

Palliative Care & Demenz kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Pflege



Dr. Jochen Becker-Ebel



Waltraud Rebbe

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Pflege von schwerstkranken sowie sterbenden Menschen und von Menschen mit Demenz sind die großen Herausforderungen an die Pflege der Zukunft. Die ambulante und die stationäre Pflege werden dieser Herausforderung gerecht, indem sie sich immer weiter spezialisieren. Wer gut und mit Weitblick pflegen will, muss sich dieser Spezialisierung stellen!

Viele Themen, wie z. B. Grundhaltungen, Kommunikationsformen und Angehörigenarbeit, sind für Sie als Mitarbeiter in der Versorgung dementer Menschen oder als Mitarbeiter in der Palliativversorgung von gleicher Bedeutung und Wichtigkeit. Deshalb kommen wir gern dem Wunsch unserer Leserinnen und Leser nach und haben die vormals getrennten Newsletter „Demenz“ und „Palliative Care“ zusammengelegt. So können sich die Ansätze der spezifischen Pflege jeweils bestens ergänzen.

Und mit weiterhin großer Aktualität sind wir viermal im Jahr für Sie und Ihre Praxis da. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen alles Gute und viel Kraft für das nächste Jahr!

Herzliche Grüße

Ihre Herausgeber

Schulung im AWO-Heim am Inselwall, Interview

Es geht nur mit allen



Belegschaft AWO-Heim am Inselwall, Braunschweig

Das AWO Wohn- und Pflegeheim Am Inselwall in Braunschweig hat von Mitte 2009 bis April 2010 sämtliche 64 festangestellten MitarbeiterInnen vierzigstündig in Palliativpflege geschult. Herr Sebök, der

Einrichtungsleiter, blickt auf die Schulung zurück und ist begeistert von den Auswirkungen in der Einrichtung.

Das Interview mit Herrn Sebök lesen Sie auf Seite 2.

In dieser Ausgabe lesen Sie

Palliative Care

Es geht nur mit allen	1
Palliativpflege in Stader DRK-Einrichtungen	3
Nachholbedarf: Palliativmedizin für Ältere	5
Neuer DGP-Vorstand	5
Palliativprojekt	5
Stationäre Palliativmedizin auf dem Vormarsch	6

Demenz

Praxis: Demenz	7
Filme für demenzkranke Menschen	7
Leuchtturmprojekt Demenz	8
Alzheimer-Therapien im Aufschwung	9
„Ambulante Palliativversorgung – Vision und Wirklichkeit“	10
Pharma-Unternehmen forschen gegen Demenz	12
CareDate: Hier trifft sich die Pflege!	12



Arnold Sebök

Behr's: Wie kamen Sie überhaupt auf die Idee, sich mit Palliative Care zu befassen? Wie ging es los?

Sebök: Auslöser, sich mit „Palliative Care“ zu beschäftigen, war die Umsetzung eines Projektes von Frau Prof. Karin Wilkening der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel zum Thema „Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenpflegeheim“ im Jahre 2008. Studierende der Fachhochschule erstellten in unserem AWO Wohn- und Pflegeheim eine Ist-Analyse zur „Abschiedskultur“ durch Befragung der Bewohner und Mitarbeiter im Hause. Folge der Zusammenarbeit mit der Hochschule war, dass eine hauseigene Projektgruppe (9 Mitglieder) „Abschiedskultur“ installiert wurde, die sich regelmäßig trifft (seit November 2008) und das Thema weiterentwickelt.

Behr's: Warum wollten Sie alle Mitarbeiter schulen? Ist das nicht zuviel des Guten?

Sebök: Die Mitglieder der Projektgruppe beschlossen als ersten Schritt eine Auftaktveranstaltung zum Thema mit Frau Prof. Wilkening am 30. März 2009 und als zweiten Schritt die Qualifizierung aller Mitarbeiter im Hause mit einer 40-Stunden-Schulung „Praxis: Palliativ“ nach dem „Hamburger Modell von MediAcion“ von April

2009 bis Mai 2010. Da alle Mitarbeiter auf dem gleichen Wissensstand und am Prozess beteiligt sein sollten, wurden für alle Mitarbeiter die entsprechenden Fortbildungsmodule im Dienstplan berücksichtigt.

Behr's: Wie haben Sie dies organisatorisch überhaupt hinbekommen?

Sebök: Organisatorisch war es eine besondere Herausforderung für die Pflegedienstleitung, alle Mitarbeiter so einzuplanen, dass der normale Pflegealltag ohne Störung weiterlief. Es war machbar, weil das Interesse und die Motivation der Mitarbeiter vorhanden waren. Die Kosten der Qualifizierungsmaßnahme wurden teilweise vom Kuratorium Deutsche Altershilfe übernommen.

Behr's: Gab es nicht auch Mitarbeiterinnen, die mit dem Thema Schwierigkeiten haben? Und wie sind Sie dann mit den Widerständen umgegangen?

Sebök: Da das Thema „Abschiedskultur“, insbesondere in einem Wohn- und Pflegeheim, alle Mitarbeiter betrifft, war absehbar, dass viele Mitarbeiter, auch durch private Erfahrungen, „schwere Kost“ zu verarbeiten hatten, wobei auch Tränen flossen. Aber gerade durch die Gruppenerfahrung und die professionelle Begleitung der Dozenten konnten Emotionen aufgefangen und das Bewusstsein im Umgang mit dem Thema sensibilisiert werden.

Behr's: Warum haben Sie sich für eine 40-stündige Schulung entschieden? Und warum gerade für „Praxis: Palliativ“?

Sebök: Die Durchführung einer 40-Stunden-Schulung für alle Mitarbeiter in einer Einrichtung ist eher umsetzbar als eine 160-Stunden-Schulung. Diese längeren Weiterbildungen werden seit 2009 für Pflegefachkräfte aller AWO Wohn- und Pflegeheime zentral vom Träger (dem AWO-Bezirksverband Braunschweig) durchgeführt (aus unserer Einrichtung bisher 5 Mitarbeiter).

Behr's: Vom Plan zur Ausführung: Wie ist denn die Schulung tatsächlich verlaufen? Hat alles geklappt?

Sebök: Da die Schulung als „Inhouse-Schulung“ geplant war, gab es organisatorisch keinerlei Probleme. Die Räumlichkeiten, die Ausstattung und ebenso die Versorgung der Mitarbeiter vor Ort waren ideal. Das so zu machen, können wir jedem nur weiter empfehlen.

Behr's: Was sagen die Mitarbeiter, die teilgenommen haben?

Sebök: Alle waren begeistert von jedem einzelnen Seminartag, wohl auch deshalb, weil die Thematik in diesem Rahmen bisher noch nie bearbeitet und erlebt wurde und die professionelle Begleitung der Dozenten durchgängig gelobt wurde. Es gab zum Beispiel Äußerungen wie „Ich werde Bewohnern in Zukunft sicherlich sensibler begegnen“ oder „Ich habe viele Tipps und Anregungen für eine palliative Versorgung unserer Bewohner erfahren“ oder „Ich wusste gar nicht, dass Palliativmediziner in unsere Einrichtung kommen und dass es ein SAPV-Team in unserer Stadt gibt.“

Behr's: Es ist ein halbes Jahr vergangen? Was hat es nun gebracht?

