



«Palliative Praxis»

Eine empirische Untersuchung zu
Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnissen
von Mitarbeitern in der
ambulanten und stationären
Altenhilfe und Altenpflege

im Auftrag der
Robert Bosch Stiftung
Stuttgart

Abschlussbericht - Kurzfassung

Prof. Dr. Michael Ewers MPH

Juli 2005

1. Einführung, Zielsetzung und Fragestellung

Menschen am Ende des Lebens¹ zu begleiten ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Sie stellt auf unterschiedlichen Ebenen an alle daran beteiligten Personen, Organisationen und Institutionen hohe Anforderungen, denen bislang – trotz zahlreicher Anstrengungen – oft nicht hinreichend entsprochen werden kann. Eben hier setzt eine von der Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart gestartete Initiative zur Förderung von Innovationen in der Versorgung von Menschen am Lebensende an: das Programm «Palliative Praxis». Dessen Ziel ist es, Mitarbeiter der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege besser als bislang auf ihre Aufgaben bei der Begleitung von Menschen am Lebensende vorzubereiten und ihnen bei der Anpassung an den veränderten Bedarf dieser Patientengruppe die notwendige qualifikatorische Unterstützung anzubieten. Der Einführung und Umsetzung der im Rahmen des Programms «Palliative Praxis» zu entwickelnden Fortbildungsangebote wurde eine im Auftrag der Robert Bosch Stiftung durchgeführte empirische Untersuchung vorgeschaltet. Deren Ziel war es, Erkenntnisse über die aktuellen Herausforderungen bei der Pflege und Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen zusammenzutragen, subjektive Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse der in der Regelversorgung tätigen Mitarbeiter zu erheben und die Rahmenbedingungen für eine Einführung von Fortbildungsangeboten im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege zu eruieren. Durch die Bereitstellung dieser Erkenntnisse sollen die zu entwickelnden Fortbildungsangebote auf eine gesicherte empirische Basis gestellt sowie deren Akzeptanz bei den potentiellen Nutzern und deren Passgenauigkeit mit den Problemlagen und Anforderungen in der Praxis erhöht werden. Konkret wurde in der an der Fachhochschule München durchgeführten Untersuchung einer doppelten Fragestellung nachgegangen:

- Wie stellt sich hierzulande die Situation schwer kranker und alter Menschen am Lebensende dar, welche konkreten Problemlagen und Herausforderungen stellen sich bei der Pflege und Versorgung dieser Patientengruppe und welche Anknüpfungspunkte zur Verbesserung sind zu erkennen?
- Wie nehmen Mitarbeiter in regelversorgenden Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege die Herausforderungen bei der Versorgung von Menschen am Lebensende aus ihrer subjektiven Sicht wahr und in welchen Bereichen bzw. in welcher Form wünschen sie sich konkrete qualifikatorische Unterstützung?

2. Methodisches Vorgehen und empirische Datenbasis

Zur Beantwortung dieser explorativ ausgerichteten Fragestellung wurde in einem ersten Arbeitsschritt zunächst eine *literaturgestützte Ausgangsanalyse* zum Stand der Diskussion und Erkenntnisse zu Fragen der Versorgung Menschen am Ende des Lebens durchgeführt. In einem zweiten Arbeitsschritt wurde zwischen November 2004 und Mai 2005 eine aus drei Bausteinen bestehende und analog der oben genannten Fragestellung *qualitative empirische Un-*

¹ Ist hier und im Folgenden von Menschen am Ende des Lebens die Rede, liegt dem ein weites Verständnis des Lebensendes zugrunde, das nicht einzig auf die letzten Stunden und Tage oder gar die terminale Krankheitsphase begrenzt ist. Vielmehr rücken mitunter viele Monate oder Jahre ins Blickfeld. In diesem Zeitraum können palliative Interventionsstrategien gleichberechtigt neben solchen mit präventiver, kurativer oder rehabilitativer Ausrichtung zur Anwendung kommen und dazu beitragen, die vielfältigen Belastungen durch nicht mehr heilbare Erkrankungen oder fortgeschrittenes Alter zu lindern sowie die Lebensqualität der Patienten und ihres sozialen Umfeldes durch hierfür geeignete medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Maßnahmen systematisch zu erhöhen.

