

Annetraud Schütte

Altern und Sterben in Würde

Palliative Care auch für schwer kranke und sterbende alte Menschen

Die Idee einer ganzheitlichen Pflege bis zuletzt darf nicht nur in Hospizen als Spezialeinrichtungen umgesetzt werden. Auch die Pflege in Altenpflegeheimen muss so gestaltet werden, dass Menschen in ihrer gewohnten Umgebung in Würde sterben können.

Nötig ist die Implementierung der Hospizidee und palliativen Care in die Strukturen der Altenpflegeheime.

- »Palliative Care ist eine Praxis und Theorie der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen. Wenn erkannt worden ist, dass eine Erkrankung nicht mehr kurativ behandelbar ist, richten sich alle Bemühungen eines koordinierten Versorgungssystems von Professionellen, Laien und Organisationen darauf, die Verbesserung der Lebensqualität und Linderung von Schmerzen zu erreichen. Der Tod wird weder beschleunigt noch dethematisiert. Palliative Care integriert psycho-soziale und spirituelle Aspekte in die Versorgung und bietet ein Unterstützungssystem an, um Bezugspersonen und Angehörigen zu helfen, mit der Situation von Abschied, Verlust und Trauer leben zu können.«¹

Die Idee der Begleitung von Menschen auf ihrem letzten Lebensweg hat sich in den Anfängen an der Vorstellung der ganzheitlichen Pflege

von Sterbenden vornehmlich in stationären Hospizen konkretisiert. Die Anstrengungen und Konzepte richteten sich lange Zeit darauf, eigene Einrichtungen wie Palliativstationen oder Hospize zu errichten, in denen sterbende Menschen die Pflege und Betreuung erhalten können, die ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt ermöglichen.

Dabei fokussierte die Palliative Care aber häufig nur auf wenige Erkrankungen, wie Tumore und AIDS. Dabei ist es dringend notwendig, diese Fokussierung aufzuheben. Insbesondere die Ausdehnung des palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Angebotes auf die größte Gruppe der schwer kranken und sterbenden Menschen – die Alten und Hochbetagten in unserer Gesellschaft – ist dabei von entscheidender Bedeutung. Denn zahlreiche Dokumentationen, nicht zuletzt der »Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland«, belegen die Misere unserer älteren Mitmenschen.

Wie kam es dazu?

- Anfang bis Mitte der 80er-Jahre wurde verstärkt nach Finanzierungsmöglichkeiten für die

palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gesucht. Diese Entwicklung fand ihren vorläufigen Abschluss darin, dass mit Inkrafttreten der dritten Stufe der Gesundheitsreform ab Juli 1997 die Finanzierung von stationären Hospizen mit einem festgelegten Mindestbetrag zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen

»Pflichtaufgabe der Krankenkassen«

wurde. Allerdings hielt man in den Rahmenrichtlinien der Krankenkassenverbände fest, dass eine Hospizfinanzierung durch die Krankenkassen für Alten- und Pflegeheime nicht in Frage kommt. Deshalb müssen dort die internen Möglichkeiten von Sterbebegleitung ausgeschöpft werden.

Parallel dazu wandelte sich die Gesundheitspolitik dahingehend, dass ein Abbau von stationären Gesundheitsleistungen angestrebt und ambulante Leistungen gefördert und bevorzugt wurden.

Wer braucht palliative Angebote?

● Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert, der »World Health Organisation« (WHO) folgend, Palliativmedizin »als Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.«

Die häufig zu findende konzeptionelle und faktische Begrenzung auf Krebs- und AIDS-Patienten grenzt jedoch die größte Gruppe schwer kranker und sterbender Menschen, die oft unter Schmerzen und anderen linderbaren Sympto-

men leiden, aus: die hochbetagten Menschen unserer Gesellschaft.

