

## Bericht zur Fachtagung

### *Das Sterben im Heim heute und morgen: Sorgeskultur und Sorgepraxis der Zukunft*

Montag, 18. Juni 2018, Annahof (Augustanasaal) in Augsburg

Die Fachtagung des *Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG)* der Universität Augsburg ist in Kooperation mit dem *Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. (AHPV)* durchgeführt worden.



Die vom *Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG)* der Universität Augsburg in Kooperation mit dem *Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. (AHPV)* veranstaltete Fachtagung *Das Sterben im Heim heute und morgen: Sorgeskultur und Sorgepraxis der Zukunft* ist durchweg auf positive Resonanz gestoßen. Rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Wissenschaft, Politik und Praxis diskutierten lebhaft über zentrale Fragen, praktische Herausforderungen und potentielle Entwicklungen im Themenfeld ‚Sterben im Heim‘ und haben auf diese Weise zu einem produktiven Austausch beigetragen. Neben der empirisch nachvollziehbaren Transformation von Pflegeheimen zu Orten des Lebens *und* des Sterbens sowie der Konfrontation von Sorgeskultur mit den Folgen gesellschaftlicher Veränderungen, stellte auch der Abschluss des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Forschungs- und Praxisprojekts *Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege* den Bezugsrahmen dieser Fachtagung dar.

#### Begrüßung & Einstieg in das Thema

Nach der offiziellen Begrüßung durch Prof. Dr. Werner Schneider, Vizepräsident der Universität Augsburg, Direktor des ZIG und Projektleiter der zuvor genannten SiH-Studie, wurden Grußworte des BMG und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) an das Publikum gerichtet.



**Magnus Kuhn**, Leiter des Referats 415 *Finanzielle Angelegenheiten der Pflegeversicherung, Modellprogramme, Finanzhilfen* im BMG, bestätigte in seinem Grußwort die gesellschaftspolitische Bedeutung des Anspruchs, die Würde der Sterbenden zu achten, unabhängig von ihrem Sterbeort. Aufgrund der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen, gerade auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, sei dies allerdings unter Bedingungen eines erheblichen Personalmangels zunehmend als Herausforderung zu betrachten. Zwar nehme der Fokus auf Sterbebegleitung in der stationären Altenpflege im Kontext späterer Heimeintritte und kürzerer Verweildauern zu, jedoch müsse in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass Pflegeheime nicht die an Hospize angelegten Standards erfüllen könnten.

Auch **Dr. Bernhard Opolony**, Ministerialdirigent, Leiter der Abteilung Pflege im StMGP, knüpfte in seinem Grußwort an die Herausforderungen des demografischen Wandels an. Dieser rufe im Zusammenspiel mit veränderten Familienstrukturen und weitreichenden Forderungen nach Flexibilität nicht nur Verunsicherung bei vielen Betroffenen hervor, sondern führe auch zu Spannungen zwischen dem bestehenden institutionellen Gefüge und individuellen Lebensverläufen mit ihren sehr persönlichen Ansprüchen und Bedürfnissen. So sei es zwar der Wille von rund 80% der Menschen, zuhause zu sterben, tatsächlich sterbe allerdings ein in etwa ebenso großer Prozentsatz in Einrichtungen des Gesundheitssystems.



### Keynotes: Überblick, Einblicke & Anregungen

Unter dem nächsten Programmpunkt der Veranstaltung gaben die beiden – mit entsprechender pflegewissenschaftlicher Expertise bzw. politischer Erfahrung ausgestattet – Keynotespeaker einen Überblick über, Einblicke in und Anregungen für den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen in der stationären Langzeitpflege.



**Prof. Dr. Michael Ewers**, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Charité Berlin, bot in seinem Vortrag *„Stationäre Langzeitpflege schwerkranker und sterbender Menschen: pflegewissenschaftliche Reflexionen“* eine systematische Perspektive auf ausdifferenzierte Pflegeeinrichtungen. Diese seien zwar dabei, sich von „Verwahranstalten“ für Alte und Kranke hin zu kleinen modularen Wohngruppenverbänden zu entwickeln, welchen durch ihre zunehmende Einbin-