tersuchung durchgeführt. In deren Zentrum standen vier themengleiche Gruppendiskussionen – so genannte *Focus Groups* – mit insgesamt 31 pflegerischen Mitarbeitern aus Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege an verschiedenen Standorten (München, Bad Tölz, Kassel und Hildesheim). Ergänzt wurden diese durch 10 *leitfadengestützte Interviews mit Leitungskräften* ambulanter und stationärer Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege sowie durch 10 *Leitfadeninterviews mit niedergelassenen Ärzten*. Voraussetzung für die Mitwirkung war u. a., dass es sich bei den befragten Praktikern nicht um Experten auf dem Gebiet der Palliativversorgung handelte und dass noch keine Qualifizierungsmaßnahmen zu diesem Thema besucht wurden. Die erhobenen subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen der Praktiker wurden allesamt audiotekhnisch aufgezeichnet, teilweise transkribiert, anschließend einem mehrstufigen Codierungsverfahren unterzogen und schließlich variablenorientiert ausgewertet. Dabei richtete sich das Hauptaugenmerk auf die Problemwahrnehmung der befragten Akteure sowie auf ihre Erwartungen an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Versorgung von Menschen am Lebensende. Zwar lassen sich aus den vorliegenden Daten keine generalisierenden Aussagen ableiten, dennoch vermitteln die vorliegenden Befunde einen interessanten Einblick in den Alltag, die Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege und können somit als solide Grundlage für die Beantwortung der die Untersuchung leitenden Fragestellung dienen.

3. Zur Situation von Menschen am Lebensende – Literaturteil

Allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen – darunter vor allem der demographische und epidemiologische Wandel – wirken sich auf die Situation von Menschen am Lebensende nachhaltig aus und gehen mit einem weit reichenden Anforderungswandel einher. Hinzuweisen ist etwa auf die wachsende Zahl an Sterbenden in hohem und höherem Lebensalter, die mit der Zunahme chronischer Krankheiten einhergehende Verlängerung der letzten Lebensphase, die kulturelle Überformung dieses Lebensabschnitts durch Medizin und Krankenversorgung, die ungebrochene Institutionalisierung am Lebensende oder auch die Tatsache, dass sich das Lebensende aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts immer mehr zu einer aktiv zu gestaltenden Phase des Lebens mit diversen Entscheidungszwängen entwickelt. Inzwischen wurden in Anlehnung an internationale Vorbilder auch hierzulande intensive Bemühungen eingeleitet, um diesen diversen Anpassungserfordernissen in Theorie und Praxis Rechnung zu tragen und eine an den Leitvorstellungen der «Palliative Care» orientierte Versorgungspraxis zu fördern. Viele dieser Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, Spezialstrukturen für die Versorgung von Menschen am Lebensende aufzubauen, beispielsweise in Gestalt stationärer Palliativstationen, stationärer Hospize oder – in weitaus geringerem Umfang – auch ambulanter Spezialpflegedienste oder Palliative-Care-Teams. Auch sind sie überwiegend auf ausgewählte Patientengruppen – speziell Menschen mit Krebserkrankungen – konzentriert und um die Ausbildung einer speziellen Expertise für die Versorgung dieser Klientel bemüht. Die dabei in den zurückliegenden Jahren erzielten Erfolge sind beeindruckend. Übersehen wird aber noch allzu oft, dass auch und gerade die etablierten Einrichtungen des Gesundheitssystems sowie die in ihnen tätigen Mitarbeiter auf die gestiegenen Anforderungen bei der Versorgung alter, schwer kranker und sterbender Menschen am Lebensende besser vorbereitet werden müssen, um auch flächendeckend qualifizierte Versorgungsangebote für diese Klientel gewährleisten zu können. Auch und gerade in traditionellen Wohn- und Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten oder den Praxen niedergelassener Ärzte bedarf es eines gesteigerten Bewusstseins