Sebök: Im Anschluss an die 40-Stunden-Schulung gab es für alle Mitarbeiter eine sogenannte „Coachingeinheit“ durch Frau Prof. Roswitha Bender, Dekanin der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel. Dabei ging es in den Sitzungen darum, das Gelernte aus der 40-Stunden-Schulung nochmals zu reflektieren und mögliche Aufgaben und Aufträge an die Projektgruppe im Hause zu formulieren.

Behr's: Wie geht es weiter? Welche neuen Vernetzungsmöglichkeiten haben sich gezeigt/ergeben? Haben Sie Neues in Planung?

Sebök: Konkrete Dinge haben sich seit Beschäftigung mit dem Thema „Abschiedskultur“ ergeben. So wurde beispielsweise vor dem Speisesaal eine

„stille Ecke“ zur Erinnerung an einen verstorbenen Bewohner eingerichtet oder für jedes Dienstzimmer ein „Erinnerungsbuch“ angeschafft, in dem mit Bildern, Traueranzeigen, Mitarbeiter-Eintragungen etc. an die verstorbenen Bewohner erinnert wird. Zurzeit wird für jeden Wohnbereich im Hause ein „Trauerkoffer“ (Kreuz, Kerze, Gedichte etc.) zusammengestellt, der für Mitarbeiter in der Zeit der Sterbe- und Trauerbegleitung hilfreich sein kann.

Durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema einer „Abschiedskultur“ haben sich enge Kontakte zum Hospizverein Braunschweig und dem SAPV-Team Braunschweig entwickelt, das jeden Donnerstag eine

Sprechstunde im Hause abhält, im Austausch mit den Pflegemitarbeitern steht und konkrete Hilfe anbietet.

Behr's: Sie haben nun vielfältige Erfahrungen gemacht. Was empfehlen Sie anderen Einrichtungen auf ihrem Weg?

Sebök: Das Thema „Abschiedskultur“ und „Palliative Versorgung“ in einem Wohn- und Pflegeheim ist heute zu einem Bestandteil und Merkmal professioneller Pflege und Betreuung geworden und muss von allen Mitarbeitern einer Pflegeeinrichtung erkannt werden.

Dazu bedarf es der Qualifizierung und Motivation eines jeden einzelnen Mit-

arbeiters, wenn das Thema „Abschiedskultur – Palliative Versorgung“ gelebt werden soll.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung eines so sensiblen Themas möglich ist und nicht nur für Bewohner, sondern vor allem auch für die Mitarbeiter von Nutzen ist. ■

Arnold Sebök, Einrichtungsleiter
AWO Wohn- und Pflegeheim
„Am Inselwall“
Okerstraße 9
38100 Braunschweig
Tel.: 0531/2 44 63-112
Fax: 0531/2 44 63-20
www.awo-bs.de
seboek@awo-bs.de

Umgang mit Tod und Trauer

Palliativpflege in Stader DRK-Einrichtungen

(Stade, 02.09.2010, DRK-KV Stade Pressemitteilung)

Fünf stationäre Alten- und Pflegeheime und zwei ambulante Pflegedienste des Deutschen Roten Kreuzes aus dem Kreisverband Stade e. V. präsentierten am 01.09.10 in Stade ihre Ergebnisse aus dem 18-monatigen Palliativprojekt. An derthalb Jahre beschäftigten sich die 12 TeilnehmerInnen mit der Pflege, Versorgung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und den Umgang mit Tod und Trauer in den Einrichtungen (BEHR'S berichtete kurz im letzten Newsletter).

Die Bedürfnisse der schwerstkranken und sterbenden Bewohner/Patienten und seine Angehörigen stehen bei der Palliativversorgung ausnahmslos im Mittelpunkt. Um diesem Anspruch in der stationären und ambulanten Altenpflege gerecht zu werden, bedarf es an Veränderungen in der gesamten Organisation. Zum Beispiel muss für die Linderung von belastenden Sym-

ptomen, wie z. B. Schmerz, Atemnot oder Juckreiz das Pflegepersonal gut geschult und auf dem neusten Stand der Forschung sein. Zu den palliativpflegerischen Kompetenzen gehört u. a. die Anwendung von wirkungsvollen Ergänzungen zur medikamentösen Therapie, wie den Einsatz von Aromen bei Unruhe oder Lagerungstechniken zur Schmerzentlastung. Zudem ist zur Sicherstellung einer guten Palliativversorgung die Arbeit mit weiteren Versorgungsanbietern, wie z. B. Palliativmedizinern, Hospizdiensten, amb. Palliativdiensten, Bestattern u. a. notwendig. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Hospizhelfern, die sich für die alltäglichen Bedürfnisse der Bewohner/Patienten sorgen, ist für die bedürfnisorientierte Begleitung Sterbender im Pflegeheim und auch in der ambulanten Pflege sehr wichtig. Auch die Arbeit mit trauernden Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern gehört zur Palliativarbeit. Wesentlich für den Beginn der Palliativarbeit in der Altenhilfe ist die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer.

Pflegebedürftige länger in ambulanter Situation

Die Begleitung und die Pflege sterbender und schwerstkranker Menschen sind in den Altenpflege ein wichtiges Thema. Durch die älter werdende Bevölkerung, den Anstieg der Pflegebedürftigkeit, die schnellen Krankenhausentlassungen und dem verbesserten Ausbau der ambulanten Pflege ziehen die erhöht Pflegebedürftigen später in stationäre 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. Gleichzeitig werden pflegebedürftige Personen länger in der ambulanten Situation versorgt, so ergibt sich auch in der ambulanten Pflege einen Anstieg an schwerstkranken und sterbenden Patienten.

Pflegende werden immer häufiger mit Sterben und Tod konfrontiert und begegnen vermehrt trauernden Angehörigen und Mitbewohnern. Um diesen



Palliativ-Projektgruppenmitglieder und Gäste beim Abschlusstag in Stade

Anforderungen adäquat gerecht zu werden ist es notwendig, dass Pflegenden Sicherheit in Form von Wissenszugewinn und auch Unterstützung seitens des Teams und der Organisation erfahren. Letzteres ist nur möglich, wenn die Themen Tod und Sterben ihren Tabu charakter verlieren und zur Konzeption der Organisation gehören.

„Liegewiese Wolkenmeer ...“ und mehr

Die sieben teilnehmenden Einrichtungen und Dienste haben in den vergangenen anderthalb 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 sechs Doppel-Coaching- und Impulstage begleitet und unterstützt. Am Abschluss- und Präsentationstag (1. September 2010) wurden von den Projektteilnehmern die einzelnen Maßnahmen aus ihrem Projekt vorgestellt. Sie präsentierten Ergebnisse zu folgenden Themen: Schmerzmanagement, Abschiedsrituale, Kommunikation, Vernetzung, Mundpflege sowie weitere palliativpflegerische Aspekte und Ethik am Lebensende.

