

# PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer  
Herausgeber

Liebe Leserin,  
lieber Leser,

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium vom Pflegeheimen und Pflegediensten. Für Bewohner/Patienten und Angehörige ist sie Signal für gute Lebensqualität auch in schwierigen Krankheitsphasen. Es verwundert nicht, wenn Politiker, Verbände und Einrichtungen ihr ein zunehmendes Gewicht beimessen, wie in den Herbstmonaten des Jahres 2007 geschehen.

Zwar braucht die Richtlinienentwicklung zum neuen § 37b SGB V doch etwas mehr Zeit als geplant. Doch kommt für die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung im ambulanten Bereich und im Heim wirklich etwas heraus (siehe S. 5 und 7).

Jedoch: Nur Signale, geschlossene Verträge und fließende Finanzen wären zu wenig. In der Qualität für die Betroffenen muss sich Entscheidendes verbessern um Nachhaltiges zu erreichen. Dazu wünsche ich Ihnen Mut und Geduld,

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber

## Das palliativkompetente Alten- und Pflegeheim: Gemeinsam und nachhaltig auf dem Weg zu mehr Qualität

**Interview mit Dr. Jochen Steurer und Frau Kubernus, BEHR'S Redaktion Newsletter „Palliative Care kompakt“**

**Kubernus:** Wie entstehen Definitionen, Qualitätskriterien und Qualitätshandbücher/Nachhaltigkeitskriterien im direkten Feld von Palliative Care und Hospizarbeit?

**Steurer:** In den letzten Jahren haben sich hospiz- und palliativspezifische Versorgungsstrukturen herangebildet, wie z. B. Hospize, Palliativstationen und Hospizdienste. Die Definitionshöhe und Beschreibung nachprüfbarer Hospizkompetenz bzw. Palliativkompetenz hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz, seit kurzem umbenannt in Deutscher Hospiz- und Palliativverband DHPV) in zunehmender Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin geleistet. So entstand um 2002 das dreigestufte System der Hospizdienste (siehe [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)) und ebenfalls in dieser Zeit die Definition der Palliativpflegedienste und andere relevante Definitionen und Qualitätsbeschreibungen (DGP – siehe [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de), Arbeitsgruppe

„Definitionen und Versorgungsstrukturen“) bzw. in ähnlicher Absicht und anderer Benennung der „Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungs- und Pflegedienst AHPPD“ (gemäß BAG Hospiz). 2004 wurde unter dem Titel „Sorgsam. Qualitätshandbuch für stationäre Hospize“ von der BAG Hospiz, der Caritas und der Diakonie ein Qualitätshandbuch für Hospize vorgelegt, das im Herbst 2007 ergänzt und überarbeitet wurde. Und immer wieder versucht die DGP, die nötigen Qualitätsstandards für Palliativstationen in Krankenhausbereich aufzuzeigen (zuletzt: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) und hier die Mitte Oktober 2007 neu gegründete Arbeitsgruppe zur „stationären Versorgung“, die sich um die Finanzierung und Qualitätssicherung der Palliativstationen innerhalb des DRG-Systems eines Krankenhauses kümmert). Gerade Palliativstationen, die sich im inflationären Maße in 2006/07 in Krankenhäusern gründeten, brauchen mit der Zeit verbindliche Mindeststandards z. B. im Bezug

*weiter auf Seite 2*

### In dieser Ausgabe lesen Sie

Das palliativkompetente Alten- und Pflegeheim: Gemeinsam und nachhaltig auf dem Weg zu mehr Qualität .....	1
Implementierung von Palliative Care im Heim .....	5
Bessere palliative Versorgung von demenziell Erkrankten .....	6
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von spezialisierter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) .....	7
Neuigkeiten in Kürze .....	8

auf den Pflegeschlüssel und die psychosozialen Leistungen. Vom palliativkompetenten Krankenhaus mit einem ausgewiesenen Palliativkonsiliardienst und mit allgemeiner palliativer Versorgungsqualität für alle Patienten, auch auf den internistischen, neurologischen und onkologischen Stationen, sind wir noch ein ganzes Stück entfernt.

**Kubernus:** Was bedeutet dies für die Regelversorgung, insbesondere für die sich neu gründenden Palliativ-Pflegedienste?

**Steurer:** Pflegeheime waren immer schon im Blickfeld von BAG Hospiz und DGP. Neuerdings werden aber palliativ tätige Pflegedienste im Verbund mit (überwiegend/ausschließlich) palliativ tätigen Ärzten gesehen. Dazu wurde in diesem Jahr mit der neuen Begrifflichkeit Palliative Care Team (PCT) eine neue Qualitätsstruktur festgelegt. Dies geschah durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach jahrelanger Vorarbeit von BAG Hospiz und DGP. Der Vorläuferbegriff mit teilweise ähnlicher Absicht hieß: Ambulantes Hospiz- und Palliativ-Zentrum AHPZ (siehe <http://www.hospiz.net/palliative-care/index.html>). Die im Entwurf befindlichen Rahmenvereinbarungen von den §§ 37b und 132d SGB V regeln die genaue Form dieser neuen Dienste. Dies wird dann noch auf Länderebene angepasst. Das Definitionsgeschehen findet hier noch statt, und die Qualitätsfragen werden erst nach der Einführung der neuen Dienste richtig entstehen. Ob neben den neuen PCTs auch noch singuläre Palliativpflegedienste eine Finanzierungschance haben, ist ungewiss, eher unwahrscheinlich, denn die allgemeine Palliativpflege wird auch in Zukunft nur unerheblich besser bezahlt werden, und für die spezialisierte Palliativpflege und -Beratung ist stets eine kontinuierliche, enge Zusammenarbeit mit eingebundenen Ärzten erforderlich.

