbeispiels darzustellen. Die Annäherung dazu erfolgt über eine Abhandlung der aktuellen Herausforderungen und spezifischen Anforderungen von Pflegeheimen im Kontext des Lebensendes. Anschließend werden wesentliche Aspekte der Mitgestaltungsmöglichkeiten thematisiert und im Zusammenhang mit Überlegungen zur Zukunft von Palliative Care reflektiert.

2. Das Pflegeheim als pluralisierte Lebenswelt

Bewohnerinnen von Langzeitinstitutionen haben ganz unterschiedliche Krankheitsbilder. In gedessen, haben sie alle einen spezifischen Behandlungs- und

Betreuungsbedarf und benötigen eine auf ihre Situation zugeschnittene Palliative Care (CURAVIVA, 2011a, 4). In Pflegeheimen hat es zum Vergleich in Hospizen, in denen überwiegend Menschen mit Krebserkrankungen sind, vor allem Menschen mit dementiellen, kardiovaskulären und hämatologischen Erkrankungen sowie Erkrankungen am Bewegungsapparat. Sie werden immer mehr zur Hauptzielgruppe von Palliative Care, da eine Heilung oft nicht mehr möglich ist und lindernde Ansätze im Vordergrund stehen.

2.1. Sterben im Pflegeheim – von Krankheitsverläufen lernen

Die Aufenthaltsdauer im Pflegeheim hat sich in den letzten Jahren massiv verkürzt, da die Menschen erst eintreten, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr ausreicht und sie schwer pflegebedürftig geworden sind. In einem Jahr stirbt ein Drittel aller Bewohnerinnen in Pflegeheimen (CURAVIVA, 2011, 4). Mit dem Eintritt ins Pflegeheim beginnt auch der Palliative Care-Auftrag (Kostrzewa, Gerhard, 2010, 244). Palliative Care, die ganzheitliche Betreuung und Begleitung der einzelnen Bewohnerinnen sowie ihrer Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen, gewinnt in den stationären Langzeitinstitutionen immer mehr an Bedeutung (CURAVIVA, 2011, 4).

Die meisten Menschen in Europa sterben nicht zuhause, obwohl es der gewünschte Ort der Mehrheit ist. In einer Darstellung der WHO (2011, 9) zeigt sich, dass etwa in England 58% in nationalen Spitälern, 18% zuhause, 17% in Pflegeheimen, 4% in Hospizen und 3% an anderen Orten versterben. Doch was bedeutet zuhause sterben? Ist das Zuhause immer die eigene Wohnung oder das eigene Haus? Nach Max Frisch ist Heimat nicht an Orte oder Länder gebunden, sondern Heimat sind die Menschen, die uns verstehen. Für viele Menschen werden Pflegeheime im letzten Abschnitt ihres Lebens zur Heimat, vorausgesetzt es gibt dort Menschen, die versuchen zu verstehen. Pflegeheime sind in den letzten Jahren zu Sterbehäusern geworden. Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer ist eine zentrale Herausforderung. Infolgedessen haben sich die Bemühungen intensiviert, in Organisationen der stationären Altenhilfe eine palliative Kultur zu entwickeln (Heller, Wegleitner, 2007, 73). Statistiken in der Schweiz zeigten zwischen 1969 und 1986 eine Entwicklung zum institutionellen Sterben. Ab 1986 und 2001 verlagerte sich das Sterben innerhalb der Institutionen weg von den Spitälern in die Alters- und Pflegeheime (Fischer et al., 2004, 467). Demgegenüber stagniert die Finanzierung der Pflegeleistungen. Es öffnet sich die Schere zwischen den Anforderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht und den zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen (CURAVIVA, 2011b, 4).

Heutzutage ist der plötzliche Tod seltener geworden. Vor allem in westlichen, ökonomisch gut entwickelten Ländern mit hoher Lebenserwartung ist es mitunter ein jahrelanger Prozess bis hin zum Tod. Wenn Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen ihre Betreuungspersonen nach einer Prognose fragen, steckt oft mehr dahinter als die triviale Frage nach der messbaren Lebenserwartung. Dieses Mehr betrifft vor allem den Verlauf der Erkrankung und die Frage nach dem, was auf dem Weg zum Tode alles zu erwarten ist. Anhand von Krankheitsverlaufskurven („*illness*

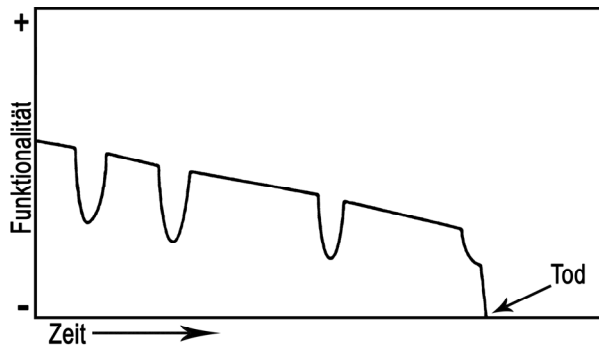


Abb. 1: Fortschreitender Verlust der Funktionalität mit intermittierenden Krisen, z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

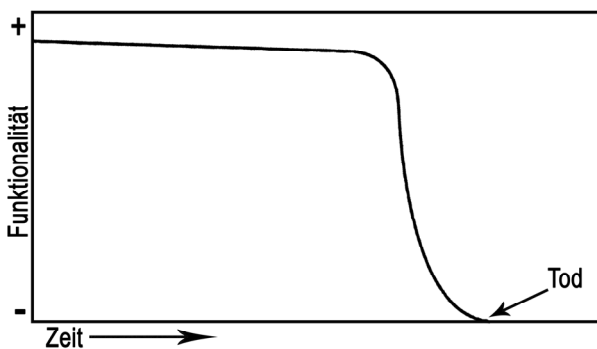


Abb. 2: Kurzer Verlauf mit schnellem Verlust der Funktionalität, z.B. bei Krebs

trajectories“) besteht die Möglichkeit, Szenarien zu antizipieren und davon etwaige vorsorgende Planungen abzuleiten. Krankheitsverlaufskurven eröffnen das Gefühl einer besseren „Kontrolle“ der Situation und können den Umgang mit der Erkrankung verbessern und Sicherheit geben. Krisenhafte Entwicklungen können im Vorfeld erkannt und abgeschwächt werden. Zu beachten ist, dass es krankheitsbezogen sehr unterschiedliche Verläufe mit verschiedenen Ausprägungen gibt. Im Wesentlichen gibt es bei Bewohnerinnen im Pflegeheim drei unterschiedliche „illness trajectories“ zu beobachten:

- Ein **akut fortschreitender Verlauf mit schnellem Verlust der Funktionalität** und Palliative Care-Bedarf vor allem am Schluss, bspw. bei Krebserkrankungen.
- Ein **chronisch fortschreitender Verlust der Funktionalität mit intermittierenden Krisen**, folgender Verschlechterung und ansteigendem Palliative Care-Bedarf vor allem im Rahmen der intermittierenden Krisen, bspw. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

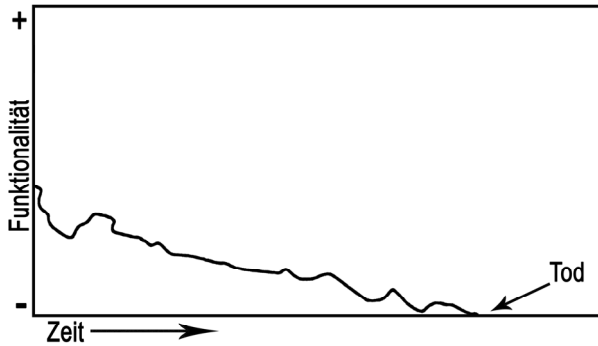


Abb. 3: **Lang fortschreitender Verlauf mit sehr geringer Funktionalität, z.B. bei Demenz oder Frailty**

- Ein **lang fortschreitender Verlauf mit von Beginn an sehr geringer Funktionalität** und Palliative Care-Bedarf während des ganzen Verlaufs, bspw. bei Demenz und Frailty.

Der Krankheitsverlauf bei alten Menschen im Pflegeheim folgt in der Regel einer dieser drei Formen. Dies ist insofern interessant, da durch die steigende Anzahl von Menschen mit Demenz und jenen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sichtbar wird, dass die Gruppen mit lang fortschreitenden Verläufen in besonderer Intensität – aufgrund der niedrigen „Funktionalität“ gepaart mit Krisen – von Palliative Care profitieren. Während bei Menschen mit einer Krebserkrankung in der Regel erst sehr spät – nach verschiedenen Therapieoptionen – Palliative Care Raum einnimmt, ist dies bei den beiden anderen Gruppen gerade umgekehrt. Von Anfang an ist der Bedarf an Palliative Care positiv dominant, auch wenn die Bewohnerin vielleicht noch Jahre leben wird.