dung in die Gesellschaft eine stärkere Betonung der sozialen Dimension gelinge. Andererseits resultiere eine vermehrte Auslagerung von zum Teil sehr komplizierten Fällen in einem längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung, wo vor allem unter schwierigen sozialen und gesundheitlichen Umständen keine Vollversorgung möglich sei. Umfragen unter Pflegefachkräften lassen eindeutige Rückschlüsse auf in sozialer, kultureller und medizinischer, aber auch in ethischer Hinsicht zunehmend komplizierter werdende Pflegesituationen zu, was sich mittelfristig noch verstärken werde. Dabei wollte Ewers insbesondere psychisch-mentale und chronische Erkrankungen, aber auch Multimorbidität als große Herausforderungen verstanden wissen, da diese mit einem hohen Interventionsbedarf und mit enormem klinischen Aufwand verbunden seien und somit in komplexen Anforderungen resultierten, die nach einer besonderen Expertise verlangen. Vor diesem Hintergrund plädierte Ewers im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung für die Integration von Palliativpflegeexpertinnen und -experten in den Langzeitpflegektor und damit für ein „am Bedarf und nicht am Setting“ orientiertes Versorgungssystem. In diesem Zusammenhang übte er auch Kritik an einer gegenwärtigen „Symbolpolitik“, die keine grundsätzlichen Probleme lösen könne und werde.

**Dr. Birgit Weihrauch, Staatsrätin a.D.**, ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. und stellvertretende Vorsitzende des ZIG-Beirats, beschrieb in ihrem Vortrag *„Stationäre Langzeitpflege: Zur Relevanz der ‚Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen‘“* Entwicklung, Bedeutung, Umsetzung und Potentiale **der Charta und ihrer Handlungsempfehlungen**. „Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ – mit diesem Leitgedanken seien alle fünf Leitsätze der Charta überschrieben, – durch- aus auch unter direkter Bezugnahme auf Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes. Rund 25 bis 30% aller Menschen sterben heute in Pflegeheimen; diese seien damit zu Orten des Lebens *und* des Sterbens geworden. Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf den großen Weiterentwicklungsbedarf seien im Rahmen der im Oktober 2016 verabschiedeten *„Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“* konkrete Empfehlungen zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in einem eigenen Kapitel erarbeitet und mit allen Beteiligten am Runden Tisch konsentiert worden. Damit gebe es auch inhaltlich einen breiten Konsens für die dazu notwendigen Organisations- entwicklungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsprozesse von Pflegeheimen. Die Charta-Handlungsempfehlungen und der mit ihnen erzielte breite Konsens böten insofern eine gute Grundlage dafür, positive Veränderungen und Weiterentwicklungen zu bewirken. Alle relevanten Akteure würden auf Grundlage des konsentierten Papiers direkt adressiert und zur Umsetzung aufgerufen. Allerdings gebe es darüber hinaus dringenden Entwicklungsbedarf bezogen auf die grundsätzlichen Rahmenbedingungen in der Pflege, der in diesem Zusammenhang thematisiert werden müsse und der auch in die auf der Fachtagung vorgestellte Studie eingegangen sei. Abschließend wies Weihrauch auf die große Bedeutung kommunalen Engagements und regionaler Vernetzung für eine an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientierte Hospiz- und Palliativversorgung und darüber hinaus für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer hin – dies sei gerade auch für die Entwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen von großer Bedeutung. Auch hier könne die Charta im Sinne eines Motors wirken.



### Beiträge aus Wissenschaft & Praxis: Einführung in aktuelle Debatten

Im Rahmen des folgenden Programmpunkts der Fachtagung führten vier Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft und Praxis in aktuelle Debatten rund um Entwicklungen im Themenfeld Hospizkultur und Palliativkompetenz ein.



**Prof. Dr. Werner Schneider**, Projektleiter der Studie *„Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“*, stellte ausgewählte Befunde zu Praxis, Gegebenheiten und Bedarf der Sterbendenversorgung vor, die auf (Selbst)Beschreibungen der Einrichtungsleitungen sowie auf qualitativen Einzelfallstudien von Einrichtungen basieren. Dabei ging er vor allem auf die drei zentralen Themenfelder *„Konzepte und Strukturen“*, *„Versorgungspraxis“* sowie *„Kooperation und Vernetzung“* ein. Demnach haben bereits zahlreiche Heime, die an der Untersuchung teilgenommen haben, die Themen Hospizkultur und Palliativkompetenz konzeptionell bearbeitet und organisatorisch verankert, jedoch bestehe hinsichtlich der Implementierung und Umsetzung entsprechender Programme