**Kubernus:** Was bedeutet dies für Alten- und Pflegeheime?

**Steurer:** Der neue § 37b Abs. 2 SGB V benennt Pflegeheime als Partner der spezialisierten Palliativversorgung. Große Einrichtungen mit angeschlos-

senen ambulanten Diensten und Netzwerken von mehreren Häusern werden sich sogar in die spezialisierte Versorgung in seltenen Fällen direkt einbringen wollen. Die Diakonie hat in ihrer Eingabe zum Richtlinienentwurf zu § 37b SGB V zu Recht ausdrücklich darauf verwiesen, dass in Pflegeheimen die Palliativversorgung direkt verbessert werden muss und Pflegeheime im neuen Gesetz auch als potentielle Leistungserbringer genannt werden.

Unabhängig von der direkten Finanzierung haben viele Einrichtungen ihre verbesserte Palliativkompetenz schon als einen positiven Qualitäts- und Marketingfaktor erkannt. Viele beginnen auf die palliative Kompetenz ihrer Einrichtung hinzuweisen. Dabei ist bislang nicht formell festgelegt worden, was denn zur Palliativkompetenz zumindest dazugehören sollte. Hier besteht neuer Definitions- und Handlungsbedarf beim Benennen von Mindeststandards, damit der Begriff Palliativkompetenz im Pflegeheim nicht inflationär ge- und missbraucht wird.

**Kubernus:** Gibt es hierzu bereits Abstimmungsprozesse?

**Steurer:** Seit einiger Zeit beschäftigen sich Vorstände und Mitglieder der BAG Hospiz (jetzt DHPV) und der DGP mit der Fragestellung, „Was ist ein palliativkompetentes Pflegeheim?“. Die BAG Hospiz hatte dazu im Herbst 2003 eine Gruppe von Experten zusammengerufen und im Frühjahr 2006 eine Broschüre herausgegeben: „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Empfehlungen und Indikatoren zur Palliativkompetenz.“ Die Expertengruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz hatte sich nach langen Gesprächen mit einer Gruppe von vierzig Pilothäusern, Heimleitungen, -Trägern und -betreibern dazu entschlossen, von „Palliativkompetenz“ und vom Palliativkompetenten Pflegeheim zu sprechen, da für Bewohner, Angehörige und Betreiber von Heimen das Wort „Hospiz“ im Kontext „Heim“ einen anderen Klang hat. Heime wollen definitiv sagen: „Wir wollen weder Hospize sein noch werden.“

Die zwanzig Indikatoren des BAG Hospiz-Papieres bestimmten in aller Vorläufigkeit den weiteren Gang der Diskussion. Erst 2005 begann sich die DGP diesem Thema strukturiert zu widmen in dem von der Mitgliederversammlung eingesetzten Arbeitskreis (AK, Arbeitsgruppe) „Nicht-Tumorpatienten“. Diese hat (siehe Newsletter 1 und 2 sowie [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) – Arbeitsgruppen – Nicht-Tumorpatienten – Download) ein Papier vorgelegt, das sich an dem DGP-Papier orientiert und die nötige Versorgungsqualität insbesondere für dementiell Erkrankte im ambulanten und stationären Kontext beschreibt. Der Vorstand der DGP hat Mitte Oktober 2007 eine Stellungnahme dazu abgeben (siehe unten).

Parallel dazu haben Träger und Landesverbände (hier z. B. die Diakonie Hamburg mit dem Unterausschuss „Heime“ im „Arbeitskreis Hospiz“ im Herbst 2005 unter meiner Leitung, das DRK Niedersachsen, der bpa Nordrhein-Westfalen, die Behörde für Soziales, Familie und Gesundheit, Hamburg u. a.) fast deckungsgleiche Mindestkriterien für palliativkompetente Pflegeheime entwickelt.

**Kubernus:** Wann können wir mit Ergebnissen rechnen? Ab wann gibt es einen Kriterienkatalog für „palliativkompetente Pflegeheime“?

