

Forschungs- und Praxisprojekt

## Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege

---

Kurzfassung des Projekts und wesentliche Ergebnisse

**Ziel:** Die zentrale Aufgabe des Forschungsprojekts war es, Erkenntnisse über den aktuellen Entwicklungsstand von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu gewinnen und daraus Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungspraxis Sterbender zu entwickeln.

**Vorgehen:** Kern der Studie waren drei Forschungsstränge: (1) Interviews mit 24 Experten aus den Bereichen Pflege, Medizin, Recht, Trägerverbände, Hospizkultur und Palliativversorgung, (2) eine standardisierte Online-Befragung aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland (adressiert waren ca. 10.500, befragt wurden die Einrichtungsleiter) und (3) qualitative Fallstudien (Interviews mit verschiedenen Akteuren im Heim und der institutionellen Umgebung) mit zehn Heimen, die nach themenrelevanten Kriterien ausgewählt wurden.

**Zentrale Befunde:** Vorweg der allgemeine Hinweis, dass die Befunde der Studie kein repräsentatives Bild der deutschen Heimlandschaft ergeben. Insbesondere in der Online-Befragung gab es eine positive Selektivität bei den antwortenden Einrichtungen (bei einem eher geringen Rücklauf von 15,4%, N=1.614). Die Positivselektion zeigt sich insbesondere in der Kombination folgender Faktoren: (1) der Selbsteinschätzung der erreichten Kompetenz in der Praxis von Hospizkultur und Palliativkompetenz (wird bei 9% als ‚sehr gut‘, bei 52% als ‚gut‘ und bei 33% als ‚befriedigend‘ eingeschätzt), (2) der relativ häufigen Teilnahme an expliziten Projekten zur Implementation von Hospizkultur und Palliativkompetenz (in 1/3 der antwortenden Heime), (3) der hohen Rate an Einrichtungen mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (94%) sowie (4) der angegebenen Existenz eines Hospiz- und Palliativnetzwerkes in der Region (geben 88% der Heime an, wovon mehr als die Hälfte auch selbst Mitglied ist). Vor dem Hintergrund dieser Charakteristik der quantitativen Datenbasis ergibt sich folgendes Bild zum Sterben im Heim.

### **Alten- und Pflegeheime befinden sich im Wandel hin zu Orten des Lebens *und* des Sterbens:**

Von den pro Jahr über alle Heimgrößen hinweg durchschnittlich 31 gestorbenen Heimbewohnern (in 2015 bzw. 2016) sind 22 im Heim verstorben, die anderen vorwiegend im Krankenhaus. Das heißt, ca. 25% der Sterbefälle ereignen sich im Krankenhaus bzw. 75% im Heim. Nicht nur, dass Heimbewohner Großteils im Heim sterben, es sterben auch immer mehr im Heim.<sup>1</sup> Die Heime wandeln sich zunehmend von Orten des Lebens zu Orten *auch* des Sterbens. In der Selbstwahrnehmung der Heime dominiert aber nach wie vor die Orientierung am Leben als Leitlinie für die Zeit im Heim: Es soll das letzte Zuhause sein. Und ein Bewohner bleibt laut Studie auch durchschnittlich 22 Monate im Heim, was ein Leben ‚wie zuhause‘ zumindest zeitlich noch möglich macht. Aber die Zahl der multimorbiden

und hochbetagten Neubewohner steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an. Das wirkt sich auch auf das Sterben aus: So kann bei den Bewohnern, die bereits länger im Heim leben, das Sterben in der Regel möglichst nahtlos ins Leben im Heim integriert werden. Bei Bewohnern, die erst spät und bereits sehr krank ins Heim kommen, ist die Bewältigung des Sterbens als Teil des Lebens schwieriger: Der Bewohnerwille kann dann oftmals nur noch gemutmaßt werden und das Heim kann für den Bewohner aufgrund der Kürze der Zeit kaum noch zu seinem Zuhause werden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen werden manche Heime daher langsam zu ‚Quasi-Hospizen‘.