2.2. Palliative Care in der Grundversorgung

Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische, pflegerische, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung. Nach Eychmüller (2009, 4) kann Palliative Care mit den „4 S“ beschrieben werden, welche den Hauptbedürfnissen von unheilbar kranken Menschen entsprechen:

- Symptombehandlung
- Selbstbestimmung
- Sicherheit
- Support für Angehörige.

Palliative Care bietet Sicherheit. Gemeinsam mit Fachpersonen, Freiwilligen und Angehörigen wird ein verlässliches Unterstützungsnetz aufgebaut. Menschen in Krisen

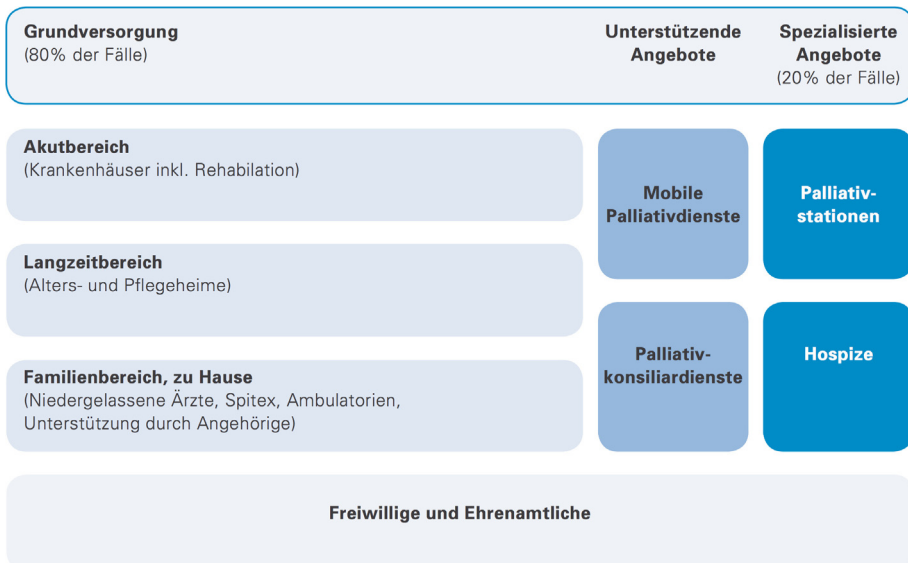


Abb. 4: Versorgungsstrukturen Palliative Care (BAG, 2011, 4)

werden nicht allein gelassen, sondern durch ein Netz von verschiedenen Personen getragen. Dadurch werden auch unnötige Einweisungen ins Akutspital vermieden. Das Ziel ist, dass Menschen in der letzten Lebensphase besser leben, weniger leiden und ihren Wünschen entsprechend gehandelt wird. Dazu müssen die Wünsche bekannt sein. Palliative Care bietet die Möglichkeit, die letzte Lebensphase selbst zu gestalten. Gemeinsam mit Fachpersonen und Freiwilligen führt sie zu praktischen Herangehensweisen.

Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten, die in der Langzeitpflege betreut werden, gehören gemäß dem Grundlagenpapier der schweizerischen Nationalen Strategie Palliative Care zum Bereich der Grundversorgung. Quantitativ macht diese Gruppe mit 80% den größten Teil der Menschen aus, die auf Palliative Care angewiesen sind. Einzelne Bewohnerinnen in der Grundversorgung benötigen vorübergehend bei schubweisem Krankheitsverlauf, einer Verstärkung der Symptomatik sowie längeren Phasen der Instabilität spezialisierte Palliative Care. Infrage kommen dabei entweder eine Überweisung in eine spezialisierte Palliative-Care-Einrichtung, die Konsultation eines mobilen Palliative Care-Teams oder Teams mit erweiterten Palliative Care-Kompetenzen direkt im Pflegeheim. Aufgrund der Komplexität benötigen Pflegepersonen in der stationären Langzeitpflege sowohl Basiskompetenzen als auch vertiefte Kompetenzen im Bereich Palliative Care. Dies betrifft vor allem den Bereich der Symptomlinderung und ethischen Entscheidungsfindung in komplexen Situationen, die Moderation und Gesprächsführung sowie die Beziehungsgestaltung vor einem bio-psycho-öko-sozio-kulturellen Hintergrund.

Die Zielsetzung von Palliative Care deckt sich über weite Strecken mit den generellen Zielsetzungen der Langzeitpflege. Die Abgrenzung ist deshalb nicht immer einfach. Palliative Care in der Langzeitpflege nimmt jedoch die Anliegen viel bewusster und expliziter auf. Sie wendet neues Fachwissen, zum Beispiel zur Linderung von Krankheitssymptomen, gezielter an. Andere Forderungen wie Multiprofessionalität, Einbezug der Angehörigen und Gestaltung der Entscheidungsfindungssituationen erhalten erhöhte Priorität und Selbstverständlichkeit. In der Begleitung und der Auseinandersetzung mit Tod und Endlichkeit sowie der Gestaltung einer würdevollen Abschiedskultur werden neue Schwerpunkte gesetzt. Alle diese Intensivierungen, die Bewältigung von Krisensituationen und die Begleitung in der letzten Phase erfordern neben neuem fachlichem Know-how in erster Linie Zeit und Zuwendung. Gute Begleitungen in instabilen Phasen und Krisensituationen erfordern auch eine Kultur der Menschlichkeit und Raum für persönliche Begegnung.

CURAVIVA Schweiz listet folgende palliative Leistungen im Pflegeheim auf (2011a, 3):

- Symptombehandlung
- Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- Angepasste Kommunikation, um bestmögliche Lebensqualität am Lebensende zu erreichen
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Entscheidungsfindung im Rahmen des „informed consent“.
- Einbezug der Angehörigen und Bezugspersonen
- Freiwilligenarbeit
- Abschiedskultur des Hauses
- Zusammenarbeit im Rahmen des palliativen Versorgungsnetzes.

Diese Palliative Care-Angebote fokussieren eindeutig mehr als die normalen Zielsetzungen der Langzeitpflege. Einrichtungen, die Palliative Care mit Pflege gleichsetzen, unterliegen hier einem grundsätzlichen Irrtum. Weiters findet ein Paradigmenwechsel statt, indem sich Palliative Care zusehends aus der „*End-Of-Life- und Onkologie-Umklammerung*“ löst und sinnvollerweise integrativ in den Bereich der Grundversorgung eintaucht. Menschen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen bedürfen ab dem ersten Tag einer personenzentrierten Pflege und Betreuung, bei der Palliative Care integrativer Bestandteil ist, sich nicht auf das unmittelbare Lebensende reduziert und keine quasi-technische Angelegenheit darstellt.

2.3. Voraussetzungen für das Gelingen von Palliative Care-Prozessen

Qualität ist weder Zufall noch die Summe aller definierten Strukturen und Prozesse innerhalb einer Organisation. Das Wissen über Organisationen und deren Potential, den jeweiligen Entwicklungsmöglichkeiten und Systemlogiken ist dabei von zentraler Bedeutung. Heimerl (2009, 33) bezeichnet dies als „*Erfahrung mit Palliative Care Prozessen*“ und definierte **acht zentrale Voraussetzungen** für die Organisa-

tionsentwicklung in Palliative Care. Sie ist der Meinung, dass komplexe Probleme komplexe Lösungen erfordern. Wer die Organisation mit Palliative Care entwickeln möchte, hat zuallererst mehr Herausforderungen als Lösungen. Hier wäre es nicht förderlich, auf Quick-Fix-Lösungen zu setzen, da die Frage der Nachhaltigkeit schon hier beantwortet werden kann: sie wird nicht stattfinden. Vielmehr ist es entscheidend – analog zu den Voraussetzungen von Heimerl – einen Auftrag zu haben, die Unterstützung des Trägers und der Leitungen (also des Managements) zu sichern, das Projektdesign an die Organisation zu adaptieren, ethische Reflexionsräume zu schaffen, Partizipation der Mitarbeiterinnen zu ermöglichen und die Sicht der Betroffenen einzubeziehen.

