

# PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer  
Herausgeber

Liebe Leserin,  
lieber Leser,

Im letzten Newsletter ging es unter anderem um die „Nachhaltigkeit der Implementierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in Einrichtungen“. Der Kommunikations-experte Prof. Dr. C. Fasel bekommt beim Lesen solcher Überschriften akute Lese-Unlust.

In einem Schreib-Workshop des BEHR'S Verlags empfahl mir der frühere Bild- und STERN-Reporter: „Warum benennen Sie es nicht konkreter, kürzer und emotional ansprechender, z. B. „Besser Sterben“?“. Geht das? Kann das Thema „Tod und Sterben“ so angegangen werden?

In einem ähnlichen Sprachdilemma steckte ich z. B. beim Finden einer Überschrift zur neuen Rubrik „Pro und Contra“ in dieser Ausgabe. Bitte teilen Sie mir mit, ob der Versuch gelungen ist.

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber  
jochen.steurer@mediacion.de

## Neues zum § 37b SGB V: SAPV Richtlinie

### Überraschend: Palliativpflege für alle

Schwerstkranke Patientinnen und Patienten, die an ihrem Lebensende im häuslichen Umfeld und im Pflegeheim gepflegt werden, haben im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung künftig Anspruch auf eine bessere palliative Versorgung. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss am 20. Dezember 2007. Die neue Richtlinie „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ soll diesen Patientinnen und Patienten ein menschenwürdiges Leben bis zum

Tod auch in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung ermöglichen. Ziel ist der Erhalt der Lebensqualität und die Förderung der Selbstbestimmung, wobei besonders die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen.

Die Leistungen, die die Richtlinie vorsieht, können von Vertrags- oder Kran-

*weiter auf Seite 2*

## Unser Veranstaltungstipp für Sie:

### Altenpflege + ProPfleger 2008

#### Expertenforum in Messehalle 3:

#### Schwerstkranke und Sterbende umfassend pflegen

#### Palliative Care als Bildungschance

Termin: Dienstag, 12.02.08

Ort: Messe Hannover, Halle 3

Zeitraum: 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Veranstalter: Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Niedersachsen

Experten:

- Dr. Jochen Steurer, Autor, Palliativtrainer, Projektwerkstattleiter
  - Meike Schwermann, Schmerzbehandlungsexpertin, Palliativ-Ausbilderin bei der Bremer Heimstiftung, dem ersten Preisträger beim Vincentz-Preis 2006
  - Mitarbeiterinnen des Rosemarie Nieschlag Haus Lehrte, dritte Preisträger des ersten Hospizpreises der Niedersächsischen Stiftung Hospiz und der Sozialministerin
- Den BEHR'S Verlag finden Sie auf der Altenpflege + ProPfleger vom 12.–14.02.08 in Halle 5, Stand A43

## In dieser Ausgabe lesen Sie

Überraschend: Palliativpflege für alle. ....	1
„Sind Ihre Schmerzen heute stärker als gestern?“ .....	2
Privates Sterben .....	4
Ausgezeichnet! .....	5
„Weil wir ja alle zum Sterben hier sind ...“ .....	6
Pro und Contra zur Sy-M-Pa-tischen Pflege. ....	6

## Palliative Care kompakt

kenhausärzten verordnet werden. Ein besonders qualifiziertes interdisziplinär zusammengesetztes Palliativ-Care-Team (PCT) kann je nach Bedarf beratend tätig werden, die Versorgung koordinieren, mit zusätzlichen Maßnahmen unterstützen oder diese auch vollständig übernehmen. **Für Überraschung sorgte eine Entscheidung am letzten Beratungstag: Das „Palliative Care Team“ wurde nicht als einzig möglicher Erbringer der Leistungen festgelegt. Somit entsteht die Möglichkeit: Auch ganz normale Pflegedienste und Pflegeheime können spezialisierte Palliativpflege anbieten.** Wenn ausreichend viele Fachkräfte in Palliativpflege weitergebildet und eingesetzt werden und die palliativmedizinische Versorgung sicher gestellt ist, sind eigenständige Versorgungsverträge möglich. Näheres regelt in Kürze die Richtlinie zu § 132 d SGB V.

Die Versorgung durch die PCTs kann unter anderem auch die Linderung von Symptomen durch Arzneimittel und andere Maßnahmen, eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft in Not- oder Krisenfällen bis hin zur psychosozialen Unterstützung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, ins-

besondere im Umgang mit Sterben und Tod beinhalten.

„Der G-BA stellt mit diesem Beschluss sicher, dass die Bedingungen für eine optimale Versorgung von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase mit einem häufig sehr umfassenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf gegeben sind. Dabei wurde besonders die flexible Zusammenarbeit der Palliativ-Care-Teams und weiteren Beteiligten gewährleistet“, sagte der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Dr. Rainer Hess. ■

### 20. Dezember 2007 (Richtlinie § 37b)

Der Richtlinienentwurf wird beschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt (8 Wochen maximale Prüffrist) und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger ca. Ende Februar 2008 in Kraft.

Aktuelle Infos unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-gremium/2/> und [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de).

### Ab März 2008 (§ 132d)

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich

der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 b SGB V 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.

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.