für die veränderte Situation von Menschen am Lebensende wie auch entsprechender Kenntnisse und Kompetenzen, um auf den damit verbundenen Anforderungswandel reagieren und flächendeckend eine qualifizierte Versorgung gewährleisten zu können. Der Förderung einer «Palliativen Praxis» in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in den kommenden Jahren verstärkte Aufmerksamkeit erfahren müssen. Das von der Robert Bosch Stiftung auf den Weg gebrachte gleichnamige Projekt stellt einen wichtigen Schritt auf diesem Weg dar.

4. «Sich wirklich drauf einlassen können...» – Empirischer Teil

Wird danach gefragt, welche Erfahrungen Pflegende, Führungskräfte und Ärzte in der Begleitung mit Menschen am Lebensende gesammelt haben, welche Bedeutung die Begleitung Sterbender in ihrem Alltag einnimmt und wodurch sie sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe individuell herausgefordert fühlen, ergibt sich folgendes Bild: Die Begleitung von Menschen am Lebensende, insbesondere aber von Sterbenden, hat in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege unterschiedlich große quantitative Bedeutung. Für die ambulante Pflege spielt das Thema nach den Erfahrungen der Befragten eine geringere Rolle als in der stationären Versorgung. Auf Seiten der in die Untersuchung einbezogenen Praktiker zeigen sich zudem große individuelle Erfahrungsunterschiede mit Blick auf die Pflege und Versorgung von Menschen am Lebensende. Heterogen sind auch die individuellen Bezüge zum Thema, beispielsweise zwischen Alten- und Krankenpflegekräften oder zwischen Ärzten und Pflegenden. Wenn gleich die Begleitung von Sterbenden für das professionelle Selbstverständnis große Bedeutung hat, fehlt es nach übereinstimmender Ansicht der Befragten aber an der gesellschaftlichen Anerkennung und Würdigung ihres Einsatzes und folglich auch an den dafür erforderlichen Rahmenbedingungen – ein Faktor, der die Umsetzung ihrer professionellen Ansprüche und ihrer Sterbeideale erheblich erschwert. Mit der Pflege und Versorgung von Menschen am Lebensende sind aus Sicht der Befragten eine ganze Reihe mehr oder weniger komplexer Herausforderungen verbunden. Hierzu gehört vornehmlich der Umgang mit dem Faktor Zeit im Pflege- und Versorgungsalltag, mit Nähe und Distanz und den verschiedenen Dimensionen der Gefühlsarbeit, mit der Interaktions- und Kommunikationsgestaltung rund um das Thema Sterben und Tod sowie mit der Umstellung der Behandlungsstrategie auf vorwiegend palliative Maßnahmen bzw. den dabei entstehenden Entscheidungskonflikten. Schließlich stellt auch die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen im Versorgungsalltag spezielle Anforderungen. Bemerkenswert ist allerdings, dass genuin pflegerische oder auch klinische Aspekte im Umgang mit alten, schwer kranken und sterbenden Menschen von den Befragten mehrheitlich nicht als besonders problematisch angesehen werden. Dem entsprechend werden sie in den Gruppendiskussionen und Interviews im Zusammenhang mit den Herausforderungen am Lebensende wenn überhaupt, dann lediglich am Rande thematisiert.

Rücken Aspekte der Qualifikation und Qualifizierung in den Vordergrund, wird deutlich, dass sich Altenpflegekräfte durch ihre Ausbildung überwiegend gut für Begleitung von Menschen am Lebensende qualifiziert fühlen, dagegen sehen Krankenpflegekräfte bei sich grundlegende Defizite. Wenn gleich sich die Pflegenden übereinstimmend vor allem ein höheres Maß an gesellschaftlicher Anerkennung ihrer Leistungen wünschen, signalisieren sie in der Summe eine große Bereitschaft zur Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen. Aus Sicht der Führungskräfte müssten die Pflegenden intensiver für die mit der Pflege und Versorgung von Sterbenden einhergehenden Belastungen sensibilisiert und im Umgang damit geschult werden. In genuin pflegerischen Fragen werden auf Seiten der Mitarbeiter hingegen keine oder allenfalls geringe

