

PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer
Herausgeber

Liebe Leserinnen und Leser,

auch in den nächsten Jahren wird die Palliativversorgung in Deutschland weiter ausgebaut werden. Die neue Regierung gab am 25.10.2009 dazu im Entwurf zum Koalitionsvertrag Abschnitt 9 „Gesundheit und Pflege“ unter der Überschrift „Menschenwürdige Hospiz- und Palliativversorgung“ bekannt:

„Die bestehenden Regelungen zur Hospiz- und Palliativversorgung müssen ohne überzogene Anforderungen zügig umgesetzt, gelebt und wo notwendig verbessert werden. Die ehrenamtlich Tätigen, ihre Anerkennung und geeigneten Rahmenbedingungen spielen hierbei eine wichtige Rolle.“

Am meisten fehlt uns die zügige Umsetzung des Anspruchs auf die spezialisierte Palliativversorgung im ambulanten Bereich und in den Pflegeheimen. Aber auch die allgemeine Palliativpflege und die palliative Versorgung von demenziell Erkrankten muss weiter gestärkt werden. Dafür setzen sich immer mehr Politiker und Experten ein.

Wie dies in Österreich bereits viel konkreter angedacht wird und welche Fortschritte in Deutschland gerade stattfinden lesen Sie in diesem Newsletter.

Bei Ihrer Umsetzung wünsche ich Ihnen einen nachhaltigen Erfolg,

Ihr

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

Hospiz Österreich

Wegweisend



(Hospiz Österreich) Während die deutschen Fachverbände DGP und DHPV immer noch tagen, um die nötigen Mindeststandards für die Umsetzung

von Palliative Care und Hospizkultur in Alten- und Pflegeheimen zu benennen (siehe auch Newsletter Ausgabe 2/09), hat die österreichische Hospizbewegung umfassend gearbeitet. Das bereits 2008 verabschiedete Papier ist seit Mitte 2009 allgemein zugänglich (http://www.hospiz.at/pdf_dl/std_pflegeheim.pdf). Es bildet somit den Standard auch im deutschsprachigen Raum. Die Grundlegung ist wegweisend für Einrichtungen, MitarbeiterInnen und Betroffene:

„Für viele ÖsterreicherInnen ist das Pflegeheim ihr letztes Zuhause. Hier leben sie – und hier sterben sie. Mit dem Projekt „Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim“ soll erreicht werden, dass eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in allen Pflegeheimen Österreichs gewährleistet ist und nachhaltig sichergestellt wird.“

Die in der folgenden Tabelle vorgelegten Richtlinien dienen als Orientierungspunkt, um die eigene Praxis daran auszurichten. Für die Umsetzung und Entwicklung der Richtlinien werden folgende Prozessschritte vorgeschlagen:

1. Ernennung einer/eines Palliativbeauftragten pro Heim, die/der zumindest einen interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine spezielle Fortbildung in palliativer Geriatrie hat. (*Hinweis des Herausgebers: Dies wird in der Bundesrepublik Deutschland realisiert in sogenannten Palliativpflegekursen mit einer Dauer von 160 Stunden, besonders aber durch die spezifisch ausgerichteten Kurse für MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Altenpflege – siehe www.palliativkurse.de und www.palliativegeriatrie.de. Der Name für den „Palliativbeauftragten“, der sich momentan in Deutschland durchgesetzt hat, ist: „Palliativkoordinator/-in“.*)

weiter auf Seite 2

In dieser Ausgabe lesen Sie

Palliativkompetenz im Pflegeheim	1
Diakonie: Seelsorge in Palliative Care	3
Pflegekongressberichte	3
Wegelagerei bei Patientenverfügung befürchtet	5
Filmtipps zur SAPV	5
Stand der SAPV-Umsetzung	6
Ziel erreicht beim bpa-Palliativprojekt in NRW	6
Sich auf den Weg machen	7
Der Schweizer Weg: Aktive Sterbehilfe	8

Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim

Grundprinzipien für die Umsetzung und die Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim¹:

- Ganzheitliche Betreuung, Behandlung und Begleitung von allen Sterbenden, die es benötigen, und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen.
- Erkennen und Lindern von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von BewohnerInnen, die an Demenz erkrankt sind.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen.
- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens.
- Einbeziehung von qualifizierten Ehrenamtlichen in der Lebens- und Sterbebegleitung.
- Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe.