Wer Palliative Care im Pflegeheim einführen möchte, sollte zuerst in allen Ebenen (Management, Pflgeteams, etc.) den Diskurs starten und nicht der Verlockung erliegen, sofort Dokumente einzuführen, um Palliative Care unmittelbar sichtbar zu machen. Palliative Care in der Organisation ist vor allem auch Arbeit an der Organisationskultur, die oft auch mit Haltung verglichen wird. Und diese Haltung (oder Grundprämissen) unterscheidet sich vielfach von der gängigen Haltung im Krankenhaus oder im Pflegeheim (Heller, Knipping, 2006, 41). In Palliative Care-Prozessen müssen diese unausgesprochenen und somit auch nicht verhandelbaren Haltungen ausgesprochen, thematisiert und (mit Netzwerkpartnern) verhandelt werden.

2.4. Die Steuerung von Palliative Care-Prozessen als Aufgabe des Managements

Als Folge der Industrialisierung und der damit einhergehenden gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen findet unser (Arbeits-)Leben in arbeitsteiligen Handlungszusammenhängen (Organisationen) statt. Organisationen generieren Entscheidungsnotwendigkeiten und das unter den Bedingungen von Ungewissheit, Unübersichtlichkeit, Ambiguität und Zeitdruck. Organisationen müssen entscheiden, und deshalb ist das Managen dieser unterschiedlichen Erwartungen von verschiedenen Anspruchsgruppen wichtig (vgl. Rüegg-Stürm, 2009, 76). Es handelt sich dabei um Entscheidungen, von denen Bewohnerinnen eines Pflegeheims genau so betroffen sein können wie Angehörige oder natürlich auch Mitarbeiterinnen. Entscheiden heißt immer zwischen Optionen zu wählen. Diese Optionen müssen in einem organisierten Reflexionsprozess sichtbar gemacht werden und sind keineswegs trivial. Sie passieren in komplexen menschlichen Lebenszusammenhängen zwischen den betroffenen Personen, die nach Rüegg-Stürm (2009, 78) immer an der Grenze zwischen „*Wissen und Nichtwissen*“ arbeiten.

Im Bereich des Gesundheitswesens muss man von Fachpersonen verlangen können, dass sie Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen. Das kann allerdings nur geschehen, wenn die Strukturen der Einrichtung so gestaltet sind, dass sie förderlich sind und entsprechende Handlungsspielräume bieten. Verantwortung von Menschen zu verlangen, die keine entsprechenden Handlungsspielräume

haben, ist unmöglich. Deswegen ist die Rolle des Managements in Palliative Care-Prozessen ganz zentral. In Palliative Care-Prozessen sind reine Top-Down-Prozesse selten anzutreffen. Wenn man an Elisabeth Kübler-Ross oder auch Cicely Saunders denkt, so waren es primär Bottom-Up-Prozesse oder zumindest Mischformen, die Palliative Care-Prozesse in Gang gesetzt haben. Aufgrund der Mehrdimensionalität der Anforderungen ist eine bipolare Strategie sinnvoll, bei der Management und Basis gleichermaßen agieren können.

Krobath (2012, 26) betont, dass die *„Würde der Sterbenden den Entscheidungen der das Sterben organisierenden Professionen und Institutionen unterliegt“*. Engagierte Pflegepersonen können aufgrund ihres persönlichen Engagements kurzfristig Härten abfedern, jedoch nie strukturelle Mängel von Organisationen überwinden, geschweige denn kompensieren. Pflegeheimskandale seien laut Krobath nur die Spitze des Eisbergs einer strukturellen Kälte von Organisationen. Die moralischen Ansprüche würden aber nicht nur die Mitarbeiterinnen, sondern vor allem die Organisationen betreffen. Was steht hinter wunderbar formulierten Leitbildern und grafisch ansprechenden Hochglanzbroschüren? Wie fühlen bedürftige Menschen strukturelle Mängel einer Organisation, denen alle Beteiligten ausgeliefert sind? Krobath (2012, 26) plädiert daher für *„...eine sorgende Organisationskultur der Anerkennung, die Kommunikationsformen und Entscheidungsprozesse dadurch prägt, dass die jeweils Betroffenen als die zumeist ausgeschlossenen anderen einbezogen, gehört und beteiligt werden, in direkter oder in stellvertretend-parteilicher Weise. Eine solche Kultur ist heterogen und konfliktreich, sie kennt keine glatten Lösungen und ebnet nicht ein. Sie würdigt Vielfalt und Auseinandersetzung und sorgt, dass alle anderen beteiligt werden und darin zur Geltung kommen.“*

Das *„Steuern“* von Palliative Care Prozessen ist eine ganz wesentliche Aufgabe des Managements, sollte gerade dort fest verankert sein und einen zentralen Platz einnehmen. Hier bedarf es mehr als das bloße Einführen von Prozessen oder Strukturen in der Linie.

3. Palliative Care-Prozesse im Pflegeheim – ein Praxisbeispiel

Palliative Care-Prozesse zu initiieren und eine palliative Kultur zu entwickeln bedingt eine konsequente Auseinandersetzung im organisationalen Kontext. Um die spezifischen Palliative Care-Bemühungen von Pflegeheimen unter qualitativen Vorgaben auszuzeichnen, wurden von **Experten der Fachgesellschaft palliative.ch** Qualitätskriterien erarbeitet.

In diesem Kapitel wird der mehrjährige Prozess von der Implementierung bis hin zur Qualitätszertifizierung beschrieben und versucht zu erläutern, dass Palliative Care und eine Qualitätszertifizierung im Peer-Review-Verfahren kein Widerspruch sind, sondern vielmehr die Möglichkeit bietet, sich speziell mit den umfassenden Kriterien organisational auseinanderzusetzen, die Organisationsstrukturen und -prozesse zu verbessern, die Mitarbeiterinnenkompetenz zu steigern und letztlich die Lebensqualität der Bewohnerinnen zu verbessern.

3.1. Von der Implementierung zur Zertifizierung

Die LAK (Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe) besteht aus vier Langzeitpflegeeinrichtungen, einer Zentralküche, einer Aus- und Weiterbildungsstelle (AWB) sowie einer Stelle für Casemanagement (CM). Eines der LAK-Häuser verfügt nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess als zweite Langzeitpflegeeinrichtung in der Gesamtschweiz und erste in Liechtenstein über das Label „*Qualität in Palliative Care*“.

Von 2009-2011 wurde im LAK-Haus St. Laurentius ein umfassendes Projekt zur Implementierung von Palliative Care durchgeführt. Dabei kamen die bereits beschriebenen Voraussetzungen für das Gelingen von Organisationsentwicklung in Palliative Care zur Anwendung. Entscheidend war die Öffnung und das Abbauen von Grenzen innerhalb der Denk- und Handlungsmuster und das Vermeiden von Kategorisierungen („*Ist das jetzt Palliative Care oder Pflege?*“). Nach der Einführung bestand der Anspruch darin, diesen Standard zu halten und punktuell zu verbessern. Es wurde beschlossen, das Label „*Qualität in Palliative Care*“ im Rahmen der Qualitätsentwicklung anzustreben. Ab Oktober 2011 arbeiteten die Teams im Haus intensiv an der Erfüllung der 65 Kriterien. Es wurde als große Chance angesehen, den eingeschlagenen Weg mit einem klaren und gemeinsamen Ziel weiterzugehen, sich mit schwierigen Fragen auseinanderzusetzen, sich kritisch zu hinterfragen und durch die externe Expertise neue Impulse und Anregungen zu bekommen. Es galt dabei stets, Palliative Care integrativ in das Gesamtkonzept einzubetten und nicht etwa auf palliative Angebote am Lebensende zu reduzieren oder dies als Konkurrenz zu Pflegeangeboten zu sehen. Dies würde dem ganzheitlichen Ansatz und der Strahlkraft von Palliative Care in der Langzeitpflege nicht gerecht. Bei der starken Integration aller beteiligten Berufsgruppen und Netzwerkpartnerinnen stand stets die Lebensqualität der Bewohnerinnen im Mittelpunkt der Bemühungen.

Das Label „*Qualität in Palliative Care*“ verleiht der Schweizerische Verein für Qualität in Palliative Care (palliative.ch). Für die Durchführung des Audits zeichnet „*sanaCERT suisse*“, die Schweizerische Stiftung für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, verantwortlich. Mit dem Label erbringt das Haus den Nachweis, 65 Qualitätskriterien im spezifischen Bereich von Palliative Care in der Langzeitpflege zu erreichen. Schwerpunkte dabei waren Pflege und Betreuung, Bewohnerrechte, interprofessionelle Zusammenarbeit, Einbezug der Angehörigen und die Abschiedskultur. Das Peer-Review-Verfahren bedeutet, dass gleichgestellte Fachexpertinnen (Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Seelsorgerinnen, Therapeutinnen) beurteilen, wie weit die Standards erfüllt sind.

