

Stephanie Stadelbacher und Werner Schneider\*

# Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Altenpflege

## Hospice culture and palliative competence in inpatient care for the elderly

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0103>

**Zusammenfassung:** Das Pflegeheim ist heute ein Ort des Lebens *und* des Sterbens, was sich jedoch weder im Selbstverständnis der dort Beschäftigten noch in den organisationalen Rahmenbedingungen widerspiegelt. Damit das Sterben im Heim aber nicht nur bearbeitet, sondern gestaltet werden kann – entlang der normativen Idee des ‚guten Sterbens‘ – bedarf es einer gelebten Hospizkultur und etablierter Palliativkompetenz, eingebettet in Strukturen, die das Lebensende als organisationale Aufgabe adäquat adressierbar machen.

**Schlüsselwörter:** Hospiz; Lebensende; Palliative Care; Pflegeheim.

**Abstract:** Today, the nursing home is a place of living *and* dying, but this is neither reflected in the self-image of the staff nor in the organisational framework. In order for dying in the home not only to be dealt with, but also to be shaped - along the normative idea of 'dying well' - a living hospice culture and established palliative competence are needed, embedded in structures that make the end of life adequately addressable as an organisational task.

**Keywords:** end of life; hospice culture; nursing home; palliative care.

Stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind eine wichtige Säule bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, und ihre Bedeutung wird angesichts des demographischen und sozialen Wandels weg von familien-/frauenzentrierter privater Pflege weiter zunehmen. Schon heute sind Altenpflegeeinrichtungen für immer mehr Menschen ihr letztes Zuhause [1] - und ihr Sterbeort: 71% der Heimbewohner versterben im Heim [2], jeder Vierte wird vor seinem Tod

in ein Krankenhaus verlegt. Auch wenn – so betrachtet – statistisch gesehen der Mehrheit der Heimbewohner ihr Wunsch, dort zu sterben, wo sie zuletzt gelebt haben, erfüllt wird [3], ist damit aber noch nichts darüber ausgesagt, wie dieses Sterben konkret erfolgt, wie es erlebt und wie es ‚organisiert‘ wird [2, 4].

Das Pflegeheim als zweithäufigster Sterbeort [5] nach dem Krankenhaus ist jedoch von folgendem Paradox geprägt: In seinem organisationalen Selbstverständnis ist es noch immer ein „Sterbeort wider Willen“ [6, 7], was nicht zuletzt mit dem nach wie vor negativen „Image“ von Sterben und Tod und der Angst vor dessen „Abfärben“ auf das ebenso prekäre gesellschaftliche Bild von Altenpflege zu tun hat. Mit dem Erfolg der Hospizbewegung seit den 1980er Jahren und der Verbreitung der normativen Vorstellung eines ‚guten Sterbens‘ – gemeinhin verstanden als: möglichst schmerzfrei und selbstbestimmt, somit ‚würdevoll‘ und auf Wunsch begleitet [6] – sowie den damit verbundenen Anforderungen an Institutionen, in denen de facto gestorben wird, ein solches Sterben zu ermöglichen, steigen jedoch auch die Erwartungen an Pflegeheime, das Lebensende anders zu adressieren als bisher. Die Ausbildung einer Hospizkultur und die Implementation von Palliativkompetenz sind hierbei wesentliche Ansprüche an die stationäre Altenpflege.

## Gelebte Hospizkultur im Pflegeheim

Zunächst bedarf es – gleichsam als sozio-kulturelle Basis – einer im Heim gelebten Hospizkultur, die den Blick auf das Sterben und den sozialen Umgang mit Sterbenden verändert. Im Zentrum stehen hier persönliche Begleitung, sozialer Beistand und die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner. Voraussetzung dafür sind ausreichend Zeit, nicht nur für die Pflege als solche, die gerade am Lebensende besonders zeitintensiv sein kann (s.u.), sondern vor allem auch Beziehungs- und Interaktions-bzw. Kommunikationszeit. Insofern sind Personal- und damit Zeitmangel mitunter die größten Hürden für eine gelebte Hospizkultur. Das kann vor dem