Zum Beispiel demonstrierte die Projektgruppe des DRK-Seniorenheimes „Auf der Geest“ aus Harsefeld unter dem Titel „Liegewiese Wolkenmeer – Gemütlich behütet und möglichst schmerzfrei“ die professionelle, an individuelle Bedürfnisse angepasste Lagerung und Bewegung eines bettlägerigen Patienten (s. „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“, Kap. V.20).

Das Team des DRK-Alten- und Pflegeheimes Stade präsentierte unter dem Titel „Kannst du meinen Schmerz erkennen?“ ihr Projekt zur Sensibilisierung der Mitarbeiter und Angehörigen in der Wahrnehmung von Schmerzen. Für die beiden Kehdinger Projektgruppen aus dem Freiburger „Haus Kehdingen“ und dem Drochterser „Haus Gauensiek“ stand die Beschäftigung mit der Erinnerung an verstorbene Bewohnerinnen und Bewohner im Mittelpunkt. Sie präsentierten einen „Gedenktisch“ und Wege vom „Lebensbaum“ zur positiven visuellen Erinnerung.

Die Mitarbeiterinnen der beiden DRK-Sozialstationen „Altes Land und Geestrand“ und „Himmelpforten/Kehdingen“ vermittelten ihr Wissen über Mundpflege und -hygiene, den sie als hochsensiblen Bereich in der Pflege darstellten.

„Schwesterchen, ich will ...!“

Ein Highlight der vielfältigen und interessanten Projektvorstellungen war die Präsentation der Mitarbeiterinnen des DRK-Dr.-Neucks-Heimes aus Buxtehude. Das Anliegen dieser Gruppe war es, die Wünsche der Patienten bis zum Lebensende zu erfassen. „Schwesterchen, ich will ...!“ hieß das sketchartige Rollenspiel, das die Wünsche einer 103-jährigen Seniorin an ihr Pflegepersonal beleuchtete und beim Publikum für viel Heiterkeit sorgte.

Die Vizepräsidentin des DRK-Landesverbandes, Frau von Heimburg erklärte in ihrem Grußwort: „Dieses Projekt ist notwendig, wenn wir unter der Flagge der Menschlichkeit segeln wollen. Fundierte Schmerztherapie, professionelle Gesprächsführung und systematische Angehörigenarbeit“ seien zum Wohl sterbender Menschen ebenso unerlässlich wie umfassende Netzwerke und Beziehungen. Im Bereich des DRK-Landesverbandes hätten sich 42 Einrichtungen intensiv mit Palliativ Care beschäftigt, sagte sie. Frau von Heimburg gratulierte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu ihrer Zusatzqualifikation und wünschte „alles Gute bei der alltäglichen Arbeit und Kraft, die Veränderungen in der Gesellschaft anzunehmen“.

Für alle Einrichtungen war der Abschluss- und Präsentationstag ein ganz besonderer Tag. Sie erhielten für Ihre besonders gute Arbeit das Zertifikat „Palliativkompetentes/r Pflegeheim/Pflegedienst“ überreicht.

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. ■

Charta veröffentlicht

Nachholbedarf: Palliativmedizin für Ältere

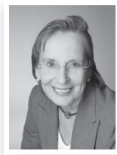
Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde am 8. September 2010 in Berlin der Öffentlichkeit übergeben (Newsletter „Palliative Care kompakt“ 03/2010; s. a. „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“, Kap. I.3). Nun geht es um die Umsetzung. Im Bundes-Hospiz-Anzeiger, Ausgabe 43 (10/2010), Seite 1 und 2, beschreiben die Repräsentanten der Hauptverfasser und politischen Unterstützer der Charta die zukünftigen zentralen Anliegen. Insbesondere sehen sie einen Nachholbedarf bei der Palliativversorgung für ältere Menschen.

Josef Hecken, Staatssekretär im Gesundheitsministerium:


Josef Hecken

„Dieses Konzept darf nicht nur für Krebskranke im mittleren Lebensalter gelten. Nicht zuletzt mit Blick auf den demografischen Wandel muss es unser Ziel sein, hospizliche und palliative Versorgung in allen Einrichtungen und insbesondere in denen der Altenhilfe zu einer Selbstverständlichkeit werden zu lassen. In Alten- und Pflegeheimen brau-

chen wir eine neue Sterbekultur. Diese muss vor allem auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zugeschnitten sein.“

Dr. Brigitte Wehrauch, Deutscher Hospiz- und Palliativverband DHPV:


Dr. Brigitte Wehrauch

„Für den DHPV ... wird es ... darum gehen, ... die Konkretisierung einzelner Teilziele voranzubringen und deren Umsetzung zu begleiten, z. B. in der Förderung des weiteren gesellschaftlichen Dialogs, in der ambulanten Palliativversorgung im Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen, in der hospizlichen und palliativen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen, bei der weiteren Entwicklung einer Kultur der Zusammenarbeit in Teams und Netzwerken, in Fragen der Qualität und Qualifizierung“.

Prof. Dr. Müller Busch, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP:

„Eine besondere Bedeutung wird aufgrund der demografischen Entwicklung die Sterbebegleitung und Pallia-



Prof. Dr. Müller Busch

tivbetreuung in den nächsten Jahren für Hochbetagte, hilfs- und pflegebedürftige Menschen haben. Wichtige Teilziele, in denen die Bedeutung der Charta zum Tragen kommen könnte, sind vor allem die Förderung von Initiativen im Alten- und Pflegebereich, in der Weiterbildung zur Palliative Care im Altenpflegebereich, die Netzwerkbildung und Qualitätssicherung in der ambulanten Palliativversorgung, Öffentlichkeitsarbeit z. B. durch Tage der Achtsamkeit usw.“

Diesen Worten und dieser Eindeutigkeit kann ich mich als Herausgeber nur anschließen. Vielleicht entdecken manche Gesundheitsexperten auch noch, wie weit viele Altenhilfe-Einrichtungen bereits sind. Insgesamt sind für die Altenhilfe in Zukunft deutlich mehr Mittel und Personal bereitzustellen (etwas mehr angenähert zu dem Personalschlüssel von Palliativstationen und Hospizen), damit die guten Anfänge breit umgesetzt werden können. ■

Neuer DGP-Vorstand

Im September wurde der DGP-Vorstand in Dresden neu gewählt. Es sind nun drei Palliativpflegende prominent im Vorstand vertreten: Martina Kern aus Bonn (stellvertretende Vorsitzende) und für die Sektion Pflege sind im erweiterten Vorstand Thomas Montag und erstmals auch Meike Schwermann. Letztere ist den Lesern des Newsletters „Palliative Care kompakt“ und des Werks „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ (beide Behr's Verlag) als Autorin gut bekannt. Die Palliative Geriatrie ist ihr großes Anliegen. ■

Palliativprojekt

Gefördert mit 50 % EU-Zuschüssen startet im Februar 2011 in vier niedersächsischen Regionen ein neues Palliativprojekt: In den Regionen Oldenburger Land, Emsland, Harz und Heide starten die geförderten Palliativ-Fachpflegekurse. Im Juni 2011 beginnt dann eine Projektwerkstatt: „PWI – Palliatives Wissen implementieren“ für zehn Einrichtungen zentral in Hannover. Um die geförderten Plätze können sich die Einrichtungen unter www.palliativkurse.de bewerben (siehe Projekte und Palliativ-Fachkurse). ■

Zum Stand der SAPV/AAPV

Stationäre Palliativmedizin auf dem Vormarsch

Auch wenn in den letzten Ausgaben des Newsletters hauptsächlich von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung die Rede war, so darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Palliativversorgung momentan insbesondere im Klinikbereich stark wächst – mit wenigen Ausnahmen.

