

Hospizkultur und Palliative-Care in der Langzeitpflege

Projektarbeit zur Erlangung
des „Akademischen Palliativexperten“

an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

eingereicht von

Jörg Fuhrmann

am 8. November 2010

unter Betreuung von Prof. Dr. Jürgen Osterbrink

Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

1. Inhaltsverzeichnis

1.	Inhaltsverzeichnis	Seite 1
2.	Zusammenfassung	Seite 3
3.	Einleitung	Seite 5
4.	Aufbruch der Palliativen Versorgung	Seite 8
	4.1. Begriffserklärungen	Seite 8
	4.2. Palliative Versorgung ohne Fokussierung	Seite 9
	4.3. Würdevolles Sterben im Heim - eine Wegsuche	Seite 10
	4.4. Das tun wir ja schon alles!	Seite 12
	4.5. Orte zum Leben und Orte zum Sterben	Seite 13
5.	Hospizkultur und Palliative-Care im Pflegeheim	Seite 16
	5.1. Von der Grundversorgung zur würdevollen Pflegekultur	Seite 16
	5.2. Sterben als besondere Kompetenz in der Altenpflege	Seite 18
	5.3. Grenzen professioneller menschlicher Hinwendung	Seite 19
	5.4. Mehr als nur Sterbebegleitung	Seite 20
	5.5. Interdisziplinäres Team als Voraussetzung	Seite 21
	5.6. Multikulturelle Herausforderung	Seite 23
	5.7. Humor als Lösungsansatz	Seite 23
6.	Literaturübersicht	Seite 25
	5.1. Methode	Seite 25
	5.2. Suchstrategie	Seite 25
7.	Resultate	Seite 26
	7.1. Grundsätzliches zu den Ergebnissen	Seite 26
	7.2. Ergebnisse	Seite 27

8.	Fragestellung	Seite 33
9.	Material und Methode	Seite 35
	9.1. Methode	Seite 35
	9.2. Untersuchungsfeld	Seite 35
10.	Ergebnisse	Seite 40
	10.1. Darstellung des Datenrücklaufes	Seite 40
	10.2. Auswertung der Fragebögen	Seite 42
11.	Diskussion	Seite 53
12.	Schlussfolgerungen	Seite 56
13.	Literaturverzeichnis	Seite 58
14.	Lebenslauf	Seite 59
15.	Danksagung	Seite 61
16.	Eidesstattliche Erklärung	Seite 62
17.	Anhang	Seite 63
	17.1. Fragebogen zur Untersuchung	Seite 63

2. Zusammenfassung

Noch nie waren die Grenzen der Palliativen Versorgungskultur in der Langzeitpflege sowie die der professionellen Hinwendung und Betreuung so sichtbar wie heute. Die folgende Arbeit greift diese Thematik auf und reagiert somit auf die Zeichen der Zeit und besonders auf die unzureichende Versorgungskultur in den Pflegeheimen. Hier wird ein besonderer Fokus auf die Situation der Pflege und Begleitung sterbender Menschen gelegt.

Die jahrelangen persönlichen und beruflichen Erfahrungen in der Langzeitpflege in diversen Pflegeheimen als Pflegeperson an der Basis und auch im Führungsbereich sind Ausgangspunkt und Grundlage dieser Arbeit. Die Konfrontation mit der unzufriedenen Pflegesituation in den Pflegeheimen und die Hilflosigkeit als Pfleger in der täglichen Begleitung und Pflege älterer, schwerstkranker und sterbender Menschen und der steigenden Ohnmacht, waren auslösende Faktoren sich in dieser Arbeit dieser Thematik zu stellen. Ständiger Personalwechsel in der Führungsebene und die damit oft verbundenen veränderten Organisationsstrukturen sowie Personaleinsparungen und fehlende Finanzierung Palliativer Projekte ließen mich meine eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit spüren. Nicht zuletzt waren es die Erlebnisse in der Pflege und Begleitung der Patienten im stationären Hospiz in den letzten Monaten, die mich zudem bewogen haben, mich mit meiner Endlichkeit auseinander zusetzen, durch die zahlreichen jüngeren PatientInnen, welche ich betreute.

Es ist klar geworden, dass ohne konkretes Aufzeigen von Defiziten und Umsetzungsproblematiken kein weiterer Schritt gesetzt werden kann, Lösungsansätze zu finden und somit die Versorgungssituation in den Pflegeheimen zu verbessern.

Die zentrale Fragestellungen dieser Arbeit sind: Was brauchen Pflegeheime um eine entsprechende Hospizkultur und Palliative-Care in der Langzeitpflege umzusetzen? Wo liegen die Problematiken bei der Umsetzung? Hat der persönliche Umgang von Pflegepersonen mit ihrer eigenen Endlichkeit und Sterben einen Einfluss auf ihr pflegerisches Handeln?

Um relevante und praxisnahe Ergebnisse zu erzielen, wurde als Untersuchungsmethode eine deskriptive Erhebung mittels eines primär quantitativen Fragebogens gewählt. Dieser Umfrage mit Fragebögen wurde in sechs unterschiedlichen Langzeitpflegeeinrichtungen in sechs Bundesländern in Österreich durchgeführt. Unterstützend und zur weiteren Belegung der

Ergebnisse wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Insgesamt wurden 41 Artikel und Beiträge näher recherchiert, davon waren drei die Thematik betreffende schon bereits durchgeführte Studien.

In Verbindung mit den persönlichen Erfahrungen konnten mit Literaturrecherche und den Ergebnissen der durchgeführten Umfrage relevante Ergebnisse erzielt werden, welche sich wie folgend zusammenfassen lassen.

Es besteht dringende Notwendigkeit

- einer Etablierung einer Hospizkultur in den Pflegeheimen
- der persönlichen Akzeptanz des Sterbens und Auseinandersetzung mit der Endlichkeit
- neue Organisationsprozesse und Strukturen in den Heimen zu entwickeln und fördern
- für umgehende Palliative–Care Schulungen der MitarbeiterInnen
- einer Förderung und Etablierung von interdisziplinären Teams, nicht zuletzt für den besseren Umgang mit ethischen Fragen
- von vermehrten Angeboten für die Psychohygiene der MitarbeiterInnen
- einer Etablierung von Palliativkoordinatoren bzw. Palliativteams in den Pflegeheimen
- eines politischen Handlungsbedarfes bezüglich des Betreuungsbedarfes und der Personalpolitik
- die persönliche Haltung und den Qualitätsanspruch für die eigenen Pflegehandlungen zu überdenken

Die erreichten Ergebnisse bestätigten die vorausgegangene Hypothese, dass die persönliche Akzeptanz und Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ein Grundproblem in der Pflege und Begleitung sterbender PatientInnen darstellt. Die notwendige Steigerung der Versorgungsqualität durch die Betreuung interdisziplinärer Teams und der Fachkompetenz geschulter MitarbeiterInnen ist nachweisbar. Evaluierung und Entwicklung von Organisations- und Pflegestrukturen sind notwendig, dass eine Hospizkultur in den Heimen entstehen kann, um somit allen PatientInnen eine adäquate und würdevolle Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase im stationären Langzeitpflegebereich zu ermöglichen. Das Ergebnis ist zufrieden stellend und nicht unerwartet.

3. Einleitung

Durch die Beschäftigung mit Sterben und Tod wurde eine Kindheitserfahrung belebt, die meine Haltung prägte, die Begegnung mit dem Sterben meiner Großmutter, die zu Hause starb, als ich neun Jahre war. Meine Mutter hatte sich für die Entlassung der unheilbar erkrankten Frau aus dem Krankenhaus eingesetzt. Bei aller Trauer hat die Natürlichkeit dieses Sterbens ein Bild in mir begründet, dass der Tod seinen Platz im Leben und in der Familie hat.

Die Erinnerungen an die zahlreichen Begegnungen mit meiner sterbenden Großmutter in unserem Haus sind heute noch sehr lebendig in mir. Damals war mir die Ernsthaftigkeit der Situation nicht bewusst, ich erlebte meine Großmutter trotz ihrer Krankheit als sehr aufopfernde Frau die gerne lebte und die Zeit mit uns Kindern genoss. Sie liebte es uns aus ihrem Leben und von ihren Erfahrungen zu erzählen. Sie war es, die mir das Beten lernte und mir die Zuwendung und Liebe gab, die meine Mutter mir nicht geben konnte, da sie sich ganz der Sorge und Pflege meiner Großmutter verschrieben hatte.

Schlimm war für mich zu erfahren, dass sie sich wegen der starken Schmerzen das Leben nehmen wollte, jedoch wegen uns Kindern doch nicht tat. Sie beichtete mir ihr Vorhaben, als ich unter ihrem Kopfpolster aneinander gebundene Strumpfhosen fand. Ich konnte nicht verstehen - warum wollte sie nicht mehr leben?

Dass ich dann bei ihrem Abschied von dieser Welt, die sie so liebte, nicht dabei sein konnte, belastet mich zeitweise heute noch. Meine Eltern hielten es damals für die bessere Entscheidung, mich zu einer Nachbarin zu bringen. Heute weiß ich, dass mir etwas fehlt.

Das Sterben meiner Großmutter war nicht die einzige Erfahrung und Begegnung mit dem Sterben und dem Tod. Meine Mutter pflegte alle Familienangehörigen, ihre Eltern, die Eltern meines Vaters und zum Schluss meinen Vater 2005 zu Hause.

Der Tod meines Vaters kam plötzlich und auch sein Sterben habe ich nicht erlebt. Auch hier wieder das Gefühl das mir etwas fehlt.

Heute sitzt sie oft allein zu Hause und verzweifelt an der Sorge um ihr eigenes Sterben. *„In ein Heim kriegen mich keine zehn Pferde, eher häng ich mich auf“* sagte sie vor kurzem noch zu mir. Ich nahm in mir ein Gefühl wahr, dass ich dem Sterben nicht gewachsen sein könnte. Woraus sollte ich hierfür auch Sicherheit beziehen? Menschen meines Umfeldes waren plötzlich und unerwartet gestorben. Ich war mit dem Tod konfrontiert, nicht mit dem Sterben.

Während meiner Klosterjahre im Stift Geras wurde ich wiederum mit dem Sterben konfrontiert. Ich verspürte ein Bedürfnis, diesen Menschen im Sterben beizustehen, und so sorgte ich mich um zwei Mitbrüder, welche sterbend waren. Zusammen mit einem häuslichen Pflegedienst durfte ich erste Erfahrungen in der direkten Pflege und Betreuung sterbender Menschen machen. Ein Mitbruder wurde auf Grund seines schlechten Gesundheitszustandes ins Krankenhaus transferiert, wo ich zusammen mit einem tollen Team von Schwestern diesen zwei Wochen bis zu seinem Tod begleiten durfte, hier erlebte ich zum ersten Mal das Sterben in Institutionen. Mein Mitbruder konnte gut umsorgt im Krankenhaus seinen Lebensweg zu Ende gehen.

Diese Erlebnisse waren es, die mich bewogen den Beruf des Krankenpflegers zu erlernen, und mich mit der Pflege und Begleitung sterbender Menschen intensiv zu beschäftigen und Menschen in ihrer letzten Lebensphase beizustehen, wenn sie mich brauchen würden.

Ich fürchtete mich davor, in die Lage zu gelangen, zu spät auf etwas zu stoßen, das ich versäumt hatte auszubilden, das doch notwendig gewesen wäre: die Fähigkeit, der Konfrontation mit dem Sterben lieb gewonnener Menschen und PatientInnen standzuhalten, den Anderen wahrnehmen und danach zu handeln. Ich wollte die Zeit nutzen, mich ohne den Druck einer solchen Situation vorzubereiten, um der Aufgabe gewachsen zu sein. So näherte ich mich dem Thema kontinuierlich in der theoretischen Auseinandersetzung und in der Begegnung mit Menschen im Angesicht ihrer letzten Lebensphase, bis hin zum Beistand in den letzten Stunden und im letzten Augenblick. Ich habe dabei die Erfahrung gemacht, dass ich meiner Fähigkeit, dem Sterben standzuhalten, vertrauen kann, dass ich in der Begegnung mit Sterbenden etwas über mich selbst und das Leben lerne und dass diese Erfahrungen zur seelischen Ganzheit und zur Reifung beitragen.

Heute sitze ich hier, mit meiner beruflichen Erfahrung im Langzeitpflegebereich und zahlreichen Wegbegleitungen Sterbender, und schreibe diese Zeilen und bin dankbar für diese tiefe persönliche Erkenntnis. Mit dieser Arbeit möchte ich betroffen machen und zum umdenken bei jedem Einzelnen und in unserer Gesellschaft anregen. Unsere Krankenhäuser und Pflegeheime müssen sich neu orientieren und Wege finden, ein menschenwürdiges Sterben auch in Institutionen zu ermöglichen. Den Ärzten und dem Pflegepersonal ist es häufig aufgrund von Sparmaßnahmen und fehlender palliativer Strukturen und fachlicher Kompetenzen nicht möglich, den PatientInnen die erforderliche Zeit und Zuwendung in ihrer letzten Lebensphase zu geben, und ihnen im Sterben beizustehen. Palliative-Care darf nicht nur auf Hospize und

Palliativstationen beschränkt bleiben, sondern muss fixer Bestandteil jeder Pflegephilosophie werden und somit für jeden Menschen finanzierbar und erreichbar sein.

Durch meine persönlichen Erfahrungen im Langzeitpflegebereich - unter anderem auch in leitender Position - sowie durch zahlreiche Vorträge Schulungen bezüglich Palliative-Care und Hospizkultur in Krankenhäusern und Pflegeheimen habe ich einen breiten Einblick in viele Institutionen gewinnen können.

So bin ich in meiner Arbeit bewusst der Frage nachgegangen, was Institutionen zur aktiven Umsetzung von Palliative-Care und der konkreten Einführung einer Hospizkultur brauchen?

Sind es die Sparmaßnahmen und der Personalmangel oder sind es vielmehr die persönliche Distanz zu dieser Thematik und die Ängste bezüglich des eigenen Sterbens und der Endlichkeit des Lebens?

Mittels eines Fragebogens habe ich versucht, Antworten zu finden, um durch deren Auswertung Lösungsansätze aufzuzeigen, um ein menschenwürdiges Sterben in unseren Institutionen denkbarer und besser möglich zu machen.

Mit Absicht habe ich diese Arbeit ohne viel Bildmaterial und Fremdzitate einfach gestaltet. Einige Darstellungen des Malers Ferdinand Hodler, der seine Frau Valentinea im Sterben zeichnete, sollen die Notwendigkeit von Palliative-Care für jeden Menschen deutlich machen.



Abb. 1 Sterbeprozess Valentinea (Ferdinand Hodler)

4. Aufbruch der Palliativen Versorgung

In den folgenden Kapiteln drei und vier möchte ich auf einige mir wichtige Punkte Bezug nehmen. Durch meine jahrelange Berufserfahrung in der der Langzeitpflege, durfte ich zahlreiche Erfahrungen sammeln. Nachdem ich kurz nach meiner Diplomierung mit der Palliative–Care Basisausbildung begonnen habe und dieses Wissen in der Praxis versucht habe umzusetzen, wurde ich schnell mit den Grenzen der Palliativen Versorgung in der Langzeitpflege konfrontiert. Nicht selten beeinflussten diese Grenzerfahrungen meine persönliche Motivation und mein berufliches Engagement. Jedoch war mir die Wichtigkeit und Notwendigkeit der flächendeckenden Palliativen Versorgung immer bewusst. Durch die Unterstützung und Bestärkung zahlreicher Kollegen und Fachleute habe ich mein Engagement nie verloren. Einige Erfahrungen, Voraussetzungen und mögliche Herausforderungen sowie Gedanken zu Lösungsansätzen möchte ich in den Kapiteln drei und vier zusammenfassen.

4.1. Begriffserklärungen

Palliative-Care Definition (WHO 2002)

„Palliative-Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Hospizkultur

Immer dann, wenn vom guten Sterben gesprochen wird, kommt auch die Rede auf das Hospiz. Von unseren Hospizen geht eine neue Sterbekultur aus, die sich auch in den Pflegeheimen als Hospizkultur spiegelt. Zunächst ist das Hospiz durchaus etwas Befremdliches in unserer Gesellschaft. Hier wird das Lebensende der BewohnerInnen würdevoll „organisiert“; dies ist das

ausschließliche Ziel der Hospizkultur. Zudem sollen Pflegende angeregt werden, die persönliche Haltung zu überdenken.

Palliative-Care in der Langzeitpflege

In der Langzeitpflege steht Palliative-Care für die umfassende und angemessene Versorgung alter, chronisch kranker und sterbender Menschen in ihrer aktuellen Lebensphase. Es geht darum, Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen und belastende Symptome zu lindern, Leben zu unterstützen und Sterben als einen natürlichen Vorgang zu betrachten.

Palliative Geriatrie muss sich nach den besonderen körperlichen und geistig-seelischen Bedürfnissen hochbetagter, chronisch kranker, behinderter, oft auch dementer Menschen richten. Methoden, die für (meist jüngere) Krebspatienten entwickelt wurden, unkritisch zu übernehmen, genügt dazu nicht. Unsere Aufgabe beginnt immer im Augenblick des Kennenlernens: Wir müssen die Zeit von Anfang an nützen, um mit unseren Patienten so vertraut zu werden, dass wir ihnen auch dann helfen können, wenn sie sich nicht mehr mitteilen können. (Dr. Marina Kojer Februar 2010 bei einer Schulung)

4.2. Palliative Versorgung ohne Fokussierung

Ein Grundproblem unserer Gesundheitspolitik ist es, einen Weg zu finden, allen Patientengruppen eine Palliative Versorgung anzubieten, ob zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Die demographische Entwicklung fordert unsere Gesellschaft, sich zunehmend mit dieser Problematik auseinanderzusetzen.

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium von Pflegeheimen. Für Bewohner und Angehörige ist sie ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität, auch in schwierigen Krankheitsphasen.

Palliative Versorgung bedeutet jedoch mehr: Neben einer „radikalen Patientenorientierung“ (A. Heller) sind die Vernetzung und Multiprofessionalität sowie die besondere Einbeziehung der Angehörigen wichtig. Bislang wurde die Palliativmedizin in der Geriatrie vernachlässigt. Wir alle

wissen aber, dass es zu zahlreichen Problemen kommt, wenn alte Menschen ernsthaft erkranken und im weiteren Verlauf sterben. Die Palliativmedizinerin Cicely Saunders hat sich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Sie äußerte einmal in einem Interview *„Ich wusste dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“* (Quelle unbekannt).

Zunehmend können wir feststellen, dass in den Medien immer wieder internationale Gremien der Palliative-Care und zahlreiche Palliativmediziner aus dem In- und Ausland die Fokussierung auf Krebspatienten kritisieren und fordern, dass die großen Fortschritte auch anderen Patientengruppen (z.B. im Pflegeheim) zu Gute kommen sollten.

