

**Dokumentation der Fachtagung
vom 28. Oktober 2008 in der
Albertinen-Akademie, Hamburg**

Gute Versorgung bis zuletzt – Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur

**Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz**

Impressum

Herausgeber

Freie und Hansestadt Hamburg

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Hamburger Strasse 47, 22083 Hamburg

Telefon: 040/4 28 63-40 31

Fax: 040/42 87 63-40 72

E-Mail: Poststelle@bsg.hamburg.de



Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativarbeit e.V.

c/o Hamburger Hospiz im Helenenstift

Heleneustraße 12, 22765 Hamburg

Telefon: 040/38 90 75 0

Fax: 040/38 9 07 51 33

E-Mail: info@lag-hospiz-hamburg.de



Hamburgische Pflegegesellschaft e.V.

Wendenstraße 309

20537 Hamburg

Tel. 040/23 80 87 88

Fax 040/23 80 87 87

E-Mail: hpg@hpg-ev.de



Diese Dokumentation ist gegen die Einsendung eines frankierten (1,45 €) Briefumschlages (DIN A 4) erhältlich bei der Behörde für Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat Seniorenarbeit und pflegerische Versorgungsstruktur, Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg

Die Dokumentation finden Sie im Internet unter www.hamburg.de/bsg

Fotos: S. 5 HPG e.V., S. 6 BSG, S. 8ff A. Tumaschat-Bruhn

Druck: Eigendruck

Auflage: April 2009, 200 Stück

Inhaltsverzeichnis der Dokumentation	Seite
Vorwort	03
<i>Begrüßungsansprachen</i>	
Jens Stappenbeck, Geschäftsführer der Hamburgischen Pflegegesellschaft	05
Wolfgang Schwibbe Leiter der Albertinen-Akademie	05
Dr. Michael Voges Staatsrat der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	06
<i>Vorträge</i>	
Palliativkompetenz und Heimkultur: "Ohne Leitung geht es nicht!" Mag. Dr. Dr. Monique Weissenberger-Leduc, Universität Wien	08
Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken? Marco Kellerhof, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	13
<i>Ergebnisberichte der Workshops</i>	
Rituale Petra Büse	20
Schmerzmanagement Kristina Merz-Sprandel	21
Ehrenamt Angelika Christ / Petra Koalick	22
Einbeziehung von Angehörigen Anita Graßl / Claudia Hinck	23
Begleitung von MitarbeiterInnen Detlev Ipsen / Birgit Ternirsen	25
<i>Abschlussplenum</i>	
Podium: Renate Keller, Kai Puhlmann, Kirsten Jüttner, Wolfgang Janzen Moderation: Sonja Schneider-Koch	26
<i>Anhang</i>	33

Vorwort

Am 28.10.2008 veranstaltete die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz Hamburg und der Hamburgischen Pflegegesellschaft zum zweiten Mal eine Fachtagung für Leitungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 147 Einrichtungen der stationären Pflege in Hamburg.

Der Titel der Tagung lautete:

„Gute Versorgung bis zuletzt – Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur“

Die Fachtagung fand in den Räumen des Albertinen-Hauses und der Albertinen-Akademie in Hamburg Schnelsen statt.

In den gleichen Räumen wurde im März 2006 die erste Veranstaltung unter dem Titel „Der nächste Schritt - Pflegeeinrichtungen integrieren Hospizkultur und Palliativkompetenz“ mit dem Ziel durchgeführt, Impulse für einen Weg zur Entwicklung und Verankerung einer würdevollen Sterbe- und Abschiedskultur in Hamburger Pflegeheimen zu setzen.

Zeitgleich mit der damaligen Tagung wurde von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz ein Programm zur finanziellen Förderung der Implementierung von Hospiz- und Palliativarbeit in Pflegeheimen initiiert. An dem Projekt haben sich bisher 48 Heime beteiligt. Die Förderung weiterer Pflegeheime ist noch möglich.

Mit der Veranstaltung im Oktober sollten die Erfahrungen der Einrichtungen, die am Implementierungsprozess teilnehmen und diesen zum Teil schon abgeschlossen haben, vorgestellt werden. Die sich aus der praktischen Arbeit ergebende Fragestellungen sollten reflektiert und diskutiert werden.

In den Begrüßungsansprachen der Veranstalter wurde Rückblick gehalten auf die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung der letzten drei Jahre in Hamburg. Auf die Herausforderungen, die sich mit der demografischen Entwicklung ergeben, wurde eingegangen. Hervorgehoben wurde auch das hohe Niveau in Hamburg mit seinen vielfältigen Angeboten, das nur durch die Initiative und das Engagement aller Beteiligten möglich geworden ist.

Im ersten Vortrag ging es um die Rolle der Leitung, um Führung, Kommunikation und Delegation am praktischen Beispiel zweier unterschiedlich geführter Pflegeheime.

Im zweiten Vortrag wurde aufgezeigt, was Hamburg unternommen hat, um eine Palliativkultur in den Pflegeheimen zu entwickeln. Betont wurde die Notwendigkeit der intensiven Zusammenarbeit und des Fachaustausches, für die unter anderem diese Veranstaltung genutzt werden konnte.

Das Programm, mit dem Hamburg auch finanziell den Prozess fördert, wurde aufgezeigt. Deutlich wurde, dass der Mensch und seine individuellen Bedürfnisse in der Pflege im Mittelpunkt stehen muß.

In den fünf Workshops ging es um konkrete Fragen zur Umsetzung der Palliativversorgung in den Pflegeheimen.

Die Podiumsdiskussion rundete den Tag ab. Sie bot unter anderem einen Ausblick auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die Einbeziehung der Pflegeheime in diesen Prozess. Wir freuen uns, Ihnen die Dokumentation der Fachtagung vorlegen zu können. Diese Dokumentation finden Sie auch als pdf-Download-Datei im Internet unter: www.pflege.hamburg.de

Die Veranstalter der Fachtagung wünschen allen jetzt implementierenden Einrichtungen in Hamburg erfolgreiche Schritte auf ihrem eigenen Weg zu Hospizkultur und Palliativkompetenz. Den am Förderprogramm teilnehmenden Heimen danken wir für ihr Engagement zum Wohl der Heimbewohner.

Damit verbunden ist in jedem Fall ein Gewinn für die tägliche Arbeit im Pflegeheim, für das Profil des eigenen Hauses und für die Betreuung und Versorgung der älteren Menschen in unserer Stadt.

Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen können darauf vertrauen, dass eine Kultur des würdigen Lebens und Sterbens im Alter nicht nur von engagierten Einzelnen getragen wird, sondern mehr und mehr auch in den Strukturen der Organisationen und in der Haltung der Gesellschaft verankert ist.

Hamburg im April 2009

Marco Kellerhof
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Kai Puhlmann
Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Hamburg e.V.

Jens Stappenbeck
Hamburgische Pflegegesellschaft e.V.

**Begrüßung durch Jens Stappenbeck,
Geschäftsführer der Hamburgischen Pflegegesellschaft**

Ich möchte Sie recht herzlich begrüßen zu unserer Veranstaltung „**Gute Versorgung bis zuletzt – Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur**“.

Im Jahre 2005 haben wir uns Gedanken darüber gemacht, von Seiten der Behörde, von der Seite des Landespflegeausschusses, im Rahmen der Palliativkultur in stationären Pflegeeinrichtungen etwas zu tun und dieses Thema weiter zu bewegen. Am 28. März 2006 gab es eine Veranstaltung, die hieß damals "Der nächste Schritt", hier im Albertinen-Haus und sie war der Startschuss für die Initiative der Behörde, im Rahmen der Palliativkultur in stationären Pflegeeinrichtungen etwas zu tun. Mittlerweile sind es 48 Pflegeheime, die sich auf den Weg gemacht haben, und wir wollen heute hier in diesem Rahmen über Erfahrungen sprechen, über Neues Sprechen. Wir freuen uns, dass wir Frau Dr. Weissenberger-Leduc gewinnen konnten, den Hauptvortrag zu halten, so dass wir – davon gehe ich aus – eine interessante und informative Veranstaltung haben werden. Ich möchte an dieser Stelle nicht weit ausholen, weil wir unser enges Programm auch zeitlich einhalten wollen und übergebe daher an Herrn Schwibbe, den Hausherrn der Albertinen-Akademie. Ich freue mich, dass wir heute bei Ihnen sein können.



**Begrüßung durch Wolfgang Schwibbe
Leiter der Albertinen-Akademie**

Sehr geehrte Frau Weissenberger-Leduc, sehr geehrter Herr Staatsrat Voges, sehr geehrter Herr Stappenbeck, werte Leitungen der Workshops, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute im Albertinen-Haus begrüßen zu dürfen zu einem Thema, das auch die Albertinen-Gruppe stark beschäftigt. Sie werden wissen, dass wir in diesem Jahr unser Hospiz in Volksdorf eröffnet haben und auch im Albertinen-Krankenhaus setzen wir uns stark mit dem Thema "Palliativmedizin und Palliativpflege" auseinander. Last but not least ist uns die Arbeit mit Angehörigen sehr wichtig, daher leiten zwei Kolleginnen aus unserem Hause auch den entsprechenden Workshop heute. Ich bin sehr gespannt, wie die Pflegeheime über dieses Thema diskutieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche der Veranstaltung viel Erfolg und würde jetzt sagen, Herr Staatsrat Voges, Sie haben das Wort. Dankeschön.



Grußwort, gehalten von Dr. Michael Voges, Staatsrat der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Sehr geehrter Herr Stappenbeck, sehr geehrter Herr Puhmann, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich darf Sie ganz herzlich begrüßen zu unserer Fachtagung „Gute Versorgung bis zuletzt – Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur“. Wenn ich in diesem Zusammenhang "unsere" sage, dann soll das nicht als Anmaßung missverstanden sein. Ich beziehe hierbei ganz

ausdrücklich die Hamburgische Pflegegesellschaft und die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz ein, mit denen wir, die Sozialbehörde, die heutige Veranstaltung zusammen geplant und auch organisiert haben. Ich freue mich natürlich ganz besonders über das Interesse, das man hier auch sozusagen auf den Stühlen sehen kann, denn es zeigt das große Engagement, den großen Umfang des Engagements, mit dem sich Hamburger Pflegeeinrichtungen für eine Palliativkultur engagieren. In vielen Pflegeheimen werden derzeit Wege gesucht, die Sterbebegleitung für Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Ich sage Ihnen ganz offen, das Thema "Sterbebegleitung" ist aus meiner Sicht nicht nur von allergrößter Bedeutung für das humane Selbstverständnis unserer Gesellschaft, ich denke auch, wir haben – bevor wir das Ziel erreicht haben, allen sterbenden Menschen eine würdevolle letzte Lebensphase zu ermöglichen – noch einen ziemlichen Weg vor uns und es sind noch Anstrengungen auf allen möglichen Ebenen dafür erforderlich. Anstrengungen, die keineswegs alleine den Staat betreffen, natürlich sind medizinische Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen hier in erster Linie auch gefordert. Auf der anderen Seite gibt es Angehörige, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen müssen und wir wissen alle, dass die Hospizbewegung eigentlich gewachsen ist in der Zivilgesellschaft, das heißt sie ist eine gesellschaftliche Bewegung gewesen. Ich denke, wir sollten diesen Charakter der Bewegung auch nicht im Nachgang verstaatlichen. Die Bewegung lebt und auch ihre Kultur lebt daraus, dass sie in der Bürgergesellschaft, in der Zivilgesellschaft verankert ist. Wir sollten uns diese Inspiration auch durch alles, was wir in unseren Einrichtungen in den nächsten Jahren auf den Weg bringen und bringen müssen, diese Inspiration sollten wir sozusagen dabei nicht verloren geben.

