

PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Becker-Ebel
Herausgeber

Liebe Leserinnen und Leser,

die geschaffenen und neu entstehenden Strukturen nun mit Leben zu füllen, ist nicht nur Aufgabe in der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV). Es ist und bleibt stets die Aufgabe in allen Strukturen – selbst in der Sterbebegleitung selbst.

Gibt es etwas Individuelleres als das eigene Sterben und somit auch als die Begleitung von Sterbenden? Sterbebegleitung als Lebensbegleitung auf dem letzten Weg kann deshalb nicht standardisiert, sondern nur persönlich gelebt werden. Die Strukturen helfen uns lediglich bei der Bereitstellung von Zeit und Ressourcen.

Ob sich im ambulanten Bereich und in der stationären Altenhilfe grundlegend etwas bessert, bleibt nur dringend zu hoffen. Die Lobby dafür scheint nicht so groß. Was wir aber jetzt schon machen können, davon berichtet auch diesmal wieder dieser Newsletter.

Ihr

Jochen Becker-Ebel

Hilfe im Sterben

Freispruch des BGH im „Sterbehilfeprozess Putz“

Mit einem Grundsatzurteil zur Sterbehilfe hat der Bundesgerichtshof (BGH) das Selbstbestimmungsrecht von Patienten gestärkt. Im Mittelpunkt steht ein Münchner Anwalt.

Ärzte dürfen demnach auch dann lebensverlängernde Maßnahmen abbrechen, wenn der unmittelbare Sterbevorgang noch nicht begonnen hat. Nach dem am 25.06.2010 verkündeten Urteil kommt es nicht darauf an, ob der Abbruch durch aktive Handlungen erfolgt, also beispielsweise das Entfernen eines Ernährungsschlauchs. Auch bei bewusstlosen Patienten sei allein deren mutmaßlicher Wille entscheidend. Der BGH sprach damit den auf Medizinrecht spezialisierten Rechtsanwalt Wolfgang Putz aus München frei. Er hatte seiner Mandantin geraten, den Ernährungsschlauch durchzuschneiden, über den ihre seit Jahren im Wachkoma liegende Mutter versorgt wurde. Das Gericht entsprach damit den Anträgen von Verteidigung und Bundesanwaltschaft, die beide Freispruch gefordert hatten. Das Landge-



© dpa Wolfgang Putz

richt Fulda hatte den Anwalt wegen versuchten Totschlags zu einer Bewährungsstrafe von neun Monaten verurteilt. Der inzwischen verstorbenen Patientin war nach der Tat ein neuer Schlauch gelegt worden, so dass sie zunächst überlebte.

Ausgehend vom ursprünglichen Urteil des Landgerichts Fulda begründet der Bundesgerichts den Freispruch so:

„Das Landgericht ist im Ergebnis zutreffend davon ausgegangen, dass die durch den Kompromiss mit der Heim-

weiter auf Seite 2

In dieser Ausgabe lesen Sie

Hilfe im Sterben	1
Ohne den Arzt versterben	2
Da-Heim bis zuletzt	4
Neues im Bildungsbereich	4
Kurze Meldungen	5
Große Herausforderung der alternden Gesellschaft	6
Neue Bücher	7
Fachtag „In Würde sterben im Pflegeheim“	8

Palliative Care kompakt

leitung getroffene Entscheidung zum Unterlassen weiterer künstlicher Ernährung rechtmäßig war und dass die von der Heimleitung angekündigte Wiederaufnahme als rechtswidriger Angriff gegen das Selbstbestimmungsrecht der Patientin gewertet werden konnte. Die im September 2002 geäußerte Einwilligung der Patientin, die ihre Betreuer geprüft und bestätigt hatten, entfaltete bindende Wirkung und stellte sowohl nach dem seit dem 1. September 2009 als auch nach dem zur Tatzeit geltenden Recht eine Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs dar. Dies gilt jetzt, wie inzwischen § 1901 a Abs. 3 BGB ausdrücklich bestimmt, unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung.

Dagegen trifft die Bewertung des Landgerichts nicht zu, der Angeklagte

habe sich durch seine Mitwirkung an der aktiven Verhinderung der Wiederaufnahme der Ernährung wegen versuchten Totschlags strafbar gemacht. Die von den Betreuern – in Übereinstimmung auch mit den inzwischen in Kraft getretenen Regelungen der §§ 1901 a, 1904 BGB – geprüfte Einwilligung der Patientin rechtfertigte nicht nur den Behandlungsabbruch durch bloßes Unterlassen weiterer Ernährung, sondern auch ein aktives Tun, das der Beendigung oder Verhinderung einer von ihr nicht oder nicht mehr gewollten Behandlung diene. Eine nur an den Äußerlichkeiten von Tun oder Unterlassen orientierte Unterscheidung der straflosen Sterbehilfe vom strafbaren Töten des Patienten wird dem sachlichen Unterschied zwischen der auf eine Lebensbeendigung

gerichteten Tötung und Verhaltensweisen nicht gerecht, die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen.“

Quelle: Karlsruhe/München dpa/
Pressemitteilung des BGH ■

Ausführlich dazu. Pressemitteilung des freigesprochenen Anwalt:
<http://www.putz-medizinrecht.de/pressemitteilungen.html>. Kommentare zum Urteil: <http://www.tageschau.de/inland/bghsterbehilfe104.html>. Vollständige Texte des Bundesgerichtshofs unter: www.bundesgerichtshof.de Pressemitteilung Nr. 129/2010 und Urteil vom 26.6.2010 Aktenzeichen: 2 StR 454/09.

