

PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer
Herausgeber

Liebe Leserin, lieber Leser,

„Die gefühlte Lebensqualität steigt vor dem Sterben bei einer guten palliativen Versorgung nochmals deutlich an,“ das ist kurz gefasst das Ergebnis von verschiedenen Studien an der Universitätsklinik Großhadern in München. Und was für onkologisch erkrankte, jüngere Patienten gilt, das könnte auch für ältere Menschen in der häuslichen Pflege und im Pflegeheim gelten.

Durch die verbesserte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Schmerztherapeuten, durch eine gezielte Palliativpflege, durch den Einsatz von Ehrenamtlichen durch eine gutes Zusammenwirken mit den Angehörigen kann die gefühlte Lebensqualität tatsächlich steigen, auch wenn das Ende naht. Insofern ist Palliative Care nicht die Mangelverwaltung und eine reine Linderung von Kleinigkeiten bis schließlich nichts mehr geht. Mittels der Palliativpflege können die älteren Menschen daheim und im Heim wieder eine Lebensqualität erlangen, die sie eventuell länger schon vermisst hatten. Sterbebegleitung wird somit zur Lebensbegleitung. Der aktuelle Newsletter und die Aktualisierungslieferung zum Buch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ weisen auf neue Finanzierungsmöglichkeiten hin und widmen sich den Fragen der Ethik und der besseren Behandlung.

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

Mit Praktikern im Gespräch

Vom Palliativprojekt zum gelebten Alltag

„Es sind die vielen Kleinigkeiten, die eine Einrichtung verändern können.“

Verloren gegangene Grundsätze der Begleitung Sterbender in den Mittelpunkt stellen und mit neuen Möglichkeiten von Palliative Care kombinieren

Den Mitarbeitern des evangelischen Alters- und Pflegeheimes Lehrte, Rosemarie-Nieschlag-Haus, ist die Hospizkultur und Palliativkompetenz in ihrer Einrichtung besonders wichtig. Im Herbst 2006 haben sie an einer Projektwerkstatt zur Implementierung von Palliativwissen PWI® teilgenommen. Zusammen mit acht weiteren diakonischen Einrichtungen aus Niedersachsen machten sie sich anderthalb Jahre auf den Weg, um in ihrer Einrichtung palliatives Wissen umzusetzen. In dieser Zeit hat sich die Einrichtung sehr gut entwickelt und erhielt für ihre Umsetzung den niedersächsischen Hospizpreis (wir berichteten) und im April 2007 das Zertifikat zum „Palliativkompetenten Pflegeheim“. Alle Mitarbeiterinnen – auch diejenigen, die nicht in der Pflege ar-



Johannes Reese,
Heimleiter

beiten – wurden in einer 40-stündigen Schulung mit der Hospizkultur vertraut gemacht und fünf Mitarbeiterinnen haben einen 160-stündigen Palliativkurs besucht.

Ein knappes Jahr

nach dem Projektende erhalten alle Mitarbeiter einen zweitägigen Aufbaukurs und es wird Bilanz gezogen: Hat das Projekt etwas gebracht? Hat sich der Heimaltag wirklich verändert? Die BEHR's-Autorin Cornelia Wichmann fragt beim Heimleiter Johannes Reese und der Pflegedienstleitung Dora Hagen nach: Wie sehen Sie die Entwicklungen und die Fortschritte in Ihrer Einrichtung?

Wichmann: Ihre Einrichtung hat im Herbst 2006 an der Projektwerkstatt zur Umsetzung von palliativem Wissen teilgenommen. Warum haben Sie sich dafür entschieden?

weiter auf Seite 2

In dieser Ausgabe lesen Sie

Vom Palliativprojekt zum gelebten Alltag	1
Palliative Wege: Kompetenzen für morgen	4
Zuhause Sterben im Pflegeheim	5
Debatte über Patientenverfügung	6
Versorgungsverträge abgeschlossen	6
Kurzmeldungen	8

Reese: Unser Dachverband, das Diakonische Werk, hat uns ein gutes Angebot zur Teilnahme an der Implementierung von Palliative Care vorgelegt. Dieses weckte unser Interesse, weil wir schon vorher begonnen hatten, uns mit dem Thema Sterben im Heim auseinander zu setzen. Wir haben schon immer palliative Ansätze in unsere Arbeit integriert. Der überwiegende Teil unserer Bewohner lebt hier bis zu seinem Lebensende. Ein großer Teil von ihnen stirbt auch hier. Die Begleitung, die wir unseren Bewohnern bieten, bezieht sich auf ihr Leben und auch auf ihr Sterben, und so verstehen wir auch palliative Pflege. Wir sehen die Sterbebegleitung als eine generelle Aufgabe unserer Einrichtung, und ein Projekt zu diesem Thema sahen wir als Chance, diesen Bereich in unserer Einrichtung zu erweitern und die Facetten, die wir bereits leisten, nochmals zu vertiefen. Besonders wichtig war uns dabei auch, dass wir Schwerpunkte mit aufnehmen, die in der modernen Diskussion im palliativen Bereich wichtig geworden sind, z. B. das Schmerzmanagement, das biographische Arbeiten und die adäquate Begleitung des Sterbeprozesses.

Wichmann: Sie sagten, dass Sie sich schon vor der Implementierung mit dem Thema Sterben im Heim auseinandergesetzt haben, was haben Sie konkret gemacht?

