



# Berlin am Lebensende Gebraucht werden Pflegeheime mit Palliative Care-Kompetenz

**Dirk Müller**

Altenpflegeheime beherbergen zunehmend schwerstkranke und sterbende Menschen. Palliative Care ist geeignet, mit der sich verändernden Situation umzugehen. Heime brauchen Unterstützung, etwa durch kompetente ÄrztInnen und ehrenamtliche MitarbeiterInnen sowie Bildung und Reflexion. Es bedarf der gesundheitspolitischen Steuerung im Sinne einer Berlinweiten Sorgeskultur. Im „Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin“ lernen Heime voneinander. Es gilt, die Heiminitiativen zum selbstbewussten Partner der Palliative Care-Struktur werden zu lassen.

## **Sterben und Tod werden verdrängt**

Tante Monika, siebzigjährig, und ich waren in der Oper. Umgeben von einem eher älteren Publikum lauschten wir dem von Händel komponierten Oratorium IL TRIONFO DEL TEMPO E DEL DISINGANNO (Der Triumph der Zeit und der Enttäuschung): Bellezza (Die Schönheit) betrachtet sich im Spiegel, und ihr wird klar, dass ihr Antlitz nicht von Dauer ist. Piacere (Das Vergnügen) will davon nichts wissen und meint, ein vergnügliches Leben bewahre die Schönheit. Tempo (Die Zeit) und Disinganno (Die Enttäuschung) verweisen jedoch darauf, wie schnell die Schönheit verfliegt. Davon wollen die anderen nichts wissen und sich schon gar nicht mit dem Tod auseinandersetzen. Im Laufe der Zeit schaut Bellezza in den Spiegel der Wahrheit, macht sich Gedanken über die Zukunft und erkennt, dass sie sich ändern muss, um in der Todesstunde ohne Reue vor Gott treten zu können. Dem Publikum gefiel die Oper sehr, auch Tante Monika. Zudem war sie recht ergriffen und schweigsam. Kein Wunder, fällt es doch auch ihr schwer, über das Alter und den Tod zu sprechen. Wir haben ihre Ergriffenheit dann erstmal mit Sekt ertränkt.

Trotzdem: Wir werden immer älter. Wir sterben. Jeder zweite Deutsche wird pflegebedürftig. Alle eint der Wunsch nach einem Leben und Sterben in Würde und Selbstbestimmung, bestenfalls in vertrauter häuslicher Umgebung. Viele verbindet die Sprachlosigkeit rund um das Thema. So bleibt vieles ungeklärt. Auch im Pflege-

heim, in dem immerhin ein Viertel aller pflegebedürftigen BerlinerInnen [1] stranden.

Im Januar 2011 gab es in Berlin 310 Pflegeheime mit 32.905 Plätzen [2]. Die hohe Platzzahl verdeutlicht die herausragende Rolle von Heimen in der Versorgung alter und sterbender Menschen. Die Nachfrage in Berlin, einer Stadt mit stetig wachsendem Anteil Hochbetagter [3], steigt.

Heime beherbergen immer mehr schwerstkranke, sterbende und demenzerkrankte Menschen, deren Verweildauer sich zunehmend reduziert. Das bedeutet, dass der Sterbezeitraum einen immer größeren Anteil des Aufenthalts einnimmt und die essenzielle Rolle der Heime zunehmend in der Pflege und Begleitung sterbender Menschen besteht.

Für die Heime stellt sich die Frage, wie sie mit der Situation umgehen und für alle Beteiligten gut gestalten können. Palliative Care scheint hier ein geeigneter Ansatz zu sein, mit der sich verändernden Situation besser umzugehen. Dieser Ansatz bedarf einer speziellen Ausformung für Hochbetagte, denn deren Palliativbedürftigkeit zeichnet sich nicht durch die Todesnähe, sondern durch anhaltende Sorgebedürftigkeit der multimorbiden und /oder demenzerkrankten Menschen [4] aus.

In Berlin wird Palliative Care von vielfältigen Anbietern in- und außerhalb der bestehenden Hospiz- und Palliative Care-Struktur erbracht. Die Leistungserbringer in der Struktur (z. B. ambulante und stationäre Hospize, Palliativstationen, Home Care Berlin e.V.) haben ihre Kompetenzen zumeist in der Betreuung onkologischer PatientInnen erworben und sind häufig nur auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Dies wird u. a. in der derzeitigen Ausgestaltung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlich.