Am Ende des Jahres 2005 lebten rund 14.500 Menschen in Hamburger Alten- und Pflegeheimen. Das durchschnittliche Alter der Bewohnerinnen und Bewohner lag zu diesem Zeitpunkt bei etwa 84 Jahren. Vor diesem Hintergrund – das ist ein sehr hohes Durchschnittsalter, ich war ganz überrascht, als ich diese Zahl das erste Mal vernommen habe – vor diesem Hintergrund gibt es gute Gründe, warum sich die Einrichtungen in den letzten Jahren vermehrt mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinandergesetzt haben. Die heutige Fachtagung soll und sie muss auch dazu beitragen, dass noch mehr Einrichtungen noch konsequenter ihren individuellen Weg beschreiten, um Hospizkultur und Palliativkompetenz in die eigene Arbeit zu integrieren.

Meine Damen und Herren, es gibt in Hamburg bereits heute ein großes Spektrum von Angeboten, die schwerst- und todkranken Menschen einen würdevollen letzten Lebensabschnitt ermöglichen. Es gibt Hospize, es gibt die Palliativstationen in den Krankenhäusern, es gibt die ambulanten Hospizdienste und Initiativen. Es gibt auch einschlägige Beratungsstellen. Gemessen an den Maßstäben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes hat die Versorgung mit Hospiz- und Palliativplätzen in Hamburg schon ein hohes Niveau erreicht. Dennoch, die Ihnen allen bekannte demografische Entwicklung stellt uns in den nächsten Jahren vor eine große Herausforderung. Bereits heute ist jeder vierte Hamburger über 60, jeder achte über

70 und jeder zwanzigste über 80 Jahre alt. Und der Anteil von älteren und alten Menschen in unserer Gesellschaft wird weiter steigen, vor allem in den Altersgruppen der 80-jährigen und Älteren, von derzeit knapp 84.000 auf 106.000 im Jahre 2020. Deswegen haben sich auch die Parteien, die die Regierung bilden, im Koalitionsvertrag vorgenommen, die Betreuung schwerstkranker Menschen, sterbender Menschen weiter zu verbessern und auch auszubauen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Das ist Teil des Koalitionsvertrages und wird im Laufe der nächsten Jahre umgesetzt werden.

Als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen können Sie sicher bestätigen, dass die heutigen Seniorinnen und Senioren länger als früher in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung leben und oft erst im hohen Alter zu Ihnen kommen. Um auf diese Entwicklung zu reagieren, wurde vor nunmehr zweieinhalb Jahren – Herr Stappenbeck hat schon darauf hingewiesen – vor nunmehr zweieinhalb Jahren unter dem etwas unhandlichen und auch ein bisschen technischen Titel "Implementierung hospizlicher und palliativpflegerischer Versorgungsangebote in Pflegeheimen" ein Projekt auf den Weg gebracht mit dem erklärten Ziel, die Ideen der Hospizbewegung in die Arbeit der Pflegeheime einzubeziehen. Dieses Projekt hat sich inzwischen überaus positiv entwickelt. Wir haben darauf hingewiesen, es gibt mittlerweile 48 Einrichtungen, die sich daran beteiligen und natürlich wünschen wir uns als Veranstalter der heutigen Tagung, dass dieses als Signal verstanden wird und noch mehr Pflegeeinrichtungen in dieses Programm mit einsteigen und für das Projekt gewonnen werden können.

Heute geht es vor allem darum, die Erfahrungen der Einrichtungen, die den Implementierungsprozess bereits abgeschlossen haben, vorzustellen. Es geht darum, gemeinsam Wege zu finden, die Qualität und die Nachhaltigkeit dieses Prozesses zu sichern und es geht darum, die Zusammenarbeit und den Fachaustausch mit den hospizlichen und den palliativpflegerischen Einrichtungen zu intensivieren.

Mein besonderer Dank gilt heute den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeheime, die bereits am Projekt teilnehmen. Ich denke, dass Ihnen ganz persönlich in dem Einführungsprozess eine große und eine ganz besondere Bedeutung zukommt. Von Ihrem Einsatz und Ihrem Engagement wird auch weiterhin wesentlich abhängen, ob und wie das Projekt in Ihren und in anderen Pflegeheimen tatsächlich umgesetzt wird und wie nachhaltig es wird.

Ich wünsche Ihnen allen eine interessante und anregende Fachveranstaltung und für Ihr zukünftiges Wirken wünsche ich Ihnen viel Erfolg. Vielen Dank.

Palliativkompetenz und Heimkultur: "Ohne Leitung geht es nicht!"

Zentraler Vortrag

Mag. Dr. Dr. Monique Weissenberger-Leduc, Universität Wien

Einen wunderschönen Nachmittag,

zu meiner Person möchte ich Ihnen nur sagen, ich bin jetzt seit 35 Jahren begeisterte Gesundheits- und Krankenschwester und möchte nicht tauschen. Seit 20 Jahren bin ich in der Palliative Care tätig und seit ca. 10 Jahren versuche ich, Palliative Care im Altenbereich zu implementieren mit besonderem Schwerpunkt auf Personen mit Demenz. Mein pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Palliativ Care Demenz und in diesem Zusammenhang die Organisationskultur. Mein philosophischer und Dissertationsschwerpunkt ist die ethische Dimension der Pflege von Personen mit Demenz in Pflegeheimen und der soziologische Schwerpunkt liegt auf der Interaktion zwischen Pflegepersonen und Personen mit Demenz beim Mittagessen in Langzeiteinrichtungen.

Wir haben in Österreich in unserem Regierungsprogramm das Ziel der Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegemodellen formuliert, die an den Bedürfnissen von Betroffenen mit den spezifischen Alterserkrankungen wie z. B. Demenz oder Alzheimer und deren Angehörigen ausgerichtet sind. Derzeit sind in Österreich und ich schätze auch in Deutschland viele Betreuungs- und Pflegeangebote vor allem auf geistig gesunde und urteilsfähige betagte Menschen ausgerichtet. Daher ist es notwendig, das Angebot entsprechend den spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen hochbetagter multimorbider Betroffener mit kognitiven Einschränkungen zu erweitern. Dafür müssen nicht nur Einrichtungen geschaffen werden, sondern es muss auch das Personal geschult werden und es müssen vielfältige Angebote vorhanden sein.



Eine Grundvoraussetzung, um die Betreuung und Pflege dieser Menschen zukünftig auf hohen Standards gewährleisten zu können, ist meiner Meinung nach die Erarbeitung der richtigen Grundhaltung der Organisation und aller ihrer Mitarbeiter. Ohne geeignete personenzentrierte Grundhaltung können Sie – als Leitung – machen, was Sie wollen, die Qualität der Betreuung und der Pflege wird nicht stimmen. Ich durfte in den letzten Jahren verschiedene Einrichtungen wissenschaftlich begleiten und mir ist aufgefallen, dass, obwohl die Träger, die Finanzierung, die Heimverträge, die Hausordnungen, die Leitbilder, die Pflegekonzepte, die Gesetze, die Weiterbildungsbudgets vielfach gleich

waren, die einzelnen Heime sehr unterschiedlich waren. Und ich möchte dies am Beispiel von zwei Häusern eines gleichen Trägers erklären.

Im Haus A liegt der Pflegepersonalschlüssel bei 0,29 Vollplanstellen pro Bewohner ab Pflegegeldstufe III. Wir haben in Österreich 7 Pflegegeldstufen, Stufe III bedeutet zwischen 121 und 159 Stunden Pflegebedarf monatlich. Die tatsächlichen Personalfehlzeiten in 2007 lagen bei 22 %. Kalkuliert hat die Einrichtung mit 18 %. Ursache war eine immens hohe Anzahl von ein-, zwei- oder dreitägigen Krankenständen. Pflegeurlaubsstunden hat es nicht gegeben. Es gab in dem Jahr 6 Kündigungen und nur 2 neue Anstellungen. Das Qualitätsniveau im Haus A lag auf Pflegequalitätsstufe 2, d. h. „Routine oder sichere Pflege“ von vier in der Literatur und Praxis bekannten Pflegequalitätsstufen. Es konnte nicht kostendeckend gearbeitet werden.

Im Haus B vom gleichen Träger liegt der Pflegepersonalschlüssel bei 0,65 Vollplanstellen pro Bewohner ab Pflegegeldstufe IV, das heißt zwischen 161 und 179 Stunden Pflegebedarf pro Monat. Die tatsächlichen Personalfehlzeiten in 2007 betragen 15 %, insbesondere aufgrund von drei sehr langen Krankenständen, ein Autounfall, eine Kollegin mit Leukämie und eine Kollegin mit Borreliose. Es gab in dem Jahr weder Kündigungen noch neue Anstellungen noch Schwangerschaften. Das Qualitätsniveau lag im Haus B auf Pflegequalitätsstufe 4, d. h. „optimale Pflege“ und das Haus arbeitete kostendeckend.

Beide Häuser sind vom gleichen Träger. Das heißt, dass es nichts mit dem Träger zu tun hat. Die Rahmenbedingungen sind die gleichen. Dieses Beispiel soll verdeutlichen, warum mein Vortrag den Titel trägt: „Ohne Leitung geht es nicht!“ Wie gehen wir miteinander um, wenn wir die Führungsrolle übernehmen? Lassen wir Dinge schleifen? Sind wir konfliktscheu? Verweigern wir die Führung? Entscheiden wir schnell und allein oder nehmen wir den längeren, mühsameren Weg der Transparenz, des Anhörens und des Einholens anderer Meinungen? Können wir uns führen lassen durch das Fachwissen eines Kollegen, einer Pflegehelferin oder hören wir auf zu lernen? Leiten wir ohne zu verletzen? Sind wir achtsam in den kleinen Dingen, das heißt in Sprache und Gestik? Erzeugen wir Angst? Wenn ein Mitarbeiter Angst hat, macht er Fehler. Und wenn er Angst hat, vertuscht er seine Fehler. Er wird nie kreativ. Wenn ich, als Leitung, Angst verbreite oder Kränkungen erzeuge, werden die Leute krank. Kränkung hat mit Krank zu tun.

Im Haus A ist eine sehr strenge Hierarchie vorhanden, ein autoritärer Führungsstil. Die Entscheidungen werden Top-Down getroffen und nicht erklärt, wie z.B. vor kurzem die Reduktion der Nachtdienstbesetzung ohne Erklärung, warum das notwendig ist. Die Freiräume sind sehr eng, die kritischen Nachdenker sind unerwünscht. Erlebtes Misstrauen, Undurchsichtigkeit zerstört beim Mitarbeiter Loyalität und erzeugt stattdessen Aversion, passiven Widerstand, innere Kündigung und Aggression, sichtbare oder unsichtbare Aggression auch gegenüber von Bewohnern.