Reese: Die Sterbebegleitung gehört zu den Grundsätzen des diakonischen Gedankens. Anfangs haben wir uns bemüht, die Bewohner im Zusammenwirken mit den Angehörigen in der Sterbephase kontinuierlich am Bett zu betreuen. Allerdings wurden durch zunehmende Bürokratie und neue Vorgaben für Dokumentation und Qualitätsmanagement die Personalressourcen für die direkte Betreuung der Bewohner immer knapper. Das wirkte sich auch auf die Möglichkeiten der Sterbebegleitung durch Mitarbeiter aus. Diese waren nicht glücklich damit; sie wollten präsent sein, aber die Zeit reichte nicht aus. Und da kam das Angebot der Implementierung wie gerufen.

Hagen: Wir haben in den 90er Jahren in Absprache mit dem Heimbeirat bereits einiges umgesetzt, z. B. werden Ver-

storbene durch eine feierliche Aussegnung verabschiedet, und die Bestatter holen unsere Verstorbene mit einem Sarg durch den Haupteingang ab. Damals wussten wir nicht, dass es was Besonderes war.

Palliativausbildungen umsetzen

Wichmann: Im Herbst 2006 haben Sie mit der Projektwerkstatt Implementierung begonnen, wie haben Sie in Ihrer Einrichtung mit dem Projekt angefangen?



Dora Hagen,
Pflegedienstleiterin

Hagen: Schon vor Beginn des Projektes war uns wichtig, die Mitarbeiter für das Thema Palliative Care zu gewinnen, deshalb haben wir Schulungen zur Sensibilisierung angeboten. Jeder Mitarbeiter hat eine 20-stündige Schulung erhalten mit dem Ziel, über das Thema Sterben im Altenheim ins Gespräch zu kommen. Danach begann die Projektwerkstatt Implementierung. Eine Kollegin aus der Pflege und ich haben daran teilgenommen. In der ersten Woche, im November 2006, ging es dort um Projektmanagement, wir haben sehr viel aus dieser Fortbildung mitnehmen können. Am Anfang weiß man nicht genau, wie man beginnen soll, und der Berg, vor dem man steht, scheint unüberwindbar zu sein. In der PWI haben wir wirklich gelernt, zielorientiert und planmäßig zu arbeiten. Wir haben erfahren, wie man ein solches Projekt in Etappen einteilt und realistische Zwischenschritte zu planen.

Wichmann: Neben der Teilnahme an der Projektwerkstatt sollte auch mindestens eine Mitarbeiterin am Palliative Care-Basiskurs teilnehmen. Wie haben Sie das realisiert?

Hagen: Anfang des Jahres 2007 haben wir 5 Mitarbeiter in Palliative Care (160 Stunden) weiterbilden lassen. Uns ist das Projekt sehr wichtig, und wir sind der Meinung, dass jeder Wohnbereich eine Fachkraft benötigt, um das Projekt weiter zu entwickeln. Ich halte die Weiterbildung von nur ei-

ner Mitarbeiterin für Geldverschwendung. Eine weitergebildete Mitarbeiterin hat es sehr schwer, neue Ideen in die Einrichtungen zu bringen. Fünf Mitarbeiter können sich gegenseitig stützen und austauschen. Uns ist die Schulung von Mitarbeitern prinzipiell sehr wichtig. In diesem Jahr haben wir begonnen, allen unseren Mitarbeitern eine In-House-Schulung in Palliativer Praxis (40 Stunden) zu geben. Diese Schulung kam bei den Teilnehmern sehr gut an. Wir werden nun jährlich Veranstaltung zur Wissensauffrischung anbieten.

Wichmann: Sie haben in Ihrer Einrichtung auch eine Projektgruppe zur Palliativversorgung, die sich im besonderen Maße um die Umsetzung kümmert. Können Sie dazu etwas berichten?

Hagen: Wir haben seit 2007 eine interdisziplinäre Projektgruppe, die aus 10 Teilnehmern besteht. Mitglieder dieser Gruppe sind eine Palliativmedizinerin, eine Angehörige, eine Verwaltungskraft, drei Mitarbeiter aus der Pflege, ein Vertreter der Seelsorge, eine Ehrenamtliche, Herr Reese als Heimleiter und ich. Die Projektgruppe hat in dieser Besetzung den Vorteil, dass die verschiedenen Sichtweisen mit integriert werden. Zu Beginn haben wir uns einmal im Monat für zwei Stunden getroffen. Jetzt hat sich das so etabliert, dass wir uns ca. 6 x jährlich treffen. In dieser Projektgruppe planen wir Ziele und Maßnahmen, die die Entwicklung der Palliativversorgung vorantreiben.

Wichmann: Sie haben eine ganze Menge an Schulungen der Mitarbeiter und Ausbildung von Ehrenamtlichen angeboten. Wie haben Sie das finanzieren können?

Reese: Die Schulungen der Mitarbeiter waren sehr aufwendig und würden finanziell unser normales Fortbildungsbudget übersteigen. Wir haben einen großen Teil aus unserem Fortbildungsbudget genommen, speziell auch für die Mitarbeiter. Aber weitergehende Dinge wurden von einer Stiftung, die sich in Lehrte gegründet hat, finanziert. Ferner haben wir von den Zuschüssen des Diakonischen Werkes Hannover für die Implementierung profitiert.

Ziele erreichen

Wichmann: Woran haben Sie in der letzten Zeit besonders gearbeitet?

