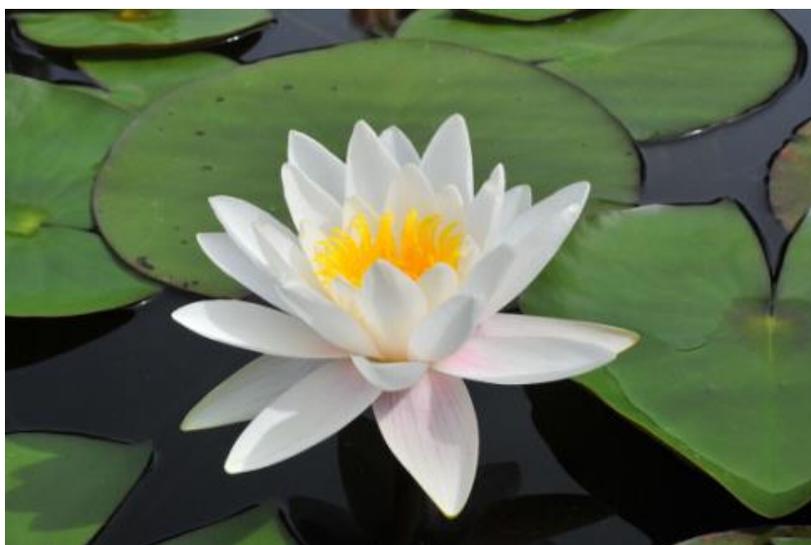


# **Abschlussbericht des Pilotprojektes Palliative Geriatrie 2016 - 2017**



**Herausgegeben von Omega 90 asbl**

**Dezember 2017**

Das Pilotprojekt steht unter der Schirmherrschaft  
des Familienministeriums.

Mit der finanziellen Unterstützung von

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Minister C. Cahen, L. Mutsch und R. Schneider .....	4
Vorwort von Dirk Müller, fachlicher Begleiter des Pilotprojektes .....	5
Zusammenfassung/ Abstract .....	7
1. Beweggründe und Ursprung.....	8
1.1. Wozu eine Projektwerkstatt Palliative Geriatrie? .....	8
1.2. Auf dem Weg zur palliativen Geriatrie.....	10
1.3. Verständnis des Begriffs „Palliative Geriatrie“ in Luxemburg.....	16
1.4. Was ist eine Projektwerkstatt Palliative Geriatrie? .....	16
2. Beschreibung des Projektes .....	18
2.1. Bausteine des Pilotprojektes: .....	18
2.2. Die Instrumente für die Projektwerkstatt .....	18
2.2.1. Die Seerose .....	18
2.2.2. Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz.....	19
2.2.3. Der Palliativstern .....	20
2.2.4. Das Konzepthaus .....	22
2.2.5. Die Berglandschaft .....	23
3. Projektverlauf .....	24
3.1. Vorbereitende Schritte .....	24
3.2. Einladung zur Beteiligung an der Projektwerkstatt .....	24
3.3. Voraussetzungen für eine Beteiligung an der Projektwerkstatt .....	25
3.4. Teilnehmende Institutionen.....	26
3.5. Projektkoordination.....	28
3.6. Beirat des Pilotprojektes .....	28
3.7. Projektwerkstatt .....	30
3.7.1. Erstes Modul vom 7. – 9. März 2016 .....	30
3.7.2. Erster inter-institutioneller Austausch vom 8. Juli 2016 .....	33
3.7.3. Zweites Modul vom 26. – 28. Oktober 2016.....	34
3.7.4. Zweiter inter-institutioneller Austausch vom 16. Januar 2017 .....	37
3.7.5. Drittes Modul vom 15. bis 17. März 2017.....	38
3.7.6. Dritter inter-institutioneller Austausch vom 3. Mai 2017.....	41
3.7.7. Vierter inter-institutioneller Austausch vom 10. Oktober 2017 .....	42
3.8. Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Projektwerkstatt.....	44
3.9. Finanzierung .....	45
4. Projektergebnisse.....	46
4.1. Projekte in den Institutionen .....	46

4.1.1.	Croix Rouge CIPA Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte Junglinster .....	46
4.1.2.	Haaptmann's Schlass Berbourg .....	48
4.1.3.	Home Pour Personnes Âgées St.François, Redange / Attert .....	50
4.1.4.	Hôpital Intercommunal de Steinfort .....	51
4.1.5.	Hospice Civil Hamm .....	53
4.1.6.	Association Luxembourg Alzheimer – beim Goldknapp, Erpeldange .....	54
4.1.7.	Ste Elisabeth am Park .....	55
4.2.	Prozessverlauf in den Institutionen .....	57
4.3.	Evaluation der Palliativsterne .....	62
4.4.	Palliative Fachkompetenz .....	66
4.5.	Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen .....	69
4.6.	Herausforderungen.....	70
5.	Bilanz und Perspektiven .....	71
5.1.	Bestehende palliative Ansätze sammeln und neu bewerten.....	71
5.2.	Patientenwünsche und Patientenwille zum Lebensende .....	71
5.3.	Zusammenarbeit mit den Ärzten.....	72
5.4.	Berufsübergreifende Zusammenarbeit in den Institutionen .....	72
6.	Qualitätssicherung .....	74
7.	Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg .....	75
8.	Dankesworte.....	76
9.	Bibliographie .....	77
10.	Anhang .....	83

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Abschlussbericht bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt; diese bezieht sich immer auch auf die weibliche Form.

## **Vorwort der Minister C. Cahen, L. Mutsch und R. Schneider**

Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt stetig. Dieser demographische Wandel birgt neue Herausforderungen für unsere Gesellschaft.

Die Heimbewohnerinnen und –bewohner sind heute im Schnitt älter und pflegebedürftiger wenn sie in eine Einrichtung einziehen. Häufig leiden sie bereits unter multiplen medizinischen Problemen unterschiedlicher Schweregrade. Das Senioren- bzw. Pflegeheim wird somit zu ihrem letzten Zuhause.

Die Einrichtungen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden dadurch vor neue Anforderungen gestellt. So sollen sie nicht nur unsere älteren Mitmenschen pflegen, sondern sie auch auf ihrem letzten Weg begleiten und sicherstellen, dass sie bis zu ihrem Tod eine hohe Lebensqualität genießen.

Ziel des Pilotprojekts „Palliative Geriatrie“ ist es, zu diesem Umdenken in der Luxemburger Seniorenpflege beizutragen. Indem alle Teilhaber zusammenarbeiten, von der Familie bis hin zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, und durch ein stetes Miteinander von kurativen und palliativen Handlungen, wird der Bewohner physisch und psychisch unterstützt. Er kann auf diese Weise bis zum Schluss ein qualitativ hochwertiges Leben führen.

Im Vordergrund steht dabei immer die Lebensqualität des Bewohners – sein subjektives Wohlbefinden, seine Wünsche und Bedürfnisse. Diese Selbstbestimmung ist ein fundamentales Recht in unserer Gesellschaft. Ältere Menschen sollen nicht nur in Würde leben, sondern auch in Würde sterben können.

In diesem Sinne hoffen wir, dass das Pilotprojekt „Palliative Geriatrie“ dazu beiträgt, eine hochwertige Palliativversorgung in unseren Senioren- und Pflegeheimen zu fördern und das Tabu gegenüber dem Sterben und dem Tod zu brechen. Denn jeder Mensch soll bis zu seinem Tod respekt- und würdevoll versorgt werden.



**Corinne CAHEN**  
Ministerin für Familie und  
Integration



**Lydia MUTSCH**  
Ministerin für Gesundheit



**Romain SCHNEIDER**  
Minister für soziale  
Sicherheit

## **Vorwort von Dirk Müller, fachlicher Begleiter des Pilotprojektes**



Palliative Geriatrie bedeutet, alten Menschen ein würdiges und beschwerdearmes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Mittlerweile werden in vielen Ländern auf unterschiedlichen Ebenen vielfältige Maßnahmen zur Entwicklung von Palliativer Geriatrie in allen Versorgungsbereichen umgesetzt – auch in Luxemburg.

In vielen Institutionen entwickeln haupt- und ehrenamtlich tätige Menschen unkonventionelle Lösungen, Projekte und Initiativen und schaffen damit ein stärkeres Bewusstsein für eine neue Altenpflegekultur, für ein gutes Leben und Sterben.

Die Vielfalt und positiven Erfahrungen teilen sich mittlerweile zahlreiche Institutionen aus nah und fern. So gründeten sich in den Ländern „Netzwerke Palliative Geriatrie“ oder die „Fachgesellschaft Palliative Geriatrie“ für den deutschsprachigen Raum. Oberstes Ziel ist es, den Alltag auch für alte Menschen (am Lebensende) normal und selbstbestimmt und würdevoll zu gestalten – wie das bisher gelebte Leben. Das beschreibt eine neue Qualität in der Sorge um alte, hochbetagte Menschen – auch mit einer Demenz oder im Sterben. Gemeint ist eine Qualität der Haltung und der beruflichen Kompetenz.

Die Auseinandersetzung mit Palliativer Geriatrie erfordert unser aller Bereitschaft, neu zu denken und zu handeln, besonders in etablierten Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Es gilt, mit Mut und Empathie eine bewusste Sorgeskultur zu gestalten und somit die Haltung für ein Miteinander zu stärken.

Palliative Geriatrie beginnt bei uns selbst. Gleichwohl braucht es die Mitwirkung aller an der Betreuung alter Menschen Beteiligten. Das sind neben Pflegenden, ÄrztInnen und TherapeutInnen auch die Angehörigen und Nahestehenden sowie ehrenamtliche MitarbeiterInnen und das nachbarschaftliche Umfeld der Pflegeheime.

Einladend für die Schwachen und Kranken unserer Gesellschaft da zu sein, die Betroffenen mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen, dafür steht die Hospizidee. Mit dem 1967 eröffneten St. Christophers Hospice in London wurde von der britischen Ärztin, Pflegekraft und Sozialarbeiterin Cicely Saunders ein Ort geschaffen, von dem aus sich diese Idee als soziale Bewegung in den letzten Jahrzehnten weltweit verbreitet hat. Mit dem Ziel, ein Sterben in Würde, und damit ein gutes Leben bis zuletzt, in mitmenschlicher Sorge zu ermöglichen.

Die aus der Hospizbewegung gewachsene Palliative Care stellt das konzeptionelle, von der WHO definitorisch gefasste Dach der internationalen Bestrebungen, Menschen in ihrer letzten Lebensphase mitmenschlich zu begleiten, dar. Sie versteht sich gleichermaßen als Philosophie und Sorgekonzept, mit dem Ziel, unter Berücksichtigung der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen Leiden zu lindern und höchstmögliche Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen zu gewährleisten.

Auch Institutionen für alte Menschen können und müssen die Hospizkultur und Palliative Care gezielt auf die Bedürfnisse der hier lebenden und arbeitenden Menschen übersetzen. Dies geschieht durch einen Betreuungsansatz, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint und sich immer mehr zugunsten palliativer Angebote verschiebt. Dieser Ansatz wird häufig mit Palliativer Geriatrie beschrieben.

In diesem Sinn hat sich auch Luxemburg aufgemacht, Einrichtungen der Langzeitpflege für alte Menschen weiter zu entwickeln und dabei Erfahrungen und Kompetenzen aus anderen Ländern zu berücksichtigen. Hierzu gehört auch der Lern- und Entwicklungsort „Projektwerkstatt Palliative Geriatrie“ mit sich hieraus ableitenden Netzwerken.

In den vergangenen zwei Jahren haben sich acht Luxemburger Institutionen unter dem Dach von Omega 90 und unter dem Einbezug meiner Person aufgemacht, Palliative Geriatrie zu beschreiben, vor Ort (weiter) zu entwickeln und auszubauen. Ich bin stolz auf und dankbar für dieses Engagement, das geprägt war von Respekt, gegenseitigem Lernen und hausinternen Projekten.

Wir alle haben uns in dieser Zeit weiterentwickeln dürfen! Ich danke für das Vertrauen und die freundliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit!

Ihr Dirk Müller

MAS (Palliative Care)

Leiter Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK Berlin

Vorsitzender Fachgesellschaft Palliative Geriatrie

## **Zusammenfassung/ Abstract**

Palliativgeriatriische Kultur in luxemburgischen Alters- und Pflegeheimen zu fördern und zu sichern ist das Anliegen des Pilotprojektes Palliative Geriatrie. Von Omega 90 seit langem angedacht, mit Dirk Müller vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie des Unionhilfswerks in Berlin vorbereitet, wurde das Pilotprojekt gemeinsam mit acht interessierten Institutionen in Luxemburg von März 2016 bis Dezember 2017 umgesetzt.

In allen Institutionen hatten viele Mitarbeiter bereits Weiterbildungen in palliativer Pflege absolviert. Dies allein reichte jedoch nicht aus, um die Palliativkultur berufsübergreifend in der gesamten Institution zu leben. Die Projektwerkstatt Palliative Geriatrie wandte sich deshalb an erster Stelle an die Direktionen, um das Bestehende zu bündeln, zu fördern und allumfassend in ihren Institutionen umzusetzen.

Während anderthalb Jahren standen die Vertreter der Einrichtungen im regen Austausch miteinander. Anhand von Referaten, der Analyse vieler Fachartikel und den daraus folgenden Diskussionen, konnten sie ihr Fachwissen erweitern und ihr hausinternes Projekt auf den Weg bringen. Diese hausinternen Projekte wurden in berufsübergreifenden Treffen innerhalb jeder Institution besprochen. Hier wurde schnell klar, dass die Umsetzung einer palliativen Kultur nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit auf allen Ebenen möglich ist.

Während seiner Laufzeit wurde das Pilotprojekt von einem Beirat, mit Vertretern u.a. des Familienministeriums, des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für soziale Sicherheit begleitet.

### **Hauptergebnisse des Pilotprojektes:**

- Formulierung einer gemeinsamen Definition « Palliative Geriatrie » (siehe Punkt 1.3.)
- Konsolidierung und Evaluation der bestehenden palliativen Kultur in den teilnehmenden Einrichtungen (insbes. Einbeziehung des Patientenwillens zum Lebensende)
- Vertiefung der Interdisziplinarität in den teilnehmenden Institutionen, insbes. verbesserte Zusammenarbeit mit den Ärzten (siehe Palliativstern Punkt 2.1.3.)
- Responsabilisierung der Direktionen der teilnehmenden Institutionen (top-down Prinzip)
- Bereitschaftserklärung zur weiteren Zusammenarbeit: Gründung des “Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg”

# 1. Beweggründe und Ursprung

In diesem Kapitel soll erläutert werden, welches die Beweggründe dafür waren, das Pilotprojekt „Projektwerkstatt Palliative Geriatrie“ in Luxemburg umsetzen zu wollen, und woher das zugrundeliegende Konzept „Palliative Geriatrie“ stammt.

## 1.1. Wozu eine Projektwerkstatt Palliative Geriatrie?

Die Bewohner der Alten- und Pflegeinstitutionen in Luxemburg werden bei der Aufnahme immer älter, sind häufig zu dem Zeitpunkt von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) betroffen und viele bereits an einer Demenz erkrankt<sup>1</sup>. Das Pilotprojekt ‚Palliative Geriatrie‘ trägt dazu bei, das Bewusstsein in den angesprochenen Institutionen bezüglich Palliativer Geriatrie zu erweitern beziehungsweise zu verändern. Wesentlich ist dabei die Einsicht, dass es nicht nur darum gehen kann, ausschließlich eine gute und kompetente Sterbebegleitung in den letzten Lebensstunden der Bewohner zu leisten. Vielmehr gilt es, den Menschen von Beginn an, also ab dem Moment der Aufnahme in die Institution, die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Um dies verwirklichen zu können, benötigt es eines systemischen Vorgehens in das alle Mitarbeiter einer Institution, von der Direktion über das Personal jeglicher Bereiche – bis hin zu den Angehörigen eingebunden sind.

Omega 90 bietet seit 1993 professionelle Weiterbildungen im Bereich Palliative Care an. Entsprechend der Richtlinien der EAPC<sup>2</sup> wird seit 2006 ein 40-stündiger Sensibilisierungslehrgang angeboten. Der Vertiefungslehrgang über 160 Stunden wurde zudem an die neuen Richtlinien angepasst. Die darin enthaltenen Grundsätze wurden auf den luxemburgischen Kontext übertragen und im Sinne der Interdisziplinarität auf andere Berufsbilder ausgeweitet: neben allen Gesundheitsberufen nehmen auch Teilnehmer aus dem erweiterten Sozialsektor teil: Psychologen, Erzieher, Sozialarbeiter.

Das Familienministerium hat die Alten- und Pflegeheime sowie die ambulanten Pflegedienste verbindlich aufgefordert, Sorge dafür zu tragen, dass mindestens 40% der Fachkräfte, die in direktem Kontakt zu den Bewohnern stehen, einen Sensibilisierungslehrgang absolvieren. Um diese Zielvorgabe innerhalb der vom Familienministerium vorgesehenen Frist von fünf Jahren umsetzen zu können, haben verschiedene Träger ihre Weiterbildungsabteilungen damit beauftragt, den Sensibilisierungskurs selbst anzubieten.

Diese Lehrgänge in Palliative Care haben in einigen Institutionen dazu geführt, dass Teilnehmer der Lehrgänge im Rahmen ihrer Abschlussarbeit kleinere Projekte erstellt haben, welche in ihren jeweiligen Einrichtungen umgesetzt wurden und werden. Aus dem regelmäßigen Dialog mit den Einrichtungen geht hervor, dass sich viele der gelehrten Ansätze in der Pflege und Betreuung der Bewohner und ihrer Angehörigen niedergeschlagen haben, wie zum Beispiel Schmerzevaluation, Einführung der Patientenverfügung und Miteinbeziehen

---

<sup>1</sup> Im Jahr 2016 sind 980 Personen verstorben, bei denen die Pflegeversicherung die Leistungen im Schnitt während 41 Monaten finanziert hat. Dies sind 24,7 % aller Sterbefälle in Luxemburg. Ministère de la Sécurité Sociale, Inspection générale de la Sécurité sociale, schriftliche Information vom 8. Mai 2017 / Statec, CTIE

<sup>2</sup> EAPC European Association for Palliative Care, Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung in Palliative Care des Krankenpflegeberufs in Europa, September 2004.

der Angehörigen in die Pflege des Sterbenden. Mit diesen Projekten wird auch die Abschiedskultur in den Einrichtungen weiterentwickelt. Davon zeugen beispielsweise Gedenktische, Abschiedsbücher für Angehörige, Mitbewohner und Mitarbeiter, Jahresgedenkzeremonien, und vieles andere mehr.

Unsere Hoffnung aber, dass der Einzug einer palliativen Kultur in die Einrichtungen über das „bottom up“ Prinzip erreicht würde, hat sich nicht erfüllt, da die oben erwähnten Projekte häufig nur die letzten Wochen und Stunden im Leben des Bewohners betreffen.

Palliative Geriatrie bedeutet, die Förderung und Aufrechterhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der alten Menschen, unter Beachtung ihrer Anliegen und ihres Rhythmus und in Zusammenarbeit mit ihren Angehörigen. In diesem Sinne steht Palliative Geriatrie für ein stetes Miteinander von kurativen und palliativen Haltungen und Handlungen. Dies ist nur möglich, wenn die Direktion einer Einrichtung die Mitarbeiter sämtlicher Berufsgruppen – Pfleger, Ärzte und Hauswirtschaft – sowie Angehörige und Ehrenamtliche nach dem „top down“ Prinzip beteiligt und miteinbezieht.

Palliative Geriatrie verwirklicht sich im Miteinander, mit einer gesunden Mischung aus Behutsamkeit, Fachwissen, Menschlichkeit, Verständnis und Vertrauen.

Pflegeeinrichtungen sind häufig das letzte Zuhause für die Bewohner und dies bewirkt, dass diese Pflegeeinrichtungen sich zusehends zu gesellschaftlichen Orten des Sterbens<sup>3</sup> entwickeln. Daher sollten Pflegeheime sich auch an der Frage messen lassen: Ist dies ein Ort, an dem hochbetagte Menschen bis zuletzt gut leben und in Würde sterben können?<sup>4</sup>

Omega 90 ist es seit längerem ein wichtiges Anliegen, dass das Engagement und die Investitionen der Alten- und Pflegeheime in Palliative Care Projekte und Weiterbildungen nachhaltig sind.

Auf Anregung von Hon. Prof. Dr. Dr. Marina Kojer<sup>5</sup> hat Omega 90 Herrn Dirk Müller<sup>6</sup> vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie in Berlin getroffen. Die Zusammenarbeit mit Dirk Müller, der über theoretische Kompetenzen und praktische Erfahrungen in der Anwendung des palliativgeriatriischen Ansatzes sowie im wissenschaftlichen Arbeiten verfügt, hat diese Sicht bestärkt.

---

<sup>3</sup> vgl. Streckeisen 2001, Salis Gross 2005, Pleschberger 2005.

<sup>4</sup> Müller, Dirk; Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina (2012): Sorgeskultur am Lebensende in Berliner Pflegeeinrichtungen. KPG. S. 6.

<sup>5</sup> Hon. Prof. Dr. Dr. Marina Kojer: Begründerin und Leiterin (1989-2003) der ersten Medizinischen Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie und der Schmerzambulanz am Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) in Wien. Als Ärztin und Psychologin betont sie in ihrer Arbeit, dass Palliative Geriatrie ein Zueinander von Haltung und Fachwissen darstellt – verschiedenste Maßnahmen sind die zwangsläufigen Folgen.

<sup>6</sup> Dirk Müller: Exam. Altenpfleger, MAS (Palliative Care), Fundraising Manager (FH); Leiter Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, Vorstandsmitglied Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Vorsitzender Hospiz- und PalliativVerband Berlin, Leiter Bereich Hospiz und Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK Berlin. Er ist Autor der Masterthesis „Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur.“ IFF Wien (2011).

Im Rahmen dieses Projektes gilt unsere ganze Aufmerksamkeit der möglichen Weiterentwicklung der Palliativkultur in Alten- und Pflegeheimen gemäß des „top down“-Prinzips. Demnach sollen vermehrt die Direktionen und sämtliche Verantwortliche, die in ihrer jeweiligen Einrichtung das Mitwirken aller Mitarbeiter an der palliativen Kultur befürworten und bewirken können, eingebunden werden. Entsprechende systemisch ausgerichtete Organisationsprozesse sollen strukturiert und gefördert werden.

Wir freuen uns, dass sich Herr Müller bereit erklärt hat, zusammen mit Omega 90 eine „Projektwerkstatt Palliative Geriatrie“ in Luxemburg durchzuführen. Solche Projektwerkstätten laufen bereits seit vielen Jahren erfolgreich in Berlin und Hamburg sowie in anderen deutschen und österreichischen (Bundes)Ländern und werden dort von den jeweiligen Regierungen auch finanziell und ideell gefördert.

## **1.2. Auf dem Weg zur palliativen Geriatrie**

*„Wer sind die hochbetagten Menschen in stationären Einrichtungen der Altenpflege und was brauchen sie, um bis zuletzt ein gutes und beschwerdearmes Leben in Würde führen zu können? Was brauchen sie, um auch noch Freude am Leben zu haben?“*

*„Es genügt nicht zu versuchen, das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatriische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vielerlei Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck ‚Palliative Geriatrie‘.“*

Diese und weitere Fragen stellte sich Frau Prof. Kojer, als sie vor über zehn Jahren über die Würde und die Sinnhaftigkeit der letzten Lebensphase der Menschen in den Alten- und Pflegeheimen reflektierte. Sie hatte den Mut, die Kompetenz und das Durchhaltevermögen, sich mit den Richtlinien der WHO<sup>7</sup> zur palliativen Pflege auseinanderzusetzen und diese auf die alten, oft schwerkranken, von Multimorbidität betroffenen Menschen und Menschen mit Demenz zu erweitern; wohlwissend, dass die Zahl der Menschen im hohen Alter als auch deren Gebrechlichkeit zunehmen würden.

Wesentliche Botschaften von hochbetagten Menschen, die Prof. Marina Kojer im Laufe der Jahre zusammengetragen hat, sind:

- *Ich möchte gehört, respektiert und ernst genommen werden.*
- *Ich möchte in Beziehung bleiben, verstehen und verstanden werden, auch wenn ich schwerhörig, gelähmt oder blind bin und mich nicht mehr gut ausdrücken kann.*
- *Ich möchte wünschen, fordern und verweigern dürfen wie andere Menschen auch.*
- *Ich möchte nicht unnötig leiden. Meine körperlichen und seelischen Schmerzen und Beschwerden sollen gesehen, ernst genommen und kompetent gelindert werden.*

---

<sup>7</sup> WHO: Weltgesundheitsorganisation.

- *Ich wünsche mir, bis zuletzt fachgerecht und liebevoll gepflegt, behandelt und begleitet zu werden.*

„Diese Botschaften waren die Wegweiser auf dem Weg zur Palliativen Geriatrie“ sagt Prof. Marina Kojer.

Zusammen mit Ass. Prof. Dr. Katharina Heimerl<sup>8</sup> hat Prof. Kojer die Erläuterungen der Definition von Palliative Care der WHO auf den alten und hochbetagten Menschen und den Menschen mit Demenz übertragen, um so zu verdeutlichen, dass diese Menschen auch palliativbedürftig sind, jedoch einer eigenständigen Ausformulierung des Begriffs Palliative Care – nämlich Palliativer Geriatrie – bedürfen.

Im Zusammenhang mit palliativbedürftigen Hochbetagten und/oder Demenzbetroffenen werden folgende Fragen aufgeworfen:<sup>9</sup>

- Woran ist zu denken?
- Was ist anders?
- Welche Haltung, welche speziellen Kenntnisse und Fertigkeiten sind für eine professionelle Palliativbehandlung, -pflege und -betreuung dieser Menschen unerlässlich?

Kojer und Heimerl haben 2009 die Palliative Care Definition der WHO auf hochbetagte Menschen und auf Menschen mit Demenz erweitert.

WHO-Definition <b>Palliative Care, 2002</b>	Betreuung und Versorgung von <b>hochbetagten Menschen</b>	Betreuung und Versorgung von <b>Menschen mit Demenz</b>
Zugang zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, bei lebensbedrohlicher Erkrankung und den damit verbundenen Problemen.	Wenn unheilbare Krankheit vorliegt; aber Alter ist keine Krankheit. Alte Menschen sind in hohem Maße „palliativbedürftig“, und zwar dann, wenn Schmerzen und Symptome aufgrund ihrer vielfachen unheilbaren Krankheiten und ihrer Einschränkungen zur Belastung werden.	Eine über viele Jahre chronisch fortschreitende palliativ bedürftige Erkrankung, die das Leben der Betroffenen nachweislich verkürzt mit zusätzlich einer oder mehreren anderen Erkrankungen.

<sup>8</sup> Katharina Heimerl: Assoz. Prof. in Dr.in MPH, Institut für Palliative Care und Organisationsethik, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Wien Graz.

<sup>9</sup> Artikel „Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – ein erweiterter Blick auf die WHO Definition von PC, Kojer M., Heimerl K. – Zeitschrift Palliativmedizin 2009; 10: S. 154-161.