### **Die Frage der Integration des Sterbens ist eine Haltungsfrage...**

Die Entwicklung hin zu einem Ort des Sterbens erfordert eine Neujustierung des Selbstverständnisses der Heime und der Berufsidentität der Mitarbeiter: Sterben muss als Teil des Lebens gedeutet werden. Die Integration von *Hospizkultur* in das Selbstverständnis der Heime erfolgt aus Sicht des Pflegepersonals dabei weitgehend ‚müheless‘, da sie sich als uneingeschränkte Bewohnerorientierung mit dem ohnehin vorhandenen Bestreben, Lebensqualität und Wohlfühlen für die Bewohner im Heim sicherzustellen, zu decken scheint. Vor diesem Hintergrund wird auch die im Feld vorfindbare Haltung des ‚Das machen wir schon immer so‘ verständlich. Die Integration einer *palliativ-medizinischen Versorgung* in die Praxis der Heime erfolgt dagegen heterogen: Für einen Teil der Mitarbeiter bedeutet ‚palliativ‘ typischerweise eine spezifische medizinisch-pflegerische Anforderungen in der Versorgung der Bewohner, losgelöst von der Sterbephase im engeren Sinn – hier geht es um eine Kontinuierung der Praxis des Sorgens und des ‚Wohlfühlens‘ im Rahmen des Lebens im Heim. Für den anderen Teil ist ‚palliativ‘ unabdingbar mit dem nahenden Tod verbunden und bedeutet zwangsläufig einen Bruch zum bisherigen Leben im Heim.

Vor diesem Hintergrund lassen sich auf der Ebene des *pflegerischen Handelns* durch die aktive Integration von Sterbendenversorgung in die Organisationspraxis typischerweise zwei Pflegestile unterscheiden: Die aktivierende Pflege als Standard in der Bewohnerversorgung und die finale oder palliative Pflege als Praxis in der Sterbendenversorgung. Beide Stile werden situativ angewandt und können auch wechseln. Im Heimalltag ergibt sich daraus ein Spannungsfeld für die Mitarbeiter, das die Orchestrierung der zu aktivierenden Heimbewohner auf der einen Seite und die Betreuung des Sterbenden auf der anderen Seite erschwert. Insbesondere vor dem Hintergrund der o.g. Haltungsfrage, sind hier zwei Mitarbeiter-Typen identifizierbar: (1) Für die primär am Leben orientierten Mitarbeiter ist die Umstellung auf ‚Sterbendenpflege‘ schwierig, während sich (2) für Mitarbeiter, die sich primär am Bewohnerwillen orientieren, eine Umstellung gleichsam gar nicht ergibt, weil jener Bewohnerwille den ‚roten Faden‘ in der Pflege bildet und sich dem entsprechend der Behandlungsstil problemlos ändern kann.

### **...und eine Organisationsfrage:**

In den befragten Heimen zeigt sich eine typische Arbeitsteilung zwischen Hospizbegleitung und Palliativversorgung entlang der Linie pflegendes Personal vs. nicht-pflegendes Personal/Nicht-Personal (Angehörige, Ehrenamtliche). Das Pflegepersonal, insbesondere die Fach-, aber auch die Hilfskräfte, werden in ihrer Praxis vornehmlich mit medizinisch-pflegerischen Anforderungen konfrontiert und profitieren demnach von einer palliativen Weiterbildung im Sinne ‚guter Versorgungspraxis‘. Eine Begleitung im hospizlichen Sinn erfolgt – nicht zuletzt aus Zeitgründen – eher durch Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung (Sozialer Dienst, Seelsorge), Hilfskräfte (u.a. Betreuungskräfte nach §43c SGB XI), Ehrenamtliche aus den ambulanten Hospizdiensten und/oder Angehörige.