Hagen: Wir haben eine Gruppe von ehrenamtlichen Hospizbegleitern initiiert. Wir haben in der Zeitung annonciert und ehemalige Angehörige gefragt, ob Sie bereit wären, sich ehrenamtlich in der Sterbebegleitung zu engagieren. Für diese Freiwilligen haben wir die Schulung nach dem Celler Modell ermöglicht. Wir haben nun acht ehrenamtliche Helfer, die verpflichtend 2 Stunden pro Woche in unserer Einrichtung sein sollen, die meisten Helfer bleiben länger. Die Schulung hat knapp ein Jahr gedauert. Meine Hoffnung für die Zukunft ist, dass wir weitere ehrenamtliche Hospizhelfer – auch aus dem Angehörigenkreis – finden und ausbilden können. Gerne hätte ich fünf Ehrenamtliche pro Wohnbereich.

Reese: Wir hoffen darauf, dass wir auf einer Gesamtzahl von 15 Ehrenamtlichen kommen, um deren Einsatz abrechnen zu können. Dadurch kann ein Teil der Kosten für Koordination, Anleitung und Begleitung finanziell aufgefangen werden. Wir würden zukünftig gerne eine Mitarbeiterin mit einem Teil ihrer Stelle für diese Aufgaben freistellen. Dies wird gemäß § 39a Abs. 2 SGB V im Rahmen der Förderung der ambulanten Hospizarbeit seit der Gesundheitsreform im April letzten Jahres auch in Pflegeheimen finanziert.

Wichmann: Haben Sie zu dem Ehrenamtlichen-Projekt weiteres in ihrer Einrichtung umsetzen können?

Hagen: Wir haben viele kleine Aspekte umgesetzt, besonders in der Pflege von Bewohnern, aber auch Abschiedsrituale sind in unserer Einrichtung entstanden, so z. B. die Erinnerungsecke. Jeder Wohnbereich hat eine Ecke, in der nach dem Tod von Bewohnern ein Foto aufgestellt und eine Kerze angezündet wird und Gegenstände, die man mit der Person verbindet. In einem Buch haben die Angehörigen die Möglichkeit, Erinnerungen oder Gedichte aufzuschreiben.

Außerdem haben wir im letzten Frühjahr ein Treffen für Angehörige der Bewohner, die im Jahr 2007 verstorben sind, geschaffen. Dazu gehören

ein Moment der Besinnung und des Erinnerns, aber auch die Begegnung und der Austausch untereinander. Wir möchten damit die Angehörigen animieren, mit uns in Kontakt zu bleiben. Häufig sind sie an diesem Tag zum ersten Mal nach dem Tod ihres Angehörigen wieder in der Einrichtung. Dieser Tag hat sehr viel positive Resonanz bekommen, nicht nur von den Angehörigen, sondern auch von unseren Mitarbeitern, die sich schließlich auch von Angehörigen durch den Tod des Bewohners trennen.

In die Öffentlichkeit gehen

Wichmann: Ein guter Abschied von den Angehörigen ist auch schon ein erster Schritt in Richtung Öffentlichkeitsarbeit. Haben Sie mit dem Projekt die Öffentlichkeit gesucht?

Reese: Die Öffentlichkeitsarbeit hat im Grunde mit dem niedersächsischen Hospizpreis begonnen. Seine Verleihung hat auch die Stadt Lehrte interessiert wahrgenommen. Sie haben den Preis finanziell noch etwas aufgestockt. Auch die Presse hat im Zuge der Preisverleihung positiv über unsere Einrichtung geschrieben. Eine weitere Aktivität war auch die Bewerbung um das Zertifikat zum Palliativkompetenten Alten- und Pflegeheim. Das Zertifikat hängt in unserem Eingangsbereich und ist für alle Besucher ersichtlich. Auch die ehrenamtliche Arbeit wurde in der regionalen Presse veröffentlicht. Wir gehen auch mit diesem Thema an die Öffentlichkeit, wir haben unser Projekt auf der Alten-

pflagemesse in Hannover im letzten Jahr präsentieren können.

Wichmann: Wie kommt das Projekt bei den Angehörigen und Bewohnern an?

Hagen: Sehr gut. Wir haben bisher nur positive Resonanzen wahrgenommen. Wir hatten mit dem Heimbeirat ein Gespräch über das Projekt, und die Bewohner gaben uns auch zurück, dass sie das Thema gut finden und haben sich gewünscht, dass ein Gesprächskreis zu existentiellen Themen initiiert wird. Das planen wir derzeit in unserer Projektgruppe.

Wichmann: Ist die Palliativversorgung wichtig für Qualitätsprüfungen?

Reese: Derzeit ist es für die offiziellen Qualitätsprüfungen, wie Heimaufsicht und MDK-Prüfungen, noch nicht sehr relevant. Aber wir beteiligen uns derzeit bei einem Pilotprojekt der Bundesinteressenvertretung der Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA, www.heimverzeichnis.de), die haben begonnen, ein Altenheimverzeichnis ins Internet zu stellen, in dem sie Altenheime bewerten und beschreiben. Die achten auch auf den Umgang mit Sterbenden. Denen geht es nicht so sehr um die Pflegequalität und nicht so sehr um die Erfüllung von Normen, sondern um die Lebensqualität.

Mitarbeiter begeistern

Wichmann: Konnten Sie bei Ihren Mitarbeitern Veränderungen wahrnehmen, seit sich die Einrichtung mit dem Thema auseinandersetzt?

Reese: Die Mitarbeiter sind sensibler geworden. Das bedeutet, dass ihnen zum einen ihre Grenzen bewusst geworden sind, dass sie zum anderen aber auch neue Möglichkeiten entdecken.