Auf die Heime kommt somit die Herausforderung und Chance zu, Palliative Care gezielt auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu überset-



zen, sie zu etablieren und langfristig zu bewahren. Die Einrichtungen stehen dabei im Spannungsfeld zwischen der Gestaltung von Leben und Sterben, zwischen dem Tun und Lassen. Palliative Care für alte Menschen muss hierauf eigene Antworten finden, was durch einen Betreuungsansatz gelingt, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint und sich immer mehr zugunsten palliativer Maßnahmen verschiebt. Einem Ansatz, der häufig mit „Palliativer Geriatrie“ beschrieben wird.

Auch in Berlin wurde diese Problematik auf allen gesellschaftlichen Ebenen stiefmütterlich behandelt und keine flächendeckende Lösung entworfen. Allein in wenigen Heimen unterschiedlicher Träger initiierten zumeist engagierte kompetente Persönlichkeiten Einzelinitiativen. Die meisten Pflegeheime sind vom Ziel der umfangreichen Umsetzung der Palliative Care weit entfernt. Auch weiß niemand, wie die Hospiz- und Palliativeinrichtungen zur Hochbetagtenversorgung und zur Zusammenarbeit mit Heimen stehen. Vermutlich würden sie zum Ergebnis kommen (wenn sie die vorteilhafteren strukturellen und personellen Rahmenbedingungen der Hospize und deren vorhandenes Know-how unreflektiert als Maßstab anlegten), dass eine adäquate Versorgung Sterbender unmöglich ist. So verwundert es nicht, dass die Heime und die hierin lebenden und tätigen Menschen bei vielen dieser Einrichtungen ein gewisses Unbehagen auslösen. Auch verfügen deren haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen zumeist über wenig Erfahrung im Umgang mit den unter Multimorbidität leidenden, häufig demenzerkrankten Menschen.

### **Sprachlosigkeit zwischen Heimen und Hospiz- und Palliativeinrichtungen überwinden**

Ein wichtiger Schritt ist die gesundheitspolitische Debatte zur adäquaten Hochbetagtenversorgung. Diese kann mittlerweile in Berlin konstatiert werden, was zahlreiche An-

fragen im Abgeordnetenhaus von Berlin beweisen. Diese befassten sich mit der Pflegeheimversorgung am Lebensende und fanden unter anderem ihren Niederschlag im 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin. Es konzentriert sich auf die Öffentlichkeitsarbeit, die Verbesserung der gesamtstädtischen Infrastruktur, die Fortentwicklung von Schwerpunkten wie der Hospizkultur und Palliativkompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie auf die Vernetzungsarbeit der AkteurInnen. Dabei ist es das Ziel, dass die Hospiz- und Palliativversorgung nicht nur in dafür spezialisierten Einrichtungen erfolgt, sondern zum integralen Bestandteil des gesamten Versorgungssystems wird.

Auch die vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) jährlich ausgerichtete „Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin“ leistet einen wichtigen Beitrag im gesundheitspolitischen Diskurs und in der Übersetzung des Themas in die Praxis.

### **Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie nimmt sich der Hochbetagtenversorgung an**

Das 2004 gegründete Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) trägt dazu bei, die Situation alter und hochbetagter BerlinerInnen zu verbessern. Die Aktivitäten des Zentrums sind sowohl nach innen (Wirkungen für den Träger UNIONHILFSWERK!) als auch nach außen (Wirkungen für das Land Berlin) gerichtet. Das Zentrum setzt sich für die Fortentwicklung bestehender Versorgungsangebote im Kontext der Einführung und Umsetzung von Palliativer Geriatrie ein. Die Themen werden in Teilprojekten bearbeitet:

- KPG Bildung bündelt Vorträge, Workshops und Kurse rund um die Palliative Geriatrie. Nationale und internationale KooperationspartnerInnen werden eingebunden (z. B. im Rahmen der Projektwerkstatt „Hospizkultur und Palliativkompetenz entwickeln“, dem 40-stündigen Curriculum „Palliative Praxis“ der

Robert-Bosch-Stiftung oder dem Internationalen Universitätslehrgang „Palliative und Dementia Care“ mit der IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik Wien).