große Heterogenität. Im Hinblick auf die Versorgungspraxis im Heimalltag gelte aus Sicht der Pflegekräfte vor Ort vor allem Hospizkultur schon lange als Orientierungsgrundlage, da es hierbei grundsätzlich darum gehe, sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen bzw. an Sterbenden zu orientieren. Palliativkompetenz hingegen werde als wertvolle Erweiterung der medizinisch-pflegerischen Kompetenzen betrachtet. Mit Blick auf das Themenfeld ‚Kooperation und Vernetzung‘ sei festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegeeinrichtungen zwar mit diversen Akteuren der Hospiz- und Palliativarbeit vernetzt sei, sich dabei in der Praxis jedoch eine deutliche Differenz zwischen formaler Kooperation und gelebter Praxis zeige. Dies hänge damit zusammen, dass Kooperation und Vernetzung gegenwärtig vor allem von persönlichen Beziehungen abhängen. In diesem Zusammenhang plädierte Schneider mit Blick auf die Zukunft dafür, „Strukturverlässlichkeit“ mit entsprechender Ressourcenausstattung zu etablieren. Im Kern gehe es um einen umfassenden organisationskulturellen und -strukturellen Entwicklungsprozess, in dem nicht Sterben oder Tod gegen das Leben in den Vordergrund geschoben werden sollen, sondern der darauf abziele, gutes Sterben in das möglichst gute Leben im Heim zu integrieren. Hierfür sei ein grundsätzlicher Wandel nötig, „von Institutionen des Sterbens hin zu Institutionen des Lebens, in denen auch gestorben wird“. In diesem Bezugsrahmen genüge es nicht, Heime an die Folgewirkungen gesellschaftlicher Transformationsprozesse anzupassen, sondern diese müssten für die Zukunft zu Mitgestaltern gesellschaftlicher Veränderungen gemacht werden. Dementsprechend sollten Heime zu einem integralen Bestandteil sozialer Innovationen im organisatorisch-institutionellen Zusammenspiel von Politik, Markt, öffentlichem Gesundheitssystem und Zivilgesellschaft werden.

**Dr. Gertrud Schwenk**, Fachreferentin für Altenhilfe im Caritasverband München und Freising e.V., berichtete in ihrem Vortrag *„Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern“* über ihre Forschungsarbeiten zu Konfliktfeldern im Verhältnis von Pflegeheimen und Hospizdiensten, deren Kooperationsbeziehungen derzeit von einer „Institutionalisierung des Sterbens“ geprägt seien, also davon, dass ein Großteil der Menschen in Institutionen des Gesundheitswesens sterbe. Dies konfrontiere Pflegeheime wegen der beträchtlich abnehmenden Verweildauern, zunehmend komplexer werdenden Anforderungen an die Behandlungspflege, kultureller Diversifizierung und Fachkräftemangel mit großen Herausforderungen, zu denen auch die hohe Demenzquote von Heimbewohnerinnen und -bewohnern von fast 70% zu zählen sei. Das Hospiz- und Palliativgesetz fordert den Nachweis einer Zusammenarbeit von Pflegeheimen und Diensten der Hospizbewegung; die Qualität der entsprechenden Kooperationsverhältnisse werde nicht erhoben. Dabei seien Kooperationen, insbesondere zum Einsatz von Hospizhelferinnen und -helfern für die Begleitung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner, oftmals von Unklarheiten und wechselseitigen Irritationen geprägt. In diesem Kontext identifizierte Schwenk drei zentrale Spannungsfelder. Das erste Spannungsfeld bezieht sich auf den Grad an Kontrolle: während Pflegeheime einer Vielzahl von Kontrollinstanzen unterliegen, können Hospizhelferinnen und -helfer relativ spontan und kreativ agieren. Das zweite Spannungsfeld liegt im unterschiedlichen Qualifizierungsniveau in beiden Bereichen, was mit der hospizlichen Kompetenz, dem Angebot an Reflexionen für die Hospizhelferinnen und -helfer und Unsicherheiten des Pflegepersonals in diesem Bereich zusammenhängt. Im dritten Spannungsfeld begegnen sich mit der in Pflegeheimen üblichen Betriebsamkeit und der hospizlichen „Ruhe“ zwei vor allem in ihrer Wahrnehmbarkeit sehr unterschiedliche Betreuungsstile, die im Heimalltag aufeinandertreffen. Außerdem genieße die Hospizbewegung im Vergleich zur



