

PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Pflege desorientierter Menschen



Dr. Jochen Steurer
Herausgeber

Liebe Leserin,
lieber Leser,

Sterben müssen wir alle einmal, und die Sterbebegleitung fand in allen Pflegeeinrichtungen mit oft sehr hoher Kompetenz schon immer statt. Dennoch hat sich

auf dem Gebiet der Hospizkultur und Palliativkompetenz in den letzten Jahren vieles gewandelt. Viele Erkenntnisse in Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle, aber auch in Gesprächsführung und adäquater Ablauforganisation bei ethischen Krisen sind hinzugekommen. Die Palliativmedizin und Palliativpflege verstehen sich mittlerweile als eigenes Handlungsfeld. Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen sind weiterhin gut eingebunden und werden nun auch hauptamtlich in ihren Diensten unterstützt und koordiniert. Seit 2007 bewegt sich in der Hospiz- und Palliativlandschaft noch mehr. HospizbegleiterInnen werden nun auch gesetzlich gefördert in Heimen eingesetzt. Die spezialisierte Palliativversorgung im Heim und durch Pflegedienste wird zusätzlich gefördert. Netzwerke entstehen. Pflegedienste und -Heime entdecken neu ihre Stellung in diesem Veränderungsprozess: Bewohner und Pflegekunden erfahren bis zum Tod gute Betreuung und können daheim sterben. Dieser Newsletter hält die Entscheiderinnen und Entscheider mit knappen Sätzen auf dem Laufenden und bietet Orientierung im sich wandelnden Feld. Gerade während der Umsetzung der Gesundheitsreform (§ 37b, § 137d) und im Vorfeld der Pflegereform ist der Informationsbedarf hoch. Die konkreten Umsetzungen und Handlungsanweisungen für die Praxis finden sich im Hauptwerk wieder. Als Herausgeber wünsche ich Ihnen Tatkraft und Umsicht in Ihren Entscheidungen.

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber

Palliativversorgung auch für demenziell Erkrankte

Interview mit Dr. Jochen Steurer (Bild), Geschäftsführer der Palliativberatungsfirma MediAction und Herausgeber Praxis-Handbuch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ (BEHR'S, 2007)

Redaktion: Was leistet die Palliativversorgung in Bezug auf Demenzkranke?

Dr. Steurer: Demenziell Erkrankte leiden in ihrer Lebensphase oft unter chronischen und akuten Schmerzen. Gemäß Frau Dr. Kojer, Wien, wird dies bei mehr als einem Drittel der Betroffenen nicht richtig erkannt, unklar kommuniziert und nicht adäquat erfasst und bleibt somit unbehandelt. Palliativversorgung hält spezifische Schmerzerfassungs-Instrumente vor. Aber auch von den anderen symptomlindernden Maßnahmen der Palliativversorgung profitieren demenziell Erkrankte noch zu wenig. Ethisch-rechtliche Entscheidungen am Lebensende brauchen ebenso die spezifische Fachkompetenz.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP – hat deshalb vor 14 Monaten einen Arbeitskreis für Nicht-Tumor-Erkrankte ins Leben gerufen, der sich momentan ausschließlich mit der Palliativversorgung von demenziell Erkrankten befasst. Die Experten sichten Forschungsergebnis-

se und Praxiserfahrungen. Noch in der ersten Jahreshälfte 2007 werden diese der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Was dieses Expertenwissen für den konkreten Alltag von ambulanten Pflegediensten und Heimen bedeutet, erfahren Sie im Praxishandbuch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“.

Redaktion: Die Gesundheitsreform verspricht Verbesserungen in der palliativen Versorgung Schwerstkranker und Sterbender. Ab wann ist mit einer finanziellen Unterstützung zu rechnen?

Dr. Steurer: Der neue § 37 b SGB V trat zum 1. April 2007 zusammen mit der Gesundheitsreform in Kraft. Die Konkretisierung der Palliativversorgung geschieht in einer Rahmenvereinbarung zum neuen Gesetz. Pate werden dafür die erprobten und neuen Modelle aus Baden-Württemberg (Brückenschwestern), Berlin (Home Care), Niedersachsen (Palliativstützpunkte), Nordrhein-Westfalen (Palliativpflegedienste) und dem Saarland (AHPZ) stehen. Es gibt ferner bestehende lokale Projekte aus dem Bereich der palliativen integrierten Versorgung (§ 140

weiter auf Seite 2

In dieser Ausgabe lesen Sie

Palliativversorgung auch für demenziell Erkrankte	1
Spezielle Palliativversorgung – Das neue Gesetz	2
Palliativversorgung von Demenzkranken: Definition, Bedarf und Formen ...	3
Supervision: Ein unverzichtbares Bildungselement?	5
Ehrenamtliche ambulante Hospizbegleitung: Förderung nun auch in Pflegeheimen	5
Projektstart: Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care	6
Patientenverfügung klipp und klar	6
Der neue Einstiegerskurs: Die In-House-Schulung „Palliative Praxis“	7
Niedersächsischer Hospizpreis für palliativkompetente Pflegeheime	7