Dabei zeigt sich in allen westlich-industrialisierten Staaten für die »Orte des Sterbens« eine deutliche Tendenz: Der Sterbeort verlagert sich immer stärker in Institutionen. In Deutschland lebten 1999 über 13 Millionen Menschen, die älter als 65 Jahre waren, etwas zwei Millionen davon waren pflegebedürftig, und 28 % der Pflegebedürftigen lebten in Pflegeheimen. Zurzeit finden sich ungefähr 650 000 Pflegeplätze in Deutschland.² In den nächsten Jahren wird der Bedarf an Pflegeeinrichtungen erheblich steigen.

Da jedoch die Menschen auch in den Altenpflegeheimen in ihrer jeweils eigenen Umgebung zu Hause sind, erscheint es zunehmend wichtiger, sie bis zu ihrem Tode in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und dort zu begleiten.

Hochbetagte Menschen sind in der Regel multimorbid, sie haben oft nicht heilbare, progrediente Erkrankungen, eine begrenzte Lebenserwartung und den Wunsch, dass die verbleibende Zeit eine gute Zeit sein möge. Viele schwer pflegebedürftige alte Menschen in den Altenpflegeheimen sind zu schwach, zu verwirrt und zu dement, um sich mitzuteilen. Daneben tragen fast alle auch seelisches und soziales Leid, das die Belastbarkeit durch chronische Schmerzen weiter reduziert. Häufig werden die Schmerzen alter Menschen nicht richtig gedeutet oder gar übersehen. Daneben wird das Erkennen von Schmerzen vor allem durch körperliche und geistige Behinderungen erschwert. Probleme der

»eine gute Zeit«

Kommunikation, Gedächtnisschwäche, das Fehlen von Mimik und Körpersprache, Verwirrtheit und Demenz tragen häufig dazu bei, den Zustand zu verschleiern. Es muss in Zukunft verstärkt

darum gehen, die Achtung vor alten kranken Menschen und ihrem Leben bis zuletzt zu bewahren.

Die Idee beleben

● In letzter Zeit werden geriatrische Einrichtungen immer deutlicher zu bedeutenden Trägern einer adäquaten Versorgung von schwerkranken und hochbetagten sterbenden Menschen. Gleichzeitig stellt sich ein enormer Organisationsentwicklungsbedarf ein. Vor allem die professionellen Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen selbst müssen in die Entwicklungsprozesse einbezogen werden.

Bei der Verwirklichung der Hospizidee im Altenpflegeheim geht es nicht darum, mit erheblichen Investitionen die Schaffung von Hospizstationen zu fördern. Vielmehr sollte es das Ziel sein, die Hospizidee mehr und mehr in die normalen Strukturen und Abläufe bestehender Einrichtungen zu integrieren. Konkret bedeutet dies, einen besonderen Schutzraum, den Menschen in ihrem Sterbeprozess in der Regel brauchen, genau dort zu gewährleisten, wo sie leben. Und wo sie auch dann bleiben können, wenn sich ihre Bedürfnisse ändern.

Zwei Beispiele sollen diese Gedanken verdeutlichen: 1) Es kann in einer Einrichtung üblich sein, Bewohner/innen bis in die letzte Lebensphase zu einer gesonderten medizinischen oder pflegerischen Behandlung ins Krankenhaus zu verlegen. Wenn man den eventuellen

»offen das nahe Sterben ansprechen«

Wunsch dieser Bewohner/innen ernst nehmen will, trotzdem im Heim (also in ihrem Zuhause) bleiben zu können, dann impliziert dies auf der

einen Seite, dass jemand mit ihnen offen das nahe Sterben und die veränderte Situation anspricht. Auf der anderen Seite ist die Einrichtung gehalten, entsprechende palliative und/oder finalpflegerische Hilfen bereitzuhalten. Diese sind nur dann wirksam, wenn sie vorher in die Struktur der Einrichtung und in die Abläufe der Pflegedienstleistungen eingeführt und integriert wurden. Das heißt, die Mitarbeiter/innen müssen sie kennen und anwenden können.