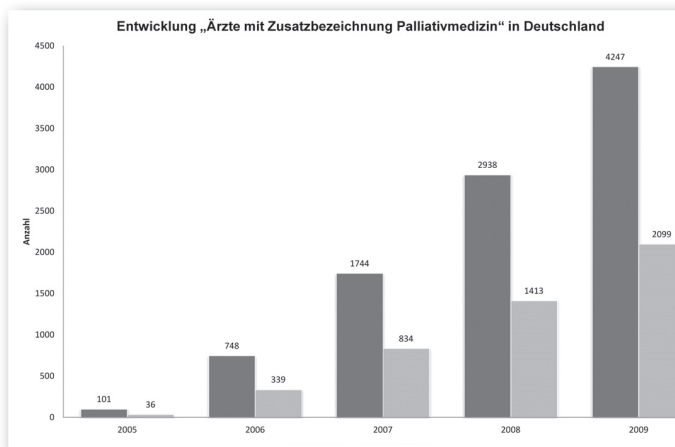
Wie in der vorletzten Ausgabe berichtet, ist es zunehmend schwerer für neue stationäre Hospize (die krankenkassentechnisch dem ambulanten Bereich zugehören) sich zu gründen. Neue Hospize müssen von Beginn an acht Betten haben (oder brauchen Sondergenehmigungen). Hier eine inhaltliche Korrektur zum Newsletter „Palliative Care kompakt“, 2/2010: Bestehende kleine Hospize dürfen weiter bestehen und müssen nicht schließen (Dank an die aufmerksamer Leser aus den Geschäftsstellen des DHPV und der Dt. Hospiz Stiftung).

Die SAPV kommt nur schleppend voran (s. u.), insbesondere fehlt es an ambulant niedergelassenen Ärzten mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in den Flächenländern (s. Tabelle). Demgegenüber ist die Zahl der Palliativstationen in Deutschland in gut

einem Jahr von 186 um ein Sechstel auf 216 gestiegen.

Kommentar:

Signifikant haben sich die Zahlen der Palliativstationen in Niedersachsen erhöht. Gründe: Es gibt keinen Bettenplan und viele interessierte Regionalkrankenhäuser. Ferner wird die vom Sozialministerium geringfügig finanziell und auch ideell geförderte Vernetzung von ambulanter/stationärer Palliativversorgung in Hospiz- und Palliativstützpunkten hier Pate gestanden haben. Auch in Bayern entwickelt sich mit politischer Unterstützung die Zahl der Palliativstationen nach anfänglich ungünstiger Startposition zu Beginn des Jahrzehnts nun sehr rasch. Die ambulante Versorgung wird jedoch erst jetzt neuerdings gestärkt. Beeindruckend ist auch das



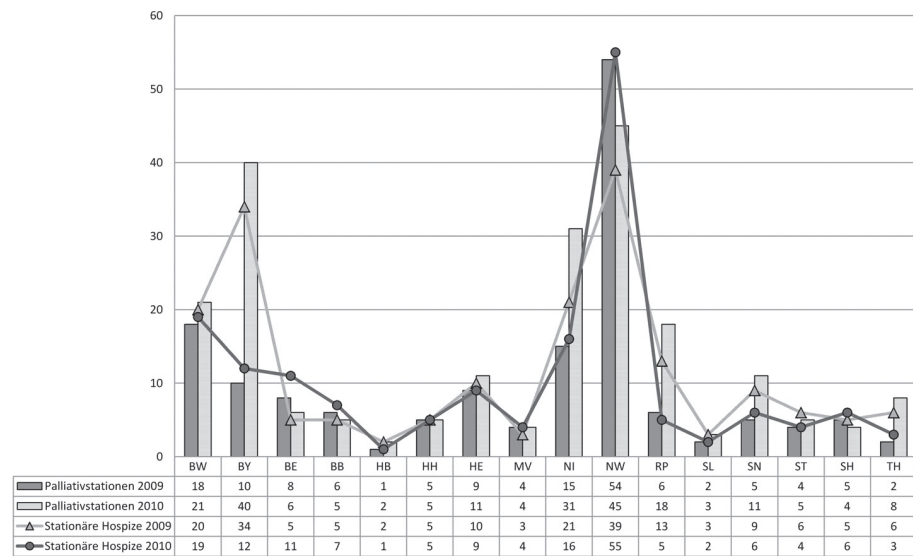
Signifikant die meisten Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Stand 2009) gibt es in NRW (987), davon 451 (~46 %) ambulant tätige. Besonders viele ambulant tätige Palliativ-Ärzte gibt es in den Bundesländern Baden-Württemberg (442 ambulant von insgesamt 795, ~56 %), Niedersachsen (315 von 522, ~60 %) Hessen (222 von 413, ~54 %) Rheinland-Pfalz (130 von 246, ~53 %). Nachholbedarf gibt es in den fünf „neuen Ländern“ (insgesamt nur 268) und in Bayern (231 und davon nur 75 ambulant tätige, ~32 %). Alle Zahlen: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/palliativmediziner2009.pdf>

rasante Wachstum im Bereich „Palliativstationen“ in Rheinland-Pfalz (+46 %). Das Bundesland mit der stärksten Schwerpunktlegung war und beliebt NRW.

Im Bereich der stationären Hospize ist die Entwicklung nicht ausgeprägt, obwohl gerade in jenen Flächenstaaten (gerade auch in denen die Palliativstationen massiv zunehmen) die Zahl der Hospizbetten pro 1 Mill. Einwohner (letzte Zahlen aus 2009) noch sehr gering ist: Bayern: 8; Rheinland Pfalz: 12 (vgl.: Bundesweit: 18; Berlin: 34; Hamburg: 42).

