

Palliative Care & Demenz kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Pflege



Dr. Jochen Becker-Ebel



Anita Steininger

Liebe Leserinnen und Leser,

das neue Jahr beginnt bei uns mit einem Wechsel: Frau Waltraud Rebbe beendet aus zeitlichen Gründen ihre langjähriger Tätigkeit als Herausgeberin unseres Newsletters Demenz. Wir danken Frau Rebbe an dieser Stelle ganz herzlich für die konstruktive Zusammenarbeit!

Wir freuen uns sehr, dass wir als Nachfolgerin Frau Anita Steininger gewinnen konnten. Wir möchten Sie Ihnen gerne kurz vorstellen: Frau Steininger ist Altenpflegerin, hat eine Fachausbildung für Gerontopsychiatrie sowie eine Weiterbildung für die Leitung eines Pflegedienstes absolviert. Sie arbeitet u. a. als Dozentin im Fachbereich Gerontopsychiatrie mit dem Themenschwerpunkt Demenz und Sterbegleitung bei Menschen mit Demenz.

Frau Steininger (Rubrik Demenz) wird gemeinsam mit Herrn Dr. Becker-Ebel (Rubrik Palliative Care) unseren Newsletter gestalten. Zukünftig werden unsere zwei Autoren Sie abwechselnd mit einem topaktuellen und interessanten Thema an dieser Stelle begrüßen und informieren.

Für 2011 wünschen wir Ihnen einen guten Start und ein erfolgreiches Jahr! Immerhin verspricht Minister Philipp Rösler, dass 2011 das Jahr der Pflege wird.

Herzliche Grüße

Ihr
Behr's Verlag

Pflegeheim mit Palliativnetzwerk

Offener Umgang mit dem Tabu

Palliativpflege gehört zunehmend zum grundsätzlichen Angebot von Pflegeheimen. Dazu steht gerade der Saarländische Schwesternverband. Deshalb qualifizierten sich vom 17.–21. Januar 2011 fünfzehn weitere Mitarbeiterinnen des Seniorenheims „Haus am Brühlpark“ in Schrozberg, des Hauses St. Josef aus Königheim und vom Haus im Umpfertal aus Boxberg im nördlichen Baden-Württemberg. Damit wurden nun neun Einrichtungen des Schwesternverbandes aus dem Saar-



Die Kursgruppe mit C. Behrens

land, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg in Palliative Care weiterqualifiziert. Dies geschieht nach dem bewährten und bereits über vier-

In dieser Ausgabe lesen Sie

Palliative Care

Offener Umgang mit dem Tabu.....	1
Vernetzte Zuständigkeit für Todkranke.....	3
Sterbende in Pflegeeinrichtungen immer noch unterversorgt.....	3
Mit dem Herzen dabei.....	4
Gemeinsam sind wir besser.....	5
Noch kein Fortschritt.....	5
Schwerpunkt Ethik: Patientenverfügung muss auch in stationären Pflegeeinrichtungen uneingeschränkt gelten.....	6
Dr. Bach ist tot.....	7

Demenz

Bundesfamilienministerin Kristina Schröder für nachhaltige Sicherung der Mehrgenerationenhäuser.....	8
Bestsellerautorin Katrin Hummel liest auf dem Pflegekongress CareDate in Bochum aus ihrem Roman.....	8
Exklusive Foto-Ausstellung von Elisabeth Heinemann auf dem Pflegekongress CareDate in Bochum.....	9
CareDate: Hier trifft sich die Pflege!.....	9
Leitfaden zur Vermeidung körpernaher Fixierung erschienen.....	10
Welt-Alzheimerstag: Neues Internetportal „Wegweiser Demenz“.....	10
Bundesfamilienministerium und Deutscher Pflegeerrat wollen gemeinsam Pflege älterer Menschen sichern.....	11
Malariamedikament könnte gegen Form der Frontotemporalen Demenz wirken.....	11
„Satte Farben vor Schwarz“.....	12
Wissen und Handeln für Pflegekräfte.....	12

Palliative Care

zigmale durchgeführte Modell „Praxis: Palliativ“. Die Dozentin war erneut die Diplom-Theologin Christine Behrens aus Hamburg.

„Praxis: Palliativ“

„Praxis: Palliativ“ ist eine Weiterentwicklung von MediAktion vom Kursprogramm „Palliative Praxis“ der

Robert Bosch-Stiftung (siehe http://www.mediacion.de/praxis_kurse). Entlang eines konkreten Lebenslaufes einer typischen Bewohnerin werden die Phasen der schweren Erkrankung und des Todes in einem Seminar zusammen betrachtet. Die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Palliativpflege werden aufgezeigt, er-

lernt und auf die eigene Praxis umgesetzt.

Sterbebegleitung braucht sich nicht verstecken

Sehr prominent wird auf der Homepage des „Haus am Brühlpark“ auf die Leistungen der Palliativ-Pflege hingewiesen:

Palliativpflege in Schrozberg, Kreis Schwäbisch-Hall

Der Begriff „Palliativ Care“ leitet sich ab vom lateinischen „palliare“: „ummanteln“ und dem engl. Begriff „care“ für „Fürsorge“, „Sorgfalt“ oder „Pflege“.

In dem Bild des „Einhüllens“ wird die umfassende und würdevolle und ganzheitliche Versorgung und Begleitung der Betroffenen beschrieben. Palliativ Care umfasst u. a. eine optimale Schmerz- und Symptomkontrolle sowie eine Erhöhung und Sicherung der individuellen Lebensqualität.

Unser Konzept

Wir wollen eine würdige letzte Lebenszeit für schwer kranke und sterbende Menschen. Dabei begleiten

wir Betroffene und Angehörige mit unserer Fürsorge.

Das Sterben ist kein Tabu. Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, werden Schmerzen und andere Symptome soweit wie möglich gelindert. Würdig sterben, gute und kompetente Begleitung und Pflege sind fester Bestandteil unseres Leitbildes. Die Beachtung der Selbstbestimmung der Bewohner und deren Angehörigen nimmt bei uns im Haus einen wichtigen Stellenwert ein.

- Wir arbeiten in einem multiprofessionellen Team, bestehend aus:
- einem Palliativmediziner
- den Palliativ Care Pflegekräften
- einem Seelsorger
- Hospizmitarbeitern
- der Küchenleiterin

Unsere Fürsorge

- Linderung der körperlichen Beschwerden
- Psychosoziale Begleitung
- Spirituelle Begleitung

Das Angebot richtet sich an alle Bewohner des Hauses. Darüber hinaus stellen wir vier Palliative Care Betten im Wohnbereich 1 zur Verfügung. Aufgenommen werden können Bewohner, die eine Pflegestufe über die Pflegekasse genehmigt oder beantragt haben.