Diese Aufgabe der Verbreitung von Palliative-Care ohne spezielle Fokussierung auf eine bestimmte Patientengruppe ist weiterhin groß. Gemeinsam wird es gehen! Eine Aufhebung der Tabuisierung von Sterben und Tod in Pflegeeinrichtungen ist die wichtigste Grundlage für den weiteren Weg. Die Motivation der Pflegekräfte in den Langzeitpflegeeinrichtungen ist im großen Ausmaß vorhanden und somit liegt die Verantwortung der Umsetzung bei der Bundes- und Landespolitik, den Trägern der Einrichtungen sowie den Heim- und Pflegedienstleitungen.

Eine Integrierung von Palliative-Care und Palliativmedizin im Pflegeheim ist auf eine individuell angepasste Art und Weise möglich, um Menschen auf ihrem letzten Weg stets gut zu begleiten.

4.3. Würdevolles Sterben im Heim – eine Wegsuche

Die Frage, wie und wo wir die letzte Lebensphase verbringen wollen oder werden, ist nicht so leicht zu beantworten. Jede Zeit und jede Gesellschaft pflegt ihren eigenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Unser Schicksal als Sterbende heute ist in hohem Maße davon geprägt, dass wir in Institutionen sterben, im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

Wenn wir uns selbst und allen anderen Menschen ein Sterben in Würde ermöglichen wollen, dann müssen wir uns mit den Einrichtungen auseinandersetzen, in denen Menschen ihr Lebensende verbringen. Es braucht eine Veränderung des Umgangs mit Sterbenden in allen Einrichtungen, die schwerstkranken und sterbende Menschen betreuen.

Der Beginn dieses geforderten Umdenkens und der Veränderung im Umgang mit sterbenden Menschen ist, dass ich meine persönliche Haltung überdenke und meine Art der Begleitung hinterfrage. Eine gemeinsame „palliative Haltung“ ist notwendig, um eine Hospizkultur in unseren Pflegeheimen und Krankenhäusern zu ermöglichen. Um ein gutes Fundament für diese Hospizkultur zu schaffen, müssen wir uns mit der Situation in unseren Institutionen auseinandersetzen und uns gezielte Fragen stellen. Nicht die Suche nach Fehlern und Mängeln steht hier im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage nach dem „Was fehlt unseren Institutionen noch?“

Was ist noch notwendig, um den Hospizgedanken umsetzen und auch leben zu können? In zahlreichen Gesprächen mit Pflegenden in Pflegeheimen kann man eine vermehrte Sehnsucht verspüren, Menschen auf ihrem letzten Weg in Würde und mit der notwendigen Zeit zu begleiten. Das Alter und das Sterben müssen in unserer Gesellschaft eine neue Wertigkeit bekommen. Der sterbende Mensch ist ein lebender Mensch, hat der Sterbende noch das gleiche Recht auf Würde wie der gesunde Mensch?

In vielen Pflegeeinrichtungen hat man den Eindruck, dass die Menschen, die hier leben, oft sehr vereinsamt sind. Wenig Besuche von Angehörigen, zuwenig und überfordertes Personal, ständiger Wechsel der Hausleitungen, verbunden mit zahlreichen Wechseln von Pflegephilosophien und Pflegeorganisationen. Es fehlt an einer professionellen Begleitung in der letzten Lebensphase. Die Angst vor dem Sterben wird durch diese Situationen noch vermehrt gefördert.

Die Notwendigkeit eines Konzeptes von Palliative-Care in der Pflege alter Menschen ergibt sich aus der Veränderung der Bewohnerlandschaft in der Langzeitpflege und der Verschiebung der Altersgrenze bei Einzug, der Multimorbidität und der wesentlich kürzeren Aufenthaltsdauer. Zudem ist die Generation, die wir derzeit in unseren Heimen vorfinden, eine sehr zufriedene und bescheidene Generation, mit relativ geringen Ansprüchen an Hygiene, Ernährung, Kleidung und Wohlstand. Hingegen sind unsere Ansprüche weitaus höher und daher ist eine „Reformierung der Pflege“ im Bezug auf das Sterben und eine Erneuerung in der Organisation der Pflege unverzichtbar.

Sind es die Sparmaßnahmen und der Personalmangel oder sind es vielmehr die persönliche Distanz zu dieser Thematik und die Ängste bezüglich des eigenen Sterbens und der Endlichkeit des Lebens?



Abb. 2 Sterbeprozess Valentina (Ferdinand Hodler)

4.4. Das tun wir ja schon alles!

Wenn man sich mit langjährigen Pflegekräften im Langzeitpflegebereich bezüglich der Umsetzung von Palliative-Care in ihrer Einrichtung unterhält, bekommt man sehr oft eine Antwort wie *„Das tun wir ja schon alles, das ist nichts Neues!“* (Pflegeperson aus NÖ). Im Rahmen der Schulungen „Hospizkultur und Palliative-Care“ in den niederösterreichischen Pflegeheimen kamen nicht selten solche Antworten. Einerseits verständlich und andererseits erschreckend.

Verständlich deshalb, weil diese Pflegepersonen jahrelang gute und wertvolle Dienste in den Heimen geleistet haben und ihre Tätigkeit oft unter einfachsten Bedingungen ausübten. Sie ermöglichten es Menschen, sein zu dürfen und auch „würdevoll“ zu sterben. Bis heute war das alles gut, was und wie sie gearbeitet hatten, und jetzt auf einen Schlag alles Neu und Anders. Da kommen Gelehrte, die oft nur wenig praktische Pflege-Erfahrungen gesammelt haben, in die Pflegeheime und erklären ihnen, wie es besser geht. Die persönliche Enttäuschung und Demotivation an einer Veränderung sind oft vorprogrammiert. War denn wirklich alles so falsch?

Erschreckend deshalb, weil der persönliche Angriff und nicht die Möglichkeit und Chance auf eine Verbesserung der vorhandenen Pflegequalität im Vordergrund steht.

„Wie armselig ist unsere Gesellschaft geworden, wenn kaum mehr Wertschätzung für die Pflegetätigkeiten sowie öffentliche und politische Anerkennung der Berufsgruppe Altenpflege zu spüren ist, aber jeder von uns will in Würde sterben“

Konkretes Ziel ist eine Entwicklung einer gemeinsamen, inneren, Palliativen Haltung und deren Umsetzung.

4.5. Orte zum Leben und Orte zum Sterben

*„Vielleicht fragen wir nach dem Warum und Wozu,
aber wir erwarten gar keine Antwort darauf.
Lauf nicht davon, bleib da.
Alles, was ich wissen will, ist dass da jemand ist,
der meine Hand hält, wenn ich es brauche.
Ich habe Angst...Ich bin noch niemals zuvor gestorben.“*

(aus dem Brief eines Sterbenden; in Deutsche Hospizstiftung, 1996)

Sterben im Heim oder daheim? Für viele Menschen stellt sich diese Frage nicht. Fehlendes soziales Umfeld und zunehmender Betreuungsbedarf machen ein Leben und Sterben Daheim für viele Menschen unmöglich. Das Heim ist oft die einzige Möglichkeit sich gut versorgt zu wissen. Unsere Heime sind daher Orte zum Leben aber auch Orte zum Sterben.

Die Praxis, sterbende HeimbewohnerInnen in „Absonderungsräume“ zu verlegen und hin und wieder nachzusehen, ob der Tod eingetreten ist, muss überwunden werden.

Es bestehen strukturell bedingte Probleme im Umgang mit sterbenden BewohnerInnen und in deren Begleitung. Die Rahmenbedingungen stationärer Pflege und ihre immanenten Bedingungen lassen wenig Spielraum für zeitintensive, zusätzliche Dienste.

Die Begleitung Sterbender als hochrangige Herausforderung an das Gesundheitswesen und den Sozialstaat. Ein Handlungsbedarf Pflegeheime zu unterstützen in der Adaption Orte zu werden für die vielen Menschen, die ihr Leben in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens beenden. Die Pflegeheime sind auch gefordert und mit eigenverantwortlich, menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Die Begleitung Sterbender ist eine sehr schwierige Aufgabe die nur „die und der einzelne“ leisten kann. Wir brauchen daher Menschen, die ihre sterbenden Mitmenschen auf ihrer letzten Station begleiten und Orte an denen dies ermöglicht werden kann. Würdevolles Sterben sollte kein Privileg für einige wenige sein. Durch eine gute Beziehung zu den Angehörigen Sterbender kann eine Einbindung dieser in die Begleitung erfolgen, welche für Personal und Angehörige gleichermaßen entlastend und bereichernd ist. Die Zeit des Sterbens ist auch eine Zeit

der aufkommenden Emotionen und der Trauer und entsprechenden physischer und psychischer Reaktionen. Somit sind die Pflegeheime auch Orte der gelebten Trauer.

Die Pflege in der Sterbephase erfordert eine zeitintensive Betreuung sowie Kooperation mit den Angehörigen. Organisatorische Bedingungen müssen daher sichergestellt sein, z.B. bei Bedarf von Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeiten für Besucher. Angehörige sind Multiplikatoren ihrer Erfahrungen mit dem Pflegeheim und tragen zum Ruf des Hauses in der Region und darüber hinaus bei. Diese positiven Reaktionen sind die beste Motivation für Mitarbeiter und Wertschätzung der geleisteten Dienste. Was noch wesentlicher ist, dass eine gut gelungene Sterbe- und Trauerbegleitung im Pflegeheim anderen BewohnerInnen letztlich die Gewissheit gibt, dass sie selbst im Sterben nicht alleine gelassen werden, und bewirkt eine positive Ausrichtung ihrer Lebensgefühle.

Bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Pflegeheim, ja beim Entgegennehmen eines Anrufes beginnt Palliative-Care im Pflegeheim. Hier geht es nicht um mehr Arbeitsaufwand, sondern vielmehr in erster Linie um eine bereits angesprochene innere Haltung. Das Enttabuisieren von Sterben, Tod und Trauer in unseren Pflegeheimen steht an. Die Integration einer Hospizkultur in den Pflegeheimen ist die notwendige Reaktion auf die Zeichen der Zeit und Entwicklung der Gesellschaft.

„Eine gute Palliativversorgung, pflegerisch und medizinisch, wird darüber hinaus zu einem wichtigen Qualitätskriterium von Pflegeheimen. Sie ist für BewohnerInnen und Angehörige ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität auch in schwierigen Krankheitsphasen.

Doch die praktische Palliativpflege wirft viele Fragen auf:

- *Wie führen wir ein gutes Schmerzmanagement ein?*
- *Wie gestalten wir den Einsatz Ehrenamtlicher?*
- *Wie meistern wir ethische Krisen?*
- *Wie helfen uns Notfallpläne, Krisenvorsorge und ethische Fallgespräche?*
- *Was brauchen unsere Mitarbeiter zur eigenen Entlastung?*
- *Welche Angebote bieten wir trauernden Angehörigen?*
- *Wie werden Angehörige unsere Partner?*

(Steurer, Jochen 2002)

Der erste und wichtigste Schritt ist eine Sensibilisierung der Führungskräfte der Pflegeheime für die Notwendigkeit einer verbreiteten Palliativversorgung in den Pflegeheimen und eine Sensibilisierung der Wahrnehmung durch das Pflegepersonal, palliative Betreuungsnotwendigkeit bei den BewohnerInnen zu erkennen. Die persönliche Haltung sollte durch fachliche und kompetente Schulungen in den Pflegeheimen, wie z.B. durch das laufende Projekt „Hospizkultur und Palliative-Care im Pflegeheim“ durch den Dachverband Hospiz Österreich gefördert und entwickelt werden. Hier ist allerdings die persönliche Bereitschaft jeden einzelnen Mitarbeiters gefordert und Voraussetzung. Diese palliative Haltung beeinflusst unbewusst das pflegerische Handeln der Pflegepersonen und unterstützt den Begleitungs- und Pflegeprozess positiv. Es geht nicht darum, schnellstmöglich organisatorische Strukturen aufzubrechen, sondern vielmehr um eine große Bereitschaft zum Umdenken und Überdenken persönlicher Haltungen, Prägungen, Einstellungen und Sichtweisen was sicher eine größere Voraussetzung ist. Dieser Entwicklungsprozess ist notwendig und beginnt bei mir selber!

5. Hospizkultur und Palliative-Care im Pflegeheim

„Palliative-Care ist keine Sache, keine Organisationsstruktur oder Pflegepraxis, es handelt sich hier um eine persönliche innere Haltung.“ (Huseboe in Kojer, Marina 2002)

5.1. Von der Grundversorgung zur würdevollen Pflegekultur

Wer kümmert sich um die alten Menschen? Wer pflegt und betreut sie in Zukunft? Wie wird unsere Versorgung im Alter aussehen? Diese und viele weitere Fragen tauchen vermehrt in der Gesellschaft auf, verbunden mit einer großen Sorge um die Zukunft der würdevollen Betreuung im Alter, besonders im Sterben.

Die Problematik einer würdevollen und individuellen Betreuung und Pflege umfasst nicht nur den Sterbeprozess eines Menschen, sondern beginnt in den meisten Fällen mit der geringsten Pflegebedürftigkeit eines Menschen. Gefühle wie Abhängigkeit und Verlust der Selbstbestimmung werden akut aktuell.

„Es gibt zu wenig Personal. Oft hat nur ein Teil des Personals tatsächlich die für die vielfältigen und schwierigen Aufgaben der Altenpflege nötige Berufsausbildung. Gemeinden und Verwaltung wollen Geld sparen. So stehen oft wenige, zum Teil unzulänglich ausgebildete Pflegenden einer Vielzahl differenzierter, komplizierter und umfassender Aufgaben gegenüber, von denen auch beim besten Willen nur ein kleiner Teil in guter Qualität erledigt werden kann. Das Personal kann nach getaner Arbeit nur mit schlechtem Gewissen nach Hause gehen. Es fehlt an nationalen und internationalen Standards für eine verantwortungsbewusste Fürsorge, Pflege und medizinische Behandlung unserer von Alter und Krankheiten geschwächten Mitbürger. Wir müssten blind und taub sein, um Missstände und fehlende soziale Gerechtigkeit nicht zu erkennen.“ (Huseboe in Kojer, Marina 2002)

Den Worten des norwegischen Palliativmediziners Stein Huseboe ist nichts hinzuzufügen, sie beschreiben die derzeitige Situation der Altenbetreuung sehr gut. Sind wir wirklich blind und taub geworden, dass wir diese Probleme und die Not der Zeit nicht erkennen? Oder wollen wir diese

Situation nicht erkennen, da es uns „noch“ nicht selber betrifft? Oder ist es die Ohnmacht und Hilflosigkeit, die uns blind und handlungsunfähig werden lassen?

Derzeit wird in einem Großteil der Pflegeheime in Österreich nur noch die Grundversorgung gewährleistet „Warm – Satt – Sauber“. Von Individualität der Pflege und kontinuierlicher Betreuung bis zum Lebensende ist nur noch in den Pflegeleitbildern und Informationsbroschüren der Häuser die Rede. In der Praxis sieht es anders aus. Die Qualität der Pflege ist oft in Frage zu stellen und tendiert oft in Richtung gefährlicher Pflege. Innere Resignation und soziale Vereinsamung der Heimbewohner sind die Folge. Schuldzuweisungen und Endlosdiskussionen sind wenig produktiv. Nun heißt es, die Not an der Wurzel packen und einen Weg zu suchen, der uns von der „Grundversorgung“ zu einer würdevollen Pflege- und Sterbekultur führt.

Daher müssen Fakten erhoben werden, aus denen Lösungsansätze erstellt werden können. Durch die in Folge vorgestellte Umfrage in ausgewählten Pflegeheimen wurde versucht, diese notwendigen Fakten zu erheben. Die Ergebnisse lassen Hoffnung schöpfen, dass eine Verbesserung der Pflege und Betreuung besonders in der letzten Lebensphase möglich ist.

Nur durch aktives Handeln ist es möglich, das Image der Pflege und der Langzeitpflegeeinrichtungen wieder zu verbessern, und den pflegebedürftigen Menschen die Angst zu nehmen, in ein Pflegeheim zu gehen.

Die Welt und die Entwicklung der Weltbevölkerung ist und bleibt in Bewegung, daher ist es von großer Notwendigkeit, flexibel zu werden und zu sein, um den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden. Mit dem Fortschritt in Medizin und Technik entwickeln sich auch neue lebensbedrohliche Erkrankungen und auch die Alterserkrankungen steigen mit dem Anstieg der Lebenserwartungen.

Jeder Mensch hat das Recht auf würdevolle Betreuung und Pflege, den Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität und der Selbstbestimmung sowie eine adäquate Schmerztherapie bis zum Lebensende.

Ein Recht des Menschen sei abschließend noch erwähnt:

„Jeder Mensch hat das Recht, die Melodie seines Lebens auf seine Art und Weise zu Ende zu spielen!“ (indisches Sprichwort)

5.2. Sterben als besondere Kompetenz in der Altenpflege

Sterben, Tod und Trauer - dies sind Tabuthemen unserer Gesellschaft. Sie werden nur aktuell, wenn wir direkt und persönlich betroffen sind.

„Es ist verständlich, dass die Beschäftigung mit Tod und Sterben zunächst eine dem Image wenig förderliche Aufgabe darstellt. Die allgemeine negative Bedeutung von Sterben und Alter scheint das Prestige des Altenpflegeberufes nach unten zu ziehen, wogegen sich die Beteiligten verständlicherweise wehren. Die Hospizbewegung hat durch ihre positive Bewertung des Sterbevorgangs mit den Begriffen wie Lebensqualität, Würde und innerem Wachstum dazu beigetragen, dass dieser Abwärtsspirale die Möglichkeit einer Aufwärtsspirale entgegengestellt wird.“ (Wilkening, Karin 2005)

Dennoch - es liegt in jedem eine verborgene Kraft, die jeder Mensch als Lebenskompetenz nützen könnte und auch sollte! Die Pflegepersonen in besonderer Weise. Das Sterben fordert eine besondere Kompetenz in der Pflege. Das bedeutet nicht, dass man sterben muss, um diese Kompetenz zu erlangen. Hiermit ist vielmehr gemeint, dass die Pflege und Betreuung sterbender Menschen sehr viel Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit erfordert.

Dieser Prozess, der durch das Sterben zu betreuender Menschen ausgelöst wird, dient der inneren Reife. Diese innere Reife ermöglicht es uns dann wiederum, Menschen in ihrer letzten Lebensphase empathisch und professionell zu begleiten. Die Pflege und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen verlangt von dem Pflegepersonal viel Kraft und führt oft an Belastungsgrenzen auf allen Ebenen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der durchgeführten Umfrage. Aber es sei auch festgehalten, dass sterbende Menschen oft viel Kraft und Motivation in schwierigen Situationen schenken. Sie stabilisieren trotz ihrer akuten Sterblichkeit ihr soziales Umfeld durch ihre innere Klarheit und Reife, vielleicht durch die spürbare Todesnähe und die damit verbundenen neuen Perspektiven und Wege, die erkennbar werden. Sterbende Menschen sind nicht tot und Sterben ist keine Krankheit, sondern ein Lebensabschnitt, somit definitiv nicht ansteckend.