### **Das vorhandene Personal ist recht gut qualifiziert, mit ‚Luft nach oben‘,...**

60% der antwortenden Einrichtungen schätzen die erreichte Qualität im Bereich Hospiz und Palliativ als ‚gut‘ ein (Durchschnittsnote 2,4), knapp ein Drittel gibt sich die Note 3. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der erreichten Kompetenz in der Praxis von Hospizkultur und Palliative Care‘: knapp 2/3 der Heime schätzen sich hier als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ ein, 1/3 gibt sich hier die Note 3. Bezüglich der Qualifizierung der Mitarbeiter im Bereich Hospizkultur und Palliativkompetenz geben 94% der Einrichtungen an, über entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter zu verfügen, der Rest plant solche. Die Qualifizierung erfolgt dabei nach verschiedenen Strategien: 69% der antwortenden Einrichtungen verfolgen das Ziel, einzelne Mitarbeiter durch eine anerkannte Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen zu *Spezialisten* für das Thema Hospizkultur und Palliativkompetenz zu schulen; 57% streben Basisqualifizierungen von mindestens 40 Std. für einzelne Mitarbeiter an (11% für alle Mitarbeiter). Pflegefachkräfte mit einer Weiterbildung Palliative Care von mindestens 160 Stunden finden sich in allen untersuchten Heimen.

### **...vor allem aber zu wenig:**

Mit Blick auf die zusätzlichen und komplexer werdenden Aufgaben und Ansprüche einer qualitativen Sterbendenversorgung zeigt sich die ohnehin schon beklagte Ressourcenknappheit in neuem Maße. Fehlende Mittel für eine entsprechende Qualifizierung aller Mitarbeiter und vor allem nicht ausreichendes Fachpersonal für die Versorgung der Bewohner (was mit dem Absenken bzw. Nichterfüllen der Fachkraftquote einher geht), für die Kooperation mit externen Akteuren sowie für die Arbeit mit Angehörigen stellen für die Heime eine tägliche Herausforderung dar. Darüber hinaus verhindern Mitarbeiterfluktuation und ein relativ hoher Krankenstand eine verlässliche Planung.<sup>2</sup> Die Mehrzahl der antwortenden Heime (65%) bemängelt in diesem Zusammenhang auch, dass das Hospiz- und Palliativgesetz für die stationäre Pflege insgesamt und gerade am Lebensende nur unzureichende Ressourcen vorsieht.

### **Das vernetzte Heim – Kooperation mit externen Akteuren:**

Nach wie vor sind die Hausärzte der Bewohner zentrale Ansprech- und Kooperationspartner für die Heime. Empirisch zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer gelingenden Kooperation mit Hausärzten (vor allem mit anerkannter Fort-/Weiterbildung in Palliative Care) und weniger Krankenhauseinweisungen der Bewohner. Die Kooperation mit Hausärzten wird auch von 90% der Einrichtungen grundsätzlich als befriedigend, in 64% der Einrichtungen sogar als ‚gut‘ bzw. ‚sehr gut‘ bewertet – vor allem von Heimen, die sich intensiv mit dem Thema Sterbendenversorgung beschäftigen. Das hängt u.a. mit der damit einhergehenden Kompetenz der Heime zusammen, die eine Zusammenarbeit ‚auf Augenhöhe‘ fördert. Ist die Zusammenarbeit mit Hausärzten eher schlecht, führen das die Heime auf folgende Gründe zurück: (1) eine geringe Wertschätzung der palliativen Kompetenz der Pflegekräfte, (2) Zurückhaltung in der Verschreibung von Schmerzmitteln und Verordnungen (SAPV), (3) eine geringe Qualifizierung der Hausärzte im Bereich Palliative Care, (4) die räumliche Distanz und damit zusammenhängend wenige Hausbesuche, (5) die schlechte Erreichbarkeit (6) sowie die grundsätzlich ablehnende Haltung und geringe Kooperationsbereitschaft gegenüber palliativmedizinischen Akteuren. Auch auf Seiten der Hausärzte ist also weitere Qualifizierung und Information nötig. Daneben sind Fachärzte, Haupt- und Ehrenamtliche aus ambulanten Hospizdiensten sowie SAPV Teams weitere zentrale Kooperationspartner für Heime – entweder organisiert in einem Netzwerk oder auch auf informeller Ebene. Die Studie zeigt auch, dass eine (gesetzlich geforderte) formale Zusammenarbeit bspw. mit ambulanten Hospizen noch nichts über die praktisch gelebte