Die 65 Qualitätskriterien sind in folgende Themen gegliedert:

- Konzept
- Anamnese
- Behandlung, Begleitung und Betreuung
- Bewohnerrechte
- Ärztliche Behandlung
- Pflege

- Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team
- Information und Einbezug der Angehörigen
- Abschiedskultur
- Zusammenarbeit im Versorgungsnetz
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Für die Erteilung des Labels müssen mindestens sämtliche obligatorischen Kriterien erfüllt sein.

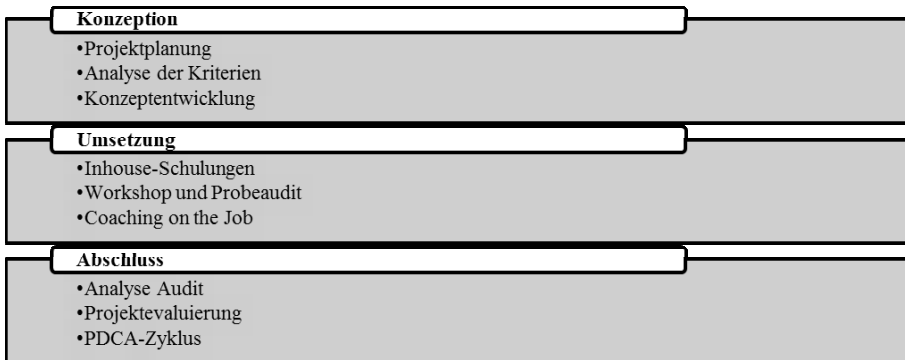
3.2. Der Qualitätszirkel

Der Qualitätszirkel hat als fix institutionalisiertes Gremium zum Ziel, Themen des eigenen Arbeitsbereiches zu analysieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten sowie durch Coaching die Mitarbeitenden zu unterstützen. Vor allem aber ist der Qualitätszirkel eine Antwort auf die Frage der Nachhaltigkeit. Er setzt sich im Kernteam aus Vertreterinnen der Abteilungen und dem Pflegeexperten zusammen. Im erweiterten Team befinden sich die Heimärztin, Vertretung der Hospizbewegung, die Koordinatorin der Freiwilligen, Heim- und Pflegedienstleitung, Leitung Technik und Leitung Hauswirtschaft sowie die Fachfrau für Lebensbegleitung im Alter. Die Kernaufgaben des Qualitätszirkels liegen neben der Nachhaltigkeit im Geben von fachlichen Inputs, der Stärkung der berufsübergreifenden Zusammensetzung, Organisation der Inhouse-Fortbildungen, Coaching on the job, kontinuierliche Anwendung des PDCA-Zyklus sowie der internen und externen Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus hat er eine beratende Funktion für das Management. Diese Plattform hat sich sehr bewährt, da hier viel Know-how und Projekterfahrung zur Verfügung steht. Zugleich hat sich gezeigt, dass die hier getroffenen Entscheidungen kollektiv getragen werden. Vor dem Hintergrund von Palliative Care-Prozessen hat sich gezeigt, dass der Qualitätszirkel sozusagen der Think Tank dafür ist.

3.3. Projektphasen und Konzeptualisierungen

In der Phase der Konzeption stand vor allem die Ist-Analyse im Vordergrund. Der nächste Schritt lag in der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien. Nach der Erstellung des Projektplans wurden die fehlenden Strukturen und Prozesse sowie die Vermittlung und Reflexion im Rahmen von Inhouse-Schulungen geplant.

In der Phase der Umsetzung wurden die Konzepte eingeführt und im Rahmen der Inhouse-Schulungen mit allen Mitarbeitenden die Inhalte der Kriterien diskutiert und reflektiert. Parallel dazu wurde vom Qualitätszirkel-Kernteam ein Tagesworkshop für den erweiterten Qualitätszirkel geplant und abgehalten. Ziel dieses Workshops war die gemeinsame und detaillierte Ausarbeitung der Qualitätskriterien. Die Vorbereitung und Durchführung des Probeaudits mit externen Auditoren war der nächste Schritt. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden aufgegriffen und in die Planung des Zertifizierungsaudits einbezogen. Nach erfolgreichem Audit wurden die Erkenntnisse aus

Abb. 5: **Projektphasen**

dem Auditbericht ausgewertet und für die Jahresplanung aufgegriffen. Ein zentraler Punkt in der Evaluierung lag in der Erstellung, Durchführung und Auswertung eines Mitarbeiterinnenfragebogens. Im Rahmen der Entwicklung sind drei zusätzliche Konzepte (Palliative Care, Bildung, Freiwillige) und andere unterstützende Dokumente analog dem PDCA-Zyklus erarbeitet, getestet und eingeführt worden. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung im Bereich Palliative Care orientierte sich die Projektgruppe an den Vorgaben des *Schweizerischen Vereins für Qualität in der Palliative Care*, den *Standards von palliative.ch* und der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* zum Thema Palliative Care für alte Menschen in Europa. Konzepte zu den Themengebieten Schmerz, Ethisches Handeln, Bezugspflege sowie Pflegeprozess wurden bereits im Rahmen des Implementierungsprojekts eingeführt. Das Konzept Palliative Care ist als Grundlage für Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen, Angehörige und Interessierte erstellt worden und bildet ein wesentliches Fundament.

3.4. Inhouse-Schulungsmodell und Pflegecontrolling

Seit der Implementierung werden regelmässig Inhouse-Schulungen durchgeführt, die sich als sehr effektiv erwiesen. Dies wurde auch in den Evaluierungen eindrücklich bestätigt. Deswegen wird diese Methode der Wissensvermittlung, Wissensgenerierung und Reflexion weiterhin fortgesetzt und optimiert. Der große Vorteil besteht darin, dass alle Personen maßgeschneiderte Information und einen organisierten Raum für Reflexion zur Verfügung gestellt bekommen. Da Palliative Care alle Bereiche berührt, ist es auch wichtig, allen Bereichen Information, Wissen und Reflexionsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen – also nicht nur Mitarbeiterinnen aus dem Pflegebereich.

Die Überprüfung der selbst definierten Qualität im Pflegebereich stützt sich im Wesentlichen auf die zwei Säulen Pflegevisite und Pflegekennzahlen. Die Pflegevisite beinhaltet einen strukturierten Prüfkatalog. Für die Auswertung von Palliative Care-Prozessen war die Auswertung relevanter und spezifischer Kennzahlen ein

wichtiger Punkt. Dies beinhaltete etwa die Durchführung von Assessments, moderierten Nachbesprechungen nach einem Todesfall oder Pflegeprozessevaluierungen. Somit wurde ein hoher Grad an Transparenz im Bereich der Pflegequalität erreicht und Verbesserungspotential sichtbar gemacht. Zeitgleich wurde ein Vorschlags- und Verbesserungsmanagement installiert. Durch die konkreten Verbesserungsvorschläge von Mitarbeiterinnen ist es möglich, Abläufe sinnvoller zu gestalten sowie die Qualität punktuell zu verbessern.

Zur Evaluierung wurde ein Fragebogen für die Mitarbeiterinnen entwickelt, der in **fünf Themenschwerpunkte** gegliedert wurde:

Allgemein, Entwicklung, Kommunikation, Inhouse-Schulungen sowie der **Bedarf im eigenen Bereich**. Der Fragebogen wurde an alle Mitarbeiterinnen verteilt. Ausschlusskriterium war eine Anstellung nach dem 1.1.2013 bzw. Praktikantinnen und Auszubildende. Insgesamt wurden 56 Fragebögen verteilt. Die Rücklaufquote betrug 66%. Die Erhebung wurde anonymisiert durchgeführt und ausgewertet. Die Gesamtergebnisse ergeben ein sehr positives Bild. Im Bereich „**Allgemein**“ etwa zeigen die Ergebnisse, dass mehr als 90% die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Haus sehr gut bzw. gut finden. Die grosse Mehrheit der Mitarbeiterinnen fühlt sich ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt und gefördert. Die Ergebnisse zeigen eine sehr offene Kultur im Bereich des aktiven Einbringens, Nutzen von Freiräumen und Ansprechen von Problemen. Im Bereich „**Entwicklung**“ sehen die befragten Personen die Entwicklung im Haus rund um Palliative Care positiv. Die wenigsten (20%) unter den Befragten empfinden den Entwicklungsaufwand als Belastung. Im Bereich „**Kommunikation**“ haben mehr als 90% den Eindruck, dass sie die für ihre Tätigkeit benötigten Informationen haben. Die Ergebnisse im Bereich „**Inhouse-Schulungen**“ deuten eindeutig darauf hin, dass diese die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen fördern, das angebotene Programm dem Bedarf am Arbeitsplatz entspricht und diese die Zusammenarbeit im Haus fördern. Den Mitarbeiterinnen aller Bereiche wurden die Auswertungen präsentiert und zur Verfügung gestellt.