Pflegebranche häufig sehr viel höheres gesellschaftliches Ansehen. Abschließend gab Schwenk Einblicke in Lösungsansätze, die auf einem Modellprojekt zum „Aufbau einer Hospizgruppe für Pflegeheime“ basieren. Demnach gelingen Kooperationen, wenn die Akteure beider Organisationen (Heim und Hospizdienst) Visionen einer „geteilten“ Sorge und eine gemeinsame Sprache entwickeln und zudem bereit sind, voneinander zu lernen. Hierfür sind zielgerichtete Kommunikation(sstrukturen), auf Zusammenarbeit ausgerichtete Qualifizierungsmaßnahmen, gemeinsame Aktivitäten und entsprechend eingespielte Kooperationsstrukturen wesentliche Erfolgsfaktoren, die gegenseitiges Vertrauen und Verständnis füreinander befördern.



**Dirk Müller**, MAS (Palliative Care), Projektleiter am Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK Berlin, Vorsitzender der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie und Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V., berichtete unter dem Titel ‚Zur Zusammenarbeit von Heimen, SAPV-Diensten und Hausärzten‘ aus der Pflegepraxis in Heimen in Berlin. In seinem Überblick über Kooperationsbeziehungen am Lebensende ging er vor allem auf praktische Herausforderungen im komplexen Verhältnis zwischen Pflegeheimen, Medizinerinnen und Medizinern und SAPV-Diensten ein.

Auf der Grundlage von praktischen Erfahrungen und entsprechenden Untersuchungen sei für ihn, der selbst ausgebildeter Altenpfleger ist, die Erkenntnis naheliegend, dass hochbetagte, multimorbide Menschen allein schon aufgrund unübersichtlicher Krankheitsverläufe und sehr komplizierter Symptomkonstellationen auf Palliative Geriatrie angewiesen sind. In diesem Zusammenhang stellte Müller eine bereits in der Praxis erprobte Idee zur Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegeheimen, SAPV-Diensten und Hausärztinnen und -ärzten vor, und zwar den sog. Palliativgeriatrischen Konsiliardienst (PGKD), in dem Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit palliativpflegerischer Expertise, Hospizdienstkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie Palliativmedizinerinnen und -mediziner als Team mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden im Heim zusammenwirken und sich bspw. in Fallbesprechungen und Fortbildungsmaßnahmen mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Kompetenzen wechselseitig ergänzen sowie mit- und voneinander lernen. Durch Beratung und Information von Angehörigen oder Pflege- und Betreuungsteams trage PGKD unter Einbezug aller wesentlichen Akteure, einschließlich der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, dazu bei, Betroffenen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben und Sterben zu ermöglichen. In der Pflegepraxis ergebe sich aus einem entsprechend gelebten Netzwerk nämlich u.a. ein Mehr an fachlicher Kompetenz, zeitlicher Flexibilität, Konzentration auf die Individualität der Patientinnen und Patienten und psychischer Entlastung für die Beteiligten.

**Ass.-Prof. Mag. Dr. Klaus Wegleitner** von der Abteilung Palliative Care und Organisationsethik an der Karl-Franzens-Universität Graz referierte in seinem Vortrag ‚Caring Communities: Das Heim als Kristallisationspunkt von sorgenden Gemeinschaften‘ über Gemeinschaften als Netzwerke von Sorgebeziehungen. Sorge im Sinne einer Übernahme von Verantwortung und in diesem Zusammenhang verstanden als eine „kollektive Qualität“ sei auf gute Rahmenbedingung angewiesen, um gemeinschaftlich



organisiert werden zu können. Unter dem Stichwort Caring Communities<sup>1</sup> gehe es um die Transformation einer bislang vornehmlich am Individuum orientierten Versorgung hin zur Sorge in Sozialräumen und Gemeinschaften. Insofern wollte Wegleitner dieses Konzept auch als Kritik an den gegenwärtigen Verhältnissen verstanden wissen und nannte dabei das Stichwort der Kommodifizierung von Sorge. Caring Communities stärken lokal vorhandenes Sozialkapital und erweiterten Partizipationsmöglichkeiten, da hiermit vor allem informelle, familiäre und nachbarschaftliche Kooperation, gemeinsam geteilte und gerecht verteilte Verantwortung sowie das Schaffen politischer Rahmenbedingungen gemeint seien, die es ermöglichen, Sorge erfahren und einbringen zu können. Hierfür brauche es Orte, an denen widersprüchliche Bedürfnisse, Zielsetzungen und Wertorientierungen berücksichtigt werden können. In diesem Sinne seien auch die Bereitschaft zu gemeinsamem Lernen und der Einbezug aller relevanten Akteure und Kontexte wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen von Caring Communities, deren konkretes Anliegen es sei, Brücken zwischen Pflegeheimen und den sie umgebenden Sozialräumen zu bauen, um soziale Teilhabe im Alltag und Gestaltung im Prozess zu ermöglichen. Als strukturelle Grundlage für Caring Communities bezeichnete Wegleitner deren „Kopplung an sozialraumorientierte Finanzierungssysteme“. Abschließend betonte er, dass diese Öffnung der Pflegeheime ein schwieriger Schritt sei, der Offenheit und Mut verlange, vor allem, weil dies unbedingt auch mit einer Öffnung für externe Kritik einhergehen müsse.