Ohne den Arzt versterben

Ärztlich assistierter Suizid in der Diskussion



Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio ist Inhaber des Stiftungslehrstuhls für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (Ärzteblatt)

Ärzte sollen unheilbar Kranken dabei helfen können, sich das Leben zu nehmen. Das befürworten laut einer Allensbach-Umfrage rund ein Drittel der befragten Mediziner. Praktizieren darf die ärztlich begleitete Sterbehilfe allerdings keiner, ansonsten droht der Verlust der Approbation. Doch es gibt Menschen, die am Lebensende aus durchaus nachvollziehbaren Gründen ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchten.

Der junge Patient auf der Palliativstation litt an stärksten Schmerzen aufgrund seines unheilbaren Tumors. Die Schmerzen konnten innerhalb einer Woche gut gelindert werden. Der Patient war sehr zufrieden, bedankte sich bei allen, ging nach Hause und nahm sich das Leben. Das Palliativteam war zutiefst betroffen: „Wieso hat er mit uns nicht geredet?“ Die Schwester des Patienten, der er sein Suizidvorhaben mitteilte, stellte ihm die gleiche Frage: „Weshalb hast du nicht mit den Ärzten gesprochen?“ Die erschütternde Antwort: „Um Gottes willen. Die Ärzte sind so gut zu mir gewesen, ich konnte sie doch unmöglich in Schwierigkeiten bringen.“

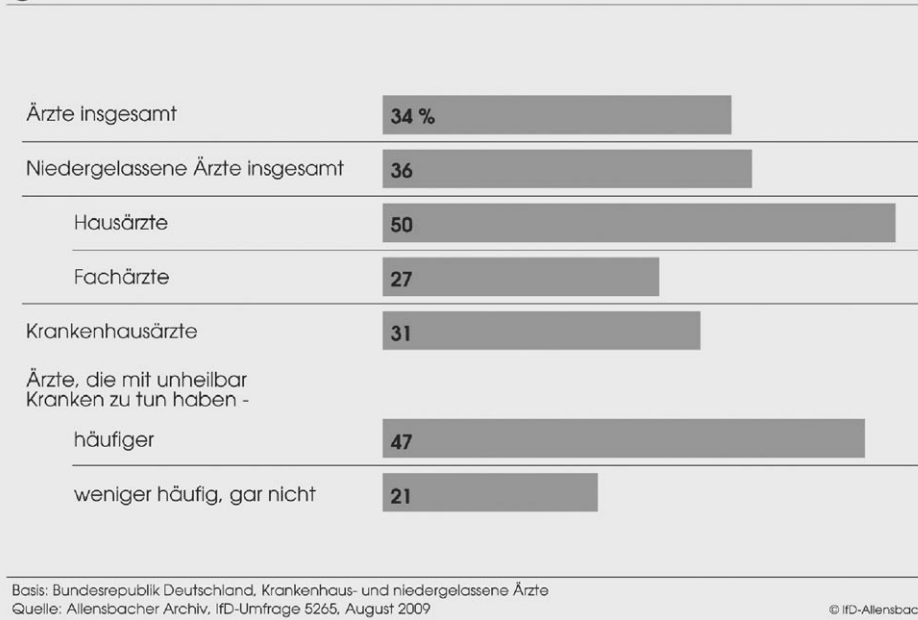
Ein paradigmatischer Fall für die aktuelle Diskussion. Laut einer kürzlich veröffentlichten Allensbach-Umfrage spricht sich ein Drittel der befragten Mediziner für den ärztlich assistierten Suizid aus. Dieser wird aber von der Bundesärztekammer bislang unverändert als ‚mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar‘ bezeichnet. Das bedeutet,

dass Ärzte, die einem Patienten bei der Selbsttötung helfen, den Entzug ihrer Approbation riskieren. Angesichts der Umfrageergebnisse hat allerdings der Präsident der Bundesärztekammer diese Gefahr relativiert, und in der Tat hat bisher kein einziger Arzt in Deutschland aus diesem Grund die Berufserlaubnis verloren. Doch die Frage bleibt: Brauchen wir eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids?...

Zitat aus einem gemeinsamen Hirtenschreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel: „Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Weg stehen sollte.“ Der Arzt darf also beim Suizid wegschauen. Aber soll er auch helfen dürfen

Im US-Bundesstaat Oregon ist der ärztlich assistierte Suizid seit 1998 gesetzlich erlaubt, Ärzte dürfen eine tödliche Medikamentendosis rezeptieren.

Aber: jeder dritte Arzt ist schon um Hilfe beim Suizid gebeten worden



Die überwiegende Mehrheit der Ärzte sind von Patienten noch nicht um Beihilfe beim Suizid gebeten worden. Die Lage wird differenzierter, wenn einzelne Ärzteguppen betrachtet werden (Hausärzte 50%).
© ifd-Allensbach Umfrage 5265; Seite 6

Bemerkenswert dabei: Etwa ein Drittel der Patienten lässt sich zwar das Rezept geben, führt aber den Suizid dann nicht durch. Es geht also vielen Menschen mehr um das Gefühl der eigenen Kontrolle. Nur ein Promille der Menschen sterben in Oregon durch ärztlich assistierten Suizid, was sicher auch an der hervorragenden palliativmedizinischen Versorgung liegt. ...