## Für die Praxis: Schmerzbehandlung bei dementiell Erkrankten

# „Sind Ihre Schmerzen heute stärker als gestern?“

**Menschen mit Kommunikationsstörungen, insbesondere dementiell erkrankte Menschen, können nicht mehr auf ihre Schmerzen hinweisen, wodurch eine Schmerzerfassung im herkömmlichen Sinne nicht möglich ist. Diese Personengruppe erhält in vielen Fällen eher Psychopharmaka als eine fundierte Schmerztherapie, da Verhaltensauffälligkeiten von Pflegekräften und Ärzten bevorzugt der Demenz zugeschrieben werden als einem potentiellen Schmerzerleben. Unsere Gesprächspartnerin zum Thema ist die Expertin Meike Schwermann (Fachkrankenschwester, Diplom-Sozialwirtin, Diplom-Pflegewissenschaftlerin. Ihr Buch „Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz“, wird im Februar 2008 erscheinen.**

**Behrs:** Was leitete Sie bei der Idee, ein professionelles Schmerzassessment für

Menschen mit Demenz zu entwickeln?

**Schwermann:** Im Rahmen der Weiterbildung „Palliative Geriatrie – Professionelle Begleitung von Sterbenden in der Altenpflege“, die ich seit 2003 am Erwin-Stauss-Institut in Bremen leite, erkannten Herr Münch und ich bereits im ersten Zyklus der Weiterbildung den Bedarf eines fundierten Schmerzassessments für diese vulnerable Zielgruppe. Zum damaligen Zeitpunkt gab es auch in der Literatur nur wenige Informationen darüber, wie Schmerzzustände bei dementiell erkrankten Menschen objektiv erfasst werden



Meike Schwermann

können. Im Rahmen unserer Diplomarbeit und mit Forschungsgeldern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bekamen wir dann die Möglichkeit, diese Form des Schmerzassessments auf der Basis des ECPA-Bogens zu entwickeln und in einem Altenpflegeheim einzuführen.

**Behrs:** Welche Inhalte werden in dem Praxisleitfaden dargestellt?

**Schwermann:** Neben einer fundierten theoretischen Einführung stellt das Buch einen Ersteinschätzungsbogen sowie die Handhabung des ECPA-Schmerzschemas zur Erfassung von Schmerzen und zur Erfolgskontrolle der Schmerztherapie von älteren Menschen mit eingeschränkter Kommunikation in der Übersetzung von Herrn Dr. R. Kunz vor. In weiteren Kapiteln

werden die komplette Schulungseinheit, der Prozessablauf zur Implementierung des Schmerzassessments sowie ein Pflegestandard und Möglichkeiten zur Evaluation der Implementierung vorgestellt.

**Behrs:** Wer soll mit dem Praxisleitfaden angesprochen werden?

**Schwermann:** Führung- und Lehrkräfte finden in diesem Buch diverse Anregungen, um die Mitarbeiter zu schulen und die Instrumenten in einer Institution einzuführen. Pflegefachkräfte erhalten in diesem Buch fachliche Kenntnisse zu einem professionellen Umgang der Schmerzwahrnehmung und zur Schmerzerkennung bei demenziell erkrankten Menschen, und Pflegewissenschaftler und andere Fachdisziplinen bekommen neben der theoretischen Fundierung einen Überblick über den Projektablauf der Implementierung dieses Schmerzassessments.

**Schwermann, M., Münch, M. (2008).** *Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für die Pflegepraxis.* Kohlhammer Verlag: Stuttgart. ISBN 978-3-17-019850-0

### Wesentliche Ergebnisse der Autorin

In diversen Studienergebnissen konnte nachgewiesen werden, dass Schmerzen bei Menschen mit Demenz sehr oft nur ungenügend oder gar nicht erkannt und demzufolge auch nicht adäquat behandelt werden. Demenziell erkrankte, kommunikationseingeschränkte Menschen haben eine abnehmende bzw. mangelnde Fähigkeit, Schmerzen wahrzunehmen und zu beschreiben. Auch wenn Pflegekräfte in den Einrichtungen der Altenhilfe häufig Schmerzen bei dieser Bewohnergruppe sehr intuitiv wahrnehmen, so erfahren auch sie eine abnehmende bzw. mangelnde Fähigkeit, die Schmerzen bei fortschreitender Demenzerkrankung zu erfassen. Ein weiteres Problem liegt darin, dass die Schmerzen nicht systematisch und objektiv dokumentiert und mit dem Arzt besprochen werden. In den seltensten Fällen wird eine Schmerztherapie kon-

sequent überprüft. Ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind in besonderem Maß gefährdet, dass vorhandene Schmerzen nicht erkannt werden und somit keine Schmerzbehandlung durchgeführt wird oder diese zu unbefriedigenden Ergebnissen führt. Viele Pflegende beklagen, dass die Schmerzen der Bewohner von Ärzten nur ungenügend beobachtet werden. Die Selbstauskunft von Menschen ab einem gewissen Grad der kognitiven Beeinträchtigung, insbesondere einhergehend mit schweren Kommunikationsstörungen, ist unzuverlässig bis unmöglich. Hier wird eine systematische Fremdeinschätzung durch Pflegende, Ärzte und Angehörige erforderlich sowie die sensible Beobachtung nonverbaler Schmerzzeichen (z. B. Lautbildung, Mimik, verhaltensbezogene Merkmale).