Für Angehörige besteht die Möglichkeit im Zimmer des Bewohners zu übernachten und die Mahlzeiten einzunehmen.

http://www.schwesternverband.net/ssv/content_01/sites/verband/?ID=682&Top_ID=263&level=3

Vernetzt begleiten

Das Haus geht auch gezielt in die regionale Netzwerkarbeit hinein. So fand am



Die erkrankte „Bewohnerin“

26.01.2011 ein öffentlicher Informationsabend statt: Krankheit, Schmerzen und Sterben beängstigen uns Menschen. Um diesen letzten Abschnitt des Lebens gut zu gestalten, braucht es vielfältige Hilfen und Unterstützungsangebote. Aus diesem Grund haben sich der Hospizverein im Kirchenbezirk Blaufelden und der Seelsorgeeinheit Hohenloher Ebene, das Seniorenheim „Haus am Brühlpark“, der Palliativ-Mediziner Dr. Volker Arnold aus Schrozberg sowie die Diakoniestation Blaufelden zu einem Netzwerk Palliative Care zusammengeschlossen. Ziel ist eine abgestimmte und umfassende Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen in der Region. Am Informationsabend am 26. Januar stellten die einzelnen Partner das Projekt im Rahmen einer Podiumsdiskussion vor und standen anschließend für Fragen zur Verfügung. ■

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>
Redaktion: Dr. Arno Langbehn,
Carmen Niesyto

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

Dieser Newsletter ist fester Bestandteil der Loseblattwerke: Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln, Umgang mit Demenz.

Rettungsdienst auf neuen Wegen

Vernetzte Zuständigkeit für Todkranke

Dieses Modellprojekt zeigt eindeutig, veröffentlicht und exemplarisch auf, dass die Zusammenarbeit zwischen Notärzten und Palliativmedizinern gelingen und auch öffentlich kommuniziert werden kann:

Dortmund, 18.01.2011, Gerald Nill. Rettungsdienst und Notärzte wollen die Intensivbetreuung von sterbenskranken Menschen im Notfall in die Hände von speziellen Palliativmedizinern geben. „Ziel ist“, wie Feuerwehrchef Dirk Aschenbrenner erklärt, „dass wir gar keine Einsätze mehr bei Palliativpatienten fahren.“

Die Arbeit der Rettungsmediziner hat sich stark gewandelt, wie der leitende

Notarzt, Dr. Hans Lemke, ausführt. Statt zu Arbeits- oder Verkehrsunfällen fahren sie immer öfter zu Altersheimen. Das binde Kapazitäten und werde den Anforderungen des Rettungsdienstes auch nicht gerecht. Er schloss deshalb eine Vereinbarung mit dem Palliativmedizinischen Konsiliardienst, der seit 2009 in Dortmund besteht.

Zweck der Vereinbarung ist die „Optimierung der Versorgung von Palliativpatienten in einer Notfallsituation“, so Dr. Alfons Gersmann. Bei Palliativpatienten in einer Notfallsituation stelle sich häufig die Frage, welche Behandlung im konkreten Fall angemessen ist. Die Hilfslosigkeit und Unsicherheit der Angehörigen in einer Notfall-

situation führe manchmal zur Alarmierung des Rettungsdienstes, auch wenn der klar geäußerte Patientenwunsch lautet, nicht mehr in einer Klinik behandelt zu werden.

„In solch einer Situation kommt es dann zu unnötigen Aufnahmen ins Krankenhaus“, so die Beteiligten. Lemke: „Aufgaben des Notarztes im Rettungsdienst erlauben es den alarmierten Kräften nicht, eine palliative Betreuung vor Ort zu leisten. Deshalb wird gleichzeitig der Palliativärztliche Konsiliardienst alarmiert.“ Diese speziell geschulten Ärzte übernehmen die Betreuung in den eigenen vier Wänden.

(aus: www.derwesten.de) ■

DHS-Umfrage

Sterbende in Pflegeeinrichtungen immer noch unterversorgt

In einer telefonischen und quellenauswertenden Umfrage erkennt die Deutsche Hospiz-Stiftung weiterhin große Defizite in der guten Begleitung Sterbender in der (normalen) ambulanten Pflege und in den Pflegeheimen sowie den Normalstationen der Krankenhäuser

(<http://www.hospize.de/docs/hib/HPCV-Studie%202010.pdf>).

Um Fürsorge und Selbstbestimmung in den letzten Wochen, Monaten und Jahren des Lebens aller Menschen, die es wollen und benötigen, zu ermöglichen, ist noch viel zu tun. Ein „Weiter so!“ darf es nicht geben. Politik und Gesellschaft sind gefordert, endlich den notwendigen fundamentalen Wandel in der Gesundheitsversorgung der Schwerstkranken und Sterbenden einzuleiten. Ein bloßes „Mehr“ an hospizlichen und palliativen Einrichtungen zu fordern, reicht nicht. Der Schlüssel ist, „Hospiz“ nicht nur als einen bestimmten Ort zu begreifen, sondern als umfassendes Konzept, das in den bestehenden Einrichtungen des Gesund-

heitssystems Einzug halten muss. Es gilt in Zukunft, verstärkt die Situationen in Pflegeheimen und Krankenhäusern in den Blick zu nehmen. Die Missstände in diesem Bereich sind massiv. Allein das Nennen weniger Stichworte – medikamentöse Ruhigstellung, fehlende fachärztliche Behandlung, Mangelernährung, ausbleibende Schmerztherapie, ungenügende Berücksichtigung der Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen – genügt, um zu verdeutlichen: Hier sind umfassende Konzepte gefordert, ein Masterplan Pflege 2020 ist unumgänglich. Auch das Angebot an professioneller ambulanter Pflege muss dringend erweitert, ausgebaut und verbessert werden. Denn nur so kann erreicht werden, dass schwerstkranken Menschen die Zeit während ihrer Krankheit bis zu ihrem Tod dort verbringen können, wo sie es sich wünschen: Zuhause im Kreise der Familie und der ihnen vertrauten Menschen.

Deshalb fordert die Deutsche Hospiz-Stiftung zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung

sowie zur Förderung und Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen (hier in Auszügen wiedergegeben):

- Das Konzept „Hospiz“ muss in die bestehende Regelversorgung integriert werden.
- Der seit 2007 bestehende Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss flächendeckend umgesetzt und damit für die Patienten erreichbar werden.
- Eine flächendeckende spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann nur gesichert werden, wenn zunächst eine deutschlandweite, einheitlich geregelte Basisversorgung geschaffen wird.
- Besonders für demenziell Erkrankte muss ein höherer pflegerischer und ärztlicher Betreuungsaufwand abrechenbar werden.
- Eine fristbezogene Zielkonzeption für die ausreichende hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland ist seitens der Bundesregierung zu formulieren. Zudem muss diese Zielkonzeption jährliche Steigerungsraten vorgeben.