3.5. Zusammenfassend

Als besondere Stärken aus dem Audit wurden die hohe individuelle Lebensqualität für die Bewohnerinnen, das Konzept der Bezugspflege sowie der hohe Grad an interprofessioneller Zusammenarbeit hervorgehoben. Das hausinterne Schulungsangebot, die Teamarbeit als Bestandteil der Arbeitskultur sowie die Sicherung und Weiterentwicklung durch den Qualitätszirkel wurden ebenfalls als Stärken aufgezeigt. Durch Inhouse-Fortbildungen und verschiedene Gesprächsformate (moderierte Besprechung nach einem Todesfall, ethische Fallbesprechungen, Pflegebesprechungen, etc.) entstanden viele unterschiedliche Reflexionsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Netzwerkpartnerinnen. In Evaluierungen mittels Fragebogen zeigte sich ganz klar, dass die organisierten Reflexionsräume ganz wichtige Plattformen für die Mitarbeiterinnen darstellen. Gemeinsam zu überlegen, gemeinsam zu denken, gemeinsam nicht weiter zu wissen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, stellt eine Verbindung

her, die eine große Ressource für die Organisation und die Entwicklung der Palliative Care-Kultur darstellt. Neben „*Coaching off the Job*“ ist „*Coaching on the Job*“ für die Mitarbeiterinnen sehr wichtig. Durch die Etablierung von Fachspezialistinnen mit erweiterter Palliative Care-Kompetenz auf allen Abteilungen, gibt es im eigenen Arbeitsumfeld Personen, die konkret und praxisnah Unterstützung in schwierigen Situationen anbieten können. Um die Nachhaltigkeit zu garantieren, absolvieren neue Mitarbeiterinnen eine Inhouse-Grundschulung in Palliative Care. Diese wird vom Qualitätszirkel gestaltet und findet zweimal im Jahr statt. In ersten Evaluierungen zeigte sich, dass die neuen Mitarbeiterinnen davon ganz enorm profitieren.

4. Überlegungen zur Zukunft von Palliative Care im Pflegeheim

Häuser zum Leben sind auch zwangsläufig Häuser zum Sterben und man kann nur dort gut sterben, wo man auch gut gelebt hat (vgl. Heimerl, 2008, 25). Diese unauflösbaren Widersprüche in der stationären Langzeitpflege gilt es auszubalancieren, und hier kann die Entwicklung der Organisation mit Palliative Care einen wichtigen Beitrag leisten. Die Arbeit an der Organisationskultur ist ein wesentliches und stabilisierendes Kriterium für die Entwicklung der Organisation. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Formate oder Modelle aus dem Krankenhaus nicht unreflektiert im Pflegeheim einzuführen, sondern die spezielle Kultur und Logik der Einrichtung zu berücksichtigen. Das betrifft vor allem Bereiche wie die Qualitätsentwicklung, ethische Entscheidungsfindungsprozesse, die Reduktion von Palliative Care auf Betten oder Konsiliardienste (also das „*Outsourcing*“ von Palliative Care) sowie die reine Schwerpunktlegung auf „*End Of Life Care*“. Das Pflegeheim der Zukunft ist ein Ort der Pluralisierung der Lebenswelten, der ethisch reflektierten Auseinandersetzung mit Widersprüchen, der interdisziplinären und partizipativen Herangehensweise an Fragen der Lebensqualität und vorausschauenden Planung. Es bleibt, dass die Entwicklung der Organisation mit Palliative Care auch eine Möglichkeit bietet, sich mit den Herausforderungen unserer Gesellschaft zu arrangieren und Fragen nach dem guten Leben Reflexionsräume zu geben.

Im Folgenden werden Überlegungen zur Zukunft von Palliative Care im Pflegeheim, deren Entwicklungspotentiale sowie limitierende Faktoren thematisiert. All diese Überlegungen werden vor dem Hintergrund der Schwerpunkte Ökonomisierung, Effizienzsteigerung, Markt- und Kundenlogik reflektiert.

4.1. Vorausschauende Planungen als konkrete Möglichkeit zur Mitgestaltung

Durch die längere Lebensdauer und die Zunahme an chronischen Erkrankungen sind heutzutage die meisten Todesfälle schon vorher absehbar. Das Lebensende kommt meist nicht unerwartet. Unklare Situationen am Lebensende sind einschneidende Life-Events, in denen es oft an vorausschauenden Abstimmungen mangelt. Vielfach liegt es an der

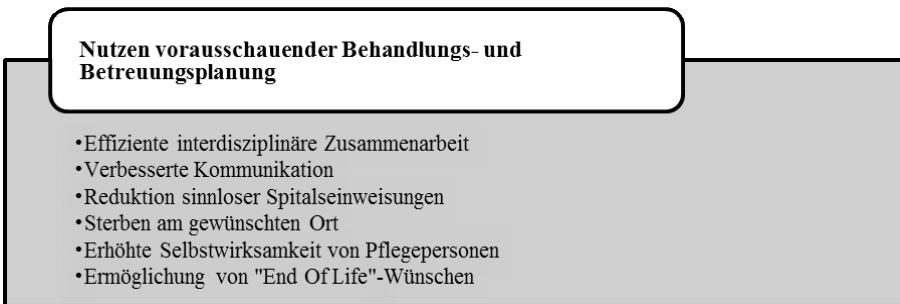


Abb. 6: **Nutzen vorausschauender Behandlungs- und Betreuungsplanung**
(Bischofberger, 2013, 17)

unzureichenden Kommunikation und den fehlenden ethischen Reflexionsangeboten. In einigen Ländern wie England, Neuseeland oder Kanada ist die vorausschauende Behandlungs- und Betreuungsplanung (Advance Care Planning) etabliert und wird folgendermaßen definiert: „*Advance care planning is a process whereby a patient, in consultation with health care providers, family members and important others, makes decisions about his or her future health care, should he or she become incapable of participating in medical treatment decisions.*“ (Detering et al., 2010, 1345). Vorausschauende Betreuungsplanung wird demnach primär als Prozess gesehen, indem die betroffene Person, nach Beiziehen von Fachpersonen, Familienangehörigen sowie zusätzlich beteiligten Personen, Entscheidungen für die zukünftige Betreuung trifft. Die Herausforderung der umfassenden vorausschauenden Betreuungsplanung beginnt bereits mit dem Eintritt des Bewohners in die Einrichtung. Zusammengefasste Forschungen der Agency for Healthcare Research and Quality (Kass-Bartelmes et al., 2003, 2) in den USA lassen den Schluss zu, dass kaum Betroffene in die vorausschauende Betreuungsplanung involviert sind. Es gibt jedoch viele, die darüber diskutieren wollen. Familienmitglieder von Verstorbenen, die ganz gezielte Angebote für vorausschauende Planung bekommen haben, erleiden signifikant weniger Stress, Angst und Depressionen (Detering et al., 2010, 1345). Dies führt zur Schlussfolgerung, dass vorausschauende Betreuungsplanung die Betreuung am Lebensende verbessert und gerade für chronisch kranke Menschen und deren Familien ein großer Gewinn sein kann.

Die Vorteile von vorausschauender Behandlungs- und Betreuungsplanung im Pflegeheim sind umfassend und eindrucklich. Bischofberger (2013) untersuchte in ihrer Masterthesis die „Kernpunkte von Advance Care Planning im Pflegeheim“ und beschrieb dabei die 6 wesentlichen Nutzen vorausschauender Planungen.

Studien ergaben, dass sich die Anzahl der Spitaleintritte am Lebensende durch die Einführung eines Programms deutlich reduzierte. Betreuungswünsche für das Lebensende wurden vermehrt diskutiert. Durch den Wissenszuwachs konnten die Pflegepersonen besser mit den Bewohnerinnen über deren Betreuungswünsche diskutieren und fühlten sich sicherer im Gespräch mit anderen Gesundheitsberufen über End of Life-Themen.