Probleme ausgemacht. Von den niedergelassenen Ärzten erwarten die Leitungskräfte dagegen ein höheres Maß an Fortbildungsbereitschaft. Die niedergelassenen Ärzte selbst wiederum vermitteln mehrheitlich den Eindruck, dank ihrer Qualifikation angemessen auf die Begleitung Sterbender vorbereitet worden zu sein. Sie halten sich auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse und nehmen ihre Verpflichtung zur Fortbildung – auch in Fragen der Palliativmedizin – ernst. Grundlegende und dringend zu behebende Qualifikationsdefizite wollen sie indessen auf Seiten der Pflegenden ausgemacht haben.

Tendenziell wichtiger als Aus-, Fort- und Weiterbildung sind für Pflegende, Leitungskräfte und niedergelassene Ärzte gleichermaßen eine menschliche Haltung und Einstellung gegenüber den Sterbenden und den mit ihrer Versorgung einhergehenden Anforderungen. Zudem spielen nach Ansicht der Befragten Intuition, Einfühlungsvermögen, Lebens- und Berufserfahrung für die Begleitung von Menschen am Lebensende eine große Rolle. Klinische und genuin pflegerische Themen und Inhalte sind den Befragten weniger wichtig, als die Beschäftigung mit psycho-sozialen Aspekten der Begleitung Sterbender, die Vermittlung sozial-kommunikativer Kompetenzen, die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Lebensstilen und Lebenswelten, mit kulturellen, ethischen und religiösen Konfliktfeldern und mit Rechtsfragen. Die Angehörigenarbeit wird von Leitungskräften und Ärzten für wichtig erachtet, die Pflegenden selbst messen dem Thema tendenziell weniger Bedeutung bei. Einig sind sich die Befragten dahingehend, dass in den Fortbildungen zum Thema «Palliative Praxis» weniger Wissensvermittlung als vielmehr der Erfahrungsaustausch untereinander im Zentrum stehen sollte. Die Ärzte wünschen sich vorwiegend einen fallorientierten Erfahrungsaustausch, bei den Pflegenden und Leitungskräften stehen der persönlichkeitsorientierte Erfahrungsaustausch sowie moderate Formen der Selbsterfahrung im Vordergrund. Darüber hinaus haben Praxisorientierung und praktische Erprobungsmöglichkeiten des Gelernten in der direkten Begegnung mit Patienten hohe Priorität.

Geht es um die konkrete Umsetzung von Fortbildungsangeboten, wird Praxiseinrichtungen, vor allen aber der Hospizbewegung und ihren Spezialeinrichtungen (Hospizen) großes Vertrauen entgegengebracht. Als Referenten werden solche mit einer ausgewiesenen Praxisnähe und mit psycho-sozialer oder seelsorgerlicher Kompetenz bevorzugt. Neben praktischen Theologen werden auch Hospizmitarbeiter als Referenten in Betracht gezogen. Die Befragten sprechen sich mehrheitlich für multidisziplinäre Fortbildungsangebote aus, allerdings wird deren Realisierbarkeit von Seiten der Leitungskräfte aufgrund von Standes- und Qualifizierungsunterschieden zwischen Pflegenden und Ärzten in Zweifel gezogen. Nicht nur die Teilnehmer, auch die Referenten sollten multidisziplinär zusammengesetzt sein, wobei der Pflege und der ihr eigenen Expertise insgesamt geringes Gewicht beigemessen wird.