Palliative Care kompakt

SGB V), die in die neuen Versorgungsformen überführt werden. Die bisherigen Modellprojekte erhalten – je nach Leistungsumfang – zwischen 95 und 180 Euro (zusätzlich) pro Tag und Patient für die Palliativversorgung. Ab 1. Oktober 2007 können die neuen Leistungen erbracht und aus dem Topf der GKV vergütet werden.

Redaktion: Was verändert sich nun konkret durch die Gesundheitsreform?

Dr. Steurer: Der Leistungsanspruch und der Umfang der Leistungen sind noch nicht endgültig beschrieben. Es wird jedoch insbesondere eine verbesserte ambulante Palliativversorgung geben. Palliativ-Pflegerkräfte und Palliativ-Ärzte arbeiten in einer gemeinsamen Trägerschaft in diesem Projekt



zusammen. Auch die Koordinierung der Hilfeleistungen wird vergütet. Die Leistung wird direkt oder auch konsiliarisch erbracht. Dies ist für demenziell Erkrankte wesentlich: Die bisherigen Bezugspflegerkräfte und der Hausarzt werden nicht zwangsläufig ersetzt, sondern eher beraten und mit Fachkompetenz unterstützt.

Redaktion: Sind die neuen Palliativversorgungsleistungen auch im Pflegeheim möglich?

Dr. Steurer: § 37 b Abs. 2 SGB V war die große Überraschung für die Pflegeheime. Erstmals kann auch im Pflegeheim nach SGB V eine Leistung durch hausinterne Mitarbeiter für die Bewohner erbracht werden: „Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen ... haben ... einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge ... regeln, ob die Leistung ... durch Vertragspartner der Kranken-

kassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird.“ Heime können analog den Pflegediensten ihre Mitarbeiter qualifizieren (gefordert sind 160-stündige Palliativausbildungen) und ihre Strukturen so umstellen, dass sie der bestmögliche Platz für Menschen am Lebensende werden. Durch die hohe Kompetenz in der Pflege der demenziell Erkrankten sind sie es letztlich für diese Bewohnergruppe heute schon. Aber auch kleinere und mittelgroße Heime und Heime mit anderen Schwerpunktsetzungen, die ihr eigenes Personal nicht palliativ weiterqualifizieren wollen, können die ambulanten Palliativ-Fachkräfte (Pfleger/Ärzte) konsiliarisch ins Haus holen, das eigene Leistungsangebot erweitern und z. B. ungewünschte Krankenhausweisungen vermeiden. ■

Spezialisierte Palliativversorgung – Das neue Gesetz

Zum 1.4. 2007 trat im Rahmen der Gesundheitsreform folgendes Gesetz in Kraft:

§ 37 b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Für alle gesetzlich Versicherten ergibt sich somit der neue Anspruch auf spezialisierte, palliative Versorgung, wenn ihr Krankheitsbild den genannten Kriterien entspricht. Näheres wird in den kommenden Monaten dazu festgelegt:

- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss ... bestimmt ... bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
1. die Anforderungen an die Erkrankungen ... sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten.
 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die Vorgehensweise von der Verordnung dieser spezialisierten Palliativversorgung bis zur Erbringung wird im ersten Absatz des § 39 b SGB V so beschrieben:

Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen

einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten ... in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die Überraschung des neuen Gesetzes lag im Abschnitt 2. Dort wurde festgelegt, dass diese Leistungen nicht nur im häuslichen Bereich zu erbringen sind. Bewohner von Pflegeeinrichtungen haben ebenso Anspruch darauf:

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs.1 des Elften Buches haben... einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132 d Abs.1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pfl-

geeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird.

Durch diesen letzten Satz wird festgelegt, dass einerseits die ambulanten palliativen Versorgungsteams (= Vertragspartner der Krankenkassen) in den Heimen sowohl pflegeübernehmend als auch beratend tätig werden können, andererseits das Personal von Heimen die spezialisierte Palliativversorgung auch selbst erbringen kann. Näheres regelt § 132 d:

§ 132 d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ein-

schließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der

Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.