Hagen: Ich habe festgestellt, dass die Pflege kreativer geworden ist. Die Pflegekräfte stellen viel selbstverständlicher mal eine Duftlampe auf oder überlegen, was dieser Bewohner in seiner letzten Lebensphase brauchen könnte. Auch bei der Gestaltung der Abschiedsecke geben sich die Mitarbeiter viel Mühe und ich glaube, dass es ihnen auch Freude macht. Bei der palliativen Arbeit und im Projekt



Frau Hagen empfängt Gratulationen zum Zertifikat des Heimes

Palliative Care kompakt

sind auch die Mitarbeiter gefordert, mein Eindruck ist, dass sie motiviert sind, dass sie sich selber einbringen können. Ferner ist das Sprechen über das Thema Sterben und Tod untereinander natürlicher geworden, aber auch mit den Bewohnern und den Angehörigen. Und bei den Aussegnungen ist mir aufgefallen, dass die Mitarbeiter vermehrt daran teilnehmen und nicht mehr so distanziert sind. Sie erlauben sich auch, bewusst Abschied zu nehmen von den Bewohnern.

Sich Vernetzen

Wichmann: Sind sie mit anderen Leistungsanbietern vernetzt?

Reese: Es gibt in Lehrte einen Runden Tisch zur Palliativversorgung, da sind Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Kirche, Hospizdienst, Selbsthilfegruppen usw. miteinander vernetzt. Wir befürchten, dass Altenheime in solchen Netzwerken nicht ausreichend mit einbezogen werden. Es geht dort viel um Krankenhäuser, es geht um ambulante Dienste aber nicht so sehr um Altenheime. Das war für uns ein Grund, uns mit einzubringen und unser Anliegen auch politisch zu vertreten. Wir versuchen auch, unsere Leistungsangebote über das Netzwerk bekannt zu machen. Im runden Tisch sind Leistungsanbieter der verschiedenen Schwerpunkte tätig. Und wir haben den Schwerpunkt der palliativen Versorgung für den alten, pflegebedürftigen Menschen und müssen diesen Schwerpunkt auch politisch vertreten.

Wichmann: Wie ist die Zusammenarbeit mit Ärzten?

Hagen: Sehr gut. Da haben wir wenige Schwierigkeiten. Wir haben sehr viele gute Hausärzte, die auch sehr kooperativ sind. In unserer Projektgruppe ist eine Palliativmedizinerin, die wir immer anrufen können, auch wenn wir Schwierigkeiten mit Ärzten haben. Sie übernimmt dann die Absprache mit den Hausärzten, und das funktioniert sehr gut.

Kosten und Nutzen

Wichmann: Können Sie den pflegerischen Mehraufwand, den sie möglicherweise haben, irgendwie geltend machen? Und würden Sie sich mit dem heutigen Wissen noch mal für ein solches Projekt Implementierung entscheiden? Mit dem Wissen, wie aufwendig die Umsetzung ist und auch mit den Kosten?

Reese: Ich habe bisher noch keinerlei Anhaltspunkte zu sagen, das würde uns jetzt finanziell auf bessere Wege führen. Ich habe Hoffnungen, in Zukunft SGB V-Leistungen im Sinne der spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung abrechnen zu können. Das wäre zum Teil eine Refinanzierung der Leistungen, die wir heute schon anbieten. Dennoch würden wir uns jederzeit erneut für ein Palliativprojekt entscheiden. Es hat uns sehr viel gebracht. Die Einstellung der Mitarbeiter zur eigenen Arbeit hat durch das Projekt einen neuen Antrieb bekommen und ist vertieft worden. Dann denke ich, dass die

Kundenzufriedenheit deutlich größer geworden ist und auch die Darstellung in der Öffentlichkeit. Wir haben dieses Projekt nicht gestartet, um einen finanziellen Gewinn zu erzielen, sondern um in vorhandenen Bereichen eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Wir erwarten, dass das zu einer weiterhin guten Auslastung beiträgt, die auch jetzt schon bei 98 % liegt, dass wir unseren guten Ruf in der Region ausbauen können und dies alles der Lebensqualität unserer Bewohner zu Gute kommt. ■

Johannes Reese, Heimleiter
Dora Hagen, Pflegedienstleiterin
Rosemarie-Nieschlag-Haus, Lehrte
Das Rosemarie-Nieschlag-Haus ist eine diakonische Einrichtung, die 1961 gegründet wurde. Heute leben dort 98 Bewohner auf 5 Wohnbereichen, davon hat sich eine schwerpunktmäßig auf die Begleitung von dementen Bewohnern konzentriert. In der Einrichtung arbeiten 59 pflegende Mitarbeiter in Festanstellung, dazu kommen 15 Altenpflegeschüler.

Im Gespräch mit



Cornelia Wichmann

Cornelia Wichmann, Krankenschwester und Diplom-Sozialarbeiterin, promoviert an der Uni Vechta zu Palliative Care im Pflegeheim

Studie

Palliative Wege: Kompetenzen für morgen

Donata Beckers verfasste im Auftrag der bayerischen Diakonie eine Studie zur palliativen Qualifizierung von Mitarbeitenden in der Altenpflege. Diese wurde bereits vor 15 Monaten intern bei Bayerischen Sozialministerium einem internen Expertenkreis vorgestellt. Sie ist nun in digitaler Form von der Bayerischen Stiftung Hospiz veröffentlicht und frei zugänglich:

PDF-Datei: http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Donata_Beckers_Schriftenreihe_Nr8.pdf

Donata Beckers stellt das Ziel ihrer Studie so vor (Seite 6):