- KPG Forschung liefert ein differenzierteres Bild zu Lebens- und Sterbesituationen von PflegeheimbewohnerInnen. Ergebnisse werden veröffentlicht und diskutiert und fließen in die Etablierung der Palliativen Geriatrie in den beteiligten Pflegeheimen des UNION-HILFSWERK sowie in dessen allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung ein. Heimbezogene Projekte bearbeiten relevante Themen, etwa zur Trauer von MitarbeiterInnen oder zur Verbesserung von Entscheidungen in anspruchsvollen Situationen.
- KPG Beratung steht bei Fragen zur Palliativen Geriatrie zur Seite und kooperiert in der Patientenverfügungsberatung mit der Berliner Informations- und Beratungsstelle „Zentrale Anlaufstelle Hospiz“.
- KPG Hospiz arbeitet als palliativgeriatriischer Hospizdienst und steht bei Bedarf mit speziell geschulten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zur Seite.
- KPG Medizin kooperiert mit SchmerztherapeutInnen und PalliativmedizinerInnen im Kontext der HeimbewohnerInnenbetreuung durch HausärztInnen sowie in der SAPV.
- Öffentlichkeitsarbeit transportiert die Palliative Geriatrie in relevante gesellschaftliche Bereiche. Die Unionhilfswerk-Stiftung trägt das Thema mit dem „Richard von Weizsäcker-Journalistenpreis“ in die Medienlandschaft.
- Die Zusammenarbeit mit AkteurInnen und Institutionen, welche die Palliative Geriatrie befördern (z. B. Ärztekammer Berlin, Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V., Netzwerk Palliativkompetenz Nord, Netzwerk Palliativbetreuung in Pflegeheimen), fördert die regionale und überregionale Entwicklung. Das KPG wirkt am Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin<sup>2</sup> sowie in dessen Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativkompetenz in Pflegeheimen“<sup>3</sup> mit.

## Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin bietet engagierten Pflegeheimen ein Dach

Pflegeheime mit Hospizkultur und Palliative Care-Kompetenz sind selten, es besteht ein Widerspruch zwischen den Erfordernissen und der Versorgungsrealität. Jedoch engagieren sich einige Berliner Heime an der Fortentwicklung ihres Betreuungsangebotes. Indiz ist das Interesse am vom KPG initiierten „Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin“ (NPG Berlin).

Das Netzwerk zielt auf die breite Einführung der Palliativen Geriatrie in Heimen ab, deren mitbewerberübergreifende Zusammenarbeit sowie der Multiplikatorenwirkung im regionalen und politischen Umfeld. Das NPG Berlin ist konzeptioneller Bestandteil des Hospiz- und Palliativkonzeptes und erstattet dem Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Bericht. Formen der Zusammenarbeit sind Netzwerktreffen, thematische Arbeitsgruppen, Bildung und webbasierte Chatforen.

305 Berliner Pflegeheime wurden im März 2011 vom KPG schriftlich eingeladen, sich um eine Mitarbeit zu bewerben. Hiervon machten 30 Heime im Bewerbungszeitraum Gebrauch. Im Mai 2011 konstituierte sich das Netzwerk mit 20 ausgewählten Heimen unterschiedlicher Wohlfahrts- und Privatverbände. Sie stehen exemplarisch für 6,5 % aller Berliner Pflegeheime, die 9,1 % aller BewohnerInnen versorgen.

Ein im Juni 2011 explorativ eingesetzter Fragebogen machte den Ist-Stand der Hospiz- und Palliativkompetenz transparent und markierte Themen, die Gegenstand weiterer Bearbeitung sind.

- Deutlich wird, dass viele Heime konzeptionelle Regelungen zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer vorweisen.
- Heime werden hospizähnlicher, die Verantwortlichen reagieren darauf und fördern die MitarbeiterInnenqualifikation in der Palliative Care.