**Steurer:** So ein Abstimmungsprozess ist ein heikles Geschäft. Die Expertengremien sind auf verschiedenen Ebenen mit einzubeziehen. Aber auch die Betreiber der Heime sind zu fragen, damit die Qualitätsanforderungen nicht unnötig hoch sind. Letztlich müssen insbesondere auch die Heime gefragt werden, die schon lange auf dem Weg sind, damit ihre Bemühungen durch sehr niedrigschwellige Aussagen nicht verwässert werden. Die DGP hat den schon benannten Arbeitskreis „Nicht-Tumorpatienten“, der sich in einer Untergruppe damit beschäftigt, die nötige palliative Versorgungsqualität im Pflegeheim noch deutlicher in einen Entwurf zu fassen, damit der DGP-Vorstand hierzu ein Statement veröffentlichen kann. Dies geschieht in enger Einbeziehung der BAG Hospiz/DHPV und in stetiger Kommunikation mit

vielen Wohlfahrts- und privaten Trägern. Anregungen werden in dieser Entwurfsphase gerne angenommen (praxis@Steurer-online.de). Das Ziel ist, ähnlich wie die Palliativpflegedienste, die Palliativstationen und die Palliative Care Teams (damals AHPZ, jetzt PCT) klare Standards für Palliativkompetente Alten- und Pflegeheime zu benennen.

**Kubernus:** Das klingt ja alles etwas kompliziert. Oder?

**Steurer:** Ja und Nein. Es geht ja um Abstimmungsprozesse, die anschließend eine große politische und finanzielle Wichtigkeit haben. Es wird sogar eher noch zu fragen sein, wie die großen Wohlfahrtsverbände, Verbände privater Anbieter und städtische Betreiber formell mit an den Tisch geholt werden können und sollen. Die Zielvorgabe, was eigentlich Palliativkompetenz sein kann und soll, dürfen sich die BAG Hospiz/DHPV und die DGP – als die relevanten, in diesem Feld tätigen Experten-Gruppen – aber nicht aus der Hand nehmen lassen, damit am Schluss nicht ein Begriff mit großer Beliebtheit herauskommt. Es geht eventuell darum, so etwas wie „geprüfte Qualität“ oder ein Prüfsiegel zu etablieren. Denn das Ziel ist nicht der verbesserte Hauskatalog oder ein neues Hauskonzept, sondern, dass die Palliativversorgung tatsächlich bei den Schwerkranken und ihren Angehörigen ankommt und auch die Mitarbeiter in ihrem Handeln entlastet und gestärkt werden.

**Kubernus:** Herr Dr. Steurer, Sie sitzen ja in einigen dieser Gremien und haben am Papier der BAG Hospiz mitgeschrieben. – Haben Sie erste Ideen, was Palliativkompetenz im Pflegeheim in Zukunft sein könnte? Auf was haben sich Pflegeheime einzustellen?

**Steurer:** Ich kann natürlich der gerade aktiven Diskussion nicht vorgreifen, wie Sie verstehen, doch zeichnen sich vier Aspekte aus den bisherigen Papieren, aus der Diskussion und insbesondere aus der mehrjährigen Erfahrung der Pflegeheime selbst ab:

1.) Es braucht mehr palliatives Fachwissen in Fragen der Palliativpflege, der Kommunikation, der Gestaltung von Riten, der multipro-

fessionellen Zusammenarbeit, auch der Einbeziehung von Freiwilligen/Ehrenamtlichen und eine gute Selbstreflexion/Selbstentlastung. Alles dieses lernen Pflegenden (und andere Berufsgruppen) von Hospizen, Palliativstationen und Palliativpflegediensten im 160-stündigen so genannten „Basiskurs Palliative Care“ an einem der etwa 40 spezialisierten Ausbildungszentren in Deutschland. Für Altenpflegende ist dieses Curriculum natürlich entsprechend anzupassen – z. B. in Fragen der Kommunikation mit dementiell Erkrankten oder in diesbezüglicher spezifischer Schmerzerkennung. Donata Beckers untersucht gerade die spezifischen Curricula, die sich in Hamburg/Essen (siehe [www.palliativkurse.com](http://www.palliativkurse.com)), Bremen (siehe [www.palliativegeriatrie.de](http://www.palliativegeriatrie.de)), Berlin (siehe [www.palliativegeriatrie.de](http://www.palliativegeriatrie.de)) und Bayern (siehe [www.ggsd.de](http://www.ggsd.de)) herausgebildet haben. Jedes Altenheim sollte **zumindest eine Fachpflegekraft in Palliative Care mit 160 Stunden schulen** lassen, um sich zu Recht palliativkompetent nennen zu dürfen.

Ähnlich argumentierte auch die Enquete-Kommission des Bundestags „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ schon im Sommer 2006, als sie allen Pflegedienstleitungen von Heimen diese Ausbildung empfahl. Ich selbst gehe aber eher davon aus, dass eine real noch pflegende Person in einem solchen Kurs besser aufgehoben ist und dass diese Person dann mit der Zeit als Multiplikatorin die anderen Bezugspflegerkräfte in Palliativkompetenz schulen kann, soweit dies in der Einrichtung auch tatsächlich strukturell umgesetzt werden soll. Größere Einrichtungen werden sich entscheiden, pro Wohnbereich von 40–80 Personen eine Kraft in Palliative Care bzw. zumindest eine Stellvertreterin für die Erstkraft zu schulen.