Während Ärzte eher für punktuelle und kurzzeitige Fortbildungsangebote unter der Woche und vor Ort plädieren, sprechen sich Pflegende und Leitungskräfte eher für längere und in Blockform organisierte Veranstaltungen fernab des eigenen Arbeitsalltags aus. Leitungskräften liegt zudem an einer Verstetigung der Fortbildungsangebote und der von ihnen ausgehenden Effekte sowie einer Verknüpfung mit organisatorischen Anpassungsprozessen. Ressourcenfragen und solche der praktischen Umsetzung stehen nicht so sehr im Zentrum der Überlegungen der Praktiker. Grundsätzlich wird die Kostenneutralität der Fortbildungsangebote als wichtig angesehen. Daneben besteht die Möglichkeit im Bedarfsfall in begrenztem Umfang auf Ressourcen von Trägern und übergeordneten Organisationen zurückgreifen zu können. Größere Bedeutung hat für die Befragten aber die ideelle Unterstützung ihrer Vorhaben.

5. Diskussion und Empfehlungen

Menschen am Ende des Lebens zu begleiten – so wurde zu Beginn festgestellt – ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die auf unterschiedlichen Ebenen an alle beteiligten Personen, Organisationen und Institutionen hohe Anforderungen stellt. Welcher Art diese sind, haben die in dieser Untersuchung gewonnen Einblicke in die Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege eindrücklich gezeigt. Werden diese Befunde aus wissenschaftlicher Sicht einer kritischen Gesamtbetrachtung unterzogen, wird zunächst positiv hervorzuheben sein, dass die Praktiker in der Regelversorgung der würdigen Begleitung alter, schwer kranker und sterbender Menschen schon heute einen hohen Stellenwert beimessen. Umso ernster sollten die vorgebrachten Klagen der Praktiker über die Ausgrenzung von Alter, Krankheit, Sterben und Tod und damit auch der davon betroffenen Menschen aus der öffentlichen Aufmerksamkeit genommen werden. Sie sind ein Hinweis auf die *unzureichende gesellschaftliche Diskussion über die Versorgung von Menschen am Lebensende* unter sich nachhaltig verändernden demographischen und epidemiologischen Bedingungen. Wichtige Fragen, beispielsweise auch über den Stellenwert einer palliativen Versorgung von alten, schwer kranken und sterbenden Menschen, sind aufgrund dessen noch vielfach unbeantwortet – mit ernst zu nehmenden Konsequenzen.

In den empirischen Befunden dieser Untersuchung war zudem unübersehbar, dass die erweiterten Möglichkeiten der modernen Medizin am Ende des Lebens weit reichende Entscheidungskonflikte produzieren. Betroffen davon sind einerseits die Patienten und ihre Angehörigen. Andererseits bleiben aber auch die involvierten Gesundheitsprofessionen von diesen Konfliktagen nicht unberührt. Als problematisch erweist sich ein grundsätzlicher *Mangel an tragfähigen Formen und Verfahren der klinischen Entscheidungsfindung am Lebensende*. Dem zu begegnen, hat unzweifelhaft hohe Priorität.

Schließlich war sowohl der Literatur als auch den empirischen Befunden zu entnehmen, dass dem Wunsch der meisten Menschen nach einem Lebensende im privaten Umfeld, noch kaum in der ihm gebührenden Weise entsprochen werden kann. Neben fehlenden Rahmenbedingungen wirkt sich das *tendenziell geringe Engagement für eine prioritär häusliche Pflege und Versorgung von Menschen am Lebensende* ungünstig aus. Insgesamt wird das Bewusstsein dafür gestärkt werden müssen, dass etablierte Strukturen und Arbeitsweisen, Rollen- und Aufgabenverständnisse sowie Qualifikationen auf den Prüfstand gestellt werden müssen, um dem Wunsch alter, schwer kranker und sterbender Menschen nach einem Lebensende im privaten häuslichen Umfeld Rechnung tragen zu können.