Weiterführende Informationen und vollständige Texte unter www.diegesundheitsreform.de, Textpassagen, die die Palliativversorgung betreffen, unter www.dgpalliativmedizin.de – Downloads ■

Palliativversorgung von Demenzkranken: Definition, Bedarf und Formen

Palliativversorgung und Demenz (Erstfassung/Kurzversion) von Dr. med. Christoph Gerhard; Volltext anfordern unter: jochen.steurer@mediacion.de



Die Arbeitsgruppe „Nicht-Tumor-Patienten“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) veröffentlichte auf der Webpage der DGP 2007 am 27. März

2007 ihr erstes Arbeitsergebnis: **Definition, Bedarf und Formen der Palliativversorgung von Patienten mit Demenz**. Der Text ist für Mitglieder der DGP frei zugänglich und wird voraussichtlich nach einer Endredaktion durch den Vorstand der DGP bis Mitte Mai 2007 der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Die hohe Relevanz des Textes ist angesichts

der Neufassung von Gesetzen zur Palliativversorgung gegeben. Hier eine Kurzfassung:

1. Welche Probleme/Bedürfnisse haben demenziell erkrankte Patienten?

Probleme **Demenzkranker** lassen sich aufgrund der kognitiven Einschränkungen der Betroffenen schwer aus deren Sicht erfassen. In Fremdburteilungen lassen sich folgende Probleme erfassen:

■ Aufgrund der schweren **kognitiven Einbußen** bestehen eingeschränkte Fähigkeiten der Entscheidungsfindung. Es sind daher **Entscheidungen durch Stellvertreter** unter Berücksichtigung des im Voraus erklärten (Patientenverfügung) oder mutmaßlichen Patientenwillens erforderlich. Fragen des Therapieverzichts und der Reanimation müssen geklärt werden. Hier besteht ein erhebliches Konfliktpotential, wenn

z. B. der vorausverfügte Wille in Konflikt zu aktuellen sehr unscharfen und schwierig zu interpretierenden Willensäußerungen steht.

- **Verwirrtheit, depressive Störungen** oder **Halluzinationen** beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden der Betroffenen und belasten Pflegenden und Angehörige erheblich.
- **Bewegungsstörungen** bestehen bei fortgeschrittener Demenz als extrapyramidale Bewegungsstörungen (**Parkinsonoid**) oder **dyspraktische Störungen**. Sie können sich als Gangunsicherheit bemerkbar machen und letztendlich Bettlägerigkeit im Finalstadium mitverursachen.
- **Inkontinenz** ist in fortgeschrittenen Stadien ein belastendes Symptom
- **Schmerzen** können Folge von gleichzeitig bestehenden (z. B. degenerativen Gelenk-) Erkrankungen, aber auch Folge der Bewegungsstörungen sein.

- Es können Schwierigkeiten mit der **Nahrungsaufnahme** entstehen, die eine vital gefährdende Kachexie auslösen können.
- Erhebliche weitere Gesundheitsrisiken können sich durch die Überweisung in eine akutmedizinische Institution wie ein **Krankenhaus** ergeben.

2. Welche Mittel/therapeutischen Möglichkeiten stellt die Palliativmedizin diesen Menschen bereit?

- Für Tumorpatienten existieren gute **Konzepte zur Schmerztherapie**. Aufgrund der Kommunikationsstörungen bestehen bei Demenzerkrankten allerdings Schwierigkeiten in der **Schmerzerfassung**. Hier können Instrumente der Fremdbeurteilung wie BESD nach Volicer oder EAPC, Doloplus hilfreich sein.
- Maßnahmen der **Symptomkontrolle** (Todesrasseln, Übelkeit, Obstipation, Mundtrockenheit etc.) können aus anderen palliativen Settings (Tumorpatienten) übernommen werden.
- Konzepte der Kommunikation wie z. B. das SPIKES-Modell in der **Patientenaufklärung** können bei Diagnosestellung in Stadien geringer kognitiver Beeinträchtigung Verwendung finden. Wegen der zukünftig eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit sind Schulungen zur Erstellung von **Patientenverfügungen** oder Vorsorgevollmachten sinnvoll. Ein besonderes Gewicht erhält die Kommunikation mit Angehörigen.
- **Basale Stimulation** und Kinaesthetik ist bei schweren oder fortgeschrittenen Hirnschädigungen zum körpernahen Dialogaufbau einsetzbar.
- Konzepte zum **Umgang mit Verwirrtheit** (Validation, Dementia care mapping) haben eine besondere Bedeutung.
- Die Frage, ob eine **PEG-Versorgung** sinnvoll ist oder nicht, ist bei weit fortgeschrittener Demenz kritisch zu bewerten. Konzepte der **Schlucktherapie** sollten in die Versorgung integriert werden.