<p>Vorbeugen und Lindern von Leiden mit Hilfe des frühzeitigen Erkennens und der fehlerlosen Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen, körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.</p>	<p>Dann brauchen hochbetagte Menschen umfassende körperliche, seelische, soziale und spirituelle Begleitung, Pflege und Behandlung.</p>	<p>„Total Pain“ ganzheitlich leidende Menschen, die ihre Schmerzen und andere quälende Beschwerden, ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr allgemein verständlich kommunizieren können.</p> <p>Angewiesen auf eine multidimensionale, von palliativer Grundhaltung getragene, Behandlung, Betreuung und Begleitung, medizinisch, pflegerisch und mitmenschlich (Kojer 2008).</p>
<p><b>Der Schmerz</b> Palliative Care lindert Schmerzen und andere belastende Symptome.</p>	<p><b>Multimorbidität</b> Es geht um mehrere, das Leben erschwerende, großteils bedrohende, weit fortgeschrittene Krankheiten. Als Hindernis beim Erfassen der Schmerzen erweisen sich häufig: Konzentrationsschwäche, rasche Ermüdbarkeit, Merkfähigkeitsstörung, Gebrechlichkeit (frailty) und große Müdigkeit (fatigue). Sehschwäche, Zittern, Lähmung oder Steifigkeit erschweren Lesen und Schreiben. Unerlässlich für die „fehlerlose Erhebung und Behandlung von Palliativsymptomen“ sind: gelingende Kommunikation, einfühlsame Beobachtung und die partnerschaftliche Zusammenarbeit</p>	<p>Bei weit fortgeschrittener Demenz ist Schmerz- und Symptomerkennung schwierig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• von Empathie getragene Beobachtungen</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• das ganzheitliche Eingehen auf die Persönlichkeit</li> <li>• spezifische <b>multidimensionale</b> Assessment-Instrumente.<sup>10</sup></li> </ul>

<sup>10</sup> Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz: Nur Fremdeinschätzung anhand spezieller Assessment-Instrumente basierend auf Verhaltensänderungen, wie z.B. Doloplus 2 (10 items), ECPA (8 items), BESD – Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (5 items), (PAINAD – pain assessment in advanced dementia), ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale – Zusatz von Omega 90.

	eines multiprofessionellen Teams.	
<b>Der Sterbeprozess</b> Palliative Care bejaht das Leben und betrachtet Sterben als normalen Vorgang.	Die Begleitung von hochbetagten Menschen erfordert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den sich anbahnenden Prozess des (oftmals sehr langen) Sterbens zu erkennen</li> <li>• Die Zeichen der Lebensmüdigkeit und Lebenssattheit zu respektieren</li> <li>• Fachlich kompetente und einfühlsame Begleitung ist gefragt, um das Lebensende durch wiederholte Spitalweisungen nicht zu einer Odyssee des Leidens werden zu lassen.</li> </ul>	Entscheidungen treffen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemeinsam mit oder für Menschen mit fortgeschrittener Demenz</li> <li>• ernsthaftes Bemühen, den mutmaßlichen Willen zu erkennen</li> <li>• Mut, nicht den einfachsten Weg zu wählen,</li> <li>• Bereitschaft, sich täglich von Neuem den Entscheidungsprozessen zu stellen.</li> </ul>
<b>Das Leiden</b> Palliative Care beabsichtigt den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern.	Vieldimensionale Leidenslast: Chronische Krankheiten, Abnutzungserscheinungen treten auf, schreiten fort, führen zu vielfältigen Beschwerden. Um das Leid voll zu machen mehren sich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungseinbussen</li> <li>• Verlusterlebnisse</li> <li>• Das soziale Netz wird löchrig</li> </ul> Die Kraft der Betroffenen, die vielen Belastungen zu bewältigen, nimmt nicht erst am Lebensende, sondern oft über viele Jahre stetig ab. PC für Hochbetagte beschränkt sich nicht auf End-of-Life-Care, sondern ist „Lebensbegleitung bis zuletzt“.	Beachten und Bedenken von, spezifisch fachlichen und ethischen Fragen, wie die Indikation von: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondenernährung</li> <li>• Legen einer PEG</li> <li>• künstliche Flüssigkeitszufuhr</li> </ul> ➤ Auseinandersetzung mit dem Wunsch, Leben zu erhalten, das nicht mehr erhalten werden kann ➤ Gefahr des Missbrauchs von Patientenverfügungen im Sinne eines „sozial verträglichen Frühabnehmens“.
<b>Die Spiritualität</b> Palliative Care bezieht psy-	Sehr alte Menschen werden häufig primär als Anwärter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen mit Demenz sind Subjekte und keine Objekte.</li> </ul>

<p>chosoziale und spirituelle Aspekte in die Patientenbetreuung mit ein.</p>	<p>auf baldiges Sterben wahrgenommen. Ein Anrecht auf seelisches Leid und spirituelle Fragen wird ihnen oft nicht mehr zugebilligt. Viele Bedürfnisse bleiben damit unerkannt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelingende Kommunikation und Beziehungsaufbau offenbaren schnell, wie groß ihr seelisches Leid ist.</li> <li>• Über ihre Spiritualität wissen wir oft fast gar nichts.</li> <li>• Spiritualität könnte – wären Betreuer in der Lage mit ihr umzugehen – eine wesentliche Ressource für sie sein.</li> </ul>
<p><b>Die Kommunikation</b> Palliative Care bietet ein Unterstützungssystem an, damit Patienten so aktiv wie möglich leben können bis zu ihrem Tod.</p>	<p>Autonomie und Fürsorglichkeit, Selbstständigkeit und Pflegebedürftigkeit sind zentrale Widersprüche im hohen Alter, die es zum Wohle von Betreuten und Betreuern zu balancieren gilt.</p>	<p>Menschen mit Demenz reagieren auf das anhaltende Fehlen von Beziehung, auf Respektlosigkeit und fehlende Wertschätzung mit fortschreitendem Rückzug. Kompetenz in Kommunikation ist für alle, die Menschen mit Demenz behandeln, pflegen und begleiten, ein großer und unverzichtbarer Teil ihrer Professionalität.</p>
<p><b>Die Angehörigen</b> Palliative Care bietet ein Unterstützungssystem an, um der Familie zu helfen, mit der Erkrankung der Patienten und mit ihrer eigenen Trauer umzugehen.</p>	<p>Betreuende Angehörige sind selbst schon sehr alt. Sie brauchen Unterstützung, um mit den zunehmenden Einschränkungen, Verlusten, Eigenheiten des hochbetagten Menschen, und auch mit den körperlichen und seelischen Belastungen, die das Eingebundensein in die Betreuungssituation mit sich bringt, zurechtzukommen. Viele Hochbetagte leben allein und alle Helfer, die bereit sind, sie zu unterstützen, brauchen selbst auch Unterstützung.</p>	<p>Angehörige, die Menschen mit Demenz betreuen und mitbetreuen, erfahren hohe körperliche und seelische Belastungen. Sie brauchen eine auf ihre Probleme zugeschnittene Unterstützung, um die fortschreitenden Verluste, die ihr Leben begleitenden Abschiede von Teilen der Persönlichkeit des geliebten Menschen zu bewältigen und eigene Ambivalenzen zu ertragen.</p>
<p><b>Die Trauer</b> Palliative Care nutzt einen</p>	<p>Das hohe Alter ist geradezu gekennzeichnet von schmerz-</p>	<p>Um die Trauer und Fassungslosigkeit, die Men-</p>

<p>Teamzugang, um die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien zu berücksichtigen und schließt Trauerbegleitung mit ein, wenn notwendig.</p>	<p>lichen Verlusten und Abschieden. Trauer hat als Lebensgefühl im hohen Alter einen hohen Stellenwert. Damit diese Abschiede gelingen, brauchen Hochbetagte BegleiterInnen, die in der Lage sind, sich in sie einzufühlen, ihre Trauer zu begreifen und sie zu respektieren.</p>	<p>schen mit Demenz über den Verlust von Kontrolle, Orientierung, Erinnerungsvermögen, Denken, Sicherheit und Selbstwertgefühl empfinden, empathisch mitzutragen und zu lindern, braucht es Wissen, Haltung und Erfahrung. Trauer und Verzweiflung können öfter als bisher angenommen durchbrechen, auch noch in ziemlich späten Stadien der Erkrankung. Angehörige benötigen während des gesamten Krankheitsverlaufs Unterstützung.</p>
<p><b>Die Lebensqualität</b> Palliative Care verbessert die Lebensqualität und kann auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen.</p>	<p>Kompetente palliative Behandlung, Pflege und Betreuung, spirituelle und psychosoziale Begleitung können im hohen Alter den Verlauf der Erkrankungen positiv beeinflussen und das Leben deutlich verlängern. Weitgehend von quälenden Schmerzen und Beschwerden befreit, respektiert und wertgeschätzt, erkennen auch sehr alte Menschen oft noch einmal eine Perspektive im Leben und erholen sich, soweit dies möglich ist.</p>	<p>Im „Endstadium der Demenz“ liegen die Patienten häufig über lange Zeit teilnahmslos im Bett und reagieren weder auf Ansprache noch auf Berührung. Dass dies nicht schicksalhaft sein muss, zeigen Beispiele, in denen es gelungen ist, einen Menschen durch kompetente und zuwendende Betreuung aus dieser „Phase des Vegetierens“ (Naomi Feil) in ein bewusstes Leben zurück zu holen.</p>
<p><b>Palliative Care – wann?</b> Palliative Care soll frühzeitig im Verlauf der Erkrankung angewandt werden, zusammen mit anderen Behandlungen, die dazu dienen, das Leben zu verlängern wie zum Beispiel Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt die Untersuchungen ein, die notwendig sind, um</p>	<p>Chronische Erkrankungen, an denen Hochbetagte leiden und sterben, beginnen in der Regel schon viele Jahre vor ihrem Tod. Sie führen beim einen früher, beim anderen später zu palliativbedürftigen Schmerzen und quälenden Symptomen. Palliative Care ist für diese gesamte Zeitspanne ein sinnvolles und</p>	<p>Quälende Beschwerden der Menschen mit Demenz haben körperliche und seelische Ursachen. Ihnen professionell zu begegnen erfordert ganzheitliche Expertise und Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Es soll unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es leider ein solches Team in vielen</p>

belastende klinische Symptome zu verstehen und mit ihnen umzugehen.	notwendiges Betreuungsangebot. Geriatrische Arbeit ist immer auch, aber nicht nur, palliativ.	Versorgungskontexten, in der Mehrzahl der Pflegeheime und ambulanten Dienste, noch nicht gibt.
---	--	---

### **1.3. Verständnis des Begriffs „Palliative Geriatrie“ in Luxemburg**

Der Begriff Palliative Geriatrie wurde seit Beginn des Pilotprojektes diskutiert.

Im Oktober 2017 haben sich die Teilnehmer zum Abschluss des Pilotprojektes auf folgende Definition von „Palliative Geriatrie“ für ihre Institutionen in Luxemburg geeinigt:

#### **Definition „Palliativ Geriatrie“:**

*„Palliativ Geriatrie ass d'Liewensbegleedung vum eelere Mënsch mat ënnerschiddleche Gebrieche. D'Selbstbestëmmung, d'Stierwen an den Doud gehéieren dozou.*

*Palliativ Geriatrie ass feste Bestanddeel vun der Philosophie a Kultur vun der Institutioun a gëtt vun alle Mataarbechter gelieft a respektéiert.*

*Palliativ Geriatrie zeechent sech aus duerch eng Zesummenaarbecht vun alle Bedeelegten an ënnerstëtzt dat soziaalt Ëmfeld.“*

### **1.4. Was ist eine Projektwerkstatt Palliative Geriatrie?**

Bei der Projektwerkstatt handelt es sich um eine besondere Bildungs- und Beratungsform, die auf diversen Organisationsentwicklungsprozessen und auf erfolgreichen Modellprojekten basiert. Die Projektwerkstatt Palliative Geriatrie begleitet Alters- und Pflegeheime auf ihrem gemeinsamen Weg, palliativgeriatriische Kultur und Kompetenzen in den beteiligten Einrichtungen zu entwickeln. Basierend auf Lerninhalten, Analysen, Austausch und gemeinsamen Strategien, erarbeitet jede Institution „ihr“ Projekt unter Einbeziehung eines multidisziplinären Teams vor Ort.

Da diese Werkstatt in Luxemburg zum ersten Mal angeboten wird, trägt sie den Namen „Pilotprojekt Palliative Geriatrie“. Für alle Beteiligten – so auch für die Organisatoren – handelt es sich um eine neue Herausforderung, die sicherlich gewollt und erwünscht ist, die jedoch Neuland ist und somit keine gesicherten Erfahrungswerte in Luxemburg vorliegen, auf die man sich berufen kann.

Ziele der Projektwerkstatt:

- Eine Palliativkultur in der Einrichtung nachhaltig entwickeln
- Palliative Care-Kompetenzen der Mitarbeiter fördern und ausbauen
- Inter-institutionellen Austausch anregen / entfalten

- Aussagekräftiges Palliativkonzept entwickeln mit klaren Richtlinien
  - Für die Bewohner: **Lebensqualität bis zuletzt**
  - Für die Angehörigen: **Sicherheit, Vertrauen und Akzeptanz**
  - Für die Mitarbeiter: **Unterstützung und Sicherheit, auch in schwierigen Situationen**

In diesem Sinne entstanden Weiterbildungsangebote in Palliativer Geriatrie, sowohl in Österreich als auch in Deutschland, beim Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) des Unionhilfswerks. Das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie ist ein langjähriges Praxisprojekt, welches dieses Modell auch konsequent im Bildungsbereich aufgreift, weiterführt und vorantreibt. Hier sind auch die Projektwerkstätten Palliative Geriatrie angesiedelt. Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, der Praktiker aller Professionen und/oder Wissenschaftler aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg angehören, bietet einen „Interdisziplinären Lehrgang für Palliative Geriatrie. Alte Menschen und Sorgeskultur.“ in Bern, Wien und Berlin an.

## **2. Beschreibung des Projektes**

Das Pilotprojekt dauerte von März 2016 bis Dezember 2017.

### **2.1. Bausteine des Pilotprojektes:**

Das Pilotprojekt wurde als „Projektwerkstatt“ geführt, bestehend aus folgenden Bausteinen:

- Drei Module über jeweils drei aufeinanderfolgende Tage für Grundlagenbildung, Reflexion über Projektverläufe und Netzwerkerrichtung
- Vier interinstitutionelle Treffen von jeweils einem Tag (zwischen den Modulen)
- Zwischen- und Abschlussbilanzen (während der Module) und
- Treffen der hausinternen Projektgruppen mit der Projektleitung von Omega 90 vor Ort

Die drei Module und die interinstitutionellen Treffen fanden jeweils in einer der beteiligten Institutionen statt. Teil des Konzeptes der Projektwerkstatt war zudem die Besichtigung aller Institutionen; diese schuf Transparenz zwischen den Institutionen und diente dem direkten praktischen Erfahrungsaustausch mit anschließender Diskussion.

Dirk Müller vom KPG war als Experte und fachlicher Begleiter an der Projektleitung des Pilotprojektes beteiligt. Dadurch konnten die bereits vom KPG ausgearbeiteten, weiterentwickelten, erprobten und bewährten Instrumente auch als fachliche Grundlage für die Luxemburger Projektwerkstatt genutzt werden.

### **2.2. Die Instrumente für die Projektwerkstatt**

Die Instrumente, mit denen während der Projektwerkstatt gearbeitet wurden sind:

- die „Seerose“,
- die „Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz“,
- der „Palliativstern“,
- das „Konzepthaus“,
- die „Berglandschaft“.

#### **2.2.1. Die Seerose**

Die Seerose ist ein Modell, welches es ermöglicht darzustellen, wo die jeweiligen Institutionen ihr palliatives Projekt ansiedeln, welche Themen innerhalb einer Organisation explizit angesprochen werden, und welche Themen eher impliziert behandelt werden. Die Seerose wurde zum offiziellen Symbol des Pilotprojektes Palliative Geriatrie in Luxemburg.

Seerosen sind ausdauernde, mehrjährige Pflanzen. Mit ihren Wurzelstöcken als Überdauerungsorgane, sind sie im Gewässergrund verankert. Die Stängel der Blätter und Blüten sind lang und biegsam. Blüten und Blätter sind die einzig sichtbaren Teile der Pflanze.



### 2.2.2. Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz<sup>11</sup>

Es handelt sich hierbei um 20 Fragekomplexe, welche einzelne Prozesse und verschiedene beteiligte und betroffene Personengruppen ins Blickfeld nehmen. Einige Fragen betreffen allgemeine und spezifische Themen, andere sind themenübergreifend, andere beziehen sich direkt auf Berufsgruppen oder Situationen.

Die Fragen beziehen sich dabei sowohl auf Prozesse als auch auf Strukturen.

Vier wesentliche Aspekte werden analysiert:

1. Leitungsverantwortung (top-down): Projektarbeit, Leitlinien, Kultur und Leitung, Nachhaltigkeit/Evaluation, Ethik im Konfliktfall, Öffentlichkeitsarbeit
2. Basisorientierung (bottom-up): Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige, Mitbewohner
3. Interdisziplinarität: Interdisziplinarität und Vernetzung, Palliative Fachpflege, Hausärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter, Seelsorge, soziale Fürsorge, weitere Mitarbeiter
4. Zeitliche Kontinuität: Trauer, Sterbephase, Umgang mit den Verstorbenen

Jeder Fragekomplex enthält Unterfragen<sup>12</sup>, die als Denkanregung dienen, damit die Benutzer ihre bereits bestehenden Maßnahmen zu einem bestimmten Moment schriftlich festhalten können. Diese Auflistung kann zu einem späteren Zeitpunkt erneut erstellt werden, um mögliche Verbesserungen feststellen zu können.

<sup>11</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V. Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen (Hrsg.) (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.

<sup>12</sup>siehe Anhang 1.

Diese Indikatoren wurden von jeder Einrichtung zu Beginn der Projektwerkstatt (Anfang 2016) und nochmals nach dem dritten Modul (Mai/Juni 2017) behandelt.

### **2.2.3. Der Palliativstern**

Der Palliativstern ist ein Sterndiagramm zur grafischen Darstellung von Werten, von 12 gleichwertigen Kategorien in einer Spinnennetzform. In Kombination mit den obengenannten Fragestellungen kann der Stern eine übersichtliche bildliche Darstellung des Ist-Zustandes verschiedener für die Palliative Geriatrie relevanten Kompetenzen in einem jeweiligen Heim liefern.

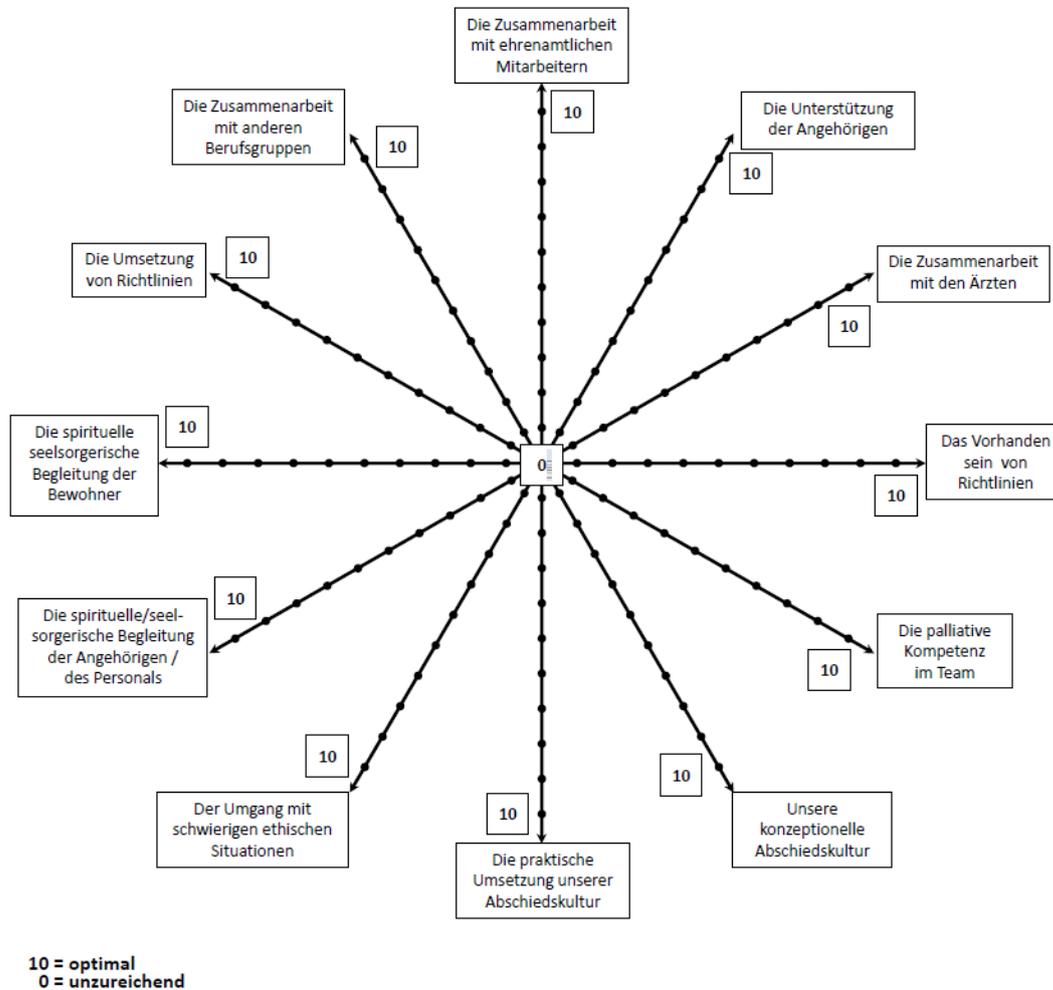
Das Sterndiagramm ermöglicht es einen qualitativen und/oder quantitativen Vergleich zwischen Ist- und Soll-Zustand herzustellen. Jede der 12 Kategorien ist durch eine Achse dargestellt, auf der Einschätzungen von 0 (unzureichend) bis 10 (optimal) vorgenommen werden können. Die Achsen werden gleichmäßig in einem Kreis angeordnet. Die Wertabstände sind in allen Kategorien gleich (äquidistant). Die Werte der unterschiedlichen Kategorien werden mit Linien verbunden, was eine anschauliche allgemeine Statureinschätzung im Sinne einer Selbstbewertung ermöglicht.

Die 12 Kategorien des Palliativsterns sind:

1. Die Unterstützung der Angehörigen
2. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten
3. Das Vorhandensein von Richtlinien
4. Die palliative Kompetenz im Team
5. Die konzeptionelle Abschiedskultur
6. Die praktische Umsetzung der Abschiedskultur
7. Der Umgang mit schwierigen ethischen Situationen
8. Die spirituelle/seelsorgerische Begleitung der Angehörigen/des Personals
9. Die spirituelle/seelsorgerische Begleitung der Bewohner
10. Die Umsetzung von Richtlinien
11. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
12. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitern

## Der Palliativ-Stern

Wie gut finde ich



Dieser Palliativstern<sup>13</sup> wird im Verlauf der Projektwerkstatt zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgefüllt und reflektiert, zuerst individuell von den einzelnen Teilnehmern der Projektwerkstatt, dann im Team der jeweils an der Projektwerkstatt beteiligten Institutionen mit anschließender Konsensbildung. Dieselbe Vorgehensweise wird in den hausinternen Projektgruppen angewandt.

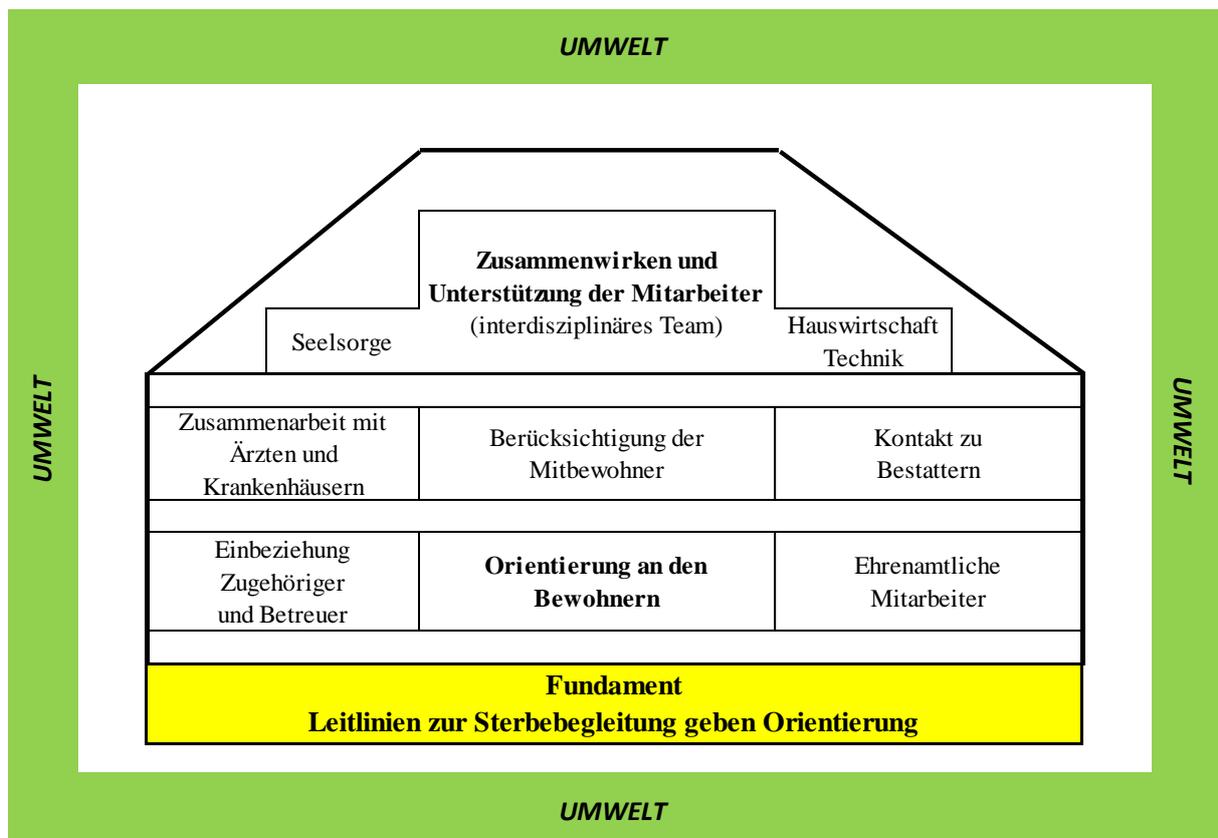
Dies erlaubt es, die Einschätzung palliativgeriatrischer Kompetenzen zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Prozesswerkstatt miteinander zu vergleichen. (Quer-Längsschnitt-Design).

<sup>13</sup> Projektwerkstatt Palliative Geriatrie im Pflegeheim einführen – München/Berlin (2010); bearbeitet von Omega 90 (2016)

## 2.2.4. Das Konzepthaus<sup>14</sup>

Das Konzepthaus ist eine visuelle Darstellung, welche ebenfalls die Indikatoren zur Palliative Care in Pflegeheimen nutzt. Es ermöglicht den Institutionen, alle Bereiche und Handlungsfelder der Palliativversorgung zu hinterfragen und somit ein Gesamtbild über die aktuelle Versorgungssituation zu erhalten.

Anhand des Konzepthauses wird aufgezeigt, wo die jeweilige Einrichtung ihr Projekt ansiedelt. Die 20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz (siehe Punkt 2.2.) sind die Grundlagen des Konzepthauses und erlauben eine weitere Veranschaulichung auf dem Weg zur Projektumsetzung.



Es bedarf

- der konsequenten Leitungsverantwortung (top-down),
- einer grundlegenden Basisorientierung (bottom-up),
- der interdisziplinären Zusammenarbeit und
- einer zeitlichen Kontinuität;

im Projektverlauf und darüber hinaus.

Aber auch ausreichend personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, kollegiale Zusammenarbeit, gegenseitige Offenheit für Veränderungs- und Entwicklungsprozesse sowie das wertschätzende Zu- und Anhören (Prinzip der Narrativität) von Erfahrungen,

<sup>14</sup> Alsheimer, Martin (2008) und Müller Dirk (2010): Konzepthaus Palliative Geriatrie.



## **3. Projektverlauf**

### ***3.1. Vorbereitende Schritte***

Am 8. Mai 2015 organisierte das Familienministerium in Zusammenarbeit mit Omega 90 eine Tagung zum Thema „Rolle und Verantwortung der Direktion und der Führungskräfte bei der Umsetzung, der Entwicklung und dem Erhalt der Qualität bei der Betreuung sterbender Menschen“. Referent dieser Tagung war Dirk Müller, Projektleiter Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie in Berlin.

Durch die Tagung und die darauffolgenden Gespräche mit Dirk Müller und dem Familienministerium wurde der Grundstein für das Pilotprojekt Palliative Geriatrie in Luxemburger Alters- und Pflegeheimen gelegt. Omega 90 initiierte und begleitete das Projekt.