Die ambulante Palliativ-Versorgung krankt auch an einem Mangel von niedergelassenen Palliativmedizinern (s. Abb. oben). ■

Anzahl stationärer Palliativ- und Hospizeinrichtungen in 2009 und 2010



BW=Baden-Württemberg; BY=Bayern; BE=Berlin; BB=Brandenburg; HB=Bremen; HH=Hamburg; HE=Hessen; MV=Mecklenburg-Vorpommern; NI=Niedersachsen; NW=Nordrhein-Westfalen; RP=Rheinland-Pfalz; SL=Saarland; SN=Sachsen; ST=Sachsen-Anhalt; SH=Schleswig-Holstein; TH=Thüringen

Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland vom 16.08.2010 (bzw. vom 30.06.2009)

SAPV – aktuelle Links

Musterverträge:
<http://www.ag-sapv.de/praxis-mustervertraege.html>

Wo gibt es SAPV:
<http://www.ag-sapv.de/einrichtungen.html>

Video zum Stand (3 Minuten von der KVB): <http://www.kv-on.de/html/306.php>

Neues Kurskonzept Praxis: Demenz



© Rainer Sturm/pixelio.de

Nicht jede Einrichtung hat die Kraft, die Zeit und das Vermögen ein größeres Konzept zur Dementenbegleitung – z. B. die Validation – umzusetzen. Kurzeitausbildungen für einzelne Mitarbeiter oder auch mehrstündige In-House-Schulungen verpuffen jedoch nur. Auf diesem Hintergrund haben sich Vorstandmitglieder der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (www.demenz-ded.de) und Dozenten von MediAccion (www.mediacion.de) ein neues Kurskonzept entwickelt: „Praxis: Demenz“.

Diese fünftägige Weiterbildung führt in die Grundlagen der Betreuung von Menschen mit Demenz ein. Die Teilnehmenden erwerben das notwendige Wissen über das Erkrankungsbild, um angemessen mit den Erkrankten um-

gehen zu können. Darüber hinaus entwickeln die Teilnehmenden konkrete Schritte, die sie im Lebensalltag von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen direkt anwenden können. Am Ende des Kurses können die TeilnehmerInnen unterschiedliche Möglichkeiten anwenden, Menschen mit Demenzen zu sehen und zu verstehen.

Der Kurs wende sich an examinierte Pflegekräfte und Hilfspflegekräfte aus ambulanten Diensten und stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie aus Krankenhäusern. MitarbeiterInnen aus den begleitenden Diensten, Therapie, Hauswirtschaft und anderen Service-Bereichen sind willkommen. Der Kurs wendet sich an konkrete Pflegeteams, die tatsächlich zusammenarbeiten. Deshalb liegt die Mindestbelegung pro Pflegedienst/Wohngruppe bei vier Mitarbeitern.

Praxis: Demenz – Die Inhalte

- die Krankheitsbilder der Demenz, Phasen, Symptome
- die innere und äußere Wirklichkeit von Demenzerkrankten
- Demenzerkrankte und Pflege
- Kommunikation und Konfliktlösung mit den Angehörigen
- Gestaltung des Tagesablaufs im Sinne Demenzerkrankter
- praktische Formen der Betreuung

- Zusammenarbeit im Team bei Demenzerkrankten
- Übertragung auf die Situation in der eigenen Einrichtung

Sandra Eisenberg, Martin Hamborg und Günter Davids haben im Frühjahr 2010 drei Pilotdurchgänge dieses Kurses in Lüneburg in der DRK-Augusta-Schwestersternschaft sehr erfolgreich durchgeführt. Die insgesamt 40 Teilnehmenden aus Pflegediensten, Pflegeheimen und aus dem Krankenhaus waren mit dem neuentwickelten Kurs sehr zufrieden. Mittels der „Story-Line“-Methode widmeten sie sich an fünf aufeinanderfolgenden Tagen einzelnen, exemplarischen Menschen mit Demenz in verschiedenen Krankheitsphasen und Problematiken.

Über den Bildungsträger bupnet, Göttingen, konnten diese Kurse zu 50 % mit ESF-Mitteln bezuschusst werden. Für 2011 ist ein weiteres, noch größeres Projekt in Nordniedersachsen beantragt. Die Diakonie Hannover hat dieses Projekt am 9.6.2010 auf der jährlichen NEVAP-Tagung – diesmal zum Thema Demenz – ihren Mitgliedern ausdrücklich empfohlen.

Nähere Infos bei Dr. Jochen Becker-Ebel: 040-99994658 und unter www.mediacion.de/praxis_kurse.de ■

Neues in der Demenzbeschäftigung

Filme für demenzkranke Menschen

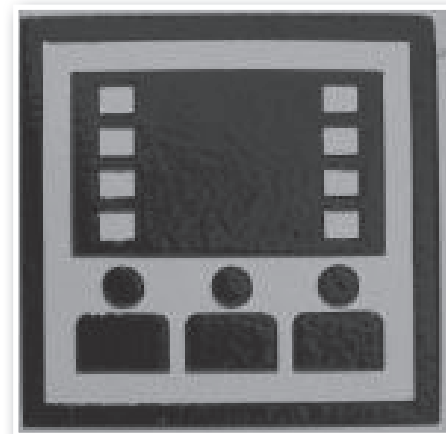
Eine Neuheit in der Demenzbetreuung und -beschäftigung sind Filme, speziell konzipiert für demenzkranke Menschen. Sophie Rosentreter, Geschäftsführerin der Hamburger Produktionsfirma „Ilses weite Welt“ stellt jetzt ihre beiden ersten Filme vor.

Wie findet man den Weg in die Welt von Demenzkranken? Besonders bewährt hat sich für Angehörige und Pflegekräfte, über die Gefühlsebene Kontakt zu Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen aufzuneh-

men. Mit Gesang, Musik und Rhythmik, Farben und Bildern oder durch Berührung kann es gelingen, ihnen Augenblicke des Glücks oder der Entspannung zu ermöglichen. Auf diesem Prinzip beruhen die meisten Therapiekonzepte der Demenzbetreuung und -beschäftigung – und nun auch die beiden ersten Filme für Demenzkranke von Sophie Rosentreter „Tierpark“ und „Musik“.

Quelle:

Ilses weite Welt GmbH i.G. ■



© Dieter Schütz/pixelio.de

Pressemitteilung

Leuchtturmprojekt Demenz



Abschlussveranstaltung zum zweijährigen Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit hat heute am Weltalzheimertag in Berlin die Ergebnisse des zweijährigen Modellvorhabens „Leuchtturmprojektes Demenz“ vorgestellt. Demenz ist die häufigste und folgenreichste psychiatrische Erkrankung im Alter. In Deutschland leben heute rund 1,1 Millionen Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl voraussichtlich auf 1,7 Millionen erhöhen. Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen dar.

Dazu Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler: „Die Ergebnisse sind sowohl in fachwissenschaftlicher als auch in fachpolitischer Hinsicht von großem Wert. Besonders aus der Perspektive der Betroffenen und der Pflegenden sind die in den Projekten gewonnenen Erkenntnisse von hoher Bedeutung.“

Um die pflegerische und finanzielle Versorgung der betroffenen Menschen zu verbessern, verfolgt die Bundesregierung vielfältige Ansätze, die über die Grundlagenforschung und die Versorgungsforschung bis hin zu gesetzgeberischen Maßnahmen reichen. Eine Maßnahme war das Leuchtturmprojekt Demenz (LTD). Im Rahmen des Leuchtturmprojektes Demenz

wurden 29 Vorhaben, die sich mit der Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen befassen, gefördert. Dafür sind 13 Mio. Euro zur Verfügung gestellt worden. Mit dem Projekt wurden Kernfragen im Zusammenhang mit der Sicherstellung der künftigen Versorgung demenziell erkrankter Menschen aufgegriffen.