Kürzere Weiterbildungen – hier insbesondere die „Palliative Praxis“ der Robert-Bosch-Stiftung (siehe [www.robert-bosch-stiftung.de](http://www.robert-bosch-stiftung.de))

und [www.palliativkurse.com](http://www.palliativkurse.com)) sind geeignet, um als In-House-Schulungen den Grund für eine gute Umsetzung des palliativen Wissens in der Einrichtung zu legen, können aber einen 160-Stunden Kurs nicht ersetzen. Weitere nicht zertifizierte Ad-hoc-Schulungen können ebenfalls unterstützend wirken, doch wird sich durch sie kein verlässliches Qualitätssystem etablieren können. Gerade die Heime, die sich der Mühe unterzogen haben, ihr Personal qualifiziert mit einem (auf die Heimsituation angepassten) 160-Stunden Palliativkurs zu schulen, wollen nun auch sicher sein, dass ein abgrenzbarer und nicht beliebiger Marktvorteil dadurch für sie entsteht und es den Bewohnern wirklich besser geht.

2.) Wie oben erwähnt sah die Enquete-Kommission des Bundestages auch vor, dass auch die Pflegedienstleiter Palliative Care erlernen. Dies sehe ich genauso. Doch wird für Sie eher **palliatives Strukturwissen** gebraucht. Manche der Pflegedienstleiter werden mit großem Gewinn selbst einen Palliative Care Kurs für Pflegenden besuchen. Doch Palliative Care ist mehr: Neben der radikalen Patientenorientierung gibt es die Fragebereiche der Vernetzung und Multiprofessionalität und die besondere Einbeziehung von Angehörigen in deren Betroffenheit, Mitwirkungswillen und vorweggelebter Trauer.

So braucht es weiteres Strukturwissen in folgenden Fragen: Wie führen wir ein gutes Schmerzmanagement ein? Wie gestalten wir einen Rahmen für den Einsatz Freiwilliger/Ehrenamtlicher im Heim? Wie meistern wir ethische Krisen? Wie helfen uns Notfallpläne, Krisenvorsorge und ethische Fallgespräche? Was brauchen meine MitarbeiterInnen zur eigenen Entlastung bei zunehmend höheren Sterbezahlen im Heim? Welche Angebote bieten wir für trauernde Angehörige an? Wie werden Angehörige unsere Partner

in der Sterbebegleitung? Heimleiter und Pflegedienstleiter haben in den letzten Jahren mit großer Aufopferung eigene Konzepte geschrieben. Bisweilen haben sie sich von hausinternen Projektgruppen oder externen Experten dabei unterstützen lassen.

Ein umfassendes, kosten- und zeitgünstiges Unterstützungssystem wurde mit der Projektwerkstatt Implementierung erfunden, in der sich Gruppen von Führungskräften mit den Palliativfachpflegekräften häuserübergreifend treffen, austauschen und unterstützen. So holen sich PflegedienstleiterInnen – begleitet von ihren Pflegekräften, die in Palliative Care ausgebildet wurden – in Gruppen zu 20-24 Personen genügend Anregung für die Umsetzung des palliativen Wissens im Haus.

Welche Form des gemeinsamen Prozesses besprochen wird, sollte natürlich nicht festgelegt werden. Die BAG-Hospiz-Expertengruppe forderte 2005/2006, **dass sich eine Mitarbeiter-Gruppe im Haus langanhaltend (also mindestens 18 Monate) mit den Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz beschäftigen sollte** und dies nachweislich, das heißt in Protokollen von hausbezogenen Projektgruppentreffen. Dieses Vorgehen erscheint mir weiter unerlässlich, damit Palliativkompetenz nicht nur von Trägerseite als „Etikett“ in den Hausprospekt geschrieben wird, sondern auch wirklich beim Bewohner, beim Angehörigen und beim Mitarbeiter ankommt. Der zweite Punkt für nachprüfbar Palliativkompetenz ist die zeitlich längere Beschäftigung mit Palliativkompetenz im Heim von einer Gruppe von Menschen, zu denen nicht nur die Führungskräfte (HL, PDL, QM) gehören sondern auch Pflegekräfte und andere Mitarbeiter und externe Personen des multiprofessionellen Behandlungsteams. Die Ergebnisse dieser Projektgruppentreffen sollten eingesehen werden können (Protokolle).