2) Die richtige Flüssigkeitszufuhr ist seit eh und je eine medizinische Streitfrage. Die korrekte ärztliche Anordnung, die notwendige Flüssigkeit intravenös zuzuführen, wenn eine orale oder (in Ausnahmefällen) subkutane Aufnahme nicht mehr möglich ist, ändert unter palliativpflegerischen Gesichtspunkten ihre Bedeutung, wenn der Prozess des Sterbens eingesetzt hat und die sterbende Person nicht ausdrücklich auf

»Sicherheit vermitteln«

intravenöser Zufuhr bestanden hat. Es ist erfahrungsgemäß für Pflegende schwer, jedoch unter Hospizgesichtspunkten richtig, das Unterlassen dieses Eingriffs (der allerdings mit einer Verlegung ins Krankenhaus verbunden wäre, wenn kein/e Mitarbeiter/in palliativpflegerisch qualifiziert und kein Palliativmediziner in die Versorgung integriert ist), auszuhalten und gleichzeitig den Angehörigen in dieser Hinsicht die Sicherheit zu vermitteln, dass im Sinne des Sterbenden dennoch alles getan wird, was ihm helfen kann.

In Fällen wie den beschriebenen müssen die Mitarbeitenden Unterstützung durch Hospizbeauftragte der Kirchen und Palliativmediziner erfahren. Zudem sollte eine von der Leitung verantwortete generelle Richtlinie für derartige Fragen die möglichen Unsicherheiten der Mitarbeiter/innen auffangen. Um möglichst viele Gesichtspunkte der betrieblichen Praxis zu

berücksichtigen, müssen die Pflege-Mitarbeiter/innen mit einbezogen werden, wenn es um die Konzeptionierung, Planung und Implementierung der Hospizidee in einer Altenpflegeeinrichtung geht.

Die Ideen konkretisieren

- In der Senioreneinrichtung »Upladin« in Leverkusen hat man sich bereits darum gekümmert, die Hospizidee fest im Haus zu implementieren. Die Einrichtung besteht seit 1984 und bietet 280 Menschen die Möglichkeit, zwischen den Wohnformen »Altenheim« und »Altenwohnheim« zu wählen.

Anfang 1998 erarbeitet die Leitung des in Trägerschaft der CBT (Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH) stehenden katholischen Wohnhauses Upladin in Leverkusen mit der Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA Rheinland) ein umfassendes Konzept für die Implementierung der Hospizidee in die Organisation und den Alltag der Einrichtung.

Im Laufe der Jahre wurde deutlich, dass eine Implementierung der Hospizidee auch eine Reihe von Änderungen bedeutet und Auswirkungen auf das Gesamtkonzept der Einrichtung hat. Für die Verwirklichung der Hospizidee waren folgende Ansatzpunkte wesentlich:

- *Schaffung einer Koordinatorenstelle durch den Träger der Einrichtung:* Als erkennbar war, dass eine zeitintensive Koordination der Hospizarbeit notwendig wurde, musste eine hauptamtliche Stelle geschaffen werden. Die Bedingungen innerhalb der Senioreneinrichtung ließen es jedoch nur zu, einen Beschäftigungsumfang von vorerst 50 % und eine Beschäftigungsdauer von vorerst einem Jahr zu garantieren. Die Stellenin-

haberin hatte im Rahmen dieses Aufgabenbereichs die Angehörigenbetreuung und die persönliche Begleitung der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen zu leisten.

- *Fortbildung in Palliative Care und Schaffung von Kompetenzen:* Die Heimleitung entschied sich dafür, zwei kompetente Pflegefachkräfte nacheinander jeweils ein Jahr lang für Palliative Care zu qualifizieren. Neben der Schaffung von palliativ-pflegerischen Kompetenzen wurden gleichzeitig seelsorgerische und sozialarbeiterische Kompetenzen entwickelt, um den Implementierungsprozess zu konkretisieren. Mit den örtlichen ambulanten Hospizdiensten vereinbarte das Haus verbindliche Kooperationen, um auch aktive Hospizhelfer/innen in Anspruch nehmen oder auf etwaige Beratungen zurückgreifen zu können. Mit einer externen Referentin vereinbarte die Senioreneinrichtung bereits vor Beginn des Beratungsprojekts eine Reihe von Einzelveranstaltungen speziell für hauptamtliche Mitarbeiter/innen, an denen jeweils 12-15 Personen teilnehmen konnten. Die Veranstaltungen wurden vor Ort durchgeführt, die Teilnahme war freiwillig. Sie fanden tagsüber und während der

»Schaffung von palliativ-pflegerischen Kompetenzen«

Arbeitszeit statt. Es zeigte sich, dass durch ständige Fortbildung das Potenzial der Mitarbeiter/innen, den Arbeitsalltag im hospizischen Sinne selbst zu organisieren, steigt.