„Wenn Einrichtungen und Träger von einer „praktizierten Hospizkultur“ als wichtiges Qualitätsmerkmal ihrer

Häuser sprechen, möchte man nicht von vereinzelt Maßnahmen einer würdevollen Sterbegleitung sondern von grundlegenden Veränderungsprozessen ausgehen, die auf inhaltlicher, organisatorischer und ethischer Ebene vollzogen werden konnten. Während der 90er Jahre begann eine Pionierphase mit den unterschiedlichsten, an die Rahmenbedingungen der jewei-

ligen Einrichtung angepassten Modellprojekten, die ein Jahrzehnt später Bausteine und Instrumentarien einer nachhaltigen Integration erkennen lassen. Die Aus- und Weiterbildung der Pflegenden, die in Bezug auf Palliative Care im Alter derzeit auf sehr unterschiedlichem Niveau ist, könnte in der Weiterentwicklung ein zentraler Baustein sein für eine nachhaltige Strukturentwicklung der Heimversorgung in Deutschland.

Mit einer Curriculumforschung sowie einer systematischen Erfassung des

Qualifizierungsbedarfes können inhaltliche und strukturelle Schwerpunkte herausgearbeitet werden, um Möglichkeiten eines einheitlichen, für neue Entwicklungsprozesse offenen und ethisch relevanten Curriculums aufzuzeigen. Damit eine spezialisierte Qualifizierung der Pflegekräfte als zentraler Indikator nachhaltiger Hospizkultur im Heim gelten kann, bedarf es allgemeingültiger und vereinheitlichter Qualitätskriterien, die variabel bleiben für dynamische Anpassungsprozesse aufgrund der sich ständig än-

dernden Bedingungen und Strukturen.

„Letztlich muss es dem Versorgungssystem gelingen, auf finanzierender und politischer Ebene zu vermitteln, dass Palliative Care eine qualitativ hochwertige und erfolgreiche Dienstleistung ist“ (HEIMERL 2000a, S. 159). Dabei geht es auch um Qualitätsentwicklung und professionelle Standards, die immer die ethische Ebene würdevoller Hospizkultur in der Weiterbildung mit einschließen müssen.“ ■

Fachtagung

Zuhause Sterben im Pflegeheim

Weiter wächst das Interesse an Palliative Care im Pflegeheim: Viele Besucher und intensive Diskussionen zu diesem Thema gab es auf der Fachtagung Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenpflegeheim.

Am 22. Januar fand an der Fachhochschule Braunschweig-Wolffenbüttel eine Fachtagung zum Thema Hospizkultur und Palliativversorgung in Altenpflegeheimen statt. Der Tagungssaal war mit über 160 Teilnehmern bis auf den letzten Platz besetzt, unter ihnen waren Pflegenden und Vertreter von vierzig Altenheimen, einem dutzend Hospizinitiativen sowie einige Mediziner und Studierende. Zu den Referenten zählte Prof. Dr. Karin Wilkening, die sich schon seit vielen Jahren für die Situation der sterbenden Menschen in Altenheimen stark einsetzt, und Dr. Jochen Steurer, der deutschlandweit viele Altenheimen im Bereich Palliative Care schult, sowie als Hauptreferent der Österreicher Karl Bitschnau, Leiter der Hospizbewegung Voralberg und stellvertretender Leiter von Hospiz Österreich, dem Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Er beschrieb sehr anschaulich das von ihm konzipierte und durchgeführte Palliativversorgungsmodell aus Voralberg. Die Besonderheit des Voralberger Modells ist, dass die Palliativversorgung in Altenheimen von Beginn an mit in den Blick genommen wurde. Palliativstationen wurden erst

nachrangig gegründet. Beeindruckend war die Darstellung der finanziellen Unterstützung der Heime bei der Erarbeitung der eigenen Palliativkompetenz. Die Altenheimen selber müssen sich lediglich um die Freistellung der Mitarbeiter für Palliativkurse und Palliativprojekte kümmern, die Kosten für Fort- und Weiterbildungen teilen sich die Landesregierung Voralbergs, die Kommunen und Hospizvereine. Zeit für Diskussionen über die Referatsinhalte und die Möglichkeit zum Austausch gab es in der Mittagspause. Zudem haben in einer Posterausstellung fünf Altenheimen ihre Umsetzung von Palliativwissen und ihre Projekte dargestellt.

Am Nachmittag fanden sechs Workshops zu folgenden Themenbereichen statt: Sozialarbeit, Einbeziehung von Palliativmedizinerinnen, Freiwilligenarbeit gestalten, ethische Fallbesprechung, Vernetzung mit Palliativstützpunkten und ein Expertenforum Palliative Care im Heim mit der Frage der zukünftigen Entwicklung.

Der Fachtag endete mit einer Podiumsdiskussion zum Thema: „Was kann ein Heimbewohner an Palliative Care in Zukunft erwarten? Und wie gelingt es, dass Heime nicht weiter als palliative Dienstleister vergessen werden?“ Auf dem Podium waren die gesundheitspolitische Sprecherin der FDP, ein Vertreter eines Wohlfahrtsverbandes, die Vorsitzende der LAG

Hospiz und Experten aus dem Bereich der Weiterbildung und Palliativmediziner sowie der zuständige Vertreter des VdeK vertreten.