Zu den aus Qualifizierungsgesichtspunkten interessanten empirischen Befunden dieser Untersuchung gehört, dass unter der Überschrift «Palliative Praxis» nahezu durchgängig auf die letzten Tage und Stunden des Lebens – die so genannte «terminale Phase» (Ewers/Schaeffer 2005b) – Bezug genommen wurde. Letztlich spiegelt sich darin die auch in der allgemeinen Öffentlichkeit meist *verkürzte Sichtweise auf die Versorgung am Ende des Lebens und die Möglichkeiten einer qualifizierten Palliativversorgung*. Dass palliative Strategien beispielsweise auch dazu beitragen können, alten und hochaltrigen Menschen das Leben mit ihren Krankheitssymptomen oder nicht mehr revidierbaren Funktionsstörungen zu erleichtern, wird noch kaum wahrgenommen.

Geht es um den Fortbildungsbedarf in Sachen «Palliative Care» und damit um die Anpassung der Qualifikationen der Gesundheitsprofessionen an die veränderten Anforderungen bei der

Versorgung am Lebensende stimmt bedenklich, dass die Praktiker einer humanen Einstellung in Verbindung mit umfänglicher Lebens- und Berufserfahrung größere Bedeutung beimessen wollen als einer fachlich fundierten Qualifikation. Übersehen wird, dass diese *Präferenz für intuitiv-erfahrungsgestütztes Handeln am Lebensende* dem Anliegen von «Palliative Care» zuwiderläuft. Die im Datenmaterial auf Seiten von Pflegenden und Ärzten erkennbare *Theorieferne und sogar Theorieskepsis* dürfte sich bei der Bewältigung der am Lebensende anstehenden professionellen Herausforderungen als kritisches Hindernis erweisen.

Problematisch für die Implementierung einer «Palliativen Praxis» ist darüber hinaus auch das *vorprofessionelle Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege*, das im Datenmaterial in unterschiedlichen Varianten zum Vorschein kommt. Sowohl Pflegenden, Führungskräfte als auch Ärzte haben offensichtlich Schwierigkeiten damit, die Rolle der Pflege bei der Versorgung von Menschen am Lebensende eindeutig zu definieren und diese gegenüber anderen professionellen Akteuren abzugrenzen. Eine Vision von einer professionellen Palliativpflege scheint auf Seiten der in der Regelversorgung tätigen Praktiker ebenso wenig zu existieren, wie entsprechende Rollenvorbilder, denen es in der Praxis nachzueifern gälte.

Im Großen und Ganzen sprechen sich die Befragten für Fortbildungsformen aus, die weniger kognitiv und damit auf Erkenntnisprozesse oder Wissensvermittlung angelegt sind. Vielmehr ist ihnen an Meinungsbildung und Erfahrungsaustausch gelegen. Inwieweit damit dem tatsächlichen Qualifizierungsbedarf entsprochen werden kann, ist vor dem Hintergrund vorliegender Erkenntnisse aus vergleichbaren Initiativen kritisch zu hinterfragen. Wenn gleich die Praktiker interessante Ideen für die Gestaltung von Fortbildungen vorbringen, lassen die Daten in der Summe auf eine *Diskrepanz zwischen subjektiven Fortbildungswünschen und objektivem Fortbildungsbedarf* schließen, die sich bei der Gestaltung von entsprechenden Angeboten als Implementierungshindernis entpuppen könnte.

Bei der Begleitung von Menschen am Lebensende lassen sich die Praktiker mehr oder weniger bewusst von Sterbeidealen leiten, deren Realisierung sich im Alltag – etwa aufgrund zuwiderlaufender Kontextbedingungen – als ausgesprochen problematisch erweist. Zurück bleibt dann oftmals ein Gefühl von Ohnmacht, dass sich in eine *schleichende emotionale Überforderung* zu verwandeln droht. Die Reaktionen darauf sind – den vorliegenden Befunden zufolge – unterschiedlich. Nicht eben selten schlagen sie sich aber in einem ausgeprägten Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und Würdigung nieder, das den Begegnungen mit den Praktikern ihren prägenden Charakter verliehen hat.