Die Hauptmerkmale von Palliativer Geriatrie wurden in Anlehnung an die Definition von Palliative Care der WHO (2002) für das Projekt wie folgt dargelegt:

- Selbstbestimmung des Bewohners: verbal oder nonverbal geäußertes Wille, Wünsche in Bezug auf sein Lebensende, Patientenverfügung
- Schmerz- und Symptomlinderung
- Einbeziehen der Angehörigen im Alltag, in schwierigen Situationen, bei einer Entscheidungsfindung: in Bezug auf den mutmaßlichen Willen des Bewohners, bis über den Tod des Bewohners hinaus (dies beinhaltet auch Begleitung in der Trauer)
- Interdisziplinarität: Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die sich um das Wohl und das Leben des Bewohners kümmern. Der Bewohner gibt Richtung und Rhythmus an; die „Mitarbeiter“ richten sich nach ihm
- Berücksichtigung der Mitbewohner im Sterbeprozess und nach dem Tod des Bewohners: Information, Besuche im Kranken- und Sterbezimmer mit entsprechender Begleitung, Abschied vom Verstorbenen
- Lebensqualität richtet sich immer nach den Wünschen des Bewohners und bestimmt die Handlungen aller „Mitarbeiter“

### ***3.2. Einladung zur Beteiligung an der Projektwerkstatt***

Alle Direktionen, die bei der Tagung im Mai 2015 anwesend waren, erhielten eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an der Projektwerkstatt. Diese enthielt Informationen hinsichtlich der Ziele, der Hauptmerkmale, der Voraussetzungen zur Beteiligung am Pilotprojekt sowie einen ersten Zeitplan und eine Kostenabschätzung. Auf der Grundlage dieser Informationen konnten die Institutionen ein „Bewerbungsschreiben“ an Omega 90 richten. Omega 90 klärte in Einzelgesprächen mit den Direktionen und Verantwortlichen der acht Institutionen, welche

ihr Interesse bekundet hatten, die Modalitäten und lieferte zusätzliche Informationen zum Pilotprojekt Palliative Geriatrie.

Beispielsweise wurde die Gelegenheit genutzt, um das Konzept „Projektwerkstatt“, auf dem das Pilotprojekt beruhen sollte, näher zu erläutern. In der „Projektwerkstatt“ wird ein dynamischer Prozess angestoßen, der es jeder teilnehmenden Institution erlaubt, auf ihrer eigenen Philosophie gründend, den Weg auf ihre Weise zu gehen. Verpflichtend war die Bereitschaft, sich im Rahmen des Projektes schwerpunktmäßig der Palliativen Geriatrie und deren Gestaltung vor Ort zu widmen. Die „Projektwerkstatt“ fördert das Erleben in einer Gemeinschaft von Gleichgesinnten sowie gegenseitige Unterstützung und Förderung, ohne der einzelnen Institution ihr Recht auf ihre Eigenart zu verwehren. Offenheit, Wertschätzung und Vertrauen bilden das Fundament eines solchen Projektes.

### ***3.3. Voraussetzungen für eine Beteiligung an der Projektwerkstatt***

Aufgrund der Erfahrungen aus Projektwerkstätten in Deutschland und der Erfahrungen aus der langjährigen Zusammenarbeit mit den Alters- und Pflegeheimen in Luxemburg in Sachen Weiterbildung, wurden folgende Kriterien für die Beteiligung an der ersten Projektwerkstatt erarbeitet:

- Bereitschaft der Institution, eine Palliativkultur nachhaltig umzusetzen,
- Anwesenheit eines Direktionsmitgliedes und eines Mitarbeiters mit zertifiziertem Vertiefungslehrgang in Palliative Care an allen Projektmodulen und den inter-institutionellen Austauschtreffen,
- Offenheit zum Teilen von Erfahrungen und Erkenntnissen sowie zum Besprechen von Problemen (kollegiale Beratung),
- Abgeschlossener Palliative Care Sensibilisierungskurs von mindestens 40% des Pflege- und Betreuungspersonals, wie vom Familienministerium vorgeschrieben,
- Beschäftigung von mindestens zwei Pflegern mit zertifiziertem Vertiefungslehrgang Palliative Care,
- Bereitschaft, eine hausinterne Palliativgruppe ins Leben zu rufen,
- Teilnahme der Direktion / Pflegedienstleitung an der Tagung „Betreuung sterbender Menschen in CIPAs und Pflegeheimen“ am 8. Mai 2015.

Zu Beginn bekundeten einige Institutionen verhalten ihr Interesse zur Beteiligung. Es zeigte sich, dass die aktive Teilnahme am Pilotprojekt Mut und Einsatzkraft erforderte. Die Offenheit und das Vertrauen, welches das Projekt den Teilnehmenden abverlangte, stellte für sie eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar, sowohl institutionsintern als auch innerhalb der Projektwerkstatt, den anderen beteiligten Einrichtungen gegenüber. Zudem sollen sämtliche Mitarbeiter der jeweiligen Institution einbezogen werden, damit ein gemeinsamer Weg gestaltet werden kann, ein Weg der langfristig stärkt, aber ggf. auch mit Veränderung, Unruhe und Umdenken im Sinne eines Veränderungsmanagements verbunden ist.

Es wurde also viel Einsatz von den sich bewerbenden Institutionen erwartet: Vor- und Nachbereitungen für die Projektwerkstatt, Anwesenheitsstunden in der Werkstatt, Freiräume schaffen in der eigenen Einrichtung, sowie Bildung einer berufsübergreifenden Projektgruppe. Zeitgleich sollte hausintern die Umsetzung des ausgearbeiteten Projektes erfolgen.

In den Gesprächen mit den einzelnen Institutionen wurde vorgeschlagen, die Veranstaltungen im Rahmen der Projektwerkstatt reihum in den teilnehmenden Institutionen abzuhalten, was bereitwillig angenommen wurde und zusätzlich zur Transparenz und Dynamik beitrug.

### ***3.4. Teilnehmende Institutionen***

Acht Alters- und Pflegeheime haben mit insgesamt 21 Personen am Pilotprojekt teilgenommen.

- CIPA Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte, Junglinster – Croix Rouge Luxembourgeoise
- Haaptmann's Schlass; Berbourg – Elisabeth / Claire asbl
- Home pour Personnes Agées, Redange – Congrégation des Sœurs Franciscaines de la Miséricorde
- Hôpital Intercommunal, Steinfort – Syndicat Intercommunal
- Hospice Civil Hamm – Hospices Civils de la Ville de Luxembourg
- Maison de Séjour et de Soins „Beim Goldknapp“, Erpeldange – Association Luxembourg Alzheimer
- Maison de Soins Sacré-Coeur, Diekirch – Elisabeth / Claire asbl
- Sainte Elisabeth am Park, Luxembourg – Elisabeth / Claire asbl

Ein zu Beginn der Projektwerkstatt angefertigtes Poster wurde im ersten Modul an alle teilnehmenden Institutionen ausgehändigt, um Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter über die Teilnahme am Projekt zu informieren.

# Pilotprojekt Palliative Geriatrie 2016 / 2017

sous le patronage du



Ministère de la Famille et de l'Intégration

avec le soutien de



Fondation  
Alphonse Weicker



Kick Cancer Into Touch



### **3.5. Projektkoordination**

Die Koordination des Projektes wurde von einem Projektteam bestehend aus drei Personen gewährleistet:

- **Dirk Müller**, Altenpfleger, MAS (Palliative Care), Fundraising-Manager (FH), Kursleiter Palliative Care und Palliativmedizin (DGP) sowie Leiter des Netzwerks Palliative Geriatrie in Berlin, wo er seit Jahren verschiedene Alters- und Pflegeheime auf ihrem Weg der Gestaltung von palliativgeriatrischer Kultur und Kompetenz begleitet; Experte im Pilotprojekt und fachlicher Leiter der Projektwerkstatt.
- **Marcelle Diederich**, graduierte psychiatrische Krankenpflegerin, Lehrerin für Krankenpflegeberufe, Referentin Palliative Care, Weiterbildungs Koordinatorin Omega 90, Koordinatorin des Pilotprojektes Palliative Geriatrie
- **Hortense Deitz**, graduierte Krankenpflegerin, Referentin Palliative Care und Aromatologie, Weiterbildungsabteilung Omega 90, stellvertretende Projektkoordinatorin.

Vor- und Nachbesprechungen im Rahmen der einzelnen Module, der interinstitutionellen Austauschrunden und der Vor-Ort-Besuche erlaubten es dem Projektteam, neue Impulse in der Projektwerkstatt zu setzen und somit von den an der Projektwerkstatt beteiligten Institutionen kompetente Vor- und Nachbereitungen sowie zusätzliche Vorbereitungen zu fordern.

Marcelle Diederich und Hortense Deitz trafen sich regelmäßig mit den hausinternen Projektgruppen. Ziel war es, über die Dauer des Projektes einen regelmäßigen Kontakt herzustellen, Kontinuität zu gewährleisten und Absprachen zu koordinieren – dies auch im Sinne von Transparenz und Vertrauen zwischen den hausinternen Projektgruppen, den Projektwerkstattmitgliedern und dem Projektteam. Alle Treffen der Projektwerkstatt und der hausinternen Besuche wurden dokumentiert.

### **3.6. Beirat des Pilotprojektes**

Bereits zu Beginn des Pilotprojektes (nach dem ersten Modul, siehe Punkt 3.7.1.) äußerte Omega 90 die Idee, einen Beirat einzuberufen. Dieser Beirat sollte während der Dauer des Pilotprojektes die Projektwerkstatt begleiten, ohne Einfluss auf den inneren Ablauf der Projektwerkstatt oder der hausinternen Projektgruppen zu nehmen. Dieser Vorschlag wurde im Laufe des Projektes umgesetzt.

Die zentralen Aufgaben des Beirats beinhalteten:

- Übergeordnete Themen des Pilotprojektes zusammen mit den Kursleitern reflektieren
- Das Kurskonzept begleiten und den Kursleitern bei Fragen zur Verfügung stehen
- Konstruktives Feedback zu den einzelnen Schritten des Pilotprojektes geben

- Entwürfe betreffend die Anerkennung der Qualitätssicherung im Bereich Palliative Geriatrie für die teilnehmenden Institutionen erarbeiten
- Erfahrungen des Pilotprojektes analysieren und Empfehlungen für die nachhaltige Implementierung von Palliativer Geriatrie formulieren
- Öffentlichkeitsarbeit unterstützen

Die Mitglieder des Beirates waren Vertreter einzelner Ministerien sowie Palliative Care- und Geriatrie Experten:

- Marcelle DIEDERICH, Projektkoordinatorin des Pilotprojektes Palliative Geriatrie
- Henri GRÜN, Direktor Omega 90
- Dr. rer.nat. Martine HOFFMANN, Abteilung für angewandte Forschung RBS
- Dr. Dorothee KNAUF-HÜBEL, Gesundheitsministerium
- Pascale KOLB, IGSS, Pflegeversicherung
- Dr. Jean-Claude LENERS, Geriater, Palliativmediziner
- Marie-France LIEFGEN, Verantwortliche der Weiterbildungsabteilung Omega 90
- Dr. Murielle WEYDERT, Familienministerium

Der Beirat versammelte sich während der gesamten Projektdauer an sechs Terminen (November 2016, Januar, März, Mai, September und November 2017). Die Protokolle der Sitzungen wurden von Omega 90 verfasst und allen Beiratsteilnehmern per Email zugestellt.

Die Entscheidung, einen Beirat für das Pilotprojekt einzusetzen, hat sich im Verlauf des Projektes als sehr vorteilhaft erwiesen. Ein neues Projekt bedarf der Sicht von Außenstehenden. Der Blick und die Impulse von außen auf das Projekt durch die drei inhaltlich tangierten Ministerien (Familie, Gesundheit und Soziale Sicherheit) und Experten aus Geriatrie und Palliative Care haben das Projekt bereichert.

### 3.7. Projektwerkstatt

Die zwischen 2016 und 2017 angebotene Projektwerkstatt bestand aus 3 Modulen und vier inter-institutionellen Treffen.

#### 3.7.1. Erstes Modul vom 7. – 9. März 2016

Das erste Modul fand im CIPA Grande-Duchesse Joséphine Charlotte, Junglinster – Croix Rouge luxembourgeoise statt.

Inhaltliche Schwerpunkte des ersten Moduls

Inhalt	Referent
Film aus der Schweiz: „Auf dünnem Eis“	Dirk Müller
PowerPoint Präsentation (PPP) mit Erklärungen und Zitaten zu Palliativer Geriatrie	Dirk Müller
PPP mit Zitaten und Referenzen zum Wirken von Hon. Prof. Dr. Dr. Marina Kojer	Dirk Müller
PPP: 20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz mit Erklärungen zum Schweizer Evaluationsmodell von PC	Dirk Müller
PPP: Leben können. Sterben dürfen Palliative Geriatrie: für ein gutes Leben bis zuletzt	Dirk Müller
PC bei Menschen mit Demenz	Marcelle Diederich

Zu Beginn des ersten Moduls wurde das gegenseitige Vertrauen in der Gruppe und zum Projektteam aufgebaut. Durch verschiedene anregende gruppensdynamische Übungen lernten sich alle Beteiligten besser kennen.

Die Teilnehmer erläuterten ihre Erwartungen an das Projekt, die Projektleiter und sich selbst:

- Interesse am Thema Palliative Geriatrie
- Ideen- und Erfahrungsaustausch
- Mittragen neuer Ideen
- Mitgestalten von Beginn an, im und durch das Projekt „Pilot“ sein – das Projekt in der Institution steuern:
  - Visionen
  - Gemeinsamer Weg an einem Gesellschaftsthema

- Landesweite Umsetzung
- Weiterentwicklung von Palliative Care:
  - Hoffnung auf Ausbau von Palliative Care Projekten
- Palliative Care-Kultur im Haus implementieren
- Interinstitutioneller Austausch
- Teilen von Wissen
- Abläufe in anderen Institutionen kennenlernen
- Institutionsübergreifend arbeiten
- Zusammenarbeit mit den Ärzten
- Netzwerkbildung

Diese am ersten Tag geäußerten Erwartungen ergänzten sich und stimmten mit den Zielen des Projektteams überein.

Das gegenseitige Vertrauen wurde ab dem ersten Tag thematisiert und es wurde beschlossen, interne Aussagen und Vertrauliches in und aus der Projektwerkstatt nicht nach außen zu tragen.

Zudem wurde allen Beteiligten zugesichert, Zugang zu relevanten Informationen bezüglich der Gestaltung der Projektwerkstatt zu erhalten und an relevanten Entscheidungen beteiligt zu werden.

Anfangs diskutierten die Teilnehmer über eine gemeinsam zu formulierende Auslegung des Begriffs „Palliative Geriatrie“. Der Diskussionsprozess verdeutlichte, dass es bislang keine gemeinsame Verständigung über Palliative Geriatrie in Luxemburg gibt.

In einem nächsten Schritt betrachteten die Mitglieder jeder Institution folgende Aspekte mit dem Ziel, ein palliativgeriatrisches Projekt für ihre Institution auszuarbeiten.

- Analyse der Ist-Situation der Einrichtung
- Klärung eigener Vorstellungen
- Erstellen der Bedürfnisse für die Einrichtung

Als Einstieg und Unterstützung zur Erstellung einer Projektskizze wurden die „20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz“<sup>15</sup> vorgestellt und gemeinsam weiterbearbeitet. Hierzu wurden die Indikatoren und die dazugehörigen Fragen rund um die palliativgeriatrischen Kompetenzen in Pflegeeinrichtungen im Veranstaltungsraum verteilt aufgehängt. Die Gruppenmitglieder reflektierten diese und fügten jeweils schriftlich hinzu, was in ihrer jeweiligen Institution zu den einzelnen Indikatoren bereits umgesetzt wurde.

Zudem wurden anhand des „Seerosen-Modells“ folgende Fragen reflektiert:

- Wo sind welche relevanten Projektthemen angesiedelt?
- Welche Themen gehören als implizit oder explizit bezeichnet?

Die Gruppe arbeitete ebenfalls mit dem Palliativstern. Sie erhielt folgenden Auftrag:

---

<sup>15</sup> siehe Anhang 1

1. Jedes Gruppenmitglied füllt den Palliativstern individuell und bezogen auf seine Institution aus.
2. Die Mitarbeiter jeder Einrichtung setzen sich zusammen und diskutieren ihre Ergebnisse.
3. Die Mitarbeiter jeder Einrichtung bearbeiten den Stern gemeinsam und füllen diesen im Konsens auf ihre Einrichtung bezogen aus.

Dieser Konsens sollte kein mathematisches Ergebnis sein, sondern sich aus der gemeinsamen Reflexion der Indikatoren ergeben: Die Leitung eines Hauses hat eine andere Sichtweise als der Pfleger oder die Pflegerin, der oder die täglich bei und mit dem Bewohner arbeitet. Beide Perspektiven sollten sich im Palliativstern niederschlagen.

Wurden die eingegebenen Werte der einzelnen, auf dem Stern markierten Punkte miteinander verbunden, war klar zu erkennen, welche Perspektiven aus den Indikatoren bereits ausreichend berücksichtigt waren, und welche noch nicht. Alle Palliativsterne wurden nach der Plenums-Diskussion vom Projektteam eingesammelt, um zu einem späteren Zeitpunkt wieder genutzt zu werden.

In einer weiteren Einheit wurden gemeinsam im Plenum Grundsätze von Projekten und Projektarbeit zusammengetragen:

- Was zeichnet ein Projekt aus?
- Woran kann ein Projekt scheitern?
- Wer sollte in der hausinternen Projektgruppe vertreten sein?

Während des Moduls stand eine Bibliothek mit themenspezifischer Literatur zur Verfügung. Zudem wurden den Teilnehmern zahlreiche Artikel aus unterschiedlichen Fachzeitschriften und Büchern als begleitende Lektüre zur Verfügung gestellt.

Das erste Modul endete mit klaren Aufträgen an jede Institution:

1. Gründung einer Hierarchie-übergreifenden, multidisziplinären Projektgruppe
2. Information der internen Projektgruppe über das Pilotprojekt nach dem Konzept „Projektwerkstatt“ und die Inhalte aus dem 1. Modul
3. Analyse der Stärken und Chancen bezüglich der hausinternen palliativgeriatrischen Kultur und Kompetenz
  - Was hat sich bewährt?
  - Was klappt noch nicht?
  - Was braucht es, um Palliative Geriatrie zu verbessern?
4. Analyse des Ist-Zustandes der hausinternen palliativgeriatrischen Kompetenz anhand der Indikatoren und des Palliativsterns
5. Herausarbeiten eines relevanten Projektthemas, das konkret und heimbezogen in der Projektwerkstatt und in der Institution bearbeitet werden soll
6. Anfertigen einer Projektskizze anhand einer Vorlage
7. Ausfüllen in der internen Projektgruppe eines weiteren Palliativsterns, Fragen zu den 20 Indikatoren und eine Projektskizze bis Mitte April 2016 an Omega 90 senden; worauf eine schriftliche Rückmeldung des Projektteams erfolgte.

8. Anschließendes Einreichen eines Projektplans mit Unterschrift der Direktion an Omega 90 bis Ende Juni 2016.

### **3.7.2. Erster inter-institutioneller Austausch vom 8. Juli 2016**

Der Veranstaltungsort für diese erste Tagesveranstaltung zwischen den Modulen der Projektwerkstatt war das „Home pour Personnes Âgées“ in Redange.

Nach einer Begrüßung wurden die Ziele und der Sinn der Projektwerkstatt noch einmal kurz vorgestellt und ein Konsens in der Gruppe hergestellt: Die Projektwerkstatt soll gewährleisten, dass Palliative Geriatrie in den Einrichtungen (weiter)entwickelt wird, und sie soll dazu beitragen, im Sinne der Interdisziplinarität auf allen Ebenen der beteiligten Institutionen Veränderungen hervorzurufen. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass Palliative Geriatrie über den Prozess der Sterbebegleitung hinausgeht.

Mit Hilfe von Stellungnahmen von Hon. Prof. Dr. Dr. Marina Kojer und der Nutzung anderer relevanter Materialien wurde folgendes argumentiert: Die Aufgabe der Werkstatt besteht nicht darin, fertige Antworten und Checklisten anzubieten, sondern, die Projekte sollen erprobt und gelebt werden. Dazu ist es wesentlich Fragen zuzulassen, zuzuhören, hinzuschauen und zu hinterfragen. Die Erkenntnisse der Projektwerkstatt sollen nach Abschluss der Projekte nicht in einem Ordner mit fertigen Ratschlägen „verkümmern“. Die Werkstatt stößt die für die Weiterentwicklung Palliativer Geriatrie in den Einrichtungen notwendigen Überlegungen bloß an, und ist nicht das Ziel an sich. Immanentes Ziel der Werkstatt ist es, gegenseitige Transparenz herzustellen und miteinander Themen, die die Palliative Geriatrie und einhergehende Projektarbeit betreffen, zu diskutieren. Die Bedeutsamkeit der regelmäßigen Arbeit mit dem Palliativstern und den Indikatoren, auch nach Abschluss der Projektwerkstatt, wurde hervorgehoben.

Anschließend wurden die Projektthemen und Ideen zur Umsetzung vorgestellt; unter Beachtung folgender Leitfragen:

1. Was bewegte sich in der jeweiligen Institution?
2. Wie haben die Projektgruppenmitglieder reagiert?
3. Wie seid ihr unterwegs?

Mittels einer kreativen Übung hatten die Teilnehmer der jeweiligen Institutionen die Gelegenheit, unter Zuhilfenahme von Farben und Materialien ein Plakat zur jeweiligen Projektidee zu entwerfen. Die Plakate wurden im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Anhand einer weiteren interinstitutionell aufgestellten Übung wurden folgende Fragen angegangen:

- Wie lautet der Projekttitle?
- Welche Indikatoren des Palliativsterns waren ausschlaggebend für die Projektidee?
- Was ist das Hauptziel des Projektes?
- Was sind drei wesentliche Schritte für die weitere Arbeit im Projekt?

- Wurden alle Mitarbeiter über das Projekt informiert?
- Welche Fragen gilt es an die Projektwerkstatt und deren Teilnehmende zu richten?

Die anwesenden Institutionen stellten die verschiedenen Fragen auf ihre jeweilige Institution bezogen vor und diskutierten sie im Plenum – während dessen war der Palliativstern der jeweiligen Institution an der Wand zu sehen.

Jede der Einrichtungen erhielt von der Gruppe und vom Projektleitungsteam ein möglichst wertschätzendes und rücksichtsvolles Feedback zu ihrem jeweiligen Projekt. Die Präsentationen wurden von allen Teilnehmern mit großer Aufmerksamkeit und Interesse verfolgt.

Jede Institution erhielt zusätzlich vom Projektteam ein schriftliches Feedback, in dem die mündlich geäußerten Rückmeldungen dokumentiert wurden.

Die Koordinatorin äußerte den Vorschlag einen Projektbeirat einzuberufen, welcher gleich im Anschluss dann auch in die Tat umgesetzt wurde. Es wurde klargestellt, dass es sich beim Beirat um eine außenstehende Instanz handelt, die das Pilotprojekt begleitet, jedoch keine Einsicht in die internen Arbeiten der Projektwerkstatt und hausinternen Projekte erhält. Dieses vom Projektteam vorgeschlagene Vorgehen wurde von der Gruppe begrüßt.

### 3.7.3. Zweites Modul vom 26. – 28. Oktober 2016

Das zweite Modul fand in der „Maison de Soins Sacré-Coeur“ in Diekirch statt.

Inhaltliche Schwerpunkte des zweiten Moduls

Inhalt	Referent
Organisationsentwicklungsprozesse: Organisationsdynamik, Rolle der Projektleitung, Projektdesign, Projektdarstellung	Dirk Müller
Interne und externe Öffentlichkeitsarbeit zur Palliativen Geriatrie	Dirk Müller
Krankenhauseinweisung von hochbetagten Bewohnern verhindern	Dr. Frank Müller, HIS

Neben den Inhalten, lag der Schwerpunkt dieser drei Tage auf der Darstellung und der Reflexion der hausinternen Projekte. Dies geschah anhand des Frageschemas „Impulse für die Projektreflexion“:

- Wie heißt Ihr Projekt (Ober- und Untertitel)?

- Was sind die konkreten Ziele Ihres Projektes?
- Wie steht Ihr Träger zum Projekt?
- Was waren/sind die Meilensteine im Projekt? Was sehen Sie als erledigt an und was ist noch offen?
- Was waren die wichtigsten Projektschritte? Was haben sie wann und wie gemacht?
- Welche positiven und negativen Erfahrungen haben Sie im Projektverlauf gemacht?
- Welche Ressourcen wurden eingesetzt: Personal, Zeit, Geld...?
- Was ist die wichtigste Erkenntnis aus dem bisherigen Projektverlauf?
- Macht Ihnen das Projektthema und die Projektarbeit Spaß?
- Welche Fragen bezüglich des Gelingens Ihres Projektes haben Sie an die Gruppe?
- Gibt es Fragen, Wünsche und Unterstützungsbedarf an das Projektteam, die zum Gelingen des Projektes beitragen können?

Die Teilnehmer bekamen im Laufe der drei Tage genügend Zeit, um ihr jeweiliges hausinternes Projekt darzustellen und zu diskutieren und erhielten im Anschluss ein Feedback von der Gruppe. Die Teilnehmer äußerten sich zu den vorgetragenen Projekten, gaben Hinweise und hoben hervor, was besonders beeindruckt hatte, wo die Palliative-Care-Grundhaltung zu beobachten war und wo eventuelle Risiken bestehen könnten. Die Projektvortragenden nahmen hierzu Stellung und stellten Fragen an die Gruppe und das Projektteam.

Am Nachmittag des zweiten Tages stand ein fachlicher Input über verschiedene Formen der Essenszubereitung im Fokus. Diese wurden vom Koch der Gastinstitution vorgestellt und konnten auch gekostet werden. Diese Formen der Essenszubereitung ermöglichen es, je nach Beschwerden der Bewohner (z. B. Kau- oder Schluckprobleme), das Essen so zuzubereiten, dass es nach wie vor nach Essen aussieht, riecht und schmeckt und trotz der vorliegenden Einschränkungen vom Bewohner zu sich genommen werden kann. Das ermöglicht den Bewohnern bis zum Lebensende noch Lieblings Speisen zu sich zu nehmen, wenn sie dies möchten. Diese Art der Essenszubereitung erfordert eine Zusammenarbeit zwischen Küche und Pflege: der Koch geht jeden Tag in den Speisesaal und spricht mit den Bewohnern, er besucht jeden Tag eine andere Pflegeeinheit, um sich bei den Bewohnern und der Pflege zu erkundigen, wie das Essen geschmeckt hat, oder welche Änderungen eventuell vorzunehmen sind.

Am dritten Tag wurde u.a. palliativgeriatrische Literatur gesichtet und analysiert.

Ein Artikel von Katharina Heimerl befasste sich mit Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Heimerl, K.(2015). Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim. In Kojer, M. & Schmidl, M. (Hrsg). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S.186-197). Wien, New York: Springer.

Kernaussagen der Teilnehmer zum Text:

- Die steigende Tendenz, dass der Tod in den Institutionen stattfindet
- Vertrautheit mit dem Thema Tod
- Palliative Care von Anfang an
- Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter
- Wichtigkeit der Organisationsanalyse bzgl. palliativer Kompetenzen
- Wer ist unverzichtbar in der Sterbebegleitung?
- Flache Hierarchie, bedingt durch die Grundhaltungen von Palliative Care
- Alle mit ins Boot nehmen: Interdisziplinarität mit der Fragestellung: wer ist zu welchem Zeitpunkt wichtig?