Für die Umsetzung in Österreich empfiehlt HOSPIZ ÖSTERREICH:

- Die Vernetzung der wesentlichen Partner (Dachverbände, Ministerien, Institutionen, Forschungseinrichtungen ...) auf Bundesebene.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auf der Leitungsebene gibt es eine gendersensible Haltung und eine entsprechende Umsetzung in allen Handlungen.
- Auf allen Betreuungsebenen wie auch auf der Leitungsebene gibt es eine interkulturelle Kompetenz.
- Die Verständigung auf ein gemeinsames Konzept der Umsetzung und Entwicklung.
- Erhebung des Status der palliativen Versorgung in allen Bundesländern und bedarfsgerechter Ausbau des Fort- und Weiterbildungsangebots für MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen.
- Das Treffen der notwendigen Entscheidungen auf politischer und institutioneller Ebene, u. a. Anhebung des Pflegeschlüssels bei PalliativpatientInnen, Gewährleistung von palliativmedizinischer Versorgung.
- Umsetzung in Modellheimen mit dem Ziel der Umsetzung und Entwicklung in allen Heimem.
- Verleihung eines Zertifikats für die Umsetzung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim.

¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (D)/Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen/Arbeitspapier Stationäre Altenhilfe (September 2005)

2. Ist-Analyse der aktuellen Praxis und schrittweise eine Annäherung der Praxis an die Richtlinien in einem begleiteten Prozess.
3. Schaffen von Maßnahmen und Strukturen, um die palliative Versorgung im Heim nachhaltig zu sichern.

Palliativ-Beauftragte

Um die Hospiz- und Palliativkultur im Heim weiter zu entwickeln, zu fördern und lebendig zu erhalten, gibt es in jedem Heim eine Person, die beauftragt wird, dieses Anliegen wahrzunehmen. Diese/r „Palliativbeauftragte“ verfügt zumindest über einen interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in palliativer Geriatrie. Zu ihren/seinen Aufgaben gehören die Entwicklung von Richtlinien für die Hospiz- und Palliativkultur im Heim, die verschriftlicht wer-

den und immer wieder auf Einhaltung und Verbesserungen hin überprüft werden, Empfehlung von Weiterbildungsveranstaltungen zu Palliative Care und palliativer Geriatrie, Einberufung von Gesprächsrunden, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Beratung der Heim- und Pflegeleitung zu Themen der palliativen Versorgung. Der/dem Palliativbeauftragten steht ein Team zur Seite, das sie/ihn bei der Erfüllung des Auftrags unterstützt. Auf jeder Station (ca. 25–30 BewohnerInnen) gibt es mindestens eine Person (1 VZÄ), die einen interdisziplinären Basislehrgang Palliative Care und eine Fortbildung in palliativer Geriatrie absolviert hat.

Heimleitung

Die Heimleitung bekennt sich zur Entstehung und konsequenten Umsetzung

einer Hospiz- und Palliativkultur und deren nachhaltigen Absicherung. Die Heimleitung sorgt im medizinischen, pflegerischen, seelsorgerischen und psychosozialen Bereich für die Umsetzung aller genannten Ziele. Die Heimleitung entwickelt ihr ethisches Leitbild weiter, formuliert ihre ethische Grundausrichtung zu zentralen Themen und sorgt für ethische Beratungsmöglichkeit bei Bedarf. ■

Auszug aus den Richtlinien: Fassung vom 3.9.2008/HOSPIZ ÖSTERREICH, Arbeitsgruppe Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim – http://www.hospiz.at/pdf_dl/std_pflegeheim.pdf.

Aktuelle Infos unter www.mediacion.de – Service

Positionspapier

Seelsorge in Palliative Care

Berlin (DW EKD online) – Die Diakonie stellte im Oktober 2009 ein Positionspapier zur Seelsorge im Kontext „Palliative Care“ vor: Seelsorge stellt eine Kernkompetenz kirchlichen Handelns dar und ist ein Leuchtfeuer ihrer Arbeit.

Die seelsorgliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie von deren An- und Zugehörigen hat eine lange und beeindruckende Tradition. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich, angestoßen durch die multiprofessionell ausgerichtete Hospizbewegung, die Versorgung und Begleitung sterbenskranker Menschen etabliert und professionalisiert. Je nach Region haben sich unterschiedliche Palliative Care-Strukturen und Netzwerke gebildet bzw. sind im Aufbau begriffen.

Um seelsorgliche Begleitung in den verschiedenen Strukturen von Palliative Care zu verankern, ist es nötig, dass Kirche und Diakonie gemeinsam Kon-

zepte vor Ort entwickeln. Die Handlungsempfehlungen wollen hierzu Anregungen geben und Hilfestellungen leisten. Dabei geben sie in einer Situationsanzeige Einblicke in die Konzeption von Palliative Care, auch bezogen auf deren gesetzliche Verankerung im SGB V. Weiterhin führen sie aus, was im Hinblick auf die Seelsorgequalifizierung sowohl von haupt- als auch von ehrenamtlich Tätigen zu beachten ist. Am Ende der Handlungsempfehlungen werden Anregungen zu einer Entwicklung von Konzepten der seelsorglichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Palliative Care gegeben.