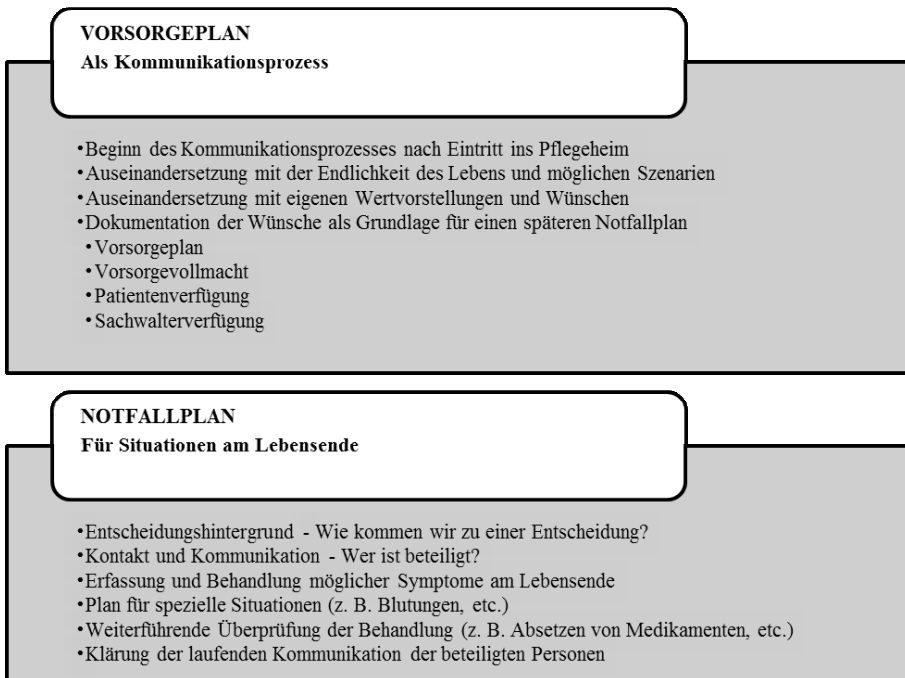


Abb. 7: **Vorsorgeplan und Notfallplan für Situationen am Lebensende**

Die pflegerische Bezugsperson hat dabei als Kommunikationsdrehscheibe einen wichtigen Part. Durch die Kontinuität der Betreuung können Beziehung und Vertrauen entstehen. So können Belastungsfaktoren frühzeitig erkannt werden. Pflegerische Bezugspersonen haben zudem ein größeres Verständnis für Bewohnerinnen und kommunizieren mehr mit der Familie (Sellick et al., 2003, 688). Ein hoher Grad an interdisziplinärer und individueller Kompetenz des Teams ist dabei erforderlich. Vor dem Hintergrund von Palliative Care sind Ärztinnen, Seelsorgerinnen, Hospizmitarbeiterinnen, Freiwillige, Therapeutinnen, etc. in einem Pflegeheim ein integrativer Bestandteil des Teams – auch wenn sie nicht direkt dort angestellt sind. Durch Informationsaustausch können die Qualität der Zusammenarbeit verbessert und Informationsdefizite sowie Nahtstellenprobleme ausbalanciert werden. Zumeist liegt es nicht am Willen oder Wollen, sondern an kommunikativen Problemen und den inhärenten Logiken der jeweiligen Berufsgruppe. Es ist wichtig, die Wertvorstellungen der Bewohnerinnen zu kennen um die würdevolle Begleitung und Autonomie bis zuletzt zu wahren und zu ermöglichen, selbst wenn sie nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind.

Dazu gibt es verschiedene Instrumente wie Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, ethische Fallbesprechungen, Anamnesegespräche sowie Gespräche über Wertvorstellungen. All diese Dokumente können unter dem Begriff der „*Vorsorgeplanung*“ zusammengefasst werden. Die offene und laufende Kommunikation hat dabei

höchste Priorität. Wegleitner und Medicus (2012, 224) formulieren das treffend als: „*Checklisten kommunizieren nicht.*“ Es kann auch kein Dokument die Situation in ihrer Komplexität erfassen. „*Notfallpläne*“ für das Lebensende sind ganz wichtige Instrumente der vorausschauenden Betreuungsplanung, bei denen bereits im Vorfeld thematisiert wird, was im Falle zu tun bzw. zu unterlassen ist und in einem Plan festgehalten wird. Ein zentraler Punkt dabei ist die Behandlung belastender Symptome.

Beratung und klinische Unterstützungsangebote für das interdisziplinäre Team sind angesichts der Anforderungen ein wichtiges Strukturmerkmal. Aber auch ganz einfache Aspekte wie die Verfügbarkeit von Medikamenten für belastende Symptome und Notfälle, Rooming-In-Möglichkeit für Angehörige, Fort- und Weiterbildungsangebote für das Personal, entsprechend ausgebildetes Pflegefachpersonal, ansprechende Räumlichkeiten für Gespräche, Verfügbarkeit von Fachpersonen (Pflegeexpertinnen, Hospizbegleiterinnen, etc.) sowie ethische Reflexionsräume („*Finden wir es gut, wie es geplant ist?*“) sind wichtige Aspekte. Ein offener Umgang mit Sterben und Tod als Teil des Lebens setzt nicht nur die Bereitschaft voraus, sich auf diese Fragen einzulassen, sondern auch die Bereitschaft, die „*ars moriendi*“, die Kunst des Sterbens anzuerkennen. Jeder Mensch benötigt seine ganz individuelle Zeit für die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Vorstellungen. Auch Pflegende und Betreuende brauchen im alltagsethischen Kontext Zeit, um Vertrauen zu gewinnen, Beziehung aufzubauen und anspruchsvolle Gespräche führen zu können. Vorsorgeplanung ist ein Angebot für Bewohnerinnen in Pflegeheimen. Das impliziert jedoch auch, dass sie dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen müssen. Autonomie bedeutet auch, sich nicht entscheiden zu müssen und nicht in die Vorsorge gedrängt zu werden.

Vorausschauende Behandlungs- und Betreuungsplanung ist im Rahmen integrativer Palliative Care eine Kernaufgabe von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Es gilt, Bewohnerinnen, ihre Bezugspersonen und das interdisziplinäre Team im Rahmen eines kommunikativ-partizipativen Prozesses auf mögliche Krisensituationen am Lebensende vorzubereiten, den Dialog darüber zu starten und diesem Raum und Zeit zu geben.

Wir erleben heute in der Praxis vielfach den Wunsch von Mitarbeiterinnen, Angehörigen oder auch Bewohnerinnen, dass das Lebensende optimal geregelt und notiert sein soll. Im Rahmen einer Nachbesprechung eines Todesfalls wünschte sich eine Mitarbeiterin des Nachtteams, dass alle Bewohnerinnen ab dem Eintritt ins Pflegeheim eine Verfügung haben sollten, wo auf einen Blick ersichtlich ist, ob eine Reanimation erwünscht sei oder nicht bzw. im Falle des Todes die Angehörigen unmittelbar oder erst morgens verständigt werden wollen. Aufgrund dieses Wunsches entwickelte sich eine spannende Diskussion über die dokumentierte Planbarkeit von Life-Events, die Autonomie der Bewohnerinnen von Dokumentationsmöglichkeiten wie Patientenverfügungen keinen Gebrauch zu machen und den richtigen Zeitpunkt um Gespräche über das Lebensende zu beginnen. Eine ethische Reflexion in einem organisierten Raum begann sich zu öffnen.

Alle Dokumente, seien sie auch noch so gut und durchdacht, müssen in ihrer Begrenztheit wahrgenommen werden. Diese Begrenztheit erleben wir gerade auf dem Gebiet der Patientenverfügungen. Erfahrungen aus Ländern, die Patientenver-

függungsgesetze haben, zeigen, dass der Einfluss dieser ohnehin marginal ist bzw. suggeriert, die Probleme seien hiermit gelöst. Auch hier kann die vorausschauende Betreuungsplanung eine effektive Alternative darstellen.

4.2. Profilierung von Palliative Care in der stationären Langzeitpflege

Palliative Care ist einerseits eine Haltung; sie bringt eine Qualitätssteigerung und führt zu einer erhöhten Professionalisierung in der Langzeitpflege. Andererseits geht es um konkrete professionelle Angebote, die bezeichnet und gemessen werden können. Auch diese Leistungen sind nicht alle „neu“ gegenüber der guten Praxis in der Langzeitpflege, aber sie umfassen oft einen erhöhten zeitlichen Umfang. Jedoch ist eine Abgrenzung von Palliative Care zu Pflege schlicht und einfach nicht sinnvoll und auch nicht möglich. Verschiedene spezifische Faktoren müssen bei der Profilierung von Palliative Care in der Langzeitpflege berücksichtigt werden, z. B. Multimorbidität, zunehmende Anzahl von Menschen mit Demenz und die kurze Aufenthaltsdauer (mit dem Aufwand, den Austritte und Eintritte mit sich bringen). Die verschiedenen Gefässe der Versorgungsstruktur müssen in ihren Leistungen differenziert werden: Wie soll das „Kompetenzniveau“ der Grundversorgung aussehen (nicht zuletzt, damit sie die oftmals komplexen Situationen bewältigen können)? Genügen die begrifflichen Einteilungen von „stabil“ und „instabil“? Wie soll der Begriff „komplex“ näher definiert werden? In welchen Situationen können die mobilen Palliative Care-Teams zur Unterstützung einbezogen werden? Erst wenn es einen gesamten Überblick über alle Kosten gäbe, würde deutlich, dass durch die Förderung von Palliative Care in der stationären Langzeitpflege Gesundheitskosten gespart werden könnten (z.B. durch weniger Verlegungen und kostspielige Aufenthalte in den Spitälern, weniger Wiederweisungen – „Drehtüreffekt“ nach der Entlassung, Lösung komplexer Situationen in der stationären Langzeitpflege).