Die Nähe und der Kontakt zu Sterbenden ist eine besondere Begegnung; erfüllt von Tiefe und einer großen Weisheit. Sterben, Tod und auch die Trauer sind Krisensituationen im irdischen Leben, jedoch: Ist nicht jede Krise auch eine Chance für eine Neuorientierung, Besinnung, Befreiung von Lasten? Nutzen wir sie!



Abb. 3 Sterbeprozess Valentea (Ferdinand Hodler)

5.3. Grenzen professioneller menschlicher Hinwendung

Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen fordert Pflegepersonen physisch wie psychisch, und dadurch Grenzen professioneller menschlicher Hinwendung erkennbar. Als professionelle Kräfte in Pflegeheimen sind mit dem Sterben der BewohnerInnen primär die Pflegefachkräfte konfrontiert. Ihnen fällt traditionell die Aufgabe der Begleitung Sterbender zu. Stellvertretend für Angehörige und Freunde müssten sie oft die Begleitung Sterbender übernehmen. Ihnen obliegt es nun die Einsamkeit, die Ungeborgenheit und das Sich abgeschoben Fühlen der Sterbenden zu mildern, wenn irgend möglich, in Geborgenheit und in die Erfahrung von Nähe umzuwandeln. Man hat zwar oft den Eindruck in der Pflege und Betreuung älterer Menschen, dass diese mit ihrer Endlichkeit vertraut wären und sich ihrem Schicksal ergeben, dennoch kann man Verhaltensauffälligkeiten, die auf Furcht vor dem Sterben zurückgeführt werden könnten beobachten. Menschen sollten deshalb so wenig alleine sterben, wie sie alleine geboren wurden. Unsere Pflegeheime sind Orte, an denen regelmäßig gestorben wird, jedoch vermögen diese es nicht diesen Wunsch regelhaft zu erfüllen. Pflegepersonen fühlen sich „sehr

häufig“ im Stich gelassen und überfordert. Dem Einsatz allgemeiner, menschlicher Kompetenzen von Pflegekräften in den Pflegeheimen, sind massive strukturelle Grenzen auferlegt.

Die professionelle Pflege und Begleitung stößt in der Hinwendung zum Sterbenden aber auch auf allgemeine menschliche Grenzen. Professionelle Pflege bleibt professionelle Pflege. Professionelle Zuwendung vermag persönliche, freiwillige und gewachsene Zuwendung zum Mitmenschen nie wirklich zu ersetzen. Angesichts der Pflegesituation in den Pflegeheimen, ist es von höchster Wichtigkeit nach Strukturen zu suchen, die eine regelhafte Begleitung sterbender BewohnerInnen sicherstellen und die mit den bestehenden kompatibel sind. Deswegen kann die Situation nur in Verbindung mit einer Veränderung der Strukturen verbessert werden. Bestehende Strukturen können dahingegen verändert werden, dass eine adäquate Sterbebegleitung im Heim nicht nur ermöglicht, sondern auch gewährleistet werden kann. Es sollten Strukturen sein, die Teammitglieder weder in Teamkonflikte stürzen, noch regelmäßig zwingen ihre Freizeit für die Begleitung Sterbender und Angehörige zu verwenden. Freizeit dient der Erholung und somit der Erhaltung der Arbeitskraft- und Arbeitsfreude.

5.4. Mehr als nur Sterbebegleitung

Es wäre falsch und unmenschlich, Palliative-Care im Pflegeheim ausschließlich auf die Begleitung sterbender Menschen zu reduzieren. Palliative-Care ist eine Form der intensiven Lebensbegleitung besonders auch in der letzten Lebensphase. Sterbende Menschen sind lebende Menschen, daher handelt es sich um eine Lebensbegleitung. Zudem gehört auch eine zeitaufwendige Trauerbegleitung dazu - einerseits für PatientInnen, die um ihr Leben trauern und Angehörige, die um ihre Lieben trauern.

„Der Umgang mit Trauernden ist eine sehr schwierige Aufgabe, die AltenpflegerInnen zu bewältigen haben. Umgang mit Trauer bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur, wie man mit trauernden Angehörigen und Bewohnern umgeht, sondern auch, wie man mit Kollegen und sich selbst umgeht.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Trauer für die Gesundheit der Psyche von höchster Wichtigkeit ist. Wir müssen uns bei jedem Trauerfall neu ins Bewusstsein rufen, dass Trauer nichts

mit Schwäche zu tun hat. Ganz im Gegenteil verlangt Trauerarbeit in unserer Gesellschaft, die Sterben, Tod und Trauer immer mehr verschiedenen Institutionen überlässt, viel Mut, Kraft und Stärke. Unsere Gesellschaft lässt Trauernden häufig kaum Zeit, der veränderten Situation gerecht zu werden. Bereits nach wenigen Tagen wird erwartet, dass sich der Mensch wieder den Alltagsaufgaben widmet, als wäre nichts geschehen. (Steurer, Jochen 2008)

Diese Begleitung durch diese Zeit des Lebens, Sterbens und der Trauer verlangt von Pflegepersonen sehr viel Kraft und vor allem Empathie. Es ist eine sehr intensiv emotionale Zeit. Diese Begleitungsarbeit wird von Pflegepersonen oft wie selbstverständlich zur täglichen Pfl egetätigkeit abverlangt und von diesen auch professionell ausgeübt. Die Sterbebegleitung ist somit ein sehr zeitintensiver Dienst, der im Pflegealltag nur unter dem Risiko des Aufkeimens von Konflikten und nur in begrenztem Umfang wahrgenommen werden kann. Die eigentliche Sterbebegleitung und das Ansprechen von Sterben, Tod und Trauer setzen erst sehr spät ein. Pflegepersonen fürchten oft, BewohnerInnen zu verängstigen, wenn diese Thematik frühzeitig angesprochen wird. Rechtzeitige Auseinandersetzung mit dem Sterben und der Trauer bewirkt aber dass mögliche Ängste angesprochen und damit Konflikte vermieden werden in dieser nicht leichten Zeit für die Betroffenen.

Die Pflegepersonen verbindet mit den von ihnen betreuten BewohnerInnen eine teilweise sehr intensive und tiefe Beziehung ein, welche oft emotionaler ist als Beziehungen zu Angehörigen. Diese emotionale Verbundenheit und Vertrauensbasis ist nicht selten das Fundament für eine gelungene Lebens-, Trauer- und auch Sterbebegleitung.

5.5. Interdisziplinäres Team als Voraussetzung

Um Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt und in ihrem Sterben professionell begleiten und betreuen zu können, ist die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams eine der wichtigsten Voraussetzungen. Einerseits sind diese Teams eine reichhaltige Quelle an Erfahrungen und Kompetenzen und andererseits sind sie eine große menschliche Herausforderung. Die Arbeit im interdisziplinären Team setzt einen achtsamen und wertschätzenden Umgang untereinander voraus. Durch die unterschiedlichen Blickwinkel und die damit verbundenen Wahrnehmungen der Teammitglieder wie Pflegeperson, Arzt, Seelsorger, Therapeuten u.a., mit denen die PatientInnen

und ihr Umfeld betrachtet werden, bilden erst ein ganzheitliches Bild zur Ausrichtung der Pflege und Betreuung.

Die Pflegekräfte bleiben die tragenden Säulen der Betreuung und Begleitung, sie sind Bindeglied zu den anderen Berufsgruppen. Die absolute Nähe zu den BewohnerInnen durch die Pflege zeichnet ihre Stellung im Team aus.

Sozialarbeiter dienen der Vernetzung unter den Berufsgruppen und in der Einrichtung sowie in der Kooperation zu in der Betreuung unterstützenden Institutionen wie z.B. mobile Hospizteams. Hier könnte man von einer Art Brückenfunktion reden.

Hauswirtschaft und Technik sind die verborgenen Talente in einem Team. Sie sind oft die Berufsgruppen, welche den BewohnerInnen durch ihre tägliche Anwesenheit und ihr offenes Ohr die gewünschte Aufmerksamkeit schenken. Gewohnte Mahlzeiten verstärken das Gefühl der Lebensfreude. Auch diese Berufsgruppen nehmen Emotionen und Verhaltensveränderungen wahr, welche für die Betreuung wertvoll sind.

Verwaltung und Träger der Einrichtung haben oftmals eine emotionale Distanz zu den BewohnerInnen und kennen vermehrt nur den Akt der BewohnerInnen durch die stets ansteigenden Verwaltungsaufgaben. Ein persönlicher Bezug zu den BewohnerInnen wäre wünschenswert und würde Pflegekräfte entlasten, oft mit Anfragen konfrontiert zu werden, welche diese oft nicht adäquat beantworten können.

Ehrenamtliche sind wertvolle Helfer in der Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. Hier sollte die Ressource „Ehrenamt“ von Ärzten und Pflegepersonal mehr erkannt und genutzt werden und das Konkurrenzdenken im Sinne der Interdisziplinarität minimiert werden.

„Im Sinn der immer wieder geforderten Interdisziplinarität hospizlicher Arbeit ist nicht nur die Einforderung fachlicher Verantwortung anderer Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Seelsorger, Sozialarbeiter) ein Teil der pflegerischen Kompetenz, sondern vor allem auch die Akzeptanz, Einbindung und Anleitung von ehrenamtlichen Helfern. Diese nicht als Konkurrenz zu sehen und ihre Vorbereitungskurse einordnen zu können, ist ein wichtiger Teil der Kooperation im Netzwerk Abschiedskultur. Eine solche Haltung gelingt besonders gut, sobald in der Einrichtung auch gemeinsame Fortbildungen mit den Freiwilligen durchgeführt werden. Ein flexibles Zeitmanagement ermöglicht einen Notfallplan, der Pflegeaufgaben definiert, die auch einmal für eine gewisse Zeit hinten angestellt werden können, ohne andere Bewohner unzulässig zu

vernachlässigen, sowie Zeitkorridore für die vielen unvorhergesehenen Beanspruchungen im Begleitungsprozess.“ (Steurer, Jochen 2008)

5.6. Multikulturelle Herausforderung

Es gilt im Kontext auch, die Zeichen der Zeit zu erkennen. Die Menschen in unseren Pflegeheimen kommen aus den unterschiedlichsten Kulturen und Religionen. Schon innerhalb eines Landes finden wir zahlreiche kulturelle Unterschiede und damit auch viele verschiedene Rituale und Bräuche. Die Auseinandersetzung mit Werten und Bräuchen anderer Kulturen und Religionen setzt eine Akzeptanz und Wertschätzung jener voraus. Oft können wir von anderen lernen, wenn wir uns getrauen über unseren Horizont hinaus zu sehen und die Fülle an Lebenserfahrungen und Philosophien wie einen wertvollen Marktplatz zu betrachten. Ein wesentlicher Ansatz wäre die bejahende Art und Weise im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer von anderen Kulturen zu erfahren und zu lernen. Das Leben als Vorbereitung auf das Sterben zu sehen. In der buddhistischen Kultur spricht man von der Kunst des Sterbens. Die Akzeptanz anderer Kulturen und Religionen ist Grundvoraussetzung einer Palliativen Haltung. Die Zukunft der Begleitung und Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen steht vor einer unumgänglichen multikulturellen Herausforderung.

5.7. Humor als ein Lösungsansatz

Humor - wertvoller Begleiter in schwierigen Situationen und Krisenzeiten. Auch das Altern und Sterben sind Zeiten des Lebens, in denen der Humor ein Tor zu den Herzen und Seelen der Menschen öffnen kann. In der Kraft des Humors könnte ein Lösungsansatz stecken. Wichtig hierbei ist, dass der Humor gepflegt und ehrlich ist. Die kleine rote Nase bewirkt gerade oft in schwierigen Pflegesituationen Wunder und schlägt Brücken zu den Seelen und Herzen oft sehr verschlossener und trauernder BewohnerInnen und Angehöriger.

Warum soll es eine Illusion sein, dass Menschen mit einem Lächeln sterben? Das irdische Leben hat ein Ende, jedoch auf das kommende „Leben“ dürfen wir uns freuen, und es beruhigt mit einem Lächeln im Sterben begrüßen. Der Todesengel könnte durch den Clown am Sterbebett ersetzt

werden. Angespannte Lebenssituationen wie das Sterben eines Menschen können durch das bewusste Aufleben lassen lustiger Lebenssituationen, durch Erinnerungen oder Erzählungen entspannen und stückweise erträglicher machen. Dieser Clown am Sterbebett kann jeder Mitarbeiter eines interdisziplinären Teams sein. Vieles ist eine Frage der Perspektive, und die Sichtweise eines Clowns birgt in sich in der Tat etwas Heilendes. Eine gepflegte Humorkultur unterstützt erfahrungsgemäß auch Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in Teams und Organisationen. Hierdurch wird das Durchbrechen alter Strukturen möglich und es werden neue Zugänge eröffnet und Perspektiven für einzelne MitarbeiterInnen und Teams geschaffen. Zu einer palliativen Haltung gehört ein gewisses Maß an Humor gegen die Niedrigkeiten des Lebens. Eine innere humorvolle Haltung unterstützt zudem den persönlichen Umgang mit der eigenen Endlichkeit und der Akzeptanz des Sterbens.



Abb. 4 Sterbeprozess Valentinia (Ferdinand Hodler)

6. Literaturübersicht

6.1. Methode

Regeln zur Literaturrecherche

Folgende Regeln wurden zur Literaturrecherche eingehalten:

1. Eingeschlossen sind Artikel und Beiträge zur Thematik Hospizkultur und Palliative–Care im Pflegeheim
2. Die Literatur bezieht sich auf den deutschsprachigen Raum, begrenzt auf Österreich, Deutschland und die Schweiz.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Daten, Artikel und Beiträge vertrauenswürdig sind und den ethischen Prinzipien der Deklaration von Helsinki (World Medical Assotiation, 2000) entsprechen.

6.2. Suchstrategie

Um weiterführende und relevante Beiträge und Daten zu erhalten, wurde mit dem Google-Suchsystem gearbeitet. Die Suche umfasste Beiträge aus Österreich, Deutschland und der Schweiz sowie ausschließlich deutschsprachige Literatur.

Bei der Suche wurden die Suchbegriffe *Hospizkultur* / *Palliative–Care* / *Sterbebegleitung* und *Pflegeheim* verwendet. Besonders richtete sich die Suche nach bereits durchgeführten Studien und Untersuchungen zur Thematik Hospizkultur und Palliativ–Care im Pflegeheim. Ein weiterer Schwerpunkt der Literatursuche war die Suche nach bereits erschienen Beiträgen zur Umsetzung von Palliative–Care im Pflegeheim.

7. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der relevanten Artikel und Beiträge der Literaturrecherche zusammengefasst und dargestellt.

7.1. Grundsätzliches zu den Ergebnissen

Die Literatursuche wurde im Zeitraum Mai bis Juli 2009 und September bis November 2010 durchgeführt. Bei der Suche im Google-Suchsystem wurden unter dem Begriff „Hospizkultur“ 1.290 Suchergebnisse gefunden, davon wurden 7 weiter bearbeitet und unter dem Begriff Hospizkultur und Palliative–Care wurden 1941 Beiträge gefunden davon wurden 34 weiter bearbeitet.

Es wurde bei der weiteren Auswertung und Bearbeitung der ausgewählten Beiträge versucht, möglichst Volltextversionen zu erhalten und diese nach folgenden Kriterien zu überprüfen.

1. Die Thematik bezog sich auf Hospizkultur und Palliative–Care
2. Hospizkultur und Palliativ–Care → Grenzen in der Umsetzung im Pflegeheim
3. Die Thematik bezog sich auf Pflegepersonal

Alle gefundenen Artikel und Beiträge waren in deutscher Sprache.

Insgesamt wurden 41 Arbeiten ausgewählt und bearbeitet. Davon waren drei relevante bereits durchgeführte Studien, welche vergleichbare Ergebnisse wie die in dieser Arbeit angeführte Studie ergaben und die Ergebnisse teilweise bestätigen. Alle weiteren Arbeiten waren Artikel und Beiträge zu der beschriebenen Thematik in Verbindung mit diversen Palliativ-Projekten im Bezug auf Hospizkultur und Pflegeheim. Diese bieten ausreichend Material zur Sichtung, ebenso zahlreiche Palliative–Konzepte diverser Pflegeheime.

Beeindruckend ist, dass die Resultate der Literaturrecherche sich größtenteils mit den Hypothesen und auch in Folge mit den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung vergleichbar sind.

7.2. Ergebnisse

Zunehmende Bedeutung von Palliative–Care für unsere Gesellschaft

Bei der Bearbeitung der Literatur wird deutlich, dass sich mit dieser Thematik besonders in den letzten 10 Jahren in Österreich, Deutschland und der Schweiz befasst wurde, nicht zuletzt durch den steigenden Bedarf an Pflegeplätzen. Der Dachverband Hospiz Österreich befasst sich seit 2005 intensiv mit dieser Thematik. Zahlreiche Autoren unterstreichen die Wichtigkeit der Erreichbarkeit von Palliativ–Care für jeden Menschen. „*Hochbetagte haben ein Recht auf ein Leben und Sterben in Würde*“ „*Den Mut haben dorthin zu schauen, wo man nicht so gerne hinschaut*“ (Riss B.,2010).