Das Projekt hat wichtige Hinweise zu den Bedingungen und Voraussetzungen für vernetzte Versorgungsstrukturen erbracht. Denn Praktiker und Betroffene betonen seit langem, dass eine funktionierende Vernetzung und Abstimmung und der Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen wichtige Voraussetzungen für den Verbleib demenziell erkrankter Menschen in der häuslichen Umgebung darstellen. Vor dem Hintergrund, dass in absehbarer Zeit mit erfolgreichen pharmakologischen Interventionen nicht zu rechnen ist, hatte daneben die Überprüfung der Wirksamkeit von nichtpharmakologischen Therapie- und Pflegemaßnahmen im Leuchtturmprojekt Demenz einen wichtigen Stellenwert.

Weitere Informationen und Details zu den 29 Projekten finden Sie unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/L/Glossarbereich-Leuchtturmprojekt-Demenz.html

Themenfeld 4: Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung

Das Themenfeld 4 ist auf eine Optimierung zielgruppenspezifischer Qualifizierungsmaßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung demenziell Erkrankter und eine Dissemination erfolgreicher Maßnahmen in die Pra-

xis ausgerichtet. Es geht darum, vorhandene Qualifizierungsmaßnahmen in einem breiteren Rahmen zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren, welche Auswirkungen die Qualifizierungsmaßnahmen auf patientenrelevante Parameter haben. Es sollte aus diesem Themenfeld ferner ein Metavorhaben gefördert werden, das auf der Grundlage einer umfassenden Übersicht fundierte Aussagen über den zukünftigen Bedarf an Entwicklung, Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierungsmaßnahmen erlaubt. Zu diesem Bereich wurde allerdings kein Projekt eingerichtet.

Die Projekte sind im zweiten Quartal 2008 gestartet.

Auch mit der Pflegereform, die am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, soll den gesundheits- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen und der zunehmenden Zahl von Demenzkranken wirksam begegnet werden. Eine Zielsetzung der Pflegereform ist zum Beispiel der Ausbau von Leistungen für demenziell Erkrankte im niedrigschwelligen Bereich zur Stärkung der häuslichen Versorgung. Ferner werden die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgebaut.

Am 20. Januar 2009 haben die Projektnehmer ihre Vorhaben der Öffentlichkeit präsentiert. Die Vorträge und Poster der Projekt-Vorstellung finden sie hier:

<http://www.dlr.de/pt/en/desktopdefault.aspx/tabid-5165>

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit:
<http://www.bmg.bund.de> ■

Gezieltes Bewegungstraining verbessert Demenz

Alzheimer-Therapien im Aufschwung

10 Prozent der älteren Menschen leiden an Demenz. Daher rücken von Seiten der Wissenschaft wie auch von Förderorganisationen Forschungsfragen zur Altersdemenz verstärkt in den Fokus. Auch wenn diese Krankheit nicht heilbar ist, ist ein klarer Aufschwung bei der Entwicklung von Alzheimer-Therapien erkennbar: Medikamentöse Ansätze werden weiter erforscht und auch alternative Therapien rücken zunehmend ins Zentrum des wissenschaftlichen Interesses.

Bewegungstraining verbessert Demenzdefizite

Ein Projekt der Baden-Württemberg Stiftung erforschte den Einsatz eines spezifischen Bewegungstrainings für Demenzkranke und erzielte hierzu interessante Forschungsergebnisse. Es lieferte erstmals wissenschaftlich abgesicherte Belege dafür, dass mit einem gezielten Bewegungstraining eine Verbesserung von demenz-spezifischen Defiziten erreicht werden kann. Ein Folgeprojekt der Baden-Württemberg Stiftung erprobt und entwickelt derzeit spezifische Angebote für demenziell erkrankte Menschen, deren Angehörige und Pflegepersonal. „Demenz ist ein mit vielen Ängsten besetztes Thema. Je mehr jedoch der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunimmt, umso wichtiger wird es, neue Möglichkeiten der Therapie zu finden“, erklärte Christoph Dahl, Geschäftsführer der Baden-Württemberg Stiftung. „Deshalb finden wir es so wichtig, diesen Bereich gezielt zu unterstützen“.



Assistenzsysteme erleichtern Leben im Alter

Auch neue Technologien können den Alltag von und mit Demenzkranken erheblich erleichtern. „Ambient Assisted Living (AAL)“ – so lautet die gängige Bezeichnung für neuartige Assistenzsysteme, die ein möglichst unabhängiges Leben im Alter zum Ziel haben. Der Einsatz von Technik kann dabei deutlich die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Pflegepersonen verbessern. Birgid Eberhardt vom VDE Frankfurt beleuchtete die Möglichkeiten der modernen Technik und wie sich dadurch der Alltag von Demenzkranken erleichtern lässt. Dazu gehören beispielsweise Sensormatten, die Stürze erfassen können.

Fortschritte in Frühdiagnostik und medikamentöser Behandlung

Durch zum Teil einfache, technische Maßnahmen kann das Leben von Demenzkranken zuhause sicherer gemacht und der Zeitpunkt des Umzugs in ein Pflegeheim hinaus gezögert werden. Prof. Dr. Lutz Frölich von Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim präsentierte die derzeitigen medizinischen Wege in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit und den aktuellen Stand der Wissenschaft. So konnten bereits große Fortschritte bei der Frühdiagnostik erzielt werden. Die medikamentöse Behandlung konzentriert sich derzeit auf die Modifikation des Krankheitsverlaufs. Auch die Durchführung weiterer, klinischer Studien zum Einsatz von Antidementiva ist von großer Bedeutung. ■

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.

Kooperationstagung

„Ambulante Palliativversorgung – Vision und Wirklichkeit“

Berlin, 6. November 2010, Auszüge aus einer Rede von Dr. Carl-Heinz Müller, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Carl-Heinz Müller

„Schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige haben Anspruch auf Hilfe in dieser schweren Zeit. Wenn die kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind, wenn es nicht mehr um Heilung geht, dann setzt die Palliativversorgung ein. Dabei muss ein fließender Übergang zwischen der kurativen und der palliativen Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten gewährleistet werden. In einer guten Palliativversorgung geht es darum, die Leiden und Schmerzen zu lindern sowie eine angemessene Lebensqualität zu sichern. Dabei ist den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten sowie der ihnen nahestehenden Personen zu entsprechen. Den persönlichen, kulturellen und ggf. religiösen Werten und Überzeugungen ist einfühlsam zu begegnen.“

Unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten

Der Anspruch auf Palliativversorgung soll jedem zugänglich sein, unabhängig von seinem Wohnort, bei welcher Kasse er versichert ist, seinem sozialen Status oder seinen finanziellen Möglichkeiten. Das ist ein hoher Anspruch, von dessen Erfüllung wir mindestens in der ambulanten Versorgung leider noch ziemlich weit entfernt sind. Dabei wollen viele Patienten in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und zuhause im Kreis der Familie versorgt werden. Diesem Wunsch sollte auch entsprochen werden, sofern es medizinisch vertretbar ist. Notwendig ist dafür eine vernetzte, kooperative Versorgung mit klaren Schnittstellendefinitionen. Dabei haben wir in der ambulanten Palliativversorgung zusätzlich das

Problem der Abgrenzung der Allgemeinen Palliativversorgung (AAPV) von der kurativen Versorgung einerseits und von der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) andererseits. Diese Abgrenzung ist schwierig, weil die Übergänge fließend sind und auch fließend sein müssen. Sie ist aber auch wichtig, weil für AAPV und SAPV andere Rahmenbedingungen gelten. Die AAPV – mindestens der ärztliche Teil davon – ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Sie ist aber bis heute weder inhaltlich noch abrechnungstechnisch definiert! Das muss dringend nachgeholt werden!