Auch das »St. Josef-Stift« im westfälischen Emsdetten hat sich auf den Weg gemacht, Palliative Care in ihrer Einrichtung umzusetzen und kann in dieser Angelegenheit ebenfalls von positiven Erfahrungen berichten. Aus einem gesunden Selbstbewusstsein heraus, dass der Standard der Betreuung innerhalb der Einrichtung ohnehin schon sehr hoch sei, wurde ein Verände-

rungsprojekt zur Verbesserung der Bedingungen menschlichen Sterbens im St. Josef-Stift durchgeführt und dokumentiert. Eine umfassende, ganzheitliche Betreuung der Bewohner/innen durch das interprofessionelle Team ist mitunter auch durch die Sitz- und Nachtwachen intern Mitarbeitender gewährleistet, die nicht im Schichtdienst tätig sind (Verwaltung, Heimleitung, Pflegedienstleitung, sozialer Dienst, Seelsorge).

Praktische Erfahrungen mit der Implementierung der Hospizidee und Palliative Care haben außerdem unter anderem:

- *Diakonie in Düsseldorf:* Acht »Leben im Alter Zentren« mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten als stadtteilnahe integrierte Betreuung und Versorgung hochbetagter Menschen befinden sich in der Trägerschaft der Diakonie.
- *Geriatriezentrums am Wienerwald:* Die Hospizstation ist die erste und einzige Hospizstation im Bereich des Wiener Krankenhausverbundes und mit derzeit 17 Betten die größte palliativ-medizinische integrierte Einrichtung in Österreich.

Euthanasie-Prophylaxe

- Zur Realisierung eines hospizlichen Sterbens in den stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe gehört ein intimes Verständnis der Hospizlichkeit. Hospizliche Lebensbegleitung bis zuletzt ist Euthanasie-Prophylaxe und beinhaltet jene Wertschätzung, die Cicely

Saunders (Begründerin der Hospizbewegung) so formulierte: »Du bist wichtig, weil du eben du bist. Du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch leben kannst bis zuletzt.«

Kontaktmöglichkeiten

zu den angeführten Institutionen:

CBT Wohnhaus Upladin
 Opladener Platz 8
 D-51379 Leverkusen
 Tel: 0049 (0) 2171/408-0; Fax: -701

Altenpflegeheim St. Josef-Stift
 Am Markt 2-4
 D-48282 Emsdetten
 Tel: 0049 (0) 2572/14-0

Diakonie in Düsseldorf
 Gemeindedienst der Evangelischen
 Kirchengemeinden e. V.
 Langerstraße 20a
 D-40233 Düsseldorf
 Tel: 0049 (0) 2 11/73 53-0; Fax: 200
 E-Mail: post@diakonie-duesseldorf.de
<http://www.diakonie-duesseldorf.de/sites/alter/begegnung.html>

Geriatriezentrums am Wienerwald
 Jagdschloßgasse 59, 1130 Wien
 Tel: 0043 (0) 1/801 10-0; Fax: -3268
 E-Mail: post@gzw.magwien.gv.at

Kontakte vermittelt auch die Autorin:
 Annetraud Schütte: 0049 (0) 5404 – 956559

¹ Marina Kojer, »Was ist palliative Geriatrie?«, in: Andreas Heller/Katharina Heimerl/Stein Husebø, Wenn nichts

mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg im Breisgau 2000.
² Vierter Bericht zur Lage der älteren Menschen in

der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger –

unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Bonn 2002.