Schwierige Versorgungssituation in den Pflegeheimen

Betont wird zunehmend die schwierige Versorgungssituation in den Heimen, sowie die Wichtigkeit einer Betreuung durch ein interdisziplinäres Team. Die Grenzen von Ärzten und Pflegepersonen bei der Begleitung Sterbender wird deutlich angesprochen und die dadurch unvermeidlichen Spitalsaufnahmen (Freisleben-Teutscher C., 2010). Vermehrt wird versucht, Arbeitshilfen zu erarbeiten, welche Pflegende in stationären Einrichtungen unterstützen sollen. Die Bayrische Hospizstiftung weist in ihrer Arbeitshilfe darauf hin, dass es dringend notwendig ist, gewohnte Rituale zu überdenken und Personal besser zu schulen. (Beier F. et al, 2002). Verschiedene Vorschläge zur Implementierung einer Hospizkultur im Pflegeheim werden aufgezeigt in Verbindung mit Gründen, die deren Umsetzung verhindern. Vermehrt wird die persönliche Angst vor dem Sterben und dem Tod angesprochen. Das Sterben wird als ängstlicher Prozess bezeichnet. Es ist die Rede von Einsamkeit in uniformierten Räumen, abgehetztem Personal und Einsamkeit der BewohnerInnen. Hospizkultur wird als eine Gegenkultur im Sterbedilemma benannt. (Student C.,1998). Einige Heime haben bereits Palliative–Care Konzepte erstellt mit den Schwerpunkten Autonomie der BewohnerInnen, Kurative- und Palliative Behandlungsangebote, Multiprofessionelle Versorgung wie z.B. das Alterheim Stein am Rhein (Keller P.,2007). In den Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung der hessischen Altenheime wird besonders die politische Verantwortung bei der Umsetzung von Palliativ–Care im Pflegeheim betont sowie die Ausrichtung der Pflege an hospizlichen Grundsätzen. Dies bedeutet qualifizierte

Schmerzbehandlung, psychosoziale- und Kriseninterventionsangebote sowie Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen in Konfrontation mit dem Sterben und Auseinandersetzungsprozessen mit Lebenssinn und Glaubensfragen. Eine Minderung verwaltungstechnischer Aufgaben ist notwendig, um eine individuelle Betreuung in Zukunft zu gewährleisten. Besondere Verfahren in der Betreuung Demenzkranker in der letzten Lebensphase in hessischen Pflegeheimen haben Vorbildwirkung. (Ott.P. et al, 2007). Das Diakoniewerk Deutschland geht in seinem Positionspapier *„Leben bis zuletzt – Implementierung von Hospizarbeit in der Altenhilfe“* auf das Selbstverständnis der Begleitung Sterbender und deren Angehöriger ein. Dies wird als besondere Herausforderung der Pflegeheime gesehen. Zudem wird die Verbesserung der Finanzierung palliativer Projekte und medizinisch-pflegerischer Zusatzleistungen, die Qualifizierung der Mitarbeiter unterstrichen. Wörtlich heißt es: *„Um die hospizliche und palliative Pflege und Begleitung in Pflegeheimen dauerhaft zu implementieren, bedarf es verlässlicher Finanzierungsgrundlagen, gut ausgebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Ermöglichung und Förderung ehrenamtlicher Mitarbeit, sowie einer Haltung des Annehmens und der Wertschätzung menschlichen Lebens bis zuletzt. Es muss für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheimes möglich sein, gut begleitet und umsorgt sterben zu können.“* (Wagner A. et al, 2006)

Interdisziplinarität und Teamkommunikation

Pleschberger greift in Ihrer Dissertation das Thema Sterben im Pflegeheim auf, es wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen ihre Vorstellungen von einer „guten Sterbebegleitung“ nicht einlösen können. Nach Aussagen von Pflegekräften sei dies vor allem vom organisatorischen Geschick und der Einstellung der vorgesetzten Pflegekräfte abhängig und der unzureichenden Rahmenbedingungen. Schließlich muss angesichts des Defizites an organisatorischen Vorgaben davon ausgegangen werden, dass diese individuell unterschiedlich sind und demnach auch die Umsetzung der Sterbebegleitung von den individuellen Vorstellungen der Pflegekräfte geprägt ist. Es gibt einige Hinweise dafür, dass es sich hierbei um ein Dilemma in der Versorgung alter Menschen generell, und letztlich auch der dafür vorgesehenen Organisationen handelt. Wenn die Altenpflege auch die zentrale Profession im Pflegeheim ist, ist die Eingrenzung dieses Konfliktes als Problem einer Berufsgruppe (Pflegepersonal) letztlich zu kurz, die organisatorische Ebene ist einzubeziehen im Sinne der Interdisziplinarität. (Pleschberger S. 2004)

Mit den Chancen und Grenzen der Sterbebegleitung und deren sektoraler Umsetzung setzt sich das Palliativprojekt Mühldorf / Bayern auseinander. Schulungen der Teamkommunikation als Voraussetzung, Minderung der Ängste bezüglich der Schmerzthematik sowie der Respekt des Patientenwillens und das Überdenken von therapeutischen Indikationen wird aufgegriffen. Ein Runder Tisch zur Thematik „Sterben lassen oder Sterben zu-lassen?“ ist zentraler Mittelpunkt des Projektes. Eine Vollversorgung der Palliativpatienten kann nur durch sektorübergreifende multiprofessionelle Teams zukünftig gewährleistet werden. (Dworzak H. 2007)

Akzeptanz der eigenen Endlichkeit

Die Hypothese dieser Arbeit, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit die Pflegehandlung beeinflusst, wird hier wie folgt bestätigt. *„Der eigene Umgang und die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten und dem eigenen Tod sind entscheidende Faktoren, um die Herausforderung von Palliative-Care zu bewältigen.* Hier wird die Hierarchie der Kompetenz und nicht die der Person unterstrichen. Ethische Konzile sind notwendig. (Dworzak H. 2007)

Versorgungskultur mit Haltung und ethische Fragestellung

Von einer Organisationsethik, und einer Haltung und Versorgungskultur sprechen Wegleitner und Heimerl im Bezug auf Palliative–Care im Pflegeheim.

Einen wesentlichen Indikator für das Maß der nachhaltigen Integration von Palliative-Care in die Einrichtungen der stationären Altenhilfe stellt die Intensität der Auseinandersetzung mit ethischen Problemlagen, Anliegen und Dilemmata dar. Der Bedarf an ethischer Orientierung ist sowohl auf Seiten der Betroffenen, wie auch auf jener der MitarbeiterInnen deutlich wachsend. Die MitarbeiterInnen von Pflegeheimen müssen vielfach in Widerspruchsfeldern handeln und sind alltäglich damit konfrontiert. Die faktische Unauflösbarkeit dieser existentiellen Widersprüche führt dazu, dass die MitarbeiterInnen in ihrem alltäglichen Handeln immer an diese Widerspruchsgrenzen stoßen. Erträgliche und aushaltbare Handlungsoptionen lassen sich gestalten, jedoch braucht es dazu physische und zeitliche Räume wie z.B.: Ethikberatung, ethische Fallbesprechungen. Diese Reflexionsräume müssen im Alltag organisiert und gesteuert werden. Es müssen eigene Verständigungsprozesse gefunden werden, die sich nicht ausschließlich an medizinischen und

nicht an normativen moralischen Positionen orientieren, sondern den Austausch und die gemeinsame Reflexion und dabei verschiedene Positionen zulassen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Fragestellung „Was ist gut für die betroffenen Menschen und uns...?“, bzw. „Wie wollen wir es hier bei uns ...?“ Im besten Fall ergeben sich daraus mehr Handlungsspielraum für die beteiligten Berufsgruppen und eine deutlichere Verständigung über ethische Haltungen und Positionen innerhalb des Teams, der Einrichtung oder des Trägers. Je vielschichtiger solche Kommunikationsprozesse in der Organisation verankert sind, desto akzentuierter entwickelt sich auch eine kollektive ethische Haltung heraus, desto mehr verfestigt sich eine gemeinsam getragene palliative Versorgungskultur. (Wegleitner K. et al, 2007)

Organisations- und Strukturentwicklung

Bitschnau betont, dass es notwendig ist, das Thema durch Palliativkoordinatoren in den Pflegeheimen oder Palliativteams sichtbar zu machen. Es wird ein „Gold Standard“ vorgeschlagen, der auf vier Ebenen ausgerichtet ist: Pflege, Medizin, Psychosoziales und Spirituelles. Zielgruppen sind Bewohner, Angehörige, Pflegepersonen, Ärzte, externe Kooperationspartner, Sterbende und Verstorbene. Hier ist deutlich zu erkennen, dass eine palliative Versorgungskultur alle betrifft und mit einbindet. Eine umfassende Betreuung durch ein interdisziplinäres Team ist gefordert. Zeit, Raum und Rituale müssen geschaffen werden, gegebenenfalls durch das Etablieren nationaler und internationaler palliativer Modelle. Es darf ein Sterben erster und zweiter Klasse nicht mehr in unserer Gesellschaft geben. (Bitschnau K. 2009)

Auf die Studien zur Thematik Palliative–Care im Pflegeheim, der Justus–Liebig Universität Gießen und der Pädagogischen Hochschule Weingarten, sowie die Studie von Dr. Karin Falkenstein aus dem Jahre 2001 welche andere Ansätze gewählt haben, wird nun gesondert eingegangen.

Eine quantitative Studie zur Sterbebegleitung in Pflegeheimen von der Justus–Liebig Universität Gießen wurde 2006 durchgeführt. Hier wurde festgestellt, dass zwar 82,8 % im Leitbild palliatives Gedankengut haben, jedoch nur wenige es auch leben und ansprechen. Die Pflege muss neu gestaltet und die Betreuung bei Demenzkranken überdacht werden. 10,9 % der hessischen Pflegeheime haben bereits eigene Pflegeverfahren entwickelt. Auch diese Studie zeigt deutlich, dass eine gelungene Begleitung nur bei 46 % möglich ist. Es wird auch die Minderung von

verwaltungstechnischen Aufgaben angesprochen. Ebenso wird auch die Notwendigkeit von Multiprofessionalität und der Zusatzqualifikation Palliative–Care von Pflegepersonal gefordert, da nur 47 % der MitarbeiterInnen Palliative–Care Kenntnisse besitzen. Eine Etablierung einer ritualisierten Abschiedskultur wird vorgeschlagen sowie die vermehrte Einbindung von Ehrenamtlichen, um mehr Zeit für Gespräche und individueller Betreuung zu haben. (Gronemeyer R. et al, 2006).

Die Pädagogische Hochschule Weingarten und das Institut für Bildung und Ethik führten 2004 eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und Weichenstellung in der Altenhilfe durch. Hier wurde eine Erfassung der Werteeinstellung der Mitarbeiter zum assistierten Suizid und zur aktiven Sterbehilfe sowie Alternativen zur Tötung auf Verlangen als Ansatz gewählt. Durch diese Studie wollte man Klarheit über die tatsächlichen institutionellen Rahmenbedingungen des Sterbens im Heim schaffen. Das Fazit der Studie bestätigt auch die Ergebnisse meiner Fragestellungen, nämlich die Erkenntnis, dass es notwendig ist, Qualitätsmerkmale im Umgang mit Sterbenden in Pflegeheimen festzulegen, sowie bei der Schmerztherapie. Das Bewusstmachen der Unausweichlichkeit des Todes und der persönlichen Endlichkeit sowie des Tabus der Unverfügbarkeit des Todes wurde betont. Der Trend geht vom Alterheim zum Sterbehaus, da die Sterbefälle in den Heimen steigen. Es verändern sich die Wert- und Moralvorstellungen im Blick auf Sterben und Tod und es kommt zu einem Wandel der Einstellung der Bevölkerung mit Folge der Endprivatisierung des Todes. Festgestellt wurde, dass der Wertewandel der MitarbeiterInnen in den Heimen sich auf das Verhalten zur assistierten Selbsttötung auswirkt. Palliative–Care ist eine gute Alternative zu Selbsttötungs-Bitten der BewohnerInnen in den Pflegeheimen. (Brüll M., 2004)

Welche Widersprüche Altenpflegekräfte in ihrem Berufsalltag auszubalancieren haben, zeigt Falkenstein (2001) in ihrer quantitativen Studie. Die Autorin hat eine Fragebogenerhebung bei 100 AltenpflegerInnen aus stationären Einrichtungen im Raum Wiesbaden/Mainz durchgeführt. Darin sollte in erster Linie untersucht werden, inwieweit die ständige Konfrontation mit dem Leiden und Sterben alter Menschen zu psychischen Belastungen bei AltenpflegerInnen führt. Insbesondere auch deshalb, weil die Autorin Konflikte zwischen dem beruflichen Selbstbild der AltenpflegerInnen und ihrem beruflichen Alltag vermutet. Dies bestätigt sich auch: befragt nach den Erfolgen in ihrer Arbeit wird von den MitarbeiterInnen der Altenpflege mit Abstand am häufigsten die erfolgreiche

Mobilisierung von BewohnerInnen als Arbeitserfolg genannt, während „gute Sterbebegleitung“ weit nach hinten gereiht wurde. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass das Berufsbild von den „Grundsätzen der aktivierenden ganzheitlichen Pflege alter Menschen“ geprägt ist, und die Sterbebegleitung im beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte keine vordergründige Rolle spielt. Vielmehr scheint die häufige und intensive Konfrontation mit Sterben und Tod dem beruflichen Selbstverständnis zu widersprechen und die Grenzen des beruflichen Handelns aufzuzeigen.

8. Fragestellung

Die Frage, wie und wo wir die letzte Lebensphase verbringen wollen oder werden, ist nicht so leicht zu beantworten. Jede Zeit und jede Gesellschaft pflegt ihren eigenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Unser Schicksal als Sterbende heute ist in hohem Maße davon geprägt, dass wir in Institutionen sterben, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Wenn wir uns selbst und allen anderen Menschen ein Sterben in Würde ermöglichen wollen, dann müssen wir uns mit den Einrichtungen auseinandersetzen, in denen Menschen ihr Lebensende verbringen. Es braucht eine Veränderung des Umgangs mit Sterbenden in allen Einrichtungen, die schwerstkranke und sterbende Menschen betreuen.

Der Beginn dieses geforderten Umdenkens und der Veränderung im Umgang mit Sterbenden Menschen ist, dass ich meine persönliche Haltung überdenke und meine Art der Begleitung hinterfrage. Eine gemeinsame „Palliative Haltung“ ist notwendig, um eine Hospizkultur in unseren Pflegeheimen und Krankenhäusern zu ermöglichen. Um ein gutes Fundament für diese Hospizkultur zu schaffen, müssen wir uns mit der Situation in unseren Institutionen auseinandersetzen und uns gezielte Fragen stellen. Nicht die Suche nach Fehlern und Mängeln steht hier im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage nach dem „Was fehlt unseren Institutionen noch?“

Was ist noch notwendig, um den Hospizgedanken umsetzen und auch leben zu können? In zahlreichen Gesprächen mit Pflegenden in Krankenhäusern und Pflegeheimen habe ich die vermehrte Sehnsucht verspürt, Menschen auf ihrem letzten Weg in Würde und mit der notwendigen Zeit zu begleiten. Das Alter und das Sterben müssen in unserer Gesellschaft eine neue Wertigkeit bekommen. Der sterbende Mensch ist ein lebender Mensch, hat der Sterbende noch das gleiche Recht auf Würde wie der gesunde Mensch?

In vielen Pflegeeinrichtungen hat man den Eindruck, dass die Menschen, die hier leben oft sehr vereinsamt sind. Wenig Besuche von Angehörigen, zuwenig und überfordertes Personal, ständiger Wechsel der Hausleitungen, verbunden mit zahlreichen Wechseln von Pflegephilosophien und Pflegeorganisationen. Es fehlt an einer professionellen Begleitung in der letzten Lebensphase. Die

Angst vor dem Sterben wird durch diese Situationen noch vermehrt gefördert. Wie wird es uns gehen wenn wir pflegebedürftig sind?

Die Notwendigkeit eines Konzeptes von Palliative-Care in der Pflege alter Menschen ergibt sich aus der Veränderung der Bewohnerschaft in der Langzeitpflege und der Verschiebung der Altergrenze bei Einzug, der Multimorbidität und der wesentlich kürzeren Aufenthaltsdauer. Zudem ist die Generation die wir derzeit in unseren Heimen vorfinden, ist eine sehr zufriedene und bescheidene Generation, mit relativ wenig Ansprüchen an Hygiene, Ernährung, Kleidung und Wohlstand. Hingegen sind unsere Ansprüche weitaus höher und daher ist ein „Reformierung der Pflege“ im Bezug auf das Sterben und eine Erneuerung in der Organisation der Pflege unverzichtbar. Wie könnte dieses Umdenken gefördert werden?

Ist es zum Schluss die fehlende Akzeptanz des eigenen Sterbens, was Pflegende an der Umsetzung von Palliative-Care hindert?



Abb. 5 Sterbeprozess Valentinea (Ferdinand Hodler)

9. Material und Methode

9.1. Methode

Diese deskriptive Erhebung erfolgte mittels eines primär quantitativen Fragebogens (siehe Anhang). Der Fragebogen bestand aus einem einleitenden Teil zur Thematik und zudem zehn geschlossene Fragen zur Palliativen Versorgung der PatientInnen in Pflegeheimen und zur persönlichen Auseinandersetzung mit der Thematik Sterben und Tod. Die gezielten Fragestellungen sind auf eine jahrelange berufliche Erfahrung in der Langzeitpflege und zahlreichen Gesprächen mit Pflegenden zurückzuführen.

Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser fünf Diplomierten Pflegefachkräften vorgelegt um diesen auf Verständlichkeit der Fragestellungen zu testen. Nach der erfolgreichen Testung des Fragebogens, wurden nur noch einige einzelne Ausdruckskorrekturen vorgenommen.

Nach Kontaktaufnahme mit der Geschäftleitung der Firma SeneCura und den Heim- und Pflegedienstleitungen wurde der Fragebogen den Heimen zugesendet.

Die Versendung des Fragebogens erfolgte per Post mit Begleitbrief an die Heim- und Pflegedienstleitungen, die zuvor kontaktiert und über die Umfrage ausreichend informiert wurden, und ihre Zustimmung gegeben hatten. Jeweils 20 Fragebögen wurden in einzelnen und unbeschrifteten Kuverts gesammelt an die Pflegeheime versendet, mit dem Auftrag die Fragebögen auszuteilen. Die Fragebögen sollten von den TeilnehmerInnen persönlich und ohne Absprache mit anderen TeilnehmerInnen ausgefüllt und im verschlossenen Kuverts abgegeben werden. Nach der Rücksendung aller Fragebögen wurden die Fragen einzeln ausgewertet und die Ergebnisse in Diagrammform dargestellt. Eine Präsentation der Ergebnisse wird in jedem beteiligten Pflegeheim erfolgen.

9.2. Untersuchungsfeld

Die Umfrage erfolgte in sechs Pflegeheimen in Österreich. Fünf Pflegeheime der Firma SeneCura und ein Landespflegeheim in Niederösterreich waren an der Umfrage beteiligt. Die an der Untersuchung beteiligten Heime verteilen sich auf die Bundesländer Niederösterreich, Wien,

Steiermark, Kärnten und Salzburg. Somit sollte ein umfassenderes Bild der Palliativen Versorgung in den österreichischen Pflegeheimen erfasst werden. Hierbei wurde darauf geachtet das ausschließlich Pflegefachkräfte an der Untersuchung teilnehmen. Dies bedeutet dass die Untersuchung auf die Berufsgruppe Pflege konzentriert ist. Eine interdisziplinäre Untersuchung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ein vorausgegangener Brief an die ausgewählten Pflegeheime sollte zur Teilnahme an der Umfrage einladen. Im Vorfeld fanden keine Diskussionen statt und es wurden keine Fragen der TeilnehmerInnen eingereicht. Insgesamt nahmen 68 ausgebildete Pflegefachkräfte an der Untersuchung teil.

Das Untersuchungsfeld lässt sich wie folgt darstellen.