Die Printversion „Texte 12/2009“ kann bestellt werden unter Telefon (0711) 90216-50, Fax (0711) 7977502, E-Mail: vertrieb@diakonie.de. Ein digitaler, kostenloser Download unter: http://www.diakonie.de/Texte-12_2009_PalliativeCare.pdf ■



Positionspapier der Diakonie 2009

Rückblick: Palliativpflege auf Pflegekongressen

Wegbeschreibungen

Der vierte Norddeutsche Pflegekongress (25./26. September 2009 in Lübeck) und der zweite Westdeutsche Pflegekongress (3./4. November 2009 in Dortmund) – wir berichteten im Newsletter Ausgabe 3/09 – hatten neben den bislang üblichen Thematiken wie Pflege-, Qualitäts- und Wissensmanagement sowie Demenz als auch Hilfsmittelversorgung den besonderen Schwerpunkt: Palliativpflege



Unter anderem wurde über den Einsatz der Musiktherapie am Lebensende von Judith Sonntag berichtet. Frau Sonntag hat gerade den Artikel „Musiktherapie“ für die aktuelle Nachlieferung zum Handbuch: „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln, November 2009“ geschrieben.

Für diejenigen, die nicht anreisen konnten, hier die inhaltlichen Zusammenfassungen der beiden Seminare von Meike Schwermann, die ebenfalls regelmäßig für den Behr's Verlag schreibt.



Meike Schwermann

Palliativkultur erfolgreich entwickeln

Pflegeheime sind für einen großen Teil der Bevölkerung Orte höchster Pflegeintensität und des Sterbens geworden. Auch ist der Anteil an gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer ist eine zentrale Herausforderung der Versorgungseinrichtungen. Hieraus haben sich die Bemühungen intensiviert, in den Organisationen der stationären Altenhilfe eine palliative Kultur zu entwickeln. Dabei sind interessante und bemerkenswerte Ansätze beobachtbar, wie palliatives Wissen in den geriatrischen Alltag integriert werden kann. Ganz allgemein wird dieser Vorgang als „Implementierung“ beschrieben.

Palliative Care kompakt

Das Besondere bei der Umsetzung der Palliative Care-Kultur in die Altenpflegeeinrichtungen sind im Gegensatz zu Hospizen oder Palliativstationen die strukturellen, fachlichen und personellen Unterschiede, die eine große Herausforderung und viel Kreativität für alle Beteiligten bedeuten. Dabei ist die Analyse des Bestehenden, die Bewusstwerdung von vorhandenen Ritualen, Praktiken und Gewohnheiten ein erster erforderlicher Schritt. Dafür ist es notwendig, dass sich die Führungskräfte der Einrichtungen konzeptionell zur Frage des Umgangs mit Sterben und Tod verhalten müssen („top down“), bevor organisationale Veränderungsprozesse in Bezug auf eine professionelle Begleitung in der letzten Phase des Lebens umgesetzt werden können.

Die Implementierung der Palliativversorgung in die Institution mit den dazugehörigen Verfahren, Kommunikationsformen und Kooperationen, basierend auf einer Qualifikation und Begleitung der Mitarbeiter, verändert die Organisation entscheidend in ihren Strukturen, Abläufen und ihrer Organisationskultur. Aber erst wenn die Mitarbeiter mit ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten, Ressourcen und Ideen und der Möglichkeit, individuelle Grenzen darstellen zu können, in die Entwicklung der Palliativkultur in die Einrichtung einbezogen werden („bottom up“), besteht auch die Möglichkeit, dass eine qualifizierte Begleitung für die Bewohner und ihre Angehörigen in der letzten Phase des Lebens angeboten wird.

Fallbesprechungen in der Pflege: „Ein erfolgreiches Instrument zur Optimierung der Palliativversorgung“

Die Palliativversorgung älterer Menschen erfordert, dass die Begleitung eines Pflegebedürftigen nicht nur auf die finale Phase bezogen ist, sondern

vom Einzug, bzw. der Aufnahme an geplant und organisiert werden muss. Dabei geht es nicht darum, dass damit grundsätzlich davon ausgegangen werden soll, dass der Betroffene innerhalb der nächsten Tage oder Wochen stirbt (wie es in einem Hospiz meistens der Fall ist). Sondern es geht darum, vom Einzug an, die Grundelemente der Palliative Care Philosophie immer wieder auch in die kurative oder rehabilitative Versorgung zu integrieren. Ein hilfreiches Instrument hierzu ist die Fallbesprechung, bzw. der Runde Tisch, an dem sich alle Beteiligten zusammenfinden, um gemeinsam die Begleitung des Betroffenen und die Unterstützung der Angehörigen zu optimieren. Folgende Anlässe bieten sich für eine Fallbesprechung an:

- Kurz nach der Aufnahme, um gemeinsam die pflegerische Anamnese und Biografiearbeit zu entwickeln, die medizinische Behandlung abzustimmen und gemeinsam zu besprechen, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, welche Betreuungsperson ansprechbar ist oder ob für an Demenz Erkrankte der „mutmaßliche Wille“ noch erhoben werden muss im Hinblick auf zukünftige Therapie- und Versorgungsentscheidungen.
- Im Laufe des Aufenthaltes bietet sich für Menschen mit Schmerzen eine „fallbezogene Schmerzkonferenz“ an.
- Bei herausforderndem Verhalten ist eine „hermeneutische Fallbesprechung“ dabei dienlich, gemeinsam im Team und mit den Angehörigen zu ermitteln, welche Ursachen auffällige Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz haben und welche Maßnahmen gemeinsam geplant werden können, um diesem Verhalten zu begegnen.
- Bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Betrof-

fenen ist eine „ethische Fallbesprechung“ im interdisziplinären Team unter Einbezug der Angehörigen sehr nützlich, gemeinsam eine Therapiezieländerung zu planen, bzw. die Überlegungen im Hinblick auf ethische Entscheidungen gemeinsam durchzuführen, bzw. aus verschiedenen Perspektiven zu planen.

- Nach dem Versterben bietet sich sehr die „reflexive Fallbesprechung“ für das Team an, in der die palliative Begleitung gemeinsam besprochen wird und bewusst Abschied von dem Verstorbenen genommen werden kann.

Der Vorteil von Fallbesprechungen liegt darin, dass sich alle Beteiligten in einem ruhigen Rahmen austauschen können, verschiedene Perspektiven dargestellt werden, das Verständnis füreinander gestärkt werden kann und gemeinsam getroffene Entscheidungen auch gemeinsam getragen werden können. ■

Neues Buch von M. Schwermann

In diesem Kontext erschienen: Meike Schwermann: „Kompetenz in Palliative Care“, Haltung – Wissen – Umsetzung. 132 Seiten. 2009. ISBN: 978-3-86630-099-6:

Im Handbuch finden Sie neben den Grundsätzen der palliativen Pflege zahlreiche Checklisten und Arbeitshilfen aus der Praxis. Wie zum Beispiel den Kriseninterventionsplan, den Verfahrensablauf für eine ethische Fallbesprechung, Schmerzverlaufsprotokolle und Checklisten zur Angehörigenarbeit. Schritt für Schritt – von der Ist-Analyse über die Konzeptentwicklung bis zu notwendigen strukturellen, fachlichen und personellen Anpassungen. Autorin Meike Schwermann gibt wertvolle Hilfen. Anschaulich, praxisorientiert und höchst kompetent.

Geschäfte mit der Patientenverfügung

Wegelagerei befürchtet

(FAZ) Berlin – Geschäfte mit der Patientenvollmacht: Bundesbürger können nach dem Mitte Juni vom Bundestag beschlossenen Gesetz, vom 1. September an selbst bestimmen, ob und in welcher Form sie lebenserhaltende Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientenverfügung schriftlich niedergelegt ist; einer notariellen Beurkundung bedarf es nicht. Allerdings empfiehlt die Bundesregierung, eine fachliche Beratung vor der Unterschrift der Verfügung einzuholen.

„Eine Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung ist sehr empfehlenswert und trägt dazu bei, sich selbst Klarheit über das Gewollte zu verschaffen und Wertungswidersprüche zwischen einzelnen Äußerungen und Festlegungen zu vermeiden“, erklärt das Bundesjustizministerium. Gerade im Falle einer schweren Erkrankung empfehle es sich, die Verfügung auf die konkrete Krankheitssituation zu beziehen. „Dabei sollten Sie mit dem Arzt über den Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sprechen.“