Kooperation im Heimalltag aussagt. Als zielführend für eine aktive Zusammenarbeit haben sich eine gemeinsame Konzeptentwicklung und ein regelmäßiger offener Austausch erwiesen.

### Fazit:

Vor dem Hintergrund der skizzierten ausgewählten Befunde und der eingangs erwähnten Positivselektion erscheint die Situation für Sterbende im Heim nicht schlecht, aber ausbaufähig. Gerade mit Blick auf die kommenden Herausforderungen angesichts des demographischen Wandels und die Ansprüche der zunehmend individualisierten Generationen, die da sterben werden, muss sich das Heim in Zukunft neu erfinden: Von der Einrichtung des Lebensabends bei Pflegebedarf hin zu einem Ort der guten Versorgung, Betreuung und Begleitung im Sterben. Dafür müssen bereits jetzt Weichenstellungen vorgenommen werden, die einen komplexen Organisationsumbau und Entwicklungsprozess hin zum Heim der 6. Generation ermöglichen (angelehnt an die KDA-Generationenabfolge des Altenwohnbaus). Dabei wird das zukünftige Heim im 21. Jahrhundert auch völlig andere Ressourcenanforderungen aufweisen: (1) Es wird mehr an Fachkräften mit anderen Aufgaben- und Verantwortungsprofilen und einer anderen Haltung als bisher benötigen, (2) es wird sich umfassend vernetzen und (3) eine aktive Rolle vor Ort im Stadtteil, im Quartier einnehmen müssen.

Für eine ausführlichere Ergebnisdarstellung und -diskussion sowie die abgeleiteten Handlungsempfehlungen siehe den Ergebnisbericht unter:

<https://www.zig.uni-augsburg.de/forschung/lebensende/Sterben-zuhause-im-Heim/>.

### Basisinformationen zum Projekt:

Laufzeit:	1.11.2015-31.10.2017
Projektförderung:	Bundesministerium für Gesundheit
Beteiligte Institutionen:	Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) der Universität Augsburg; Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) München
Projektleitung:	Prof. Dr. Werner Schneider (Universität Augsburg, Direktor des ZIG), <a href="mailto:lebensende@zig.uni-augsburg.de">lebensende@zig.uni-augsburg.de</a> , Tel. 0821-598-5570 (Sek.) /-5679
Stellvertr. Projektleitung:	Helga Dill (IPP), Wolfgang Gmür (IPP)
Projektkoordination	Dr. Julia von Hayek (wissenschaftliche Geschäftsführerin des ZIG)
Weitere Projektmitarbeiter (in alphabet. Reihenfolge):	Stephan Marek, Stefanie Schneider, Stephanie Stadelbacher (alle Universität Augsburg)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

<sup>1</sup> Im Jahre 2001 ereigneten sich 12,2% aller Sterbefälle im Heim (1.414), in 2011 waren es bereits 19% (2.365). Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171320/Sterbeorte>

<sup>2</sup> Der Krankenstand in den Pflegeberufen ist in den vergangenen vier Jahren um 0,6 Prozent auf 6,7 Prozent gestiegen und liegt damit „nicht nur 1,4 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt, sondern ist auch um 0,2 Prozent schneller gestiegen als im Durchschnitt.“ Außerdem sind Pflegekräfte nicht nur öfter, sondern auch länger krank als der Durchschnitt. Vgl. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Praxisseiten\\_Pflege/10.0.1\\_Service\\_Material.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/10.0.1_Service_Material.pdf).