In großer Übereinstimmung sprechen sich die befragten Akteure für multidisziplinäre Fortbildungsangebote aus. Dem steht die nach wie vor *hierarchische Kooperationsgestaltung zwischen Medizin und Pflege* ebenso im Wege wie beispielsweise die große Zahl der einzubindenden Ärzte. Darüber hinaus sind die *z. T. deutlich voneinander abweichenden Erwartungen und Wünsche der Pflegenden und Ärzte an Fortbildungen zum Thema «Palliative Praxis»* zu berücksichtigen. Schließlich ist in Erinnerung zu rufen, dass die Resonanz von Seiten niedergelassener Allgemeinärzte auf Fortbildungsangebote zum Thema «Palliative Care» nach vorliegenden Erkenntnissen tendenziell ausgesprochen gering ausfällt. All dies stellt sich bei der Gestaltung von multidisziplinären Fortbildungsangeboten als große Herausforderung dar.

Bleibt an dieser Stelle noch darauf hinzuweisen, dass Initiativen für eine zukunftsorientierte Qualifizierung – wie sie beispielsweise mit dem Programm «Palliative Praxis» gestartet wurden – große Bedeutung beizumessen ist. Allerdings war bei derartigen, auf die Qualifikation einzel-

ner Mitarbeiter ausgerichteten Maßnahmen in der Vergangenheit allzu oft eine *unzureichende Verknüpfung von Personal- und Organisationsentwicklung* zu beobachten. Dabei dürfte unstrittig sein, dass nicht nur die Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter, sondern ebenso die Strukturen und Prozesse in den Einrichtungen auf den veränderten Bedarf alter, schwer kranker und sterbender Menschen abgestimmt werden müssen. Den Führungskräften scheint dies durchaus bewusst zu sein, was sich für die Implementierung von entsprechenden Fortbildungsangeboten als wichtiger strategischer Anknüpfungspunkt erweisen könnte.

Basierend auf den zuvor dargelegten und diskutierten Untersuchungsergebnissen werden nunmehr abschließend einige konkrete Empfehlungen formuliert. Sie sollen der von der Robert Bosch Stiftung eingesetzten Expertengruppe in Ergänzung der bereits dargelegten Erkenntnisse als Anhaltspunkte und Orientierungsmarken bei der Entwicklung, curricularen Ausgestaltung und Implementierung von Fortbildungsmodulen dienen. Die im Abschlussbericht ausführlich dargelegten Empfehlungen werden hier in kursorischer Form zusammengefasst:

- Weil den Praktikern der Begriff «Palliative Praxis» und die damit verbundenen Leitvorstellungen noch weitgehend fremd waren, erscheint es ratsam, für das Fortbildungsangebot einen *möglichst konkreten, hinreichend selbsterklärenden und inhaltlich offenen Titel* zu wählen (z. B. «Pflege und Versorgung am Ende des Lebens»). Die inhaltliche Klärung des Konzepts wird zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Fortbildung erfolgen können.
- Nach Möglichkeit sollten *bereits im Vorfeld Führungskräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen als Kooperationspartner* in die Fortbildungsinitiative eingebunden werden, um beispielsweise die Rekrutierung ausgewählter und besonders engagierter oder geeigneter Teilnehmer aus den Praxiseinrichtungen zu organisieren.
- Mit Blick auf die gewünschten multidisziplinären Fortbildungen erscheint aufgrund vorliegender Erfahrungen empfehlenswert, die Erwartungen nicht allzu hoch anzusetzen, zunächst mit der *exemplarischen Einbindung einiger motivierter und aufgeschlossener niedergelassener Ärzte* zu beginnen und die dabei gesammelten Erfahrungen auszuwerten.
- Die Anregung der Führungskräfte aufgreifend, wird der *Suche nach Möglichkeiten zur Verstetigung und nachhaltigen Wirkung* der Fortbildungseffekte von Anfang an besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein, um den Fortbildungserfolg mit stützenden Strukturen vor Ort verstetigen und die gewünschten Wirkungen entfalten zu können.
- Bedenkenswert ist auch die Idee der Führungskräfte zur *Qualifizierung von Multiplikatoren und so genannten «Agenten des Wandels»* («Change Agents»). Auf diese Weise ließe sich in den Einrichtungen ein Bewusstsein für die Herausforderungen bei der Pflege und Versorgung am Lebensende wecken, eine konkrete Ansprechperson vor Ort installieren und die schrittweise Implementierung von palliativen Versorgungsansätzen vorantreiben.
- Um eine *ausgewogene Mischung von kognitiven, affektiven und pragmatischen Lehr- und Lernformen* zu ermöglichen, gilt es, den Praktikern den *Nutzen theoretischer Kenntnisse über die Versorgung von Menschen am Lebensende* nahe zu bringen, sich mit *Einstellungen und Leitvorstellungen der Teilnehmer intensiv auseinanderzusetzen* und den Wunsch nach *praxisnahen Lernformen möglichst in direktem Patientenkontakt* ernst zu nehmen.
- Viel versprechend ist die Orientierung an dem von ärztlicher Seite favorisierten *fallorientierten Erfahrungsaustausch*. Darüber hinaus wird der *Vermittlung praktischer Fertigkeiten und Handlungskompetenzen*, die unmittelbar umsetzbar sind, besonderer Wert beizumessen sein, um den Praktikern ebenso rasche wie motivierende Lernerfolge zu ermöglichen.