### Praktische Schritte

Durch eine fundierte Schulung und Umsetzung des Schmerzassessments wird gleichzeitig die Sensibilisierung und fachliche Kompetenz der Pflegekräfte für die spezielle Thematik gefördert. Dadurch erfahren sie Handlungssicherheit im Umgang mit demenziell erkrankten, kommunikationseingeschränkten Menschen mit Schmerzen. Das fördert die berufliche Handlungskompetenz der Fachkräfte gegenüber Ärzten und Angehörigen anderer Berufsgruppen.

Voraussetzungen für ein mehrdimensionales Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz sind: Betreuungskonstanz, Teamarbeit, Kenntnis um das Vorhandensein spezifischer Signale, die mit Schmerz und Schmerzverhalten assoziiert, die Notwendigkeit von Erfahrung und pflegerischem Bezug zum Patienten/Bewohner, Beobachtungskompetenz der Pflegenden.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Fachhochschule Münster im Jahre 2005 entwickelte die Autorin zusammen mit Herrn Markus Münch ein systematisches Schmerzassessment, das in einem Altenpflegeheim eingeführt und evaluiert wurde. Diese wurde mit einer Forschungsför-

derung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft finanziell unterstützt. Ziel dieses Projektes war die Entwicklung und Einführung eines praktikablen systematischen Schmerzassessments, das in Form von theoretischer und praktischer Schulung bei ausgewählten Mitarbeitern des Altenpflegeheims erfolgte.

### Anpassung des Expertenstandards Schmerz

Da im Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ des DNQP die Schmerzerfassung bei demenziell erkrankten, kommunikationseingeschränkten Menschen mit Schmerzen nur unzureichend Berücksichtigung findet, wurde zudem ein erster Pflegestandard sowie eine zugehörige Prozessbeschreibung konzipiert. Für das Schmerzassessment wurde ein Ersteinschätzungsbogen entwickelt, der auf einer Selbsteinschätzung durch den Bewohner und einer Fremdeinschätzung durch die Bezugspflegerkraft sowie die Bezugsperson (Angehöriger oder Betreuer) basiert. Er besteht aus vier Bereichen und ist wie folgt aufgebaut:

1. Stammdaten
  - Datum
  - Bewohnerbezogene Daten
  - Diagnosen/Medikation
  - Zuständige Personen (PFK, Bezugsperson, Arzt)
2. Selbsteinschätzung durch den betroffenen Menschen
  - Schmerzlokalisierung
  - Schmerzintensität
  - Zeitliche Dimension
  - Verstärkende und lindernde Faktoren
3. Fremdeinschätzung durch die Bezugspflegerkraft und
4. Fremdeinschätzung durch Angehörige oder Bezugspersonen
  - Schmerzlokalisierung
  - Schmerzintensität
  - Schmerzausdruck
  - Zeitliche Dimension
  - Verstärkende und lindernde Faktoren
  - Auswirkungen auf die Pflege und das Alltagsleben

### Schmerzerfassungsbögen

\* ECPA (franz.) = *Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes* (Schmerz-Erfassungsbogen für ältere, in ihrer Kommunikation eingeschränkte Personen)

\* BESD = *Beurteilungsbogen für Schmerzen bei dementiell Erkrankten* (siehe: *Palliativkompetenz entwickeln. Kapitel V.1 im Behr's Verlag erschienen, 2007*)

Zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, die auf ein Schmerzerleben hinweisen sowie zur Erfolgskontrolle der Schmerztherapie wurde der ECPA-Bogen hinzugezogen. Dieses Instrument ist in der französischen Originalversion validiert und praxisbewährt. Er wird im Abstand von 2–3 Tagen eingesetzt und von der Bezugspflegekraft ausgefüllt. Idealerweise erfolgt das Bewerten der Ergebnisse aus dem

Schmerzassessment durch das Team in Kooperation mit dem Arzt. Der gemessene Zeitaufwand zum Ausfüllen des Bogens dauert bei geübten Personen ca. 5 Minuten.

### Umsetzung in der Einrichtung

Da in der gesichteten Literatur quasi keine Informationen über Inhalte und Durchführung von Schulungen zu finden waren, welche die Pflegekräfte auf den Umgang mit Schmerzerfassungsinstrumenten für die ausgesprochene Zielgruppe vorbereiten, wurde hierzu ein eigenes Schulungskonzept entwickelt. Dies gliedert sich in einen theoretischen Teil mit einer 16 Stunden umfassenden Seminarreihe sowie in zwei Praxisphasen von jeweils vier Wochen. Innerhalb der Praxisphasen erprobten die Mitarbeiter die beiden obigen Schmerzerfassungsinstrumente in ihren Arbeitsbereichen und wurden dabei von den Projektleitern be-

gleitet und unterstützt. Abschließend wurde die Umsetzung des Schmerzassessments gemeinsam mit den Mitarbeitern evaluiert. Die Schulungsreihe beinhaltet auch eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ als Grundlage für das „Schmerzassessment für demenziell erkrankte Menschen“. Siehe: [www.palliativkurse.de/angebote](http://www.palliativkurse.de/angebote). ■

### Veranstaltungshinweis

Meike Schwermann in Leipzig: Workshop zum Thema „Schmerzassessment für demenziell erkrankte Menschen – Einführung von Instrumenten und Implementierungsmöglichkeiten“ auf dem **Dementia Fair Kongress** in Leipzig am 22. Februar 2008 von 18:30–20:00 Uhr im V-Raum 9.