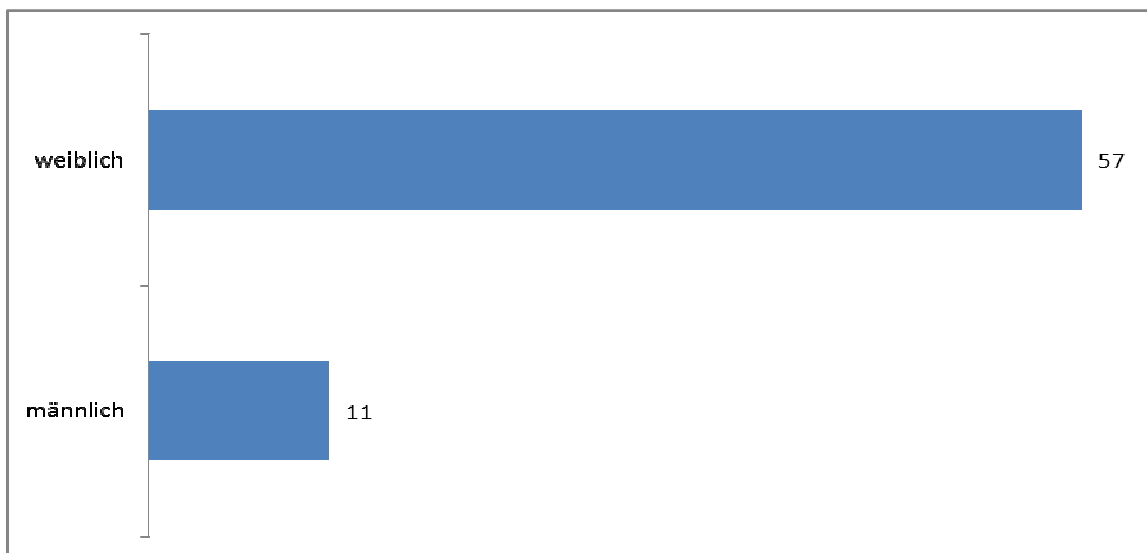


Abb. 6 Grafische Darstellung des Untersuchungsfeldes

An der Erhebung beteiligten sich 57 Frauen und 11 Männer. Dies entspricht 83,80 % weiblicher und 16,20 % männlicher Beteiligung von insgesamt 68 ausgewerteten Fragebögen.

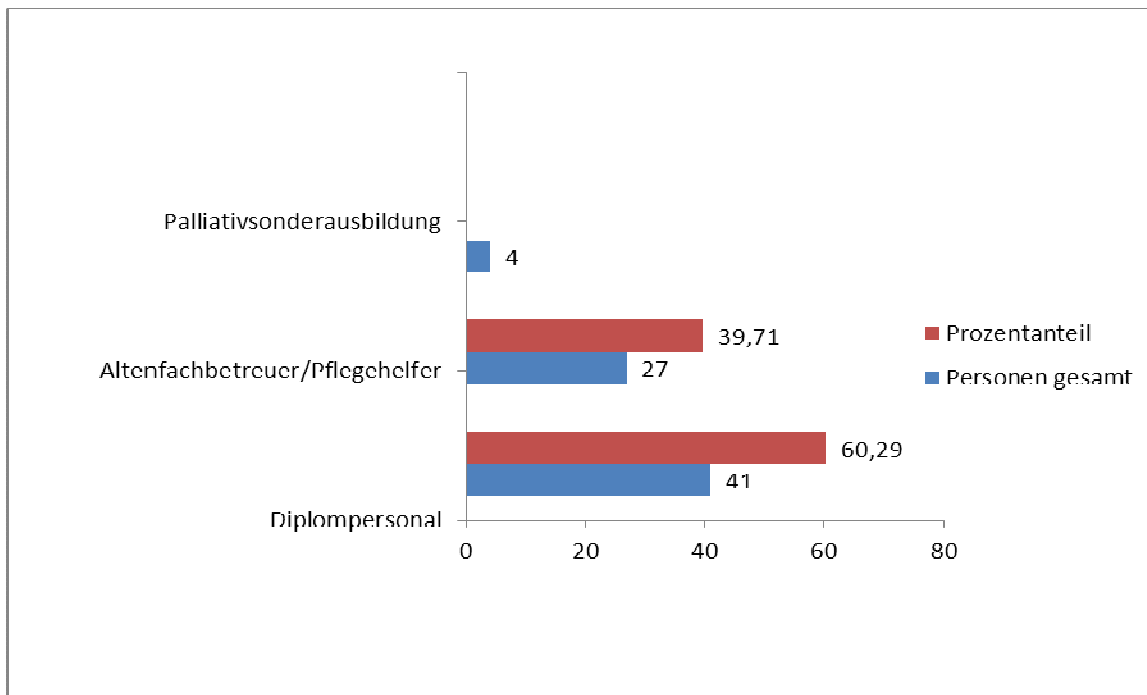


Abb. 7 Grafische Darstellung des Ausbildungsstatus

Der Anteil an diplomiertem Personal überwiegt. Jedoch haben von den insgesamt 68 Befragten nur vier die Basisausbildung Palliativ-Care. Drei Mitarbeiter befinden sich gerade in der Basisausbildung und schließen diese im nächsten Jahr ab.

Diese Grafik macht besonders deutlich, dass die Notwendigkeit besteht, Personal im Bereich Palliativ-Care vermehrt auszubilden, dieses Defizit wurde auch in der Auswertung der Fragebögen von den TeilnehmerInnen als eine der notwendigsten Maßnahmen erkannt.

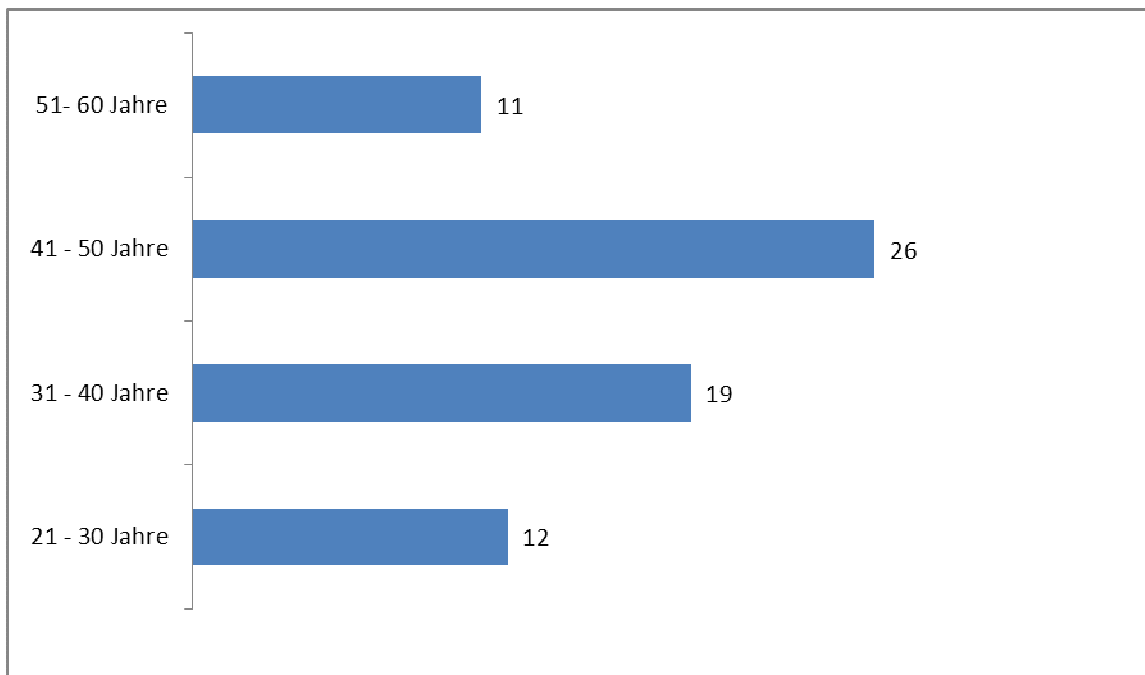


Abb. 8 Grafische Darstellung der Altersverteilung

Bei der Darstellung der Altersgruppen wird deutlich, dass nur wenig jüngeres Personal im Bereich der Langzeitpflege im Pflegeheim arbeitet. Dazu kommt noch, dass 48 % des teilgenommenen Diplompersonals älter als 40 Jahre ist. In den Pflegeheimen bewerben sich vermehrt Altenfachbetreuer oder Pflegehelfer jüngerer Jahrgänge.

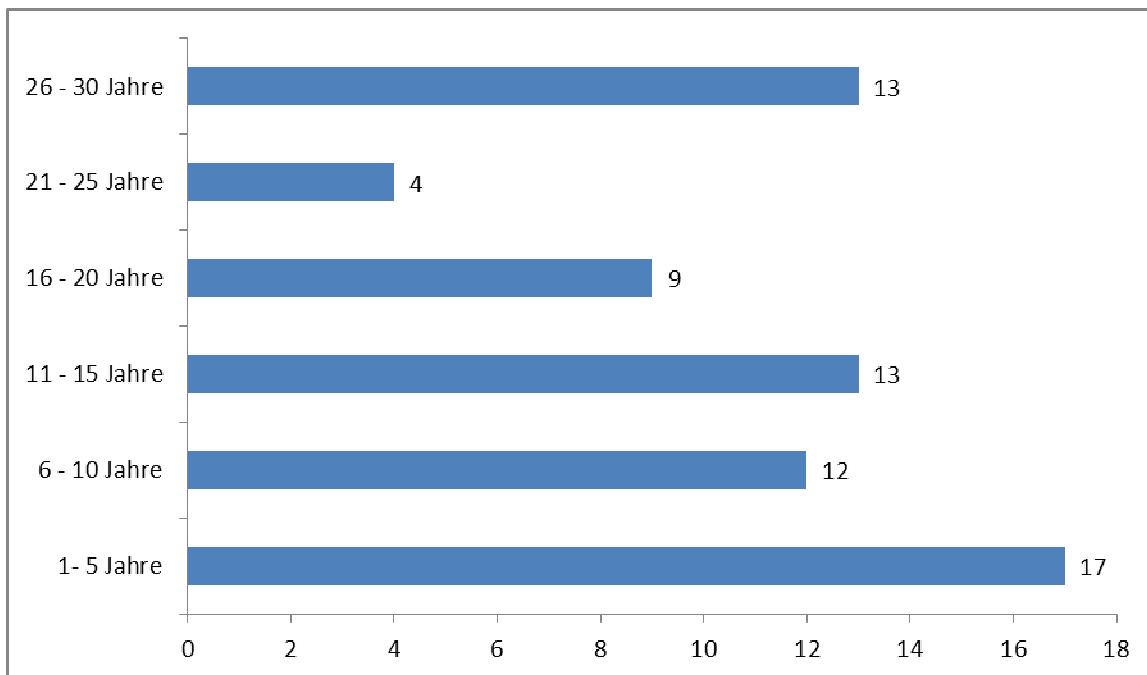


Abb. 9 Grafische Darstellung der Berufstätigkeit in Jahren

Diese Grafik zeigt, dass der Großteil der befragten Personen eine Berufserfahrung von unter 15 Jahren aufweist.

10. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden der aktuelle Datenrücklauf und die Ergebnisse der Fragebogenauswertung dargestellt.

10.1. Darstellung des Datenrücklaufes

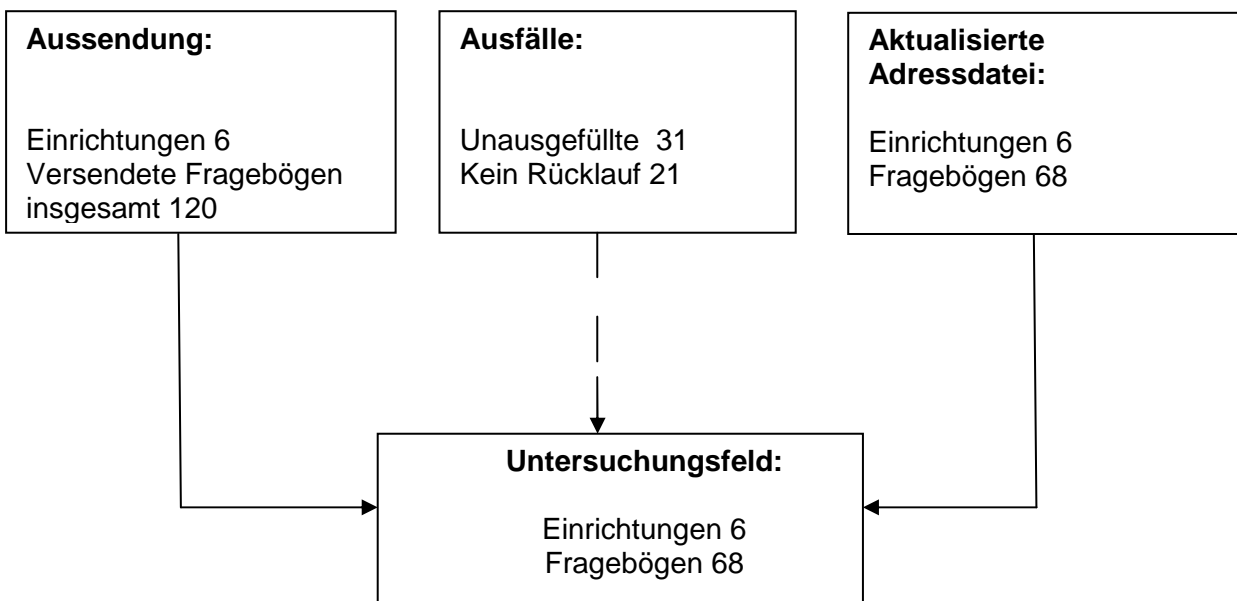


Abb. 10 Grafische Darstellung des Datenrücklaufes 1

Insgesamt wurden 120 Fragebögen mit Rückkuvert an die Pflegeheime Rust, Arnoldstein, Wagrain, Purkersdorf und Graz der SeneCura Kliniken- und HeimbetriebsgmbH sowie an das Niederösterreichische Landespflegeheim Laa / Thaya versendet. Jede der sechs Einrichtungen erhielt 20 Fragebögen zugesandt.

Der Fragebogenrücklauf betrug 99 Fragebögen, von denen wiederum waren 31 nicht ausgefüllt worden waren. 21 Fragebögen wurden nicht zurück gesandt. Dies ergibt eine Endsumme von 68 Fragebögen (56,67 %), die in die Auswertung mit einbezogen wurden.

Dies wird in der folgenden Abbildung noch einmal grafisch im Überblick dargestellt:

Fragebögen	Insgesamt	Kein Datenrücklauf (Teilnahme verweigert)	Absoluter Rücklauf	In die Untersuchung einbezogene Rückantworten
Summe	120	52	68	68
Prozent (%)	100%	43,33%	56,67%	56,67%

Abb. 11 Grafische Darstellung des Datenrücklaufes 2

Mit dem Ergebnis der Umfragenbeteiligung ist zufrieden stellend, da man bedenken muss, dass diese Umfragen wertvolle Zeitressourcen einfordern. Die persönliche Bereitschaft sowie das Interesse an der Thematik liegen somit bei über 50 %.

10.2. Auswertung der Fragebögen

Die in den Fragebögen angeführten Fragen wurden einzeln ausgewertet und die Ergebnisse graphisch dargestellt. Mehrfachnennungen waren bei den Fragestellungen möglich.

Frage 1: In welcher Form ist der Umgang und die Begleitung sterbender PatientInnen in Ihrer Einrichtung organisiert?

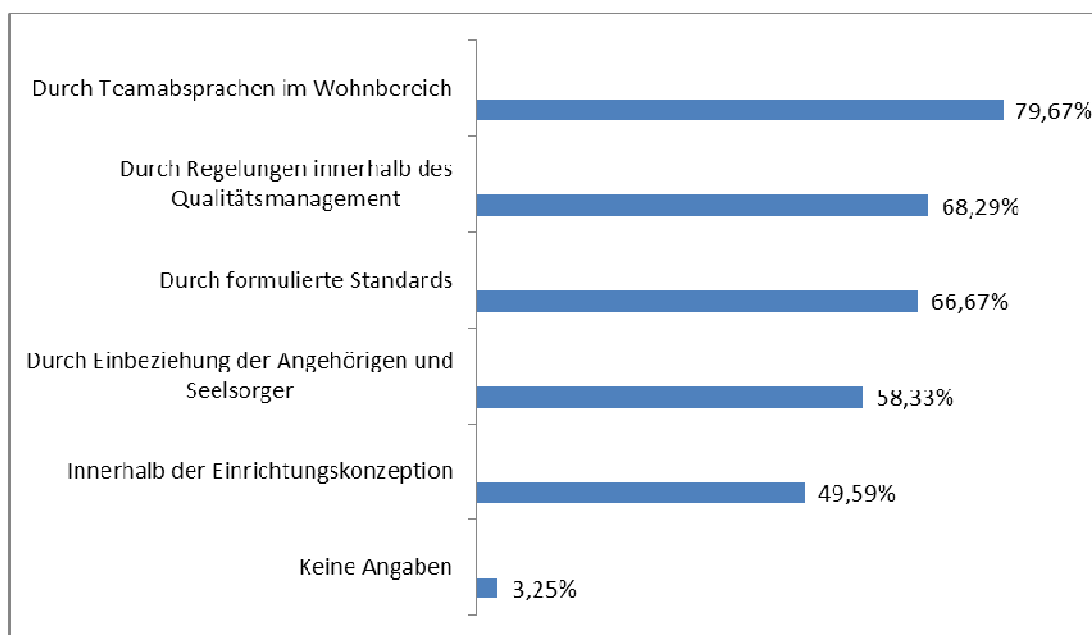


Abb. 12 Organisation der Begleitung Sterbender

Auffallend ist, dass die Hälfte auf die Konzeptionen der Einrichtungen verweist. Neben dem Großteil durch Teamabsprachen wird auf formulierte Standards und Regelungen innerhalb des Qualitätsmanagement hingewiesen. Wenn die Begleitung Sterbender im Pflegeleitbild – Konzeption begründet ist, sollte sie jedoch für die Mitarbeiter nicht nur verbindliche Orientierung sein. Vielmehr sollte diese Entscheidungs- und Handlungsautonomie ermöglichen, um im Sterbeprozess auch individuell begleiten zu können; in Situationen, die nicht in einer Konzeption oder Leitbild planbar sind. Während des Sterbens werden oft Bedürfnisse erkannt, die trotz ausführlicher Biografie und Anamnese nicht erhoben wurden, daher ist eine hohe Flexibilität und individuelle Bedürfnisorientierung gerade hier besonders notwendig.

Palliative-Care ist keine planbare Pflegemethode, sie kann jedoch durch hausinterne Leitlinien insofern organisiert werden, dass Checklisten und Notfallpläne zur Unterstützung angelegt werden. Der große Erfahrungsschatz der Mitarbeiter ist dabei ein wesentliches Werkzeug und wertvolle Wissensquelle. Die gestellte Frage sagt nur wenig über die Qualität der Begleitung aus, lässt jedoch Rückschlüsse zu, wie und auf welchem Weg sich eine Einrichtung mit der Thematik Sterbebegleitung beschäftigt und um Regelungen bemüht ist.