In einem anderen Artikel beschrieb Roland Kunz die Entwicklungsmöglichkeiten in der Langzeitversorgung<sup>17</sup> mit folgenden Kernaussagen:

- Autonomie eines Jeden als Ansatz der Organisation
- Lebensqualität: welche Form kann und soll vorliegen?
- Interdisziplinarität
- Palliative Grundhaltung
- Ressourcen von außen
- Thema Multimorbidität: Rolle der Ärzte, von Anfang an
- Gesellschaftliche, politische und soziale Begleitung
- Ehrenamt und die Probleme zwischen Haupt- und Ehrenamt
- Kommunikationskompetenzen

Weitere Diskussionen fokussierten sich auf die Fragestellung, wie eine Institution es schaffen kann, alle Beteiligten „mit ins Boot“ zu bekommen. Ein besonderes Augenmerk wurde auf folgende Perspektiven gerichtet:

- Die Ausbilder der verschiedenen Berufe
- Die Angehörigen
- Das Team
- Die Allgemeinmediziner

In der Abschlussrunde äußerten die Teilnehmer ihre Zufriedenheit und gaben an, hinzugelernt und neue Anregungen und Erkenntnisse erworben zu haben. Sie waren erfreut über den Austausch, das Teilen der Argumente, das gemeinsame Nachdenken und auch das „Querdenken“. Die Dynamik und die Motivation stimmten überein, und die Projektwerkstatt wurde als ein gegenseitiges Stärken zum Wohle der Bewohner und deren Angehörigen erlebt.

Zudem bekundeten die Mitglieder, dass das Vertrauen ineinander und in die Gruppe gewachsen war und jetzt auch voll zum Tragen kam.

---

<sup>17</sup> Entwicklungsmöglichkeiten der Palliative Care in der Langzeitversorgung, Interview mit Roland Kunz in Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten Aspekte der Qualität., André Fringer; Hogrefe Verlag Bern, 1. Auflage 2016.

### **3.7.4. Zweiter inter-institutioneller Austausch vom 16. Januar 2017**

Der zweite inter-institutionelle Austausch fand im „Hôpital Intercommunal (HIS)“ in Steinfort statt. Behandelt und diskutiert wurden vorrangig die Fortschritte in den jeweiligen Projekten, insbesondere mit Blick auf Erfolge und Schwierigkeiten. Der Entwicklungsverlauf der Projekte wurde anhand der Berglandschaft-Methode visuell verdeutlicht (siehe Punkt 2.1.5.). Nach jeder Projektdarstellung gaben die Gruppe und das Projektteam ein Feedback. Bei jedem Projekt konnten positive Entwicklungen festgestellt werden. Die Bekräftigung durch die Anwesenden hatte eine anregende und unterstützende Wirkung auf die Vortragenden.

Die Projektleiterin des HIS hatte ein gemeinsames Mittagessen mit den Mitgliedern der hausinternen Projektgruppe organisiert; eine gute Gelegenheit sich kennenzulernen. Es folgte ein Besuch der Institution. Herausgestochen hat dabei die rehabilitative geriatrische Abteilung auf der drei Ärzte sowie Physiotherapeuten angestellt sind, was die Absprachen bezüglich vieler medizinischer und pflegerischer Aspekte erleichtert. Einer der Ärzte ist Mitglied der hausinternen Projektgruppe und der Projektwerkstatt.

Über folgende Schwerpunktthemen wurde reflektiert und diskutiert:

- Terminologie „Palliative Geriatrie“: dieses Anliegen wurde über die Projektkoordinatorin an die einzelnen hausinternen Projektgruppen herangetragen. Es war ein Anliegen des Beirates zu erfahren, ob die einzelnen Institutionen sich mit diesem Begriff identifizieren können. Die Antwort war ein klares JA, sowohl von Seiten der Projektgruppen als auch der Mitglieder der Projektwerkstatt. Dirk Müller verwies darauf, dass der Begriff Palliative Geriatrie immer noch von einigen kritisch reflektiert werde, denn neue Begriffe und Ansätze lösten Diskussionen aus. Jedoch ist der Begriff und der dahinterstehende Ansatz in Deutschland, Österreich und der Schweiz bereits eingeführt worden und etabliert sich zunehmend. Es stellte sich die Frage, wie Institutionen und Personen in Luxemburg mit dem Begriff Palliative Geriatrie umgehen wollen. Einigkeit herrschte in der Gruppe darüber, dass der Begriff einen Untertitel benötigt, den es zu erarbeiten gilt und der auch für jeden Laien verständlich sein muss.
- Präsentation der Projekte und des Pilotprojektes während der Pressekonferenz, die zu diesem Zeitpunkt noch für März 2017 vorgesehen war. Verabredet wurde, dass jede am Pilotprojekt beteiligte Institution, anhand eines Schemas, eine Vorstellung ihres Projektes für die Pressemappe vorbereitet.
- Der gemeinsame Austausch nach Abschluss der Projektwerkstatt im Oktober 2017 ergab, dass es ein Anliegen aller Teilnehmer sei auch nach Abschluss der Projektwerkstatt im gemeinsamen Austausch zu bleiben. Nur so können die Qualität und die Nachhaltigkeit der Projekte gewährleistet bzw. ausgebaut werden. Hierzu erläuterte Dirk Müller am Beispiel der Netzwerke Palliative Geriatrie in Deutschland,

wie eine Vernetzung von Institutionen nach abgeschlossener Projektwerkstatt sichergestellt werden kann. Dieses Netzwerkkonzept fand in der Gruppe großen Anklang und sollte deshalb auch in Luxemburg umgesetzt werden.

### 3.7.5. Drittes Modul vom 15. bis 17. März 2017

Das dritte und letzte Modul fand im „Hospice Civil“ der Stadt Luxemburg in Hamm statt. Inhaltliche Schwerpunkte des dritten Moduls

Inhalt	Referent
Mutmaßlicher Wille	Marcelle Diederich
Palliative Geriatrie und deren Nachhaltigkeit im Pflegeheim	Dirk Müller
Öffentlichkeitsarbeit	Dirk Müller
Film „Palliative Praxis“ der Robert Bosch Stiftung	Dirk Müller
Kreative Mundpflege am Lebensende	Hortense Deitz
Seelsorge im Alten- und Pflegeheim	Patrick Schmit, Alten-Seelsorger HCVL

Der Projektverlauf wurde anhand eines weiteren Palliativsterns reflektiert und bewertet und mit dem Stern des ersten Moduls verglichen.

Anschließend wurde der Fortgang des Projektes anhand folgender Fragen kommentiert:

- Was hat sich wie verändert?
- Woran ist noch zu arbeiten?
- Wie geht es dem Projekt und den Mitgliedern der Projektgruppe?

**Anschaulich wurde**, dass sich alle Sterne verändert hatten. Es wurde deutlich, dass die Projekte bereits einiges bewirkt haben. Diverse Themen, die in direktem Zusammenhang mit dem Projekt standen und stehen, haben einen Nutzen in der palliativgeriatriischen Entwicklung erzielt, andere Themen wurden gefestigt oder müssen weiterhin bearbeitet werden. In einigen Institutionen wurde das eine oder andere Thema „vernachlässigt“, weil es z.B. durch die Projektentwicklung und die Zusammenarbeit mit sämtlichen Mitarbeitern nicht mehr im Blickfeld war. Einige Institutionen stellten auch fest, dass ihre Erstbewertung zu positiv ausgefallen war und der aktuelle Stand eine realistischere Einschätzung darstellt.

Für alle Institutionen, außer dem HIS, blieb die Zusammenarbeit mit den Ärzten ein Schwachpunkt.

Als fachlicher Impuls stand die Ermittlung des „**mutmaßlichen Willens**“ im Vordergrund, ebenso der Austausch zum Thema in der Gruppe. Es entstand eine sehr intensive, kontroverse und facettenreiche Diskussion. Demnach ist es nicht immer einfach, den „richtigen“ Moment zu finden, in dem Angehörige bereit sind, über die Thematik zu sprechen. Und es blieb die Antwort auf die Frage offen, ob Bewohner bei diesen Gesprächen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens anwesend sein sollten oder nicht.

Die Diskussion verdeutlichte, dass es keine standardisierte und einzig richtige Antwort gibt. Vielmehr ist es wichtig, dass das Bewusstsein für das Thema Sterben und Tod in der Institution und in den einzelnen Abteilungen besteht bzw. entwickelt werden muss, und die Bereitschaft vorhanden sein muss, das Thema offen und kompetent anzusprechen.

Im Rahmen der Diskussionen um das „Tun und Lassen“ wurde vom Projektteam beschlossen, am Folgetag einen zusätzlichen, praxisorientierten Impuls zur Mundpflege am Lebensende anzubieten.

Die Teilnehmer wurden eingeladen, ein „**Ausstellungsstand zu palliativgeriatrischen Möglichkeiten**“ vorzubereiten. Jede Institution sollte hier sein palliativgeriatrisches Projekt kreativ und symbolisch darstellen, dies anhand von vielfältigem Material wie Fotos, Filme, Flyer, Leitlinien oder Konzepte, welche mitgebracht bzw. in der Projektwerkstatt zur Verfügung gestellt wurden.

Von Seiten der Teilnehmer gab es anfangs einige Irritationen bzgl. der Aufgabenstellung, die sich jedoch schnell lösten und schlussendlich konnten sehr anspruchsvolle und aussagekräftige Stände besichtigt und die Projekte unter einem anderen Gesichtspunkt, als nur über mündliche oder schriftliche Berichte, kennengelernt werden.

Im Rahmen der Standbesuche erfolgte ein lebhafter Austausch untereinander und die Teilnehmer gaben sich gegenseitig Feedback.

Der zweite Tag startete mit einer allgemeinen Reflexion zum Ansatz und Konzept sowie zur Umsetzung von Palliativer Geriatrie.

Im Anschluss gingen die Teilnehmer auf ihre konkreten Projekte zur Palliativen Geriatrie unter der Berücksichtigung folgender Perspektiven ein:

- Bewohnerperspektive
- Mitarbeiterperspektive
- Angehörigenperspektive

Nach jeder Darstellung positionierten sich die Projekte erneut mit ihrem Symbol auf der Berglandschaft. Deutlich wurde, dass alle Institutionen auf ihrem Weg weiter vorangekommen waren – einzelne sind fast am Ziel, andere gaben an, noch ein Stück des Weges vor sich zu haben. In der darauffolgenden Diskussion teilten die Teilnehmer mit, dass durch die symbolische Darstellung auf dem „Messestand“ einzelne Projekte klarer und deutlicher zum Vorschein kamen.

Ein weiterer Schwerpunkt nahm ein Impuls von Dirk Müller und eine sich anschließende Diskussion und Reflexionen zum Thema **Nachhaltigkeit** ein. In Leitbildern von Alten- und Pflegeheimen bleibt der lange Weg alter Menschen bis zum Tod oft ausgeklammert; es wird „vergessen“, dass Sterbebegleitung ein wichtiges Kerngeschäft ist, das nicht als Nebensache abgehandelt werden sollte. Es geht nicht in erster Linie um Aktivierung und Freizeitaktivitäten. Vorrangig ist, Schmerzen und andere belastende Beschwerden bestmöglich zu lindern, sowie eine Atmosphäre der Wärme und des Vertrauens zu schaffen, in der sich jeder einzelne alte Mensch in seinem oft langen letzten Lebensabschnitt akzeptiert, wertgeschätzt und verstanden fühlt.<sup>18</sup>

Wegweisende Richtlinien sind<sup>19</sup>:

1. Schwierige Entscheidungen interprofessionell treffen
2. Soziale Unterstützung im Team organisieren
3. Regelungen für wichtige Funktionen schaffen
4. Die Kontakte zu anderen Einrichtungen pflegen
5. Die Rolle der Leitungskräfte differenzieren

*„Begleitung beginnt nicht erst dann, wenn der Tod bereits im Vorzimmer wartet!“<sup>20</sup>*

Anregungen zur spirituellen Begleitung von Bewohnern wurde von den Teilnehmern als reicher und praktisch bezogener Beitrag, der zum Nachdenken angeregt hat, bewertet. Deutlich wurde, dass es in Luxemburg nur in einer Einrichtung einen „Alten-Seelsorger“ gibt, der sowohl für die Bewohner, die Angehörigen als auch für die Mitarbeiter zur Verfügung steht.

Am letzten Tag des Moduls folgten von Dirk Müller Überlegungen zu Organisationsentwicklungsprozessen – Projektleitung, Projektdesign und Projektdarstellung – mit anschließender Diskussion.

Bezüglich der internen und externen Öffentlichkeitsarbeit sowie des Marketings waren für die Teilnehmer folgende Aspekte relevant:

- Auf die besondere Arbeit und Angebote aufmerksam machen
- Unterstützer finden, z. B. Förderverein, Marketingagentur
- Gelder / Spender für gezielte Projekte werben und binden
- ...

Grundsätzlich stellte sich die Frage: Welche Öffentlichkeit ist mit welchen Mitteln, mit welchen Informationen und über welche Kanäle zu erreichen?

---

<sup>18</sup> Heimerl, Wegleitner, Schuchter, Trafoier (2015): S. 56-57.

<sup>19</sup> Grossmann, 2000, S.85

<sup>20</sup> Kojer, Marina: Zitat aus Vortrag Curriculum Palliative Praxis der Robert Bosch Stiftung, Dirk Müller

Aufbauend auf die Diskussionen, was am Lebensende noch alles getan werden kann, präsentierte Hortense Deitz „bewohnerdefinierte kreative Mundpflege am Lebensende“ mit theoretischen Erklärungen und praktischen Übungen.

Einen weiteren Raum nahm die Konzentration auf die Vorbereitung der Pressekonferenz am 6. Dezember 2017 ein. Alle Institutionen wurden darum gebeten, bis zum Termin des inter-institutionellen Treffens im Mai 2017 eine Kurzdarstellung ihres Projektes für die Pressemappe vorzubereiten. Hierzu wurde vom Projektteam eine Vorlage erarbeitet und über die Projektkoordinatorin an die Teilnehmer versandt.

Ebenso wurde die Gestaltung eines **Netzwerks Palliative Geriatrie Luxemburg** vom Projektteam thematisiert und mit den Teilnehmern Ziele und Inhalte verabredet:

1. Nachhaltigkeit der Projektwerkstatt garantieren
2. Austausch über Best Practice Beispiele
3. Sprachrohr sein: Palliative Geriatrie zum Thema machen, weiterhin Lernort sein vor allem mit Beratungsthemen und Workshops, Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin
4. Verabredungen: verbindliche Zusammenarbeit regeln: Dieselben Vertreter, die an der Projektwerkstatt teilgenommen haben, da so das bestehende Vertrauen genutzt und aufrechterhalten werden kann
5. Präsenz an den Treffen ist zu regeln
6. Aufnahme neuer Mitglieder nach abgeschlossener Projektwerkstatt
7. Treffen: einmal im Quartal

Zudem wurden weitere Überlegungen zum Untertitel des Pilotprojekts Palliative Geriatrie in Luxemburg angestellt. Letztlich wurde verabredet, das Thema noch einmal in die hausinternen Projektgruppen zu tragen und in der Projektwerkstatt im Mai Vorschläge vorzustellen.

Die Teilnehmer aus der Institution „Sacré Coeur Diekirch“ konnten bei diesem Modul nicht anwesend sein. In einem darauffolgenden Gespräch mit den Projektkoordinatorinnen von Omega 90 haben sie mitgeteilt, dass sie sich aus dem Pilotprojekt zurückziehen werden.

### **3.7.6. Dritter inter-institutioneller Austausch vom 3. Mai 2017**

Das Treffen fand im CIPA Elisabeth am Park statt.

Nach einer Begrüßung und den Mitteilungen an die Gruppe arbeiten die Teilnehmer am „20-Punkte Check für die Organisation der Sterbebegleitung“. Die Mitglieder tauschen sich hausintern über die Fortschritte ihres jeweiligen Projektes aus:

- Welche Themen, Probleme, Chancen werden gesehen und bearbeitet?
- Welche Fragen und Antworten kommen auf?
- Welche Schritte sind als nächstes geplant?
- Welche Indikatoren / Perspektiven waren und sind im Blickfeld?

Anschließend erfolgte eine Darstellung der Projektfortschritte im Plenum sowie eine Einschätzung über den Projektstatus anhand der Berglandschaft. Hier wurde deutlich, dass jede Institution weiterhin mit der Umsetzung ihres Projektes auf dem Weg ist. Die Projekte werden in ihrer Beschreibung und Umsetzung immer konkreter und klarer, und die Schlussfolgerungen die jede Gruppe für sich zieht, sind real und transparent.

Die Mitglieder der Projektwerkstatt erhielten in einem weiteren Schritt ihre jeweilige Projektdarstellung, die für die Pressemappe im Dezember genutzt werden soll. Jeweils zwei Institutionen lasen sich gegenseitig ihre Projektbeschreibung vor und bekamen von den Kollegen hierzu ein Feedback. Ziel war es zu testen, ob die Projektdarstellung nachvollziehbar geschrieben wurde bzw. Korrekturen notwendig sind. Ergebnis dieser Arbeit war, dass jede hausinterne Gruppe sich bis Juli 2017 noch einmal mit den jeweiligen Projektbeschreibungen beschäftigt und diese zudem später ins Französische übersetzt werden soll. Dies ermöglicht, sowohl eine deutsche als auch eine französische Pressemappe vorzulegen.

Die Anwesenden diskutierten die von der Projektkoordination zusammengestellte Zusammenfassung des Diskussionsstandes zur Etablierung des „Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg“. Einigkeit besteht darin, dass das „Netzwerk“ von der Weiterbildungsabteilung von Omega 90 koordiniert werden soll. Laut diesem Auftrag sind die einzelnen Inhaltspunkte weiter auszubauen und Rückmeldungen von den Teilnehmern einzuholen, damit im Oktober 2017 das „Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg“ gegründet werden kann.

Bezüglich des Untertitels zum Pilotprojekt Palliativ Geriatrie Luxemburg einigten sich die Anwesenden nach Diskussionen in den hausinternen Projektgruppen auf einen „Slogan“. Die Wahl fällt einstimmig auf Palliativ Geriatrie - „Liewe kënnen, Stierwen dærfen“. Wir stellen fest, dass dies der offizielle Slogan des KPG in Berlin ist. Nach Absprache mit Dirk Müller kann dieser Slogan auch in Luxemburg für die Palliative Geriatrie genutzt werden.

Zudem wurde der Ort der Präsentationsveranstaltung am 6. Dezember 2017 mitgeteilt. Es ist das „Park Hotel“ in Dommeldange. Die Projektkoordinatorin informierte über die Räumlichkeiten und die vorhandenen Möglichkeiten zur Präsentation der hausinternen „Projektstände“.

Auch dieser Tag wurde als gelungen und produktiv erlebt; der zusätzlichen Arbeiten, die im Kontext der Pressekonferenz, der Tagung und der Netzwerkgründung anliegen waren sich alle Teilnehmer bewusst. Zudem wurden weitere Termine zu den Besuchen von der Projektkoordination in den einzelnen hausinternen Projektgruppen für Juni/Juli festgehalten.

### **3.7.7. Vierter inter-institutioneller Austausch vom 10. Oktober 2017**

Das Treffen fand am 10.10.2017 in Hauptmann's Schloss Berbourg, Elisabeth asbl, statt. Nach der Begrüßung wurden die Ziele der Palliativen Geriatrie kurz angesprochen. Maggy Zipfel, die das Projekt ihrer Einrichtung auf der 12. Fachtagung Palliative Geriatrie in Berlin im Oktober 2017 vorstellte, teilte der Gruppe ihre Eindrücke mit. Am meisten faszinierte sie, dass Professionelle aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und Luxemburg, trotz ganz

verschiedener Gesetzgebungen, sich mit dem gemeinsamen Thema – „Sorge um den alten hochbetagten Menschen und den Menschen mit Demenz“ – kontrovers auseinandersetzen konnten.

Anschließend setzten die Teilnehmer sich hausintern in kleinen Gruppen zusammen und reflektierten den internen Prozessverlauf ihres Projektes seit Mai 2017:

- Was ist in der Einrichtung geschehen zwischen Mai und Oktober 2017 in Bezug auf euer Projekt?
- Welche Abläufe konntet ihr gut umsetzen?
- Wo wurden Grenzen wahrgenommen?
- Wo steht ihr heute mit eurem Projekt?

Die darauffolgenden Darstellungen vor der Gesamtgruppe erlaubten es deutliche Fortschritte zu erkennen. Es wurde vor allem offenkundig, dass die palliativ-geriatrische Kultur gelebt wird. In drei Institutionen gab es während der Sommermonate in kurzer Zeit viele Sterbefälle und die Begleitungen und Übergänge verliefen problemlos. Die berufsübergreifende Zusammenarbeit, die Vernetzung und die Kommunikation der Mitarbeiter gehören immer mehr zum Alltag. Auch waren an vielen Stellen die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den Ärzten offener und freier geworden. In mehreren Institutionen werden noch Handreichungen für die Mitarbeiter ausgearbeitet, in anderen sind sie schon in der Testphase. Alle waren sich einig, dass diese schriftlichen Hilfestellungen jedem neuen Mitarbeiter erklärt und ausgehändigt werden. Anschließend situierten die Teilnehmer ihr Projekt auf der Berglandschaft. Jedes Projekt befand sich fast an der Bergspitze. Die Schilderung der Projekte verdeutlichte, dass die Projekte sich gut entwickeln, dass der Wunsch und der Wille überall vorhanden sind weiterhin hausintern am Thema zu arbeiten. Die Projektleitung unterstützte diese Vorhaben und Dirk Müller erklärte, dass es wichtig ist in den nächsten Monaten, auch hausintern, das Pilotprojekt als beendet zu bezeichnen, um dann klar weitere Vorhaben zu bestimmen.

Seit dem ersten Modul arbeiteten die Teilnehmer an einem gemeinsamen luxemburgischen Verständnis von „Palliativer Geriatrie“. Das bisher Erarbeitete wird besprochen und die Gruppe erstellte eine Darstellung für Palliative Geriatrie auf luxemburgisch (siehe Punkt 1.3.).

Der Ablauf der Abschlusszeremonie vom 6. Dezember 2017 wurde besprochen und vier Teilnehmer werden stellvertretend für die Gruppe ihre Projekte dort kurz erläutern. Jede Institution wird anhand eines „Modells“ sein Projekt in einem eigens dafür vorgesehenen Raum dem Publikum nahebringen.

Dirk Müller zeigt den Film „Das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin stellt sich vor“. Danach gibt er weitere Informationen zu Abläufen und den Vorteilen einer guten Vernetzung.

Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) und deren Anliegen werden besprochen. Es ist eine gemeinnützige Organisation von Altenpfleger, Wissenschaftlern, Ärzten, Hospiz- und Palliative Care Fachkräften und Ehrenamtlichen. Sie wurde 2015 gegründet und setzt sich zum Ziel, den überregionalen Austausch im deutschsprachigen Raum und die Weiterentwicklung der Palliativen Geriatrie zu fördern.

Die Direktorin des Hauptmann's Schlass gab uns Erklärungen zur Institution und führte uns durch die Einrichtung. Hervorstreichen ist, dass diese Einrichtung in der Natur liegt und auch die Außeneinrichtungen auf die Bewohner abgestimmt sind.

Die Teilnehmer drückten ihre Zufriedenheit mit der Gesamtwerkstatt aus und teilten die Meinung, dass sich Vieles zum Wohle aller, vor allem der Bewohner, der Angehörigen und auch der Mitarbeiter verbessern konnte, weil Palliative Geriatrie im Alltag gelebt wird.

Im Anschluss wurde das „Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg“ im Beisein der Direktorin von Omega 90 gegründet. Hauptziel ist eine nachhaltige Weiterentwicklung der palliativ-geriatriischen Kultur in den teilnehmenden Einrichtungen und die Aufgabe andere Alteneinrichtungen anzuregen diesen Prozess auch zu wagen.

### ***3.8. Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Projektwerkstatt***

Zahlreiche öffentlichkeitswirksame Aktivitäten wurden während der Projektlaufzeit in den beteiligten Institutionen angeboten, wie z.B. Feste und Informationsabende für Bewohner, Angehörige und Bewohner der Gemeinden, in denen sich die Einrichtungen befinden.

Die interne Öffentlichkeitsarbeit zum Pilotprojekt „Palliative Geriatrie“ verlief in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich, abhängig vom Prozessverlauf des jeweiligen Projektes. Das von Omega 90 entworfene Plakat wurde an alle teilnehmenden Institutionen verteilt, um die Bewohner, die Angehörigen und die Mitarbeiter über die Teilnahme am Projekt zu informieren. Auch wurden Informationsversammlungen in kleinen Gruppen von Mitarbeitern und Austausch in größeren Zusammenhängen abgehalten. Aus einigen Projekten heraus entstanden zudem zusätzliche Flyer und Handouts für die Mitarbeiter.

In einzelnen Einrichtungen erforderte das Projekt die Befragung und die Mitarbeit von einzelnen Angehörigen und Bewohnern, die ihr Interesse am Projekt bekundeten. Es kann festgestellt werden, dass die Palliative Geriatrie mittlerweile in allen am Pilotprojekt beteiligten Einrichtungen thematisiert wird.

Die Bekanntmachung der Gründung des „Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg“ am 10. Oktober 2017 war ein weiterer wichtiger Schritt.

Im Rahmen der öffentlichen Abschlussfeier des Pilotprojektes „Palliative Geriatrie“ am 6. Dezember 2017 werden zum ersten Mal alle an der Projektwerkstatt beteiligten Institutionen und die Mitarbeiter der hausinternen Projektgruppen gemeinsam auftreten.

In einer Pressekonferenz wird das Pilotprojekt mit seinen Ergebnissen der Öffentlichkeit vorgestellt.

Seit Beginn des Projektes sind bereits einige Fachbeiträge veröffentlicht worden:

- ANIL News – Zeitschrift der Luxemburgischen Krankenpflegevereinigung, Herbst 2016.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, 2016.

- Jahresbericht Omega 90, 2015.
- Jahresbericht Omega 90, 2016.
- Internetseite von Omega 90: <https://www.omega90.lu/>.
- RBS Bulletin – Luxemburger Fachblatt für Altersfragen, September 2017.

Das Pilotprojekt wurde ebenfalls in Luxemburger Tageszeitungen angesprochen, etwa im Zusammenhang mit Pressekonferenzen von Omega 90 und anderen Vertretern der Alters- und Pflegeheime.

Die Projektkoordinatorin hat das Luxemburger Pilotprojekt „Palliative Geriatrie“ zudem in einem Beitrag unter dem Titel „Ein Land macht sich auf den Weg...“ auf der 11. Fachtagung Palliative Geriatrie am 30. September 2016 in Berlin vorgestellt.

Eine Projektteilnehmerin stellte ihr Projekt auf der 12. Fachtagung Palliative Geriatrie am 6. Oktober 2017 in Berlin dar. Thema dieser Tagung war: „Das ist doch kein Leben. Warum Palliative Geriatrie nicht nur im Sterben hilft“ und Marie-France Liefgen von Omega 90 hielt dort ein Referat zum Thema: „Spannungsfeld Palliative Care und Euthanasie in Alters- und Pflegeheimen: Wie gehen Alters- und Pflegeheime mit der Problematik des Lebensende um?“

Basierend auf Lerninhalten, Analysen, Austausch und Projektplänen hat jede Institution „ihr“ eigenes Projekt unter Einbeziehung ihres interdisziplinären Teams erarbeitet.

### **3.9. Finanzierung**

Insgesamt kostete das Pilotprojekt 90.000 EUR; wovon ca. 18.000 EUR für Honorar-, Transport-, Unterbringungs- und organisatorische Kosten anfielen. Die restlichen 72.000 EUR fielen für Personalkosten an (Koordination).

Für die Finanzierung des Pilotprojektes konnte Omega 90 auf Gelder zurückgreifen, die ihr im Rahmen ihrer 25-Jahr Feier (2015) von der Oeuvre Grande Duchesse Charlotte, der Fondation Alphonse Weicker und der Organisation „Kick Cancer into Touch“ gespendet wurden. Mit diesen Geldern konnte Omega 90 40% der anfallenden Kosten abdecken. Weitere 40% der Kosten hat Omega 90 mit Eigenmitteln (Spenden) finanziert. Die restlichen 20% der Kosten wurden von den teilnehmenden Institutionen getragen (in Form von Tagungsbeiträgen). Dadurch, dass die Tagungen in den teilnehmenden Institutionen stattfanden, konnten die Kosten des Projektes gering gehalten werden.

Omega 90 bedankt sich an dieser Stelle bei der Oeuvre Grande Duchesse Charlotte, bei der Fondation Alphonse Weicker und der Organisation „Kick Cancer into Touch“ für ihre finanzielle Unterstützung ohne die dieses Pilotprojekt nicht hätte durchgeführt werden können.