„Beratung kann teuer werden“

Zu den Kosten der Patientenverfügung hat der Gesetzgeber sich nicht geäußert – aber die Beratung kann teuer werden: Der NAV-Virchowbund, der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, empfiehlt den Ärzten laut Mitteilung vom Freitag, für Beratung und Ausstellung bis zu 235,95 Euro in Rechnung zu stellen. Er nennt das „dem Zeitaufwand und der Verantwortung angemessen“. Das Geld reicht demnach für zwei Beratungsgespräche von bis zu 45 Minuten, Aufnahme von Lebens- und Krankheitsdaten, einschließlich der Untersuchung und Feststellung „der für die Erstellung der Verfügung geforderten notwendigen Einsichtsfähigkeit und freien Willensbildung“, Ausfüllen und Aushändigen des Patienten- und Archivierung des Ärzteexemplars. Die 235,95 Euro müssten die Patienten aus der eigenen Tasche bezahlen, denn weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung tritt dafür ein. Dafür fehle es an der „medizinischen Notwendigkeit“, heißt es bei der privaten Versicherung; keine Kassenleistung, sagen Vertreter von Kassen und Kassenärzten. Die Bundesärztekammer hält das Gespräch mit dem Arzt zwar für sinnvoll und richtig, kann die Rechnung des

NAV aber nicht nachvollziehen. Sie hat nachgerechnet und kommt zu folgendem Ergebnis: „Eine solche Beratung ist mit ungefähr 40 Euro anzusetzen“, sagt der Sprecher von Bundesärztekammerpräsident Hoppe. Zudem verweist er auf Vollmachtsvorlagen, die Ärztekammern kostenfrei anböten, etwa im Internet. Dort tummeln sich viele Anbieter: So kann man bei einem Anbieter eine vorgefertigte Verfügung nach weniger als 20 Ja-Nein-Klicks für 9,90 Euro herunterladen, ein anderer verspricht eine „optimale Patientenverfügung“ für „maximal 96 Euro, ermäßigt 48 Euro“, die Verbraucherzentralen offerieren eine Broschüre samt Formulierungshilfen und Muster-schreiben für 7,90 Euro. Weltliche und kirchliche Hilfsorganisationen wie die Caritas und das Diakonische Werk bieten Rat an. Kostenfrei hilft das Bundesjustizministerium Interessenten auf seinen Internetseiten oder mit einer Broschüre samt Mustervorlagen und Textbausteinen – von der „Eingangsformel“ über die „Festlegung ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen“ und „Organspende“ bis, schlussendlich, zur „Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8. 8. 2009). ■

Tipp

Film „Marias letzte Reise“

Es fehlt uns bislang immer noch an konkreten Bildern und Visionen, wie die ambulante Palliativversorgung aussehen kann. Nicht jeder hat das Glück, wie die von Monika Bleibtreu gespielte Maria auf ihrer letzten Reise. Bild aus: „Marias letzte Reise“, der Film von Rainer Kaufmann mit der unvergessenen Monika Bleibtreu (1944 bis 2009) in der Hauptrolle, hier



Film „Marias letzte Reise“

in der Begegnung mit ihrer ambulant tätigen Pflegekraft. Ein wenig unspektakulärer, wenn auch nicht weniger individuell und dann auch wieder ganz realistisch und bewegend ist der 2 1/2-minütige Bericht des Göttinger SUPPORT-Teams, den das ZDF 2009 erstellt hat. Kostenfrei anzusehen unter: <http://www.zdf.de/ZDFmediathek/content/848374?inPopup=true> ■

SAPV

Immer noch auf dem Wege

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung schleppt sich immer noch hin. Zwar gibt es Vertragsangebote der Krankenkassen, doch diese sind teils so schlecht, dass sie sich betriebswirtschaftlich nicht rechnen. Erst wenige Anbieter aus knapp 40 Regionen haben einen Vertrag unterzeichnet.

Dr. Thomas Schindler (Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) führt dazu aus: „Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat auf Wunsch des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebeten, eine konkrete Gesamtübersicht über das Vertragsgeschehen in den



Dr. Thomas Schindler,
Geschäftsführer der DGP

Ländern zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu erhalten. Eine Antwort wurde Anfang September dem BMG zugeleitet und Mitte September den Ausschussmitgliedern unter dem Titel „Bericht zum Stand der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach einer Erhebung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ zur Verfügung gestellt. Der Gesamtübersicht kann entnommen werden, dass „bis zum 1. August 2009 bundesweit rund 30 Verträge nach § 132d SGB V geschlossen worden“ sind. Der Tenor des Berichts und der Übersicht ... ist durchaus optimistisch. Nicht vergessen werden sollte allerdings, dass im ersten Halbjahr 2009 von den ursprünglich in Aussicht gestellten Geldern für diesen Bereich (180 Mio. Euro in 2009) nicht 90 Mio. Euro, sondern lediglich 3,5 Mio. Euro (= 3,9 %) von den Kassen ausgegeben worden sind.“ ■

setzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu erhalten. Eine Antwort wurde Anfang September dem BMG zugeleitet und Mitte September den Ausschussmitgliedern unter dem Titel „Bericht zum Stand der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach einer Erhebung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ zur Verfügung gestellt. Der Gesamtübersicht kann entnommen werden, dass „bis zum 1. August 2009 bundesweit rund 30 Verträge nach § 132d SGB V geschlossen worden“ sind. Der Tenor des Berichts und der Übersicht ... ist durchaus optimistisch.