3.) Nach einer Zeit von 18–24 Monaten könnte es so weit sein dass neue Zeilen für das Leitbild des Hauses entstanden sind, neue Leitlinien oder gar ein umfassendes 20–25-seitiges **Konzept zur Palliativkompetenz im Pflegeheim**. Dieses wäre ein drittes Qualitätsmerkmal für Palliativkompetenz. In solch einem Konzept würden für die oben aufgelegten Fragen (siehe hier: 2.) Vorgehensweisen dargestellt. Es ist dabei – so sehe ich es – nicht davon auszugehen, dass alle nur erdenklichen Fragen bereits nach 2 Jahren in Konzeptform beschrieben, geschweige denn umgesetzt sind. Manchmal sind das Papier und der Stift auch schneller als die Mitarbeiterschaft und es bleibt bei der seltsamen Spaltung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Ich halte es für völlig ausreichend, wenn von den drei „Großen Themen“ eines gut beschrieben und anfanghaft umgesetzt worden wäre:

- Schmerz/Palliativpflege
- Einsatz von Ehrenamtlichen/Freiwilligen
- Ethische Entscheidungen/Krisenpläne

Ein Zeitplan regelt für die nächsten 3–6 Jahre, bis wann in diesen und weiteren Themen nachweislich gute Qualität entstanden sein soll. Das heißt keineswegs, dass in diesen kommenden sechs Jahren die Bewohner dieser Einrichtung Gefahr laufen, unbehandelte Schmerzen zu erleiden. Ganz im Gegenteil: Alles Gute und pflegerisch-medizinisch Notwendige wird natürlich weiter und zunehmend besser erbracht, aber ein vollständiges Konzept zur dauerhaften, alle Bewohner umfassenden und nachweislich gesicherten Qualität in der Schmerzbehandlung wird abschnittsweise realisiert. In der Zwischenzeit helfen in Krisensituationen die hauseigenen Kräfte nach ihren Möglichkeiten und die spezialisierten, ambulanten Palliativteams.

**Kubernus:** Sie beschrieben die drei notwendigen Merkmale für Palliativkom-

petenz: Palliatives Wissen (Palliativkurs), gemeinsame Umsetzung (Prozess in einer Projektgruppe) und Standardbildung (Palliativ-Konzept). Wie kommt dies aber alles beim Bewohner an?

**Steurer:** Ich würde deshalb noch als viertes Kriterium hinzufügen, dass sich die Einrichtung mit einer von fünf (oder mehr) möglichen Evaluationsmethodiken beschäftigen muss und zumindest alle zwei bis drei Jahre erneut überprüft (überprüfen lässt), ob alle noch auf einem guten Weg sind. Eine dauerhafte Überprüfung der verbesserten Pflegequalität schafft nicht einmal der verbesserte und geforderte Prüfrhythmus des MDK. Und wohin uns unkommentierte Veröffentlichungen der MDK-Stichprobenuntersuchungen führen, hat der Herbst 2007 gezeigt.

Ich gehe auch nicht davon aus, dass ein erweitertes Qualitätshandbuch ausreichen wird, die Palliativkompetenz zu messen. Palliativkompetenz ist nämlich mehr als die Einhaltung von standardisierten Vorgehensweisen. Hospizkultur und Palliativkompetenz heißt: Sehr individuell auf die Bewohnerwünsche eingehen, Mitarbeitende mit ins Boot holen, die mit dem Thema so ihre Schwierigkeiten haben (eigenes Verlusterleben), multiprofessionell arbeiten, d. h. andere einbeziehen, denen wir nicht direkt organisatorisch vorgesetzt sind, die Schätze des „Normalen“ heben und finden durch den Einsatz von Ehrenamtlichen und letztlich nicht sich selbst vergessen und überfordern. Es geht also nicht um überprüfbar Struktur, sondern um Inhalt.

Ich muss zugeben, dass wir hier ganz am Anfang stehen. Diese fünf Systeme der Qualitätsüberprüfung werden im Moment angewandt und erprobt.

- a) Ist-Stand-Analyse mit regelmäßigen vollständigen Wiederholungen in der Mitarbeiterschaft und in mindestens einer der beiden Betroffenenengruppen (Bewohner/Angehörige)
- b) Ausgeloste, beispielhafte Tiefen-Interviews mit Bewohnern/Angehörigen durch externe Experten und deren regelmäßige Wiederholung

- c) Qualitätsmessung durch Kennzahlen
- d) Nachfrage nach dem Versterben bei Angehörigen und Mitarbeitern (Einzelfall-Untersuchung mit Qualitätsverbesserungsabsicht)
- e) Gruppen-Qualitäts-Prozess – wie der einer Projektwerkstatt Implementierung – und Kommunikation über gemeinsame einzelne Zieldefinitionen in der Gruppe und zweibis dreijährige Berichte über die

Erreichung (Gruppenzertifizierung) unter externer Moderation. Die hier beschriebenen Vorgehensweisen sind mir alle irgendwie recht und haben Vor- und Nachteile. Näheres dazu werde ich in der nächsten Ausgabe des Newsletter vorlegen können.