- Das Bundesgesundheitsministerium muss einen jährlichen Bericht zur Lage und Entwicklung der hospizlichen und palliativen Versorgung in Deutschland vorlegen.
- Ein Dienstleistungshaftpflicht-Gesetz, das sich am Verbraucherschutz orientiert, ist dringend erforderlich. Bei pflegerischen Defiziten müssen Täter und Träger der Einrichtung zivilrechtlich haftbar gemacht werden.
Volltextunter: www.hospize.de ■

DRK Thüringen

Mit dem Herzen dabei



Meike Schwermann

Erfurt, 21.2.2011. Vierzehn Pflegeheime des DRK Thüringen qualifizieren sich nun in der Palliativpflege. Unter der Leitung von Svenja Uhrig und Meike Schwermann – beide sind Autorinnen

im BEHR's Verlag – entwickelten 23 Pflegedienstleitungen und Palliativfachkräfte die Hospizkultur in ihren Einrichtungen weiter.

Das Thüringer Palliativ-Projekt hatte eine Laufzeit von zwei Jahren vom Frühjahr 2009 bis zum 21.2.2011. Es war die erste Projektwerkstatt Implementierung (PWI) für Palliativkompetenz und Hospizkultur in Thüringen. Sie wurde vom DRK-Landesverband Thüringen bei MediAcion in Auftrag gegeben und gemeinsam durchgeführt.

In den 24 Monaten, trafen sich die Teilnehmenden regelmäßig zu Coachingtagen, konnten viele Erfahrungen austauschen und gemeinsam Freud und Leid teilen. Und viel ist im Hinblick auf die Palliativversorgung in den Einrichtungen passiert. Es war eine schöne und anregende Zeit in Erfurt und am zweiten Schulungsort in Bodenstein. Die TeilnehmerInnen sowie die Referentin für Altenhilfe des DRK-Landesverbandes, Frau Kalthoff, haben viel geleistet – in Bezug auf die Organisation, strukturelle Veränderungen, emotionale Beteiligung und kreative Auseinandersetzung.

Wenn man sich mit einer professionellen palliativen Versorgung auseinandersetzt und gemeinsam überlegt, wie diese am besten umzusetzen ist, dann geht es nicht schwerpunkt-



Svenja Uhrig

mäßig um die Umsetzung eines neuen Konzeptes.

Die Begleitung Sterbender erfordert zuerst einmal, dass man sich selber auch mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen lernt. Es geht um eine innere Haltung, um den Respekt vor dem Menschen, der begleitet wird, und um das Aushalten von Momenten, in denen den Begleitern auch mal die Worte fehlen, sie ihre eigene Hilflosigkeit aushalten müssen. Es geht auch immer wieder um die Überwindung stark einschränkender Rahmenbedingungen, die aber nie das Bedürfnis versiegen lassen dürfen, für einen Sterbenden und seine Angehörigen da zu sein und ihnen durch eine fachlich fundierte Pflege und Versorgung Linderung und somit ein Stück Lebensqualität zu schaffen.

Eine wesentliche Erkenntnis der PWI ist, dass die hohen fachlichen, insbesondere aber personellen Anforderungen an die palliative Begleitung nicht alleine zu bewältigen sind, sondern dass sie nur gemeinsam durch eine fundierte inner- und außerhäusige Vernetzung zu schaffen sind.

Die TeilnehmerInnen haben sich auf einen guten Weg gemacht. Auszüge Ihrer Entwicklung, die sie in den Institutionen durch Quali-

tätszirkel erarbeitet haben, konnten sie am Abschlusstag im Februar 2011 in Pößneck (Thüringen) in Form von Präsentationen, Rollenspielen und anderen Kurzdarbietungen kreativ präsentieren. Zusätzlich erhielten mehrere Institutionen das Zertifikat „Palliativkompetentes Pflegeheim“. Dadurch wird bestätigt, dass sie zum Abschluss der PWI ein Konzept entwickelt haben, in dem die Entwicklung der Palliativversorgung dokumentiert wird und dass sie ein Konzept bzw. Elemente für das Qualitätsmanagement, erarbeitet und schriftlich dargestellt haben. Den beiden Leitungen, Frau Svenja Uhrig und Frau Meike Schwermann war es eine außerordentliche Freude, die TeilnehmerInnen und ein Stück auch die Institutionen bei der Entwicklung der Palliativversorgung zu begleiten und abschließend einen Einblick in die vielfältige Gestaltung und Umsetzung nehmen zu können – obwohl, oder gerade deswegen dafür manchmal auch einige Steine überwunden werden mussten. ■



Die Teilnehmer des Thüringer Palliativ-Projekts

5. Hessischer Palliativtag

Gemeinsam sind wir besser

Unter dem Motto **GEMEINSAM SIND WIR BESSER! Findet der 5. Hessische Palliativtag zusammen mit dem 1. Südhessischen Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung am 5. März 2011 im Darmstadtium statt. Die oft spannende Kooperation zwischen allen an der Betreuung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen Beteiligten ist das zentrale Thema. Lösungskonzepte werden erarbeitet, die schnellstmöglich zum Einsatz kommen können. Die Ausrichtung dieses Tages findet durch das Agaplesion Elisabethenstift und das Darmstadtium statt.**

Die Diskussion um die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender nimmt aktuell im gesellschaftspoli-

tischen Bewusstsein und in öffentlichen Diskussionen einen immer breiter werdenden Raum ein. Aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen ist es insbesondere für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender zwingend erforderlich, dass alle Betreuenden eng und ohne Zeit- und Reibungsverlust zusammenarbeiten.

Für diese Veranstaltung ist es gelungen, sehr kompetente und interessante Referenten zu gewinnen, u. a. hat auch Fr. Dr. Margot Käßmann ihr Kommen zugesagt. In Vorträgen, Referaten und Workshops werden verschiedenste Inhalte zu dem Thema der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender angeboten werden. Das detaillierte Programm finden Sie unter www.darmstadtium.de:

- Abschied nehmen in Gesten und Ritualen
- Begleitung alter Menschen am Lebensende durch den Liverpool Care Pathway
- Berührung und Bewegung als Mittel der Kommunikation am Lebensende
- Wichtiges zu Patientenverfügungen und Vorsorgeformen
- Abschiedskultur entwickeln – im Pflegeheim, ein Projekt der Heimaufsicht Darmstadt und des Ökumenischen Hospizvereins
- Spirituelle Begleitung am Lebensende – Christliche Rituale und praktische Formen der Verabschiedung
- Kinästhetische Aspekte
- Burn-Out-Prophylaxe in der Palliativ- und Hospizarbeit u. v. a. ■

SAPV Umsetzung

Noch kein Fortschritt

Wie Herr Kiefer vom GKV-Spitzenverband bestätigte, gibt es zwar zunehmend mehr spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgungs-(SAPV-)Verträge. Diese scheinen aber auch in 2010 nicht flächendeckend und an allen Versorgungsorten funktioniert zu haben.