4.3. Eckpfeiler von Palliative Care im Pflegeheim

Es ist empfehlenswert, Projekte zur Einführung von Palliative Care durchzuführen. Dabei ist der Fokus auf das Schaffen einer hohen individuellen Lebensqualität für die Bewohnerinnen zu legen. Ein innerbetrieblicher Qualitätszirkel ist für die Sicherung und Weiterentwicklung von Palliative Care-Wissen, insbesondere auch die Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit, wichtig. Die Praxis Lebensbegleitung ist eine ebenso wichtige Voraussetzung und Grundlage wie die Beschäftigung mit der Biographie und die Werteklä rung nach dem Eintritt. Das System mit einer fixen pflegerischen Bezugsperson für jede Bewohnerin muss konsequent und spürbar umgesetzt werden. Es erleichtert im interdisziplinären Team die Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen und die Verantwortlichkeiten. Das Angebot zur Begleitung durch die Hospizbewegung ist ein wichtiger Baustein. Die Rahmenbedingungen für Vorbereitung und Leistung der Beiträge von Freiwilligen müssen festgelegt werden. Sie ermöglichen

das Zusammenspiel mit den professionellen Mitarbeitenden des Hauses. Häuser zum Leben sollen über großzügige und helle Räume für die Bewohnerinnen und genügend Raum für Gespräche und Reflexion verfügen. Die Teamarbeit ist fester Bestandteil der Arbeitskultur in Palliative Care-Kontexten. Das interdisziplinäre Vorgehen im Team erweist sich besonders nützlich in Situationen und Fällen, in denen bisher praktische Erfahrung fehlen und Handlungsanweisungen noch erarbeitet werden müssen. Die Fortbildung von Mitarbeiterinnen in Palliative Care und die Einführung neuer Mitarbeiterinnen über ein laufendes internes Schulungs- und Fortbildungsangebot garantiert Kontinuität, Praxisbezug und basisnahe Reflexion.

Die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen wird in vielen Heimen durch die eigenen Hausärzte sichergestellt, die sich idealerweise an interprofessionellen Besprechungen und der Diskussion zu Fragen von Palliative Care beteiligen. In der Behandlungspraxis gibt es allerdings zum Teil gravierende Unterschiede im Umgang mit Palliative Care. In diesem Kontext sind Profile von Ärztinnen die Bewohnerinnen in Pflegeheimen betreuen noch viel zu wenig gefordert und auch verankert. Die Vorteile von fix angestellten oder Vertragsärztinnen mit Fachausbildung (z. B. in Geriatrie oder Palliativmedizin) in Pflegeheimen sind vielfältig und bringen vor allem eine qualitativ hochwertige medizinische Betreuung sowie Kontinuität.

4.4. Ausbildungsniveaus und -profile

In der **Aus- und Fortbildung** muss den Aspekten von Palliative Care in der Geriatrie mehr Bedeutung beigemessen werden. Diese Akzentsetzung betrifft sowohl die ärztliche Behandlung wie die Pflege und kann in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten klärend wirken. Der Kanton Thurgau (CH) hat im Rahmen seiner Umsetzungsstrategie – angelehnt an die Swiss-Educ-Ausbildungsniveaus – fünf Ausbildungsniveaus erarbeitet, die in den Pflegeheimen zur Anwendung kommen können. Alle Mitarbeiterinnen (nicht nur Pflege) verfügen nach dieser Umsetzungsstrategie über eine Basisschulung und ein Grundverständnis von Palliative Care. Ausbildungsniveaus sind eine hilfreiche Orientierung im Ausbildungsbereich und auch für Pflegeheime, die sich speziell damit beschäftigen. Die Erarbeitung von Kompetenzprofilen oder Levels ist ein wesentlicher Schritt in der Bildungssystematik für Palliative Care im Pflegeheim. Die zentrale Aufgabe des Managements ist dabei zu definieren, welche Personen mit welchen Ausbildungsniveaus notwendig sind, um den Bewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen eine gute Palliative Care-Kompetenz bieten zu können.

4.5. Hierarchien als Widerspruch zur partizipativen Palliative Care Kultur

Viele Pflegeheime sind nach wie vor durch eine steile Hierarchie gekennzeichnet, auch wenn sie von sich das Gegenteil behaupten. Dies steht im offensichtlichen Widerspruch zur partizipativen Entscheidungskultur. Diese Widersprüche können nicht einfach überdeckt werden, auch nicht durch eine gute Organisation von Palliative

Care-Prozessen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Teams ist geprägt von individueller Qualität und Einstellung zur Sache sowie dem Verhalten der Teammitglieder zueinander. Dieses Verhalten zueinander kann durch eine Schwerpunktlegung auf die Entwicklung einer teilnehmenden Organisations- und Teamkultur gestärkt werden. Es muss möglich sein, individuelle Stärken und Kompetenzen einbringen zu können, fernab von steilen hierarchischen Strukturen – nicht nur, aber auch für den Umgang mit ethischen Fragestellungen in der Organisation. Organisational hochrelevante ethische Fragestellungen dürfen dabei nicht individualisiert werden, d. h. den einzelnen Mitarbeiterinnen überantwortet werden. Die Beantwortungen dieser Fragestellungen sind Aufgabe der Organisation.

4.6. Die ökonomische Systemlogik und der Bewohner als Kunde

Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung. Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie. Das heißt nichts anderes, als dass alle Abläufe so beschleunigt werden, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für die Zuwendung (Maio, 2011, 37). Es ist bewusst darauf zu achten, dass in Palliative Care-Kontexten der Zeit für Zuwendung Aufmerksamkeit geschenkt wird und nicht im Rahmen von Rationalisierungszügen Zuwendung jene „Leistung“ ist, auf die man am ehesten verzichten kann, da sie schlecht „messbar“ ist. Maio (2011, 38) schreibt in einem Artikel, dass gerade im Umgang mit schwerkranken und hochvulnerablen Menschen es eben nicht ausreichend sei, die richtige Prozedur (den richtigen Prozess) auszuführen, sondern es vor allem darauf ankomme, in welchem Beziehungsgeschehen Therapien erfolgen. Nicht wenige Pflegepersonen haben sich aus humanistischen Gründen für ihren Beruf entschieden und empfinden persönliche Sorge um leidende Menschen. Zuwendung und persönliche Sorge sind schwer messbare und operationalisierbare Kriterien, die aber im Kontrast zu „Dienst nach Vorschrift“ stehen.

Schwerkranke Menschen in Pflegeheimen sind meist in existenziellen Krisen. Sie können – im Gegensatz zu souveränen Kunden – eben nicht die Produktpalette prüfen und dann das für sie am besten Geeignete auswählen. Im Rahmen der Autonomiezumutung erscheint oft gerade dieser Aspekt unterbelichtet. Diese Zumutung überfordert viele Bewohnerinnen in Pflegeheimen. Sie möchten vielleicht gar nicht entscheiden, können nicht entscheiden, sind mit den Optionen nicht einverstanden oder es fehlen ihnen für die Prüfung der Optionen Informationen. Vielleicht wurden die vorgetragenen Optionen bereits gefiltert und direktiv kommuniziert. Scheinbare Partizipation, Autonomie und Entscheidungsfreiheit sind die Folge. Schwerkranke Menschen in Pflegeheimen sind auf Menschen, die ihnen helfen angewiesen oder anders formuliert: sie sind ihnen ausgeliefert. Maio (2011, 39) meint dazu: *„Von Kundensouveränität kann hiermit keine Rede sein. Das marktgeleitete Tauschverhältnis zwischen Anbieter und Kunden mag für Patienten funktionieren, die sich nicht in einer existenziellen Krise befinden.“*

Die Autonomie ist eine der zentralen Kategorien der modernen Ethik. Die Bedeutung der Autonomie darf nicht auf die Bereiche der Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsfindung reduziert werden. Durch Krankheit, Leid und Krisen müssen Bewohnerinnen von Pflegeheimen mit Abhängigkeit umgehen lernen. In solchen Situationen nimmt die Fähigkeit der Autonomie sehr stark ab und wir würden die betroffenen Personen überfordern „...wenn wir sie vor allem als reflektierende Gesprächspartner und als Unternehmer ihrer selbst auf dem Markt des Gesundheitswesens auffassten“ (Wils, Baumann-Hölzle, 2013, 65). Dies trifft vor allem für Menschen mit Demenz in einer besonderen Qualität zu. Palliative Care versucht den Sinn für Hermeneutik – die Lehre vom Verstehen – zu schärfen und fernab von Funktionalität und Effizienz die Autonomie als funktionalen Stellenwert zu sehen.