Im Haus B haben wir eine sehr flache Hierarchie. Entscheidungen werden miteinander getroffen und die Mitarbeiter werden ernst genommen. Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung haben den Mitarbeitern gesagt, das das Haus nur kostendeckend arbeiten kann, wenn es pro Station einen Bewohner mehr gibt und die Bewohner erst ab Pflegegeldstufe IV anstatt Pflegegeldstufe III genommen werden. Das haben die Mitarbeiter verstanden und haben es akzeptiert.

Und es war eine Frage der geteilten Dienste, die natürlich verhasst sind – auch in Deutschland anscheinend. Viele Mitarbeiter haben beschlossen, 10 Stunden Dienst tagsüber zu machen und waren einverstanden mit geteilten Diensten, damit am Abend länger Personal vorhanden ist. Die Selbstverantwortung wird bei ihnen sehr groß geschrieben und sie haben das Gefühl, dass das, was sie tun, sinnvoll und wertvoll ist. Ich denke, dass gelingende Beziehungen und Kooperation dafür eine Motivation sein können.

Drei Punkte sind dabei notwendig oder wesentlich.

1. Die Motivation als Grundhaltung der Führung

Den Mitarbeitern die gesellschaftliche Sinnhaftigkeit ihrer Leistungen zu vermitteln. Die Gestaltung von Beziehungen am Arbeitsplatz ist maßgeblich für die individuelle Motivation. Gute Beziehungen am Arbeitsplatz, Gerechtigkeit und erlebtes Vertrauen wirken nicht nur motivierend, sondern haben auch eine gesundheitsfördernde Wirkung.

Im Haus A würde ich sagen, es sind Mitarbeiter, die nebeneinander arbeiten. Sie sind nicht imstande, ihre Dienstpläne selber zu gestalten. Es kommt immer wieder zur Streitigkeiten. Sie wollen nur 12-Stunden-Dienste, weil sie nur so selten wie möglich im Haus sein wollen. Sie möchten so viele Nachtdienste wie möglich machen. Die Tagesstruktur ist sehr streng. Die Stationsleitung macht alle Pflegeplanungen und sagt, keine Diplomierte ist imstande, eine gute Pflegeplanung zu schreiben.

Es ist neurobiologisch bewiesen, dass die Motivationssysteme abschalten, wenn keine Chance auf soziale Zuwendung und Anerkennung besteht.

Im Haus B arbeitet ein Team. Das heißt, die Pflegekräfte sind imstande, ihre Dienstpläne selber zu gestalten. Sie werden von der Leitung nur auf Arbeitsrecht kontrolliert. Entscheidungen, die einmal getroffen wurden, gelten für das gesamte Team. Das heißt, das Team kann sicher sein, dass die Nachtschwester von Samstag auf Sonntag nicht den Notarzt anrufen wird, weil der Herr Meyer auf einmal sich verschlechtert hat, wenn im Team schon ausgemacht wurde, dass Herr Meyer im Haus sterben darf.

Jede/r Diplomierte bekommt alle 14 Tage einen Bürotag. An diesem Bürotag darf sie ihre Pflegeplanung also überlegen, schreiben und gestalten. Die aktuelle Gestaltung von Beziehungen am Arbeitsplatz ist maßgeblich für die individuelle Motivation hier und jetzt verantwortlich. Soweit wie möglich, ist die Tagesstruktur patientenorientiert oder bewohnerorientiert.

Im Haus A können Sie in jeden Lagerraum gehen, er wird in jeder Tageszeit und Abendzeit pikobello sein. Es wird sehr viel Zeit verwendet, um diese Lagerräume hygienisch rein zu halten.

Im Haus B sind die Lagerräume sauber und hygienisch und werden bei Bedarf geputzt. Vorrangig ist die Zeit für die Patienten und Bewohner, erst dann für die Lagerräume. Es sind Kleinigkeiten, die aber sehr viel über die Grundhaltung aussagen.

2. Sprechen wir eine gemeinsame Sprache? Können wir so die relevanten Fragen stellen?

In der letzten Zeit wird sehr viel von Standards gesprochen. Unter dem Begriff Pflegeassessment wird sehr viel definiert. Für den MDK ist der Einsatz eines Sturzrisiko- oder Ernährungsassessments ein Qualitätskriterium, ein Indikator, da es nach Meinung des MDK bewohnerzentriertes Pflegehandeln indiziert.

Im Haus A gibt es die Gleichsetzung "Assessment vorhanden = gute Qualität", das ist eine sehr gern genutzte Argumentationshilfe. Realität: ist: Das Qualitätsniveau liegt auf Stufe 2 von 4 Pflegequalitätsstufen (Pflegequalitätsstufe 1: „gefährliche Pflege“; 2: Routine oder sichere Pflege“; 3: „angemessene Pflege“; 4: „optimale Pflege“).

Im Haus B gibt es sehr wenige Pflegeassessments und es gibt diese Gleichsetzung nicht. Zuerst beruht Pflegehandeln auf dem Urteil der Pflegenden. Das Pflegehandeln, das in den Selbstverantwortungsbereich des Pflegenden gehört, muss „State of the Art“, muss nachvollziehbar und begründet sein. Das Ergebnis: Einstufung des Qualitätsniveaus der Pflege auf Stufe 4 – optimale Pflege mit Individualität, Einbeziehung der Angehörigen von Anfang an.

3. Tue ich alles selbst oder kann ich delegieren?

Haus A: Die Stationsleiterin kann nicht delegieren. Sie spricht Ihren Pflegekräften die Kompetenz ab, die Pflegeplanungen zu machen. Die Entscheidungen werden von oben getroffen und werden nicht transparent transportiert. Supervision, Teamsitzungen, Pflegevisiten, Mitarbeitergespräche werden als Kontrolle erlebt und massiv abgelehnt.

Haus B: Gemeinsam werden Lösungen gesucht, Informationen fließen in alle Richtungen. Es gibt viele kleine temporäre Arbeitsgruppen, sei es über Trauerbegleitung, über Schmerztherapie, Urlaub vom Heim, Pflegeleitbilder. Die Ergebnisse aus diesen Arbeitsgruppen werden in die Praxis zurückgemeldet.

Achten wir auf unseren Mitarbeiter, darf er sich entfalten? In einer Organisation, die Heiterkeit, Inspiration, Respekt und Achtsamkeit vorlebt, wird er ernst genommen. Jeder Mitarbeiter hat das Recht, er selbst zu sein. Als Pflegedienstleiterin habe ich nicht irgendjemand angestellt, sondern ich habe ganz gezielt Frau Meyer angestellt, weil sie die Frau Meyer ist.

Gibt es Bereiche, wo Mitarbeiter selber entscheiden können, streng, aber gerecht und mit Achtung und Respekt vor ihrer Arbeit.

Ich erinnere mich an eine Situation, die ich Ihnen kurz schildern möchte: Vor Jahren war eine Abteilungshelferin in einem großen Krankenhaus gerade in einem Achtbettzimmer und hat den Boden gewischt. Die acht Patienten lagen in ihren Betten, sie waren bettlägerig. Es geht die Tür auf: "Da ist niemand." Klatsch. Das zweite Mal, wenige Minuten später: Tür auf, „Da ist niemand“ – klatsch. Beim dritten Mal ist es ihr zu bunt geworden. Sie hat ihren Kübel genommen und vor die Füße des dritten Eintretenden ausgeschüttet. Er hat sie mit großen Augen angeschaut, total entsetzt und sehr grantig und hat gefragt, was ihr einfällt. Sie hat nur geantwortet: "Da ist niemand." Damit war die Sache geklärt und sie ist nicht gekündigt worden, obwohl es der Primar war.

Für die Anstellung im Haus A und B gibt es sowohl einen Schnuppertag als auch einen Probemonat. Das Haus B hat sich aber dazu entschlossen, noch einen befristeten Vertrag für ein Jahr abzuschließen, weil die Mitarbeiter der Meinung sind, dass man erst im Lauf der Zeit im Alltag die Grundeinstellung der Personen sehen kann.

Den Unterschied zwischen den beiden Häusern sieht man z. B. auch in den Schulungen. Im Haus A gibt es sehr viele Outdoor-Schulungen, die sehr teuer sind. Die Mitarbeiter reflektieren nicht über die Outdoor-Schulungen, an denen sie teilgenommen haben. Die Mitarbeitergespräche werden als Kontrolle erlebt, da sie sehr oft unangemeldet und unvorbereitet stattfinden.

Im Haus B hat sich die Leitung zu Indoor-Schulungen entschlossen. Sie ist der Meinung, dass die Grundhaltung im gesamten Team getragen werden muss und die Mitarbeitergespräche werden als Entwicklungshilfe angesehen. In diesen Gesprächen wird gemeinsam nach Lösungen gesucht, es werden verschiedene Wege angeschaut und sowohl der Mitarbeiter als auch die Stationsleiterin oder die Pflegedienstleiterin haben Zeit, sich darauf vorzubereiten und eine eigene Meinung zu entwickeln. Weisheit im Sinn von:

- Über die Dinge nachdenken, sie mit eigenen Sinnen erfassen, mit einer inneren Ruhe, die dann auch sachliche Stellungnahmen erlaubt.
- Wo sind meine Kraftquellen? damit ich mich nicht von unreflektierten Äußerungen verunsichern lasse. Z.B. Ist Snoozele wirklich für alte, hochbetagte multimorbide Menschen gedacht – ich sage nein.
- Bin ich Eins mit mir selbst? eigenes Gewissen, Konkurrenz, Integrität.
- Die Möglichkeit nutzen, sich kurz zurückzuziehen, um eine erlebte Situation zu visualisieren, damit Auseinandersetzungen möglich sind. Meine Bürotür ist von 09.00 bis 10.30 Uhr zu und da möchte ich nicht gestört werden. Ich denke, es ist notwendig, eine Zeitspanne zu haben, wo wir nicht erreichbar sind – außer im Notfall natürlich – damit wir in Ruhe Entscheidungen treffen können.
- Vermeidung von Konkurrenzdenken und Eifersüchteleien: Hier geht viel Energie verloren und sie dienen nicht der Sache. Diese Energie fehlt z.B. für die Durchsetzung einer wertvollen Idee, die Gestaltung des Nachrichtenstudios am Abend im Heim, für die Umsetzung von „Urlaub vom Heim“ für Bewohner, die keine Angehörigen mehr haben. Für die Haltung, die es im Alltag zu verkörpern gilt, nämlich die Achtung der unantastbaren Würde jeder Person, sei es Mitarbeiter, Angehöriger, Besucher oder Bewohner. Sie fehlt auch für die Achtsamkeit im Handeln, sei es durch Tun oder Unterlassen.
- Eine gute Leitungskraft stellt sich - demütig im Sinn nicht hochmütig sein - vor Ihre Mitarbeiter, besonders vor der Obrigkeit. Sie stellt sich vor sie, wenn sie Probleme haben, z.B. mit Angehörigen. Wenn es beispielsweise bekannt ist, dass Herr Meyer, Sohn von Frau Meyer, in regelmäßigen Abständen von ca. 3 Monaten auf der Station einmal explodiert. An diesem Tag können die Schwestern machen, was sie wollen, das gesamte Personal kann machen, was es will, es wird sowieso nicht passen. Sie kennen solche Personen anscheinend, ich denke, es ist einfach die Überforderung und der Dampfkochtopf explodiert. Wenn ich das weiß, kann ich als Leitung den Mitarbeitern sagen, wenn Sie merken, dass der Herr Meyer wieder in so einer Stimmung ist, dann rufen Sie mich bitte gleich an und ich gehe dann mit Herrn Meyer

in einen Extraraum und biete ihm ein Gespräch an. So können die Pflegekräfte in Ruhe arbeiten und fühlen sich auch nicht schuldig. Sonst nehmen sie es persönlich und merken nicht, dass es eigentlich nichts mit ihnen zu tun hat, sondern einfach mit dem Herrn Meyer, der überfordert ist. Und ich denke, das entlastet alle drei, Herrn Meyer, seine Mutter und das Personal.