Gegen die ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung wird angeführt, dass sie das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ verändern würde, weil man die Suizidassistenten dann quasi als ärztliche Leistung einfordern könnte. Das ist durchaus denkbar, aber nicht bewiesen. Schwerer wiegt ein anderes Argument: Es ist heute in Deutschland für Ärzte aufwendiger, zeitraubender und auch teurer, einen Patienten am Lebensende adäquat palliativmedizinisch zu betreuen (einschließlich Hausbesuchen, Gesprächen mit Angehörigen usw.), als ihm ein Rezept für eine tödliche Medikamentendosis auszuhändigen. Diese Interessenskollision ist unbedingt zu vermeiden, am besten durch eine flächendeckende Palliativversorgung, die zwar 2007 gesetzlich beschlossen wurde, deren Umsetzung aber immer noch quälend langsam stattfindet.

Wird ein Ausbau der Palliativmedizin ausreichen, um alle Wünsche nach Lebensverkürzung aus der Welt zu schaffen? Immerhin sprechen sich Palliativmediziner häufiger gegen den assistierten Suizid aus als andere Ärzte, und Politiker wie Berufsethiker kontorn die Diskussion um liberalere Suizidregeln reflexhaft mit einem Appell

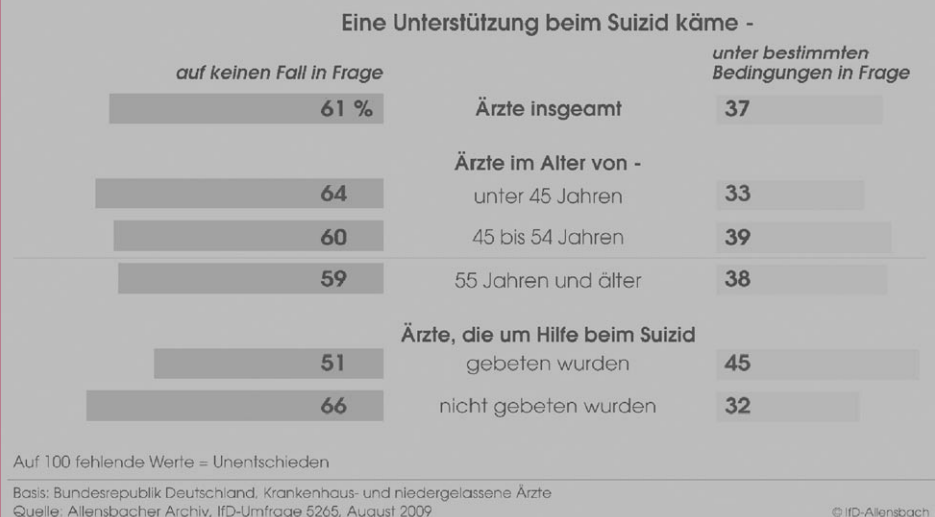
für den Ausbau der Palliativmedizin. Das klingt zwar gut, doch die wissenschaftlichen Daten und die klinische Erfahrung zeigen eindeutig: Auch bei optimaler Palliativbetreuung gibt es Menschen, die am Lebensende aus durchaus nachvollziehbaren Gründen ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchten. Dass sich diese Menschen dann bessere Alternativen wünschen als U-Bahn oder Strick, ist verständlich. Bei Hochbetagten ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine häufige Suizidmethode mit einer hohen Dunkelziffer. Nach amerikanischen Studien ist der Sterbverlauf dabei sehr friedlich. Der Sterbeprozess dauert allerdings zehn bis vierzehn Tage und kann für die Angehörigen ziemlich belastend sein (gewaltsame Suizidformen sind es natürlich noch viel mehr).

Quelle: Gian Domenico Borasio in Die Süddeutsche, 2.8.2010 ■

Siehe hierzu ausführlich die von der Bundesärztekammer beim Institut Allensbach 2009 in Auftrag gegebene und im Juli 2010 publizierte Studie: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf>

Für mehr als jeden dritten Arzt käme ein begleiteter Suizid unter bestimmten Bedingungen in Frage

Frage: "Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, einen Patienten beim Suizid zu unterstützen, ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die dieser dann selbst einnimmt, oder käme das auf gar keinen Fall in Frage?"



© ifd-Allensbach Umfrage 5265; Seite 22

Da-Heim bis zuletzt

Palliativkompetenz im Pflegeheim



Dr. Birgit Weihrauch,
Vorsitzende des
Deutschen Hospiz- und
Palliativverbands

Anlässlich des diesjährigen „Internationalen Tags der Pflege“ am 12. Mai äußerte sich Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des Deutschen

Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) zur Hospizkultur. Nach einer Pressemitteilung der Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit des DHPV, Dr. Julia von Hayek

„Es muss unser aller Anliegen sein, die Hospiz- und Palliativarbeit in Deutschland weiter auszubauen und zu stärken. Nur so ist unsere alternde Gesellschaft den sozialen Herausforderungen in der Zukunft gewachsen“, so Dr. Weihrauch. „Die Lebenserwartung ist

in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Die Zahl der älteren, pflegebedürftigen und schwerstkranken Menschen sowie der Menschen mit demenziellen Erkrankungen und mit ihnen die Zahl derjenigen, die in Zukunft auf eine qualitativ hochwertige Pflege angewiesen sind, nimmt beständig zu. Anliegen der Hospiz- und Palliativarbeit ist es, diesen Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen“, so Weihrauch weiter.