SAPV soll eigentlich jeden zehnten Sterbenden erreichen. Das ist der Bedarf, von dem aktuell in allen Berichten ausgegangen wird. Für 2010 hätte dies bedeutet: ca. 85.000 Verstorbene hätten einen SAPV-Bedarf gehabt. Es sind aber nur 12.288 Erkrankte gewesen, die vom Januar 2010 bis Mitte November 2010 SAPV verschrieben bekommen hätten. Dies sind zwar ca. 50 % Zuwachs gegenüber den knapp unter 8.000 SAPV-Patienten aus dem Jahr 2009, aber immer noch mehr als 85 % unter der angestrebten Zielmarke einer stimmigen Versorgung. Diese Informationen wurden bei einem Gespräch mit dem Bundesgesundheitsministerium und Experten der Pallia-

tivversorgung und der Wohlfahrtsverbände am 12.11.2010 in Berlin veröffentlicht, wie einem Kurzprotokoll von Diakonie und Caritas zu entnehmen ist (erstellt am 22.1.2010 von Dr. Fix/Brodt-Zabka; siehe: www.diakonie-rwl.de; Hospizinfo 6 vom Dez. 2010, S. 8 und 9)

Dr. Elisabeth Fix von der Caritas bemängelte die Unterversorgung in ländlichen Gebieten und die zu hoch gehängten Qualifizierungsmerkmale bei den Pflegenden. Herr Brodt-Zabka, Diakonie, sieht einen großen Nachholbedarf im Bereich der SAPV im Pflegeheim:

„Frau Dr. Fix gibt zu bedenken, dass in der SAPV große Unterschiede in der Versorgung in Ballungsgebieten und im ländlichen Raum bestehen. Herr Kiefer pflichtet bei und weist darauf hin, dass in den ländlichen Regionen flexibel mit den Bestimmungen zu den personellen Anforderungen in den Empfehlungen zur SAPV (Punkt 5) umgegangen werden müsse.

Frau Dr. Fix weist auf das Problem der fehlenden Übergangsregelungen für Pflegekräfte hin. Die sechsmonatige

praktische Erfahrung in einer spezialisierten Palliativ- oder Hospizeinrichtung könne nicht erfüllt werden, weil es nicht genügend spezialisierte Einrichtungen gäbe. Entweder sei auf diese Voraussetzung zu verzichten oder aber die Krankenkassen sollten die Kosten zum Erwerb dieser Praxistätigkeit finanzieren. Herr Kiefer zeigt sich dafür offen, die Empfehlungen nachzubessern. Übergangsregelungen seien denkbar, wenn die Pflegekraft Erfahrung im Team sammeln könne. (...) Herr Brodt-Zabka weist darauf hin, dass die SAPV-Versorgung in den Pflegeheimen neben der SAPPV einen weiteren Aspekt darstellt, der bislang unbefriedigend gelöst ist. Viele Heime müssen sich erst gut in einer AAPV aufstellen, damit SAPV überhaupt gelingen kann. Hierfür sind vor allem personelle und zeitliche Ressourcen notwendig. Frau Dr. Fix ergänzt, dass ein Hauptproblem der mangelhaften ärztlichen Versorgung im Heim nicht im Bereich der hausärztlichen, sondern der fachärztlichen Versorgung liege. Das wirke sich auch auf die Palliativversorgung aus.“ ■

Schwerpunkt Ethik

Ethik in der Praxis

Patientenverfügung muss auch in stationären Pflegeeinrichtungen uneingeschränkt gelten

Das Pflegenetzwerk Werner Schell berichtet: In den vergangenen Jahren ist lebhaft über die Patientenautonomie am Lebensende gestritten worden. Dies führte dazu, dass sich der Bundesgerichtshof (BGH) mehrfach zu den maßgeblichen Rechtsfragen geäußert hat und schließlich der Gesetzgeber in § 1901a ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für klarstellende Vorschriften zur Patientenverfügung und deren Umsetzung beigetragen hat (s. a. Behr's Verlag, Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln, Kap. IX.11).

Nach § 1901a BGB hat jeder einwilligungsfähige Volljährige die Möglichkeit, mittels einer schriftlich abgefassten Patientenverfügung zu bestimmen, dass im Falle einer exakt festgelegten Lebenssituation bestimmte (in der Regel lebensverlängernde) Maßnahmen, wie z. B. die Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit mittels Magensonde (PEG) oder die künstliche Beatmung, zu unterbleiben haben. Insofern gibt es auch keine Einschränkungen dergestalt, dass solche Unterlassungen nur dann gerechtfertigt sind, wenn sich der Betroffene im Sterbeprozess befindet (sog. Reichweitenbegrenzung). Letztlich darf auch niemand zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet oder die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden. Im Umkehrschluss bedeutet das auch, dass niemand verpflichtet werden kann, von der Errichtung einer Patientenverfügung oder bestimmten Festlegungen hinsichtlich eines Behandlungsabbruchs abzusehen. Der Gesetzgeber hat mit den neuen Regelungen eine eindeutige Rechtslage geschaffen mit der Folge, dass sich auch bei der Behandlung, Pflege und Be-

treuung von Heimbewohnern uneingeschränkte Pflichten dahingehend ergeben, eine wirksam errichtete Patientenverfügungen zu respektieren und ihre Durchsetzung zu gewährleisten.

Veränderungen der Rechtslage durch Vertrag sind nicht zulässig

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, die durch den Gesetzgeber geschaffene Rechtslage als mit dem Lebensschutz nicht vereinbar hinzustellen. Vor allem sind seit dem Urteil des BGH vom 25.06.2010 (2 StR 454/09) immer wieder Rufe laut geworden, die neuen Vorschriften im BGB im Sinne einer vermeintlichen Stärkung des Lebensschutzes zu korrigieren und die Verfügungskompetenzen Volljähriger hinsichtlich der Unterlassung bzw. des Abbruches von Behandlungs- und Pflegemaßnahmen einzuschränken. Solche Erwägungen haben nun einen Heimträger bewogen, dem rechtlichen Betreuer einer Bewohnerin eine Nebenabrede zum Heimvertrag abzuverlangen. Der diesbezügliche Briefftext (anonymisiert) im Wortlaut:

„Zwischen der Pflegeeinrichtung X und Frau Y wird der Heimvertrag in § 11 wie folgt ergänzt:

Das Heim und dessen Mitarbeiter haben die sittliche Überzeugung, dass die Verpflichtung besteht, Leben zu schützen und zu pflegen. Der Bewohner oder sein rechtlicher Vertreter wird vom Heim und seinen Mitarbeitern daher ein Vorenthalten von Nahrung und Flüssigkeit nicht verlangen, auch wenn eine entsprechende Patientenverfügung oder ein entsprechender mutmaßlicher Wille vorliegt. Sollte der Bewohner oder sein rechtlicher Vertreter daher beabsichtigen, das Leben des Bewohners durch Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug zu beenden, verpflichtet er sich, den Heimvertrag

zu kündigen und die beabsichtigte Maßnahmen in einer damit vertrauten Institution (Hospiz o. Ä.) oder zu Hause durchzuführen.“

Dies ist eindeutig mit der neuen Rechtslage NICHT vereinbar!! Auf die Frage, ob und inwieweit solche Nebenabreden zulässig sind, ergibt sich folgende Beurteilung:

„Der rechtliche Betreuer (bzw. Bevollmächtigte) hat dem Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a BGB). Dies auch dann, wenn es um einen Behandlungsabbruch bzw. das Vorenthalten von Nahrung und Flüssigkeit geht (vgl. Urteil des BGH vom 25.06.2010 – 2 StR 454/09). Der Heimträger bzw. die Führungsverantwortlichen sind in der Pflicht, die Patientenautonomie zu achten (siehe auch die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“). Es kann unter diesen Umständen keine Veranlassung gesehen werden, die gewünschte Vertragsänderung als zulässige Ergänzung des Heimvertrages anzusehen.“

Sollte der Heimträger weiterhin auf eine Vertragsänderung drängen, wäre eine Unterrichtung der Pflegekassenverbände, die über die Zulassung von Pflegeeinrichtungen mit zu befinden haben, zu denken. Denn es müsste die Frage aufgeworfen werden, ob sich der Heimträger mit seinem Ansinnen nicht außerhalb des Rechtsrahmens des SGB XI stellt und seine Zulassung zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu Lasten der Solidargemeinschaft zurückgenommen werden muss.