Allgemeine Palliativversorgung durch den Hausarzt

Verantwortlich für die AAPV ist in der Regel der behandelnde Hausarzt. Das ist gut und richtig so, denn dieser kennt den Patienten meist schon sehr lange, weiß um sein soziales Umfeld und seine Präferenzen. Das macht es deutlich einfacher, auf die individuellen Wünsche Rücksicht zu nehmen. Aber für Hausärzte ist eine Palliativversorgung nicht einfach: die Koordination aller an der Behandlung und Betreuung Beteiligten ist aufwändig, es müssen Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Vor allem müssen die Angehörigen wirksam unterstützt und entlastet werden. Außerdem bedarf es einer entsprechenden Fortbildung. Das kostet viel Zeit und Geld. Gerade für die AAPV dürfen wir allerdings die Anforderungen nicht zu hoch schrauben, damit genügend Ärzte Leistungen der AAPV erbringen dürfen und eine flächendeckende Versorgung ermöglicht wird. Wir treten dafür ein, ein 40-stündiges Curriculum für Vertragsärzte einzuführen.

SAPV bisher kaum genutzt

Die SAPV dagegen ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat bei der Einführung der SAPV im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz festgelegt,

dass diese von den Krankenkassen über Einzelverträge angeboten werden soll. Diese Ausgestaltung als Einzelverträge ist aus meiner Sicht einer der wichtigsten Gründe, weshalb die Umsetzung der SAPV bis heute extrem defizitär ist. Geschätzt wird, dass ca. 10 % aller schwerstkranken und sterbenden Menschen eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung brauchen. Im Jahr 2009 gab es 855.000 Sterbefälle, so dass von ca. 85.000 Anspruchsberechtigten ausgegangen werden kann. Wie viele ihren Anspruch tatsächlich realisieren konnten, ist uns leider nicht bekannt. Vielleicht gibt darüber der Bericht des GKV-Spitzenverbandes Aufschluss, den dieser in Kürze an das BMG geben muss. Sicher ist nur, dass es extrem wenige sind, denn gemessen an der Höhe der vom Gesetzgeber dafür vorgesehen Mittel ist deren Ausschöpfungsgrad empörend niedrig.

Alle wollen, dass die SAPV so bald wie möglich jedem, der sie braucht, tatsächlich zur Verfügung steht. Geld ist dafür eingestellt, aber es wird nicht ausgegeben. Die Frage ist: warum? Natürlich ist die Antwort darauf differenziert. Zum einen sind Krankenkassen im Wettbewerb untereinander angesichts des finanziellen Drucks, der auf ihnen lastet, nicht gerade sehr motiviert, bei der SAPV voranzupressen. Zum anderen sind die Rahmenbedingungen für Leistungserbringer schwierig: die Anforderungen an die SAPV-Teams sind hoch, es werden – völlig zu Recht – hohe Qualitätsansprüche gestellt. Das erfordert nicht nur von den teilnehmenden Ärzten eine entsprechende Fortbildung und einen hohen Organisationsgrad. Dafür sind Investitionen notwendig. Da die Gründer von SAPV-Teams aber keine Planungssicherheit haben, zögern auch sie. Denn sie haben keinen Anspruch auf Vertragsabschluss. Im Einzelvertragssystem ist auch nicht gewährleistet, dass ein SAPV-Team mit

vielen oder gar allen Kassen vor Ort Verträge abschließen kann. Solange diese strukturellen Probleme nicht gelöst sind, bleibt die Umsetzung daher fast zwangsläufig defizitär.

Deshalb fordert die KBV den Gesetzgeber dringend dazu auf, gerade diese für sterbenskranke und sterbende Menschen und deren Angehörige so wichtige Leistung nicht dem Wettbewerb zu überlassen, sondern in den Kollektivvertrag zu integrieren. Dann könnten kassenübergreifend arbeitende Teams sehr viel schneller arbeiten, denn sie hätten eine gewisse Planungssicherheit. Auch die geforderte Qualität könnte sehr viel eher vorgehalten werden. Solange die notwendige Gesetzesänderung nicht vorgenommen wird, ist die nächstbeste Lösung der Abschluss von bundesweiten Verträgen zwischen der KBV und den Krankenkassen. Damit könnte die Ausbreitung in der Fläche auf dem gebotenen Qualitätsniveau ebenfalls vorangetrieben werden.

Lebensende zu Hause ermöglichen

Außerdem könnten solche Verträge nahtlos an das Versorgungskonzept zur AAPV anschließen, dass die KBV gerade überarbeitet und ein den neuen gesetzlichen Grundlagen angepasstes Vertragskonzept hat. Unter Einbeziehung der Beratenden Fachausschüsse der KBV, der Frauenselbsthilfe nach Krebs, des Deutschen Pflegerats, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutschen Palliativstiftung sowie des Palliativmediziners Dr. Werner Freier – einige Vertreter dieser Organisationen sind auch heute als Referenten dabei – ist ein Versorgungskonzept entstanden, das sich an Patienten richtet, deren Allgemeinzustand stark reduziert ist, die zu Hause versorgt werden können und

wollen, die aber (noch) keine Vollversorgung durch ein SAPV-Team benötigen. Diesen Patienten soll ein Lebensende zu Hause in vertrauter Umgebung ermöglicht werden. Dabei verfolgt das vorliegende Konzept das Ziel, in Abgrenzung zur SAPV, die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch Vertragsärzte zu stärken.

Der Arzt als „Netzwerker“

Schätzungen gehen davon aus, dass 90 % der Patienten, die zu Hause ihr Lebensende erreichen möchten, mit einer guten Schmerztherapie und guter Pflege und Betreuung, ggf. von Angehörigen, ausreichend und gut versorgt sind. Eine darüber hinausgehende, spezialisiertere Form der Versorgung wie in der SAPV ist nicht notwendig. In den bestehenden Vergütungsregelungen wird eine intensive ambulante Betreuung durch den Vertragsarzt nicht hinreichend abgebildet. Der vorliegende Vertragsentwurf setzt auf den (Haus-)Arzt, der als langjähriger Vertrauter des Patienten ihn auch am Lebensende begleitet. Dabei ist der Arzt als „Netzwerker“ in der ambulanten Versorgung für den Patienten tätig und kooperiert mit sämtlichen, für den individuellen Fall notwendigen, weiteren Fachärzten, Psychotherapeuten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen und selbstverständlich auch mit Hospizdiensten und Seelsorgern.