## 4. Projektergebnisse

### 4.1. Projekte in den Institutionen<sup>21</sup>

Die Projektteilnehmer verfassten, auf einem vorgegebenen Fragenkomplex aufbauend, einen Bericht über den Prozessverlauf des Projektes in ihrer jeweiligen Einrichtung:

- Was waren die wichtigsten Projektschritte? Was haben Sie wann und wie gemacht?
- Welche Erfahrungen haben Sie im Projektverlauf gemacht?
- Welche Ressourcen wurden eingesetzt (Personal, Zeit, Geld,...)
- Was ist die wichtigste Erkenntnis aus dem Projektverlauf?
- Was macht Ihnen am Thema und an der Projektarbeit Spaß?
- Sie möchten noch etwas Wegweisendes teilen?

#### 4.1.1. Croix Rouge CIPA Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte Junglinster

Teilnehmer der Projektwerkstatt: Jürgen Nellinger, Direktor; Stefan Raskop, Pflegedienstleiter; Claudine Millen, Krankenpflegerin, Vertiefungslehrgang PC 160 St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- Pflegedienstleiter
- 1 Krankenpflegerin mit Vertiefungslehrgang PC von 160 St.
- 2 Stationsleiter
- Aide Soignante
- Erzieherin
- Rezeptionist

**Titel: „Mitgefühl – Abschiedsrituale im CIPA Junglinster“**

Projektziele:

- Etablierung einer Abschiedskultur im CIPA Junglinster
- Einführung von Abschiedskarten und Trauerorten

Das Projekt „Mitgefühl–Abschiedsrituale im CIPA Junglinster“ versuchte eine konzeptionelle Abschiedskultur innerhalb der Einrichtung zu entwickeln. Im Kontext palliativ-geriatrischer Versorgung sollten hierzu ganz konkrete und sichtbare Ergebnisse entstehen. In einer multi-disziplinären Projektarbeitsgruppe bestehend aus Krankenschwestern, Erziehern, Altenpflegern und administrativem Personal, wurde an verschiedenen Zielen gearbeitet.

Die Projekttreffen fanden monatlich statt und hatten einen zeitlichen Umfang von ca. 90 Minuten. Die Zusammenarbeit in der Projektgruppe war insgesamt sehr konstruktiv. Es stellte sich als große Bereicherung heraus, eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen zusammen zu bringen. Aufgrund von Urlaub und Krankheitsfällen konnten zwar nicht alle Termine

---

<sup>21</sup> Die folgenden Berichte unterliegen der Verantwortung der jeweiligen Institution

eingehalten werden, die Teilnehmer arbeiteten jedoch auch im Hintergrund und in ihrem Arbeitsalltag an der Umsetzung des Projektes.

Da ein wichtiger Aspekt der langfristige Entwicklungsprozess sein sollte wurden die Projektziele in zeitnahe, mittelfristige und nachhaltige Interventionen aufgeteilt. Zeitnah sollten personalisierte Trauerkarten entstehen, um in einem Sterbefall die persönliche Anteilnahme des Personals gegenüber dem Bewohner und den Angehörigen zu ermöglichen. Hierzu wurde eine Auswahl aus Vorschlägen in allen Pflorgeteams der Einrichtung besprochen und sich mehrheitlich auf ein jeweils individuelles Design geeinigt.

Mittelfristig wurden fest etablierte Trauerorte geschaffen um auch den Mitbewohnern die Gelegenheit des Abschiedes und der Erinnerung zu bieten. Dabei spielte der geeignete Ort und die Ausstattung des Trauerortes eine übergeordnete Rolle. Die Projektgruppe einigte sich auf ein festes Inventar und verteilte Verantwortlichkeiten für die Bereitstellung und Fürsorge der Trauerorte. Hier war es besonders schwer ein geeignetes Möbelstück zu finden, da es in allen Räumlichkeiten der Institution ins Raumbild passen sollte. Zahlreiche Diskussionen innerhalb und außerhalb der Projektgruppe sorgten für einen intensiven Austausch und die Aufmerksamkeit aller Angestellten des Hauses auf das Projekt. Auch im unterbewussten wurde sich so mit dem Thema Abschiedskultur und Trauer beschäftigt. Zahlreiche Feedbacks erreichten die Arbeitsgruppe und sorgten dafür, dass sich schlussendlich zwar auf die standardisierte Ausstattung der Trauerorte, jedoch auf eine individuelle Gestaltung des Möbelstücks geeinigt wurde.

Um ein nachhaltiges Bewusstsein für das Thema Abschied und Verlust zu schaffen und zur Entwicklung der neuen Abschiedskultur beizutragen wurde eine sogenannte „Erinnerungsbibliothek“ geplant. Diese soll auch nach einer längeren Zeit das Andenken an verstorbene Bewohner wahren. In einem standardisierten Prozess werden Fotoaufnahmen der Heimbewohner archiviert. Nach dem Verlust eines Bewohners werden diese dann zu einem individuellen Fotobuch im Taschenbuchformat verarbeitet. Dabei soll ein Exemplar an die nächsten Angehörigen übergeben werden, das andere findet seinen Platz in einer eigens dafür Angelegten „Erinnerungsbibliothek“. Frei zugänglich möchte die Institution dort die Erinnerungsbücher der verstorbene Bewohner sammeln und sowohl für Mitbewohner, Angehörige und Personal nachhaltig einen Raum zur Erinnerung und Trauerbewältigung schaffen.

Die Projektarbeitsgruppe verstand die palliativ-geriatrischen Themen stets als sehr wichtige und zentrale Punkte ihrer täglichen Arbeit und war dementsprechend motiviert. Es machte der Gruppe großen Spaß, selbst in der Ausarbeitung der Projekte involviert zu sein. Die Arbeit an einem konkreten Projekt war für fast alle Mitarbeiter eine neue Erfahrung und gab den Teilnehmern eine Bestätigung in ihrer Funktion als Angestellte der Einrichtung. Durch den konstruktiven Dialog zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Projekt und in der Einrichtung, konnte eine wertvolle, aus verschiedenen Perspektiven erarbeitete Abschiedskultur entstehen, die so auch in den kommenden Jahren weiter ausgebaut werden kann.

#### 4.1.2. Hauptmann's Schloss Berbourg

Teilnehmer der Projektwerkstatt : Mariette Zacharias, Direktorin; Thomas Maier, Krankenpfleger, Vertiefungslehrgang PC 160 St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- 1 Mitarbeiterin Service Ménage/Buanderie
- 1 Mitarbeiterin Service Cuisine/Restaurant
- 1 Mitarbeiter Service Technique
- 1 Mitarbeiterin Service Accueil et Vie sociale
- 1 ehrenamtliche Pastoralassistentin
- 5 Mitarbeiter Service Soins et Assistance

**Titel: „Reflexive Fallbesprechung/ REFA“**

Projektziele:

1. Verbesserung der Lebensqualität aller Bewohner
2. Reflexion der gesamten palliativen Phase
3. Trauerarbeit aller Berufsgruppen im *Hauptmann's Schloss*
4. Darstellung / Austausch verschiedener Sichtweisen aller Berufsgruppen
5. Vernetzung der Berufsgruppen
6. Förderung der Arbeitszufriedenheit/ Lösungen entstehen aus dem Team heraus
7. Qualitätssicherung/ Verbesserung der Palliativkompetenz

April/ Juni 2016:

Ursprung der Projektidee war der Wunsch von immer mehr Mitarbeitern nach mehr Raum für Reflexion und Trauerarbeit im Falle des Versterbens eines Bewohners. Es wurde eine interne Projektgruppe gegründet, in der aus allen Arbeitsbereichen des Hauptmann's Schloss Berbourg (HMSB) mindestens ein Mitarbeiter vertreten war.

Das erste Treffen dieser Gruppe wurde genutzt, um das nationale Projekt „Palliative Geriatrie“ vorzustellen, in der Gruppe ein erster Palliativstern und eine erste Projektskizze zu unserem hausinternen Projekt „Reflexive Fallbesprechung (REFA)“ zu erstellen, die Indikatoren der Hospizkultur und Palliativkompetenz auszufüllen sowie eine erste Analyse des Ist-Zustandes durchzuführen, um herauszustellen, was in unserer Institution in Bezug auf palliative Geriatrie schon umgesetzt wird und was noch umgesetzt werden sollte.

Juni - November 2016:

Zur Umsetzung der „reflexiven Fallbesprechung“ wurde ein Leitfaden sowie eine Prozedur erarbeitet und eine Checkliste erstellt, welche die Inhalte der REFA festlegen soll.

Die Projektgruppe legte fest, wie alle Mitarbeiter im *Hauptmann's Schloss* über dieses Projekt zu informieren und auch einzubeziehen sind.

In den darauffolgenden Wochen und Monaten war das Projekt in jeder Teamsitzung Thema. Die Abteilungsleiter bemühten sich zudem all ihren Mitarbeitern auch während der alltäglichen Arbeit das Thema näher zu bringen. In einer für alle Mitglieder obligatorischen Versammlung im Juni 2017 hat Thomas Maier, Mitglied der hausinternen Projektgruppe, das

Projekt vorgestellt. Im Folgenden wurde ein Evaluationsbogen verteilt, anhand dessen die in der Testphase stattgefundenen REFA´s von den teilnehmenden Mitarbeitern evaluiert wurden. Ebenfalls wurde die bestehende Abschiedskultur im *Hauptmann's Schloss* analysiert und im Anschluss in verschiedenen Punkten verbessert: Gestaltung des Abschiedsbuches, Abschiedsfeier einmal pro Jahr, Gestaltung des Abschiedsraumes.

#### Dezember 2016 - April 2017

Ab Dezember 2016 fanden die ersten tatsächlichen reflexiven Fallbesprechungen statt. Während der Testphase, die sich bis April 2017 erstreckte, bei der zusätzlich zu den Mitarbeitern aus den verschiedenen Abteilungen auch immer alle Mitglieder der internen Projektgruppe anwesend waren, wurde der Ablauf nochmals angepasst sowie die Checkliste überarbeitet. Ersichtlich wurde während der Testphase beispielsweise, dass die meisten Mitarbeiter die Überlegungen vor allem auf die letzten Lebensstage bezogen, und nicht die komplette palliative Phase. Dies wurde dementsprechend geändert.

#### Mai 2017:

Ab Mai 2017 wurde die REFA endgültig eingeführt. Seit dem Zeitpunkt ist sie fester Bestandteil der Abläufe nach dem Versterben eines Bewohners.

In Zwischenzeit ist der Begriff der reflexiven Fallbesprechung keinem Mitarbeiter im *Hauptmann's Schloss* mehr ein Fremdwort.

Die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis zwischen den verschiedenen Abteilungen wie Pflege und Betreuung, Küche, Restaurant, Hauswirtschaft, technischer Dienst und Ehrenamt haben sich deutlich verbessert.

Die Intensität des Austausches untereinander sowie das interdisziplinäre Denken wurden deutlich gesteigert; bewusste Trauerarbeit und Reflexion begünstigt worden.

Das Interesse am Wohlbefinden der Bewohner ist gestiegen, insbesondere auch bei den Mitarbeitern aus den Abteilungen Hauswirtschaft, Restauration und Technik, welche traditionell weniger direkten Kontakt mit Bewohnern hatten.

Das Feedback durch die Mitarbeiter ist größtenteils sehr positiv ausgefallen. Die verbesserte Kommunikation ist auch den Ärzten nicht entgangen, was wiederum eine positive Wirkung auf die Zusammenarbeit mit ihnen hat.

Alle Treffen der hausinternen Projektgruppe fanden während der Arbeitszeiten statt bzw. wurden den Teilnehmern als Arbeitszeit angerechnet. Jeweils 3-4 Stunden standen der Projektgruppe für das gemeinsame monatliche Treffen frei.

Das Projekt REFA hat viel Positives sowie nicht Vorhersehbares bewirkt und den Horizont aller Beteiligten erweitert.

Eine verbesserte Reflexion und Trauerarbeit zu Gunsten bzw. zur Steigerung der Lebensqualität in der gesamten palliativen Phase unserer Bewohner, waren uns schon länger ein Anliegen.

Wir sitzen alle im selben Boot und nur in der Zusammenarbeit und der Kommunikation miteinander können wir viel erreichen und bewegen.

### **4.1.3. Home Pour Personnes Âgées St.François, Redange / Attert**

Teilnehmer der Projektwerkstatt: Ensich Christian, Direktor; Monique Schaus, Krankenpflegerin, Vertiefung PC 160St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- Bereichsleiter Pflege
- Bereichsleiter Beschäftigung
- Verantwortlicher Personalwesen
- Ergotherapeutin
- Gesundheits- und Krankenpflegerin
- Raumpflegerin
- Servicekraft

**Titel: Erweiterung der palliativen Kompetenz im Team / Gespräche zum Lebensende mit dem Bewohner**

Projektziele:

1. Sensibilisierung aller Mitarbeiter für das Thema « Sterben und Tod »
2. Führen von Gesprächen zum Lebensende mit den Bewohnern
3. Erfassen, dokumentieren und umsetzen der Wünsche der Bewohner

Betriebsintern sind alle Prozeduren zum Thema Sterbebegleitung ausführlich in einem Handbuch beschrieben. Während des Pilotprojektes analysierten wir bestehende Prozesse und beschlossen die palliative Kompetenz im Team zu verbessern.

Eine achtköpfige, interdisziplinäre Projektgruppe erstellte ein Handout zur Selbstreflexion. Alle Mitarbeiter waren aufgefordert sich Gedanken zum eigenen Lebensende zu machen, um so besser darauf vorbereitet zu sein, das Thema später mit den Bewohnern zusammen anzugehen zu können.

Nach der Auswertung dieser Selbstreflexion wurde in bereichsübergreifenden Arbeitsgruppen ein Leitfaden „Gespräch zum Lebensende mit dem Bewohner“ und ein Dokumentationsblatt ‚Wünsche des Bewohners‘ erstellt.

Von März bis Juni 2017 ermittelten und dokumentierten die Mitarbeiter bei 14 Bewohnern deren individuellen Wünsche in Bezug auf Pflege, Wohlbefinden, Therapie, soziale Kontakte, Spiritualität etc. Wenn der Punkt kommt, am dem sich die jeweiligen Bewohner nicht mehr selbst mitteilen können, kann auf diese Informationen zurückgegriffen werden. Die Wunschliste kann als Ergänzung zu einer bestehenden Patientenverfügung, auf Wunsch des Bewohners, von Angehörigen, Ärzten etc. eingesehen werden.

Im Sinne einer regelmäßigen Prozessoptimierung wird die Umsetzung der Wünsche nach dem Tod des Bewohners überprüft.

Die Zusammenarbeit in den Arbeitsgruppen zeigte uns die Bereitschaft der Mitarbeiter sich mit dem Thema zu befassen, sowie das gegenseitige Vertrauen in der Kommunikation dieses doch sehr intimen und emotionalen Themas.

Die Dokumentation muss zum Verständnis aller Mitarbeiter ausführlich sein.

Der Palliativstern vom März 2017 zeigte eine deutliche Verbesserung in allen Punkten.

Die eingesetzten Ressourcen waren ausschließlich personeller Natur. Der Zeitaufwand für Projektgruppen und Arbeitsgruppen betrug ca. 36 Stunden. Zeit für Gespräche mit den Bewohnern und für die Pflegedokumentation wurde nicht extra berücksichtigt.

Die Feststellung, dass die Bewohner bei der Heimaufnahme zunehmend hochbetagt, pflegebedürftig und kognitiv eingeschränkt sind und nur etwa 1/3 der Bewohner kognitiv fähig ist, ein derartiges Gespräch zu führen, brachte uns auf die Idee, eine Informationsversammlung bei einer Seniorengruppe abzuhalten, um diese potentiellen zukünftigen Bewohner bereits vor dem Heimeintritt zu sensibilisieren.

Ausserdem wurden die Ärzte über das Projekt informiert.

Um auch die Wünsche von kognitiv beeinträchtigten Bewohnern erfassen zu können, ist angedacht in einem weiteren Projekt, deren mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

Die Auswertung der Selbstreflexion ergab, dass ca. 25% der Mitarbeiter nicht erreicht werden konnten oder hierzu nicht bereit waren. Eine Wiederholung der Selbstreflexion im Zweijahresrhythmus soll helfen, auch diese und neu eingestellte Mitarbeiter für das Thema zu gewinnen.

Die Projektgruppe war sich einig: Diese Projektarbeit macht trotz der zusätzlichen Arbeitszeit Spaß, weil das Thema jedermann betrifft. Die tiefgreifenden, sehr vertraulichen Gespräche mit den Bewohnern bringen beide Seiten zum Nachdenken. Die dokumentierten Wünsche sind sehr hilfreich für die tägliche Arbeit.

Unser Projekt war greifbar und die beinhaltete Selbstreflexion kann vom Personal auch privat genutzt werden.

#### **4.1.4. Hôpital Intercommunal de Steinfort**

Teilnehmer der Projektwerkstatt: Régine Arnold, Direktorin der Abteilung; Dr. Frank Müller, Arzt; Nathalie Dondlinger, Krankenpflegerin, Vertiefung PC 160 St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- 4 Krankenpfleger,
- 1 Pflegehelferin

**Titel: „Bien-VIVRE jusqu’au bout“**

Projektziele:

1. Die Philosophie Palliativpflege in Anbetracht unseres Pflegekonzepts („Plus de Soins dans les soins“) prüfen
2. Vereinheitlichung der Praktiken (Prozeduren, Empfehlungen)
3. Implementierung dieser Kultur im Hôpital Intercommunal de Steinfort (Kommunikation)

Schritt 1: Einführung eines gemeinsamen « Rundgangs » von behandelndem Arzt und Abteilungsleiter, um Ziele sowie weiterführende Maßnahmen gemeinsam zu vereinbaren, gemäß den Wünschen des Patienten. Diese Absprache erlaubt außerdem der Einrichtung eine besonderen Betreuung wenn sich der betreffende Patient im Endstadium befindet.

Schritt 2: Einsammeln von Best-Practices-Beispielen von allen Mitarbeitern aus der Palliativen Pflege. Darauf aufbauend, entscheiden was wir beibehalten, verbessern oder abschaffen wollen.

Schritt 3: Die Prozeduren und Empfehlungen wurden vom Kompetenzzentrum der Palliativpflege ausgearbeitet und ausnahmslos vom medizinischen Rat gutgeheißen.

Schritt 4: Die Mitglieder des Kompetenzzentrums für Palliativpflege haben in ihrer Rolle als “Multiplikatoren” alle Mitarbeiter mündlich informiert, eine Broschüre entworfen, welche sämtliche Empfehlungen zusammenfasst und Ausbildungsseminare organisiert.

Schritt 5: Nach jedem Sterbefall, wird mit dem gesamten Pflegepersonal, welches den Sterbenden begleitet hat, eine Bewertung durchgeführt, um das Projekt weiterhin verbessern zu können.

Zurzeit arbeitet das interne „Kompetenzzentrum der Palliativpflege“ an einem Flyer, welcher den Bewohnern und ihren Angehörigen die Palliativpflege näherbringen soll und den diesbezüglichen Dialog zwischen ihnen, dem Arzt und dem Pflegeteam fördern soll.

Die Gruppe hat hervorragend interdisziplinär zusammengearbeitet. Die Kompetenzen eines jeden Mitglieds wurden hervorgehoben und genutzt, um unsere Ziele zu erreichen.

Einem Kollegen konstruktives Feedbacks zu geben – ob Pfleger, Arzt oder sonstige Funktion – ist keine leichte Aufgabe, auch wenn dies eine explizite Vorgabe dieses Projektes war und strukturiert und schrittweise mit Einbinden aller umgesetzt wurde. Viele Mitarbeiter hat es dennoch viel Überwindung gekostet.

Drei Personen nahmen an den von Omega 90 organisierten Treffen teil. Die 8-köpfige hausinterne Arbeitsgruppe „Kompetenzzentrum der Palliativpflege“ hat sich insgesamt 9 Mal je eine Stunde zusammengefunden. Hinzu kommt noch die geleistete Arbeit eines jeden Gruppenmitglieds während der Seminare. Insgesamt sind 350 Arbeitsstunden zusammengekommen und es würden zusätzlich insgesamt 5200 € auf das Projekt verwendet (inklusive Gebühren für den behandelnden Arzt, Einschreibungskosten für das Projekt und Weggebühr).

Klare Entscheidungen bringen Sicherheit und daraus resultierende Einfachheit in die Abläufe der Betreuung, wodurch wiederum ihre Qualität gesteigert wird.

Diese intensive Arbeit hat es uns erlaubt, endlich offen über das Thema Lebensende miteinander und auch mit den Familien zu sprechen.

Der Austausch mit den anderen Institutionen, die an diesem Projekt teilgenommen haben, war sehr nützlich und Quelle des Entschlusses unsererseits in Zukunft einen Aktions-/Projektplan zu entwerfen.

#### **4.1.5. Hospice Civil Hamm**

Teilnehmer der Projektwerkstatt und hausinterne Arbeitsgruppe :

David LEIDISCH, chef du département soins et encadrement HCVL

Jörg GORGES, Projektleiter *Palliative Care*, Vertiefungslehrgang PC 160 St.

Patrick SCHMIT, Altenseelsorger

Laurie SCHMIT, Ergotherapeutin

**Titel: Thematisierung des Lebensendes in unserer Institution und ethische**

**Fallbesprechung**

Projektziele:

1. Die verschiedenen Bereiche kennen ihre Aufgaben und Angebote in Bezug auf die palliative Betreuung am Lebensende. Sie informieren sich und kommunizieren bereichsübergreifend um den Bewohnerwunsch bestmöglich zu erfüllen. Die Mitarbeiter sämtlicher Teams definieren ihre Werte und ihre Haltung in Bezug auf das Lebensende sowie ihren Bedarf zur Eigenpflege.
2. Die Mitarbeiter sollen in der Lage sein sich in einer palliativen Situation zurechtzufinden und kennen die einzuleitenden Maßnahmen anhand von Prozessbeschreibungen.
3. Durchführung der ethischen Fallbesprechung
4. Umsetzung des Bewohnerwillens
  - Kick-off am 17. Oktober 2016 mit Vorstellung der 2 Arbeitspakete „Thematisierung des Lebensendes in unserer Institution“ und „Ethische Fallbesprechung“ an den Qualitätszirkel „Palliative Care HCVL“ sowie an die Teilnehmer der 2 Arbeitsgruppen (44 Mitarbeiter aus allen Bereichen und aus allen Hierarchieebenen waren präsent)
  - November 2016 bis Januar 2017: detaillierte Kraftfeldanalysen wurden von den 2 Arbeitsgruppen ausgearbeitet
  - Anschließend wurden von den 2 Arbeitsgruppen jeweils ein Maßnahmen Katalog vorbereitet
  - Juli 2017: Präsentation der Ergebnisse in Form von validierten Maßnahmen an die Mitglieder der Arbeitsgruppen zwecks Feedback und Information über die nächsten Schritte des Projekts:

Prozessbeschreibungen durch die Arbeitsgruppe „Thematisierung des Lebensendes in unserer Institution“.

Die ethische Fallbesprechung kristallisiert sich als eines der Ergebnisse des Arbeitspakets „Thematisierung des Lebensendes in unserer Institution“ heraus.

Wir konnten auf engagierte Mitarbeiter zählen. Unser Projekt „Palliative Geriatrie in den HCVL“ ist ein langfristig wachsender Prozess dessen Kontinuität und Implementierung sich im Sinne von Nachhaltigkeit entwickeln soll.

Die Freistellung der Mitarbeiter aus allen Bereichen für die Teilnahme an den Arbeitsgruppen und an den Projekt Zwischen-Präsentationen wurde über die Dienstplangestaltung durch die verschiedenen Führungskräfte gesichert.

Die Projektarbeit lässt den Teilnehmern mehr Spielraum für neue Ideen da die Inhalte noch nicht in der Organisation verankert sind. Während der Projektlaufzeit konnten wir die Inhalte und die Zeitschiene den Gegebenheiten und Erkenntnissen anpassen. Diese Flexibilität ermöglichte uns, die Prioritäten unter Berücksichtigung der Alltagsrealität zu gestalten.

Palliative Geriatrie wird zum Thema bei den Mitarbeitern aller Bereiche in der Einrichtung.

- Jeder lernt von jedem.
- Mitarbeitende aus allen Bereichen bringen ihr Wissen ein und sehen den praktischen Nutzen zum Wohlbefinden der Bewohner.
- Qualitätssicherung für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter.

Grundsätze und Leitlinien in gegenseitiger Abstimmung zu konkretisieren und umzusetzen sehen wir als dauerhafte gemeinsame Aufgabe an.

#### **4.1.6. Association Luxembourg Alzheimer – beim Goldknapp, Erpeldange**

Teilnehmer der Projektwerkstatt: Michèle Halsdorf, Pflegedienstleitung, beigeordnete Direktorin; Sonia Marzona, Krankenpflegerin, Vertiefungslehrgang PC 160 St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- Projektteilnehmerinnen
- 2 Krankenpflegerinnen

Mitglieder der hausinternen Expertengruppe, die den Leitfaden durchgelesen und verbessert haben: Direktorin, Responsable unité de vie, Aide-soignante, Infirmière, Service Technique, Service Hoteliere, Accueil, Referenzarzt, Externe Raumpflegefirma

**Titel: Praktischer grüner Palliativ Leitfaden - Palliativer Weg für Menschen mit Demenz**

Erstellung eines praktischen palliativen Leitfadens an welchem sich jeder Mitarbeiter des Wohn- und Pflegeheimes orientieren kann.

Da aktuell vieles im Alltag umgesetzt wird erscheint es uns als unumgänglich das Bestehende zu verschriftlichen.

Somit wollen wir garantieren dass:

- alles was momentan umgesetzt wird nicht verloren geht sondern erhalten bleibt, und somit seinen Stellenwert in der täglichen Arbeit bekommt.
- Aktuelles in Frage gestellt werden kann.
- wir uns in allen Schritten verbessern können.

Der Leitfaden soll eine Art Grundpfeiler für unsere Arbeit darstellen, besonders wollen wir auch den spezifischen Bereich der Demenz hervorheben.

Sammeln und Verschriftlichung der im Leitfaden enthaltenen Themen und Texte.

Verbesserung des Leitfadens durch die Expertengruppe.

Zuerst haben wir ein Raster verfasst von all den bestehenden Dokumenten sowie allem was aktuell umgesetzt wird, dann wurden die fehlenden Texte erstellt und vervollständigt. Das erstellte Dokument wurde von Testpersonen gelesen, danach wurden die nötigen Anpassungen gemacht. Zuletzt wurde das Dokument in das entsprechende Layout gebracht und an die Mitarbeiter verteilt. Das Verschriftlichen hat viel Zeit in Anspruch genommen.

Positiv war, dass Mitarbeiter aus allen Bereichen sich mit einbringen konnten, um das Dokument so praktisch wie möglich zu gestalten.

Die größte Ressourcenquelle waren die Arbeitsstunden des Personals, Mitarbeiter der Projektgruppe, Mitarbeiter der hausinternen Arbeitsgruppe, Mitarbeiter der Öffentlichkeitsarbeit.

Zu sehen was alles von den Mitarbeitern aus allen Bereichen umgesetzt wird, und ihnen zu zeigen was für eine wertvolle Arbeit sie im Bereich Palliativ Pflege jeden Tag leisten, auch dass sie sehen dass jeder MA seine Rolle und Aufgabe hat.

Des Weiteren können wir sagen, dass der erstellte Leitfaden als Grundlage dienen kann für die Erweiterung auf unsere häusliche Pflege und die Tagesstätten, so dass wir ein einheitliches schriftliches Konzept im Rahmen der Palliativen Geriatrie für die ALA erstellen können.

Projektarbeit bedeutet immer Neues aus zu probieren, Neugierde zu wecken, sich in Frage stellen, Neues lernen, sich austauschen können, Bestehendes in Frage stellen, in Bewegung zu bleiben.

Eine wichtige Erkenntnis die wir gewonnen haben, ist dass eine palliative Kultur nicht nur auf dem Papier bestehen kann, sie ist eine Haltung die sowohl auf Direktionsebene als auch von jedem anderen Mitarbeiter getragen werden muss. Trotzdem ist es wichtig, verschiedene Punkte zu dokumentieren, damit sie an Nachhaltigkeit gewinnen können, und auch immer wieder in Frage gestellt und verbessert werden können.