- Zwar wird Sterbebegleitung zumeist nicht gesondert dokumentiert, aber im Rahmen bestehender Dokumentationssysteme abgebildet. BewohnerInnenwünsche werden relativ häufig abgefragt und erfasst, jedoch weniger regelmäßig überprüft und noch selten per Notfallplan geregelt.
- Dass Palliative Care und Demenz seltener in einen Zusammenhang gebracht werden, lässt sich daran ablesen, dass die Bedürfnisse und Vorstellungen zur letzten Lebensphase bei Demenzkranken weniger wahrgenommen und dokumentiert werden als bei nicht dementen. Zudem scheint diese Aufgabe zumeist nur den Pflegekräften zu obliegen.
- Einzelfallbezogene Begleitungen durch ehrenamtliche HospizdienstmitarbeiterInnen finden statt. Die Mitwirkung ist jedoch meist nicht konzeptionell geregelt, wird nur lose verabredet und selten schriftlich fixiert. Somit öffnet sich derzeit noch keine Perspektive zum regelhaften Einbezug der Kenntnisse und Fähigkeiten von Ehrenamtlichen, was grundsätzlich möglich wäre, etwa in Team- und Fallbesprechungen.
- Die Nachfrage nach Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten nimmt zu, worauf die Heime mit Beratung reagieren.
- In der medizinischen Versorgung gehen die Heime unterschiedliche Wege. Alle sind an kooperativen Lösungen mit ÄrztInnen interessiert. Jedoch stehen nicht immer geeignete ÄrztInnen zur Verfügung. Spezialisierte ÄrztInnen spielen eine Rolle, sie können im Notfall einbezogen werden. Jedoch bestehen keine konzeptionellen Vorstellungen zur Einbindung von SAPV-Leistungserbringern.
- Der Angehörigenarbeit wird im Kontext Sterbebegleitung eine hohe Bedeutung zuerkannt. Angehörige werden in vielen Fällen auf die Sterbesituation vorbereitet und hierin aktiv beteiligt. Hohen Stellenwert

hat die Abschiedskultur mit Erinnerungsritualen. MitarbeiterInnen versorgen die Verstorbenen, nehmen an Beerdigungen teil und treffen Verabredungen mit BestatterInnen. Auch werden Angehörige und MitbewohnerInnen häufig beim Abschiednehmen begleitet.

- Die Heime messen der Sterbebegleitung einen hohen Stellenwert zu, wenngleich sie mutmaßen, nicht immer ausreichend auf die Betreuung schwerstkranker und sterbender BewohnerInnen vorbereitet zu sein. Die Krankenhauseinweisung sterbender BewohnerInnen wird als inadäquate Option angesehen. Selten werden Begleitungen nachbesprochen und reflektiert.

### **Heute Lernen. Morgen gestalten.**

Es ist heute schon möglich, aus positiven und negativen Erkenntnissen und Erfahrungen zu lernen, hieran zu wachsen und neue Entwicklungen voranzutreiben. Der Austausch über das, was ein gutes Heim auszeichnet und von einem schlechten unterscheidet, ist ein wichtiger Schritt in der Umsetzung von Palliative Care vor Ort sowie Ziel und Merkmal des NPG Berlin, auch bezogen auf die gesellschaftspolitische Debatte. Es gilt zu berücksichtigen, dass es sich bei der Palliative Care für Hochbetagte nicht um ein exklusives Angebot für Einzelne am unmittelbaren Lebensende handeln darf, sondern diese allen immer individuell gestaltet zur Verfügung stehen muss.

### **Fazit und Ausblick**

Pflegeheime sind bereits wichtige Akteure in der Versorgung pflegebedürftiger und sterbender Menschen und perspektivisch wird ihre gesellschaftliche Bedeutung zunehmen. Der Veränderungsprozess würde von einer gesundheitspolitischen Verständigung und Begleitung profitieren, die sich an der Vision einer „guten“ Altenpflege



orientiert und sich in den Aktivitäten und Planungen des Landes niederschlägt: Beispielsweise ist das wegweisende Engagement von Pflegeheimen zu würdigen und zu stützen, Synergien sind zu koordinieren, die Berliner Bevölkerung einzubinden.

Dabei dürfen palliative Konzepte nicht eins zu eins und unreflektiert auf die Heime übertragen werden. Vielmehr müssen zielgruppenspezifische Konzepte und Ansätze mit den Pflegeeinrichtungen entwickelt und erforderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Gesundheitspolitik, Kostenträger und Leistungserbringer sind gefordert, altersspezifische Versorgungsstrukturen – insbesondere auch im Hinblick auf die Bedürfnisse demenzkranker Menschen – gemeinsam und vorausschauend zu gestalten. Im Zuge dessen wären die medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgungsangebote im Sinne von Palliative Care anzupassen und auszubauen. Den Hochbetagten und den versorgenden MitarbeiterInnen muss eine höhere Aufmerksamkeit zu teil werden.