Frage 2: Welche Rahmenbedingungen sind in Ihrer Einrichtung eine Voraussetzung für die angemessene Begleitung sterbender PatientInnen?

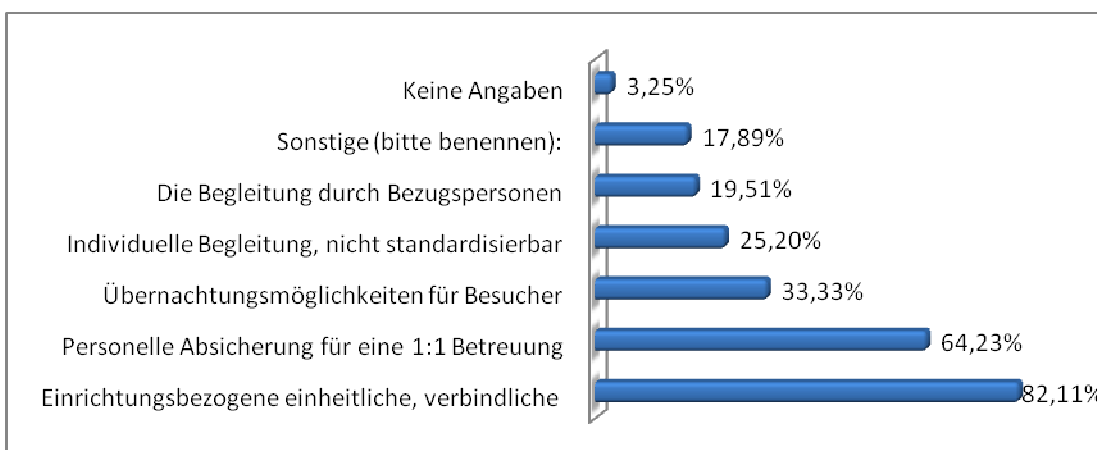


Abb. 13 Regelungen für die Begleitung Sterbender

Der Großteil der TeilnehmerInnen betrachtet verbindliche geltende und damit umzusetzende Regelungen als hilfreich bzw. wünschenswert. Pflegende erwarten also in der Begleitung Sterbender klare Handlungsanweisungen von ihrer Einrichtung. Zwei Gründe könnten hier die Ursache für dieses Antwortverhalten sein. Einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen und das damit verbundene Spannungsfeld einer würdevollen Begleitung unter Beachtung der Autonomie des Sterbenden – der Wunsch zu Leben und der Wunsch zu Sterben. Fraglich bleibt jedoch, inwieweit Handlungsanweisungen Sicherheit geben können und helfen, ethische Konflikte bei Begleitern zu lösen. Die Begleitung Sterbender ist immer mit großer Verantwortung und einer Grenzerfahrung verbunden, hier entsteht vermehrt der Wunsch nach Handlungsrichtlinien und einer Klärung der Verantwortungsübernahme.

Bei Einrichtungen mit zu vielen Regelungen und Richtlinien besteht jedoch die Gefahr einer totalen Institutionalisierung. Dies wäre der falsche Weg zu einer würdevollen Sterbekultur.

Nicht zu übersehen ist auch der Wunsch nach personeller Absicherung, um eine würdevolle Begleitung zu ermöglichen. Hier sind Ehrenamtliche, Angehörige und andere Berufsgruppen auszuschließen. Derzeit ist jedoch im Langzeitpflegebereich ein Stellenabbau aus Kostengründen zu verzeichnen.

Immerhin ein Viertel der Teilnehmer lehnt Standards und Regelungen ab und beruft sich auf die individuelle Begleitung mit Eigenverantwortung. Im Haus übernachtende Angehörige bieten auch eine gewisse Sicherheit und Unterstützung der Pflegenden, besonders im Nachtdienst, wo die Personalbesetzung reduziert und kaum individuelle Begleitung möglich ist. Die Wünsche der Pflegenden sind klar erkennbar.

Unter Sonstige wurden mehrfach Personalaufstockung, Palliativ – Care - Fortbildungen und Überarbeitung der Ablauforganisation im Haus genannt.

Frage 3: Inwieweit werden Wünsche von sterbenden PatientInnen in Ihrer Einrichtung berücksichtigt?

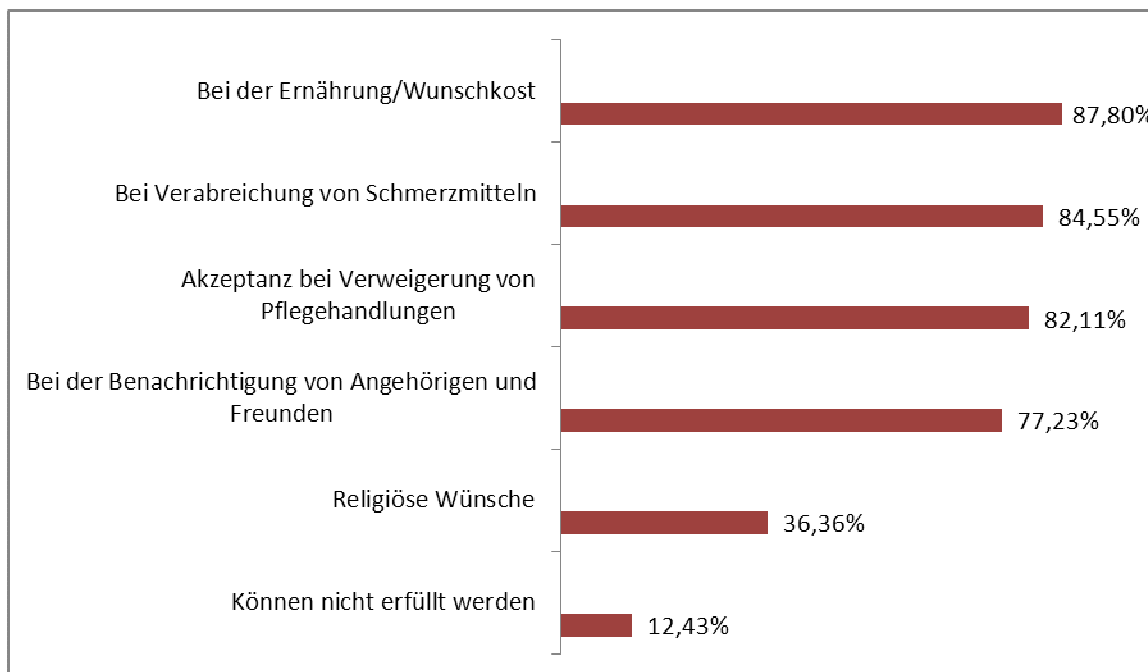


Abb. 14 Berücksichtigung von Wünschen Sterbender

Dass die Wünsche sterbender Bewohner nicht berücksichtigt werden können, wurden nur sehr vereinzelt angegeben. In den Begründungen wurde betont, dass Wünsche oft unerfüllt bleiben, da das Sterben oft zu schnell geht, dass keine Zeit für die Erfüllung „letzter Wünsche“ bleibt. Auch unerfüllbare sexuelle und religiöse Gründe wurden genannt. Der Wunsch auf Unterstützung und Herbeiführung des Todes wurde nicht erwähnt. Das Problem der Akzeptanz der Verweigerung von Pflegehandlungen ist fortwährend aktuell, gerade in Pflegeheimen wo laut Planung alle Tätigkeiten durchgeführt werden müssen.

Die Schwierigkeit, den Wunsch der Reduzierung der Pflegehandlungen zu akzeptieren, besteht für Pflegepersonen darin, im Spannungsfeld der Notwendigkeit des pflegerischen Handelns und der reduzierten Bedürfnisse des Sterbenden zu stehen. Die Akzeptanz der Ablehnung von Pflegehandlungen muss von der Pflegedienstleitung mitgetragen werden und individuell entscheidbar von der begleitenden Pflegeperson sein. Hier handelt es sich um das oft in der Fachliteratur zitierte „Recht auf Verwahrlosung“ im Sinne der Selbstbestimmung, besonders am Lebensende.

Es wurde zudem neun Mal die Erfüllung persönlicher Rituale genannt und elf TeilnehmerInnen gaben an keine Wünsche zu erfüllen aus Zeitmangel.

Frage 4. Gründe die aus Ihrer Sicht für ein würdevolles Sterben in Ihrer Einrichtung sprechen?

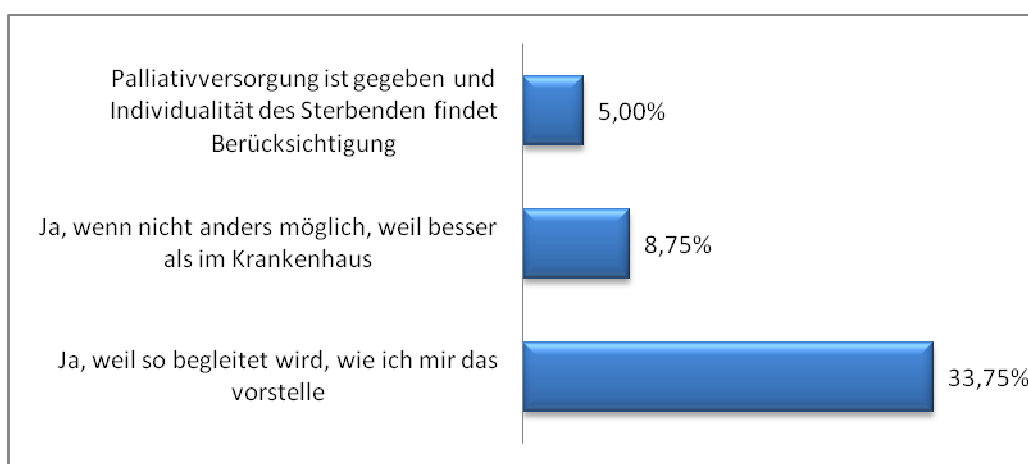


Abb. 15 Persönliche Gründe für ein Sterben in der Einrichtung

Was kann man diesem Ergebnis entnehmen? Nur ein Drittel der Befragten Pflegepersonen können sich das Sterben in „ihrer“ Einrichtung vorstellen. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass die Befragten zum Großteil die Begleitung Sterbender in „ihren“ Einrichtungen mit gestalten. Hier ist kaum Interpretationsspielraum gegeben. Ein Grundbedürfnis des Menschen ist auch der Wunsch, daheim zu sterben statt im Heim, dies bestätigen auch aktuelle internationale Meinungsumfragen. Der obere Balken der Auswertung könnte auch als Zustimmung gewertet werden, wurde jedoch einzeln erfasst, weil es einen annähernden Überblick über die Präsenz der Palliativversorgung in den Langzeitpflegeeinrichtungen bietet. Diese ist allerdings noch sehr gering.

Ein geringer Prozentsatz kann sich das Sterben zwar in „ihrer“ Einrichtung vorstellen, jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen, d.h. nur wenn es nicht anders möglich ist, um der letzten aller Möglichkeiten, dem Sterben im Krankenhaus zu entkommen.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Die Berücksichtigung von Wünschen
- Möglichkeit der Übernachtung von Angehörigen
- Nähe des Heimes zum Heimatort

Frage 5. Gründe warum Sie aus Ihrer Sicht sich Ihr eigenes Sterben nicht in dieser Einrichtung vorstellen können?

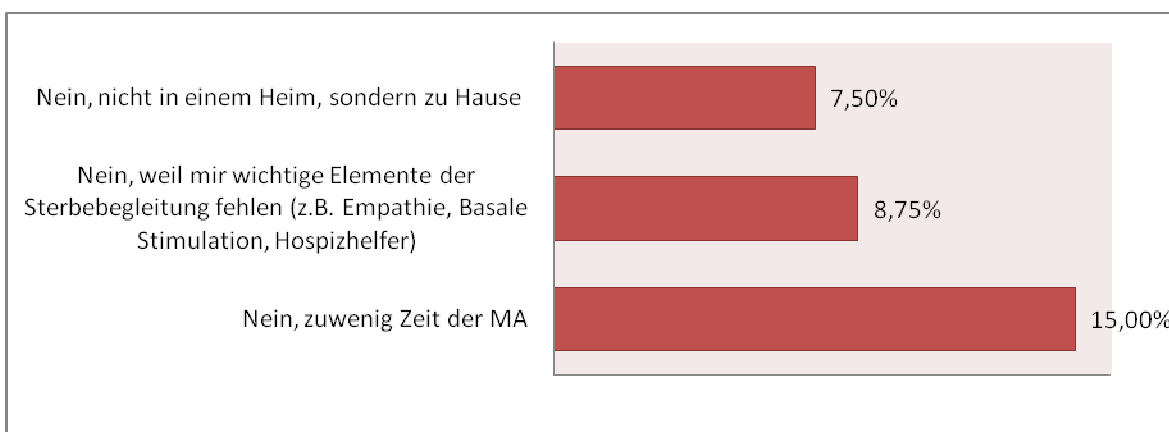


Abb. 16 Persönliche Gründe gegen ein Sterben in der Einrichtung

Drei wesentliche Faktoren werden deutlich erkennbar zur Begründung warum sich das Pflegepersonal ein Sterben in „ihrer“ Einrichtung nicht vorstellen kann.

Diese sind in der Darstellung mit Häufigkeit der der Nennungen angeführt. Bei dieser Auswertung wird wieder sehr deutlich wie hoch der Stellenwert auf individuelle Begleitung, Beachtung von Bedürfnissen und Wünschen am Lebensende ist.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Eine palliative Begleitung in den Einrichtungen sei nicht zu erkennen oder das die Begleitung durch einzelne, bestimmte Mitarbeiter abgelehnt werde.
- Die fehlende Zeit der Mitarbeiter für die Begleitung wegen der sehr mangelhaft und unwürdig erlebten Personalsituation in den Pflegeheimen wurde
- Keine Möglichkeit auf Wunschkost

Frage 6: Durch wen sollte die Begleitung sterbender PatientInnen erfolgen wenn diese nicht ausschließlich zu Aufgaben des Pflegepersonals zählt?

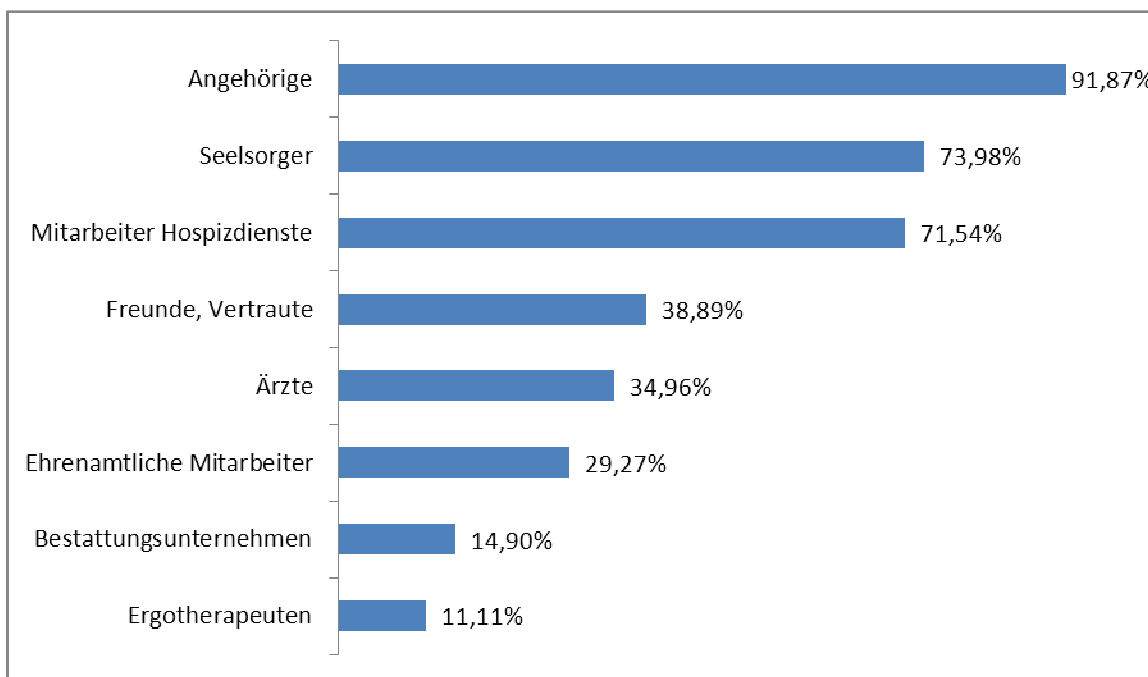


Abb. 17 Zuordnung der Begleitung Sterbender

Die durch die Pflegenden genannten und nach ihrem Verständnis in der Begleitung sterbender Menschen einzubeziehenden Berufsgruppen und Personen zeigen eine Vorstellung des menschlichen Lebens, was sich auch am Lebensende nicht auf Teilbereiche reduzieren lässt.

Unterschiedliche Sichtweisen, was unter Begleitung Sterbender verstanden wird, sind noch zu klären. Der Personenkreis der Angehörigen ist deutlich der am meist genanteste. Um sich der Antwort auf die Frage zu nähern, wessen Aufgabe die Begleitung sterbender Menschen ist, wird es notwendig sein, zuvor Begriffe und ihre inhaltliche Bedeutung zu klären. Die Einbindung und Aktivität von Hospizdiensten ist beachtlich.

Da es für die professionell Pflegenden keine rechtliche Verpflichtung zur Begleitung Sterbender gibt, entstehen Abgrenzungsprobleme. Erfahrungen zeigen dies besonders in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamtlichen Mitarbeitern. Das Ziel könnte ein gemeinsamer multiprofessioneller Weg sein, der aus von den unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Wahrnehmungen profitiert.

Alle MitarbeiterInnen in den Heimen sind mit der Begleitung sterbender verbunden wie das Ergebnis zeigt.

Eine Zusatzbemerkung lautete: „Hospizdienste sollte vermehrt integriert werden in die Betreuungskonzepte, da diese fachlich unterstützend wirken!“

Frage 7: Welchen Belastungen sehen Sie sich in der Begleitung Sterbender besonders ausgesetzt?