- Ich schätze die Realität der Situation nüchtern ein. Sachlich bedeutet aber nicht kalt und emotionslos. Ich höre alle Parteien, sie sind ja alle gleichwertig, auch die Personen mit Demenz. Diese können mir sehr wohl sagen, was sie wollen und was sie nicht wollen. Es muss nicht immer verbal sein.

Organisationskultur im Sinne von Empowerment und Gesundheitsförderung muss den Blick auf die Autonomie und den Eigensinn der Lebenspraxis der Menschen richten. Sie soll Ihnen bei der Suche nach Selbstbefriedigung und Selbstbestimmung Unterstützung geben, auch jenseits der Verwertungslogik des Arbeitsmarktes. Die Organisationskultur ist ein unterstützender Wegbegleiter.

Im Haus A wird nach den Prinzipien der Defizite gearbeitet.

Im Haus B – würde ich sagen – wird nach dem Prinzip von Carl Rogers, Anselm Grün, Joachim Bauer gearbeitet: Jeder Mensch beherbergt in sich die Kraft zur Weiterentwicklung. Menschen sind Wesen, deren zentrale Motivation auf Zuwendung und gelingende mitmenschliche Beziehungen gerichtet ist. Ein Beispiel für Transparenz, das mir sehr aufgefallen ist im Haus B: Es gibt dort im Organisationsordner ein Papier, auf dem geschrieben steht, was zu tun ist, wenn ein Medikamentenfehler gemacht wurde. Es wird dort also zur Kenntnis genommen, dass solche Fehler passieren können und es wird nicht versucht, zu vertuschen. Stattdessen steht geschrieben: Wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, bitte rufen Sie den Rote-Kreuz-Notdienst an und erklären Sie genau, was geschehen ist, welche Medikamente mit welcher Dosis. Sollte es notwendig sein, dass der Patient oder Bewohner ins Krankenhaus kommt, bitte fahren Sie mit und geben Sie bekannt, welches Medikament mit welcher Dosierung gegeben worden ist. So etwas ist für mich ein Teil der Transparenz auch nach außen. Gemachte Fehler werden nicht verleugnet, sondern zugegeben. Sie können passieren und darauf sollte dann reagiert und daraus gelernt werden. Fehler als Chance wird im Haus B gelebt.

"Den Verband von Frau Müller hast du gestern schon wieder nicht gemacht, was soll denn das? Du weißt doch, es ist wichtig!" oder "Ich sehe, du hast gestern den Verband von Frau Müller nicht gemacht. Ich nehme an, das hat einen Grund. Kannst du es mir bitte erklären, damit ich es verstehen kann?" Der gleiche Punkt in zwei unterschiedlichen Art und Weisen der Kommunikation.

In der Neurobiologie ist der Kern aller menschlichen Motivation die zwischenmenschliche Anerkennung und Wertschätzung. Die Grundhaltung der Anteilnahme bedeutet, aktiv zuzuhören und die Fähigkeit, Fakten und Ereignisse zu schildern, ohne sie zu bewerten. Zusätzlich wird in Berichten offene Wahrnehmung und Beobachtung ohne Interpretation dargestellt.

Ich denke, zuerst muss der gesellschaftliche Rahmen geschaffen werden, um die zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung miteinander gestalten zu können. Wenn die Grundhaltung in der Gesamtorganisation nicht tatsächlich in den kleinsten Tätigkeiten gelebt wird von allen Mitarbeitern, brauchen Sie – als Leitung - gar nicht versuchen, neue Methoden und Konzepte wie Palliative Care, Basalstimulation, Validation neu einzuführen. Es ist verlorenes Geld und verlorene Zeit.

Dankeschön.

Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?

Marco Kellerhof, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Leiter der Abteilung „Senioren, Pflege und rechtliche Betreuung“

Meine Damen und Herren,

ich freue mich, hier zu Ihnen sprechen zu dürfen zu dem Thema "Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?" Es gibt sehr viele Anknüpfungspunkte an den Vortrag von Frau Weissenberger-Leduc. Einer, den wir vielleicht im Rahmen dieser 10 Minuten miteinander beantworten können, ist die Frage: „Wenn es zentral auf Leitung und Führung ankommt, ist es dann verlorenes Geld, was wir mit dem Hamburger Förderprogramm, mit dem Hamburger Weg ausgegeben haben?“ Und viel schlimmer wäre ja noch die verlorene Mühe und verlorene Zeit bei den vielen Menschen, die sich in den letzten 2 Jahren, viele aber auch schon in der Zeit davor gemeinsam auf den Weg gemacht haben. Ich hoffe, dass wir zu diesem Fazit nicht kommen. Ich komme an bestimmten Punkten meines Beitrages gleich noch einmal darauf zurück, dass wir bei dem Hamburger Weg, den wir gemeinsam miteinander gehen, die Fragen der Leitung und der Einbindung des Konzeptes in die Organisation mit im Blick haben und mit Hilfe des Förderprogramms zu verbessern suchen.

Kurz noch einmal zu der Ausgangsperspektive, die den Hamburger Weg und das Programm in Hamburg kennzeichnen. Bei der Rahmenplanung bis 2010 in der Pflege in Hamburg haben wir festgestellt, und das hat auch die Hamburgische Bürgerschaft in der Politik festgestellt: Wir haben im Bereich der Spezialeinrichtungen für Hospizarbeit und Palliativmedizin, also Palliativstationen und stationäre Hospize, eine gute Struktur und eine qualitativ gute Arbeit in Hamburg. Hier stehen wir weit vorne, wenn man es mit anderen Bundesländern vergleicht. Schon damals haben wir jedoch alle gemeinsam im Landespflegeausschuss betont, dass der Sterbeort Pflegeheim in den Blick genommen werden muss für die Hospizarbeit und die Palliative Care. Für eine große Zahl von Menschen ist das Pflegeheim der Ort, in dem sie ihr Leben beenden. Uns erschien der Weg, den Hospizgedanken im Pflegeheim unterzubringen, ihn dort umzusetzen, zu verankern und zu implementieren unbedingt wünschenswert. Die Bürgerschaft hat damals beschlossen, dass wir prüfen mögen, ob für diese Zwecke Fördermittel für Schulung und Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden sollten. Diese Frage haben wir dann gemeinsam mit "Ja" beantwortet und blicken nun auf die Hospizarbeit und Palliativkompetenz in Pflegeheimen aus drei Perspektiven.

Es sind drei Perspektiven, unter denen wir die gesamte Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen und in der Pflege immer wieder betrachten müssen.

Im Zentrum steht natürlich die Perspektive des pflegebedürftigen oder sterbenden Menschen. Wenn man aus dieser Perspektive schaut, kommt es darauf an, am Ende des Lebens liebevoll und nach bestem medizinisch-pflegerischem Wissen versorgt zu werden und sich darauf verlassen zu können. Darauf, dass so weit wie möglich Schmerzen genommen werden und dass man nicht alleine gelassen wird, sondern Zuwendung erlebt. Es ist die Perspektive, zu wissen: egal wo ich sterbe – wenn es nicht gerade ein Unfall oder ein plötzliches Ereignis ist – ich erhalte die Pflege und die Zuwendung, die ich in dieser Phase meines Lebens und dann Sterbens benötige.

Aus der Perspektive von Angehörigen geht es in unserem Programm darum, dass sie als Akteure, Angehörige in ihrer emotionalen Bindung an ihre Familienangehörigen geschätzt werden. Für die Ehrenamtlichen geht es darum, dass sie verlässlich einbezogen werden in

die fachlichen Entscheidungen einerseits, aber auch in die Sterbebegleitung selbst und in die Qualitätsentwicklung im Sinne von Vorschlägen oder Beschwerden.

Aus der Perspektive der Mitarbeiter in der Pflege und der gesamten Organisation geht es uns in unserem Hamburger Ansatz darum, die Konzepte und die Haltung der Hospizarbeit einerseits und den wissenschaftlichen "state of the art" andererseits in den Häusern zu stärken. Durch das Multiplikatorenmodell sollen die weitergebildeten Palliativ Care-Fachkräfte in größerem Umfang die Chance bekommen, das umzusetzen und weiter zu geben, was sie im Basiscurriculum gelernt haben. Das müssen wir in der Organisation verankern, in der Leitung, im Team. Dies folgt dem Indikatorenansatz der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospizarbeit.

Das sind die Perspektiven und die Grundansätze, mit denen wir die Stärkung der Palliativkompetenz als Ziel gemeinsam mit den Heimen und ihren Verbänden, mit den Pflegekassen und dem MDK in Hamburg seit 2006 verfolgen.

Und wo stehen wir heute? Eine Zahl ist schon genannt worden: 48 Hamburger Pflegeheime haben das Förderprogramm genutzt, das entspricht einem Drittel der Hamburger Pflegeheime. In unserer Planung waren wir zunächst davon ausgegangen, dass wir realistischerweise vielleicht 60 Heime bewegen können, in der Hoffnung, dass das die Heime sind, in denen die Saat auf guten Boden fällt.

Die Beteiligung an einem Förderprogramm selbst ist ja immer „Fluch und Segen“ zugleich. Sie bindet enorme Kraft und Zeit, bietet dann aber auch die Chance, sich gemeinsam weiter zu entwickeln. Unsere Zielzahl war also zunächst einmal 60. Wir könnten auch – wenn der Bedarf und die Bereitschaft besteht – über die 60 hinausgehen. Da ist die Förderrichtlinie im Moment ganz offen. 48 Einrichtungen haben unser Programm seit 2006 schon genutzt und wir haben über 60 Pflegekräfte zu Palliative Care - Pflegekräften im Basiscurriculum aus- und weitergebildet. Das sind deutlich mehr, als wir es bei 48 Pflegeheimen als Minimum gesetzt haben.