#### Austausch zwischen Wissenschaft, Politik & Praxis



Als letzter Programmpunkt stand unter dem Titel ‚Die Zukunft der Heime – Was braucht es für ein gutes Leben und Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen‘ ein gemeinsames Podiumsgespräch von ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis mit dem Plenum auf der Tagesordnung. Unter der Moderation von **Dr. Julia von Hayek**, wissenschaftliche Geschäftsführerin des ZIG, diskutierten die Pfarrerin Dorothea Bergmann, Vorsitzende des Fachverbandes EOLC der Diakonie Bayern, Fachstelle SPES (Spiritualität – Palliative Care – Ethik – Seelsorge) der Hilfe im Alter und Innere Mission München, Dr. Christian Berringer, Leiter des Referats 413 *Begriff der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsverfahren, Qualitätssicherung, Pflegerische Versorgung* im BMG, Brigitte Bührlen, Vorsitzende von WIR! – Stiftung pflegender Angehöriger, Dr. Dr. Eckhard Eichner, Geschäftsführer und Leitender Arzt der Augsburger Palliativversorgung gGmbH wie des Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. (AHPV), und Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl, MPH, Mitglied des Instituts für Palliative Care und OrganisationsEthik/ IFF an der Alpen-Adria-Universität Wien, miteinander. Unter Einbezug des Publikums fand ein lebhafter Austausch zwischen allen im Saal anwesenden Tagungsgästen, Referentinnen und Referenten statt.

<sup>1</sup> Wegleitner bezieht sich in seinen Ausführungen zu Caring Communities vor allem auf die US-amerikanische Politikwissenschaftlerin Joan C. Tronto und ihr Werk *Tronto, Joan C. (2013). Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press.*

Dieser Austausch begann mit von Hayek's einleitender Frage: „Wann ist das Sterben im Heim ‚gut‘?“ Hierauf antwortete Bührlen, dass das Sterben im Heim aus Sicht der Angehörigen gut sei, wenn es „friedlich“ vonstattengehe und mit einem „körperlichen und seelischen Gleichgewicht“ verbunden sei. Das Weiterleben der Angehörigen sei dabei ebenso zentral wie der Respekt des Pflegepersonals vor den Wünschen und dem Willen der Betroffenen. Bergmann ergänzte, dass das Sterben im Heim aus Sicht der Pflegekräfte gut sei, wenn es gelinge, „Symptome zu lindern oder gemeinsam auszuhalten.“ Außerdem sei das Einbeziehen der Angehörigen wesentlich. Eichner gestand, dass er „als Arzt keine Antwort“ auf diese Frage habe, betonte aber, dass Sterben „keine Krankheit, sondern eine Lebensphase“ sei. Berringer gab zu bedenken, dass die Politik im Kontext dieser Frage viele Kompetenzen und Perspektiven zusammenbringen und vor allem „Rahmenbedingungen schaffen“ müsse, damit das Notwendige bei den Bedürftigen ankomme. Aus Sicht der Sozialwissenschaft meinte Heimerl dazu: „Gutes Sterben ist selbstbestimmtes und individuelles Sterben.“ Hierbei gelte es, auf die individuelle Biografie einzugehen, um es Menschen zu ermöglichen, im Einklang mit ihrer Lebensgeschichte würdevoll zu sterben.