## Neue Projekte der Palliativpflege

### Privates Sterben

Pflegeeinrichtungen sind zunehmend mit sich differenzierenden Bedarfsgruppen konfrontiert, die abgestimmte Leistungen und spezifische Kompetenzen in den Einrichtungen erfordern. In diesem Zusammenhang gewinnt die Palliativversorgung an Bedeutung, da Versicherte jetzt einen Anspruch auf allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung haben. Vor diesem Hintergrund hat der Bund Privater Anbieter bpa in Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit der Bildungsakademie am Universitätsklinikum Essen und dem Palliativexperten Dr. Jochen Steurer (MediAcion) ein qualifiziertes Angebot für seine Mitgliedseinrichtungen entwickelt, das die Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen unterstützt.

Vierzehn private Pflegeheime und Pflegedienste aus NRW starten Ende März in Bielefeld ein zweijähriges Palliativ-Bildungsprojekt. Siehe [www.MediAcion.de](http://www.MediAcion.de)

„Selbstverständlich findet auch bisher in allen unseren Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege Sterbebegleitung statt und dies in der Regel mit hoher Kompetenz und hohem Sachverstand“, sagt Christof Beckmann, der Landesvorsitzende des bpa in NRW. Er hat das Projekt den bpa-Einrichtungen vorgeschlagen: „In den vergangenen Jahren hat sich auf dem Gebiet der Palliativversorgung einiges verändert. Viele Erkenntnisse im Bereich der Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle aber auch in Bereichen wie der Ablauforganisation und Gesprächsführungstechniken in Krisensituationen haben sich erfreulicher Weise weiterentwickelt. Seit 2007 bewegt sich auch Einiges in der Vertragslandschaft in NRW. Es gibt bereits Vertragsmuster zur ambulanten palliativpflegerischen Versorgung, an der aktuell knapp 30 Pflegedienste teilnehmen. Diese dynamische Entwicklung wird vor dem stationären Bereich nicht Halt machen und sicherlich auch Auswirkungen auf diesen haben. Die Ver-

sorgung Sterbender wird auch dort verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken und bpa-Einrichtungen sollten bei Interesse frühzeitig an der aktuellen Entwicklung partizipieren.“

Vierzehn private Pflegeheime und Pflegedienste senden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ab März 2008 in einen spezifisch auf die Altenpflege hin ausgerichteten Palliative Care Kurs (160 Stunden auf ein Jahr verteilt). In einer Projektwerkstatt erlernen die Führungs- und Palliativfachkräfte alles, was sie für die Umsetzung (= Implementierung) des Palliativen Wissens und der neuen Fertigkeiten brauchen. Ein fast zweijähriger Coaching-Prozess unterstützt das laufende Projekt in den Einrichtungen. Im Juni 2008 beginnt bereits eine in Köln bereits ein zweiter Durchlauf des Projekts für weitere 12 Häuser. ■

Nachhaltigkeit

## Ausgezeichnet!

**Pflegeheime und Pflegedienste mit palliativer Kompetenz brauchen sich nicht verstecken. Gute Palliativpflege und Mut zur Öffentlichkeitsarbeit können zu Auszeichnungen führen. Im zweiten Halbjahr 2007 gab es diese Auszeichnungen:**

Für ihr Engagement in der Hospiz- und Palliativarbeit sind drei Pflegeeinrichtungen mit dem ersten Hospizpreis Niedersachsen ausgezeichnet worden (siehe Newsletter 03/2007). Ausgeschrieben wurde die Auszeichnung von der Hospiz Stiftung Niedersachsen in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Hier exemplarisch für alle der Verleihungsansprache für den dritten Preisträger, ein Haus aus der Region Hannover.

Preisträger auf der Altenpflegemesse: In einem Forum auf dem Eröffnungstag (siehe Kasten auf Seite 1) berichten die Preisträger von Ihrem ausgezeichneten Bildungskonzept.

### Ev. Alters- und Pflegeheim/ Rosemarie-Nieschlag-Haus, Lehrte

„Der dritte Preis wird an eine Einrichtung verliehen, in der die palliative Versorgung und die Begleitung in der letzten Lebenszeit auf allen Ebenen deutlich erkennbar zum Thema gemacht worden ist: Eine Stiftung, die das Haus unterstützt, fördert die Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Palliative Care und benennt die würdevolle Begleitung im Sterben als Stiftungsziel auf der Vorderseite ihres Flyers.