Das Fazit der Tagung: Palliativversorgung im Altenheim wird von allen für sehr wichtig gehalten. Die Palliativversorgung alter Menschen benötigt besondere Kompetenzen, z. B. in der Begleitung von Demenzerkrankten oder im Schmerzassessment bei kommunikationsunfähigen Menschen. Ein palliativmedizinisches Spezialteam ist bei der Versorgung von multimorbiden alten Heimbewohnern nur dann sinnvoll, wenn die Teammitglieder auch Erfahrungen und Wissen im Bereich der Geriatrie haben. Hierauf ist bei Abschluss von Versorgungsverträgen zu achten. ■

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
7. Aktualisierungslieferung 01/2009

Redaktion: Kerstin Kubernus

Alle Rechte – auch der auszugswweisen 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

Bundestag

Debatte über Patientenverfügung

Der Bundestag beschäftigte sich in erster Lesung am 21.01.2009 mit den verschiedenen Gesetzes-Entwürfen zur stärkeren Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Dazu veröffentlichte im FAZ-Bioethik Blog (www.faz.net) der Hamburger Rechtsanwalt, Ethikexperte und freier Journalist der Frankfurter Allgemeinen Zeitung Oliver Tolmein:

Eine Bundestagsdebatte ist, behaupte ich hier als Freund spontaner, dialogischer Auseinandersetzung, so interessant, gut und klug wie die dort gestellten Zwischenfragen, die gegebenen Zwischenantworten und die Zwischenrufe es sind. Die 75 Minuten, in denen die deutschen Parlamentarier (zehn) und Parlamentarierinnen (drei plus eine Vizepräsidentin), gestern, am Mittwoch, über Gesetzentwürfe zu Patientenverfügungen debattierten, waren insoweit recht gelungen. Auch wenn einige Abgeordneten ihre Redeminuten ganz ohne Unterbrechung abarbeiten mussten, gab es doch

gelegentlich recht erhellende Konfrontationen. Zum Beispiel zwischen dem SPD-Abgeordneten René Röspel und dem FDP-Politiker Michael Kauch. Röspel erläuterte am Beispiel der Patientenverfügungen „wenn ich einmal dement bin, möchte ich keine medizinische Behandlung mehr“, warum eine scheinbar einfache Regelung im Ergebnis nicht den Patientenwillen stärkt, sondern schwächt:

„Weil der Arzt nämlich nicht die Entscheidung treffen wird, wie eine Patientenverfügung, die nicht hinreichend belegt ist, auszulegen ist. Er wird darauf verweisen, dass das nicht seine Entscheidung ist, und letztlich werden die Vormundschaftsgerichte darüber entscheiden müssen.“

Kauch, der Verfechter einer möglichst einfachen, wie es heute so schön heißt, niedrigschwelligen Regelung für Patientenverfügungen, wollte dieser Sichtweise entgegentreten und verwies auf die Begründung des auch von ihm unterzeichneten Stünker-Gesetzent-

wurfes, die seiner Meinung nach dieses Problem löst:

„Indem wir im Gesetzentwurf vorgesehen haben, dass stets der aktuelle Wille Berücksichtigung finden muss und dass in der Begründung zu diesem Gesetzentwurf der aktuelle Wille in Verbindung mit dem Demenzfall ausdrücklich näher beschrieben worden ist. Darin steht nämlich, dass wir an dieser Stelle im Demenzfall die aktuellen, auch nonverbalen Äußerungen des Patienten beachten müssen.“

Beschließt der Bundestag kein neues Gesetz, bleibt es bei der alten Rechtsprechung, die auch viele Unsicherheiten mit sich bringt. Am 4. März 2009 findet nun eine Anhörung im Rechtsausschuss statt. ■

Buchempfehlung: Oliver Tolmein: Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung. Goldmanns Taschenbücher

Presseerklärung zur SAPV im Saarland

Versorgungsverträge abgeschlossen

Integrierte Palliativversorgung im Saarland jetzt landesweit als Versorgungsangebot der Ersatzkassen und der AOK für Schwerstkranke ausgeweitet

21. Januar 2009 – AOK – Das Saarland ist das erste Bundesland, in dem jetzt flächendeckend eine integrierte ambulante Palliativversorgung mit spezialisierten Teams startet.

Vor knapp 3 Jahren begann im Großraum Saarbrücken das Projekt „Integrierte Versorgung Optimierte Palliativversorgung“ der Ersatzkassen und der AOK mit dem Ziel, schwerstkranken Menschen die letzte Phase des Lebens in häuslicher Umgebung zu ermöglichen, wann immer dies möglich und gewünscht ist.

Mit Beginn des Jahres wurde das erfolgreiche Modell auf das gesamte Saarland ausgeweitet. Neben dem bereits etablierten Palliative-Care-Team in Saarbrücken arbeiten seit Beginn des Jahres jetzt auch Teams in den Regionen Saarlouis/Merzig und Neunkirchen/St. Wendel. Versicherte der Ersatzkassen und der AOK mit einer unheilbaren Erkrankung, wie z. B. Patienten mit Krebs, AIDS, neurologischen und chronischen Erkrankungen, im Endstadium können das Angebot der Integrierten „Optimierten Palliativversorgung“ damit im ganzen Saarland in Anspruch nehmen.

Im Vordergrund steht die Verbesserung der für die Versorgung notwendigen Kommunikation und Abstimmung

der palliativmedizinischen Behandlung der beteiligten Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Apotheken, Krankengymnasten und weiterer Leistungserbringer durch ein integriertes palliatives Casemanagement. Die multiprofessionellen Palliative-Care-Teams koordinieren die Unterstützung bei medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Problemen, die mit dem Krankheitsverlauf verbunden sind. Durch eine vorausschauende Symptomkontrolle und eine palliative Notfallplanung soll die palliative Versorgung insbesondere in der häuslichen Umgebung stabilisiert werden. Für auftretende Notfälle, z. B. in der Nacht oder am Wochenende, wird eine fallbezogene Rufbereitschaft

der beteiligten Ärzte im Rahmen der integrierten Versorgung organisiert.