Dem beschriebenen Ansinnen des Heimträgers sollte aus grundsätzlichen Erwägungen entgegen getreten werden. Es ist nämlich auch so, dass der Durchsetzung eines Behandlungsabbruches durch Einstellung der

künstlichen Ernährung weder heimrechtliche Gründe noch Gewissenserwägungen einzelner Personen entgegenstehen können. Denn der BGH hat bereits in einem Beschluss vom 08.06.2005 (XII ZR 177/03) in der Streitsache des Wachkomapatienten P. ausgeführt und klargestellt, dass heimrechtliche Erwägungen und die Frei-

heit des Gewissens von Pflegekräften die Patientenautonomie nicht einschränken können. Bei einer Abwägung widerstreitender Interessen habe das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu dominieren. – Und das ist auch gut so!

Im Übrigen bleibt noch anzumerken, dass sich die Gründe, aus denen ein

Heimvertrag beendet werden darf und kann, im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) abschließend geregelt sind. Dies ist zwingendes Recht, sodass ein zusätzlicher Beendigungstatbestand nicht durch eine Nebenabrede im Heimvertrag – als sog. „Gewissensklausel“ – geschaffen werden kann. ■

Sterbehilfe-Prozess

Dr. Bach ist tot

Die in die Kritik geratene Schmerztherapeutin Dr. Mechthild Bach nahm sich Ende Januar das Leben, wie das Hamburger Abendblatt am 25.1.2011 berichtete:

„Für viele Patienten war sie die letzte Hoffnung, für Gericht und Staatsanwaltschaft war die Krebsärztin aber zu schnell mit tödlichen Schmerzmitteln zur Hand. Jetzt nahm sich Mechthild Bach, die 13 Patienten umgebracht haben soll, selbst das Leben. Mit Morphinum.

Sie war Herrin über Leben und Tod ihrer Patienten – das zumindest warfen die Richter der Krebsärztin Mechthild Bach vor. Und auch über ihren eigenen letzten Schritt wollte die 61-Jährige die Entscheidungsgewalt behalten. Eine Woche nachdem das Gericht ankündigte, dass die Ärztin mit einer Verurteilung wegen Mordes rechnen muss, nahm sich Mechthild Bach das Leben. Sieben Jahre lang ermittelte die Staatsanwaltschaft zu diesem Zeitpunkt bereits gegen die Medizinerin. Sie soll mindestens 13 Patienten mit zu hohen Schmerzmittel-Dosen umgebracht haben. Der Druck dieser Anschuldigung, vor allem aber die jetzt erstmals klar formulierte Position des Gericht, wurde offenbar zu groß: Nach einem letzten Gespräch mit ihrem Anwalt zog sich die 61-Jährige in ihr Wohnhaus in Bad Salzdetfurth bei Hildesheim zurück.

Dort wurde sie am Montagnachmittag tot im Bett gefunden, nachdem sie sich selbst eine tödliche Infusion mit

einer Überdosis Morphinum gelegt hatte. Ihr drohte eine lebenslange Haftstrafe. Streitbar bleibt die Ärztin auch nach ihrem Suizid. Der Prozess gegen sie war extrem langwierig, dutzende Zeugen wurden gehört, jedes Patientenschicksal tagelang minutiös aufgerollt. Wohl nie zuvor in einem deutschen Gericht wurde derart aufwendig die Frage ausgelotet, wo die Sterbebegleitung schwerkranker Menschen endet und die aktive Sterbehilfe beginnt. Die Position der Richter fiel in der vergangenen Woche für die meisten Beobachter überraschend eindeutig aus: Sie sprachen in mindestens zwei Fällen von Mord aus Heimtücke. Die Richter glaubten der Medizinerin nicht, dass die Schmerzbehandlung mit sehr hohen Dosen vom Morphinum, Valium und Psychopharmaka im Sinne der Patienten war. „Wir haben keine Hinweise darauf, dass das Vorgehen der Angeklagten dem Patientenwunsch entsprach“, sagte der Vorsitzende des Schwurgerichts, Wolfgang Rosenbusch, in der Vorwoche. „Vor allem diese Annahme des Gerichts hat meiner Mandantin regelrecht den Boden unter den Füßen weggezogen“, sagt Anwalt Matthias Waldruff der Deutschen Presse-Agentur. Die Internistin sei überzeugt gewesen, alles im Einklang mit den Patienten zu machen. Die Krebsärztin hatte vor Gericht gesagt, dass die Behandlung mit Schmerzmitteln der Linderung und Sterbebegleitung gedient habe.

Viele der ehemaligen und aktuellen Patienten von Mechthild Bach (sie hatte nach dem Entzug ihrer ärztlichen Zulassung eine Praxis für allgemeine Gesundheitsvorsorge eröffnet), zeigten sich am Dienstag schockiert über den Selbstmord der Ärztin. Manche gaben sogar dem Gericht, der Staatsanwaltschaft und den Gutachtern im Prozess eine Mitschuld. „Im Laufe des Prozesses haben sie dazu beigetragen, dass Frau Doktor B. diesen Entschluss gefasst hat“, sagt Ulla Hagemeyer, die an vielen Prozesstagen im Gerichtssaal als Zuhörerin saß, der „Hildesheimer Allgemeinen Zeitung“. Andere behaupten, die Ärztin sei durch fehlende und unklare Gesetzgebung, durch die Ärzteschaft und durch Juristen verunsichert und dadurch in den Tod getrieben worden.“ Und in der FAZ vom 25.1. schreibt dazu R. v. Lucius: „Vor Mechthild B. war noch nie ein Arzt, der nach seinen Angaben Sterbehilfe leisten wollte, wegen Totschlags angeklagt worden. Das hängt auch damit zusammen, dass die Palliativmedizin eine junge Disziplin ist, bei der einheitliche Kriterien und verbindliche Vorgaben noch fehlen. (...) Von dem Prozess (gegen M. B. – Anmerkung des Verlags) hatten sich Ärzte, Pfleger, die deutsche Hospiz-Stiftung und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben größere Klarheit erhofft in der rechtlichen Grauzone einer Unterscheidung zwischen sinnvoller Lebensverlängerung und sinnloser Sterbezeitverlängerung.“ ■