Der Trägerverein des Hauses hat eine Satzungsänderung beschlossen, sodass das Haus in Zukunft eine eigene Hospizgruppe aufbauen wird. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege haben an einem 20-stündigen Kurs zur Sterbebegleitung teilgenommen, der von der Schulungskraft eines ambulanten Hospizdienstes geleitet wurde und einer verstärkten Sensibilisierung diente. 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht nur aus dem Bereich Pflege kommen, haben darüber

hinaus an einem 40-stündigen Kurs zur palliativen Praxis teilgenommen, hier ist ein weiterer Kurs geplant. Aus jedem der fünf Wohnbereiche befindet sich eine Pflegefachkraft in der Palliative-Care-Weiterbildung, diese Personen bilden schon jetzt einen Qualitätszirkel im Haus ... Beim Aufbau der ehrenamtlichen Sterbebegleitung können Menschen einbezogen werden, die schon im Haus tätig sind und die gemeinsam mit neuen Ehrenamtlichen geschult werden ... In dieser Einrichtung sind die Förderung einer hospizlichen Haltung, der palliativen Kompetenz und das Lernen der Organisation vor allem in den letzten zwei Jahren verstärkt in den Blick genommen worden, sicher auch unterstützt durch die Teilnahme an der „Projektwerkstatt Implementierung“, die das Diakonische Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers für Ihre Mitglieder anbietet. Eine solch umfangreiche Weiterbildung und Schulung der gesamten Mitarbeiterschaft, verbunden damit, dass Leitung, Trägerschaft und unterstützende Stiftung sich die Förderung von Hospizkultur und Palliativkompetenz zum Ziel gesetzt haben, kann als wegweisend bezeichnet werden.“

### Pflege mit Herz für die Mitarbeiter: BGW zeichnet vorbildliche Pflegeeinrichtungen aus

Hier wird Wert auf eine rundum gesunde Pflege gelegt: Mit dem BGW-Gesundheitspreis 2007 hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) jetzt Altenpflegeeinrichtungen prämiert, die mit zukunftsweisendem Engagement für ihre Mitarbeiter Maßstäbe setzen. Drei ambulante Dienste und drei stationäre Einrichtungen konnten die Auszeichnung auf dem großen Fachkongress bgwforum 2007 „Gesundheitsschutz und Altenpflege“ in Hamburg entgegennehmen. Die ersten Preisträger kommen in beiden Kategorien aus dem Bundesland Bayern: der Sozialdienst Braun aus Albertshofen und das **Haus Jörg Creutzer** aus

### Forchheim.

Mit dem Preis würdigt die BGW die Bedeutung einer gesunden Arbeitsumgebung für das ganze Unternehmen: Nur wer sich für die Pflegekräfte einsetzt, kann auch eine hochwertige, zuverlässige und individuelle Betreuung der Pflegebedürftigen sicherstellen. Die Vorsitzende der Vertreterversammlung der BGW, Wilma Hagen-Henneberg erklärte bei der Preisverleihung: „Es lohnt sich, ganzheitlich und dauerhaft in die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren“.

### Individuelle Gesundheitsangebote

Der 1. Platz in der Kategorie stationäre Altenpflege geht ebenfalls ins Fränkische nach **Forchheim** in das **Haus Jörg Creutzer** des Diakonischen Werkes Bamberg-Forchheim e.V. Hier wartet man unter anderem mit dem besonderen Angebot „Pflege der Profis“ auf: Mobile Regenerationsmanagerinnen – eigens qualifizierte Beschäftigte des Hauses – erbringen nach Wunsch, vor oder nach dem Dienst und in akuten Fällen auch sofort, entspannende oder aktivierende Maßnahmen für ihre Kolleginnen und Kollegen, zum Beispiel Massagen.

Mitarbeiterpflege und Hospizkultur gehen Hand in Hand: Das Haus Jörg Creutzer nahm an der ersten Projektwerkstatt für die Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz des Diakonischen Werks in Bayern teil (2006–2007).

### Zentrale Diakoniestation Michelau

Aus der Reihe der Teilnehmer/innen dieser Projektwerkstatt von Diakonie und MediAktion in Nürnberg, kommt auch ein weiterer ausgezeichnete Dienst. Erstmals wurde der Förderpreis der Enno-Wunderlich-Stiftung, die unter dem Dach der Bayerischen Stiftung Hospiz errichtet wurde, verliehen. Der Förderpreis wird zukünftig jährlich in Franken ausgelobt und an Personen verliehen, die sich durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit um die Weiterentwicklung der Hospizidee und

## Palliative Care kompakt

der Palliativmedizin in Franken verdient gemacht haben. Er wird auch an Einrichtungen verliehen, die in herausragender Weise zur Verbesserung

der Sterbebegleitung in Franken beigetragen haben. Die diesjährigen Preisträger sind Ingrid Gerstner vom Hospiz-Verein Hilpoltstein-Roth e.V.,

Dorothea Fink vom Hospizverein Eckental e.V. sowie die **Zentrale Diakoniestation Michelau**. ■

### Palliative Care aus der Sicht von Altenheimbewohnern

## „Weil wir ja alle zum Sterben hier sind ...“

**Kurze Verweildauer, schnell wachsende Sterbestatistiken: Wie geht es eigentlich den Bewohnern in Altenheimen? Ergebnisse aus Interviews zum Thema Palliative Care ermöglichen einen Einblick in die Welt der heutigen Altenheimbewohner.**

Im Eingangsbereich des Altenheimes stehen zwei Engel, in der Mitte von ihnen ist eine brennende Kerze aufgestellt. Auf den Sessel daneben sitzt eine alte Frau mit Rolator, die sich gerade von ihren Spaziergang durch die Einrichtung erholt. Sie grüßt sehr freundlich und lächelt kurz und dann steht sie auf um ihren täglichen Spaziergang fortzusetzen. Die brennende Kerze ist ein Symbol dafür, dass an diesem Tag ein Bewohner aus der Einrichtung verstorben ist.