In den vergangenen bald 25 Jahren konnten durch Hospizbewegung und Palliativmedizin große Fortschritte in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen erreicht werden. Einweisungen in Krankenhäuser können inzwischen häufig aufgrund einer guten und intensiven Zusammenarbeit der Hospizeinrichtungen mit den Pflegediensten und Ärzten vor Ort vermie-

den werden, so dass Menschen trotz einer aufwändigen Versorgung in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. „Die gewohnte Umgebung wird aber zunehmend nicht mehr das eigene Zuhause sein, sondern immer häufiger auch die Pflegeeinrichtung. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen müssen sich daher weit mehr als bisher mit der Hospiz- und Palliativarbeit auseinandersetzen und ihre Versorgungskonzepte stärker darauf ausrichten“, so Weihrauch weiter. Der Gesetzgeber hat in der letzten Legislaturperiode wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann danach auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden; und auch die Begleitungen durch ambulante Hospizdienste in diesen Einrichtungen werden bei der Finanzierung entsprechend berücksichtigt. ■

Neues im Bildungsbereich

„Weiterbildung Schmerzexpertin“



„Schmerzexpertin“ © J. Becker-Ebel.

Nach einem Palliative Care Kurs wollen viele Pflegende gerne auch noch einen Kurs zum Schmerzmanagement und zur Behandlung chronischer Schmerzen besuchen. Doch die hohen Kosten und der Zeitaufwand (meist 10 Tage) schreckt viele zurück. Außerdem doppelt sich in den beiden Kursen vieles. Deshalb hat Meike Schwermann für MediAcion eine Aufbauwei-

terbildung „Schmerzexperte/Schmerzexpertin“ entwickelt. In nur 5 Tagen können Palliativfachpflegende das zusätzliche Schmerzmanagement-Wissen erwerben, das für die Behandlung von chronischen Schmerzen nötig ist: „Erstmals wird im Rahmen des Palliativprojektes eine Zusatzqualifikation zum Schmerzexperten angeboten. Im Rahmen dieser Qualifizierungsmaßnahme werden aufbauend auf den schmerztherapeutischen Ausbildungscurricula der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und der Palliative Care Ausbildung unter Einbezug der Anforderungen aus dem „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“ Pflegekräfte dazu ausgebildet, in ihren Einrichtungen ein fundiertes Schmerzmanagement für hochbetagte chronisch kranke Menschen umzusetzen unter der besonderen Berücksichtigung von Kom-

munikationseinschränkungen (z. B. bei Demenz).

Diese Weiterbildung umfasst 56 Unterrichtsstunden. 16 Unterrichtsstunden werden aus der Weiterbildung Palliativpflege angerechnet und 40 Unterrichtsstunden (5 Tage) beinhaltet die Zusatzqualifikation. Zwischen dem vierten und dem fünften Weiterbildungstag ist in der eigenen Herkunftseinrichtung ein kleines Projekt zum Schmerzmanagement modellhaft zu beginnen. Am letzten Tag der Weiterbildung ist dieses Projekt in einer kurzen Abschlusspräsentation der Kursleitung und den Teilnehmern des Kurses vorzustellen. Die Weiterbildung schließt dann mit einem Zertifikat ab.

Gesamtkosten inkl. Zertifikat/Tagungsgetränke: **385 €**. **Konzept/Hautdozentin: Meike Schwermann.** **Veranstalter/Anmeldung: www.MediAcion.de, Ort: Oldenburg** ■

Kurze Meldungen

Charta für Sterbende

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde am 8. September 2010 in Berlin veröffentlicht. Experten der Hospiz- und Palliativszene (DGP, DHPV) haben zusammen mit Ärztengremien (BÄK) eine Charta erarbeitet und verabschiedet. Darin wird dargestellt in welcher der Ist-Zustand in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist – verbunden mit Handlungsoptionen und einer Selbstverpflichtung für die Zukunft. Rund 200 Expertinnen und Experten beteiligen sich in fünf Arbeitsgruppen und am Runden Tisch an diesem nationalen Projekt – eingebettet in die internationale Initiative „Budapest Commitments“. Weitere Infos und der text selbst finden sich ab Mitte September 2010 unter: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>

Palliaktion 2011

Palliaktion 2011, das PWIComeback Treffen mit Kongress findet am 22. und 23. Februar 2011 in Bamberg statt. Die Veranstalter, die Hospizakademien Bamberg, Ingolstadt und Medicacion laden zu diesem Treffen die über 400 Verantwortlichen von Palliativprojekten ein: „Offener Austausch und gegenseitige Bestärkung waren die bestimmenden Elemente der ihrer Palliativprojekte und, Projektwerkstätten zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz. Vielen haben die Zeit sehr genossen und nutzbringend für sich selbst und die Einrichtungen angewandt. Und stets stand der Wunsch nach etwas Mehr an den Abschlussstagen im Raum, zumindest sich irgendwann nochmals wieder treffen. Nach 5 Jahren PWI laden wir nun Sie, die Teilnehmerinnen von über 20 Projektwerkstätten zum ersten bundesweiten Nach-Treffen ein. Es kommen ProjektteilnehmerInnen aus fünf Bundesländern: Hamburg, Niedersachsen, NRW, Thüringen und Bayern. Und eingeladen sind Einrichtungen von unterschiedlichsten Trägern (Diakonie, Rotes

Kreuz, Caritas und private Einrichtungen organisiert im bpa). Die Leiterinnen und Leiter Ihrer PWI werden Sie am ersten Kongresstag in der Ihnen bekannten Weise und in ihren bekannten trägerinternen Gruppen beim Austausch begleiten. Am zweiten Tag können Sie ihr Wissen auffrischen und vertiefen. Sie wählen Ihren Schwerpunkt selbst und treffen sich themenbezogen mit den Experten der Palliativpflege.