Für diese Maßnahmen in den 48 Hamburger Pflegeheimen haben wir bisher 240.000,- € eingesetzt und können das noch fortsetzen. Mir ist es wichtig, dass nicht nur die Basisweiterbildung gefördert worden ist, sondern dass vor allen Dingen auch verschiedenste Prozesse in den Heimen und in dem ganzen Netz, dass sich um die Wohnbereiche und Heime herum spinnst aus Ärzten, Hospizbewegung, Angehörigen, Bewohnern und externen Beratern in Gange gekommen sind. Diese hängen natürlich einerseits an den Multiplikatoren, also an den Fachkräften, aber zu einem großen Teil auch daran, wie die Leitung damit umgeht, die Gedanken der Hospizbewegung und Palliative Care in das gelebte Konzept des Hauses einzufügen und dann zu pflegen. Dafür haben wir ja neben der Förderung der Basisqualifikation die Möglichkeit geschaffen, externe Beratung und Fortbildung für alle Mitarbeiter und Leitungen in Anspruch zu nehmen. Diese externe Beratung wird vor allen Dingen „In-Home“ in Anspruch genommen, im Team, in der Organisation im Heim. Und nach dem, was wir so in den Berichten aus Ihren Heimen sehen, werden dort die Themen bearbeitet, die wir heute in den Workshops finden. Es sind solche Fragen, wie: „Welche hauseigenen Formen der Verabschiedung Verstorbener und des Umgangs mit trauernden Angehörigen finden wir? Wir schreiben sie nicht irgendwo ab, sondern finden sie wirklich für uns. Wie gestalten wir dann z.B. einen Abschiedsraum?“ Bei den Zuwendungen in der Förderung haben wir uns auch schon damit auseinandersetzen müssen, in welchem Umfang und ob wir Farbe, Licht und Wandschmuck fördern. Das haben wir dann auch getan, wenn es ins Konzept eingefügt war. Es ging um die Weiterentwicklung der Kooperation mit

Ärztinnen und Ärzten in einem Teil der Projekte, um ethisch-rechtliche Aspekte immer wieder, z.B. Beendigung künstlicher Ernährung an bestimmten Punkten. Aber auch um Entlastungsmöglichkeiten im Pfl egeteam bei der häufigen Konfrontation mit dem Sterben.

Ganz wichtig für unseren Ansatz ist es, dass wir nicht davon ausgegangen sind, dass in jedem Pflegeheim und in jedem Wohnbereich derselbe Handlungsbedarf besteht und dass wir dort dasselbe fördern. Es ist sehr verschieden, sehr vielfältig, sehr hausindividuell, genau so individuell – und das noch einmal als einen Grundsatz – wie die Situation der Pflegebedürftigen und Sterbenden in den Häusern selbst. Deren Situation muss bei Ihnen jeweils individuell bewältigt, geplant und konzeptionell bearbeitet werden. Beispielsweise kommen immer häufiger schwerkranke, sterbende Menschen aus dem Krankenhaus und nur für ganz kurze Zeit zu Ihnen in die Pflegeeinrichtungen. Das ist eine ganz andere Situation für die Palliative Care und die Sterbebegleitung, als wenn eine langjährige Bewohnerin von Ihnen sich schrittweise langsam dem Tode nähert, bei der Sie die Biografie kennen, Sie Biografiearbeit gemacht haben, das Netzwerk und die Angehörigen Ihnen bekannt sind. Es gibt langjährige Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen eine neue Krankheit hinzugekommen ist, die dann letztlich zum Tode führt. Alles muss noch einmal umgeplant werden in der Pflege. Es gibt die Bewohnerin ohne Angehörige, die in der Sterbebegleitung eine ganz andere Netzwerkarbeit, Einbindung von Ehrenamtlichen z.B., erfordern dürfte als bei der Bewohnerin mit intensivem Kontakt zu Angehörigen. Es gibt die Menschen, bei denen Verständigung über Sprache möglich ist – auch in dieser Lebensphase – und Sie mit den Betroffenen selbst besprechen können, wie es weitergehen soll. Und es gibt die schwerst demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner, mit denen Sie sich verbal nicht mehr darüber verständigen können, sondern andere Wege finden müssen. Das ist sehr individuell, sehr vielfältig und deshalb gibt es kein Standardprogramm, um die Konzepte zu Palliative Care und Hospizarbeit in den Pflegeheimen zu implementieren.

48 Heime haben begonnen und es geht weiter. Wir sind auf dem Weg, wir wollen hin zu einer flächendeckenden Umsetzung in Hamburg. Aber das ist noch ein weiter Weg, auf den sich immer mehr Häuser begeben sollten und der ein gutes Stück mehr Qualität und eine Sicherung der Qualität bringt.

Ein anderer Punkt ist die Frage der Nachhaltigkeit. Wie machen wir aus diesem Prozess in Hamburg – das wird immer wieder diskutiert und vielleicht auch heute noch mal eine Rolle spielen – wie machen wir daraus einen nachhaltigen Prozess? Wie sichern wir, dass es nicht ein kurzfristiges Verglühen von kleinen Initiativen ist und dann geht es wieder weiter, wie es immer gegangen ist? Darauf gibt es keine pauschale und große Antwort. Aber es gibt einiges, was sich in Begleitung eines solchen Förderprogramms in der Stadt entwickelt und von allen Beteiligten mit unterstützt wird.

Das eine ist, dass wir gleichzeitig in diesem Zeitraum eine zentrale Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativarbeit in Hamburg mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativarbeit ins Leben gerufen haben. Frau Kuhn personifiziert sie sozusagen, sie ist heute unter den Zuhörern. Das heißt, Sie haben damit ja die großartige Gelegenheit, auf eine koordinierende Funktion zugreifen zu können, zu deren Aufgaben es auch gehört, dieses Thema in Hamburg in den Einrichtungen und darüber hinaus zu verbreiten und die Zusammenarbeit der Länder und den Erfahrungsaustausch zu fördern.

Mir schwebt vor, dass wir die Projekte und die Inhalte und die Erfahrungen, über die Sie vor allen Dingen heute in den Workshops sprechen, dass wir diese Inhalte mit den Ausbildungsinhalten in Altenpflege und Gesundheits- und Pflegeassistenz vernetzen. Das, was Sie entwickelt haben, sollte Ausbildungsinhalt werden. Auch das wäre ein Punkt, mit dem man den gesamten Ansatz nachhaltiger gestalten kann. Dafür können wir als die zuständige Behörde viel tun und stehen auch dafür.

Dritter Punkt: Wir sind in einer Phase, in der spätestens nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz bundesweit und im kommenden Jahr sicher in der Umsetzung in Hamburg darüber gesprochen wird, welche Qualitätsmerkmale, welche Leistungen, welche Prüfergebnisse etc. für alle in der Gesellschaft, die es interessiert, transparent und offen gemacht werden. Warum sollte an der Stelle das besondere Engagement, die Struktur, weitergebildete Pflegefachkräfte und das gelebte Konzept des Pflegeheims zu Sterbebegleitung und Palliativpflege nicht auch ein Merkmal sein, das öffentlich gemacht wird? Ihr Engagement herausgestellt werden als eines, das Sie möglicherweise unterscheidet von anderen Einrichtungen, die dies nicht in diesem Umfang, in diesem Sinne und in diese Richtung tun. Ich jedenfalls bin dafür, dass wir das transparent machen und dass Sie damit arbeiten können. Auch das ist ein Punkt, der zur Nachhaltigkeit beitragen kann, wenn nach außen hin sichtbar ist, wer sich in Hamburg in der Qualitätsfrage auf welchen Weg gemacht hat und wer noch davor steht und abwartet, welche Erfahrungen die anderen machen.

Wir sind schon in diesen zwei Jahren einen erheblichen Schritt vorangekommen und diese Tagung – es ist ja die zweite in einer kleinen Tagungsreihe – soll mit dazu beitragen, dass dies zwischen Ihnen und in der Stadt kommuniziert wird, so dass weitere Einrichtungen sich auf den Weg machen. Es stehen immer noch Fördermittel bereit und – das ist nicht ganz unwichtig – es stehen auch diejenigen in Hamburg zur Verfügung, die Ihnen die Kenntnisse vermitteln können, die Sie beraten können. In Begleitung zu solchen Vorhaben entwickeln sich eben auch immer Fortbildungs-, Beratungs- und sonstige Strukturen. Hier ist beispielsweise die Hospizakademie zu benennen, die es vor drei Jahren noch nicht gab, aber auch andere fachkundige Berater, die Ihnen zur Verfügung stehen, um Sie auf diesem Weg zu begleiten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

„Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?“

Hamburg  Behörde für Soziales, Familie, Community und Verbraucherschutz

Gute Versorgung bis zuletzt - Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur


28. Oktober 2008
Albertinen – Akademie Hamburg

Marco Kellerhof
Leiter Abteilung Senioren, Pflege und rechtliche Betreuung

Tel. 040 – 4 28 63 28 15




„Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?“

Hamburg  Behörde für Soziales, Familie, Community und Verbraucherschutz


Ausgangsperspektiven

Pflegebedürftige / sterbende Menschen:
Auf Begleitung und Behandlung vertrauen können

Angehörige / Ehrenamtliche:
Verlässlich einbezogen werden



Mitarbeiter / Organisation:
Fachliche Ansätze von Hospizarbeit und Palliativpflege kennen, anwenden und ins Konzept integrieren



„Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?“

Hamburg Behörde für Gesundheit, Familie, Gleichheit und Verbraucherschutz

Wo stehen wir heute?

- ✓ 48 Hamburger Pflegeheime haben das Förderprogramm schon genutzt
- ✓ Über 60 Pflegekräfte sind zu Palliativ Care Pflegekräften ausgebildet worden
- ✓ 240.000 Euro Fördermittel wurden bisher eingesetzt
- ✓ Vor allem aber: Prozesse in den Heimen und im Netz aus Heimen, Ärzten, Hospizbewegung, Angehörigen, Bewohnern, externen Beratern ...

„Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?“

Hamburg Behörde für Gesundheit, Familie, Gleichheit und Verbraucherschutz

Nachhaltige Entwicklung

- ✓ Zentrale Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit
- ✓ Vernetzung von Pflegeheimprojekten mit Ausbildung in der Altenpflege und GPA: Projektinhalte werden Ausbildungsinhalte
- ✓ Transparenz: Struktur und gelebtes Konzept des Pflegeheims für die Sterbebegleitung und Palliativpflege öffentlich machen

Jens Stappenbeck

Herr Kellerhof, ich muss an dieser Stelle zumindest eine kleine Anmerkung machen zu Haus A und Haus B. Wir sind natürlich alle bestrebt, in die Richtung des Hauses B zu kommen und die Qualität in den stationären Pflegeeinrichtungen ständig und beständig zu heben. Ich glaube, das ist die eine Seite, die man hier anmerken muss.

Das andere, insgesamt haben wir uns ja zu dieser Veranstaltung durchaus Gedanken darüber gemacht, wie der Ablauf sein soll. Wir sind bisher, sagen wir mal, von der Formseite gekommen. Wir haben die Frage gestellt, wie es denn mit der Leitung beschaffen sein muss, damit man Palliativkultur letztlich in einer stationären Pflegeeinrichtung implementieren kann. Dazu hat es die Einlassungen bzw. die Überlegungen von Frau Dr. Weissenberger-Leduc gegeben und damit ist – glaube ich – auch schon Einiges an Weichenstellung vorgenommen. Die andere Überlegung war, wo stehen wir denn? Also auch die Formfrage, wo stehen wir gerade und wie ist Hamburg zurzeit aufgestellt. Dieses hat Herr Kellerhof dargestellt. Über die 48 Einrichtungen, die sich auf den Weg gemacht haben und dass wir diese Veranstaltung ja auch dafür nutzen wollen, mehr Einrichtungen zu werben und auf diesem Weg mitzunehmen.