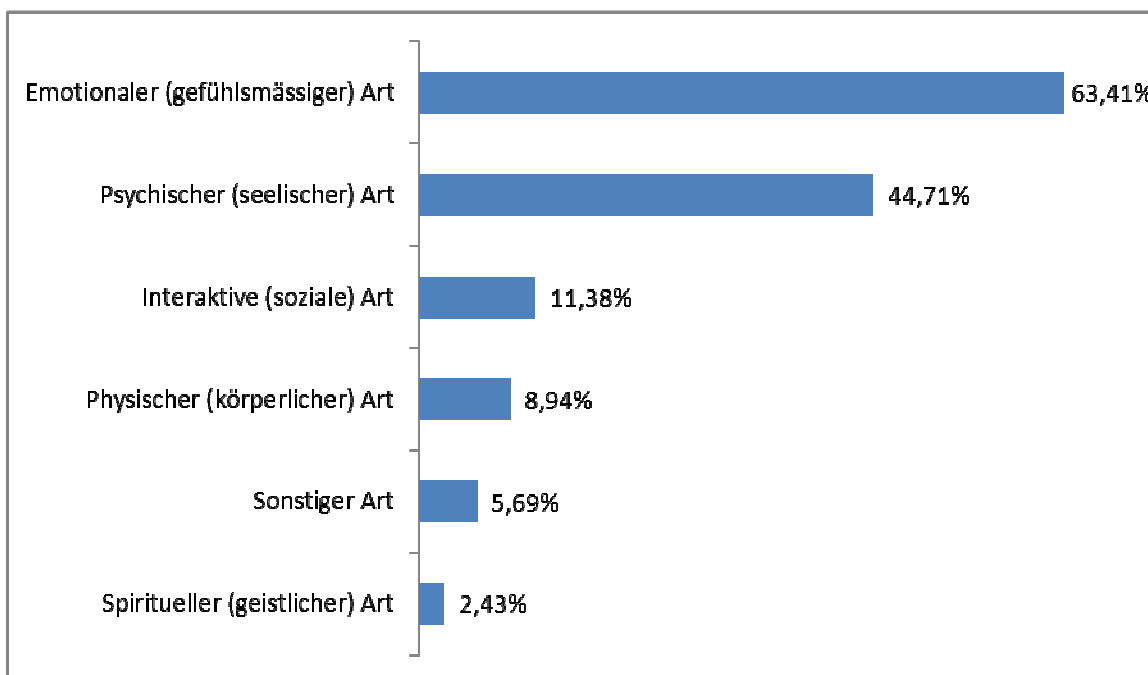


Abb. 18 Belastungen bei der Begleitung Sterbender

Was hier deutlich wird, ist, dass während der Begleitung Sterbender eine emotionale wie auch psychische Belastung am häufigsten empfunden wird. Neun TeilnehmerInnen vermerkten, dass sie bei dieser Fragestellung überlegten, keine Antwort zu geben, um keine Schwäche zu zeigen. Das vorliegende Ergebnis zeigt, dass eine Belastung auf verschiedenen Ebenen, besonders in der Begleitung Sterbender zu verzeichnen ist. Die Erkenntnis für Pflegende ist nüchtern und unmissverständlich: Das Bild vor Augen zu haben, eines Tages selbst an der Stelle des Sterbenden zu sein und sich dabei die Fragen zu stellen, was man sich selbst wünschen würde, was noch geschehen sollte oder helfen könnte.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Belastung durch Nähe zum eigenen Sterben im Angesicht des Lebensendes
- Persönliche Emotionale Reaktionen nicht zurückhalten können
- Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit
- Eigene Belastungsgrenzen nicht erkennen
- Fehlendes Nähe-/Distanz-Verhältnis
- Persönliche Todesfälle und Schicksale
- Jüngere PatientenInnen

Frage 8: Was wäre aus Ihrer Sicht die wichtigste Veränderung, die getroffen werden müsste, um in Ihrer Einrichtung für eine Verbesserung der Begleitung sterbender Patienten zu sorgen?

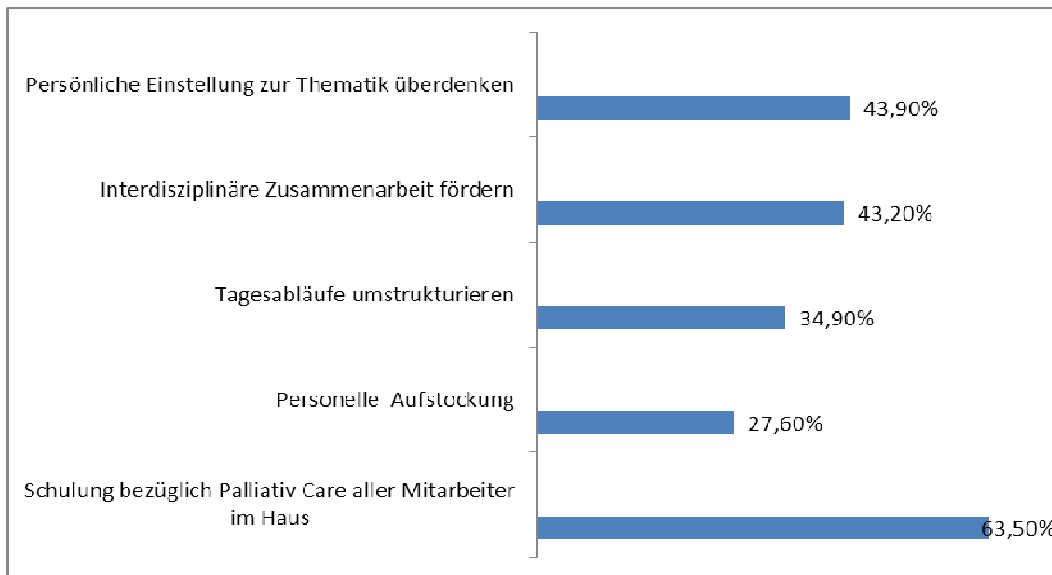


Abb. 19 Wichtigste Veränderung aus persönlicher Sichtweise

Dieses Ergebnis spricht für sich. Das Interesse an Schulungen bezüglich Palliative-Care ist vorhanden. Ebenso gibt ein Großteil an, dass die Betreuung durch interdisziplinäre Teams notwendig ist. Überraschend ist, dass eine personelle Aufstockung nur gering genannt wird.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Nicht so viel jammern, sondern die Zeit nutzen zur Betreuung
- Regelung der Raucherpausen
- Führungskräfte in die Pflege integrieren
- Akzeptanz und Integration von Ehrenamtlichen und Angehörigen
- Bei absehbaren Todesfällen zusätzliche Pflegeperson einteilen
- Mehr Zeit für Pflege

Frage 9: Nehme ich meine eigene Endlichkeit wahr? Akzeptiere ich mein Sterben und meinen Tod als Teil des Lebens?

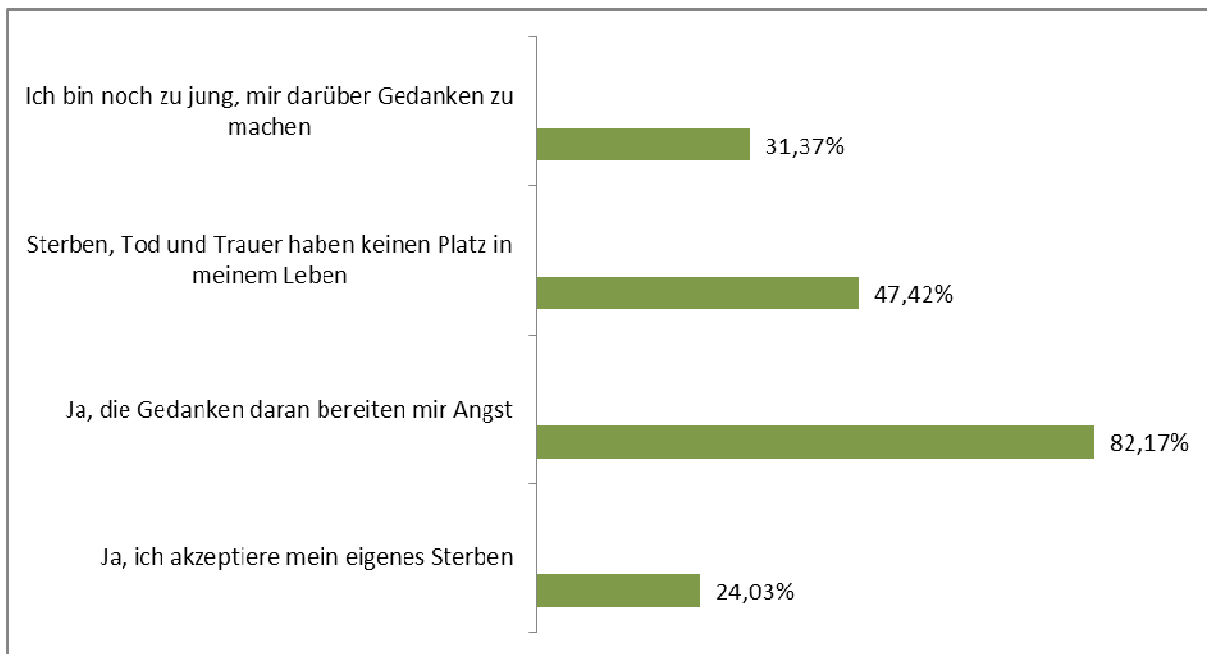


Abb. 20 Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben

Diese Auswertung zeigt deutlich, dass die in Frage 7 schon stark betonten psychischen Belastungen und Begründungen hier unterstrichen werden durch den erheblichen Anteil der TeilnehmerInnen, welche Angst angeben im Bezug auf das Sterben. Jedoch immerhin 24,03 % akzeptieren das eigene Sterben, zumindest im Moment der Befragung.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Das interessiert mich nicht!
- Keine Zeit sich darüber Gedanken zu machen
- Ich habe andere Probleme

Frage 10: Sterben, Tod und Trauer als Thematik der Berufsausbildung

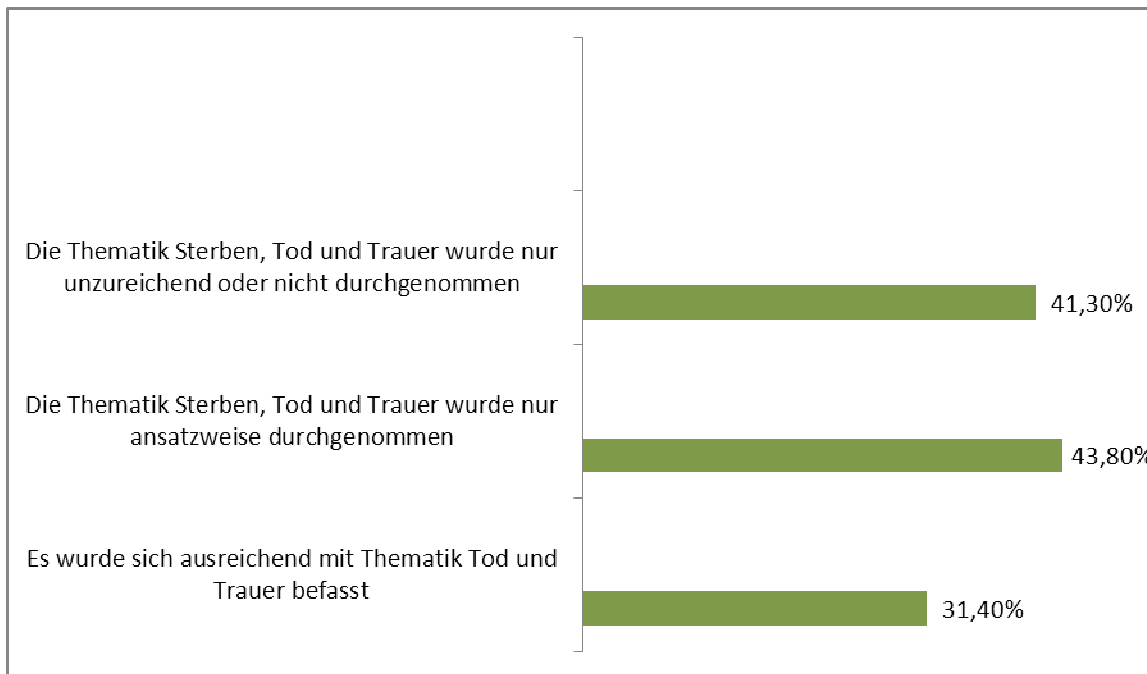


Abb. 21 Palliative-Care als Ausbildungsschwerpunkt

Palliative-Care ist Teil der Berufsausbildung und sogar Gegenstand der Diplomprüfung, dennoch dürfte die Thematik unzureichend in der Ausbildung verankert sein. Der Wunsch und das Bedürfnis nach Fortbildungen sind daher begründet.

Weitere Gründe mit Mehrfachnennungen:

- Thematik hat mich damals wenig interessiert
- Schlechte Vortragende in der Schule
- Kein Praxisbezug des Unterrichts
- Hatte anderes im Kopf als Sterben und Tod
- Zuwenig Unterrichtseinheiten in der Ausbildung

11. Diskussion

Die konkrete Fragestellung „Was ist notwendig zur Umsetzung einer Hospizkultur und Palliative-Care im Pflegeheim?“ war Ausgangspunkt dieser Arbeit. Verstärkt wird diese durch das Aufzeigen von beruflichen Erfahrungen in den Kapiteln 4 und 5. Vom Aufbruch der Palliativen Versorgung ist die Rede und von einer Notwendigkeit, unser eigenes Handeln und Denken und somit unsere Haltung zu überdenken. Damit verbunden ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und der eigenen Endlichkeit. Ist diese fehlende Auseinandersetzung mit uns selber die Ursache der Versorgungsproblematik in unseren Heimen oder liegt es allein an der unzufriedenen oder fehlenden Organisation- und Strukturentwicklung der Pflegeheime?

Die intensive Recherche der Literatur im Vorfeld der Umfrage hat ergeben, dass es schon einige Untersuchungen und Studien im Bezug auf Hospizkultur und Palliative-Care im Pflegeheim in den letzten Jahren gegeben hat. So auch zahlreiche Fachbeiträge mit Lösungsansätzen und Ideen. Die Literatur bestätigt die angesprochenen Schwerpunkte. Unbedingt notwendig sind Schulungen der MitarbeiterInnen im Bereich Palliative-Care und die Entwicklung von Interdisziplinären Teams. Mehrfach wird die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen unterstrichen und als Grundlage hervorgehoben. Die Umfrage hat auch ergeben, dass nur sehr wenig Mitarbeiter fachliche Qualifikation bzw. palliative Kenntnisse haben, und auch in der Ausbildung nur unzureichend palliatives Fachwissen vermittelt wird (vergl. Abbildung 21). Ebenso wurde deutlich, dass interdisziplinäre Teams wichtig sind, die jeweils unter der Leitung von Koordinatoren die Versorgung in den Einrichtungen planen und entwickeln. Der Wunsch nach einheitlichen und verbindlichen Richtlinien in den Pflegeheimen ist groß (vergl. Abbildung 17), diese sollten jedoch für individuelle Pflegehandlungen in einem gewissen Maße offen sein.

Somit wird auch der Fokus der Palliativen Versorgung erweitert und es besteht die Möglichkeit, sich für die Herausforderungen der Zukunft zu rüsten und nachhaltig zu gewährleisten. Palliative-Care ist also mehr als nur Sterbebegleitung!

Durch Literatur und Umfrage wird deutlich, dass Pflegeheime Orte zum Leben und Orte zum Sterben sind. Es wird auch zunehmend klar, dass sterbende Menschen lebende Menschen sind und Rechte haben. Diese Rechte, Bedürfnisse Wünsche der älteren und sterbenden Menschen sowie die der Angehörigen, erschweren die Begleitung und Pflege zunehmend. Das Personal in den Pflegeheimen ist an den Grenzen der professionellen Hinwendung angelangt. Die körperliche

Belastung liegt dabei weit unter der psychischen Belastung der MitarbeiterInnen, diese liegt bei über 60 %. Das Ergebnis der Umfrage zeigt dieses klar (vergl. Abbildung 18) und sollte als Zeichen der Zeit für notwendiges politisches Handeln gesehen werden. Das Personal leidet unter unzufriedenstellenden strukturellen Bedingungen und dem Druck, den Bedürfnissen und Wünschen der BewohnerInnen und der Angehörigen nicht mehr gerecht zu werden. Nicht umsonst wird das zunehmende mit Einbeziehen der Angehörigen in die Versorgungskultur der Heime gewünscht. Eine zusätzliche Belastung ist der persönliche Qualitätsanspruch der Pflegenden an ihre Pflegeleistung, dem sie zunehmend nicht mehr gerecht werden können. Die Folge sind berufliche und persönliche Unzufriedenheit, da im Pflegebereich die emotionale Ebene durch die Pflegebeziehung nicht wegzudenken ist. Pflegepersonen legen ihren eigenen Leistungsanspruch an die Versorgungskultur oft höher als der geforderte Anspruch durch die Einrichtung. Dies wurde durch zahlreiche Zusatzbemerkungen bei der Umfrage deutlich.

Hospizkultur ist eine Art Gegenkultur zur derzeitigen Pflege- und Versorgungskultur, und soll neue Möglichkeiten und Wertigkeiten aufzeigen. Dazu braucht es eine erweiterte Blickausrichtung und die Bereitschaft, andere Versorgungsmodelle und Palliative-Care Modelle anzusehen und gegebenenfalls in der eigenen Einrichtung zu etablieren. Die Literatur und auch TeilnehmerInnen der Umfrage fordern neue Organisationsstrukturen und nicht unbedingt eine personelle Aufstockung, welche immer gefordert wird. Der daraus hervorgehende Lösungsansatz könnte also Verbesserung der Organisationsstruktur statt Personalstandanhebung lauten (vergl. Abbildung 19). Schulungen der MitarbeiterInnen und das Überdenken der persönlichen Einstellung stehen hier im Vordergrund.

Sowohl Literatur als auch Umfrage zeigen deutlich das Defizit bei der Akzeptanz des eigenen Sterbens (vergl. Abbildung 20). Mehr als 80 % der Befragten haben Angst bei dem Gedanken an das eigene Sterben. Weniger als 20 % akzeptieren das Sterben als Teil des Lebens. Dennoch ist das Sterben ein Teil des Lebens und es wird seinen Raum in jedem Leben fordern. Die rechtzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik Sterben, Tod und Trauer erleichtert den Umgang in der akuten Situation. Dies ist nicht nur ein persönliches Problem, sondern vor allem auch ein Problem unserer Gesellschaft. Jeder ältere und sterbende Mensch, den wir pflegen, konfrontiert uns mit der eigenen Endlichkeit und spiegelt uns selber, daher ist zur Betreuung und Pflege Sterbender diese Auseinandersetzung eine notwendige Voraussetzung. Als mögliche Lösungsansätze können hier nur Einzel- und Teamsupervision sowie das Entwickeln einer

persönlichen Haltung genannt werden. Familiäre, spirituelle, religiöse und kulturelle Prägungen können dabei unterstützend sein.

Weniger spricht die Literatur jedoch von der angesprochenen multiprofessionellen Herausforderung der Zukunft. Von multikultureller Pflege ist mehr im Zusammenhang mit spirituellen Bedürfnissen Sterbender die Rede. Verschiedene kulturelle Bedürfnisse sowie religiöse und spirituelle Bedürfnisse müssen unbedingt in der palliativen Betreuung Raum finden.

Jedoch ist keine relevante Literatur zu finden über nachhaltige Organisationsprozesse und Etablierung von Palliative-Care im Pflegeheim. Es werden zwar immer wieder vereinzelte Modellversuche angesprochen, jedoch nicht mit der entsprechenden Zufriedenheit aller beteiligten Berufsgruppen. Auch die an der Umfrage beteiligten Personen zeigten keine Lösungsansätze auf.