Wille des Patienten steht im Mittelpunkt

Der Vertrag bringt viele Vorteile für Patienten, Ärzte und Krankenkassen. Patienten profitieren insbesondere davon, dass ihr Wille im Mittelpunkt steht und der Arzt mehr Zeit für ihn und seine Angehörigen hat. Die Behandlungskontinuität bleibt gewahrt, weil der behandelnde Arzt meist sein langjährig vertrauter Ansprechpartner

ist. Die Wahl des Pflegedienstes erfolgt nach den Präferenzen des Patienten. Seinem Wunsch danach, zu Hause zu sterben, kann in breiterem Umfang – unabhängig von der SAPV – Rechnung getragen werden. Seine Angehörigen werden wirksam unterstützt. Da keine Einschreibung oder Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse vorgesehen ist, ist der Zugang dazu unbürokratisch.

Ganz wichtig: die Versorgung ist auch in ländlichen Regionen vorhanden!

Anspruch auf AAPV für alle Versicherten gefordert

Die Fortbildungspflicht für Vertragsärzte, die teilnehmen wollen, ist so ausgestaltet, dass einerseits Flächendeckung erreicht werden kann und andererseits eine hohe Qualität gewährleistet ist. Um Flächendeckung zu fördern, bedarf es aber letztlich eines kassenübergreifenden Ansatzes. Nur wenn Versicherte aller Kassen Anspruch auf die AAPV haben, refinanziert sich der Aufwand und entsteht die notwendige Planungs- und Kalkulationssicherheit. Für Vertragsärzte ermöglicht der Vertrag, die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und mehr Zeit für ihn und seine Angehörigen zu haben. Sein Engagement und seine Leistung wird sichtbar und anerkannt. Besondere Leistungen werden entsprechend vergütet. Außerdem ist die Schnittstelle zur SAPV klar geregelt.

Krankenkassen haben den Vorteil der flächendeckenden Versorgung, denn diese baut auf bestehenden Strukturen auf. Die Versorgung ist indikationsübergreifend auf eine Lebensphase bezogen und stellt ein wichtiges zusätzliches Angebot für die Versicherten dar.“ ■

Akademische Forschung in Deutschland

Pharma-Unternehmen forschen gegen Demenz



In Deutschland wird sich bis 2050 die Zahl der an Alzheimer-Demenz Erkrankten verdoppeln. „Große Hoffnungen richten sich daher auf neue Medikamente, die die Krankheit stoppen oder zumindest nachhaltig hinauszögern können. Daran arbeiten forschende Pharma-Unternehmen weltweit in 316 Projekten. 72 Präparate werden bereits mit Patienten erprobt. Somit bestehen trotz vieler Rückschläge in den letzten Jahren gute Chancen, dass sich Alzheimer künftig besser behandeln lässt als heute.“ Das sagte Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen vfa, heute in Berlin mit Blick auf den Welt-Alzheimerstag am 21. September.

Deutschland sei ein wichtiger Standort für die industrielle Therapieforschung zur Alzheimer-Demenz, betonte Yzer. So forschten sechs Unternehmen dazu in ihren hiesigen Labors. An 32 laufenden Studien zur Erprobung neuer Alzheimermedikamente und -diagnostika seien auch deutsche Kliniken beteiligt.

Auch die akademische Forschung zu Demenzen gewinne in Deutschland zunehmend an Bedeutung, etwa durch das vom Bundesgesundheitsministerium BMG geförderte Leuchtturmprojekt Demenz, das vom Bundesforschungsministerium BMBF initiierte Kompetenznetz Demenz und das „Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“, das mit BMBF-Förderung gerade in Bonn aufgebaut wird.

„Deutschland hätte damit die Chance, auf diesem Gebiet eine internationale Führungsposition zu erlangen“, so Yzer. „Für ein so schwieriges Forschungsfeld, bei dem besonders viele Projekte nicht zum Erfolg führen, brauchen forschende Pharmafirmen allerdings auch finanziellen Spiel-

raum.“ Der werde von der Politik derzeit systematisch eingeengt.

In jedem Falle müsse das Gesundheitssystem sich darauf vorbereiten, immer mehr Patienten mit Alzheimer- und anderen Demenzen zu versorgen. Yzer verwies auf eine aktuelle, vom vfa beauftragte Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach unter 115 Experten aus Gesundheitspolitik und -wissenschaft. 86 % der Experten aus der Politik und 68 % der Wissenschaftler sahen unser Gesundheitssystem für die Herausforderung Demenz noch ungenügend gerüstet.

Als besonders dringlich sahen 84 % der Befragten eine bessere Unterstützung der familiären Pflege an. 60 % betonten, es solle verstärkt in die Entwicklung neuer Medikamente investiert werden. Dabei zeigten sich 64 % der Befragten optimistisch, dass in den kommenden Jahren mit therapeutischen Fortschritten durch innovative Medikamente gerechnet werden könne.

Quelle: vfa (Verband der forschenden Pharmaunternehmen) ■

Demenz und Palliative Care

CareDate: Hier trifft sich die Pflege!

Am 30. und 31. März 2011 findet im RuhrCongress Bochum der erste Pflegekongress der Schlüterschen Fach-Informationen mit den Schwerpunkten Palliativpflege und Begleitung von Menschen mit Demenz statt. Exklusiv: Am zweiten Kongresstag begegnen die Teilnehmenden den Referenten ganz persönlich, um individuelle Themen zu erörtern.

Interaktiv: Ein Kongress lebt natürlich auch vom Austausch mit den Kollegen. Zwei Stunden der Kongresszeit sind reserviert für Begegnungen und

gemeinsame Gespräche in angenehmer Atmosphäre.

Innovativ: Die „Promenade“ ist eine kleine innovative Einkaufsmeile, auf der neben einer Fachausstellung auch ein bunter Strauß an schönen Dingen auf Sie warten.

„Neben“ diesen Highlights werden am 30. und 31. März 2011 auf dem CareDate in über 50 Vorträgen und Workshops neueste Informationen und praxisnahes Wissen aus den Bereichen Demenz, Palliativpflege, Pflegema-

nagement und Prävention präsentiert. Renommiertere Referenten aus dem In- und Ausland informieren zu diesem Themenspektrum und geben Einblicke in ihre Arbeit, Wissenschaft und Forschung. So begegnen Sie im Kongressbereich „Palliativpflege“ neben Herrn und Frau Prof. Heller aus Wien auch unseren Behr's Verlag-Autoren Günter Davids und Martin Alsheimer, und im Bereich „Demenz“ Anita Steininger. Weitere Info und Anmeldung: www.caredate.de ■