Generationsübergreifender Ansatz

Bundesfamilienministerin Kristina Schröder für nachhaltige Sicherung der Mehrgenerationenhäuser



© Dieter Schütz/pixelio.de

Das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** arbeitet gemeinsam mit Ländern und Kommunen an der Weiterentwicklung der Mehrgenerationenhäuser zu Knotenpunkten bürgerschaftlichen Engagements. Insgesamt 450 Mehrgenerationenhäuser können am neuen Programm teilnehmen, die Bewerbungsphase startet im Sommer 2011. Dafür sollen rund 50 Millionen Euro für die Jahre 2012–2014 zur Verfügung gestellt werden. Jedes Haus erhält – wie im bisherigen Aktionsprogramm – einen jährlichen Zuschuss von 40.000 Euro. Davon zahlt der Bund 30.000 Euro; die weiteren 10.000 Euro übernehmen Land oder Kommune.

„Ich möchte eine nachhaltige Sicherung der Mehrgenerationenhäuser. Dafür ist die Unterstützung der Länder und Kommunen unerlässlich“, sagt die **Bundes-**

ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kristina Schröder. „Wir haben deshalb gestern gemeinsam mit Ländern und Kommunen über Wege diskutiert, wie Mehrgenerationenhäuser – auch über das Folgeprogramm hinaus – dauerhaft in lokale Infrastrukturen eingegliedert werden können. Ich bin sehr zuversichtlich, dass uns das gemeinsam gelingt.“

Inhaltlich setzt das Bundesfamilienministerium folgende neue Schwerpunkte:

„Alter und Pflege“

Etablierung von Beratungsangeboten für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Demenzzranke und ihre Angehörigen

„Integration und Bildung“

Etablierung integrationsfördernder und bildungsunterstützender Angebote in möglichst vielen Häusern

„Haushaltsnahe Dienstleistungen“

Nachhaltige Festigung der Mehrgenerationenhäuser als die Dienstleistungsdrehscheiben in der jeweiligen Standortkommune

„Freiwilliges Engagement“

Stärkere Vernetzung mit Einrichtungen und Initiativen – wie Freiwilli-

genagenturen, Seniorenbüros, Jugendmigrationsdiensten

Auch im neuen Förderprogramm wird der generationenübergreifende Ansatz weiterhin im Mittelpunkt stehen. Die Details des Folgeprogramms werden gemeinsam mit den Ländern und Kommunen besprochen, um die Nachhaltigkeit der MGHs zu sichern. „Die Idee der Mehrgenerationenhäuser war erfolgreich. Deswegen möchte ich auf die Erfahrung und Kompetenz aller dort Engagierten auch nicht verzichten“, erklärt **Ministerin Schröder.** „Jetzt ist es an der Zeit, die Mehrgenerationenhäuser thematisch so aufzustellen, dass wir das Profil der Häuser schärfen und sie so zukunftsfest machen können.“

Informationen zum laufenden Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser finden Sie unter www.mehrgenerationenhaeuser.de

(Quelle: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen,did=166938.html>,

© Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ■

„Gute Nacht, Liebster“

Bestsellerautorin Katrin Hummel liest auf dem Pflegekongress CareDate in Bochum aus ihrem Roman



Katrin Hummel

Katrin Hummel, 1968 in Ulm geboren, ist Redakteurin der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und Autorin mehrerer Romane. In Ihrem Bestsellerroman „Gute Nacht, Liebster“ verleiht sie Hilda Dohmen eine Stimme und erzählt damit die wahre Geschichte ihrer Eltern.

Hildas Mann Hans beginnt nach dreißig Jahren Ehe langsam, sich zu verän-

dern. Anfangs wundert sich Hilda über die Wandlung ihres Mannes. Als ein Neurologe ihn dann fragt: „Wie heißen Ihre Töchter?“, weiß Hans die Antwort nicht. Die erschreckende Diagnose: Demenz. Schon bald kann er seiner Frau Hilda kein Partner mehr sein und wird zum Schwerstpflegefall. Obwohl die Belastung fast unmenschlich erscheint, entscheidet Hilda, sich zu Hause um ihren Mann zu kümmern. In diesem sehr persönlichen Buch spricht Hilda über ihren Alltag, ihre

Ängste und ihre intimsten Gedanken. Ihr Bericht ist ein bewegendes Plädoyer für die Liebe.

Am 30. März 2011 um 19.00 Uhr liest Katrin Hummel aus ihrem Roman „Gute Nacht, Liebster“ auf der Abendveranstaltung „Intermezzo“ im Rahmen des Pflegekongresses CareDate in Bochum.

Weitere Informationen unter:

www.caredate.de ■

Die Präsenz des Augenblicks

Exklusive Foto-Ausstellung von Elisabeth Heinemann auf dem Pflegekongress CareDate in Bochum



Elisabeth Heinemann

Elisabeth Heinemann: „Ich versuche, den Augenblick im Bild zu bannen, wünsche mir, ihn auf diese Weise zu erhalten, während das Motiv vergänglich ist.“

Die Konfrontation mit der Vergänglichkeit stellt die Fotografin in ihrer Ausstellung „Ich war, was du bist – Porträts alter Menschen“ besonders eindrucksvoll dar. Der Betrachter erhält Einblicke in Augenblicke, die – obwohl sie der Vergangenheit angehören – eine kraftvolle Präsenz entwickeln. Elisabeth Heinemann vermittelt so die individuellen Geschichten ihrer Porträtierten: Sie haben geliebt, gelitten, gekämpft und geträumt. Ihre Schicksale und ihr Leben finden sich in den Fotografien wieder und werden bewahrt.

Elisabeth Heinemann erarbeitet ihre analogen schwarz-weißen Fotos mit viel Sorgfalt und Zeit. Der Lohn für ihre intensive Arbeit sind Fotos, die Ruhe ausstrahlen und die porträtierte Person in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken.



Die Ausstellung „Ich war, was du bist – Porträts alter Menschen“ ist am 30. + 31. März 2011 exklusiv auf dem Pflegekongress CareDate in Bochum zu sehen.

Weitere Informationen unter:

www.caredate.de ■

Der Pflegekongress

CareDate: Hier trifft sich die Pflege!