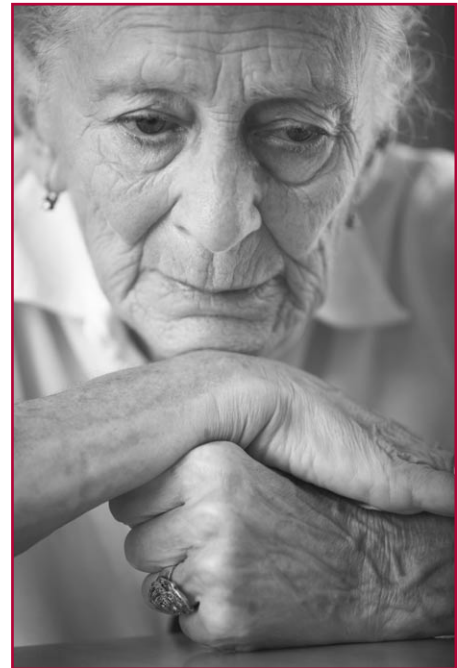
Seit Mitte September ist die online-Anmeldung möglich. Im Moment gilt noch der Frühbuchertarif bei Anmeldungen bis zum 15. Oktober 2010: 125 € statt 150 €. Info und Anmeldung über: www.palliaktion.de.

AG SAPV

Die SAPV wird zunehmend umgesetzt. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung KBV (Stand vom 22.07.2010) sind derzeit 100 sog. Betriebsstättennummern vergeben, entsprechend der Zahl der abgeschlossenen Verträge nach §132d SGB V. Spitzenreiter ist das Bundesland Niedersachsen mit 27 Verträgen, gefolgt von Hessen mit 19 Verträgen. In anderen Bundesländern bleibt die Umsetzung weiterhin zögerlich. Vor dem Hintergrund der Bemühungen um mehr Transparenz lassen sich auf der Internetseite der AG SAPV derzeit etwa die Hälfte aller SAPV-Leistungserbringer, die es derzeit in Deutschland gibt, finden. www.ag-sapv.de. Dort finden sich auf weitere Infos zum Fachkongress zu SAPV, der am 28. Juni 2010 in Berlin stattfand (aus: [dhpv newsletter 7/2010](http://dhpv-newsletter-7/2010)).

Palliativkongress in Dresden

Etwa 1.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichsten Berufsgruppen kamen am 9.–11. September 2010 in das Congress Center nach Dresden. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP lud zu ihrem 8. Kongress ein. Der Kongress stand unter dem Motto: „Menschen



mit einer unheilbaren Erkrankung haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine umfassende Palliativ-Versorgung – unabhängig von ihrem Alter, der Art ihrer Grunderkrankung und dem Ort, an dem sie betreut werden wollen oder müssen. Ziel der Palliativmedizin ist es, die Lebensqualität unheilbar kranker Patienten zu erhalten, ihre Beschwerden zu lindern und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dies macht Konzepte erforderlich, die sowohl die Grenzen der medizinischen Fächer als auch die etablierten Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden.“ Weitere Infos unter <http://www.dgp2010.de>.

Palliative Praxis

Die 40-stündigen Weiterbildungen zur „Palliativen Praxis“ erreichen Sie jetzt unter <http://palliative-praxis.boschstiftung-portal.de>, nachdem gewisse Verantwortlichkeiten zu diesen Kursen wieder an die Bosch-Stiftung zurückgegangen sind. Kurse „Praxis: Palliativ“ finden Sie weiterhin unter www.mediacion.de/praxis_kurse. In Niedersachsen werden letztere Kurse derzeit aus Mittel des Europäischen Sozi-

alfonds mit 50 % gefördert. Bitte informieren Sie sich bei Frau Polzin von bupnet, Göttingen: 0551 – 4707-46.

Sterbebegleitung im internationalen Vergleich

In einer Studie des „The Economist“ wird die Qualität der Palliativversorgung und Hospizbegleitung in 40 Nationen verglichen. Deutschland nimmt nur den achten Rang hierbei ein nach den englischsprachigen Ländern Großbritannien, Australien, Neuseeland und Irland, die auf den vorderen Plätzen 1–4 mit deutlichen Abstand liegen und den Nachbarn Belgien, Österreich und den Niederlanden mit den Plätzen 5–7. Insbesondere beim ausreichenden Vorhandensein und der gemessenen Qualität der Palliativversorgung liegt Deutschland nur auf Rang 18 bzw. 16. Die Studie im (englischen) Volltext: www.eiu.com/sponsor/lien-foundation/qualityofdeath.