Mit dieser Literaturrecherche wurden jedoch die Ergebnisse der Umfrage dieser Arbeit größtenteils bestätigt. Literaturrecherche und Umfrageergebnisse belegen wiederum die persönlichen Erfahrungen in der Langzeitpflege und Hypothesen.

Eine genauere Darstellung der vorhandenen Versorgungs- und Organisationsstrukturen in den Pflegeheimen könnte in Verbindung mit den Ergebnissen dieser Arbeit durchaus Ziel führend sein ein Modell einer nachhaltigen Palliativen Versorgungskultur zu entwickeln.

12. Schlussfolgerungen

Das Ergebnis dieser Arbeit ist nicht überraschend und verwundert nicht. Durch die Umfrage wurde noch einmal deutlich, wie ernst und unzufrieden die derzeitige Versorgungskultur und Organisationsstruktur in der Langzeitpflege in einer Vielzahl der Pflegeeinrichtungen ist. Die hohe Unzufriedenheit des Personals aufgrund von Personaleinsparungen und fehlendem adäquaten Organisationsmanagement, keine bedürfnis- und situationsorientierte Pflege durchführen zu können steigt permanent an. Belastungsgrenzen sind erreicht, besonders die der psychischen Dimension. Somit wurden auch die einleitenden Hypothesen und Erfahrungen bestätigt.

Diese grundlegende Bestätigung der Situation in der Langzeitpflege war notwendig, um weitere Hypothesen zu belegen. Somit steht der Bedarf an einer verbreiteten und gepflegten Hospizkultur und Palliative-Care in der Langzeitpflege fest.

Auf die wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen möchte ich abschließend eingehen:

1. Die Erkenntnis, dass die Betroffenheit über die eigene Endlichkeit eine so große Belastung für Pflegepersonen darstellt, dass diese Einfluss auf ihr pflegerisches Handeln hat. Eine erweiterte emotionale Distanz zu betreuten PatientInnen entsteht; innere Betroffenheit und Ohnmacht blockieren das Handeln.
2. Die Erkenntnis, dass Pflegepersonen ihren persönlichen Anspruch an ihre Pflegequalität und beruflichen Leistung oft zu hoch ansetzen; dass pflegerische Ziele, die daraus eigenverantwortlich gesetzt wurden, nicht erreicht werden können, wie z.B. Erfüllen letzter Wünsche, soziale Bedürfnisse der PatientInnen. Hierzu kommt noch die nicht weniger intensive Begleitung Angehöriger mit ihren Bedürfnissen.
3. Die Erkenntnis, dass eine palliative Haltung und Werteinstellung jeder einzelnen Pflegeperson eine Grundvoraussetzung ist. Die persönliche Berufsethik und Einstellung zu den Werten des Lebens und der Würde Sterbender muss sich im täglichen Handeln spiegeln und ohne Worte sichtbar werden. Diese Haltung ist das Bindeglied zwischen den Berufsgruppen.

4. Die Schlussfolgerung, dass eine Förderung und Etablierung von interdisziplinären Teams notwendig ist in der Langzeitpflege. Somit erweitert sich der Blickwinkel und Fokus der Betreuung Sterbender und diese Teams bilden eine gute Basis zur Entscheidungsfindung bei ethischen Fragen und Problemen in der Betreuung am Lebensende. In Folge muss auch die Kommunikationskultur dieser Teams kontinuierlich geschult und gefördert.

5. Die Schlussfolgerung, dass ein Politisches Handeln bezüglich der Personalpolitik und Finanzierung von Palliativen Projekten gefordert ist. Dies belegt allein schon die Bestätigung der Versorgungssituation in der Langzeitpflege. Diese Problematik geht über die Handlungsmöglichkeiten der Einrichtungen weit hinaus.

6. Die Schlussfolgerung, dass den MitarbeiterInnen vermehrt Palliative Schullungen besuchen sollten, um die Qualität der Versorgung besonders im Sterbeprozess und in der Begleitung Angehöriger zu verbessern und zu sichern. Zudem sollten aufgrund der derzeitigen Pflegesituation vermehrte Angebote für die Psychohygiene der MitarbeiterInnen zur Verfügung stehen, um Belastungsgrenzen frühzeitig zu erkennen und personelle Ausfälle und Burn-Outs zu vermeiden.

7. Die Schlussfolgerung, dass eine Evaluierung und Überarbeitung bestehender Organisationsprozesse und Strukturen in den Pflegeeinrichtungen notwendig ist. Die Einrichtungen müssen ihre Bereitschaft und Offenheit für andere Pflege- und Organisationsmodelle zeigen, statt unverständliche Personalpolitik zu leben. Eine transparente Palliative Haltung der Einrichtung wird gefordert.

Die angeführten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen lassen sich durch die Literatur-Recherche und Ergebnisse der Umfrage gut belegen. Besonders auffallend ist, dass die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen sich mit den Angaben der Befragten mehrfach gleichen.

13. Literaturverzeichnis

- Beier, Fred et al (2002): Sterbebegleitung im Heim. Bayreuth
- Bitschnau, Karl (2009): Leben können und Sterben dürfen. Berlin
- Brüll, Hans – Martin (2007): Erkundungsstudie Sterben im Heim. Weingarten
- Buchmann, Klaus Peter (2007): Demenz und Hospiz. Wuppertal
- Deutsche Hospizstiftung (1996): aus dem Brief eines Sterbenden
- Dworzak, Hans (2007): Sterbebegleitung im Pflegeheim. Eching
- Falkenstein, Karin (2001): Studie Belastungen in den Altenpflege. Stuttgart
- Freisleben-Teutscher, Christian (2010): Betreuungsgrenzen. Linz
- Gronemeyer, Reimer et al (2006): Studie Begleiten von Sterbenden. Frankfurt
- Keller, Peter et al (2007): Konzept Palliative–Care. Stein am Rhein
- Kojer, Marina (2002; S. 13,21): Alt, Krank, Verwirrt. Freiburg
- Ott, Peter (2007): Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Pflegeheimen. Marburg
- Pleschberger, Sabine (2004): Bloß nicht zur Last fallen. Wien
- Riss, Brigitte (2008): Hospizkultur und Palliative-Care. St. Pölten
- Steurer, Jochen (2008; S. 37,41,76): Palliative-Care im Pflegeheim. Hannover
- Student, Johann - Christoph (1998): Sterbebegleitung im Pflegeheim. Freiburg
- Wagner, Andreas (2006; S.7): Leben bis zuletzt - Positionspapier Deutsches Diakoniewerkes. Stuttgart
- Wegleitner, Klaus (2007): Palliative–Care in der stationären Altenhilfe. Nürnberg
- Wilkening, Karin (2005; S. 51,62, 74): Sterben im Pflegeheim. Göttingen

Bildernachweis:

Teilbilder aus dem Bilderzyklus von Ferdinand Hodler „Der Sterbeprozess der Valenteina“

14. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Geboren:	01.05.1972 in Waldbröl / Deutschland
Staatsbürgerschaft:	Deutsch
Eltern:	Marlene Fuhrmann, geb. Pritz und Rudolf Fuhrmann (verstorben)
Geschwister:	Peter Fuhrmann

Schul- und erste Berufsausbildung:

1978 – 1982:	Grundschule
1982 – 1988:	Hauptschule mit Abschluss der zehnten Schulstufe
1988 – 1989:	Berufsgrundschuljahr Agrarwirtschaft in Siegen / Deutschland
1989 – 1991:	Ausbildung zum Gärtner in der Benediktiner Abtei Schweiklberg in Vilshofen / Niederbayern
1991:	Gesellenprüfung mit Auszeichnung und qualifizierter Berufsschulabschluss

Klosterjahre:

20.10.1991:	Eintritt in die Klostersgemeinschaft im Stift Geras/NÖ
14.10.1994:	Ablegung der Ewigen Gelübde im Stift Geras
1994 – 2000:	Begleitung zahlreicher Kinder- und Jugendgruppen
1994 – 2000:	Theologische Studien
1997:	Gründung des Vereins „Mit Kindern für Kinder“ Organisation von diversen Jugendferienreisen und Veranstaltungen
2000:	Austritt aus der Klostersgemeinschaft

Zweite Berufsausbildung:

- September 2000 – März 2001:** Ausbildung zum Sanitäter und Clini Clown in Wien
- 01.03.2001 – 29.02.2004:** Diplomausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost / Wien
- 24.02.2004:** Diplomierung zum Gesundheits- und Krankenpfleger

Sonder- und Zusatzausbildungen:

- 2005:** Ausbildung zur Diplomfachkraft für Palliative–Care an Akademie für Palliative–Care in Salzburg
- 2005 – 2007:** Ausbildung für Basale Stimulation, Validation, Angehörigenarbeit, Pflegeprozess, Teamführung
- 2006:** Ausbildung Trauer- und Krisenintervention
- 2008:** Vertiefungslehrgang Palliative–Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg
- 2008 – 2010:** Ausbildung Höheres Pflegemanagement
- 2008 – 2010:** Universitätslehrgang zum akademischen Palliativexperten an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

Berufstätigkeit:

- 2004 – 2010:** Berufstätigkeit als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger in der Langzeitpflege
- Seit 2006:** in der Führungsebene
- Seit April 2010:** Pflegedienstleitung im Helga-Treichl-Hospiz in Salzburg

15. Danksagung

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie und meinem Freundeskreis für ihre Geduld und die zahlreichen Gespräche bezüglich dieser Arbeit und die bereichernden Diskussionen und wertvollen Anregungen. An dieser Stelle danke ich besonders meiner Lebensgefährtin Michaela Leitner für ihre Geduld und das nicht selbstverständliche Verständnis für den notwendigen Zeitaufwand für diese Ausbildung und Arbeit.

Danken möchte ich meinem Stationsteam für ihre Unterstützung und Geduld sowie für die Schaffung von Zeitressourcen, die ich zur Verfassung der Arbeit benötigt habe. Besonders möchte ich auch meiner Vertretung Fr. Brigitte Stoiber danken, die mich während meiner Abwesenheiten vertreten hat. Danke sagen möchte ich auch meinen Kolleginnen Fr. Brigitte Stoiber, Fr. Christa Rosenberger, Fr. Martina Ferner, Fr. Christine Sejkora und Fr. Sandra Dietinger für die Testung des Fragebogens und den damit verbundenen Zeitaufwand.

Ich danke weiters der SeneCura Kliniken- und HeimbetriebsgmbH in Rust, Arnoldstein, Graz, Wagrain und Purkersdorf sowie dem Landespflegeheim Laa an der Thaya für die Bereitschaft zur Teilnahme an meiner Mitarbeiterumfrage. Ein besonderer Dank gilt Herrn Direktor Anton Kellner (SeneCura- Heime) und Fr. Klaudia Rapp (Pflegeheim Laa/Thaya) für ihre Unterstützung sowie allen beteiligten MitarbeiterInnen für den Zeitaufwand.

Weiters möchte ich auch meinen Kollegen des Universitätslehrganges für die zahlreichen Gespräche und Anregungen danken; besonders Christoph von Dach für seine Unterstützung bei meiner Literaturrecherche.

Fr. Erika Hirscher sei Danke gesagt für die Unterstützung durch ihre Bereitschaft zum Korrekturlesen und Formatieren.

Besonders möchte Herrn Professor Osterbrink von der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg danken, für seine Geduld mit mir und seine kompetente Begleitung, besonders in der Schlussphase. Durch ihn habe ich eine Vertiefung im wissenschaftlichen Arbeiten und der Literaturrecherche erfahren.

16. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Jörg Fuhrmann, dass die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Lienz, im November 2010

Jörg Fuhrmann

17. Anhang

17.1. Der Fragebogen zur Untersuchung

PALLIATIVE-CARE & HOSPIZKULTUR

IN DER LANGZEITPFLEGE

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mein Name ist Jörg Fuhrmann und ich bin Pflegedienstleiter des Helga Treichl Hospizes in Salzburg. Derzeit besuche ich an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg den Universitätslehrgang zum akademischen Experten / Master für Palliative-Care. Meine Expertenarbeit befasst sich mit der Thematik „Palliativ-Care und Hospizkultur in der Langzeitpflege“. Im Rahmen dieser Arbeit habe ich einen Fragebogen erstellt, aus dessen Erhebung, notwendige Veränderungen in der Langzeitpflege zur Implementierung von Palliative-Care und einer Hospizkultur für ein würdevolles Sterben erkannt werden sollten.

Einleitung

Die Frage, wie und wo wir die letzte Lebensphase verbringen wollen oder werden, ist nicht so leicht zu beantworten. Jede Zeit und jede Gesellschaft pflegt ihren eigenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Unser Schicksal als Sterbende heute ist in hohem Maße davon geprägt, dass wir in Institutionen sterben, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Wenn wir uns selbst und allen anderen Menschen ein Sterben in Würde ermöglichen wollen, dann müssen wir uns mit den Einrichtungen auseinandersetzen, in denen Menschen ihr Lebensende verbringen.

Es braucht eine Veränderung des Umgangs mit Sterbenden in allen Einrichtungen, die schwerstkranke und sterbende Menschen betreuen. Ist es zum Schluss die fehlende Akzeptanz des eigenen Sterbens, was Pflegende hindert an der Umsetzung von Palliative-Care?

Fragebogen

Bitte Fragebogen ausfüllen und im beiliegenden Umschlag verschlossen in der Hausverwaltung bis spätestens **15. Oktober** abgeben. Zutreffende Antworten beim Buchstaben ankreuzen oder Fragestellung schriftlich beantworten. Die Fragebögen und deren Auswertung werden vertraulich behandelt, und nur im Rahmen der Arbeit verwendet.

Kontaktadresse

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Jörg Fuhrmann

Pflegedienstleitung Helga Treichl Hospiz

Dr. Sylvester-Strasse 1

5020 Salzburg, Österreich

Tel.: 0662 / 820907-210 Fax: 0662 / 820907-4

E – Mail: fuhrmann.j@gmx.net oder: joerg.fuhrmann@roteskreuz.at

Mobiltel.: 0664/5211363 oder: 0664/1412671

Persönliche Daten

Name: _____

Berufliche Qualifikation und Weiterbildung:

Alter: _____

Geschlecht: _____

Berufstätig in der Pflege seit: _____ Jahren

1. In welcher Form sind der Umgang und die Begleitung sterbender PatientInnen in Ihrer Einrichtung organisiert?

- A. Durch Teamabsprachen
- B. Durch Regelungen innerhalb des Qualitätsmanagements
- C. Durch formulierte Standards
- D. Durch Einbeziehung der Angehörigen und Seelsorger
- E. Innerhalb des Einrichtungsleitbildes

Mehrfachnennung möglich

2. Welche Rahmenbedingungen sind in Ihrer Einrichtung eine Voraussetzung für die angemessene Begleitung sterbender PatientInnen?

- A. Einrichtungsbezogene, einheitlich, verbindliche Regelungen
- B. Regelung einer personellen Absicherung der Betreuung nur durch Pflegepersonals
- C. Übernachtungsmöglichkeiten für Besucher
- D. Individuelle Begleitung ohne Standardisierung
- E. Begleitung durch Bezugspersonen
- F. Sonstige

Mehrfachnennung möglich

3. Inwieweit werden Wünsche von sterbenden PatientInnen in Ihrer Einrichtung berücksichtigt?

- A. Bei der Ernährung / Wunschkost
 - B. Bei der Verabreichung von Schmerzmitteln
 - C. Akzeptanz bei Ablehnung von Pflegehandlungen
 - D. Bei der Benachrichtigung und Einbeziehung von Angehörigen und Freunden
 - E. Religiöse Wünsche
 - F. Können nicht erfüllt werden
 - G. Folgende Wünsche Sterbender werden noch berücksichtigt
-
-
-

Mehrfachnennung möglich

4. Gründe die aus Ihrer Sicht für ein würdevolles Sterben in Ihrer Einrichtung sprechen?

- A. Es wird so begleitet, wie ich mir das vorstellen würde, wenn ich in dieser Situation des Sterbenden wäre
- B. Ja, wenn nicht anders möglich, weil besser als im Krankenhaus

C. Palliativversorgung ist gegeben und Individualität des Sterbenden findet Berücksichtigung

D. Weil die Einrichtung in meiner Heimat und familiären Umfeld liegt

E. Weitere Gründe:_____

5. Gründe, warum Sie aus Ihrer Sicht sich Ihr eigenes Sterben nicht in dieser Einrichtung vorstellen können?

A. Zuwenig Zeit der Mitarbeiter für PatientInnen

B. Nein, weil mir wichtige Elemente der Sterbegleitung fehlen (z.B. Empathie, Schmerztherapie, basale Stimulation, Hospizhelfer,...)

C. Nein, ich möchte nicht im Heim sterben sondern zu Hause

D. Weitere Gründe:_____

6. Durch wen sollte die Begleitung sterbender PatientInnen erfolgen wenn diese nicht ausschließlich zu Aufgaben des Pflegepersonals zählt?

A. Angehörige

B. Seelsorger

C. Mitarbeiter der Hospizdienste

- D. Freunde und vertraute Menschen
- E. Ärzte
- F. Ehrenamtliche Mitarbeiter
- G. Bestattungsunternehmen
- H. Psychotherapeuten / Lebensberater

7. Welche Belastungen sehen Sie sich in der Begleitung sterbender besonders ausgesetzt?

- A. Emotionale Belastungen
- B. Psychische / seelische Belastungen
- C. Interaktive / soziale Belastungen
- D. Physische Belastungen
- E. Spirituelle Belastungen
- F. Sonstige

8. Was wäre aus Ihrer Sicht die wichtigste Veränderung die getroffen werden müsste um in Ihrer Einrichtung für eine Verbesserung der Begleitung sterbender Patienten zu sorgen?

9. Nehme ich meine eigene Endlichkeit wahr? Akzeptiere ich mein Sterben und meinen Tod als Teil des Lebens?

A: Ja, ich akzeptiere mein eigenes Sterben

B: Ja, die Gedanken daran bereiten mir Angst

D: Sterben, Tod und Trauer haben keinen Platz in meinen Leben

E: Ich bin noch zu jung mir darüber Gedanken zu machen

10. Sterben, Tod und Trauer als Thematik der Berufsausbildung

A: Es wurde sich ausreichend mit der Thematik Sterben, Tod und Trauer befasst

B: Die Thematik Sterben, Tod und Trauer wurde nur ansatzweise durchgenommen

C: Die Thematik Sterben, Tod und Trauer wurde nur unzureichend oder nicht durchgenommen

Danke für Ihre Bereitschaft und die investierte Zeit, sich an meiner Befragung zu beteiligen.

Die Ergebnisse der Auswertung werden von mir persönlich im Rahmen einer Präsentation in den einzelnen Häusern vorgestellt. Der Termin dieser Präsentation wird mit den Heimleitungen noch abgesprochen und rechtzeitig allen Beteiligten mitgeteilt.