Palliative-Care-Team

In jedem Palliative-Care-Team arbeiten Ärzte/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Sozialarbeiter/-innen jeweils mit palliativmedizinischen Qualifikationen zusammen. Mit der Einrichtung der Teams wurde die Voraussetzung geschaffen, dass die für eine gute Zusammenarbeit wichtigen weiteren Vertragspartner beitreten können. Mögliche Vertragspartner sind die niedergelassenen Ärzte, Pflegedienste und Kliniken der einzelnen Regionen.

Kinderteam

Um die besonderen Belange von Kindern und ihren Eltern in dieser schwierigen Lebenssituation besser berücksichtigen zu können, wurde ein spezielles „Kinderteam“ eingerichtet. Hierfür wurden eine Kinderärztin, eine Kinderkrankenschwester und eine Sozialarbeiterin, jeweils mit einer palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Weiterbildung eingestellt.

Hintergründe

Noch sterben in Deutschland 75 % aller Patienten im Krankenhaus, 20 % in Pflegeeinrichtungen und nur 5 % aller Menschen sterben zu Hause. Die ersten Auswertungen des Projektes im

Großraum Saarbrücken belegen, dass hier eine deutliche Verschiebung möglich ist. Nur eine geringe Zahl von Patienten wird palliativ-medizinisch versorgt. Oftmals sind einzelne Leistungserbringer sehr engagiert, haben aber keine Transparenz über die Arbeit der anderen. Dadurch widersprechen sich die Behandlungsziele, schmerzlindernde Leistungen, die die Erkrankung erträglicher machen und Lebensqualität ermöglichen können, werden unzureichend gewährt. Auch die nicht immer ausreichende Aufklärung und Krankheitseinsicht des Patienten lassen widersprüchliche Ansprüche aufeinander treffen. Mittlerweile haben bereits 444 Patienten das Versorgungsangebot der Ersatzkassen und der AOK in Anspruch genommen. Rund 72 % der verstorbenen Patienten sind nicht in der Klinik, sondern zu Hause, im stationären Hospiz oder im Pflegeheim verstorben. Somit ist das Ziel, möglichst vielen Patienten den Wunsch zu erfüllen, nicht in der Klinik zu sterben, durch die Integrierte Versorgung erfüllt.

Elektronische Patientenakte

Die mit finanzieller Unterstützung des saarländischen Wirtschaftsministeriums entwickelte „Elektronische Patientenakte“ der Firma Medi.As hat sich als gemeinsame Kommunikationsplattform innerhalb des Projektes sehr bewährt. Sie unterstützt die Palliative-Care-Teams bei ihrem integrierten

palliativen Case- und Care-Management. Die für die Versorgung notwendige Kommunikation und Abstimmung der palliativmedizinischen Behandlung, also der beteiligten Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Apotheken, Krankengymnasten und weiterer Leistungserbringer wird so erleichtert.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Zwischenzeitlich wird deutschlandweit aufgrund eines neuen Rechtsanspruchs die flächendeckende Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorbereitet. Mit dem Vertrag der integrierten Versorgung haben die Ersatzkassen und die AOK im Saarland dieser Entwicklung vorgegriffen und Maßstäbe gesetzt, die bei der Entwicklung der Richtlinien und Rahmenempfehlungen zur SAPV berücksichtigt wurden. Bis zur flächendeckenden Umsetzung der SAPV können die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen im Saarland bereits auf einen qualitativ hohen Niveau versorgt werden. ■

Kontakt: Axel Mittelbach,
Verband der Ersatzkassen e. V.
(vdek) – Landesvertretung
Saarland
Talstr. 30, 66119 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 92 67 1 – 17
axel.mittelbach@vdek.com

Eine Systematik der Saarländischen SAPV Verträge finden sich unter <http://www.hospiz-saarland.de/pdf/sapv-anforderungen.pdf>

Vertragsentwürfe (z. B. **Hamburg**: <http://www.pkgodzik.de/VERTRAG%20SAPV-Vertrag%20111108.pdf>; **angestrebter Vergütungssatz: 315 Euro pro Patient und Tag**) liegen im Internet in seltenen Fällen vor.

Der fast unterschriftsreife Vertrag in Bremen steht vor weiteren Ver-

zögerungen (siehe: [http://www.bremen.de/fastmedia/36/107-Dezember-08%20\(K\).287525.pdf](http://www.bremen.de/fastmedia/36/107-Dezember-08%20(K).287525.pdf)).

Nach Auskunft des VdeK in Niedersachsen sind die Verhandlungen weit vorangeschritten, zu weiteren Abschlüssen wird es jedoch nicht vor April 2009 kommen.

Nicht nur in NRW kommt es auf dem Klageweg und in Einzelfallentscheidungen bereits zu Auszahlungen aus dem SAPV-Topf (siehe auch www.sapv.de).

In Schleswig-Holstein stehen die Verhandlungen auch kurz vor einem Abschluss. Vgl. jedoch: http://www.vdak.de/LVen/SHS/Presse/Pressemitteilungen/ambulante_Palliativmedizin.pdf

Nach ersten Informationen scheinen die Kassen dort willig zu sein 180 Euro pro Tag und Patient auszahlend bei in Einzelfällen beantragten und geforderten 275 Euro.