Webbasierte SAPV-Doku

Eine nordrheinwestfälische Initiative will die Grundlagen schaffen für eine praxisnahe webbasierte Patientendokumentation in der ambulanten Palliativpflege- und -medizin. Ziel des (zukünftig bundesweit nutzbaren) „Informationssystems palliativecare.nrw“ ist die Definition dessen, was eine interdisziplinäre elektronische Kommunikation in der Palliativmedizin leisten muss. Dafür werden die Anforderungen und Vorgaben der an der Versorgung Beteiligten gesammelt. „Wir wollen den Praktikern vor Ort eine Hilfestellung bieten“, sagt Projektkoordinator Tobias Hartz vom Institut für Medizinische Informatik und Biomathematik der Universität Münster. An der Initiative beteiligen sich unter anderem Mitarbeiter von Palliativnetzen aus ganz Deutschland und aus dem Hospizbereich sowie Vertreter der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenkassen. Ein Pilotprojekt im Palliativnetz Bochum habe bereits gezeigt, dass eine elektronische Patientenakte die Arbeit und den Austausch im Netz verbessern und die Arbeit effizienter machen kann, berichtet er. „Die Erfahrungen aus Bo-

chum fließen in unser Projekt ein.“ Kontakt über: www.palliativecare.nrw.de. Es wird zur Mitarbeit eingeladen. Quelle: JBE und iss/Ärztezeitung.

Palliativ in NRW

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat unter <http://www.kvno.de/10praxis/30honorarundrecht/20vertraeg/palliativ/index.html> seit August 2010 übersichtlich alle SAPV-Verträge im Gebiet Nordrhein mit Primär-, Ersatz- und Betriebskrankenkassen zusammengestellt. Ferner findet sich dort das aktuelle Rahmenkonzept (erstellt von Prof. Nauck, vormals Bonn, jetzt Göttingen). Sie erhalten dort auch die Muster für die Palliativversorgungs-Verordnung und die entsprechenden Erläuterungen sowie die Adressen der anerkannten Palliativpflegedienste.

Verbesserung der Schmerzmittelversorgung

Übereinstimmend erklärten Mitte August zur bevorstehenden Gesetzesvorhaben die gesundheitspolitischen Sprecher der Koalition (hier im Wortlaut: Ulrike Flach, FDP): „Die Koalitionsfraktionen haben über eine Änderung des Betäubungsmittelrechts beraten. Um cannabishaltige Fertigarzneimittel zulassen und für Patienten verschreiben zu können, soll nach einer Vorlage des Bundesgesundheitsministeriums eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgen. Diese soll dafür Sorge tragen, dass in Deutschland cannabishaltige Arzneimittel hergestellt und als Therapieoption verschrieben werden können. Die Änderungen bringen auch eine bessere Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase mit Schmerzmitteln. Zukünftig sollen Heime, Hospize und Palliativ-Care-Teams Notfallvorräte für nicht mehr benötigte, patientenindividuell verschriebene Betäubungsmittel anlegen dürfen.

Damit stehen schwerstkranken Menschen jederzeit schmerzlindernde Mittel zur Verfügung. Die Änderung ermöglicht auch eine freiere Entscheidung zwischen einer Pflege zu Hause, in einem Hospiz oder einer stationären Versorgung im Krankenhaus.“

Niedersächsische Palliativprojekte

„Es geht uns darum, die Pflege von sterbenden und schwerstkranken Heimbewohnern sowie pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause aus dem Leben scheiden möchten, noch zu verbessern“, so Projektleiterin Brunhilde Brandes. „In allen teilnehmenden Einrichtungen werden examinierte Pflege Mitarbeiter zu Palliativfachpflegekräften qualifiziert, in Projektwerkstätten wird das erlernte Wissen vertieft und dann in der Einrichtung über 18 Monate umgesetzt, begleitet durch ein regelmäßiges Coaching von Palliativexperten“, erklärt sie weiter.

Erika de Buhr und Annedore Reinold von den DRK-Sozialstationen Wesermünde GmbH in Bremerhaven nahmen am zweiten Projektdurchlauf teil und haben schon einiges in die Praxis umsetzen können: „Wir nutzen bereits einen Palliativhebungsbogen, in dem die Wünsche unserer Kunden festgehalten werden können, wie z. B. Vorlieben für bestimmte Düfte oder Musik während der Pflege. Die Resonanz darauf ist durchweg positiv. Durch die Dokumentation weiterer Wünsche, wie seelsorgerische Betreuung etwa, können wir zudem mit schwierigen Situationen sehr sensibel umgehen.“ Auch die Einführung einer Abschiedskultur in der ambulanten Pflege halten beide für sehr wichtig und hatten dieses Thema für ihre Präsentation zum Projektabschluss im Februar 2010 gewählt: „Unsere Mitarbeiter bauen schließlich eine Beziehung zu den Menschen auf, die sie pflegen, manchmal ja über Jahre hinweg. Unsere Arbeit kann man nur tun, wenn man Gefühl und Herz mit einbringt. Wenn dann plötzlich jemand stirbt, müssen unsere Mitarbeiter das auch verarbeiten. Um Abschied zu nehmen, haben wir deshalb eine Trauercke in der Sozialstation eingerichtet, um noch einmal gemeinsam an den Verstorbenen zu erinnern.“

Neben den Einrichtungen, die an dem Projekt des Landesverbandes teilnehmen, bilden auch DRK-Kreisverbände Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Altenheimen und Pflegediensten zu Palliativfachpflegekräften weiter, so zum Beispiel der Kreisverband Sta-

de. 2009 haben 18 Pflegekräfte aus seinen fünf stationären und zwei ambulanten Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe erfolgreich einen zwanzigtägigen Weiterbildungskurs in „Palliative Care“ absolviert. Im Sommer 2010 schlossen weitere 18 Mitarbeiterinnen diese Schulung ab. Der