#### Fakten:

Pro Jahr sterben ein Drittel der Bewohner in Altenheimen. Die Tendenz ist steigend

Hospizkultur und Palliativkompetenz ist ein zentrales Thema in dieser niedersächsischen Einrichtung in der sie lebt. Seit zwei Jahren arbeiten die Mitarbeiter intensiv an der Verbesserung der Abschiedskultur in ihrer Einrichtung. Da dieses nah an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert sein soll, wurden Interviews mit Bewohner/innen hierzu geführt. Jede/r Fünfte wur-

de nach einem Zufallsprinzip ausgewählt und fast alle sagten zu. Hier sind die Ergebnisse: Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Bewohner sich nicht als Trauernde verstehen, wenn jemand aus der Einrichtung stirbt. Sie erfahren sich eher distanziert und sind nur in wenigen Fällen selbst betroffen. Freundschaften sind höchst selten, lockere Kontakte untereinander haben die meisten Befragten und einige gaben an, gar keine sozialen Beziehungen in der Einrichtung zu haben. Sie haben aber keine Ablehnung dagegen, mit Tod und Sterben in Kontakt zu kommen. So gab es manche Gefühlsäußerungen über das Sterben von Mitbewohnern. Die stärksten Gefühle treten beim Anblick von sterbenden und toten Menschen auf sowie bei der großen Zahl von rasch hinter einander weg Sterbenden.

*„Ich habe nur zu meiner Tochter mal gesagt, weil sie ja nun zu weit weg ist ... Wenn, dann möchte ich ein Rasengrab haben, wo du nichts bepflanzen musst und so weiter. Wo du mit dem Rasenmäher drüber gehen kannst, und alles hat seine Richtigkeit. Ich möchte wenig Arbeit hinterlassen.“*

Das Sterben der Mitbewohner und der Kontakt zu Sterbenden und Toten

bringen die Heimbewohner in Verbindung mit dem eigenen Sterben. 68 % der Befragten haben konkrete Gestaltungswünsche nach ihrem Tod. Und viele haben bereits mit der konkreten Umsetzung begonnen. Zu den meist geäußerten Wünschen gehören jene zu Ort und Art der Bestattung, Grabstelle, Grabstein, Kleidung, die zur Beisetzung getragen werden soll, sowie Ideen zur Zeitungsanzeige und zur Gestaltung der Beerdigungsfeier.



Cornelia Wichmann

*„Mein Sohn sollte dann auf jeden Fall da sein und ich möchte nicht ersticken. Ersticken stell ich mir schlimm vor und Schmerzen – Schmerzen will ich auch nicht haben, am Besten es geht alles ganz schnell und ohne viel Unangenehmes.“*

Auch zu Ängsten in der Sterbephase habe ich die Bewohner befragt. Bewohner haben am meisten Angst vor Krankheitssymptomen (Schmerzen, Luftnot, Orientierungslosigkeit), vor medizinischer Überversorgung sowie vor einer langen Leidenszeit. ■

### Qualitätskontrolliert Sterben?

## Pro und Contra zur Sy-M-Pa-tischen Pflege

Im den letzten drei Montane wurde die Debatte um Qualitätskontrolle in der Pflege heftig angeheizt. Auch und gerade Pflegeheime stehen im Mittelpunkt von Medienartikeln und Bücher. Und die letzte Bastion der Pflege, die Begleitung der Sterbenden, soll auf jeden Fall frei bleiben

von jeglicher Vereinheitlichung – so Professor Heller in einem Vortrag in München. Anders sieht es ein Arbeitskreis der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Definitionen und Mindestanforderungen vorlegt für eine SY-stematische, M-essbare, PA-lliativkompetente – kurz

gesagt – SyMPa-tische Pflege. Teilen Sie uns mit, wo Sie stehen, was Sie brauchen! Wo geht die Reise hin?

Ihre Ansprechpartnerin im Verlag:  
Kerstin Kubernus  
Kerstin\_Kubernus@behrs.de

## Contra

Ein Wortbeitrag zur Diskussion gehalten am 4.10.2007 in München von Prof. Andreas Heller, Wien, IFF für Palliative Care und Organisationsethik: „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun und zu lassen. Wie alte Menschen menschenwürdig sterben können“<sup>1</sup>.

In Deutschland hat sich in den letzten 10 und dann beschleunigt in den letzten 5 Jahren in den Altenhilfeeinrichtung Bemerkenswertes getan. Die Hospizidee, das Konzept der Palliativversorgung, hat Resonanz gefunden und zwar deutlich und nachhaltig und eine Entwicklung in Gang gesetzt, deren Ende noch nicht abzusehen ist. Was heißt menschenwürdig sterben in Pflegeheimen? Sterben ist keine Krankheit, sondern ein Teil menschlichen Lebens. Es geht doch darum, das Sterben weder zu beschleunigen noch zu verlangsamen, deutliche Kritik an der aktiven Euthanasie und der Maximaltherapeutisierung durch die moderne Intensivmedizin etc. Es geht darum, die Eigenzeitlichkeit und den Eigensinn des Lebens zu akzeptieren. Menschen leben nicht nach Schema, haben Schmerzen nicht nach Schema, und sie sterben nicht nach Schema und können auch nicht nach Schema F behandelt und therapiert werden.