Nicht vergessen werden sollte allerdings, dass im ersten Halbjahr 2009 von den ursprünglich in Aussicht gestellten Geldern für diesen Bereich (180 Mio. Euro in 2009) nicht 90 Mio. Euro, sondern lediglich 3,5 Mio. Euro (= 3,9 %) von den Kassen ausgegeben worden sind.“ ■

Peter Godzik veröffentlicht auf seiner Homepage unter: <http://www.pkgodzik.de/FB-20-21%20Formular.htm> das Vertragsmuster für einen Vertrag nach § 132d SGB V (SAPV) erarbeitet von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, samt einer Mitteilung vom 2. September 2009 und Erläuterungen.

Hierzu beachtenswert sind die Ausführungen zum Erhalt der Umsatzsteuerbefreiung, die bei unkluger Vertragsgestaltung wegfallen können. Siehe ebenso dort: Das neue Vertragsangebot der Kassen für Hamburg: http://www.pkgodzik.de/160909_SAPV_Hamburg.pdf samt relativ günstigen Vergütungen: <http://www.pkgodzik.de/Anlage%205%20-%20Verguetungen.pdf>.

Palliative Versorgung in privaten Pflegeeinrichtungen in NRW

Ziel erreicht

Neun stationäre Alten- und Pflegeheime und ein ambulanter Pflegedienst – Mitglieder des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) in Nordrhein Westfalen – präsentieren am 7. September 2009 in Bielefeld ihre Ergebnisse aus einem 18-monatigen Palliativprojekt. Anderthalb Jahre beschäftigten sich die 17 TeilnehmerInnen mit der Pflege, Versorgung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und dem Umgang mit Tod und Trauer in den Einrichtungen.

Bei der Umsetzung von Palliative Care geht es um die Einführung von Trauer Ritualen, die Überarbeitung von Pflegestandards, die Einbeziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitern, die Zusammenarbeit mit Hospizen, Schmerztherapeuten und ambulanten



Teilnehmer Palliativprojekt NRW

Diensten, den Umgang mit trauernden Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern und die Verbreitung von Fachwissen über symptomlindernde Pflegemaßnahmen im gesamten Team. Im Mittelpunkt stehen der Bewohner und

seine Angehörigen mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod zu erhalten.

Die Situation gerade in stationären Pflegeeinrichtungen hat sich binnen der letzten zehn Jahre erheblich verändert. Durch die immer älter werdenden Menschen, die schnellen Krankenhaussentlassungen und den verbesserten Ausbau der ambulanten Pflege ziehen

die erhöhten Pflegebedürftigen immer später in die stationären Einrichtungen ein. Der Aufenthalt dauert oft nur wenige Tage bis Monate. Etwa die Hälfte der neu einziehenden Bewohner verstirbt binnen eines Jahres nach Einzug,

aufgrund ihrer starken, bereits mit ins Heim gebrachten Erkrankungen.

Die Pflegenden begleiten zunehmend schwerstkranke und sterbende Menschen und sind häufig in Kontakt mit trauernden Angehörigen und Mitbewohnern. Es ist notwendig, dass Pflegende für diese Aufgaben gut vorbereitet sind, um den Bewohnern, den Angehörigen und auch sich selbst gerecht zu werden. Und zudem ist es wichtig, dass sich die Einrichtungen dahin gehend verändern, dass Tod und Sterben kein Tabuthema mehr ist, sondern einen Platz in der Einrichtung bekommt und der Umgang für alle Beteiligten definiert ist. Ein offener Umgang mit Sterben, Tod und Trauer erleichtert die Arbeit der Pflegenden, und auch für die Angehörigen und Bewohner ist es wichtig, diese existenziellen Themen ansprechen zu können, die Pflegequalität von Schwerstkranken zu erleben sowie auch den würdevollen Umgang mit Verstorbenen zu erleben.