Umgang mit Demenzkranken in der Sterbebegleitung, Details zur Ernährung und Mundpflege am Lebensende, Erkenntnisse der Schmerztherapie und der pflegerische Umgang mit Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen und offenen Wunden sind einige Inhalte dieser Weiterbildung. Der stellvertretende

Geschäftsführer des Stader DRK, Uwe Lütjen, ist von dem Palliative-Care-Kurs voll überzeugt: „Die Einrichtungen sind nun gut für die Zukunft und jeden Bedarf ihrer Patienten und Bewohner vorbereitet.“

Kerstin Hiller, Rokreuzspiegel JBE) ■

Neue Bücher

Michael de Ridder: „Wie wollen wir sterben?“

Wir hatten eine Stunde gebraucht, um der schwerkranken Patientin einige Löffel Joghurt einzuflößen. Vom Pflegepersonal der Universitätsklinik hatte sich während dieser Zeit niemand blicken lassen. Endlich erschien ein Pfleger, um das Abendessen wegzuräumen. Sein Gespräch mit uns beschränkte sich auf einen kurzen, verächtlich hingeworfenen Satz: „Na, stopfen Sie die Alte immer noch?“

Perfekte Maschinerien

Wenige Tage später war meine Mutter tot. Ein Einzelfall? Mitnichten konstatiert der Berliner Arzt Michael de Ridder vor dem Hintergrund jahrzehntelanger klinischer Erfahrung. „Unsere Krankenhäuser sind, sieht man einmal von den wenigen Ausnahmen ab, der Stein und Stahl gewordene Gegenentwurf zu dem, was ein Mensch am Ende seines Lebens braucht. Sowohl ihre bauliche Gestaltung und Innenausstattung wie auch die Bereitschaft und Kompetenz des weitgehend überlasteten ärztlichen und pflegerischen Personals sind nicht dazu angetan, einem zu Ende gehenden menschlichen Leben Aufgehobenheit und Fürsorge angedeihen zu lassen. Als mehr oder weniger perfekte Maschinerien vermitteln sie dem Kranken und erst recht dem Sterbenden vielmehr das Gefühl, Sand in ihrem Getriebe zu sein. Sie flößen ihm Hilflosigkeit, Abhängigkeit und zudem etwas ein, was schließlich den Erfolg mancher therapeutischen Bemühung infrage stellt: existenzielle Angst.“

Anzeige: Ungleichheit der Mittelverteilung

Auf einen solchen Befund folgt gewöhnlich das Lamento, das deutsche Gesundheitssystem sei unterfinanziert. Für de Ridder liegt die Wurzel der Misere dagegen primär in der Ungleichheit der Mittelverteilung zwischen Kurativ- und Akutmedizin auf der einen und Palliativmedizin und der Pflege von chronisch Kranken und Alten auf der anderen Seite. Einerseits honorieren die Krankenkassen mit Milliardenbeträgen eine Unzahl unnötiger Herzkatheteruntersuchungen, Röntgenleistungen und fragwürdiger Medikamente – aktuelles Beispiel: extrem teure, maßgeschneiderte Krebsmittel, die nach bisherigen Studien zu einer Lebensverlängerung von 0 bis 3 Monaten führen.

Andererseits sparten sie an der personal- und zuwendungsintensiven Versorgung derer, die am Ende ihres Lebens angelangt seien. „Die Unheilbaren und Sterbenden sind auch heute in unserem Gesundheitssystem die am meisten benachteiligten Patienten.“

Vertreibung des Sterbens

Verantwortlich für diese Ungleichbehandlung ist nicht nur die intensive Lobbyarbeit von Pharmaindustrie und Medizintechnologieunternehmen. Ihr kommt de Ridder zufolge auch die wachsende gesellschaftliche Neigung zur „Ausgrenzung, ja Vertreibung des Sterbens und seiner Vorhut, des Alterns, aus dem Leben“ entgegen. Die Selbstbestimmungseuphoriker und Jugendwahnsektierer wollen sich

den Blick auf ihre eigene Zukunft so lange ersparen wie möglich. Dies hat zur Folge, dass der soziale Tod eines Menschen seinem biologischen Tod häufig um Jahre vorausgeht. „Armut, Isolation, Partnerverlust, Depression, Mangelernährung, Kräfteverfall und nachlassende Hygiene verschränken sich mit diversen physischen Leiden zu stummer, aussichtsloser Verzweiflung, die irgendwann nur noch erschöpft danach verlangt, ein Ende zu finden.“

Wen wundert es, dass angesichts dieser Aussichten ein Drittel der Bundesbürger erwägt, sich im Fall eigener Pflegebedürftigkeit das Leben zu nehmen? So zu denken zeugt weniger von einer die Entscheidungsfreiheit ausschließenden Depression als vielmehr von Realitätssinn. Gerade deshalb ist es, wie de Ridder betont, für eine reiche Gesellschaft zutiefst beschämend. Solidarität der nächsten Generation Nicht erörtert wird von de Ridder allerdings die Frage, ob diejenigen, die lieber sterben als pflegebedürftig werden wollen, ernsthaft dazu bereit wären, Einschränkungen des gewohnten Niveaus der akutmedizinischen Versorgung hinzunehmen. Eine solche Bereitschaft ist keineswegs selbstverständlich. Es ist ein sozialpsychologisch bekanntes Phänomen, dass Menschen dazu neigen, ihre gegenwärtigen Bedürfnisse, seien sie nach objektivem Urteil auch überzogen, ihren langfristigen Interessen vorzuziehen. Dies gilt zumal dann, wenn sie wissen, dass ihr Verzicht lediglich anderen Personen unmittelbar zugutekommen würde, während sie selbst auf die ent-

Palliative Care kompakt

sprechende Solidarität der nächsten Generation hoffen müssten.