Am 30. und 31. März 2011 findet im RuhrCongress in Bochum der erste Pflegekongress der Schlüterschen Verlagsgesellschaft statt. CareDate bietet ein vielfältiges Programm mit über 50 Vorträgen und Workshops mit bekannten und renommierten Referentinnen und Referenten aus der Pflege. Hier für Sie ein Auszug aus dem Programm zum Thema **Demenz**:

CareDate am Mittwoch, 30.03.2011
Referent: Prof. Dr. Hans Förstl; Vortrag: **Alzheimer – neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft**

Referentin: Elisabeth Höwler; Vortrag: **Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz und biografische Hintergründe**

Referent: Dr. Norbert Seidl; Vortrag: **Aggressives Verhalten bei kognitiv beeinträchtigten Heimbewohnern**

Referent: Prof. Erwin Böhm; Vortrag: **Sprechen Sie limbisch? Das Esperanto der Gefühle**

Referentin: Dr. Claudia Zemlin; Vortrag: **Entwicklung einer personenzentrierten Handlung von Pfle-**

genden bei der Begleitung von Menschen mit Demenz

Referent: Jan Heidenreich; Vortrag: **Psych.-soz. Belastungen Pflegenden durch aggressive Bewohner geriatrischer Einrichtungen**

Referentin: Dr. Svenja Sachweh; Vortrag: **„Notlügen“ in der Pflege demenzkranker Menschen**

Referentin: Erika Sirsch; Vortrag: **Schmerz und Demenz**

Zusätzlich finden an diesem Tag drei Workshops zu den Themen „DCM und Transparenzkriterien – worauf Sie achten müssen!“, „Validation“ und „Klipp und klar – verbale Verständigung mit demenzkranken Menschen“ statt.

Demenz

CareDate am Donnerstag, 31.03.2011

Referentin: Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik; Vortrag: **Verstehende Diagnostik – Pflegende und Menschen mit Demenz**

Referent: Prof. Dr. Erich Grond; Vortrag: **Mehr Frust als Lust – Sexualität im Alter**

Referent: Peter Wißmann; Vortrag: **Menschen mit Demenz melden sich zu Wort**

Referent: Prof. Erwin Böhm; Vortrag: **Sprechen Sie limbisch? Das Esperanto der Gefühle**

Referent: Michael Ganß; Vortrag: **Kunsttherapie mit Menschen im fortgeschrittenen demenziellen Prozess**

Zusätzlich werden zwei Workshops zu den Themen „Validation“ und „Menschen mit Demenz und ihre Familien“ angeboten.

Auf dem Kongress erfahren Sie außerdem die neuesten Informationen und praxisnahes Wissen zu den Themenbereichen Palliativpflege, Pflegemanagement und Prävention. Anmeldung und weitere Informationen finden Sie unter www.caredate.de ■

Positives Projektergebnis

Leitfaden zur Vermeidung körpernaher Fixierung erschienen



© Rainer Sturm/pixelio.de

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekte „Reduzierung freiheits-einschränkender Maßnahmen – ReduFix“ (2004–2006) und „ReduFix Praxis“ (2007–2009) wurden vom A.G.P Institut für angewandte Sozialforschung Freiburg und der Robert-Bosch-Klinik aus Stuttgart durchgeführt.

Die Projekte haben aufgezeigt, dass körpernahe Fixierungen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe verringert werden können, ohne dass nega-

tive Folgen, wie z. B. eine Erhöhung der Sturzhäufigkeit, auftreten.

Im Rahmen dieser Arbeit ist ein praxisorientierter Leitfaden entstanden, in dem drei Einrichtungen zu Wort kommen, die größtenteils oder vollständig auf körpernahe Fixierung verzichten.

Der Bericht steht auf der Internetseite des Instituts für angewandte Sozialforschung Freiburg kostenlos zum Download zur Verfügung (www.agp-freiburg.de).

(Quelle: www.bmfsfj.de) ■

Hilfsangebote online

Welt-Alzheimerstag: Neues Internetportal „Wegweiser Demenz“

Anlässlich des Welt-Alzheimertages am 21. September hat die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kristina Schröder, das neue Internetportal „Wegweiser Demenz“ freigeschaltet. Es bietet Informationen zur Erkrankung und Unterstützungsangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen.

„Menschen mit Demenz brauchen besondere Zuwendung. Wir müssen den Erkrankten eine Stimme geben, pflegende Angehörige unterstützen und Ehrenamtliche in ihrem Engagement bestärken“, betont Bundesfamilienministerin Schröder. „Das A und O sind Angebote zur Prävention und zur Hilfe

für bereits Erkrankte vor Ort. Das Internetportal „Wegweiser Demenz“ (www.wegweiser-demenz.de) bietet dafür eine gute Grundlage. Gleichzeitig müssen wir die pflegenden Angehörigen unterstützen. Sie brauchen vor allem Zeit für diese Aufgabe – und die möchte ich ihnen mit der Familienpflegezeit geben“, so Schröder.

Auch vor Ort werden die Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen ausgebaut. Das Bundesfamilienministerium hat ein Kooperationsprojekt zwischen regionalen Alzheimer Gesellschaften und zunächst 50 Mehrgenerationenhäusern gestartet, die demenzspezifische Hilfsangebote bereit-

stellen. Dazu zählen die Vermittlung ehrenamtlicher Betreuung und Patenschaften für Demenzkranke.

(Quelle: MEDICA.de) ■



© Gerd Altmann/pixelio.de

Neue Perspektiven für Pflegeberufe

Bundesfamilienministerium und Deutscher Pflegerat wollen gemeinsam Pflege älterer Menschen sichern

Die professionelle Pflege ist auf Grund des demografischen Wandels ein Berufsfeld mit großer Zukunft. Das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat deswegen mit dem Deutschen Pflegerat heute in einer Gemeinsamen Erklärung Kriterien formuliert, wie die in der Pflege und Betreuung tätigen Männer und Frauen heute und in Zukunft besser auf die Herausforderungen ihres Berufes vorbereitet werden sollen. Wichtigstes Ziel: Eine modernisierte und zusammengeführte Pflegeausbildung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür erarbeiten das Bundesfamilienministerium und das Bundesgesundheitsministerium bereits in einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

„Wir müssen die Pflegeberufe insgesamt – und speziell auch für Männer – attraktiver machen“, sagt **Bundesfamilienministerin Kristina Schröder**. „Wer sich fort- und weiterbildet lässt, dem stehen viele Wege offen – von der fachlichen Spezialisierung bis hin zur Lehrtätigkeit oder Leitung eines Heimes. Ich möchte vor allem junge Männer für das Berufsfeld Altenpflege gewinnen. Mit Aktionen wie dem ersten bundes-

weiten „Boys‘ Day“ im nächsten April wollen wir Jungen und Männer dafür begeistern“, so **Kristina Schröder**.

Der **Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus**, erklärt: „Es geht nicht zuletzt darum, die bereits vorhandenen Potenziale des Berufsfeldes Pflege zu nutzen, sondern auch neue Perspektiven zu eröffnen. Der Pflegeberuf ist immer noch für viele Menschen eine attraktive Berufswahl, allerdings nicht immer zu den derzeitigen Bedingungen“.

Handlungsbedarf gibt es bei Weiterbildung, Personalmanagement und Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen. Besondere Bedeutung hat eine qualifizierte Ausbildung. Bundesfamilienministerium und Deutscher Pflegerat setzen sich daher für eine dreijährige Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss ein. Darüber hinaus gilt es neue Zielgruppen zu erschließen. Angesichts des Fachkräftemangels müssen für Pflegeberufe geeignete Menschen zu qualifizierten Fachkräften umgeschult und weitergebildet werden.