Jetzt kommen wir von der Form zum Gegenständlichen, zum Inhalt, nämlich zu den Workshops und damit zu den inhaltlichen Fragen der Palliativversorgung, die wir gegliedert haben in die Themen: Rituale, Schmerzmanagement, Ehrenamt, Einbeziehung von Angehörigen und Begleitung von Mitarbeiter/Innen. Ich habe sie eben inhaltlich genannt und würde jetzt gerne die Personen dazu vorstellen.

Für das Thema "Rituale" werden das sein Frau Büse und Frau Kieninger. Den Workshop „Schmerzmanagement" leiten Frau Merz-Sprandel und Frau Palm. Dann haben wir das "Ehrenamt", von Frau Christ und Frau Koalick, die "Einbeziehung von Angehörigen" von Frau Graßl und Frau Hinck und schließlich die "Begleitung von MitarbeiterInnen" mit Herrn Ipsen und Frau Ternirsen.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Rituale“

**Petra Büse, Pflegemanagement, Caritas Hamburg GmbH
Frau Kieninger**

Petra Büse

Ich möchte Sie alle ganz herzlich begrüßen an dieser Stelle. Ich werde jetzt den Part übernehmen, aus dem Workshop "Rituale" zu berichten. Wir waren ein sehr großer Workshop und haben uns zunächst einmal bekannt gemacht und da auch schon gleich festgestellt, wie viel Fachwissen und Expertentum es in unserem Workshop gab. Es wird also wirklich schon viel gearbeitet zu diesem Thema. Dann haben wir uns der allgemeinen Bedeutung von Ritualen noch einmal zugewendet und haben festgehalten, dass Rituale Halt und Orientierung bieten. Sie helfen bei der Bewältigung von komplexen Situationen, sie vermitteln Zusammengehörigkeit und sie stärken dadurch den Gruppenzusammenhalt, wenn man sie gemeinsam ausübt.



Im Anschluss daran haben wir in kleinen Gruppen sehr rege diskutiert und die ganz unterschiedlichen Aspekte und die gesamte Vielfalt an Ritualen zusammengetragen, die im Bereich Abschied und Sterbebegleitung möglich sind. Ausgangspunkt für diese Arbeit waren diese drei Fragen:

- Welche Rituale möchten Sie in Ihrer Einrichtung verbessern?
- Welche Rituale haben Sie bereits in Ihrer Einrichtung?
- Welche Rituale wünschen Sie sich für Ihre Einrichtung?

Wir haben festgestellt, dass sehr lebendig diskutiert und ausgetauscht wurde. Es wurden viele Karten beschriftet mit unterschiedlichen Aspekten und verschiedenen Vorschlägen. Die meisten Karten hingen bei der Frage 2 nachher an der Wand, "Welche Rituale haben Sie bereits in Ihrer Einrichtung?"

Als Fazit kann man festhalten, dass in den Einrichtungen in Hamburg schon eine Menge gemacht wird. Dennoch wurde auch deutlich, dass es einen großen Bedarf gibt, Rituale weiter zu entwickeln, zu vertiefen. Es gab auch den Wunsch nach interdisziplinären Ritualen, also möglichst alle Betroffenen, die Bewohner, die Angehörigen, die Mitarbeiter, mit einzubinden und wirklich gemeinsam etwas zu finden.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Schmerzmanagement“

Kristina Merz-Sprandel, DFA, Diakonisches Werk

Birgitta Palm, Senioren- und Pflegeheim Margarethenhof GmbH

Kristina-Merz-Sprandel

Unser Workshop mit 20-22 Teilnehmer/Innen hatte das Thema "Schmerzmanagement" in Altenpflegeeinrichtungen. Die Zahlen, die es für diesen Bereich gibt, besagen, dass 45 bis 80 % aller Heimbewohner Schmerzen haben, auch aufgrund ihrer Multimorbidität. Nur 20 % dieser Bewohner/Innen genießen ein ausreichendes Schmerzmanagement.

Frau Palm aus dem Senioren- und Pflegeheim Margarethenhof hat den Teilnehmer/Innen zunächst von dem aktuellen Schmerzmanagement in ihrer Einrichtung berichtet. Daraus hat sich ein Gespräch entwickelt, das sich im Wesentlichen um zwei Themen rankte, nämlich den Umgang mit Erhebungsbögen, mit der Erfassung von Schmerzen und um die Schnittstelle Hausärzte, die Kooperation mit Hausärzten und mit Schmerztherapeuten.

Festzuhalten ist hier, dass es sehr wichtig ist, dass die Pflegefachkräfte ein Schmerzbewusstsein entwickeln und dass sie dazu auch in Fortbildungen geschult werden, einmal zu diesem Schmerzbewusstsein und dann aber auch zum Umgang mit den Erhebungsbögen. Wir konnten dabei feststellen, dass durchaus in einigen Einrichtungen bereits mit Schmerzprotokollen, mit Erhebungsbögen gearbeitet wird.



Beim zweiten Thema, der Schnittstelle mit den Hausärzten, hat sich herausgestellt, dass diese Schnittstelle gar nicht mehr so problematisch ist, wie vielleicht noch vor 2 bis 3 Jahren, als noch viel geschimpft wurde über Medikationen von 20 Tropfen Novalgin und das war's dann. Mittlerweile ist der Slogan "multiprofessionelle Palliative Care in Augenhöhe mit den Hausärzten diskutieren und kollegial zusammenarbeiten" tatsächlich zum Teil umgesetzt. Es gibt also durchaus gute Kooperationen mit Hausärzten und auch Schmerztherapeuten werden zum Teil bereitwillig hinzugezogen, ohne dass die Hausärzte diese als Konkurrenz erleben. Soweit die Ergebnisse aus unserem Workshop in aller Kürze. Danke.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Ehrenamt“

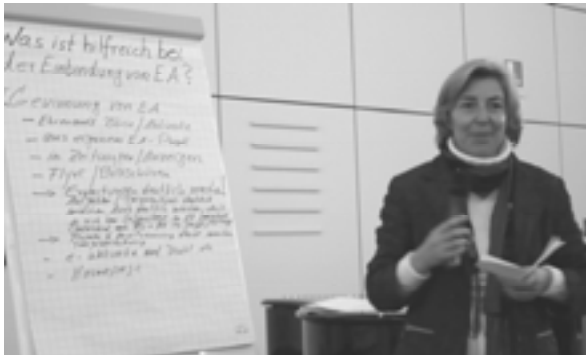
Angelika Christ, Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Petra Koalick, Senator-Ernst-Weiß-Haus

Angelika Christ, Petra Koalick

Die personellen Ressourcen in einem Pflegeheim lassen in der Regel eine zeitaufwändige Begleitung sterbender Menschen nicht im wünschenswerten Umfang zu.

Aus diesem Grund wurde als Schwerpunkt der Paritätischen Einrichtungen im Projekt „Palliativkompetentes Pflegeheim“ die Einbindung von Ehrenamtlichen Mitarbeiter/Innen gewählt. Der Wohlfahrtsverband hat mit eigenen Mitteln die Fortbildung von Ehrenamtskoordinatorinnen und -koordinatoren finanziert. In der Fortbildung wurde vermittelt, wie ehrenamtliche Mitarbeiter gewonnen, fortgebildet, motiviert, begleitet und in die Arbeit des Pflegeheims eingebunden werden können.



Frau Koalick, Heimleitung im Senator-Ernst-Weiß-Haus, schilderte anhand ihrer Einrichtung, wie die ehrenamtliche Arbeit organisiert werden kann. Die Einrichtung hat Leitgedanken zum Umgang mit Tod und Sterben entwickelt. Eine Leitlinie zur Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen wurde von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter/Innen gemeinsam erarbeitet. Die Ehrenamtlichen haben für sich die Bezeichnung „Abschiedbegleiter“ gewählt.

Die Workshopteilnehmer haben sich zum Stand des Aufbaus ehrenamtlicher Tätigkeit ausgetauscht. Anhand der unterschiedlichen Ansätze wurde deutlich, wie wichtig es ist, ein eigenes Profil für die Einrichtung zu erarbeiten. Viele Pflegebedürftige möchten auch in der letzten Lebensphase von vertrauten Personen betreut werden, deshalb erscheint es sinnvoll, Ehrenamtliche schon vor der Sterbephase in die Einrichtung einzubinden. Wenn mit einem externen Hospizdienst zusammen gearbeitet wird, besteht diese Möglichkeit allerdings nicht.

Die Auswahl der Ehrenamtlichen ist sehr wichtig, ihre Motivation sollte hinterfragt werden. Darüber hinaus sollten die Helfer sich mit der Einrichtung identifizieren. Die Identifikation gelingt dann dauerhaft, wenn die Integration in die Einrichtung gelingt. Hierzu gehören die Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/Innen inklusive einer klaren Abgrenzung der Tätigkeitsgebiete, eine Anerkennungskultur sowie regelmäßige Schulungen und Supervision.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Einbeziehung von Angehörigen“

**Anita Graßl, Pflegedienstleitung Pflegeheim und Max Herz-Haus im Albertinen-Haus
Claudia Hinck, Pastorin und Krankenhauseelsorgerin im Albertinen-Haus**

Anita Graßl

Wir haben uns dem Thema Angehörige genähert, indem wir zunächst einmal gefragt haben: Wie erlebe ich Angehörige im Pflegeheim-Alltag? Dabei ging es uns darum, Erfahrungen auszutauschen und das Spektrum der Individualität zu ermessen. Die Antworten waren vielfältig: Hilflosigkeit, Aggressionen, Fordern, eine Informationsquelle, nette Leute, Wissen über Bewohner erfahre ich dadurch, sie sind hilfreich, sie fühlen sich nicht wahrgenommen, sie sind bzw. empfinden sich als ein Störfaktor, sind verletzlich, wenig anwesend, dankbar, Partner für Pflegenden.

Danach haben wir uns anhand von drei Fragen dem Thema genähert. Diese drei Fragen haben wir aus der Broschüre der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz entnommen, die darin für die Angehörigen drei Fragen stellt, die den Ausdruck der Palliativkompetenz in Pflegeheimen deutlich machen.

Die erste Frage ist:

Werden Angehörige zum Thema Sterben gehört und ernst genommen?

Wir konnten zusammentragen, dass sich über Angehörige die Möglichkeit eröffnet, das Thema zu transportieren und aus der Tabuzone herauszuholen. In einigen Einrichtungen gibt es eine psychosoziale Begleitung für die Angehörigen. Aus einer anderen Einrichtung wurde berichtet, dass Interviews mit Angehörigen gemacht wurden.