Im weiteren Diskussionsverlauf wurden u.a. die vier Themenbereiche gesellschaftlicher Stellenwert des Heims als Sterbeort, konzeptioneller und organisatorischer Aufbau und Gestaltung von Heimen, Profilierung von Pflegepraxis und Pflegeberuf im Heim sowie Vernetzung und Kooperationen mit externen Akteuren in unterschiedlicher Intensität besprochen. Im Folgenden werden Beiträge und Perspektiven der Podiumsgäste aus Wissenschaft, Politik und Praxis sowie aus dem Plenum zusammenfassend wiedergegeben:

### **Sichtweisen aus der Praxis**

**Dorothea Bergmann** forderte im Kontext der komplizierten Frage der Privatheit in strukturierten Organisationen eine „dialogische Haltung“ ein, um ein Bewusstsein für den Willen der Betroffenen zu schaffen. Hierfür sei es grundlegend, offen für (Nach)Fragen zu sein und „weg von Organisationsanweisungen, hin zu Leitfragen“ zu gelangen, um ein „prozessorientiertes Arbeiten, nicht das Abarbeiten von Punkten“ zu befördern. Bergmann verwies im Rahmen der Fragen danach, was Pflege leisten könne und was Pflege dafür benötige, auf die „Lebensqualität von Menschen“ als zentrale Orientierungsgröße.

**Brigitte Bührlen** merkte an, dass in Qualitätsproblemen des Pflegesektors die Folgen einer „Ökonomisierung“ des gesamten Gesundheitswesens wirksam werden, wobei sie die Regulierung von Qualität durch Angebot und Nachfrage als strukturelles Problem beschrieb. Wichtig wäre es hingegen, sich „als Menschen begegnen zu können“, nicht als bloße Funktionsträger. Dafür brauche es jedoch geeignete Kommunikations- und Begegnungsräume. Außerdem kritisierte sie, dass Angehörigen „kein Status im Heim“ zuerkannt werde, sofern sie keine Bevollmächtigung hätten. Im Heim sei es daher oftmals schwierig, ‚Familie‘ zu sein und angemessen mitbestimmen zu können. In diesem Zusammenhang forderte sie auch, das Thema Sterben in Bezug auf Institutionen von festen Altersgrenzen zu trennen, da alle Betroffenen professionelle Unterstützung brauchen. Insgesamt müssten vor allem Gesprächsräume und -zeiten finanziert werden, um eine „ganzheitliche Begleitung des Menschen“ über einen langen Zeitraum hinweg zu gewährleisten.

**Dr. Dr. Eckhard Eichner** merkte im Kontext eines Vergleichs verschiedener Sterbeorte an, Betroffene seien im Heim Bewohner eines „zumindest teilöffentlichen Raumes“, wohingegen sie zuhause – und nur

dort – die „Gastgeber“ seien. Dies wirke sich auch entscheidend auf die Rolle von Besuchenden oder Pflegekräften aus, die sich im letzteren Falle als Gäste fühlen und auch dementsprechend verhalten würden. Der dritte und größte Sterbeort, das Krankenhaus, sei dagegen primär ein Ort medizinischer Behandlung, weshalb Sterben dort als Störfaktor wahrgenommen werde. In diesem Zusammenhang verwies er, wie auch schon Frau Schwenk in ihrem Beitrag, auf das Spannungsfeld zwischen aktivierender Geriatrie und palliativer Versorgung. Außerdem bemängelte Eichner die „fehlende Präsenz von Ärzten“ im Pflegekontext und forderte echte „Heimärzte“.

### **Sichtweise aus der Politik**

**Dr. Christian Berringer** beschrieb das Heim als „Lebensort und Sterbensort“ und verwies im Zusammenhang mit Fragen mangelnder Qualitätsstandards auf ein im Kontext des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) neu eingeführtes Qualitätssicherungs- und Prüfsystem. In der Praxis sei der Nachweis von Qualität allerdings alleine schon wegen der vorherrschenden Netzwerk- und Kooperationsstrukturen kompliziert. Zudem bestätigte er, dass gesellschaftliche Wertschätzung auch in der Politik ein großes Thema sei. Angesprochen auf eine bessere Qualifizierung von Pflegepersonal machte Berringer darauf aufmerksam, dass in diesem Zusammenhang eine „breite Anstrengung“ nötig sei, in die viele unterschiedliche Akteure einbezogen werden müssten.