Für das Land Berlin bedeutet das, die Weichenstellung in Richtung Förderung von Pflegeheimen mit Palliative Care-Kompetenz voranzutreiben. Hier bedarf es der gesundheitspolitischen Steuerung, die alle LeistungserbringerInnen und Betroffene, die VerbraucherInnensicht, einbezieht.

In kaum einem anderen Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik haben sich in Bezug auf Sterben und Tod so viele dynamische und tiefgreifende Veränderungen vollzogen. Anteil daran hat die Hospizbewegung, die sich im Sinne der Hospizidee für die Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Nahestehenden einsetzt.

Es gilt aber noch stärker die Heime in den Blick zu nehmen! Hier muss Palliative Care selbstverständlich werden. Die vollstationäre Altenpflege, die Hospizarbeit und Palliative Care sind Geschwister, sie wissen es nur noch nicht, sie ahnen es vielleicht. Es geht um die Gestaltung einer menschenwürdigen Altenpflege, in der BewohnerInnen individuell versorgt werden, weil ihre Bedürfnisse zum handlungsleitenden Moment der kompetenten MitarbeiterInnen und ÄrztInnen avancieren. Ziel ist die Gestaltung einer interprofessionellen Sorgeskultur für alte Menschen. Ist das erreicht, werden mehr BerlinerInnen leichter Herzens in ein Pflegeheim ziehen. Die kommunale Palliativkultur ist dann einen Schritt weiter. Auch Tante Monika hat dann weniger Angst vor dem Alter und dem Leben und Sterben im Pflegeheim. [5] ■

### Veranstaltungstipp:

Palliative Geriatrie:  
Mehr als Sterbebegleitung  
7. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin  
12. Oktober 2012  
von 9:30 bis 17:00 Uhr  
in der Konrad-Adenauer-Stiftung Berlin  
Infos: [www.palliative-geriatrie.de/fachtagung](http://www.palliative-geriatrie.de/fachtagung)

### Literatur:

- 1 Statistisches Bundesamt (Hg.) (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden, S. 12–13.
- 2 Der Senat von Berlin (Hrsg.) (2011): 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (Würde in der letzten Lebensphase). Drucksache des Senats von Berlin 16 / 4057. Berlin, S. 42.
- 3 Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Verfügbar auf: <http://www.statistik-berlin.de> [Webseite besucht am 9.10.2011]
- 4 Kojer, M.; Heimerl, K. (2009): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. Zeitschrift für Palliativmedizin 10 (03), S. 154–161
- 5 Müller, D. (2011): Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur. Unveröffentlichte Master Thesis im Rahmen des Internationalen Universitätslehrgang Palliative Care / MAS an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF-Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien.

### Anmerkungen:

- \* Name geändert
- 1 Beim UNIONHILFSWERK handelt es sich um einen freigemeinnützigen Träger sozialer Dienstleistungen, der unter anderem auch fünf Pflegeheime betreibt und Träger vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie ist.
  - 2 Beim Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin handelt es sich um ein regelmäßig tagendes Gremium, bestehend aus 42 Mitgliedern (VertreterInnen des Abgeordnetenhauses von Berlin, der zuständigen Senatsverwaltungen, zentralen Einrichtungen aus der Hospiz- und Palliativstruktur, der Ärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigung, Wohlfahrtsverbänden, Seniorenvertretungen u. a.). Ziel ist die transparente Bündelung und Weiterentwicklung hospizlicher und palliativer Aktivitäten im Land Berlin.
  - 3 In der 2010 gegründeten Arbeitsgruppe sind folgende Institutionen vertreten: zuständige Senatsverwaltung, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg, Home Care Berlin e. V., Hausärzterverband, Hospiz- und Palliativverband Berlin e. V., LIGA der Wohlfahrtsverbände, Landesseniorenbeirat, Deutscher Berufsverband für Kranken- und Pflegeberufe e. V.

### Kontakt:

#### Dirk Müller

Projektleiter Kompetenzzentrum  
Palliative Geriatrie  
MAS Palliative Care /  
Exam. Altenpfleger /  
Fundraising-Manager (FH)  
Tel: +49 30 42 26 58 33  
[dirk.mue@berlin.de](mailto:dirk.mue@berlin.de)  
[www.palliative-geriatrie.de](http://www.palliative-geriatrie.de)

Kompetenzzentrum Palliative  
Geriatrie UNIONHILFSWERK  
Richard-Sorge-Straße 21 A  
D – 10249 Berlin