\*Korrespondenz: Prof. Dr. Werner Schneider, Universität Augsburg, Professur für Soziologie, Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Germany, E-mail: werner.schneider@phil.uni-augsburg.de

Dr. Stephanie Stadelbacher: Universität Augsburg, Augsburg, Germany

Hintergrund einer verinnerlichten Vorstellung des ‚guten Sterbens‘ bei den Beschäftigten auch zu „moral distress“ (moralischem Stress) führen, wenn bspw. Pflegekräfte keine Kapazitäten haben, sich um den sterbenden Bewohner so zu kümmern, wie sie es ihrem Berufsverständnis nach eigentlich möchten. Und bei den Bewohnern evozieren Zeitknappheit und Stress des Personals den Wunsch, beim Sterben anderen, insbesondere den Pflegekräften, nicht zur Last zu fallen und am liebsten so ‚geräuschlos‘ wie möglich aus dem Leben zu scheiden [3, 8] – auch das ein Widerspruch zum normativen Bild eines ‚guten‘ Sterbens.

Neben den strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen auf der Organisationsebene erfordern ein subjektorientiertes Pflegen und Begleiten, die den spezifischen Erfordernissen am Lebensende gerecht werden, auch eine bestimmte Grundorientierung auf Seiten des Personals. Aktuell gilt die sog. ‚Aktivierende Pflege‘ als Standard guter Pflege. Mit dem Ziel, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Bewohners so lange wie möglich zu erhalten, orientiert sie sich essentiell am Leben, insbesondere an den mit dem Leben verbundenen Grundbedürfnissen wie Essen, Trinken und Bewegung. Am Lebensende stehen jedoch ggf. andere Bedürfnisse und Relevanzen im Vordergrund: der hospizlich-palliative Pflegestil orientiert sich vorbehaltlos an den Bedürfnissen der Bewohner, was auch bedeuten kann, den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu akzeptieren oder flexibel auf das in der jeweiligen Situation Mögliche und Gewünschte einzugehen (vgl. Konzept des Tinkering in [9]). Das kann insbesondere für das Pflegepersonal eine Herausforderung hinsichtlich der eigenen Berufsidentität und der darin verankerten Standards guter Pflege sein [6].

## Palliativkompetenz für mehr Deutungsgewissheit und Handlungssicherheit

Mit der Pflegepraxis hängt auch die zweite organisationsinterne Säule für mehr Qualität am Lebensende zusammen: eine im Heim vorhandene Palliativkompetenz, die es ermöglicht, dass die sterbenden Bewohner im Heim gut versorgt sind, Schmerzen und Krankheitssymptome kontrolliert werden – bis hin zum Vermeiden von unnötigen Krankenhausaufenthalten bzw. Notfalleinweisungen in Kliniken [2]. Damit ist die Seite der Organisationsentwicklung adressiert, die eine umfängliche Personalentwicklung mit entsprechender Qualifizierung aller Mitarbeiter auf den unterschiedlichen Ebenen umfasst, angefangen von der

Leitungsebene bis zur Hauswirtschaft. Insbesondere die Pflegekräfte profitieren von einer palliativen Basisausbildung, da sie damit mehr Deutungsgewissheit und Handlungssicherheit erlangen, nicht zuletzt bei der konkreten Ausgestaltung eines Wechsels vom aktivierenden hin zum palliativen Pflegestil, indem bspw. o.g. Verzichtswünsche entsprechend eingeordnet und akzeptiert werden können. Die nötige Kompetenz gibt auch Handlungssicherheit im Umgang mit verschiedenen Symptomen und Akutsituationen inkl. Zutrauen, den Bewohner auch dann noch angemessen versorgen zu können und nicht vorschnell notärztliche Hilfe holen zu müssen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermittlung von Basiskompetenzen an alle mit sterbenden Bewohnern in Kontakt stehende Beschäftigten sinnvoll, was die Einrichtung einer spezialisierten Palliative-Care-Fachkraft keineswegs ausschließt.