- Die Palliativmedizin hält gute **Versorgungskonzepte** wie Palliativstationen, Hospize, ambulante Palliativpflegedienste vor. Diese versorgen jedoch bislang überwiegend Tumorpatienten, deren Erkrankungen einen anderen zeitlichen Verlauf als Nicht-Tumorerkrankungen nehmen. Bei Nicht-Tumorerkrankungen können die Zeitabschnitte, in denen ein palliativer Versorgungsbedarf besteht, wesentlich länger und schwerer prognostizierbar sein.
- Daher müssen die angeführten spezialisierten **Palliativ-Konzepte in die ambulante Pflege und Pflegeheime integriert** werden. Zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz sind spezifische, in Pilotprojekten bereits erprobte Organisations-Entwicklungsprozesse für alle Einrichtungen der Alten- und Krankenhilfe angezeigt.
- Der mögliche Nutzen von Versorgungs-**Sonderformen** ist zu prüfen und zu erwägen. Ghettoisierung des Sterbens ist zu vermeiden. Dem spezifischen Bedarf ist zu entsprechen. Ziel bleibt die Veränderung der Gesamtstruktur von Einrichtungen und die allgemeine und angepasste palliative Versorgung für alle, die derer bedürfen.
- Interprofessionelle **Konsiliardienste** in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder im ambulanten Bereich können für Nicht-Tumorpatienten vorhandene Versorgungskonzepte ergänzen. Palliativmedizinische Beratungsteams in Pflegeheimen, geriatrischen, neurologischen und gerontopsychiatrischen Krankenhausabteilungen wären zu fördern.
- (Ehrenamtliche) Mitarbeiterinnen von **Hospiz-Besuchsdiensten** können für alle Beteiligte in Pflegeheimen und im ambulanten Bereich eine wertvolle psychosoziale und seelsorgliche Stütze sein. Die ambulante Hospizbetreuung ist auf die Heime auszuweiten. Die hauptamtliche Begleitung der ehrenamtlich Tätigen in Heimen ist zu fördern.

- **Ethikberatung** findet teilweise in Krankenhäusern, in einigen Pflegeheimen oder im Bereich der ambulanten Pflege Anwendung. Besonders stations- bzw. teamgebundene Fallbesprechungen nach dem Nijmwegener Modell können hilfreich sein angesichts erheblicher ethischer Problemstellungen.
- Die **Hausärzte** sind die Hauptsprechpartner und langjährig bekannte Bezugspersonen ambulant behandelter geriatrischer Patienten. Sie sind in ihrer Rolle und in ihrer Fachkompetenz zu stärken. Gleiches gilt für die Bezugspfleger im ambulanten und stationären Bereich.

3. Welche Kernanliegen von Palliative Care sind zu berücksichtigen ?

Sicherlich nützlich und hilfreich für die palliativmedizinische Betreuung von Nicht-Tumorpatienten sind:

- Die entwickelten und gewonnenen ethischen/moralischen Erfahrungen wie Positionen der Palliativmedizin und Geriatrie selbst. Dies betrifft insbesondere das Selbstverständnis wie die „innere Haltung“. Damit können sich Palliativmedizin und Geriatrie gesellschafts- wie gesundheitspolitisch sehr kompetent einbringen und mitgestalten.
- Unverzichtbar und ebenso effektiv sind die Interdisziplinarität und die je eigene berufsspezifische Palliativkompetenz.
- Palliativmedizinische Fachkompetenz kann erfolgreich bei der relevanten Schnittmenge der Probleme von Tumorpatienten wie Nicht-Tumorpatienten eingesetzt werden.
- Der wesentliche Beitrag der palliativen Tätigkeit liegt in der Fokussierung auf die Individualität des Menschen und damit auf die Würde aller Beteiligten. ■

Supervision: Ein unverzichtbares Bildungselement?

Vor dem Hintergrund der bislang spärlichen Erforschung und der wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema setzte der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) Ende 2004 eine Projektgruppe ein, um das Feld Hospizarbeit und Palliative Care in Hinblick auf das Vorkommen und die Qualität von Supervision zu untersuchen. In Kooperation mit der BAG Hospiz und der DGP fand eine schriftliche Umfrage in allen ca. 1.300 Einrichtungen statt mit einem hervorragenden Rücklauf: Über die Hälfte der stationären Hospize, ein Drittel der Palliativstationen und knapp ein Fünftel der ambulanten Hospizgruppen beantworteten Fragen zu Vorkommen und Qualität der Supervision in ihren Einrichtungen. Auf einer Fachkonferenz am 1. Juli 2005 in Frankfurt konnten die Ergebnisse durch die Projektgruppe der DGSv einer breiteren Gruppe von SupervisorInnen und VertreterInnen von DGP, BAG Hospiz und vorgestellt werden.