5. Fazit

Die Steuerung von Palliative Care-Prozessen ist eine zentrale Aufgabe der Führung auf allen Ebenen. Dies zeigt auch die Erfahrung aller auditierten Einrichtungen. Projekte zur Implementierung mit einem hohen Grad an Praxisnähe und Reflexionsmöglichkeiten sind sinnvoll. Um das Lebensende (mit-)gestalten zu können, ist der Bereich der vorausschauenden Betreuungs- und Behandlungsplanung eine Notwendigkeit. Dies ist vor allem als Kommunikationsprozess zu verstehen, im Rahmen dessen der Dialog gestartet wird. Wenn die Wünsche und Werte der Bewohnerinnen bekannt sind, dann können diese respektiert werden. Palliative Care bietet für diese Prozesse einen wesentlichen Rahmen und viel Entwicklungspotential. Die Erfahrung zeigt, dass die Qualitätszertifizierung mit dem Modell des Peer-Review-Verfahrens sinnvoll ist und Pflegeheim bei der Organisationsentwicklung unterstützen kann, einerseits durch die Definition von Qualitätskriterien und andererseits durch die Reflexion und Bewertung dieser Kriterien im Auditverfahren sowie der generellen Profilierung von Palliative Care in der stationären Langzeitpflege. Auch als Signal dazu, dass es eben nicht reicht, ein paar wenige Mitarbeiter zu befähigen, sondern dass es dazu vordringlich nachhaltige Strukturen benötigt. Die Etablierung interner Strukturen zur Qualitätsentwicklung und Netzwerkarbeit mit einem hohen Grad an interprofessioneller Expertise sind unverzichtbar.

Der in diesem Beitrag beschriebene Qualitätszirkel ist eine solche Möglichkeit, die sich in der Praxis bewährt hat. Inhouse-Schulungsmodelle sind aufgrund ihrer unmittelbaren Praxisnähe ebenso bewährt. Vielfach geht es um die konkrete Einordnung und Umsetzung von Gelerntem und dies ist umso besser, als es im eigenen Arbeitsfeld stattfindet und von der Führungsperson gefördert und gefordert wird. Indem Palliative Care versucht, Leiden zu lindern und ein stabiles Betreuungsnetz zu bieten, trägt sie dazu bei, die individuelle Lebensqualität am Lebensende zu verbessern. Palliative Care stellt hohe Ansprüche an die multidisziplinären Teams und bedarf nicht nur ausgeprägter Fachlichkeit und Menschlichkeit, sondern auch einer guten Organisation bzw. einem unterstützenden Management. Palliative Care ist Führungsverantwortung, Organisationskultur, Fachlichkeit, vorausschauende

Kommunikation, ethische Reflexion sowie Denken und Handeln in verschiedenen Teams. Das bedarf viel Übung, und bedingt auch Rückschläge. Aber noch wichtiger: Palliative Care bedeutet Lebensqualität und Menschlichkeit für die uns anvertrauten, unverwechselbaren, einmaligen und wertvollen Menschen. Und das geht weit über normale Pflege hinaus.

Literatur

- Arn C. (2009): Ethik boomt – Zeit für einige Grundsatzüberlegungen. Thema im Fokus – die e-Zeitschrift von Dialog Ethik, 84, 6-8.
- BAG (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care. www.bag.admin.ch/palliativecare (10.5.2012).
- BAG (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=de> (23.2.2013).
- Bischofberger A. (2013): Kernpunkte von Advance Care Planning im Rahmen von Palliative Care im Pflegeheim. Masterthesis, Fachhochschule St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- CURAVIVA Schweiz (2011a): Palliative Care in der stationären Langzeitpflege. Positionspapier Curaviva Schweiz zur Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care, Bern.
- CURAVIVA Schweiz (2011b): Welches sind die Herausforderungen der Palliative Care in der stationären Langzeitpflege? <http://www.curaviva.ch/index.cfm/40B92D12-CBBA-CB2A-0F1B323978E6511E/> (20.8.2013).
- Detering K., Hancock A. D., Reade M., Silvester W. (2010): The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in elderly patients: randomised controlled trial. <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1345> (10.10.2012).
- Eychmüller S. (2008). Die Lebenssinfonie fertig schreiben. Angepasst ins Deutsche durch Bundesamt für Gesundheit im 2009. VSAO Journal.
- Fischer S., Bosshard G., Zellweger U., Faisst K. (2004): Der Sterbeort? Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, 6, 467-474.
- Heimerl K. (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben: Palliative Care in Organisationen umsetzen. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Heller A., Knipping C. (2006): Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Verlag Hans Huber, Bern, 39-48.
- Heller A. & Wegleitner K. (2007): Palliative Care in der stationären Altenhilfe- Ansätze der Implementierung. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Verlag Hans Huber, Bern, 73-80.
- Kass-Bartelmes B. L., Hughes R. (2003): Advance Care Planning: Preferences for Care at the End of Life. Agency for Healthcare Research and Quality. Research in Action Issue, 12, 1-16.
- Kelly A., Conell-Price J., Covinsky K., Cenzer I. S., Chang A., Boscardin W. J., Smith A. K. (2010): Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. Journal of the American Geriatrics Society, 58, 9, 1701-1706.
- Kostrzewa S., Gerhard C. (2010): Hospizliche Altenpflege: Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Verlag Hans Huber, Bern.
- Krobath T. (2011): Organisierte Ethik. Praxis Palliative Care, 12, 22-23.
- Krobath T. (2012): Für eine Kultur der Anerkennung. Praxis Palliative Care, 14, 22-23.
- Kunz R. (2012): Palliative Care und Geriatrie – was ist gemeinsam, was nicht? Therapeutische Umschau, 69, 2, 115-119.

- Maio G. (2011): Heilen als Management? Zum Verlust einer Kultur der verstehenden Sorge in Zeiten der Ökonomie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87, 12, 36-41.
- Margalit A. (1997): Die Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Suhrkamp Verlag, Berlin.
- Pleschberger S. (2006): Palliative Care in Pflegeheimen: Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 5, 376-381.
- Rogner M., Wanger M. (2013): Pflegeheime „ticken“ anders – Ein Plädoyer für integrierte Palliative Care im Pflegeheim. Mit Palliative Care die Organisation entwickeln. *Praxis Palliative Care*, 20, 23-26.
- Rüegg-Stürm J. (2009): Führungsverantwortung – Integrative Management-Ethik in Krankenhäusern. In: Baumann-Hölzle R., Arn C. (Hrsg.): *Ethiktransfer in Organisationen*, Schwabe, Basel, 75-100.
- Sahm S. (2007): Medizinische Entscheidungen am Lebensende – Alternativen zur Patientenverfügung. *Forschung Frankfurt – das Wissenschaftsmagazin*, 2, 48-52.
- Schuchter P., Heller A. (2012): Ethik in der Altenhilfe – eine alltagsnahe Besprechungs- und Entscheidungskultur in der Sorge um ältere Menschen. In: *Hospiz Österreich* (Hrsg.): *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim – Mehr als nur ein schöner Abschied*. Der Hospiz Verlag, Ludwigsburg, 152-158.
- Sellick K. J., Russel S., Beckmann J. L. (2003): Primary Nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 29, 3, 680-689.
- Wegleitner K., Medicus E. (2012): Vorausschauende Betreuungsplanung in Palliative Care – Palliativer Behandlungsplan und ethischer Orientierungsrahmen. In: Wegleitner K., Heimerl K., Heller A. (Hrsg.). *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Der Hospiz Verlag, Ludwigsburg, 220-238.
- Wils J.-P., Baumann-Hölzle R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik I. Basiswissen – Grundsatzthemen zur Weiterbildung von Fachpersonen in Medizin und Pflege*. Schutthess Juristische Medien, Zürich.
- World Health Organization (2011): *Palliative Care for older people: better practices*.

*Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wird die weibliche Form verwendet.
Selbstverständlich gilt diese für beide Geschlechter.*