## Ausblick auf das Heim von morgen

Der normative Anspruch, auch am Lebensende gut und ebenso gut ‚umsorgt‘ zu sein, setzt sich immer weiter durch und etabliert sich als Qualitätsmerkmal guter Pflege. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es zwar notwendig, aber nicht hinreichend, die gegebenen Organisationsbedingungen zu korrigieren. Vielmehr bedarf es neben den o.g. Organisationsentwicklungsprozessen auch eines gesellschaftlichen Umdenkens, was stationäre Altenpflege betrifft. Statt weiter nur an den altbekannten Krisensymptomen angesichts sich verstärkender Auswirkungen des demographischen Wandels und Ressourcendefiziten bis hin zum Fachkräfte- oder überhaupt Personalmangel zu laborieren, braucht es die Vision einer sozialintegrativen, vernetzten Pflege, welche die bisherige Versäulungslogik (ambulant vs. stationär) systemisch und grundsätzlich überwindet [10] sowie durch Vernetzung und Einbettung in den Sozialraum sowohl zusätzliche Kompetenzen als auch Ressourcen für die soziale Begleitung erschließt. Das reicht vom Einbinden von Akteuren der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (z.B. ehrenamtliche Hospizhelfer) über gelebte Nachbarschaft im Sozialraum bis hin zu ‚Caring Communities‘ [11], die Pflege, Sterben und Tod als Teil der öffentlichen Daseinsvor- und -fürsorge neu denken.

### Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Alle Autoren tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Finanzierung: Das Projekt wurde gefördert durch das Bundesministerium für

Gesundheit Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. Ethisches Statement: In Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki wurden die Teilnehmer über das genaue Verfahren der Studie informiert und haben freiwillig teilgenommen. Alle Teilnehmer gaben ihre Zustimmung.

### Author Declaration

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. Funding: The project received funding by the Federal Ministry of Health. Conflict of interest: Authors state no conflict of interest. Ethical statement: In accordance with the Helsinki Declaration, the participants were informed about the exact procedure of the study and took part voluntarily. All participants gave their approval.

## Literatur

1. Rothgang H, Müller R. 2021 BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends; 13. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>. Zitierdatum: 5 Oct 2022.
2. Schneider W, Dill H, Gmür W, Marek S, Stadelbacher S. Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen (Projektbericht), 2018; 58, 60f. <https://www.uni-augsburg.de/de/forschung/einrichtungen/institute/ig/gesundheitsforschung/lebensende/sih/>. Zitierdatum: 5 Oct 2022.
3. Kurkowski S, Heckel M, Volland-Schüssel K. Wünsche von Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen für ihr Sterben. *Z Gerontol Geriat* 2018;51:912–20.
4. George W. Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege. In: George W, Hrsg. Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung Zusammenhänge Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2014:153–202.
5. Grote-Westrick M, Volbracht E. Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Spotlight Gesundheit 10;2015. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-102015>. Zitierdatum: 5 Oct 2022.
6. Schneider W, Stadelbacher S. Hospizkultur und institutionelle Praxis. Zur Umsetzung hospizlicher Sterbebegleitung am Beispiel von Pflegeheimen. In: Gaertner T, Knoblich S, Muck T, Rieger M, editors. Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: de Gruyter, 2020:563–78; 569, 566f., 571.
7. Salis Gross C. Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Frankfurt am Main: Campus, 2001.
8. Pleschberger S. Nur nicht zur Last fallen: Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2005.
9. Soom Ammann E, Rehsmann J. Tinkering am Lebensende. Wie die Pflege das Sterben in der Institution gestaltet. In: Caduff C, Afzali M, Müller F, Soom Ammann E, editors. Kontext Sterben. Institutionen – Strukturen – Beteiligte. Zürich: Verlag Scheidegger & Spiess AG, 2022:144–55.
10. Kremer-Preiß U. 2021 Wohnen 6.0. Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege (KDA Schriftenreihe „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“). [https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA\\_Wohnen\\_6.0.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf). Zitierdatum: 5 Oct 2022.
11. Klie T. Caring Communities als Perspektive für Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Heinrich-Böll-Stiftung, Hrsg. Freiräume für die Zukunft. Plädoyer für einen ‚Neuen Generationenvertrag‘, 2015:31–44. <https://www.boell.de/de/2015/11/17/freiraeume-fuer-die-zukunft-neuer-generationenvertrag>. Zitierdatum: 5 Oct 2022.