Supervision wird beinahe durchgängig in allen antwortenden Institutionen angeboten (93 %). Sie ist ein sowohl für Ehrenamtliche wie Hauptamtliche kostenloses, für Letztere meist auf die Dienstzeit angerechnetes (54 % vollständig, 14 % teilweise) und meist verpflichtendes (66 %) Bildungselement. Sie dient der Entlastung von Problemen, der Stärkung der Mitarbeitenden, der Kompetenzerweiterung, der persönlichen Bildung und der Motivationssteigerung (die fünf häufigst genannten Supervisions-Anliegen in absteigender Reihenfolge) und weniger dem Ersatz für fehlende Entlohnung. Die SupervisorInnen sind meist externe Kräfte (88 %) und potenziell langjährig dabei (in 2/3 der Einrichtungen: kein turnusmäßiger Wechsel). Sie haben fast alle (90 %) eine relevante Supervisionsausbildung genossen, jedoch selten eine hospiz-spezifische (17 %). Für die Auftragsvergabe spielen hingegen genau umgekehrte Kriterien eine

Rolle: Erfahrung mit Palliative Care und Hospizarbeit wird stärker gewünscht (61 %) als die Qualität sichernde Fachverbandszugehörigkeit (16 %). Vom Grundberuf her kommen auffällig viele SupervisorInnen aus dem Bereich der Theologie (43 %, gegenüber erwartbaren 56 % Psychologie und 35 % Sozialpädagogik).

Diese und weitere Ergebnisse und Untersuchungen zum Thema veröffentlicht die DGSv in Broschürenform im Mai 2007. In diesem Kontext ist es relevant, dass für spezialisierte Palliative Care Teams gemäß § 37 b SGB V und somit auch für Heime und Pflegedienste, die diese Leistungen erbringen werden, im Rahmen der Qualitätssicherung Supervision aller Wahrscheinlichkeit nach ein verpflichtendes oder zumindest sehr empfohlenes Kriterium sein wird. ■

**DGSv-Bestelltelefonnummer: 0221-92004-0/
info@dgsv.de; (siehe auch: http://www.dgsv.de/pdf/Hand_out_PC.pdf)**

Ehrenamtliche ambulante Hospizbegleitung: Förderung nun auch in Pflegeheimen

Die ambulante Hospizbegleitung durch Ehrenamtliche ist ein wesentlicher Kooperationspartner in der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. In den meisten Regionen Deutschlands waren es in erster Linie die Ehrenamtlichen, die sich seit den achtziger Jahren für Verbesserungen in der Begleitung Sterbender engagierten. Der Bau vieler Hospize geht auf die ehrenamtliche Initiative zurück. Die Kooperation mit Ehrenamtlichen im ambulanten Bereich wird durch den neuen § 37 b SGB V als wesentliches Merkmal für Palliative Care Teams als Leistungserbringer der Palliativversorgung festgelegt. Die Art der „...Zusammenarbeit der

Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten...“ (Abs. 3, Nr. 2) wird in Kürze festgeschrieben und konkretisiert.

Ambulante Hospizdienste werden seit 2002 in ihrem Begleitungsdienst durch die Krankenkassen gefördert, die anteilig die Kosten für ihre Ausbildung, Weiterbildung, Einsatzleitung und Begleitung übernehmen. Bislang wurden spezifisch die ambulanten Begleitungen in häuslichem/familiärem Kontext finanziell gefördert. Im Rahmen der Gesundheitsreform ist auch der hier maßgeblich § 39 a Abs. 2 SGB V erneuert worden. In Zukunft werden auch jene Dienste in ihrer Begleitungstätigkeit gefördert,

die sich in stationären Pflegeeinrichtungen engagieren. ■

IMPRESSUM

© B.Behr's Verlag GmbH & Co. KG
Averhoffstraße 10 • 22085 Hamburg
Tel. 0049/40/22 70 08-0 • Fax 0049/40/220 10 91
E-Mail: info@behrs.de
homepage: <http://www.behrs.de>

Grundwerk 2007

Alle Rechte – auch der auszugsweisen Wiedergabe – vorbehalten. Herausgeber und Verlag haben das Werk mit Sorgfalt zusammengestellt. Für etwaige sachliche oder drucktechnische Fehler kann jedoch keine Haftung übernommen werden.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

ISBN 978-3-89947-368-1

Projektstart: Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care

11 stationäre und 3 ambulante Einrichtungen der bayerischen diakonischen Altenhilfe schlossen am 2. April 2007 eine Lernwerkstatt, genannt „Projektwerkstatt zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Altenhilfe“, erfolgreich ab. Das Diakonische Werk Bayerns, die Diakonie Akademie Bayerns und der Kooperationspartner MediAcion, Hamburg, begleiteten die Einrichtungen in einem 15-monatigen Prozess. Abgesandte der Einrichtungen – zumeist eine Leitungskraft (PDL, HL) und eine Fachpflegekraft mit palliativen Kenntnissen – kamen im Februar 2006 zu einem fünftägigen Startseminar zusammen. Die 28 TeilnehmerInnen lernten Projektmanagement und Gestaltung von Veränderungsprozessen – speziell im palliativen Kontext. In den Einrichtungen haben sie drei- bis sechsköpfige (teils auch größere) Projektgruppen initiiert, die einrichtungsinterne Angebote der Palliativpflege und Hospizarbeit umsetzen. An zehn Coaching- und Impulstagen kam die Gruppe über einen Zeitraum von 12 Monaten regelmäßig zusammen, um die laufenden Prozesse zu betrachten. Dabei halfen sowohl die KollegInnen