### **Sichtweise aus der Wissenschaft**

**Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl** wies darauf hin, dass auf einer gesellschaftlichen Ebene „mehr Wertschätzung für Care-Arbeit“ gebraucht werde. Dies sei eine Bedingung für gute Sorge in der Altenhilfe. Die Umsetzung von Palliative Care auch in nicht-spezialisierten Einrichtungen, allen voran in Pflegeheimen, wollte sie dabei als „Demokratisierung von Sorge“ verstanden wissen. Außerdem erwähnte sie die Bedeutung des Phänomens „moral distress“, das beschreibt, wenn ein Handeln entlang der eigenen Werte strukturell be- oder verhindert wird. Stattdessen plädierte sie dafür, „Gefühle als Erkenntnisquelle“ zu nutzen. Außerdem sollten in der Weiterbildung Altenpflegerinnen und Altenpfleger von anderen Altenpflegerinnen und Altenpflegern lernen, um den Austausch von Expertisen aus der Praxis zu fördern.

### **Stimmen aus dem Plenum**



Aus dem Publikum – heterogen zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern aus der Pflege, dem Hospizbereich, der Politik und der Wissenschaft – kam die Anmerkung, dass sich gutes Sterben durch Geborgenheit, Schmerzfreiheit und Nicht-Alleinsein auszeichne, Sterben im Heim jedoch „keine individuelle Situation“ zulasse. Andererseits sei aber auch das Zuhause kein „idealer Sterbeort“ wie häufig suggeriert werde, da dies gerade für Pflegekräfte ein schwieriges Umfeld sein könne. Außerdem

wurde angemerkt, dass sich die Hospizbewegung in der gegenwärtigen Situation selbst als ‚Lückenfüller‘ verstehe, „bis es uns nicht mehr braucht“. Neben dem komplizierten Verhältnis zwischen Pflegekräften und Hospizhelferinnen und -helfern waren vielen Gästen ebenso die Fragen nach dem gesellschaftlichen Ansehen dieser beiden Professionen, deren künftiger Qualifizierungsgrundlage und der weiteren Entwicklung des Pflege- und Gesundheitssektors zentrale Anliegen.

In diesem Sinne appellierte Prof. Dr. Werner Schneider, wissenschaftlicher Leiter der Veranstaltung, zum Abschluss an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Fachtagung als Anstoß für das ‚Pflegesystem von

morgen' und für ‚Lebensmodelle der Zukunft‘ zu verstehen, um strukturell verursachte Konflikte und Widersprüche zwischen Professionen, Personen und Institutionen zu lösen.

## Weitere Informationen

### Pressebeiträge zur Fachtagung

22. Juni 2018: [Worüber man nicht gerne spricht](#)

Bayerische Staatszeitung

26. Juni 2018: [Sterben im Heim heute und morgen](#)

Health & Care Management Magazin

### Informationen zum Projekt *Sterben zuhause im Heim (SiH)*

Das Forschungs- und Praxisprojekt *Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege* wurde in Kooperation mit dem *Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP)* München durchgeführt und vom 01.11.2015 bis zum 31.10.2017 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Weitere Informationen einschließlich des [SiH-Abschlussberichts](#) sowie einer [Kurzdarstellung der Ergebnisse](#) finden Sie auf der [Projektwebsite](#).

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

**Falls Sie Interesse an den Präsentationen der Vortragenden der Fachtagung haben, können Sie diese gerne durch eine kurze Nachricht an [lebensende@zig.uni-augsburg.de](mailto:lebensende@zig.uni-augsburg.de) anfordern.**

### Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg

*Das Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) wurde 2014 als zentrale Einrichtung an der Universität Augsburg gegründet. Derzeit vereint das ZIG 58 Forscherinnen und Forscher aus allen 7 Fakultäten der Universität Augsburg, 7 Einrichtungen der Universität sowie 6 assoziierte Mitglieder aus der Region Augsburg. Gemeinsam mit Kooperationspartnern außerhalb der Universität arbeiten die Forscherinnen und Forscher an zentralen Fragen zu Gesundheit und Krankheit, zur Medizin und zum Gesundheitssystem. Unterstützt und begleitet wird der Auf- und Ausbau des Forschungszentrums durch einen hochkarätig besetzten Beirat aus Politik und Gesellschaft.*

### Kontakt

Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG)  
Universität Augsburg  
86135 Augsburg

Tel: 0049 821/598-5490  
Fax: 0049 821/598-145490  
E-Mail: [zig@zig.uni-augsburg.de](mailto:zig@zig.uni-augsburg.de)  
Web: [www.zig.uni-augsburg.de](http://www.zig.uni-augsburg.de)