Wie ernst die Angehörigen genommen werden und sich genommen fühlen, hängt jedoch stark von den jeweiligen Pflegekräften ab. Es wurde deutlich, dass die Mitarbeiter unterschiedlich geeignet sind bzw. sich unterschiedlich sicher fühlen, mit Angehörigen über dieses Thema zu sprechen. Hier ist die Leitung gefordert. Es müssen Fortbildungen für die Mitarbeiter angeboten werden, um ihnen die Möglichkeit zu bieten, sich in das Thema einzuarbeiten, sicher zu werden, auch sich selbst mit der Problematik Tod und Sterben auseinanderzusetzen und zu wissen, wo stehe ich.

Ein weiterer Aspekt war der Zeitpunkt, zu dem man die Wünsche erfragt. Sie sollen möglichst schon beim Einzug erfragt werden, aber nicht gleich im Erstgespräch. Hier geht es darum, das Einfühlvermögen und die Sensibilität dafür zu fördern, an welcher Stelle das Thema für die Angehörigen richtig ist.

Als Letztes wurde noch der Aspekt der Angehörigenabende behandelt. Hier wurde aus Erfahrungen mit Gastreferenten berichtet (bspw. Schmerztherapeut), was durchaus positiv von den Angehörigen aufgenommen wurde.

Wie werden Angehörige in die Sterbebegleitung einbezogen?

Hier wurde zusammengetragen, was in den einzelnen Einrichtungen in dieser Hinsicht gemacht wird. So gibt es beispielsweise Erinnerungsfeiern jährlich oder in gewissen Abständen, es liegen Erinnerungsbücher aus, in die man sich eintragen kann, es werden Gespräche mit Angehörigen nach dem Tod und der Verabschiedung geführt. Durch das gemeinsame Erleben entwickelt sich ein gewisser Zusammenhalt und es findet bei Gesprächen oder Besuchen danach auch noch mal eine Reflektion statt, sowie ein nochmaliger Austausch und Anregungen auch vielleicht für weitere Bestrebungen.



Es finden Aussegnungen statt, mit oder ohne Pastor. Länger wurde darüber gesprochen, wie das im Einzelnen aussehen kann. In einem Fall ist es sogar vorgekommen, dass – und das lässt sehr hoffen – eine Aussegnung auch nach Tod im Krankenhaus im Pflegeheim stattgefunden hat.

Es gibt in einer Einrichtung auch so etwas wie eine Abschiedsschale. In dieser Einrichtung wird sehr intensiv mit einer Gruppe Ehrenamtlicher gearbeitet und es wurde beschlossen, sie eine Schale mit verschiedenen Utensilien, wie Engel, Kerze, eine Bibel, Texte, anzubieten. Nicht nur während der Sterbebegleitung, sondern auch das ganze Jahr über können sich Angehörige und auch Bewohner/Innen jederzeit diese Schale holen und damit, ja nachdenklich vielleicht, Zeit verbringen oder wie auch immer diese nutzen für sich.

Denkbar ist auch ein Besuchsangebot von Hospizhelfern als Angebot. Aus einer Einrichtung wurde von einer Schachtel mit verschiedenen Utensilien berichtet, die den Angehörigen angeboten, den Bewohner/Innen und auch den Ehrenamtlichen zur Nutzung angeboten wird. Diese soll auch für den Fall dienen, dass bei einer Verabschiedung ohne Pastor die Möglichkeit besteht, sich einen Text für die Andacht auszusuchen.

Zur letzten Frage sind wir aus Zeitgründen leider nicht mehr gekommen. Sie lautete: **Haben die Bedürfnisse der Angehörigen Gewicht und wie könnte man das deutlich machen?** Das muss dann an anderer Stelle weitergeführt werden.

Ergebnisbericht zum Workshop

„Begleitung von MitarbeiterInnen“

Detlev Ipsen, Unternehmensberater

Birgit Ternirsen, Seniorenheim Burgwedel GmbH

Birgit Ternirsen

Das Thema „Begleitung von Mitarbeitern“ hat sich als ein sehr, sehr schwieriges Thema herausgestellt. Wir haben den Versuch gemacht, die hausinterne Begleitung der Mitarbeiter/Innen durch die Leitung und die Begleitung durch externe Kräfte zu unterscheiden.



Bei der hausinternen Begleitung bedarf es einer Vision und ganz besonders der inneren Grundeinstellung auch und vor allem der Leitung als Voraussetzung, um palliative und hospizliche Versorgungsangebote anzubieten. Wie und in welchem Umfang werden Zeit, Geld und Sachmittel zur Verfügung gestellt? Gibt es Entfaltungsmöglichkeiten? Wird Zustimmung und Begeisterung bei den Mitarbeitern geweckt und das Potential erforscht? Welche persönlichen Qualifikationen gibt es? Denn klar ist: Man kann keinen Mitarbeiter zur Mitarbeit zwingen.

Dann die eigentliche Begleitung der Mitarbeiter durch eine externe Kraft, die dann dafür zuständig ist, Schulungen durchzuführen, gegebenenfalls Fallbesprechungen, den Erfahrungsaustausch fördern sollte, bei Bedarf Einzelgespräche führen sollte, gegebenenfalls Exkursionen durchführt und die schaut, ob die Schaffung eines Netzwerkes intern und mit externen Mitarbeitern möglich ist, die Hilfe zur Selbsthilfe gibt, die die Kommunikation im Team fördert, die Berührungsängste erkennt und auch nimmt, die aber auf jeden Fall die Mitarbeiter auf dem Stand abholen sollte, wo diese sich befinden.

Ganz klar herausgearbeitet in einer längeren Diskussionsrunde war der Punkt, dass die Mitarbeiter befähigt werden müssen, palliative und hospizliche Angebote zu machen. Das ist nichts, was man voraussetzen kann. Da noch einmal zurück zu der inneren Grundeinstellung und der Vision der Leitung. Diese Arbeit kann nur so groß oder so klein geraten, wie dann die Leitung in der Lage ist, die Vision auch umzusetzen. Das muss letztendlich jede Einrichtung entscheiden und nur so gut wird auch die Begleitung sein.

Jens Stappenbeck (HPG)

Herzlichen Dank Frau Ternirsen für die Vorstellung der fünften Arbeitsgruppe.

Wir sind damit sozusagen rund, was die Inhalte anlangt. Jetzt kommt der letzte Programmpunkt, den wir uns für heute vorgenommen haben, nämlich die Podiumsdiskussion.

In der Fragestellung "Wer soll wo sterben? – Stationäres Hospiz und palliativkompetentes Pflegeheim".

Die Runde selbst wird gleich von Frau Schneider-Koch vorgestellt. Frau Schneider-Koch wiederum stelle ich vor. Sie ist Mitarbeiterin des Diakonischen Werks und sie ist seit kurzem in dem Bereich ambulante Pflege als Referentin im DW tätig.

Und damit denke ich mir sollten wir jetzt beginnen mit der Podiumsdiskussion und ich würde Sie bitten, Ihre Plätze einzunehmen.



Podiumsdiskussion

Teilnehmer/Innen:

Renate Keller (Sozialdienst Albertinen-Krankenhaus)

Kai Puhmann (Leiter Hamburger Hospiz im Helenenstift)

Kirsten Jüttner (Referatsleiterin Pflege VdEK Landesvertretung Hamburg)

Wolfgang Janzen (Seniorenzentrum St. Markus, Martha-Stiftung)

Moderation: Sonja Schneider-Koch

Frau Schneider-Koch:

„Eine Frage an Frau Keller, wie sieht das aus, wenn Sie einen Patienten entlassen. Überlegen Sie dann: Das ist ein palliativkompetentes Haus, hier kann ich einen sterbenden Patienten schon guten Gewissens hin verlegen oder läuft das nach Gutdünken oder bekommen Sie überhaupt die Rückmeldungen, das ist ja auch noch mal die Frage an der Stelle?“

Frau Keller:

„Also ich finde es grundsätzlich schwierig, Empfehlungen auszusprechen, weil das immer sehr subjektiv ist, wie jemand es wahrnimmt, wie es im Pflegeheim ist und ja auch dann noch davon abhängt, wie ist das auf der Station, wo dieser Mensch dann ist. Ist da ein Mitarbeiter, der mit ihm immer gut zurechtkommt. Ich versuche schon zu sagen, dass ich Gutes gehört habe. Es ist ja die Rückmeldung, auf die ich mich verlassen muss, denn ich weiß ja letztendlich auch nicht, was dort passiert vor Ort. Die Heime sind bisher eigentlich nicht an

uns Sozialdienste herantreten und haben gesagt: Wir haben jetzt auch die palliative Ausbildung und können das anbieten. Das wäre vielleicht mal ein Schritt, dass die Heime sich bei den Sozialdiensten darstellen. Ich habe es schon abgefragt bei einigen Einrichtungen, aber das wäre vielleicht noch mal eine gute Geschichte, dass die mal in unseren Arbeitskreis kommen.“

Frau Schneider-Koch:

„Ich muss trotzdem noch mal auf den Punkt zurückkommen. Wir haben natürlich gehört, dass selbstverständlich Bewohner, die langjährig im Pflegeheim sind, dort begleitet werden. Das steht hier auch gar nicht zur Diskussion. Aber dennoch gibt es – und das sind langjährige Erkenntnisse – die Zunahme des Sterbeortes Pflegeheim. 20 % aller betroffenen Sterbenden sterben in Pflegeheimen und die Bewohner kommen natürlich immer multimorbider, wie das so schön heißt, in diese Einrichtungen und stellen deswegen natürlich auch die Einrichtungen und das Pflegepersonal vor immer größere Herausforderungen, ohne dass sich die Rahmenbedingungen vielleicht verbessern. Das heißt, mit dem gleichen Stellenschlüssel betreuen sie auch intensiver. Und wir haben ja nun hier – der Rahmen ist ja nun das IHP-Projekt, also die Implementierung in den stationären Pflegeeinrichtungen, das ist natürlich ein guter und wichtiger Schritt auch als Anschubfinanzierung. Die Frage wäre nun aber, muss so eine Anschubfinanzierung nicht auch ein Stück weit in eine Regelfinanzierung übergehen, um dieser wirklich – und das wissen wir alle – doch auch angesichts der umkippenden Bevölkerungspyramide anstehenden Zunahme auch ein Stück weit Rechnung zu tragen? Da geht mein Blick an die Kostenträger.“

Frau Jüttner:

„Also, die Forderung hatten wir jetzt noch nicht in Vergütungsverhandlungen. Wir haben in Hamburg, ich glaube, das ist auch allen bekannt, damals, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde, einen sehr großen Abstand zwischen den Pflegestufen – was das Geld betrifft – gewählt. Anders als in anderen Bundesländern. Also wenn man sich heute Vergleiche von Pflegeheimkosten mit den anderen Bundesländern ansieht, dann stellt man fest, dass wir bei der Pflegestufe I vielleicht ein bisschen niedriger liegen als andere, aber dann durch größere Stufen in der Pflegestufe III höher liegen als in anderen Bundesländern. Das ist nur sehr bedingt heran zu ziehen. Herr Stappenbeck und die Arbeitsgruppe der Kassen haben versucht, solche Vergleiche aufzustellen. Das gelingt nicht so richtig. Es ist aber so, dass wir in Pflegestufe III tatsächlich in dieser Stufung relativ gut liegen. Das heißt, auch der Personalschlüssel bleibt, wie er ist. Also die Personalschlüssel je Stufe ändern sich nicht, aber wir haben tatsächlich eine Zunahme in Pflegestufe III in den Einrichtungen. Dadurch, dass mit Beginn der Pflegeversicherung der Grundsatz: ambulant vor stationär mehr Bedeutung gewonnen hat, haben wir natürlich auch eben diesen Fakt, dass immer mehr Menschen dann auch erst in einem pflegebedürftigeren Zustand ins Pflegeheim kommen, aber als Kostenträger haben wir geglaubt, dass wir letztlich diesen Umstand zum Teil zumindest auffangen.“