#### **4.1.7. Ste Elisabeth am Park**

Teilnehmer der Projektwerkstatt: Zipfel Maggy, Direktorin; Raymond Paulus, Vertiefungslehrgang PC 160 St.

Zusammensetzung der hausinternen Arbeitsgruppe:

- 2 Abteilungsleiter
- 1 Krankenpflegerin
- Verantwortlicher Abteilung „Accueil et Vie Sociale“
- 1 aide-soignante
- Jeweils Verantwortliche Hôtellerie, Raumpflege, Restauration

**Titel: Zesommen de perséinleche Wee begeleeden, professionell - interdisziplinär a mat Häerz**

Projektziele:

### ***Projektziel (Baustein 1)***

- ❖ Eine gemeinsame palliativ-geriatrische Kultur bzw. ein gemeinsamer Bereich, übergreifendes Verständnis der Lebens- und Sterbebegleitung entwickeln und vermitteln. Auf dem bestehenden hausinternen und dem allgemeinen Palliative Care Konzept aufbauend ein angepasstes *Palliativ-Geriatriches Haltungskonzept* entwerfen.

### ***Projektziel (Baustein 2)***

- ❖ Steigern der palliativen „Kompetenz“ und Interdisziplinarität
  - Konzept in ein gemeinsames und handliches Arbeitsinstrument übertragen
  - Sensibilisierung aller Mitarbeiter hinsichtlich der „Gemeinsamen Aufgabe“ in Workshops
  - Angepasstes Weiterbildungs- und Sensibilisierungsprogramm
- ❖ Transparenz gegenüber Bewohnern, deren Angehörigen und Partner der Institution

### ***Projektziel (Baustein 3)***

- ❖ regelmäßige interne Evaluierung der Palliativ-Geriatrien Haltung und Handlungen, im Sinn der Nachhaltigkeit
  - Eine *interdisziplinäre Palliativ-Geriatrie Kerngruppe arbeitet regelmäßig zusammen und trifft sich bei Bedarf auch in Sondersitzungen. (Mitarbeiter, welche nicht der Kerngruppe angehören, werden abwechselnd eingeladen daran teilzunehmen)*
- AG- Arbeitspaket 1 – Projektdefinition Ziele (2016/03 bis 2016/06)
  - Palliativstern – Indikatoren – Definition Projektskizze
  - Verbindliche Projektstruktur-, schritte und Kalender
- AG- Arbeitspaket 2 –Ressourcen und Grenzen (kontinuierlich)
  - Ist-Analyse: bestehendes Hauskonzept
    - Haltung vs. Handlung? Werte vs. Ideologien?
    - Persönliche Begleitung vs. Institutionalisierung?
    - SWOT!
  - Soll- Anforderungen
- AG- Arbeitspaket 3- Entwicklung der Inhalte (2016/06-2017/09)
  - Erster Entwurf einer Struktur – Idee 4 Konzeptsäulen
  - Dokumentation, Diskussion d.h. Inhalte erarbeiten: Was heißt das für uns...?:
    - der Weg? Persönlich begleiten? Fachlich begleiten?
    - Umfeld des Bewohners?
    - Zusammen, Hand in Hand?
    - Mit Herz?
- AG-Arbeitspaket 4- Umsetzung (bis Dezember 2017)
  - Konzept als Arbeitsinstrument für die gemeinsame Aufgabe
    - Entwicklung des Konzeptes „to go“ – Faltdokumentation-Stichwörter

- Planung der Vermittlung, Publikation an Mitarbeiter, Bewohner, Angehörige
- Workshop: Organisation und Durchführung; Zielgruppe: ALLE Mitarbeiter
- Information und Publikation Bewohner, Angehörige, Partner
- AG-Arbeitspaket 5: Nachhaltigkeit und Evaluation ( ab Januar 2018)
  - Zielsetzung und Definition einer zukünftigen PG-Kerngruppe
  - Rahmenbedingungen – Mitglieder – Teilnehmer
  - Zuordnung aller bestehenden internen Projekte

#### **4.2. Prozessverlauf in den Institutionen**

Eine wesentliche Voraussetzung für das Pilotprojekt war das Einverständnis aller teilnehmenden Institutionen ein hausinternes Projekt durchzuführen und eine hausinterne interdisziplinäre Projektgruppe einzuberufen.

Idealerweise, sollte zwischen den Mitgliedern der hausinternen Projektgruppen ein vertrauensvoller, hierarchie- und berufsgruppenübergreifender Austausch entstehen darüber, wie der palliativ-geriatriische Ansatz anhand eines hausinternen Projektes angegangen und über die Projektlaufzeit hinaus nachhaltig ausgebaut werden kann. Hierzu erfolgte die Empfehlung des Projektteams, die Zusammensetzung der hausinternen Projektgruppen solle Mitglieder aus sämtlichen Bereichen – Leitung, Pflege, andere Gesundheitsberufe, Erzieher, Verwaltung, Hauswirtschaft, Ehrenamtliche und natürlich auch Ärzte – einschließen.

Regelmäßige Besuche bei den hausinternen Projektgruppen durch Marcelle Diederich und Hortense Deitz von Omega 90 sollten einen intensiven Kontakt zwischen Projektteam und diesen Gruppen sicherstellen. Stattgefunden haben diese:

- im Mai 2016, nach dem ersten Modul
- im November / Dezember 2016, nach dem zweiten Modul
- im Juni / Juli 2017, nach dem dritten interinstitutionellen Treffen

Dies ermöglichte es die Mitarbeiter kennen zu lernen und mit ihnen in den Austausch zu kommen. Die hausinternen Projektmitglieder arbeiteten gemeinsam an ihrem jeweiligen Projekt und trugen Sorge dafür, dass ihr Projekt und das palliativgeriatriische Konzept innerhalb ihrer Institution von allen Mitarbeitern aus sämtlichen Bereichen mitgetragen werden konnte. Die langfristige Umsetzung von palliativer Geriatrie kann nur gelingen, wenn sie von allen in gegenseitigem Respekt im alltäglichen Austausch gelebt wird. Wichtig war allerdings auch die Einsicht von Seiten der Projektmitglieder, dass nicht alle Mitarbeiter auf Anhieb alles mittragen und mitmachen können oder wollen.

Die Treffen mit den hausinternen Projektgruppen liefen alle etwas unterschiedlich ab, aufgrund der strukturellen und organisatorischen Unterschiede zwischen den teilnehmenden Institutionen. Dadurch gestalteten sich natürlich auch die Implementierung und die Ergebnisse des Pilotprojektes in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich. Einige Projektgruppen waren vom ersten Treffen an mit Mitarbeitern aus verschiedenen Berufsgruppen und

Hierarchieebenen besetzt, anderen hat sich die Notwendigkeit einer interdisziplinären hierarchieübergreifenden Besetzung erst im Verlauf des Projektes erschlossen.

Innerhalb der Institution war deutlich zu spüren, dass sämtliche Bereiche gemeinsam einen Beitrag zum Umsetzen und Weitergeben der palliativgeriatrischen Philosophie leisteten.

In jeder Institution wurden die Mitglieder der Projektleitung herzlich empfangen und die Bereitschaft, sich mit ihnen offen auszutauschen, war vorhanden. Die Bereitschaft, alles anzusprechen, sich gegenseitig zuzuhören und Verständnis für hausinterne Anpassungen in der Projektumsetzung aufzubringen, nahm mit der Zeit zu. Es entwickelte sich ein sehr angenehmer und fruchtbarer Austausch, wie es auch einige Teilnehmer bestätigt haben.

Bemerkenswert war die Begeisterung, die bei den Mitgliedern der hausinternen Projektgruppen herrschte, die sich vor allem in den Rückmeldungen an ihre jeweiligen Direktionen äußerte. Die Gelegenheit, sich mit andern Berufsgruppen austauschen zu können, ihre Sicht auf das Leben in der Institution kennenzulernen, fand regen Anklang.

Um einige Beispiele zu nennen: Wenn die Mitarbeiter am Empfang Bescheid wissen, wenn es einem Bewohner schlechter geht, fühlen sie sich sicherer im Umgang und in der Kommunikation mit den anderen Bewohnern und den Angehörigen. Die Küche reagiert schneller und positiver auf Anfragen nach einer an den Patienten angepasste Speisezubereitung (z.B. bei Kau- und Schluckbeschwerden) seitdem das Küchenpersonal die Umstände besser kennt. Einige Köche statten den Abteilungen jetzt regelmäßig Besuche ab. Das Raumpflegepersonal hat mehr Verständnis dafür, dass ein Zimmer mal nicht nach Plan geputzt wird oder Möbel umgestellt werden sollen, wenn sie die Hintergründe kennen. Das Pflegepersonal ist sich bewusst, dass es einige Informationen mit anderen teilen muss, wenn es erreichen will, dass andere Mitarbeiter nachvollziehen können, inwiefern Entscheidungen zum Wohle des Bewohners getroffen wurden. Hinzu kommt, dass durch das Projekt das Pflegepersonal Vorschläge von andern Mitarbeitern zu schätzen gelernt hat. Die Gewissheit, dass die Leitung sehr wohl ein Gespür und Gehör für verschiedene Anliegen hat, ist gewachsen.

Das Pflegepersonal hat gelernt die wertvollen Informationen von andern Berufsgruppen vermehrt zum Wohle der Bewohner in ihr Handeln zu integrieren. Die Erfahrungen, die durch das Projekt gemacht wurden, konnten von vielen Mitarbeitern anerkannt werden. Zudem haben gemeinsamer Austausch und Themenbearbeitung zu mehr Zufriedenheit und vor allem zu mehr Sicherheit im Umgang mit den Bewohnern und/oder den Angehörigen geführt

Allerdings, waren diese positiven Ergebnisse nur dort zu erkennen, wo die Leitung ihren Mitarbeitern die notwendige Zeit und Mittel zur Verfügung stellte, den Austausch und die Projektarbeit zu dokumentieren, auszuführen und zu leben. Dies gelang in einzelnen Institutionen schneller als in anderen, doch schlussendlich haben alle teilnehmenden Einrichtungen den Weg hin zur Palliativen Geriatrie eingeschlagen.

Positive Rückmeldungen seitens der Teilnehmer der hausinternen Projektgruppen betreffen häufig die **Kommunikation** in der Institution; jeder fühlt sich besser informiert, involviert

und akzeptiert; er weiß, dass er von den andern lernen kann. Viele Teilnehmer betonen zudem, dass ein gemeinsames Vokabular entstanden ist, was die Kommunikation zusätzlich vereinfacht. Besonders konstruktiv werteten die Projektgruppenteilnehmer die Zusammenarbeit aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel hin, die bestmögliche Lebensqualität für den Bewohner während seines Gesamtaufenthaltes in der Einrichtung erreichen zu wollen. Dies sind grundlegende Voraussetzungen für das Gelingen von Palliativer Geriatrie.

Die gemeinsame Arbeit am Projekt hat zu Veränderungen in Organisationsabläufen geführt, wenn die Arbeit in der Projektgruppe von Anfang an Mitarbeiter mehrerer Berufsgruppen zusammengebracht hat. Auch hat die Nachfrage von Seiten der Mitarbeiter, die nicht unmittelbar in der Pflege tätig sind, nach Weiterbildungen zugenommen. Das Bewusstsein, dass mit Abschluss der Projektwerkstatt die Umsetzung der Palliativen Geriatrie noch nicht abgeschlossen ist, scheint also vorhanden zu sein, ebenso wie der Wunsch den eingeschlagenen Weg weiter zu gehen.

Die Anfrage nach der Bildung einer palliativgeriatriischen Arbeitsgruppe liegt mittlerweile in vielen Institutionen vor und den Direktionen ist bewusst, dass dies der Weg ist, um das bereits Entwickelte am Leben zu erhalten, zu erweitern, aber auch zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Denn eine Institution ist ein lebendiger Organismus, der sich anpasst und verändert, mit den Bewohnern, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern.

Alles in allem ist das Projektteam mit dem Ablauf der Projektwerkstatt zufrieden. Das Projekt hat in allen Institutionen begeistert, überzeugt und Zustimmung gefunden; dies wurde von den Beteiligten klar und deutlich ausgedrückt, wie z.B. folgende Aussage einer Mitarbeiterin: „Es muss weiterhin so gearbeitet werden, denn ich habe schon viele Projekte miterlebt, und keines hat mich so überzeugt“.

Den Direktionen ist dies auch bewusst und sie selbst haben in der Projektwerkstatt den Wunsch nach einem „Netzwerk Palliativ Geriatrie“ geäußert. Auch auf oberster Leitungsebene besteht also der Wille, den Weg der Palliativen Geriatrie in den jeweiligen Institutionen weiterzugehen ebenso wie der Wunsch nach einer weiteren Begleitung und Förderung dieser Entwicklung durch eine gemeinsame interinstitutionelle Einheit.

Für jede der teilnehmenden Institutionen ist die Erkenntnis, dass die Arbeit ausnahmslos jedes Mitarbeiters im Alten- und Pflegeheim einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner und der Angehörigen hat, gewissermaßen neu. Alle in den Einrichtungen vertretenen Berufsgruppen verfügen nun über Wissen zum Zustand des Bewohners, seinen Ängsten, Sorgen, Wünschen, Nöten und Freuden. Die Lebensqualität des Bewohners liegt in der Obhut eines berufsübergreifenden Teams. Es ist die Angelegenheit eines jeden Mitarbeiters, wie kompetent und menschlich die letzte Lebensphase eines Bewohners gestaltet wird. Das Respektieren seiner Wünsche, seiner Würde, seiner Schmerz- und Symptomfreiheit ist erforderlich, damit er Tage, Wochen, Monate, oder noch Jahre seines Lebens gut leben kann, bis zum Tode.

All dies fordert die Direktion und die Verantwortlichen sämtlicher Arbeitsbereiche, Sorge für ihre Mitarbeiter zu tragen. Denn auch ihren Wünschen, Nöten, Anliegen, Ängsten, auch manchmal Überforderungsempfindungen muss Raum gewährt werden. Die Mitarbeiter müssen darauf vertrauen können, dass sie ernst genommen und unterstützt werden. Zudem bringt dieser Prozess mit sich, dass Weiterbildungen ermöglicht und gefördert werden.

Das Pilotprojekt zu wagen war ein mutiger Schritt seitens der Institutionen, da das Konzept und die Philosophie der Palliativen Geriatrie in Luxemburg in dieser Form neuartig sind. Allerdings war dem Projektteam auch bewusst, dass in sämtlichen luxemburgischen Alteninstitutionen seit Jahren das Personal, vor allem in der Pflege, in Palliative Care ausgebildet wird, das Projekt somit schon auf einem soliden Fundament stehen würde (Bottom-up-Prinzip).

Durch das Pilotprojekt Palliative Geriatrie in Luxemburg sollte auch das Bewusstsein der Direktionen dafür gestärkt werden, wie ausschlaggebend die Zusammenarbeit aller Mitarbeiter und Berufsgruppen in einer Institution ist. Ein hausinternes interdisziplinäres Projekt liefert hierfür überzeugende Argumente, wenn es von der Direktion gewollt und genügend unterstützt wird (Top-Down-Prinzip).

Einige Institutionen hat die Teilnahme am Pilotprojekt Palliative Geriatrie sicherlich Überwindung gekostet. Im Endeffekt hat die Teilnahme aber dazu beigetragen, dass in den betroffenen Institutionen einiges zum Besseren umgedacht und umstrukturiert werden konnte. Die Direktionen waren insgesamt mit dem Verlauf ihrer hausinternen Projekte zufrieden; sie konnten miterleben, wie die berufsgruppenübergreifende Kommunikation und herausgearbeitete Gemeinsamkeiten zu einem angenehmeren Arbeitsklima geführt haben und die Zufriedenheit der Mitarbeiter sich positiv auf das Wohl der Bewohner auswirkt. Mehr Mitarbeiter als zuvor wissen nun, dass palliativgeriatriisches Denken und Handeln weit mehr als die letzten 72 Stunden im Leben des Bewohners betrifft, nämlich letztlich bereits mit der Heimaufnahme beginnt.

Hier stellvertretend einige konkrete Rückmeldungen einzelner Mitglieder aus den hausinternen Projektgruppen von den Treffen im Juni/Juli 2017.

- *Et get kén Konzept wat méi geliewt get*
- *Zesummenaarbecht hutt enorm zougeholl, virun allem interdisziplinär, Matteneen fir den Bewunner an seng Famill*
- *Ech sinn am Ufank an déi Grupp gaangen fir mein Bereich ze verrieden, och wann ech nach net wosst wéi – elo ginn ech voller Begeeschterong dohinn fir eis Bewunner*
- *Durch eisen Projet matt dénen aneren MA: enorm geléert och durch d'Erfahrung vun dénen aneren: Sichtweis ass méi gross ginn, et hutt sech eng enorm Dynamik entweckelt, déi mer net méi messen wellen*
- *Kommunikatioun +++ an dénen eenzelnen Bereicher an ennert den Bereicher*
- *Jiddereen ass interesséiert, geet och an traut sech bei Bewunner an d'Kummer ze goen wann et hinnen net esou gudd gét*
- *Fleeg hellt sech net méi esou wichteg*

- *Jiddereen hutt verstanen datt Palliativ net déi lescht 2 Deeg sinn, méi Liewensqualitéit déi ganzen Zäit, an dâtt sinn och vill Klengejkéiten – an déi ginn elo woergeholl an dokumentéiert*
- *Och Techniker, Administratioun an Responsabel vum ménage hunn gefrot an waren an enger Sensibiliséierungsformatioun*
- *Gestärkt an dodurch och anert Obtréiden an den Gespréicher matt den Familljen an matt den Dokteren*
- *Villes ass méglech un dâtt virdrun net emol geduecht ginn ass*
- *Ix all woch ass den ménage, administratioun, asw an der Iwergab derbei*
- *Durch d'Schaffen um Projet ass übong entstanen déi datt Matteneen fir den Bewunner wuessen geloss an gestärkt hutt*
- *Mir hunn all vill geléiert*

### **4.3. Evaluation der Palliativsterne**

Durchgeführt wurde die folgende Evaluation von Dr rer. nat. Martine Hoffmann.

Die vorliegenden zahlenmäßig erfassten Daten sind das Resultat eines Gruppenkonsenses auf der Basis (aus methodischer Sicht) unscharf definierter Kriterien. Die zur statistischen Datenanalyse vorausgesetzten Gütekriterien (i.e. Objektivität, Reliabilität und Validität) können daher nicht als gegeben gelten, was in der Konsequenz nur eine sehr vorsichtige (bestenfalls beschreibende) Interpretation der Daten ermöglicht. In diesem Sinne sind die vorliegenden Vergleichsdiagramme ausschließlich als ergänzende Beschreibungen bzw. Veranschaulichung der inhaltlich-qualitativen Gruppenberichte zu sehen. Eine inferenzstatistische Prüfung ist aus den oben genannten Gründen nicht zulässig.

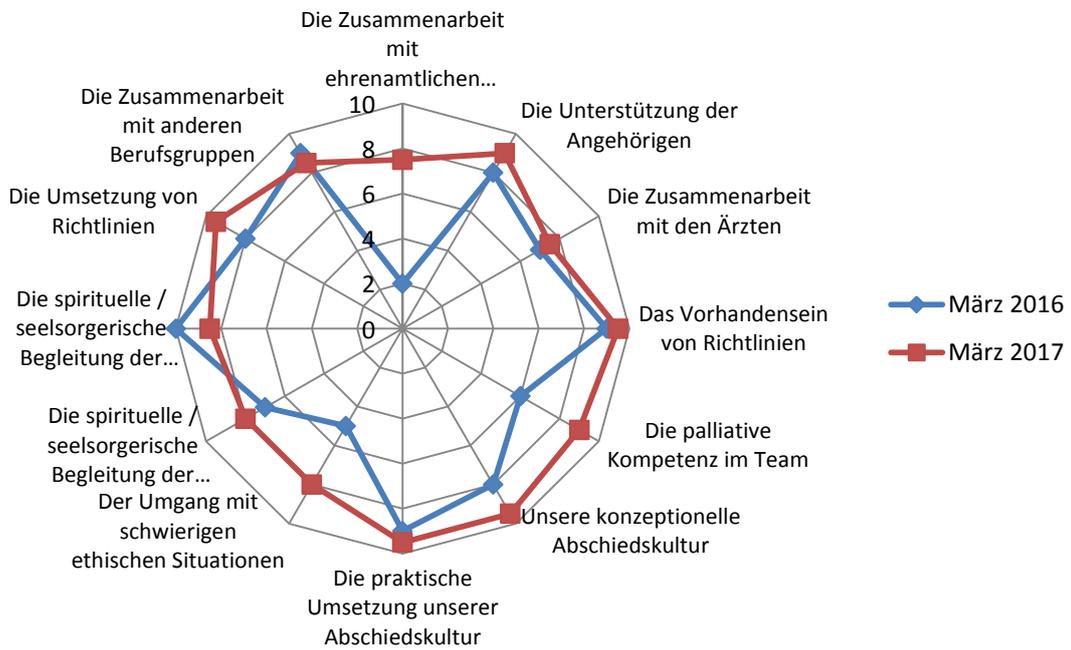
Die im Konsens der Projektgruppenteilnehmer bestimmten Einschätzungswerte, die zu zwei Erhebungszeitpunkten (März 2016 und März 2017) auf den zwölf vorgegeben Bereichen eingetragen wurden, liegen für 6 der insgesamt 7 teilnehmenden Institutionen vor. Diese wurden für beide Messzeitpunkte vergleichend im sogenannten Palliativstern in Form eines Netzdiagrammes für jedes „Haus“ graphisch abgebildet (siehe oben).

Anmerkung: Da es sich bei den vergebenen quantitativen Werten (1 – 10) um einen - aus inhaltlichen Diskussionen hervorgehenden - gemeinsam eruierten Gruppenkonsens handelt, der nur bedingt auf objektivierbaren Kriterien basiert, sind Vergleiche zwischen und innerhalb der Institutionen (im statistisch-methodisch engem Sinne) lediglich sehr eingeschränkt möglich. Vor diesem Hintergrund sei die quantitative Auswertung als ein rein beschreibendes Vorgehen zu werten, das in erster Linie der Validierung der qualitativ-inhaltlichen Aussagen aus den jeweiligen Projektgruppen dient.

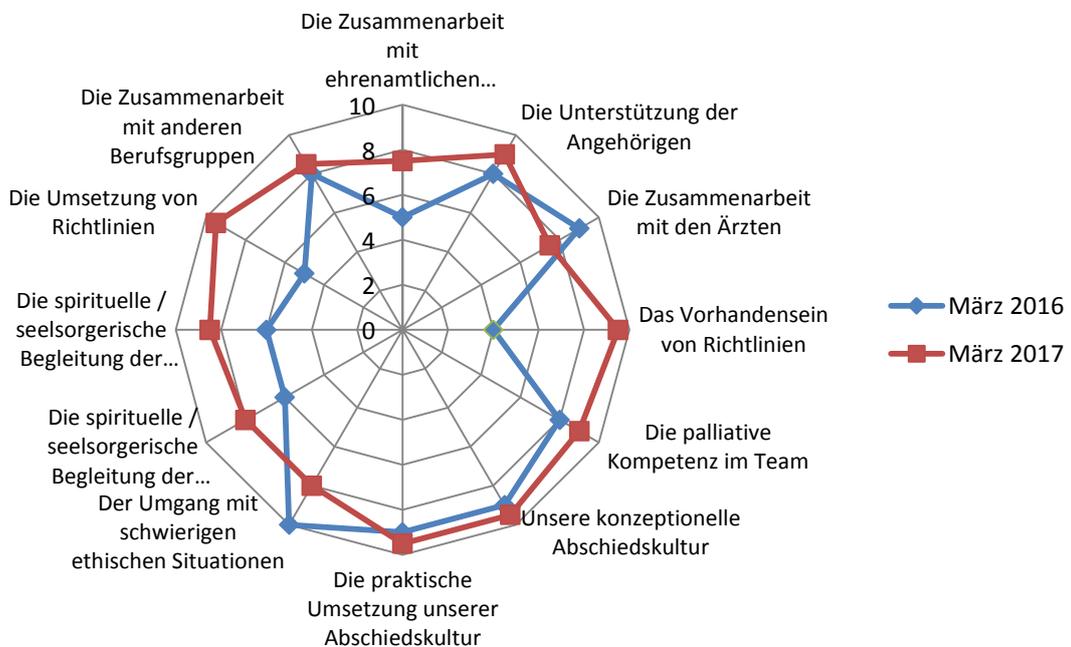
Allgemein zeichnet sich inter-institutionell, d.h. zwischen den Institutionen, zum ersten Erhebungszeitpunkt ein unterschiedliches und bereichsspezifisches Profil ab, was strukturelle (z.B. Richtlinien), inhaltliche (z.B. palliative Kompetenz, Kooperation) und ethische Kernbereiche (z.B. Abschiedskultur, spirituelle Begleitung) betrifft (siehe blaue Linien im Diagramm). Diese Einschätzung des jeweiligen Ist-Zustandes seitens Arbeitsgruppen bietet die Möglichkeit (a) einer selbstreflexiven Bestandsaufnahme der hauseigenen Palliativbetreuung bzw. der Aufdeckung von Schwächen/Lücken, und (b) der Erarbeitung eines Soll-Zustands und der Entwicklung von gezielten Optimierungsmöglichkeiten.

Nach einer 12-monatigen Projektlaufzeit wurde eine zweite Einschätzung zur Evaluation der wahrgenommenen Veränderungen in den unterschiedlichen Bereichen vorgenommen (direkte Veränderungsmessung). Hier konnten intra- und inter-institutionell leichte bis moderate Verbesserungen auf fast allen Bereichen festgestellt werden (siehe rote Linien im Diagramm).