aus den anderen Einrichtungen, wie auch die Trainer von MediAcion. Das Erarbeitete geht nun in ein besonderes Palliativpflegeangebot in den Einrichtungen über und wird weiterhin verfeinert. Am Abschlusstag im April 2007 präsentierten die Einrichtungen eindrucksvoll die Schritte des ersten Projektjahres. Dr. Markert, Präsident des Diakonischen Werkes Bayern,

überreichte den Einrichtungen ihre Teilnahme-Bestätigungen.

Dr. Markert (Präsident des DW Bayerns, Mitte links) und Frank Kittelberger (MediAcion, Innere Mission München, Leiter der Projektwerkstatt, Mitte rechts) im Gespräch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Projektwerkstatt Implementierung. ■

Weitere Infos: www.MediAcion.de



Patientenverfügung klipp und klar

Zur Patientenverfügung und den schwierigen ethischen Entscheidungen am Lebensende wurde in den letzten Monaten öffentlich viel diskutiert. Die oft populärwissenschaftlich und medial aufgebauchten Informationen bringen kaum weiter.

1. Einen **Kurzüberblick** verschafft der Artikel: „Ethische Entscheidungen am Lebensende“ www.mediacion.de – „Download-Bereich“.
2. „Empfehlungen der **Bundesärztekammer** und der Zentralen Ethik-

kommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ wurden am 30. März 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und geben einen sachgemäßen und ärztlicherseits abgestimmten Überblick. Download: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55051>.

3. Im **Bundestag** wurden am 29. März 2007 zwei fraktionsübergreifende Gesetzesvorhaben zur Stärkung der

Verbindlichkeit von Patientenverfügungen diskutiert. Vor dem Hintergrund von zwei bereits schon gescheiterten Gesetzesinitiativen der Bundesjustizministerin (Sommer 2005 und Herbst 2006) nimmt eine dritte Gruppe von Parlamentariern an: Es ist kein neues Gesetz nötig. Die bestehende Rechtslage reicht aus, wenn sie konsequent umgesetzt wird. ■

Volltext der Plenardebatte: <http://dip.bundestag.de/btp/16/16091.pdf>

Der neue Einsteigerkurs: Die In-House-Schulung „Palliative Praxis“

Außerhalb von Hospizen und Palliativstationen sind die Prinzipien und Kenntnisse einer palliativen Praxis noch wenig verbreitet, da Pflegende und andere Mitglieder des Versorgungsteams in ihrer Grundausbildung bzw. im Studium noch kaum auf diese Aufgaben vorbereitet werden. In Altenpflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege kommt vielen betroffenen alten Menschen keine palliative Hilfe zugute. Gerade bei pflegebedürftigen alten Menschen beginnt palliative Praxis nicht erst in der Sterbephase, sondern ist schon lange zuvor wichtig und sinnvoll. Die zunehmende Anzahl von Menschen mit Demenz stellt zudem besondere Herausforderungen an ihre Begleiter.

Aus diesem Anlass hat die Robert Bosch Stiftung zusammen mit Experten 2004 bis 2006 das interdisziplinäre Curriculum „Palliative Praxis“ für ein 40-stündiges Fortbildungsangebot zur Begleitung alter Menschen am Lebensende entwickelt. Dieser „Einsteigerkurs“ wird zumeist als 5-tägige In-House-Schulung angeboten und richtet sich an alle MitarbeiterInnen einer Einrichtung. Durch die Methodenvielfalt und einfache Sprache werden auch MitarbeiterInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen erreicht. Die durchgängige, selbst entwickelte Fallgeschichte – „Storyline-Methode“ – macht das Unterrichtsgeschehen anschaulich und praxisorientiert. Dabei

liegt der Schwerpunkt auf der Begleitung von demenziell erkrankten Menschen, deren Prinzipien wesentlich für die gesamte Gruppe pflegebedürftiger alter Menschen gelten.

Wir fragen die Hamburger Kursdozentin Christine Behrens, die nach diesem Schulungskonzept seit Dezember 2006 fast jeden Monat eine Schulung durchgeführt hat:



Redaktion: Sie haben nun bereits über 100 Personen nach dem Kursmodell „Palliative Praxis“ unterrichtet? Was waren Ihre Erfahrungen? Wie sind die Rückmeldungen der TeilnehmerInnen?