Die Zahl der älteren Menschen in Deutschland, die Hilfe und Pflege be-



nötigen, nimmt stetig zu. Sie wird nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes von aktuell rund 2,4 Millionen Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 um etwa 500.000 auf 2,91 Millionen ansteigen. Bis zum Jahr 2030 soll die Zahl der Pflegebedürftigen auf mehr als 3,3 Millionen wachsen. Das sind etwa 40 Prozent mehr als heute.

(Quelle: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen,did=166894.html>, © Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ■

Pressemitteilung

Malariamedikament könnte gegen Form der Frontotemporalen Demenz wirken

Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und der Ludwig-Maximilians-Universität München haben einen vielversprechenden Ansatz für eine Behandlung der sogenannten Frontotemporalen Demenz, einer alzheimerähnlichen Demenz, gefunden.

Die Frontotemporale Demenz wird durch einen Abbau von Nervenzellen im Stirn- und Schläfenbereich des

Gehirns (Fronto-Temporal-Lappen) hervorgerufen, was unter anderem eine Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens zur Folge hat. Ursache einiger Formen der Frontotemporalen Demenz ist eine genetisch bedingte Reduktion eines hormonartigen Wachstumsfaktors, des Progranulins. Wissenschaftler um Dr. Anja Capell und Prof. Christian Haass haben nun gezeigt, dass verschiedene Medikamente, die bereits zur Behandlung von Malaria, Angina pecto-

ris oder Herzrhythmusstörungen auf dem Markt sind, die Produktion von Progranulin steigern können. Demnach sind diese Medikamente gute Kandidaten für eine Behandlung dieser speziellen Form der Frontotemporalen Demenz. Die Arbeit wurde am 2. Februar 2011 in der Online-Ausgabe der wissenschaftlichen Zeitschrift „Journal of Neuroscience“ publiziert.

Quelle: www.dzne.de (02.01.2011) ■

Unser Filmtipp

„Satte Farben vor Schwarz“

Die Schauspieler Senta Berger und Bruno Ganz spielen in dieser Liebesgeschichte die Rolle eines alternden Ehepaars, das sich die Liebe bis in den Tod geschworen hat. Für die 37-jährige Regisseurin Sophie Heldmann ist es ihr Erstlingswerk und außerdem die Abschlussarbeit an der Deutschen Film- und Fernsehakademie Berlin. Senta Berger und Bruno Ganz spielen Anita und Fred, deren Ehe durch eine Krebserkrankung plötzlich neu definiert werden muss.

Rüdiger Suchsland schreibt im Deutschlandfunk dazu: „(...)Eine Frau geht durch die Fußgängerzone einer deutschen Stadt. Plötzlich sieht sie ihren Mann vor sich. Er trägt Einkaufstüten. Sie ruft ihn, aber er reagiert nicht. Sie folgt ihm bis in eine steril eingerichtete, ihr unbekannte

Wohnung. Sie stellt ihn zur Rede und spürt, dass ihr Mann einen Ort gesucht hat, an dem er ohne sie sterben kann. „Darf ich Dir einschenken?“ – „Oh ja, gerne.“

Anita und Fred sind seit mehr als drei Jahrzehnten verheiratet. Glück, Krisen und Wiederversöhnung liegen längst hinter ihnen. Alles geht seinen Gang, sie haben einen erwachsenen Sohn und eine erwachsene Tochter. Es scheint an nichts zu fehlen. (...)

Denn während sich Anita auf den gemeinsamen Lebensabend freut, ist Fred viel unruhiger. Es ist klar, das er – einst ein einflussreicher Manager – am liebsten weiter arbeiten würde, und auch sonst immer wieder eigene Wege gehen, aber dafür reicht die Kraft nicht mehr. Bald weiß man auch warum: Fred hat Prostata-Krebs. (...)

Doch dann setzt der Film zu einer Provokation an (...): „Ich schlaf‘ jetzt“ – „Ja.“ – „Mach die Augen zu.“ – „Ja.“ – „Lass uns einschlafen.“ – „Gut.“

Das Ehepaar geht aus freien Stücken gemeinsam in den Tod. Das ist so schockierend wie nachvollziehbar (...). Damit berührt „Satte Farben vor Schwarz“ auch die aktuellen Debatten um das – moralische – Recht auf den Freitod, um Sterbehilfe und Palliativmedizin: Kein Zuschauer kann sich, wenn er diesen beiden stolzen Menschen, die voller Haltung und seltsam gehobener Stimmung zu ihrem letzten Abenteuer aufbrechen, noch vor der Frage drücken, wie er zum Verhalten der alten Leute steht.“

Quelle: www.dradio.de/dlf/sendungen/kulturheute/1360791 ■

Palliative Care in Pflegeheimen

Wissen und Handeln für Pflegekräfte

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium von Pflegeheimen und Pflegediensten. Für Bewohner/Patienten und Angehörige ist sie ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität auch in schwierigen Krankheitsphasen. Doch Palliativversorgung ist mehr: Neben der radikalen Patientenorientierung gibt es die Bereiche der Vernetzung und Multiprofessionalität sowie die besondere Einbeziehung von Angehörigen. Die praktische Palliativpflege braucht Antworten: 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 Mitarbeiter zur eigenen Entlastung bei zunehmend höheren Sterbezahlen im Heim? Welche Angebote bieten wir für trauernde Angehörige an? Wie werden Angehörige

unsere Partner? Auf diese und ähnliche Fragen, die den praktischen Alltag bestimmen, wird in diesem Buch präzise und leicht verständlich eingegangen.

Für Bewohner, Patienten und Angehörige ist eine Palliativpflege die letzte und wertvollste Pflege, die einem Menschen zuteil werden kann. Für die zweite Auflage haben die Autoren das Buch neu und übersichtlich gestaltet sowie in drei Bereiche gegliedert und durchgängig aktualisiert:

1. Körperliche Dimension: Schmerz- und Symptomlinderungen – jetzt auch mit Hinweisen zu Wundpflege und Mundpflege.
2. Psychisch-seelische Dimension: Kommunikation/Spiritualität, Ethik. Vier Exkurse bieten zusätzliches Kommunikations-Handwerkszeug. In drei Schritten können Pflegeheime nun ihre ethischen Konflikte klären und oft sogar einvernehmlich lösen.

3. Palliatives Wissen umsetzen: Die Autoren zeigen den Umsetzungsprozess von Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel des Schmerzmanagements. ■

Palliative Care in Pflegeheimen.
Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte

Hrsg.: DR. J. BECKER-EBEL;

Autoren: C. BEHRENS, G. DAVIDS,
N. RÖDIGER, M. SCHWERMANN,
B. SITTIG, C. WICHMANN (alle auch
Autoren im BEHR's Verlag)

Schlütersche Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG, Hannover,
Januar 2011

ISBN 978-3-89993-277-5, 2.

vollständig überarbeitete und
aktualisierte Auflage, 220 S. mit
22 Abbildungen u. 20 Tabellen