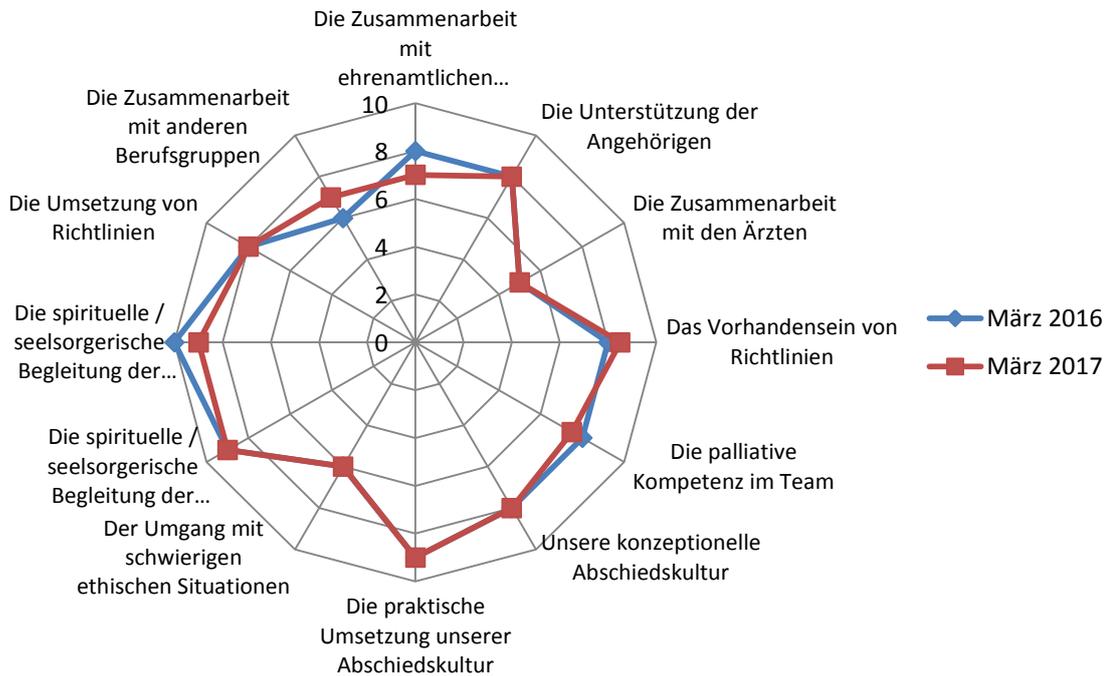
## Haus A



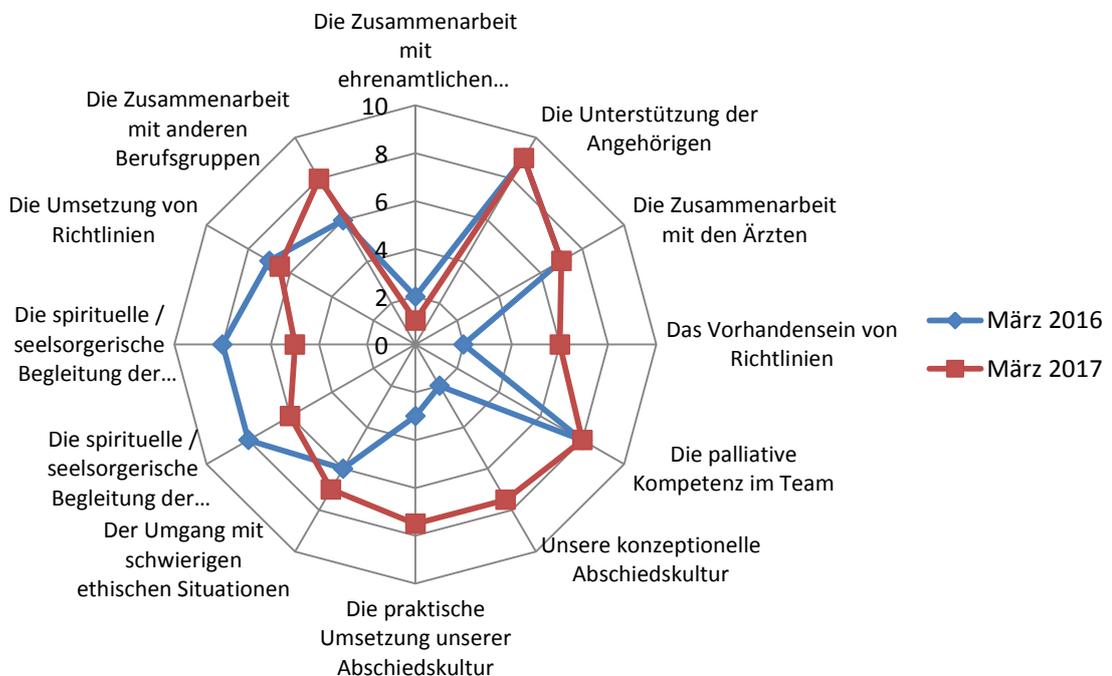
## Haus B



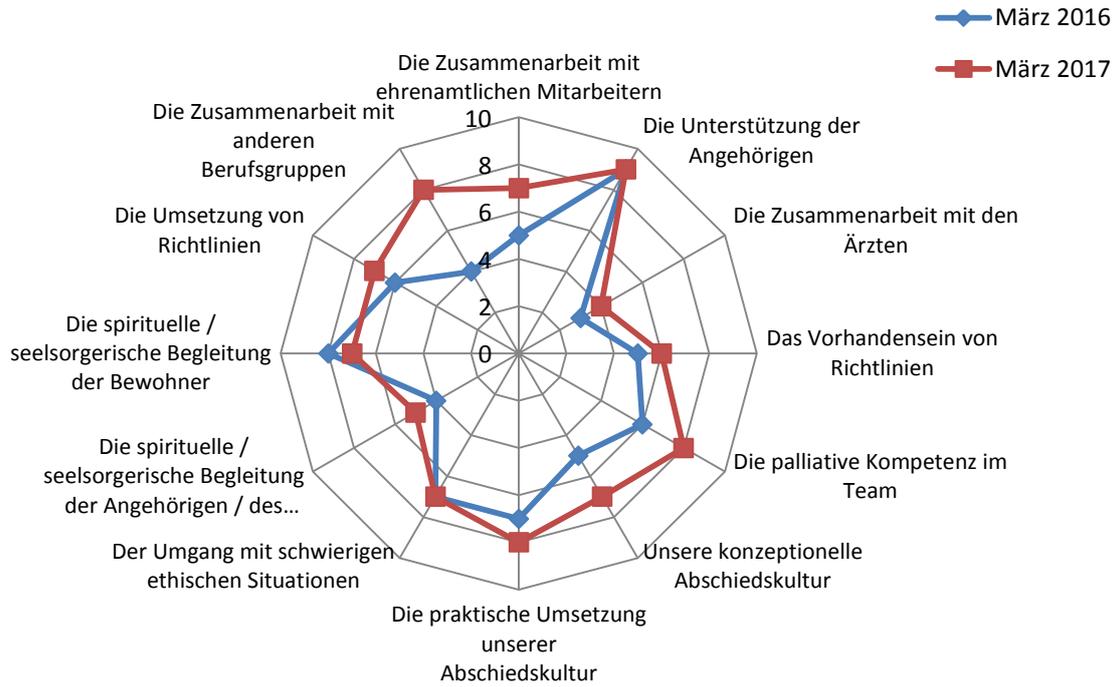
## Haus C



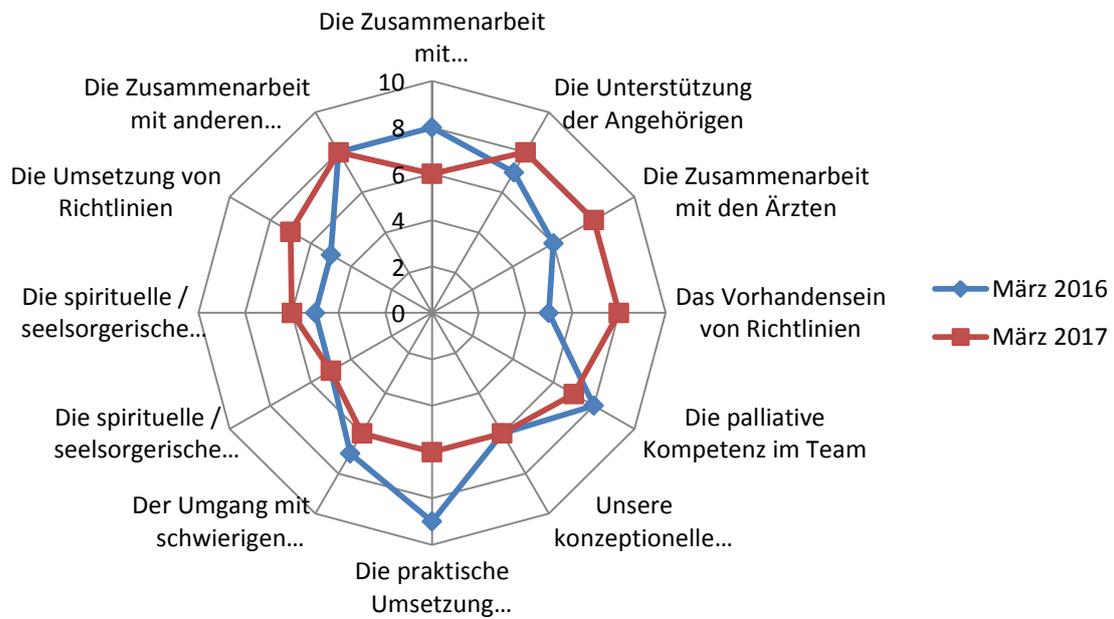
## Haus D



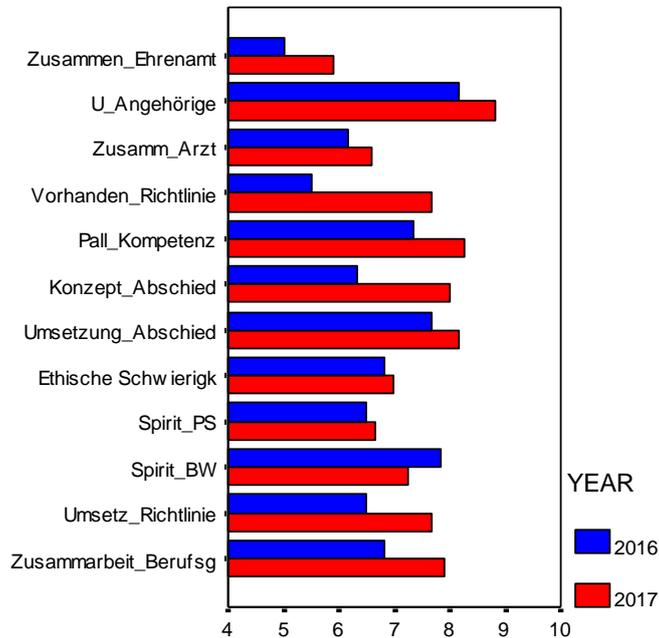
## Haus E



## Haus F



Institutionsübergreifend zeigen sich auf allen Bereichen im Prä-Post-Vergleich überwiegend positive (wahrgenommene) Veränderungen<sup>22</sup>.



Ins Auge stechen dabei besonders organisatorisch-strukturelle bereichsspezifische Optimierungen, wie „Vorhandensein von Richtlinien“, „Konzeptionelle Abschiedskultur“ und die „Umsetzung von Richtlinien“. Deutliche Verbesserungen werden auch hinsichtlich der wahrgenommenen „palliativen Kompetenz“ sowie der „Zusammenarbeit“ mit formellen und informellen Helfern und Behandlern berichtet.

#### 4.4. Palliative Fachkompetenz

*«Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.»*  
*Cicely Saunders*

Viele Fachleute aus dem Bereich Palliative Care kennen diese Aussage von Cicely Saunders. Sie wirft selbstredend bei vielen Fachleuten Fragen und Zweifel auf bezüglich ihres Umgangs mit hochbetagten Menschen und Menschen mit Demenz in ihrer täglichen Arbeit. So wird „Palliative Geriatrie“ wahrgenommen, als ein sinnvolles Lern-Konzept, um auf die Fragen, die in den Einrichtungen der Pflege- und Altenbetreuung angesiedelt sind, besser eingehen zu

<sup>22</sup> Konsensuelle längsschnittliche Veränderungsmessung der Projektwerkstattteilnehmer 2016 - 2017

können. Möglicherweise kann man folgende Aussage von Marina Kojer als Weiterführung von Cicely Saunders deuten:

*„Es genügt nicht zu versuchen, das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatrische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vielerlei Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck ‚Palliative Geriatrie‘.“ Dr. M. Kojer*

Die Mitarbeiter sämtlicher Berufsfelder zu motivieren und mit einzubeziehen, gelang in fast allen teilnehmenden Institutionen. Am Anfang bestanden gewisse Vorbehalte; Teilnehmende fragten sich was diese Vorgehensweise solle und wohin sie führen solle, befürchteten, die Motivation könne nach Projektabschluss eventuell schnell verebben. Da die Projektwerkstatt aber von Terminen und Fristen gekennzeichnet war, mussten die Teilnehmer der hausinternen Projektgruppen relativ zügig mit ihren Projekten und der daran geknüpften hausinternen Sensibilisierungsarbeit vorankommen, um termingerecht in der Projektwerkstatt-Gruppe Bericht zu erstatten, damit diese die in den verschiedenen Institutionen geleistete Arbeit wiederum zeitnah überarbeiten und mit einbeziehen konnte. Dies führte zu einem geregelten Arbeitspensum und erlaubte es den Beteiligten schnell zu erkennen, dass die anfänglichen Vorbehalte sich nicht bestätigen würden. Die regelmäßigen Treffen mit den Kollegen, auch aus anderen Berufsfeldern, hielten das Engagement wach und trugen zur Zufriedenheit bei; zudem wurden fortwährend Auswirkungen im Alltag sichtbar. Diese prozesshafte Vorgehensweise ermöglichte es neue Strukturen zu denken und auszuprobieren Sie wurde allgemein positiv erlebt.

Mitarbeiter der an der Projektwerkstatt beteiligten Institutionen besuchten weiterhin die angebotenen Sensibilisierungslehrgänge, Vertiefungslehrgänge und einige auch Spezialisierungsmodule in Palliative Care. Bis Juni 2017 waren im Schnitt 67% der Mitarbeiter der 7 Institutionen in Palliative Care sensibilisiert. Aus den beteiligten Institutionen haben auch Mitarbeiter, die nicht direkt in die Pflege involviert sind, aus eigener Initiative heraus angefragt, an einem Sensibilisierungslehrgang teilnehmen zu können, was ihnen auch gestattet wurde. In zwei Institutionen wurden hausinterne Weiterbildungen zum Thema Palliative Care für nicht Pflegepersonal angeboten (Bottom-Up).

Da in den meisten Einrichtungen mindestens ein Mitglied der Direktion auch Mitglied in der hausinternen Projektgruppe war, konnten die anfallenden Arbeiten unverzüglich delegiert und koordiniert werden. Zudem ist es für die weiteren Mitglieder der hausinternen Projektgruppen ermutigend, mit den Verantwortlichen der Einrichtung gemeinsam Ideen zu entwerfen, zu reflektieren und umzusetzen, da die Vermutung naheliegender ist, dass das Angedachte auch wirklich umgesetzt wird. In den meisten Projekten kam man zur Schlussfolgerung, dass auch noch weitere Tätigkeitsbereiche in den jeweiligen Institutionen in die angestoßene Arbeit einbezogen werden sollten. In den Direktionen mussten also Entscheidungen getroffen werden bezüglich eines möglichen Fortschreitens der Projekte (Top-Down).

Das Lebensende wird sicherlich in sämtlichen Institutionen offener, freier und viel früher mit den Bewohnern und Angehörigen besprochen, als vor Beginn des Projektes. Inzwischen können nicht nur die Pflgeteams und Ärzte das Thema zur Sprache bringen, sondern auch Mitarbeiter aus anderen Bereichen, die sich durch das Projekt an das Thema herangewagt haben. Die Projektberichte zeigen, dass in einigen Häusern genau dies Thema der Projekte war: Abschiedskultur mit Ritualen und Abschiedsraumgestaltung, die Begleitung der Angehörigen in dieser für sie oft schwierigen und traurigen Zeit, die Wünsche des Bewohners für sein Lebensende oder die Patientenverfügung. Für die Mitbewohner der verstorbenen Personen wurden Rituale eingeführt oder erweitert. Vielen Projektteilnehmern wurde die Bedeutung des Umgangs mit der Trauer bewusster. Auch die Trauer aller betroffenen Mitarbeiter soll daher zukünftig vermehrt berücksichtigt werden, insbesondere sollen ihnen „Abschiedsmöglichkeiten“ zur Verfügung stehen.

In einzelnen Projekten wurden auch ethische Diskussionen und Themen angegangen, sie wurden demnach ebenfalls in der Projektwerkstatt reflektiert und diskutiert.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Willensäußerung eines jeden Menschen war mehrmals in der Projektwerkstatt Thema sowie die sich daraus ergebende vorausschauende Betreuungsplanung (Advance Care Planning). Sie sollte sich an den Wertorientierungen der Betroffenen und dem erkennbaren oder mutmaßlichen Patientenwillen orientieren. Dies bedeutet für die Kommunikation und den Umgang mit den Wertvorstellungen von Bewohnern und Angehörigen, sich als Mitarbeiter mit seinen eigenen Werten und Vorstellungen zum Lebensende auseinanderzusetzen. Die optimale Berücksichtigung einer verfassten Patientenverfügung oder Ergründung des mutmaßlichen Willens bei Menschen mit Demenz setzt den andauernden Kontakt und die Absprache mit den Angehörigen voraus, damit im Prozess in gegenseitigem Vertrauen gemeinsam jede notwendige Betreuungs- und Behandlungsoptik besprochen werden kann. Die vorausschauende Planung im Hinblick auf das Lebensende führt zu hoher Zufriedenheit bei Bewohnern, ihren Familien und den Betreuenden. Der Stellenwert der bewussten Erfassung der Willensäußerung der Betroffenen offenbarte sich den Teilnehmern spätestens in der Projektwerkstatt. In mehreren Institutionen wurde dies bewusst zum Projektthema gemacht, in anderen Einrichtungen war diese Vorgehensweise schon vorher üblich. Die Absicht, die Wünsche und Vorstellungen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen zum Lebensende systematischer einzubeziehen, besteht überall.

Die Anforderungen an die Mitarbeiter im Pflegeheim sind umfangreich und je nach Berufsgruppe unterschiedlich. Jeder sollte in seinem Bereich fachlich kompetent sein und alle anderen Kollegen sollten auf dieses Fachwissen zählen können. In den Alten- und Pflegeinstitutionen brauchen sämtliche Mitarbeiter psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten und sollten bereit sein im Team zu arbeiten. Im Rahmen der Projektwerkstatt wurden diese Fähigkeiten thematisiert und die berufsübergreifende Zusammenarbeit wurde als Mehrwert wahrgenommen. Das gegenseitige Lernen aus den verschiedenartigen Erfahrungen der Kollegen wurde wertgeschätzt. Die Bearbeitung der gewählten Themen führte zu klaren inneren Strukturabläufen, die teils schon umgesetzt sind. Durch diese Zusammenarbeit im Sinne der bestmöglichen Gestaltung der letzten Lebensphase der

Bewohner, entstand eine starke Gruppenkohäsion, die es ermöglichte, die übrigen Kollegen in diesen Institutionen vom Mehrwert des durch den Prozess eingeleiteten Weges zu überzeugen. Das Bestreben, alle Mitarbeiter in die bewohnerorientierte Vorgehensweise einzubeziehen und das Empfinden, dass jede Berufsgruppe gehört und berücksichtigt wird, half dem Einzelnen seine Arbeit anders zu bewerten und die vorgeschlagenen Veränderungen positiv aufzunehmen. Abschied, Trauer und Sterben werden anders wahrgenommen und in den Alltag eingebunden. Es herrscht die Erkenntnis, dass jeder Einzelne seinen Teil zu einem gesunden Umgang mit diesen Anliegen beitragen kann.

#### ***4.5. Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen***

Einige wenige Teilnehmer kannten sich bereits zu Beginn der Projektwerkstatt aus anderen Gremien. Der Aufbau von Vertrauen und das Zusammenwachsen der Gruppe wurden durch methodologische Übungen sowie die regelmäßige Darstellung der einzelnen Institutionen erreicht. Jeder Teilnehmer konnte nachvollziehen, wie die Bedingungen, die Organisation, die Struktur und der tägliche Ablauf in jeder Einrichtung aussehen.

Zwar war bereits im zweiten Modul zu erkennen, dass jede Institution sich im Rahmen des Projektes vordergründig mit den eigenen Gegebenheiten beschäftigen würde, gemeinsam war aber dafür allen Beteiligten das neu eingeführte Konzept, auf dessen Basis die Projekte entwickelt wurden.

Die regelmäßige Darstellung der Entwicklung der einzelnen Projekte und das Feedback dazu bewirkte, dass jeder das Projekt des jeweils Anderen und die damit verbundenen Herausforderungen und Gegebenheiten kannte. Dies führte zum intensiven Austausch von Erfahrungen, zu neuen Anregungen und wertvollen Vorschlägen, immer im gegenseitigen Respekt.

Einige hausinterne Projektgruppen waren von Beginn an multiprofessionell besetzt; dies führte bei anderen zu Überlegungen darüber, wie sie ihre eigene Gruppe erweitern könnten. Dort, wo das nicht möglich war, weil beispielsweise einzelne Arbeitsbereiche (wie z.B. Raumpflege oder Küche in den Institutionen) von externen Firmen übernommen werden, wurde innerhalb der hausinternen Projektgruppen über Wege nachgedacht, wie diese Bereiche trotzdem in die institutionelle Kultur eingebunden werden könnten. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme wurde für jeden Teilnehmer der Projektwerkstatt deutlich und die Frage, wie und in welcher Form diese externen Mitarbeiter geschult und begleitet werden könnten, wurde gestellt.

Hausinterne Schwierigkeiten einzelner Projektteilnehmer wurden ernst genommen. Methoden und Erfahrungen wurden untereinander ausgetauscht und umzusetzen versucht; letzteres ist auch in vielen Fällen gelungen, wie sich im Nachhinein feststellen ließ.

Die Projektwerkstatt fand abwechselnd einmal in jeder teilnehmenden Institution statt und war immer mit der Besichtigung der jeweiligen Einrichtung verbunden, was den Austausch und den Transfer von Ideen förderte. Es wurde sich über bestehende Abschiedsrituale und Vorgehensweisen ausgetauscht und in manchen Fällen, wurde in Betracht gezogen,

Gesehenes in die eigene Organisation zu übertragen. Auch während der Pausen gab es viel Austausch zwischen den Teilnehmern; Tipps aus dem Pflegealltag wurden ausgetauscht, wodurch die eigene Berufspraxis erweitert werden konnte. Durch das Entdecken aller an der Projektwerkstatt beteiligten Institutionen erweiterte sich der Horizont der Teilnehmer bzw. erhielten sie eine umfassendere Sicht auf den Ansatz Palliative Geriatrie. Die Prämisse, dass die ausgearbeiteten und zum Teil schon umgesetzten Projekte nur dann wirklich etwas bringen, wenn sie lediglich der Beginn eines fortwährenden Prozesses sind und im Alltag gelebt und erlebt werden, wurde von den Teilnehmern der Projektwerkstatt immer wieder bekräftigt.

#### ***4.6. Herausforderungen***

Das Pilotprojekt Palliative Geriatrie war für alle Beteiligten eine Herausforderung, da das Konzept Palliative Geriatrie zumindest noch nicht bewusst Eingang in die luxemburgische Altenpflege gefunden hatte. Sich für eine Teilnahme zu entscheiden, erforderte Aufgeschlossenheit, Flexibilität und eine Portion Mut. Um an jeder Projektwerkstatt teilnehmen zu können, mussten die Direktionsmitglieder sich selbst von anderen Verpflichtungen befreien und auch hierfür die anderen teilnehmenden Mitarbeiter freistellen. Die Tagungen selbst waren körperlich und mental fordernd. Viele Gewohnheiten des Arbeitsalltages wurden hinterfragt, Bestehendes zum Teil bekräftigt, zum Teil auf die Probe gestellt, um sich auf neue Methoden, Gedanken und Ideen einlassen zu können. Zwischen den Tagungen leistete jeder zusätzliche Arbeit. Das in der Projektwerkstatt Gelernte und Erarbeitete musste in der eigenen Einrichtung kommuniziert und weiterentwickelt werden. Hausinterne Sitzungen der Projektwerkstattgruppe einerseits, der multidisziplinären Projektgruppe andererseits, jeweils mit Vor- und Nachbereitungen verbunden, die Kommunikation zwischen den Gruppen und die gegenüber allen Mitarbeitern; all das kostete die Institutionen viel Zeit und Engagement. Dieser Einsatz hat sich jedoch für alle gelohnt und die Überzeugung, dass der begonnene Prozess die Lebensqualität der Bewohner verbessert, hat sich durchsetzen können.

Die Teilnehmer der hausinternen Projektgruppen ließen sich auf diesen für sie ungewöhnlichen Weg ein und waren schnell im Prozess integriert. Ihr Enthusiasmus wuchs und wurde durch das Umsetzen in kleinen Schritten und die Gewissheit, dass die Entwicklung von den Verantwortlichen getragen und gefördert wurde, bestärkt.

Für das Projektteam war dieser Weg auch Neuland. Nur Dirk Müller hatte als Experte Erfahrung gesammelt mit palliativ-geriatrischen Projektwerkstätten in Deutschland. Sämtliche Tagungen mussten vor- und nachbereitet werden und die entsprechende Terminfindung stellte sich oft als Herausforderung für das Projektteam heraus. Sieben Einrichtungen gleichzeitig im Blick zu haben und sich mit den einzelnen Projekten und internen Abläufen der einzelnen Institutionen vertraut zu machen, verlangte viel Aufmerksamkeit und Konzentration. Viel Geschick forderte es dem Projektteam zudem ab, genügend auf die Einrichtungen im Einzelnen einzugehen, ohne aber die Projektwerkstatt als Ganzes aus den Augen zu verlieren.

## **5. Bilanz und Perspektiven**

Das Projektteam war beeindruckt vom Gesamtergebnis der Projektwerkstatt und den Arbeiten der hausinternen Projektgruppen. Die Motivation der einzelnen Teilnehmer aus der Projektwerkstatt war von Beginn an hoch und hielt über den gesamten Projektverlauf an. Die aufgetragenen Aufgaben wurden schnell erledigt und die schriftlichen Arbeiten termingerecht abgegeben. Alle Vorschläge und Anregungen der Projektteilnehmer wurden vom Projektteam wahrgenommen und respektvoll reflektiert. Dies ermöglichte eine konstruktive Zusammenarbeit in vollstem Vertrauen.

### ***5.1. Bestehende palliative Ansätze sammeln und neu bewerten***

Da jede Institution ihre Besonderheiten aufweist, sieht der Weg der Palliativen Geriatrie für jede der Institutionen etwas anders aus. Einige der Einrichtungen sind als Alters- und Pflegeeinrichtung erst seit einigen Jahren etabliert, andere schon viel länger. Daraus ergibt sich die Mannigfaltigkeit der Projekte. Dort wo bereits Palliativgruppen bestanden, die seit Jahren vor allem für die Pflege als Referenz galten, hat man sich vorgenommen, gezielt alle bestehenden Protokolle zum Thema zu sammeln, sich auf eine neue Sichtweise einzulassen, Vergessenes zu reaktivieren, Bewährtes hervor zu streichen und Neues einzubauen.

Andere Institutionen wiederum haben entschieden sich komplett neu auszurichten, um sich vollständig der Prämisse, der palliativ-geriatriische Ansatz beginne bei der Aufnahme und ende mit dem Tod bzw. dem Umgang damit, zu verschreiben. Alle Prozeduren, Vorgänge und Abläufe wurden unter diesem Gesichtspunkt neu bewertet und daraufhin entweder bewusst übernommen oder umformuliert. Teilweise wurden neue Slogans entwickelt, um das Konzept im Haus klarer vermitteln zu können. Die neuen Mitarbeiter sollten gleich bei ihrer Einarbeitung Informationsmaterial zum Konzept erhalten, um sie möglichst schnell mit der palliativ-geriatriischen Kultur vertraut zu machen.

Vor allem den Teilnehmern aus den Institutionen, die erst seit einigen Jahren als Alters- und Pflegeeinrichtung bestanden, wurde bewusster, dass zwar Bewohner bei ihnen sterben, jedoch keine übergreifende und durchdachte Abschiedskultur entwickelt wurde.

### ***5.2. Patientenwünsche und Patientenwille zum Lebensende***

Auf Patientenverfügungen genauer und systematischer eingehen und hinhören, wenn die älteren Menschen sich manchmal „so nebenbei“ zum Thema Tod äußern; auch das sind Situationen, in denen Mitarbeiter über das Pflegepersonal hinaus einen Beitrag leisten können, wenn es darum geht, den Willen eines Bewohners bestmöglich zu erfassen. Den Mitarbeitern, die nicht direkt in der Pflege tätig sind, sollte man zu verstehen geben, dass ihre Aussagen, Meinungen, Beobachtungen, manchmal auch Verwunderungen ernst- und wahrgenommen werden, dass sie sogar öfters sehr hilfreich sein können. Zum besseren Umgang mit dem mutmaßlichen Willen der Bewohner gehörten auch ethische Fallbesprechungen sowie die

rückblickende Analyse des Versterbens eines Bewohners, um es zukünftig anders anzugehen. Auch sollte schriftlich festgehalten werden, wer, wann und wie über bestimmte Vorkommnisse informiert werden sollte – auch hier sollten die Mitarbeiter aus allen Arbeitsbereichen mit einbezogen werden. Im Laufe dieser Prozesse wurde der hohe Stellenwert, der der Lebensgeschichte eines jeden einzelnen Bewohners und seiner Angehörigen und der entsprechenden Biographiearbeit zuteilwerden sollte, für viele Teilnehmer erst so richtig deutlich.

### ***5.3. Zusammenarbeit mit den Ärzten***

Die Schmerzevaluation wurde in vielen Institutionen schon in vorherigen Projekten ausgearbeitet und sollte weiterhin thematisiert werden. Viele Pfleger berichteten während des Treffens im Juli 2017 über Fortschritte in dem Bereich, sie spürten sich sicherer und vertrauter im Umgang mit dem Thema und auch in der Kommunikation mit den Ärzten fühlten sie sich freier.