Die zehn teilnehmenden Einrichtungen und Dienste haben in den vergangenen 1 1/2 Jahren Projektgruppen in den Einrichtungen zum Thema Palliativversorgung gebildet. Hier wurden Ziele entwickelt und Maßnahmen umgesetzt. Der interne Prozess wurde durch ein 5-tägiges Seminar zum Thema Projektmanagement und durch fünf Doppel-Coaching- und Impulstage begleitet und unterstützt. Am Abschluss- und Präsentationstag (7. September 2009) wurden von den Projektteilnehmern die einzelnen Maßnahmen aus ihrem Projekt vorgestellt. Sie präsentierten Ergebnisse zu folgenden Themen: inter-

kulturelle Abschiedsruhe, Vorstellung des Palliativzimmers, Mundpflege im Rahmen der basalen Stimulation[®], palliative Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen, individuelle Gestaltung eines Trauertisches, Begleitung eines Verstorbenen aus seinem Zuhause, Biografiearbeit in der palliativen Versorgung, Umgestaltung eines Abschiedsraumes sowie die interdisziplinäre Dokumentation der palliativen Versorgung.

Die Grußworte wurden von Frau Zurmühlen (bpa Vorstandsmitglied) und von Frau Schulz (Sozialamtsleiterin Bielefeld) gehalten. Frau Zurmühlen, die selbst vor acht Jahren einen palliativen Beratungsdienst mit aufbaute, betonte besonders die Notwendigkeit des Projektes: „Im Durchschnitt sterben in einem Heim 30 % der neu eingezogenen Bewohner binnen eines Jahres. Das bedeutet für ein mittelgroßes Haus, dass sie jede Woche einen Sterbefall verzeichnen. Die Organisation und ihre Mitarbeiter müssen sich dieser Herausforderung stellen. Ein Projekt in Palliative Care ist der richtige Weg (...).“

Ebenso richtungweisend äußerte sich Frau Schulz zum Projekt, sie stellte die Strukturen der Palliativversorgung im Raum Bielefeld dar und fügte die Heime als neues Segment eines Netzwerkes hinzu. Ihre Begrüßungsworte endeten mit den begeisterten Worten: „Wir sind sehr stolz darauf, dass dieses Projekt in Bielefeld stattgefunden hat.“

Für zwei Einrichtungen war der Abschluss- und Präsentationstag ein ganz besonderer Tag. Sie erhielten für ihre

besonders gute Arbeit das Zertifikat „Palliativkompetentes Pflegeheim“ von Frau Zurmühlen und Herrn Dr. Steurer überreicht.



Übergabe Zertifikat „Palliativkompetentes Pflegeheim“

Alle Teilnehmer und Gäste der Abschlussveranstaltung freuten sich sehr über einen guten und feierlichen Projektabschluss. Zwar ist die Begleitung des Projektes nun vorbei, allerdings wissen die Teilnehmer längst, dass sie weiterhin an der Umsetzung von Palliative Care in ihrer Einrichtung zu arbeiten haben.

Norbert Grote, Leiter der bpa Landesgeschäftsstelle Düsseldorf und Projektmitbegründer des Palliativprojektes in Nordrhein-Westfalen ist überzeugt. Die Einrichtungen sind nun gut für die Zukunft und jeden Bedarf ihrer Patienten und Bewohner vorbereitet. Im März 2010 soll bereits das zweite Palliativprojekt des bpa NRW in Düsseldorf starten. Zehn weitere Einrichtungen qualifizieren sich dann in Palliativpflege, Schmerzmanagement und Hospizkultur. Anmeldungen nimmt Frau Bärbel Bär von bpa Geschäftsstelle entgegen: Tel.: (0211)-3113930. ■

Palliativpflege im westlichen Niedersachsen

Sich auf den Weg machen

Zehn ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aus der Region Vechta-Cloppenburg werden ab März 2010 ihr Angebot der Palliativpflege weiterentwickeln. Mit einem speziell auf die ambulante und stationäre Altenpflege ausgerichteten 160-stündigen Palliativfachkurs bilden die Einrichtungen je eine Leitungs- und eine Pflegekraft in Palliative Care aus. Dann machen

sich diese gut ausgebildeten Palliativkräfte gemeinsam mit Projektgruppen aus ihren Einrichtungen auf den Weg, die Einrichtungskonzepte zu sichten und neu auszurichten. Inhouse-Schulungen flankieren diese Maßnahmen. Einzelne Restplätze können noch belegt werden (Tel.: 040-99994658).

Eine letzte Wegetappe haben je zehn bis zwölf Einrichtungen der Diakonie

Hannover und des DRK Niedersachsen innerhalb ihrer Palliativprojekte vor sich. Wer an den Abschlusstagen und Präsentationen am 18. und 24. Februar 2010 in Hannover teilnehmen möchte, kann sich über das DRK in NDS oder die Diakonie Hannover oder unter 040-99994658 dazu anmelden. ■

Aktive Sterbehilfe

Der Schweizer Weg

(Medienmitteilung der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich, 10. Juli 2009): Die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich teilt im Einvernehmen mit dem Vorstand von EXIT mit: Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe abgeschlossen. Die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und EXIT Deutsche Schweiz haben am 7. Juli 2009 eine Vereinbarung über Standesregeln bei der organisierten Suizidhilfe unterzeichnet.