Bei allen Bemühungen werden wir das Sterben nicht unter Kontrolle bringen. Sollten wir uns im Klaren sein. Schmerzen und Leiden von Menschen sind nicht managebar. Auch wenn ein bestimmter Jargon, dies suggeriert. Leben, Schmerzen, Demenz und Sterben und die Trauer lassen sich nicht und nie unter Kontrolle bringen. Symptomkontrolle, „total pain management“, Schmerz- und Sterbemanagement u. v. m. sozialtechnologische Managementsprache, Plastikwörter, die unterstellt, man würde das Problem mit dem Sterben und den Sterbenden schon „in den Griff“ kriegen. Das sind vielleicht großartige rationalisierte

Abwehrmechanismen, sich mit der existenziellen Bedrohung des Sterbens und der betroffenen Menschen nicht mehr auseinandersetzen zu wollen und zu können.

- Das Sterben von Menschen ist eben nicht fabrikmäßig, im Modus eines omnipotenten Qualitätsmanagements planbar und herstellbar. Es macht auch Angst und provoziert Unsicherheit. Dafür muss Platz und Raum sein, nicht erst in der Supervision, sondern in dem Alltag des Umgangs damit.

- Sterben ist immer auch anarchisch, die Sterbenden entziehen sich auch, und das Sterben bleibt ein Geheimnis, unheimlich vielleicht, aber in jedem Fall nicht seriell nach Zertifikationsstandards herstellbar. Es sei denn um den fürchterlichen Preis einer auf Sterbeproduktion angelegten, „bürokratisch inszenierten Entsorgungspraxis“. Literarisch sind diese Szenarien schon erdacht. Der schwedische Autor Carl-Henning Wijkmark in seinem Theaterstück „Der moderne Tod – Vom Ende der Humanität“, das 1978 erstmals auf Schwedisch, 2001 im Gemini-Verlag in Berlin. Die Ursache der Versorgungsproblematik ist dabei schnell identifiziert: „Und die Wurzel des Übels ist nicht primär, dass die Euthanasie ungesetzlich ist, sondern sie ist es, weil so wenige eine Euthanasie verlangen.“ (Wijkmark, 13). Die beängstigende Lösung bestünde demnach darin, die Selbstabschaffung in die Köpfe der Leute einzupflanzen. Im europäischen Vergleich gibt es bereits Anzeichen der Homogenisierung der Sterbekulturen und der Entwicklung von Euthanasie als adäquate wählbare Dienstleistung, als Alternative zu Palliative Care.

Jeder Versuch, ausschließlich standardisierte Versorgungsmodelle, im Sinne eines linearisierten Prozesses der Qualitätsentwicklung zu entwerfen, scheitert am individuellen Lebensanspruch, an den persönlichen und biographischen Bedingungen und Erwartungen der Betroffenen, an den komplexen Bezügen und Bezogenheiten menschlicher Existenz.

## PRO

AG „Nicht-Tumorpatienten“ Sitzungsergebnis (Rohfassung) vom 30.01.2008 in Köln

### Palliativkompetenz in der stationären Altenhilfe

Einrichtungen der stationären Altenhilfe sind auch Orte palliativer Versorgung. In sehr unterschiedlicher Weise bereiten sie sich deshalb auf diesen erhöhten Versorgungsbedarf älterer, zunehmend kranker Menschen vor. Sie entwickeln dazu eine vertiefte palliative Kompetenz. Dies wird von der DGP als erstrebenswert angesehen und in Zukunft flächendeckend empfohlen. Die DGP hat sich ferner bereits an anderer Stelle zum Versorgungsbedarf älterer Patienten und insbesondere an Demenz erkrankter Menschen geäußert.

Momentan können Einrichtungen palliative Kompetenzen zusätzlich zu ihren vorhandenen Kompetenzen in der Regelversorgung erwerben. Welche Bedeutung diese Kompetenzerweiterung für die Veränderung in der Versorgungslandschaft, für die Vergütung und für die Umsetzung von palliativer Kultur in der stationären Altenhilfe, wird an anderer Stelle geklärt werden müssen.

Die DGP geht von vier Kern-Kompetenzbereichen aus:

#### A) Palliative Bildung

(Wissen, Haltung, Fertigkeiten)

Mitarbeiter/innen sollten zertifizierte Kurse besuchen um palliatives Wissen zu erwerben:

Dabei soll mindestens eine Fach(-pflege-)kraft (nach Möglichkeit eine Fachkraft pro 80 Bewohner oder vier Fachkräfte pro Heim) weitergebildet werden in einem mindestens 160-stündigen Palliative Care Kurs, der auch auf die Bedürfnisse von Heimbewohner/-innen hin ausgerichtet ist. Alternativ oder zusätzlich werden In-House-Schulungen von Multiplikatoren/Mitarbeitergruppen (z. B. „Palliative Praxis“) empfohlen, wobei dann zumindest ein Drittel der Mitarbeiter/innen mindestens 40-stündig qualifiziert ausgebildet werden sollten.