**Kubernus:** Was empfehlen Sie den Pflegeheimen jetzt?

**Steurer:** Buchen Sie für zumindest eine Mitarbeiterin im Haus einen Palliative Care Kurs. Starten Sie anschließend

mit einer Projektgruppe. Überlegen Sie, ob eine externe Beratung Sie nicht schneller voranbringt und somit kostengünstiger ist. Legen Sie Stück für Stück in Kommunikation mit allen beteiligten neuen Standards fest. Achten Sie auf die tatsächliche Umsetzung und nutzen dabei die vorhandenen Ressourcen Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Überlegen Sie auch: Wie wollen Sie die Qualität in Ihrem Haus nachweislich messen? ■

## Implementierung von Palliative Care im Heim

**Interview mit Herrn Westphely, Einrichtungsleiter vom Vitanas – Pflegen und Wohnen, Senioren Centrum Wilhelmsburg, Hamburg, und Frau Kubernus, BEHR'S Redaktion Newsletter „Palliative Care kompakt“**

**Kubernus:** Aus welchem Grund haben Sie sich dafür entschieden, das Thema Palliative Care verstärkt in Ihrer Einrichtung umzusetzen?

**Westphely:** Wenn viele schwerstpflegebedürftige Bewohner zu uns kommen, die nur kurze Zeit bei uns leben, wenn Schmerzen, Sterben und Tod zunehmend den pflegerischen Alltag der Pflegekräfte bestimmen, dann geraten bisherige Pflegeleitbilder ins Wanken.

Mobilisierende Pflege, Erkennen und Aktivieren der vorhandenen Ressourcen stoßen auf ihre Grenzen, und es entstehen neue Herausforderungen an Pflege und Betreuung. Erkennen und Lindern von Schmerzen werden zu neuen Prioritäten. Sterben und Tod, Trauer und Abschied erhalten einen neuen Stellenwert. Der Tod ist nicht neu eingezogen ins Pflegeheim, er hat uns immer begleitet.

Aber die Häufigkeit ist eklatant gestiegen. Das Sterben ist dominant geworden, weil die Verweildauer im Heim vom Einzug bis zum Tod erheblich kürzer geworden ist. Diese stetige Tendenz war die Ursache, sich mit dem Thema Palliative Care intensiv auseinander zu setzen.

**Kubernus:** Wenn das Sterben dominant geworden ist ...

**Westphely:** ... muss das Leben nicht zu kurz kommen. Unser Haus soll „ein Ort des Lebens und des Sterbens“ sein. Musik, Lieder, Lachen und Freude dürfen und müssen nicht verbannt werden.

Tränen und Traurigkeit, Sterben und Abschied brauchen aber ebenso ihren Raum und ihre Zeit. Freude und Traurigkeit, Glück und Angst vorm Sterben wohnen Tür an Tür. Sie sind selbstverständlich, gleichwertig und mitten im Leben.

**Kubernus:** Was war bei Ihnen der erste Schritt zur Implementierung von palliativen Strukturen?

**Westphely:** Der erste Schritt war das Gespräch mit den Mitarbeitern/innen einer Pflegeabteilung mit schwerstpflegebedürftigen Bewohnern/innen und die Reflexion der veränderten pflegerischen Voraussetzungen. Dann folgte eine Palette von Qualifizierungsmaßnahmen:

Die beiden Führungskräfte nahmen am „Basiskurs Palliative Care“ teil (je 160 Std.). Zwei Pflegefachkräfte wurden in einem speziellen Kurs fortgebildet (je 40 Std.).

Die Abteilungsleiterin und der Leiter der Einrichtung nahmen darüber hinaus an einer umfassenden Projektwerkstatt teil, die an 15 Tagen über knapp 1 Jahr verteilt theoretische und praktische Kompetenzen für die Umsetzung der Prozesse in der Einrichtung vermittelte. Prozesse, die durch die kontinuierliche Arbeit einer berufsübergreifenden Projektgruppe in

der Einrichtung auf den Weg gebracht und begleitet wurden.

**Kubernus:** Was haben Sie bisher im Rahmen Ihres Projekts umsetzen können?

**Westphely:** Ungeheuer viel und gleichzeitig bleibt ständig das Gefühl, erst am Anfang eines langen Weges zu stehen.

Gewonnen haben wir hochsensible und fachlich kompetente Mitarbeiter/innen in einer Pflegeabteilung. Wir haben dort einen Abschiedsraum eingerichtet, der von Angehörigen und Mitarbeitern sehr positiv angenommen wird. Abschiedsrituale wurden eingeführt.

Es gibt eine konstruktive Kooperation mit ehrenamtlichen Sterbebegleitern aus einem ambulanten Hospizdienst – nur mit Unterstützung von außen ist eine angemessene Sterbebegleitung umsetzbar. Und nicht zuletzt existiert und arbeitet eine engagierte Projektgruppe, die – und damit sind die weitere Entwicklung und der zukünftige Weg angesprochen – neben der Bearbeitung aktueller Fragestellungen auch die Aufgabe der Einbindung weiterer Pflegeabteilungen stufenweise umzusetzen hat.

**Kubernus:** Binden Sie auch Angehörige mit ein?

**Westphely:** Noch in diesem Herbst wird ein Angehörigentreffen stattfinden.



H. Westphely

Die Leiterin des ambulanten Hospizdienstes und die Projektgruppe werden bei diesem Treffen die Angehörigen informieren und für Fragen zur Verfügung stehen. In konkreten Situationen, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Unterstützung durch Sterbebegleiter und bei der Nutzung des Abschieds-

raums, gab es in der Vergangenheit bereits positive Resonanz.