- Zu den zentralen inhaltlichen Herausforderungen zählt die *Erweiterung der verengten Perspektive auf die Versorgung am Ende des Lebens* wie auch die Auseinandersetzung mit *Aufgaben der Pflege bei der Integration informeller Helfer*. Nicht zuletzt wird *klinischen Aufgaben bei der Versorgung von Menschen am Lebensende* eine exponierte Position bei der inhaltlichen Ausgestaltung entsprechender Fortbildungsangebote einzuräumen sein.
- Die *Ermöglichung von prioritär häuslichen Pflege- und Versorgungsangeboten am Lebensende* hat hohe Priorität. Eng damit verbunden ist die Notwendigkeit, der *organisations- und professionsübergreifenden Kooperation und Koordination* größeres Gewicht zu verleihen und die *Einübung einer disziplinübergreifenden Teambildung und Teamarbeit* auf die Tagesordnung zu setzen. Schließlich wird auch die Auseinandersetzung mit der *Idee der integrierten Versorgung* am Lebensende vorangetrieben werden müssen.
- Besonderes Augenmerk ist in Fortbildungen zum Thema «Palliative Praxis» schließlich auf die *Förderung der Professionalisierung der Pflege* zu richten. So wird es – entgegen den Wünschen und Erwartungen der Praktiker – sinnvoll sein, *Pflegeexperten für «Palliative Care» als Referenten* einzubinden und der *Vermittlung genuin pflegerischer Kenntnisse und Kompetenzen wie auch der Auseinandersetzung mit pflegerischen Interventionskonzepten* besonderes Gewicht beizumessen.
- Letztlich wird in entsprechenden Fortbildungsangeboten zu vermitteln sein, dass es sich bei «Palliative Care» um einen *professionellen Versorgungsansatz* handelt, der weniger auf Menschlichkeit, Intuition und erfahrungsgestütztem Handeln basiert. Vielmehr geht es um wissensbasierte und evidenzbaiserte Kenntnisse und Kompetenzen für die Versorgung von alten, schwer kranken und sterbenden Menschen, zu deren Entwicklung insbesondere auch die professionelle Pflege entscheidende Beiträge geleistet hat.

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Ewers MPH
 Projektmitarbeiter: Dr. Sylvia Dietmaier-Jebara, Dipl. Soz.
 Stefanie Richter, Dipl. Pfl egewirtin (FH), cand. Dr. phil.
 Inga Schauder (SHK)

Projektlaufzeit: November 2004 – Mai 2005
 Projektförderung: Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Impressum:

Prof. Dr. Michael Ewers MPH
 Fachhochschule München
 Fachbereich 11 – Sozialwesen
 Am Stadtpark 20, 81243 München
 Tel. 089 / 1265-2301 / Fax 089 / 1265-2330
 m.ewers@fhm.edu
 http://www.ewers-ecc.de