#### B) Umsetzung dieser palliativen Bildung (Prozess/Projekt, Management, Implementierung)

<sup>1</sup> Auszüge aus dem Vortrag gehalten auf Einladung des Bayerischen Sozialministeriums Volltext: <http://www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/dokumentation/ftiw-heller.pdf>

## Palliative Care kompakt

Es wird in der Einrichtung ein hausindividuelles Einrichtungskonzept der Palliativkompetenz erarbeitet und parallel erprobt und umgesetzt. Dieser Projekt-Prozess soll bereits mindestens achtzehn Monate andauern, danach fortgesetzt und dokumentiert werden. In der Projektsteuerung handeln möglichst neben der Leitung und der Pflege auch noch andere Berufsgruppen (Ärzte, Sozialarbeit, Therapie, Seelsorge, Verwaltung) sowie Freiwillige/Betroffene (Angehörige, Heimbeirat, Hospizehrenamtliche) stets unter Einbeziehung verschiedener Hierarchie-Ebenen (auch: direkt Pflegenden, Hilfskräfte, Hauswirtschaft).

### C) Palliativ-Konzept-Erstellung/ tatsächliche palliative Versorgung (Ziele, Ergebnisse)

Die Einrichtung hat eine umfassende Kommunikationskompetenz (mit Bewohnern, im Team, mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen) erworben und umgesetzt.

Sie hat zumindest ein weiteres großes Thema der Palliativkompetenz mit guten Ergebnissen umgesetzt:

- Strukturen der Symptomerfassung und -behandlung
- Einbeziehung von Angehörigen als Mitbetroffene und Partner und die Begleitung von Trauernden
- Regelmäßiger Einsatz von ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen im Heim
- Umsetzung des Bewohnerwillens (ethische Entscheidungen)

Weitere Themen, wie sie bereits 2006 durch die BAG Hospiz – jetzt DHPV – beschrieben wurden, werden nach und nach planmäßig verwirklicht.

Die Einrichtung hat ferner zur eigenen Palliativkompetenz ein einrichtungseigenes Konzept geschrieben oder das vorhandene Einrichtungskonzept ergänzt. Es fanden auch die nötigen Umsetzungsmaßnahmen statt: z. B. durch Entwickeln von Standards, Schulung und Einarbeitung vieler Mitarbeiter. Die Palliativversorgung erreicht die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen.

### D) Nachhaltigkeit/Evaluation (Qualitätssicherung)

Die eigene Zielerreichung wird mit geeigneten Formen überprüft und dort wo möglich gemessen. Es wird festgestellt

und veröffentlicht, ob das erarbeitete Konzept auch wirklich greift. Geeignete Überprüfungsformen zur Palliativkompetenz sind dabei noch zu entwickeln.

### Drei Stufen der Palliativkompetenz von stationären Altenhilfeeinrichtungen nach Definition der DGP:

**I. „Palliativ interessierte Einrichtungen“** erwerben palliatives Wissen und setzen dies möglichst gut um und verwirklichen zumindest den obigen Kern-Kompetenz-Bereich A.

**II. „Einrichtungen mit palliativen Basis-Kompetenzen“** haben das palliative Wissen schon in das Einrich-

tungskonzept überwiegend übernommen. Sie haben in einem längeren Prozess zumindest ein wichtiges Thema umgesetzt und verwirklichen somit die obigen Kern-Kompetenzbereiche A, B und C.

**III. „Palliativkompetente Einrichtungen (nach DGP)“** sind Einrichtungen, die das palliative Wissen überwiegend umgesetzt haben. Sie arbeiten nach einem durchgängigen Konzept. Zusätzlich überprüfen Sie, ob ihre palliativen Versorgungsangebote die Bewohner und andere Mitbeteiligte erreichen. Sie verwirklichen die palliativen Kern-Kompetenzbereiche A, B, C und D. ■

## Palliativkompetenz entwickeln



Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, immer mehr hochaltrige Sterbende in ihrem letzten Lebensabschnitt in Würde zu begleiten. Dieses Praxishandbuch beleuchtet das Thema Sterben aus verschiedenen Blickwinkeln. Die einzigartige Sammlung von Erfahrungsberichten, Arbeitshilfen und Mustervorlagen spart Ihnen wertvolle Zeit, die Sie für die Pflege und Betreuung Ihrer Bewohner und Patienten nutzen können.

Herausgeber: J. Steurer  
2 Ordner Loseblattsammlung, DIN A4, ca. 600 Seiten, 18 Folien, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care Kompakt“

ISBN 978-3-89947-368-1  
mit Behr's NewsService  
89,50 zzgl. MwSt.

Besuchen Sie uns auf der Altenpflege + ProPfleger 2008 in Hannover vom 12.02. – 14.02.2008 Halle 5 Stand A43

### BEHR'S... NewsService

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

Unsere aktuellen Angebote bestellen Sie per  
Telefon: 040 - 227 008-0 E-Mail: info@behrs.de  
Telefax: 040 - 220 10 91 Internet: www.behrs.de

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

## 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

3. Aktualisierungslieferung 02/2008

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