Über den aktuellen Stand der Verhandlungen gibt es monatliche Updates auf www.mediacion.de

Kurzmeldungen

„Es muss alsdann gestorben sein ...“ Symposium

Das erste internationale Symposium zur Hospizkultur und Palliativsorge im Alter steht unter dem Titel „Es muss alsdann gestorben sein“ – es findet vom 28.–30.04.2009 in der Meistersingerhalle in Nürnberg statt. Wichtige Fragen der Versorgung älterer, demenzkranker und sterbender Menschen werden von zahlreichen Referierenden, u. a. Stein Husebø (Norwegen), Marina Kojer (Wien), Reimer Gronemeyer (Giessen), Karin Wilkening (Braunschweig, Zürich), Katharina Heimerl (Wien), Andreas Heller (Wien) und anderen in den Blick genommen.

Verschiedene vertiefende Sessions bieten die Möglichkeit, Herausforderungen der praktischen Arbeit mit den Referierenden und Expert/-innen aus dem Feld zu bearbeiten. Preis: Euro 290,- (inkl. Kulturprogramm, Lunchbuffet und Pausengetränken). Eine Anmeldung ist ab sofort über anna.hostalek@uni-klu.ac.at möglich. Infos über www.mediacion.de – Service – Flyer

Neue Palliativprojekte

Die Caritas im Erzbistum München-Freising wird ab Sommer 2009 sämtliche Pflegedienste und -heime in Palliative Care qualifizieren.

Das DRK Thüringen startet im Mai 2009 im eigenen Bildungszentrum in Bodenstein einen spezifischen Palliativkurs für Mitarbeiterinnen in der Altenpflege.

Parallel findet in Erfurt eine Projektwerkstatt zum Palliativ – Wissen – Implementieren PWI mit 12 Pflegeheimen statt.

Der Kreisverband Stade startete in 2009 in allen seinen fünf Pflegeheimen und einem Pflegedienst ein umfangreiches Palliativprojekt.

SAPV: Jetzt auch bei Eingliederungs-, Kinder- und Jugendhilfe

„Der Bundestag hat die gesetzliche Änderung des § 37 b SGB V zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beschlossen. Damit kann die Leistung ab sofort sowohl in der vertrauten Umgebung zu Hause in der Familie als auch beispielsweise in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden. Bisher sah der gesetzliche Anspruch die SAPV im Bereich der häuslichen Umgebung sowie in stationären Einrichtungen gemäß § 72 SGB XI vor. Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe wurden hierbei nicht ausdrücklich durch das Gesetz benannt. Dies gab Anlass zur Befürchtung, dass die Krankenkassen Kosten für SAPV-Leistungen nicht übernehmen würden, wenn diese in anderen Einrichtungen wie z. B. der Behindertenhilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe erbracht wurden. Das Land Nordrhein-Westfalen hatte deshalb einen entsprechenden Änderungsantrag gestellt. Die Änderung des § 37 b SGB V wird im Februar 2009 vom Bundestag abschließend beraten und tritt nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft. Der gesetzliche Anspruch ist damit präzisiert. Allerdings fehlt es noch immer an Verträgen mit den Krankenkassen, die es Ärzten und Pflegediensten ermöglichen, die SAPV in der Praxis tatsächlich zu erbringen“. (Quelle: Pflege intern)

Palliative Care im Pflegeheim – österreichisches Zertifikat

Im Laufe des letzten Jahres haben sich Mitarbeiter/-innen des Sozialzentrums Altach/Vorarlberg neben sieben anderen Heimen dem Thema „Palliative Care im Pflegeheim“ intensiv gewidmet.

Es wurden auf Grundlage einer Analyse des Heimalltages Maßnahmen for-

muliert, um den Bedürfnissen der Bewohner/-innen noch besser entsprechen zu können. Im Mittelpunkt standen vor allem die Erfassung der individuellen Wünsche der Bewohner/-innen, die Schmerz- und Symptomerfassung, die Schmerztherapie und die Symptomkontrolle.

Die Projektarbeit wurde am letzten Freitag mit der feierlichen Verleihung eines Zertifikates des Landes Vorarlberg abgeschlossen. Palliative Care ist nun im Sozialzentrum Altach implementiert und wird konsequent und nachhaltig umgesetzt.

Weitere Info: <http://www.altach.at/sozialzentrum/pflegeheim/aktuelles.asp>. Ein österreichisches Zertifikat für „Palliative Care im Heim“ ist nach dem Vorbild aus Vorarlberg in Vorbereitung, wie C. Bitschau auf einer Fachtagung in Braunschweig Ende Januar berichtete (siehe oben). Infos unter: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Richtlinien_pcph_08_2008.pdf

Kassen verzögern SAPV-Einführung

Berlin – Ministerium – Die bislang kaum erfolgte Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in die Regelversorgung ist nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums auf das zögerliche Verhalten der Kassen zurückzuführen. „Die Kassen lassen sich deutlich zu viel Zeit mit der Umsetzung des Anspruchs“, sagte eine Sprecherin der „Ärzte Zeitung“.

Bislang haben nur wenige Kassen für die 2007 neu eingeführte Leistung Verträge mit Anbietern geschlossen. Schätzungen zufolge benötigen jährlich bis zu 80.000 Sterbensranke eine SAPV. Dafür stehen in diesem Jahr eigentlich 180 Millionen Euro bereit (Ärzte Zeitung, 4.2.2009). ■