Obwohl die Zusammenarbeit mit den Ärzten nicht explizit als Projektthema vorgesehen war, sollte an dieser Stelle doch erwähnt werden, dass es sich dabei ebenfalls um einen sehr wichtigen Aspekt der palliativen Geriatrie handelt, der in sämtlichen Projekten eine Rolle spielt und häufig angesprochen wurde, z.B. wenn es um die Schmerz- und Symptombehandlung oder die Verordnung und das Umsetzen von Notfallprotokollen ging. Die Zusammenarbeit mit den Allgemeinmedizinern in den Alten- und Pflegeeinrichtungen in Luxemburg ist derzeit landesweit Thema. Um eine gezielte kontinuierliche Betreuung und Behandlung (soins continus) in diesen Einrichtungen zu gewährleisten, müssen die Ärzte in eine Reihe von Prozessen stärker eingebunden sein.

### ***5.4. Berufsübergreifende Zusammenarbeit in den Institutionen***

Multidisziplinäre hausinterne Projektgruppen zu bilden, gelang in den verschiedenen Institutionen unterschiedlich schnell. Die Projektwerkstattteilnehmer konnten ihre Kollegen aber früher oder später in allen Einrichtungen für eine Teilnahme an diesem ungewohnten Vorhaben begeistern. Eine berufsübergreifende hierarchiefreie Zusammenarbeit, sogar die Leitungsetage einbeziehend, verlangte etwas Überwindung. Es war für viele etwas gewöhnungsbedürftig, sich zu trauen, in diesem erweiterten Kreis Erfahrungen und Meinungen zu teilen, zu argumentieren und zu kritisieren. Schließlich aber gelang es den meisten, ihre Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag mit den andern zu teilen, und sie erkannten dabei, dass dieses Plus an Kommunikation insgesamt für bessere Lösungsansätze im Sinne der bestmöglichen Lebensqualität für die letzte Lebensphase des Bewohners und dessen Angehörigen sorgt.

Viele Mitarbeiter berichteten, ihr Vertrauen in ihre jeweiligen Direktionen habe zugenommen, und auch den Bedürfnissen der Bewohner konnte vermehrt Rechnung getragen werden.

Die berufsübergreifende interne Kommunikation war dabei ausschlaggebend, um gemeinsam und rasch auf die Bedürfnisse der Bewohner und deren Angehörige einzugehen und

angemessene Lösungen erarbeiten zu können. Damit wurde die Hauptvorgabe der Projektwerkstatt erfüllt. Dies wurde durch die Aussagen der Gruppenteilnehmer im Juni/Juli auch noch mal anschaulich dargelegt.

Die berufsübergreifenden Treffen fanden im Rahmen der Projektwerkstatt statt. Nun ist es Aufgabe der Verantwortlichen in den Institutionen, am Ball zu bleiben und die interne berufsübergreifende Zusammenarbeit weiterhin zu fördern. Die Bereitschaft bei den Teilnehmern der hausinternen Gruppen im palliativ-geriatrischen Sinne weiter zu arbeiten ist groß, es bleibt zu hoffen, dass dies auch in Zukunft so sein wird.

Für das Projektteam war es ein anstrengendes und zugleich erfahrungsreiches Erlebnis. Jeder Einzelne hat während des Projektes hinzugelernt. Das Engagement der Projektteilnehmer und die gelebte Solidarität waren überall spürbar. Die Besichtigung der Institutionen führte dazu, dass das Projektteam zusätzlich ermutigt wurde, das Konzept Palliative Geriatrie in Luxemburg weiter auszuarbeiten. Die Begleitung der Institutionen in der Projektwerkstatt und in der hausinternen Entwicklung war für die einzelnen Mitglieder des Projektteams zudem eine persönliche Bereicherung.

Weitere zukünftige Projektwerkstätten wären mit Sicherheit eine Bereicherung für die Luxemburger Altenpflege. Es besteht durchaus realistische Hoffnung, dass die Politik, allen voran das Familienministerium dies auch weiterhin unterstützen wird, denn, wie sagte Klaus Dörner schon 2003: « *die Schwachen und Kranken zu schützen, ist die Würde der Gesunden* »<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Klaus\\_Dörner](https://de.wikipedia.org/wiki/Klaus_Dörner)

## 6. Qualitätssicherung

Zu Beginn der Projektwerkstatt wurden die 20 Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz sowie der Palliativstern eingesetzt um den Ist – Zustand in jeder Einrichtung festzustellen. Es handelte sich hierbei nicht um eine objektive Qualitätsmessung, sondern um eine Selbsteinschätzung der Qualität hausinterner Strukturen und Prozesse, als Basis und Vergleichsmöglichkeit der späteren Einschätzungen.

Die Instrumente der Seerose und des Konzepthauses ermöglichten das Einordnen bestehender Teilkonzepte auf verschiedenen Ebenen und somit eine hausinterne Beurteilung, ob alle Ebenen berücksichtigt wurden.

Alle Einschätzungen wurden dokumentiert und anschließend offen diskutiert, analysiert und kommentiert.

Die hausinternen Projekte wurden zwischen den Modulen vom Projektteam begutachtet und die Fortschritte während den Modulen im Plenum vorgestellt. Die Rückmeldungen zwischen den Teilnehmern und vom Projektteam trugen zur Transparenz und Qualitätssteigerung der einzelnen Projekte bei.

Die obengenannten Instrumente werden weiterhin in den einzelnen Einrichtungen angewandt, um zu gewährleisten, dass sich die aus dem Projekt resultierenden Maßnahmen und Veränderungen festigen können und im Alltag gelebt werden. So können weitere oder neue Schwachstellen ausgemacht und in der Folge ausgehobelt werden. Den Direktionen und Verantwortlichen ist klargeworden, dass nur so die Kontinuität des begonnenen Prozesses gewährleistet werden kann. Wesentlich ist es zudem, die hausinternen palliativ-geriatrischen Gruppen zu erhalten und für eine klare Verantwortungsaufteilung zu sorgen.

Eine wesentliche Rolle werden bei der zukünftigen Sicherung einer nachhaltigen palliativ-geriatrischen Kultur in den Einrichtungen sicherlich die 16 Faktoren spielen, die Donata Beckers in ihrer Studie „Dasein, wenn es still wird“ (2006)<sup>24</sup> erläutert.

Die Qualitätssicherung der in der Projektwerkstatt eingeführten Prozesse war den Projektteilnehmern ein besonders großes Anliegen, wie es auch das folgende Kapitel zeigen wird.

---

<sup>24</sup> Siehe Anhang 2

## 7. Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg

Im Januar 2017, zehn Monate nach Projektbeginn, äußerten einige Projektwerkstatt-mitglieder den Wunsch, auch über die Dauer der Projektwerkstatt hinaus weitere Treffen vorzusehen. Dieser Wunsch wurde von allen geteilt. Dirk Müller berichtete zudem, dass dies auch häufig anderswo in Werkstätten der Fall ist. Er beschrieb wie die Netzwerke Palliative Geriatrie in Deutschland funktionieren. Das Anliegen wurde regelmäßig während der Tagungen diskutiert und die Vorstellungen der Projektteilnehmer wurden immer klarer:

- Kollegialer Austausch von Wissen und Erfahrungen im gegenseitigen Vertrauen muss weitergeführt werden, damit die hausinternen Projekte weiterhin gewährleistet sind, und daher bleibt dieser begonnene Austausch wichtig.
- Palliative Geriatrie sollte systematisch mittels einer dokumentierten und standardisierten Qualitätssicherung in den Einrichtungen überprüft und ausgebaut werden und nachhaltig sein.
- Das Konzept Palliative Geriatrie soll auch anderen Kollegen nahegelegt werden.
- Kontakt zu bestehenden Netzwerken in Deutschland sollte gesucht und gefestigt werden.

Der Beschluss, ein Netzwerk Palliative Geriatrie in Luxemburg zu gründen, wurde im Mai in der Projektwerkstatt getroffen, und Omega 90 wurde aufgefordert, einen Entwurf für ein diesbezügliches Abkommen zu erstellen. Zudem waren sich alle einig, dass Omega 90 die Koordination dieser Treffen übernehmen sollte.

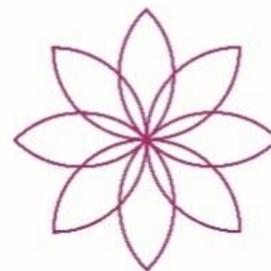
Die Projektkoordinatorin nahm die Idee mit in den Beirat, der diesen Vorgang begrüßte und den Vorschlag machte, dieser Gruppe den luxemburgischen Namen „Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg“ zu geben.

Der finale Entwurf wurde den Direktionen vorgelegt und hausintern in den Einrichtungen besprochen.

Am 10. Oktober 2017 wurde das Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg dann nach dem letzten Projektwerkstatttreffen in Berbourg, an dem die Vertreter aller Einrichtungen versammelt waren, gegründet.

Ziele des „Netzwerks“:

1. Gegenseitiges Lernen durch offenen Austausch, kritische Reflexion und Ausarbeitung von Empfehlungen zu „best practice“ und Qualitätssicherung



Netzwerk Palliativ  
Geriatrie Lëtzebuerg

Omega 90 asbl

2. Information und Sensibilisierung zu den Themen der palliativen Geriatrie:
  - in der Fachöffentlichkeit
  - bei den Bewohnern der Institutionen und deren Familien
  - in der allgemeinen Öffentlichkeit
3. Forschung zu den Themen der Palliativen Geriatrie
4. Weitere Institutionen zur Teilnahme am Netzwerk motivieren

Die Hauptvoraussetzung um als Institution Netzwerkmitglied zu werden, besteht darin, eine Projektwerkstatt Palliative Geriatrie abgeschlossen zu haben.

Die Gründung des Netzwerk Palliativ Geriatrie ist der beste Beleg dafür, dass die Einrichtungen die Projektwerkstatt als Erfolg und Mehrwert betrachten und der Wunsch besteht, zukünftig weitere Projektwerkstätten durchzuführen, damit das Konzept der Palliativen Geriatrie sich in den Alten- und Pflegeeinrichtungen in Luxemburg weiterverbreiten kann, und als Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg weitere Mitglieder aufzunehmen.

## **8. Dankesworte**

Omega 90 bedankt sich herzlich bei den Sponsoren – Oeuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Joséphine Charlotte, Fondation Alphonse Weicker, Kick Cancer Into Touch die das Pilotprojekt Palliative Geriatrie durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht haben.

Den Direktionen, Verantwortlichen und Mitarbeitern aller teilnehmenden Institutionen, die den Mut hatten, dieses Projekt mit uns zu wagen, möchten wir unsere Anerkennung und unseren Dank aussprechen für ihren unermüdlichen und kreativen Einsatz.

Ein großes Lob und ein großer Dank gehen an Dirk Müller, denn nur durch seine Erfahrungen und Expertise konnte die Projektwerkstatt gewährleistet werden.

Die offenen und unterstützenden Anregungen während der Projektdauer seitens des Beirates waren sowohl für die Projektkoordination als auch die Projektteilnehmer eine wertvolle Stütze.

Die Bereitschaft des Familienministeriums, die Schirmherrschaft des Pilotprojektes Palliative Geriatrie zu übernehmen, hat uns geehrt.

## 9. Bibliographie

- Ammermann, L., Harder, J.(2005). *Die Praxis der Mitarbeiterführung - Situationsgerechtes Führen*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Beckers, D.(2006). *Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. 16 Faktoren*. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz (Hrsg.).
- Beckers, D.(2006). *Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. Eine Studie*. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz (Hrsg.).
- Bierlein, K-H.(1995). *Wenn Worte fehlen - Gebete*. München: Claudius Verlag München.
- Bischoff, M., Wittenius U.(2012). *Palliativkompetenz und Abschiedskultur in der Altenpflege*. Die Hospiz Zeitschrift Ausgabe 51, 2012/1 Deutscher Hospiz-und-PalliativVerband e.V. (S. 18-23). Berlin.
- Borasio, G.D.(2012). *Über das Sterben. Was wir wissen, Was wir tun können, Wie wir uns darauf einstellen*. München: Verlag C.H. Beck.
- Borasio, G.D. (2016). *Selbstbestimmt sterben: Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. München: DTV Verlagsgesellschaft.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. (Hrsg.). *Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Dachverband Hospiz Österreich (Hrsg.) (2012). *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim - Mehr als nur ein schöner Abschied. Gut leben und würdig sterben können*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Davies, E. Higginson I.(2004). *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. Bonn: Pallia Med Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V.; Bundesärztekammer (Hrsg.)(2010). *Chartas zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Berlin.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Hrsg.)(2010). *Mit-Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 01/2016. *Sind alte Menschen palliativbedürftig?* Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 02/2016. *Kommunikation! Kommunikation! Kommunikation!* Esslingen: Der Hospiz Verlag.

- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 03/2016. *Hier und Jetzt - sinnvoll und kreativ - Palliative Geriatrie*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 01/2017. *Sterben mit Demenz*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 02/2017. *Frühlingsgefühle*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Ausgabe 03/2017. *Essen und Trinken im Alter*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Fercher, P., Sramek, G.(2014). *Brücken in die Welt der Demenz: Validation im Alltag*. München: Ernst-Reinhardt Verlag.
- Fringer, A. (2016). *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fringer, A., Lehmann, A.(2016). *Ist-Situation der Palliative Care in der stationären Langzeitpflege*. In Fringer, A. (Hrsg.) *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität*. (S. 57-64). Bern: Hogrefe.
- George, W.(2014). *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Grond, E.(2011). *Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegendende in der Altenhilfe*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Grossmann, R., Scala, K.(1996). Die Entwicklung von Settings durch Projektmanagement. In Grossmann, R., Scala, K. *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. (S. 75-85). Weinheim und München: Juventa.
- Grossmann, R., Scala, K.(1996). Angelpunkte der Projektentwicklung. In Grossmann, R., Scala, K. *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. (S. 87-101). Weinheim und München: Juventa.
- Gottschling, S. mit Amend, L.(2016). *Leben bis zuletzt: Was wir für ein gutes Sterben tun können*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Haag, A., Janus, A., Reimann, L., Mossack, S. *Ethisch vertretbare Öffentlichkeitsarbeit mit Palliative Care in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Eine Empfehlung zur Umsetzung*. Fachprojekt von vier Studierenden des 5. Semesters im Studienlehrgang Pflegeentwicklung und Management der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg und dem Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg.
- Hassler, A.,(2016). Dialog zu guter Qualität: Perspektiven der Organisationsberatung. In Fringer, A. (Hrsg.). *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität*. (S. 129-140). Bern: Hogrefe.

- Heimerl, K.(2007). *Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende*. In Knipping, C. (Hrsg). *Lehrbuch Palliative Care*. (S. 131-138). Bern: Verlag Hans Huber.
- Heimerl, K.(2008). *Orte zum Leben, Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heimerl, K.(2011). *Palliative und Dementia Care im Pflegeheim*. In Die Hospiz Zeitschrift, Fachforum Palliative-Care. Ausgabe 47, 01/2011. (S. 16-20). Berlin: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- Heimerl, K., Kojer, M.(2011). *Die WHO Definition von Palliative Care-revisited. Palliative Care für Hochbetagte und für Menschen mit Demenz*. Praxis Palliative Care, Ausgabe 11/2011, (S. 21-23). Hannover: Brinkmann Meyhöfer GmbH & Co. KG Verlage und Projekte.
- Heimerl, K., Heller, A.(2012). *Was bleibt? Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen und im Alter*. In Die Hospiz Zeitschrift Ausgabe 51, 2012/1. Berlin: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (S. 6-12).
- Heimerl, K.(2015). *Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim*. In Kojer, M. & Schmidl, M. (Hrsg.). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 186-197). Wien, New York: Springer.
- Heller, A., Reitinger, E., Tesch-Römer, C., Zeman, P.(2004). *Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heller, A., Metz, C.(2005). *Organisationsethik und Leitung in Hospiz und Palliative Care*. Die Hospiz Zeitschrift, Ausgabe 23, 01/2005. Berlin: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- Heller, A., Heimerl, K., Kittelberger, F.(2005). *Daheim Sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heller, A., Wegleitner, K.(2006). *Wissenstransfer und Wissensgenerierung in Organisationsentwicklungsprozessen des Gesundheitssystems*. In Schaeffer, D. (Hrsg.) Veröffentlichung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Heller, A., Heimerl, K., Husebö, S.(2007). *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heller, A., Krobath, T.(2010). *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heller, A., Kittelberger, F.(2010). *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Hospiz Stuttgart für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Elisabeth Kübler-Ross-Akademie, *Dialog-Leitfaden der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Patientinnen und Patienten, Angehörige und weitere Bezugspersonen*.
- Jacobs, K.(2015). *Halt finden, wenn alles zu entgleiten droht. Welche Bedeutung hat Spiritualität für Menschen mit Demenz? Palliative-Care verstehen*. Esslingen: Der Hospiz-Verlag.

- Jaspers, B., Müller, M.(2010). *Wie viel Tod verträgt das Team?* In Die Schwester - Der Pfleger (S. 632-636) Ausgabe 07/10. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft GmbH.
- Kojer, M., Zsifkovics, M.(2009). Hierarchiefreie Räume als Chance. In Kojer, M. (Hrsg.). *Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie.* (S. 89-103). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Kojer, M.,(2009). *Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der palliativen Geriatrie.* Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Kojer, M.(2010). Brauchen demenzkranke alte Menschen Palliative Care? In Heller A., Kittelberger F. (Hrsg.). *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung.* (S. 145-160) Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Kojer, M., Schmidl, M.(2015). *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen.* Wien: Springer Verlag.
- Kojer, M.(2015). Yes we can! Was es braucht um Palliative Geriatrie umzusetzen. In Kojer, M. & Schmidl, M. *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen.* Wien: Springer Verlag.
- Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie & UNIONHILFSWERK (Hrsg). (2015). *Leben können. Sterben dürfen.* Berlin.
- Kostrewa, S., Gerhard, C.(2010). *Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenheimen entwickeln, etablieren und evaluieren.* Bern: Huber Verlag.
- Kunz, R., Schreyer, I., Fringer, A.(2016). Entwicklungsmöglichkeiten der Palliative Care in der Langzeitversorgung. In Fringer, A. (Hrsg.). *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege: Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität.* (S. 83-92). Bern: Hogrefe.
- Müller, D.(2010). *Der 3-Minuten-Blitzvorschlag.*
- Müller M., Pfister D. (2013). *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.
- Müller, D.(2015). Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In Kojer, M. & Schmidl, M. (Hrsg.). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 173-184). Wien, New York: Springer.
- Müller, D.(2014). Palliative Geriatrie - Mehr als Sterbebegleitung in George, W. (Hrsg.) *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen* (S. 77-87). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Müller, D.(2016). *Leben können. Sterben dürfen. Palliative Geriatrie für ein gutes Leben bis zuletzt.* Unionhilfswerk, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie.

- NPP-Netzwerk Palliativbetreuung in Pflegeeinrichtungen (Hrsg.). *20 Punkte Check für die Organisation der Sterbebegleitung.*
- Radiodoktor Infomappe (2013). *Palliative Geriatrie - Menschliche Betreuung im hohen Alter.* OR, Österreichische Apothekerkammer, Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Wien.
- Reimann, U.(2005). *Was können Hospize und ihre Leitungen von Organisationstheorien lernen? Eine Annäherung.* In Die Hospiz-Zeitschrift, Ausgabe 23, 01/2005. Berlin: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- Reitinger, E., Wegleitener K., Heimerl, K. (Hrsg.)(2007). *Transdisziplinäres Forschen - Geschichten die uns betroffen machen. Lernen aus ethischen Herausforderungen in der Altenbetreuung.* Wien: Trafo, Transdisziplinäres Forschen.
- Schäfer, A.(2012). *8 Wege in der Altenpflege glücklich zu sein.* Hamburg: Behr Verlag.
- Schmidt, D.(2010). *Begegnung mit Sterben und Tod. Wie Lernende unterstützt werden können.* In Die Schwester Der Pfleger (S. 643-647) Ausgabe 07/10. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft GmbH.
- Scholz, P.(2012). *Nur gemeinsam sind wir stark. Palliativkultur in den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung.* In Die Hospiz Zeitschrift Ausgabe 51, 2012/1. Berlin: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (S. 40-42).
- Schuchter, P. & Heller, A.(2012). *Ethik in der Altenhilfe - eine alltagsnahe Besprechungs- und Entscheidungskultur in der Sorge um ältere Menschen.* In Hospiz Verlag (Hrsg.) *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim. Mehr als nur ein schöner Abschied. Gut leben und würdig sterben können.* Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag.
- Seiler C., Schweitzer M., Fringer A.(2016). *Messinstrumente und Ansätze zur Qualitätsüberprüfung palliativer Betreuungen.* In Fringer, A. (Hrsg.) *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität.* (S. 65-81). Bern: Hogrefe.
- Sorge kompetent, Fachforum für Palliative Geriatrie –Palliative Geriatrie im Aufbruch. Festschrift zur Jubiläumstagung und zum Bürgertag. 1 Jahrgang Nr.1/2015 Hrsg. Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Teigeler, B.(2010). *Und immer wieder Abschied....*in Die Schwester Der Pfleger (S. 638-641). Ausgabe 07/10, Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft GmbH.
- Teufel, R.(2015) *Beratung und Begleitung Angehöriger in der Palliative Care. Palliative Care für Einsteiger.* Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Weiss, C.(2013). *Palliative Care gehört im Zentrum Reusspark zu einem umfassenden Pflegekonzept. Tun und genießen, was noch geht.* In Fachzeitschrift Curaviva, Ausgabe 12/2013, (S. 17-24) (Hrsg.) Curaviva Verband Heime & Institutionen. Schweiz, Wabern: Ast & Fischer AG.

Wilkening, K., Kunz, R.(2005). *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

### **Internetquellen**

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. verfügbar auf: [www.dggeriatrie.de](http://www.dggeriatrie.de)

Deutscher Hospiz-und PalliativVerband e.V. Verfügbar auf: [www.dhvp.de](http://www.dhvp.de)

European Association for Palliative care. Verfügbar auf. [www.eapcnet.eu](http://www.eapcnet.eu)

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. Verfügbar auf: [www.fgpg.eu](http://www.fgpg.eu)

Hospiz-und PalliativVerband Berlin. Verfügbar auf: [www.hospiz-berlin.de](http://www.hospiz-berlin.de)

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie. Verfügbar auf: [www.palliative-geriatrie.de](http://www.palliative-geriatrie.de)

NPG Netzwerk Palliative Geriatrie. Verfügbar auf: [www.netzwerk-palliative-geriatrie.de](http://www.netzwerk-palliative-geriatrie.de)

Leben können. Sterben dürfen. Palliative Geriatrie & Altershospizarbeit. Verfügbar auf: [www.altershospizarbeit.de](http://www.altershospizarbeit.de)

Omega 90. Verfügbar auf: [www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)

Robert-Bosch Stiftung. Verfügbar auf: [www.palliative-praxis.de](http://www.palliative-praxis.de)

UNIONHILFSWERK. Verfügbar auf: [www.unionhilfswerk.de](http://www.unionhilfswerk.de)

## **10. Anhang**

### Anhang 1

#### **Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz im Alten- und Pflegeheim** Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. 2006

[www.palliativegeriatrie.de/](http://www.palliativegeriatrie.de/) [www.altershospizarbeit.de](http://www.altershospizarbeit.de)

##### **1. Projektarbeit**

Hat sich das Haus eine Zeit lang mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliativ Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit, Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

##### **2. Leitlinien**

Wird oder wurde hausintern und schriftlich ein Text mit Leitgedanken zur Sterbebegleitung entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitern getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben, Tod, Abschied geht? Spiegeln sich diese Leitgedanken im Leitbild der Einrichtung und in den Veröffentlichungen über die Einrichtung (z. B. Hausprospekt)? Sind diese Leitgedanken konkret und operationalisierbar? Sind sie zu den bestehenden Standards und Richtlinien in Bezug gesetzt?

##### **3. Kultur und Leitung**

Wird und wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst und benannt (Analyse der bestehenden Kultur) und auch gewürdigt?

Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema? Sind das Thema und der Prozess von der Leitung der Einrichtung gewollt und getragen? Sind die damit verbundenen Entscheidungen der Projektbeteiligten hierarchisch abgesichert und gedeckt?

##### **4. Nachhaltigkeit / Evaluation**

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiterentwickelt wird?

##### **5. Ethik im Konfliktfall**

Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus? Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt? Gibt es ein Ethikkomitee? Ist Ethikberatung implementiert?

## **6. Öffentlichkeitsarbeit**

Ist Sterben und Sterbebegleitung in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

## **7. Bewohner**

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner und Angehörigen zu diesem Thema erfasst (z.B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, Dokumentation, der Versorgungsvollmacht?)

Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt (z.B. in der Pflegeplanung; speziell in der Terminalphase)? Werden die speziellen Bedürfnisse Demenzerkrankter berücksichtigt?

## **8. Mitarbeiter**

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeiter erfasst und gewürdigt? Besteht ein Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten? Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende? Werden neue Mitarbeiter auf das Thema eingestimmt (Bewerbungsgespräch)? Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende in die Sterbebegleitung und in die Abschiedskultur eingeführt (Einarbeitungskonzept)?

## **9. Angehörige**

Werden Angehörige und Bezugspersonen der Bewohner zu diesem Thema gehört und ernst genommen? Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

## **10. Mitbewohner**

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick? Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht? Haben sie die Möglichkeit sich von dem Verstorbenen zu verabschieden?

## **11. Interdisziplinarität und Vernetzung**

Ist interdisziplinäres Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren und Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen (z. B. Pflegekonferenz)?

Gibt es eingübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen (Palliativdienste, Hospizvereine, stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassenen Ärzte, Pflegedienste)?

## **12. Palliative Fachpflege**

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliativ Care Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen? Wenn nein, welche Möglichkeiten solcher Vernetzung wurden erwogen?

## **13. Hausärzte**

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativmedizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen? Wird der mutmaßliche Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

## **14. Ehrenamtliche Mitarbeiter**

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Sind speziell (nach dem Qualitätsverständnis der BAG Hospiz) befähigte Ehrenamtliche verfügbar? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz von Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert? Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort? Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

## **15. Seelsorge**

Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar? Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

## **16. Soziale Fürsorge**

Bekommen Bewohner und Angehörige in ihren existentiellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung, sozialberaterische Unterstützung?

## **17. Weitere Mitarbeiter**

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z. B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick? Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?

## **18. Trauer**

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema? Werden Freiräume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen? Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung? Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerungen an Verstorbene ermöglichen (z. B. Gedenkfeiern)?

## **19. Sterbephase**

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

## **20. Umgang mit den Verstorbenen**

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnern?

Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen (Familie und Betreuende)? Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Überführung, Bestattung? Gibt es regelmäßige Kontakte mit Bestattern zu diesem Thema?

## Anhang 2

16 Faktoren, die Donata Beckers in ihrer Studie „Dasein, wenn es still wird“ (2006) als Voraussetzung für gelingende Nachhaltigkeit der implementierten Palliativkultur in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe nennt:

- Strukturen gehen immer vor Einzelinitiativen
- Grundsatz der kombinierten Organisationsprinzipien top down mit bottom up
- In der Einrichtung besteht eine „Sprech- und Aushandlungskultur“
- Leitbild, Leitgedanken und Pflegestandards greifen das Thema abgestimmt auf
- Klarheit ethischer Entscheidungsfindung ist gegeben (Fallbesprechung, Patientenverfügung, Krisenvorsorge)
- Literatur und Hilfestellung stehen allen Beteiligten zur Verfügung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema (incl. PC-Basiswissen aller)
- Arbeitskreise oder QM-Zirkel halten das Thema wach
- Ehrenamtliche sind eingebunden
- Rituale und spirituelle Themen sind routiniert im Blick
- Ärzte sind regelmäßig Ansprechpartner
- Das Thema „Schmerz“ bleibt intensiv und interdisziplinär im Blick
- Dokumentation von Wünschen, Interventionen und palliativen Verläufen
- Kooperation und Vernetzung sind zu diesen Fragen eingeübt
- Regelmäßige Evaluation der Kultur und der Ereignisse
- Rollenbeschreibungen (z.B. « Palliativbeauftragte ») existieren