C. Behrens: Die TeilnehmerInnen waren durchgängig begeistert. Sowohl die Methode als auch das vermittelte Wissen überraschte sie. Grund der Begeisterung war die Praxisorientierung des Kurses und die Fokussierung auf die eigenen Ressourcen. Auch mir als Dozentin macht diese Unterrichtsmethode sehr viel Spaß.

Redaktion: Müssen alle Mitarbeiter eines Hauses diese Schulung durchlaufen? Reicht die Schulung aus um Palliativkompetenz und Hospizkultur in einer Einrichtung zu etablieren?

C. Behrens: Es ist gut, wenn zusätzlich einzelne MitarbeiterInnen den 160-stündigen Palliative Care Basiskurs

absolvieren. Die Schulung Palliative Praxis dient zur Unterstützung und zur Stabilisierung der Abschiedkultur einer Einrichtung. Es hat bereits einen guten, multiplikatorischen Effekt, wenn ca. 1/5 der MitarbeiterInnen einer Einrichtung diese Schulung besuchen. Daneben sollten natürlich organisationsentwickelnde Maßnahmen durchgeführt werden. ■

Inhalte und Ablauf einer Schulung

- Begriffsdefinitionen „Palliative Praxis“
- (Pflege-)Anamnese
- Bedeutung der Biographie
- Pflege- und Therapieplan in der Palliativbetreuung
- Palliativbetreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung
- Schmerz(erleben) und Schmerzmanagement
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Kontrolle quälender Symptome
- Patientenwille und Fürsorglichkeit
- (Ethische) Fallbesprechungen
- Sterbewünsche
- Therapie, Pflege und Begleitung in der Sterbephase
- Krisenintervention
- „Tun und Lassen“
- Abschied und Trauer
- Evaluation

Niedersächsischer Hospizpreis für palliativkompetente Pflegeheime

Am 13. Oktober 2007 wird erstmals der Niedersächsische Hospizpreis zur Förderung der Hospizkultur und Palliativkompetenz vergeben. Der Preis wurde in Hannover am 12. Mai 2007 von der Hospiz Stiftung Niedersachsen in Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Ministerium für Soziales,

Frauen, Familie und Gesundheit auf einem Hospiz-Forum ausgelobt. Bewerber können sich neben ehrenamtlich tätigen Einzelpersonen auch Pflegeeinrichtungen, die sich in besonderer und umfassender Weise um Palliativkompetenz und Hospizkultur bemühen. Der Preis steht unter der Schirmherrschaft

von Mechthild Ross-Luttmann, Sozialministerin und Rudolf Seiters, Schirmherr der Hospiz Stiftung.

Der Hospizpreis Niedersachsen soll in einem Dreijahresrhythmus vergeben werden. Im Jahr 2007 wird er zum ersten Mal vergeben, und zwar in 2 Kategorien.

- an Ehrenamtliche, die sich langjährig in der Hospizarbeit engagieren und bisher noch keine öffentliche Würdigung erhalten haben.
- an Altenpflegeeinrichtungen, die sich der Herausforderung einer modernen Palliativversorgung und Hospizkultur stellen.

Hospizpreis für Altenpflegeeinrichtungen

Die Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland sind in den letzten Jahren einem tief greifenden Wandel unterworfen, den die breite Öffentlichkeit nur unzureichend wahrgenommen hat. Im Gegensatz zu früheren Zeiten gehen alte Menschen zunehmend erst dann in Einrichtungen, wenn sie in mehrfacher Hinsicht pflegebedürftig sind. So sind die meisten Pflegeeinrichtungen zu Einrichtungen mit hohem palliativem Versorgungsbedarf geworden, für die es weder einen finanziellen noch personellen Ausgleich gibt. Die Anforderungen an das Personal sind dabei physisch und psychosozial-spirituell sehr hoch. Viele Altenpflegeeinrichtungen stellen sich dieser Herausforderung und versuchen, dem neuen Versorgungsbedarf durch die Implementierung einer modernen Palliativversorgung und Hospizkultur unter gezielter Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen gerecht zu werden.

Der Hospizpreis für Altenpflegeeinrichtungen will die Bemühungen um die Hospizkultur und die Palliativversorgung in diesen Einrichtungen würdigen und damit einer breiten Öffentlichkeit vorstellen. Die Altenpflegeeinrichtungen sind wie die Krankenhäuser mit ihren Palliativteams und die stationären Hospize ein wichtiger Baustein in der flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung, wie sie das Land Niedersachsen mit seiner Einrichtung von Hospiz- und Palliativstützpunkten anstrebt.