Zorn auf die Politik

Verantwortungsbewusste Politiker zeichnen sich freilich dadurch aus, dass sie diesem Unwillen nicht einfach nachgeben, sondern ihm mit einer Mischung aus Überzeugungskraft und Härte entgegenarbeiten. Davon kann in Deutschland bislang nicht die Rede sein. Angesichts der Vehemenz, mit der hierzulande jeder Anlauf zu einer öffentlichen Diskussion über das Thema der Priorisierung von Gesundheitsleistungen abgewürgt wird, bleibt mit de Ridder nur der „Zorn auf eine Politik, die ihrer vornehmsten Aufgabe, das Gemeinwohl zu gestalten, im

Gesundheitswesen nicht angemessen nachkommt.“

Der Appell de Ridders zum Umlenken wird deshalb vermutlich ebenso wirkungslos verhallen wie zahlreiche ähnliche Mahnungen vor ihm. Aber jedenfalls wird nach der Lektüre dieses auf-rüttelnden Buches später niemand sagen können, er habe von nichts gewusst.

Michael de Ridder: „Wie wollen wir sterben?“ Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. Deutsche Verlags-Anstalt, München 2010. 320 S., geb., 19,95 [Euro].

Quelle: Michael Pawlik 15. April 2010, F.A.Z. ■

Wollen Sie weiteres dazu lesen? De Ridders Artikel „Letzte Hilfe“ aus DIE ZEIT vom 22. Juli 2010 sich: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Letzte_Hilfe_De_Ridder_Zeit_22-07-10.pdf

Und die Erwiderung des Mediziners, Ethikers und Kirchentagspräsidenten Nagel und des Palliativmediziners Sitte: „Dem Schutz des Daseins verpflichtet“ finden Sie in DIE ZEIT eine Woche darauf: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Dem_Schutz_des_Daseins_E-Nagel-T-Sitte_Zeit_29-07-10.pdf.

Fachtag „In Würde sterben im Pflegeheim“

Die Sozialministerin Haderthauer fordert: „Wünsche alter und pflegebedürftiger Menschen ernst nehmen!“ „Der Sterbekultur kommt, ebenso wie der Lebensqualität, in Heimen eine immense Bedeutung zu. Wir müssen daher nicht nur die Mitarbeiter in Heimen für das Thema Sterben und die damit verbundenen grundlegenden ethischen Fragen sensibilisieren, wichtig ist mir hier insbesondere eine gelingende Vernetzung auch mit den stationären Hospizen,“ so Bayerns Sozialministerin Christine Haderthauer anlässlich des Fachtages „In Würde sterben im Pflegeheim“. „Neben einer Verbesserung der Lebensqualität und Sterbekultur in Heimen geht es aber auch darum, den Wunsch fast aller Menschen, so lange wie möglich im vertrauten Umfeld zu leben, ernst zu nehmen. Das Sozialministerium för-

dert daher den bayernweiten Auf- und Ausbau alternativer ambulanter Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 40.000 Euro je Projekt. Seit Juni 2008 wurden so bislang 24 Projekte mit rund 705.000 Euro gefördert“, betonte Haderthauer.

Die Ministerin bekräftigte zudem, dass die Wohn- und Lebenszufriedenheit entscheidend von der Pflege- und Betreuungsqualität abhängt: „Der Pflege-TÜV ist hier absolut kontraproduktiv und ein Debakel für die Verbraucher. Problematisch ist vor allem, dass schlechte Noten in einem Bereich mit guten Noten in einem anderen Bereich ausgeglichen werden könnten. Pflegefehler lassen sich so hinter der Gesamtnote verstecken. Zudem sei der Pflege-TÜV zu dokumentationslastig. Häufig zähle das schöne Konzept in der Schublade und nicht die tatsäch-

liche Situation. Haderthauer forderte den GKV-Spitzenverband daher auf, die Pflege-Transparenzvereinbarungen zum 30. Juni 2010 zu kündigen.

Zum Fachkräftemangel betonte Haderthauer, dass sie hier nicht nachlassen werde, für eine nachhaltige Aufwertung sozialer Berufe zu kämpfen und verwies auf den von ihr ins Leben gerufenen Gipfel für soziale Berufe und die „Herzwerker-Aktion“ mit der das Image Altenpflegeberufs verbessert werden soll. Der Fachtag „In Würde sterben im Pflegeheim“ soll einen Beitrag leisten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen für ein würdevolles Sterben zu sensibilisieren. (aus: Pressemitteilung 192 des bayerischen Sozialministeriums zum Fachtag am 24.6.2010 in München) ■

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

13. Aktualisierungslieferung 03/2010
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 (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 des Loseblattwerkes „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“.

ISBN 978-3-89947-368-1