**Kubernus:** Welche Empfehlungen würden Sie bei der Implementierung von palliativen Versorgungsstrukturen an Kollegen/innen weitergeben?

**Westphely:** Investieren in die Kompetenz der Mitarbeiter/innen.

Sich eingestehen, dass die Ressourcen einer stationären Einrichtung auf Kooperation und Unterstützung von außen angewiesen sind.

Erkennen, dass bei der Umsetzung neuer Versorgungsangebote ein langer Atem unumgänglich ist. ■

### Stellungnahme der DGP

## Bessere palliative Versorgung von demenziell Erkrankten

Eine Stellungnahme des Vorstands der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* vom 12. Oktober 2007:

Bisher konzentrierte sich palliativmedizinische Versorgung sowohl in spezialisierten Einrichtungen (Palliativstationen, stationäre Hospize und ambulante Palliativdienste) als auch in der Regelversorgung in erster Linie auf die Betreuung von Menschen mit einer Krebserkrankung. **Eine bessere palliative Versorgung auch von nicht-onkologisch erkrankten Patienten** ist in Zukunft anzustreben und umzusetzen. Dies gilt insbesondere für die große und wachsende Gruppe der Erkrankten mit Demenz. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) appelliert deshalb an die Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen sowie an die palliativen Behandlungsteams, sich dieser wichtigen Zielgruppe in besonderem Maße anzunehmen.

**Die palliative Grundhaltung** und Versorgung ist gekennzeichnet von der unumstößlichen Orientierung an den Bedürfnissen und der Verbesserung der Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Angehörigen. Sie schließt aktive Sterbehilfe aus. Besonders erfolgreich arbeiten multiprofessionelle Teams von Ärzten, Pflegenden, Koordinatoren, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen, weiteren Therapeuten und Ehrenamtlichen.

**Die palliativmedizinisch-pflegerischen Bedürfnisse von Erkrankten mit Demenz** im fortgeschrittenen Stadium sind aufgrund ihrer Erkrankung oft schwer zu erkennen. Daher braucht

es eine situations- und krankheitsangemessene Kommunikation und eine spezifische Symptomerfassung anhand von Verhaltensmerkmalen. Dies erfordert gerontopsychiatrische, palliative und vernetzende Kompetenzen für eine bedürfnisgerechte Behandlung.

**Die gemeinsame ethische Entscheidungsfindung** gehört zentral zur palliativen Versorgung. Sie klärt das individuelle Therapieziel z. B. im Hinblick auf Krankenhauseinweisung, Ernährung und Flüssigkeitsgabe. Dies erfordert transparente und vorausschauende Vorgehensweisen z. B. durch ethische Fallgespräche und Erstellung von Krisenplänen. Dafür werden geschulte Moderatoren und palliative Fachkompetenz benötigt. Im Mittelpunkt steht stets der aktuell geäußerte bzw. im Falle der Demenz der vorab geäußerte und jetzt mutmaßliche Behandlungswunsch des Erkrankten.

Bei der ethischen Entscheidungsfindung sind alle Mitbeteiligten einzubeziehen: Der Erkrankte, gegebenenfalls der Betreuer/Bevollmächtigte, der Arzt und nach Möglichkeit Pflegende und Angehörige als zentrale Informationsträger des Patientenwillens.

**Die palliative Kompetenz für demenziell Erkrankte** muss flächendeckend und einrichtungsdurchdringend in allen relevanten Versorgungskontexten implementiert werden:

**Die allgemeine Palliativversorgung** ist nach Möglichkeit durch palliativ geschulte Haus- und Fachärzte sowie Pflegekräfte der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege zu leisten, die die Erkrankten und ihre

Bedürfnisse in der Regel schon lange kennen.

**Die spezialisierte Palliativversorgung** wird bei etwa 10 % der demenziell Erkrankten konsiliarisch oder gar übernehmend einzusetzen sein, wenn die allgemeine Palliativversorgung aufgrund der Komplexität der Symptome und der Gesamtsituation nicht ausreicht.

**Die Bereitstellung, Vernetzung und Qualitätssicherung der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung von demenziell Erkrankten müssen finanziert und gesichert werden. Eine entsprechende Ausbildung und Weiterbildung der Fachkräfte ist zu gewährleisten. Forschungsvorhaben sind zu fördern.**

### Anmerkungen:

1. siehe auch Ergebnispapier der DGP-Arbeitsgruppe „Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten“ zum Thema Demenz unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > DGP Arbeitsgruppen und ZfP 2/07, S. 69–72
2. siehe z. B. dazu auch das Positionspapier der BAG Hospiz: „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Empfehlungen und Indikatoren zur Palliativkompetenz.“ [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)
3. siehe Gesundheitsreformgesetz § 37b SGB V und auch die diesbezüglichen „Empfehlungen der DGP“ unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > DGP Stellungnahmen ■