Innerhalb des gesetzlichen Rahmens werden die einzuhaltenden Abläufe und das zu verwendende Sterbemittel sowie Organisation und Offenlegung der finanziellen Belange festgehalten. Damit soll Transparenz geschaffen werden. EXIT unterzieht sich dieser Regelung freiwillig.

Im Kanton Zürich werden jährlich circa 200 Suizidbegleitungen durchgeführt, davon rund ein Drittel durch EXIT. Angesichts der Anzahl von Freitodbegleitungen besteht im Kanton Zürich ein großes Interesse an einer klaren und transparenten Regelung. Das Strafgesetzbuch regelt die Kriterien, gemäß welchen Suizidhilfe nicht strafbar ist, nur marginal. Mit einem wegweisenden Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahre 2006 sind sie indessen teilweise konkretisiert worden.

Weiter haben die Nationale Ethikkommission und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften dafür Richtlinien erlassen (Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe Nr. 9/2005; NEK-Stellungnahme Nr. 13/2006; Medizinisch-ethische Richtlinien betreffend Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25. November 2004). Eine weitergehende, präzisierendere Regelung auf eidgenössischer Ebene ist nicht in Sicht. Der Züricher Regierungsrat hat sich deshalb mit Beschluss vom 14. März 2007 dafür ausgesprochen, mit den Suizid-

hilfeorganisationen im Kanton Zürich einvernehmlich Standesregeln abzusprechen. Die Organisationen sollen sich diesen freiwillig unterziehen können. Die Standesregeln sind als Zwischenschritt bis zur Einführung einer gesetzlichen Regelung gedacht.

Die vom Regierungsrat angestrebten Standesregeln sind in der, zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und der Suizidhilfeorganisation EXIT geschlossenen Vereinbarung festgehalten.

Diese Vereinbarung ist mit Zustimmung des Vorstehers der Direktion der Justiz und des Innern abgeschlossen worden. Der Vorsteher der Gesundheitsdirektion hat aus gesundheitspolizeilicher Sicht gegen den Abschluss einer solchen Vereinbarung keine Einwände erhoben. Die Vereinbarung ist am 7. Juli 2009 durch den leitenden Oberstaatsanwalt und den Präsidenten von EXIT unterzeichnet worden.

Als Grundlage der Vereinbarung dienen neben Gesetz (Straf- und Heilmittelgesetzgebung) und Rechtsprechung die Richtlinien der Nationalen Ethikkommission und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Es geht um Art und Weise der Durchführung der Suizidbegleitung, vor allem bezüglich Prüfung, Klärung und Dokumentation der Voraussetzungen für eine Begleitung. Die ausschließliche Verwendung von Natrium-Pentobarbital als Sterbemittel sowie der Umgang damit wird ebenfalls festgehalten. EXIT verpflichtet sich zudem zur Offenlegung und Transparenz hinsichtlich Organisation und finanzieller Mittel. Die Oberstaatsanwaltschaft bestätigt mit der Unterzeichnung lediglich die ordnungsgemäße Durchführung der in solchen Fällen gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchung. Insbesondere werden allfällige ordentliche Strafverfahren nicht tangiert. Die Einhaltung der Vereinbarung durch EXIT erleichtert den Strafverfolgungsbehörden die Erfüllung ihrer gesetzlich vor-

geschriebenen Aufgaben. Der Regierungsrat wie auch EXIT werden sich weiterhin beim eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement für eine nationale gesetzliche Regelung einsetzen. ■

Der Volltext der Vereinbarung findet sich unter:

<http://www.staatsanwaltschaften.zh.ch/Diverses/Aktuelles/Vereinbarung%20EXIT.pdf>

Kritische Stimmen dazu hat es aus verschiedenen Kreisen gegeben. Ausführliche Dokumentation der Vorgänge unter: <http://www.exit.ch/wDeutschold>.

Über neueste Entwicklungen zu ethischen Fragen informiert: www.dgpalliativmedizin.de im Bereich: „Aktuelles“. So wurden durch Urteile die Regeln zur Sterbehilfe in Großbritannien und Australien jüngst gelockert. Eine umfassende Betrachtung der Ethikfragen in der Pflege am Lebensende siehe auch: Behr's Jahrbuch Pflege 2010: Ethik am Ende? von J. Steurer.

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
10. Aktualisierungslieferung 04/2009

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