Wer kann sich bewerben? Alle Altenpflegeeinrichtungen im Land Niedersachsen, die sich um eine Hospizkultur in ihrer Einrichtung mit Palliativkompetenz bemühen.

Inhalt der Bewerbung: Grundlage für die Bewerbung das Positionspapier der

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“ in seiner redigierten Ausgabe vom Februar 2007

In der Darstellung kommt es besonders darauf an, wie die Aspekte „Leistungsverantwortung, Basisorientierung, Interprofessionalität und zeitliche Kontinuität“ in der eigenen Konzeption angegangen werden. Insbesondere ist die Integration von Angehörigen sowie von Ehrenamtlichen und deren Begleitung ein wesentlicher Baustein der Beurteilung. Es kommt

nicht darauf an, dass bereits alle Indikatoren gleichmäßig umgesetzt sind, sondern dass sie in den Zielen erkannt und angegangen werden. Als letztes sollte ein Aspekt ausführlich genannt und beschrieben werden, auf den die Einrichtung mit Zufriedenheit hinweisen will, der der Einrichtung bereits besonders gut gelungen ist.

Bewerbungszeitraum: Bis zum **15. August 2007** müssen die Bewerbungen schriftlich in der Geschäftsstelle der **Hospiz Stiftung Niedersachsen, Domhof 18–21, 31134 Hildesheim** eingereicht werden. ■

Umgang mit Demenz

Der Leitfaden für die professionelle Pflege desorientierter Menschen



Die steigende Anzahl an dementiell erkrankten Menschen in Alten- und Pflegeheimen stellt vor allem das Pflegepersonal vor eine große Herausforderung. Dazu kommt, dass nach den neuen Prüfrichtlinien des MDK vom 01.01.2006 zukünftig die Anwendung von Methoden bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen verstärkt geprüft wird.

Das neue Praxishandbuch „Umgang mit Demenz“ liefert Ihnen wichtige Hintergrundinformationen, Handlungsanleitungen, Praxis- und Übungsbeispiele für Fallbesprechungen und anschauliche Folien für die Mitarbeiterschulung.

NEU

Alle Arbeitshilfen und Schulungsfolien auch auf CD-ROM!

Aus dem Inhalt:

- Kommunikation
- Biografiearbeit
- Pflegeplanung
- Pflegeische Versorgung
- Gestaltung der Heumgebung
- Angehörigenarbeit
- Betreuungsrechtliche Aspekte
- Therapiemöglichkeiten
- Basale Stimulation
- Ernährung bei Demenz
- Ärztliche Versorgung
- Schulungsfolien
- Fallbeispiele
- Praxis- und Übungsbeispiele

Herausgeber: J. F. Hallauer

1 Ordner, DIN A4, ca. 400 Seiten, inkl. Newsletter und CD-ROM

ISBN 3-89947-304-3

mit Behr's NewsService bei Abnahme von mindestens 2 Aktualisierungen ohne Behr's NewsService

€ 89,50* zzgl. MwSt.
€ 169,50 zzgl. MwSt.

Alle Preise verstehen sich netto zzgl. der zum Zeitpunkt der Lieferung/Leistung gültigen gesetzlichen MwSt inkl. Versandkosten

BEHR'S...NewsService

*Aktualisierungslieferungen halten Ihre Praxishandbücher immer auf dem neuesten Stand. Sie sind stets über alle wichtigen Änderungen informiert. Dieser Service wird separat berechnet und kann nach erfolgter Mindestabnahme von 2 Aktualisierungslieferungen jederzeit storniert werden. Für weitere Fragen steht Ihnen als Kunde die BEHR'S...Hotline zur Verfügung. Rufen Sie an unter Telefon: 040 - 227 008-0

Ihre Vorteile:

- Sie erfüllen die Anforderungen der neuen MDK-Prüfrichtlinien und sind somit optimal auf die nächste Kontrolle vorbereitet!
- Mit den Aufklärungshilfen für Angehörige erzeugen Sie mehr Verständnis für Maßnahmen im Heim und für die Betroffenen.
- Mit den Schulungsfolien erleichtern Sie Ihren Mitarbeitern den professionellen Umgang mit schwierigen Situationen.
- Durch eine angemessene Heumgebung und entsprechende Angebote bringen Sie Ihren Bewohnern mehr Wertschätzung entgegen.



Unsere aktuellen Angebote bestellen Sie per

Telefon: 040 - 227 008-0 Telefax: 040 - 220 10 91

e-mail: info@behrs.de Internet: www.behrs.de

BEHR'S... bringt die Praxis auf den Punkt.

B. Behr's Verlag GmbH & Co. KG • Averhoffstraße 10 • D-22085 Hamburg
Tel.: (040) 2270080 • Fax: (040) 2201091 • e-mail: info@behrs.de • homepage: http://www.behrs.de