Neue Richtlinie

# Richtlinienentwurf: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Der gemeinsame Bundesausschuss wurde Mitte September 2007 mit dem Richtlinienentwurf zum neuen § 37b SGB V fertig. Gemäß Gesetz war bis zum 16. Oktober Zeit für Eingaben. Diese wurden dutzendfach getätigt und sind gerade (1.11.2007) in Prüfung. Bis Mitte November sollten die Eingaben eingearbeitet sein. Die Richtlinie für den neuen § 132 d) und dessen Umsetzung auf Landesebene werden nicht parallel bearbeitet. Somit ist mit einer Förderung der Palliativversorgung nicht vor Frühjahr 2008 zu rechnen. Im kommenden Newsletter und in der kommenden Aktualisierung veröffentlichen wir die ausführlichen Texte der beschlossenen Rahmenverordnungen und informieren weiter über die konkrete Bedeutung für Pflegedienste und -heime. Hier sind Auszüge aus dem bisher veröffentlichten Text:

## § 1 Grundlagen und Ziele

(1) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen (...)

(4) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste und kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben somit unberührt.

## § 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch auf spe-

zialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen (...)

(§ 4) (...) Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist: ausgeprägte Schmerzsymptomatik, (...) neurologische/psychiatrische, (...) respiratorische, gastrointestinale Symptomatik; ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore.

## § 5 Inhalt und Umfang der SAPV

(1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung (...) Sie umfasst zusätzlich die (...) Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

(2) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. Sie wird stufenweise nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit die ambulante Versorgung, insbesondere die allgemeine Palliativ-

versorgung nicht ausreicht, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
  - Koordination der Versorgung,
  - additiv unterstützende Teilversorgung,
  - vollständige Versorgung
- erbracht werden. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen

(3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfssinterventionen
- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)

## Palliative Care kompakt

- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z.B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

### § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die einzelnen

Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die Koordinierung innerhalb des Teams ist sicherzustellen. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen. Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst, der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.

(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten. (...)

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(5) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Be-

rücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

### § 7 Verordnung von SAPV

(1) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Langform des Entwurfs und die Eingaben der DGP sind abrufbar unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) – Download. Dort wird (voraussichtlich) ab Ende November auch der endgültige Richtlinienentwurf zu § 37b SGB V eingestellt werden. Genaueres entnehmen Sie der Tagespresse und dem folgenden Newsletter.

## Neuigkeiten in Kürze

### Implementierung von Hospizkultur und Palliativpflege

Das DRK Niedersachsen startet 2007/2008 ein groß angelegtes Palliativprojekt. Für die ambulanten Einrichtungen beginnt im Februar 2008 ein spezifisch dafür ausgeschriebener Palliative Care Kurs (siehe [www.palliativkurse.com](http://www.palliativkurse.com)). Zwölf stationäre Einrichtungen haben bereits am 5. November 2007 mit einer Projektwerkstatt in Bad Pyrmont begonnen.

### Erster niedersächsischer Hospizpreis verliehen

Am 13. Oktober wurde in Goslar der erstmalig von der Hospiz Stiftung Niedersachsen und dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit ausgeschriebene niedersächsische Hospizpreis verliehen.

Zu den Preisträgern gehören drei engagierte Hospiz-Ehrenamtliche und drei Pflegeheime: das St. Anna Alten- und Pflegeheim in Twist, der St. Martinshof in Hannover sowie das Rosemarie-Nieschlag-Haus aus Lehrte. Die Bewerber

überzeugten die Jury durch die umfassende Realisierung der Hospizidee in ihren Einrichtungen. Hervorragende Fort- und Weiterbildungskonzeptionen, optimale Kooperation mit Ehrenamtlichen sowie Interdisziplinarität und Netzwerke machten dieses deutlich. Siehe: [http://www.ms.niedersachsen.de/master/C41825712\\_L20\\_D0\\_I674.html](http://www.ms.niedersachsen.de/master/C41825712_L20_D0_I674.html)

### Video „Leben mit dem Sterben. Abschiedskultur im Heim“

Neuerscheinung: Film zum Thema der Sterbebegleitung alter Menschen im Pflegeheim. Uwe Hoppe, Autor und Regisseur des neuen Films. DVD, 36 Minuten, Best.-Nr. 434, [www.vincenz.net](http://www.vincenz.net). U. Hoppe gelang es in diesem Lehr-Video, die spirituelle Dimension des Abschiednehmens mit Organisationsfragen zu verknüpfen: „Es gibt eine Reihe sehr eindrucksvoller Szenen im Film, die den unmittelbaren, sehr liebevollen Umgang mit einem Sterbenden zeigen. Man sieht Betroffenen, Trauer und Tränen. Ziel des Films

ist aber zu zeigen, dass eine Abschiedskultur eine Reihe von innerbetrieblichen und strukturellen Voraussetzungen benötigt. Da geht es um Standards, Schmerzmanagement, palliative Kompetenzen oder Einbindung von freiwilligen Helfern“.

## 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](mailto:info@behrs.de)

homepage: <http://www.behrs.de>

Grundwerk 2007

2. Aktualisierungslieferung 11/07

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