Wir haben in den letzten Jahren dann seit 2003 auch gestaffelte Erhöhungen – nicht großartig, aber Erhöhungen – der Personalschlüssel in Hamburg gehabt. Was jetzt neue Forderung – ich nehme an, einige hier werden das dann in die nächsten Verhandlungen mitnehmen, so Herr Stappenbeck und Herr Jansen vielleicht – sein kann, ist natürlich, zu sagen, also wir haben da Kompetenz am Lebensende und die wird immer stärker nachgefragt, soll heißen, die Sterbefälle nehmen zu – und das ist bestimmt auch etwas, auf das sich Kostenträger oder auch dann die Verhandlungspartner irgendwann einstellen müssen. Ich sehe das jetzt nicht als Extrakostenfaktor im Bereich des Rahmenvertrages. Das neue Pflegeversicherungsgesetz sieht jetzt ja vor, dass die Koordination von Ehrenamt mittlerweile eingebracht werden kann in die Vergütungsverhandlungen. Das war davor nicht so. Da wurden grundsätzlich die Koordinatoren für das Ehrenamt – und je besser das funktioniert, desto umfangreicher muss eben auch koordiniert werden – aus den Kalkulationen rausgestrichen, weil man gesagt hat, das ist nicht Sache der Kostenträger. Ich denke, das wird jetzt zunehmen, dass da auch gesagt wird, also wir haben da eine halbe Stelle, die koordiniert unsere Ehrenamtlichen. Ich möchte jetzt nicht sagen, dass das

palliativkompetente Pflegeheim mit seinen kompetenten Mitarbeitern nun durch Ehrenamt ersetzt werden kann, also das wiegt nicht auf, aber es ist ein Aspekt, der eine zusätzliche Finanzierung ausmachen kann.“

Frau Schneider-Koch:

„Herr Janzen, möchten Sie dazu noch etwas sagen? Oder können wir weitergehen?“

Herr Janzen:

„Das Thema Kostenverhandlungen habe ich gerade vor ein paar Wochen auf dem Programm gehabt und das wäre eine Extrabaustelle, die wollen wir mal hier nicht eröffnen, würde ich vorschlagen. Ansonsten bin ich schon der Meinung, die Frage der Begleitung Freiwilliger gehört da hinein und die Kompetenz der Pflegemitarbeiter gehört da hinein. Die Umsetzbarkeit ist zumindest fraglich.“

Frau Schneider-Koch:

„Ich würde jetzt gerne eine ganz andere Frage stellen: Mich würde mal interessieren, in einem Pflegeheim, da gibt es ja nun viele Bewohner, die sich durchaus noch als gesund betrachten und die diese Pflegeeinrichtungen als ihren letzten Lebensort ansehen, an dem sie dann schlussendlich sterben. Wie ist das denn für diese Bewohner, die dort wirklich noch sehr aktiv sind und sich des Lebens erfreuen, wenn Sie diese Abschiedsrituale praktizieren. Also ist das etwas, was dort gut angenommen wird oder ist das etwas, wo dann viele Bewohner sagen: „Mensch, jetzt brennt da jeden Tag die Kerze als Zeichen, dass wieder jemand verstorben ist.“ Ist das für diese Bewohner nicht belastend?“

Herr Janzen:

„Zunächst einmal, das Pflegeheim gibt es ja nicht, den klassischen Pflegeheimbewohner gibt es auch nicht, und die Strukturen in den Heimen sind schon deutlich sehr unterschiedlich. In meinem Erfahrungsbereich kann ich sagen, die Rituale – und wir führen ja sogar Trauerfeiern im Hause durch, nicht nur Aussegnungen, sondern auch regelrechte Trauerfeiern – die Rituale sind keine Belastung. Im Gegenteil, sie bergen eine unheimlich intensive Chance der Verabschiedung. Für diejenigen, die dort leben, aber auch für beispielsweise Angehörige. Ich habe es schon erlebt, dass Angehörige gesagt haben: Ich hatte so eine Angst, nach dem Tod meiner Mutter wieder dieses Haus zu betreten. Als ich das gesehen habe – ein Abschiedsritual (die sind bei uns individuell unterschiedlich von Wohnbereich zu Wohnbereich. Sie sind dort gestaltet worden, aber oft natürlich mit Büchern, mit einem Abschiedsbuch, wo man sich eintragen kann, mit Kerzen, mit Bildern usw., das ist auch dabei) – dann kommen die Menschen, die vorher Angst hatten, und sagen, das tat mir gut. Das tut mir gut. Und Rituale sind ja nichts Schweres, die kann man ja einführen, wenn alle dahinter stehen – ohne Leitung geht es nicht, wie wir heute Mittag gehört haben. Ganz klar, es muss von oben gewollt sein, aber die, die damit praktisch zu tun haben, müssen es auch wollen. Rituale sind ja relativ problemlos einzuführen, sind nicht mit viel Kosten verbunden, man muss es nur wollen. Und ich kann nur sagen, es tut gut, es tut gut. Das muss man sich wirklich überlegen und eine Gefahr sehe ich darin gar nicht. Es gibt natürlich – das wissen wir alle hier im Raum – es gibt Zeiten, da häuft sich das. Wir mussten dazu übergehen – auf Anregung des Angehörigenbeirates – nicht nur in dem Wohnbereich, in dem jemand verstorben ist, sondern entsprechend auch in den anderen Wohnbereichen eine passende Information dazu zu geben. Das heißt, es wird im ganzen Haus bekannt und manchmal wird es viel. Trotzdem soll man das so tun, es ist absolut richtig. Ich habe vor ein paar Wochen eine kleine Anekdote mit einem Krankentransportfahrer erlebt. Der kam in einen Wohnbereich und sah, dass da mehrere kleine Kerzen herumstanden und fragte: "Ist jetzt schon Advent?" Ich stand gerade daneben und sagte ihm: "Gucken Sie doch mal bitte hin, was da ist." Und dann hat er es auch geschnallt. Aber ich sage noch mal, es ist für alle nur gut.“

Frau Schneider-Koch:

„Das ist doch schön zu hören. Ich möchte noch auf einen anderen Punkt kommen, auf den § 37 b des Fünften Sozialgesetzbuches und ich werde den mal ganz kurz erläutern für diejenigen, die den vielleicht noch nicht so kennen. Das ist ein neuer gesetzlicher Anspruch auf die so genannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diesen Anspruch gibt es seit April 2007 und das Interessante für die stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass in Abs. 2 festgehalten ist, dass dieser Anspruch auch einem Bewohner in einer stationären Pflegeeinrichtung zusteht. Das heißt, die Indikationsgruppe, also die Leistungsberechtigten, sind im Grunde ein Stück weit denjenigen ähnlich, die Aufnahme in ein stationäres Hospiz finden. Es handelt sich hier um Leistungsberechtigte, die schwerkrank oder sterbend sind und an einer komplexen Symptomkontrolle leiden, die auch eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, welche in der normalen Versorgungsform nicht zu gewährleisten ist. Dieser § 37 b wird nun hier in die Praxis wie auch in die ambulante Praxis umgesetzt, das heißt, wir arbeiten gerade an der Umsetzung. Die gesetzlichen Vorgaben stehen und es geht jetzt darum, das strukturell auch umzusetzen und ich würde da gerne einfach mal von Ihnen eine Einschätzung hören, wie sich das zukünftig gestalten wird für so einen Bewohner in einer Altenpflegeeinrichtung und ob hier vielleicht nicht ein Stück weit die Gefahr besteht, dass eine vermeintliche Konkurrenzsituation wieder aufkommt. Dadurch, dass es jetzt diese spezialisierte Palliativversorgung auch im Altenpflegeheim geben wird, wird es dann vielleicht leichter, einen älteren Menschen in ein Pflegeheim zu verlegen, weil er dort ja im Grunde dann auch den Anspruch auf diese spezialisierte Palliativversorgung hat. Da würde ich einfach mal um Ihre Einschätzung bitten.“

Herr Puhlmann:

„Zunächst einmal finde ich das ja sehr erstaunlich, dass wir in vielen Gremien momentan uns Gedanken darüber machen, wie SAPV umgesetzt werden kann im ambulanten Bereich und in all den Sitzungen, in denen ich war in der Vergangenheit, ist das Thema der Pflegeheime nicht ein einziges Mal angesprochen worden. Und das finde ich schon sehr erstaunlich, wo wir doch gerade heute gehört haben, dass 5000 Menschen pro Jahr in den Pflegeheimen versterben. Viele Professionen aus anderen Kontexten aus dem Bereich der Krankenhäuser oder aus dem Bereich des ambulanten Dienstes vergessen auch, diese Fragestellung mit einzubinden in die Überlegungen, die es dazu gibt. Was die Umsetzung angeht, wissen wir ja nach wie vor relativ wenig und auch in Bezug darauf, wie zukünftig eine solche Unterscheidung vorgenommen werden soll, z.B. zwischen SAPV im ambulanten Bereich und SAPV oder SPV im stationären Hospizbereich. Hier wird es sicher neue Modelle geben müssen, um auch Anhaltspunkte zu bekommen, wie eine solche Unterscheidung tatsächlich vorgenommen werden kann. Die Hospizbewegung ist ja mal ein bisschen kokett mit dem Gedanken angetreten, wenn es eines Tages keiner stationären Hospize mehr bedarf, dann haben wir unser Ziel erreicht. Ebenso kokett könnte man sagen, es ist der Beginn dieser Entwicklung. Das glaube ich nicht wirklich, weil es natürlich nach wie vor Menschen geben wird, die einer solchen stationären Hospizaufnahme bedürfen, aber es wird – und das ist dann ja auch gut für die Menschen – möglich sein, sie länger zu Hause zu betreuen, als das momentan möglich ist und das wird ganz bestimmt Rückwirkungen auf die stationären Hospize haben in Bezug z.B. auf die Verweildauer.“

**Frau Schneider-Koch:**

„Darf ich Sie noch um eine Einschätzung bitten, Frau Jüttner?“

Frau Jüttner:

„Also erstmal muss man sagen, auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gibt es nun den Rechtsanspruch seit 2007 und es hat etwas länger gedauert, bis der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat: was ist eigentlich die Leistung und wer erbringt sie? Wir sind jetzt in Gesprächen, um festzustellen, wer denn jetzt eigentlich Leistungserbringer ist. Die bestehen nämlich immer aus vernetzten Teams und die Frage, aus was für Personen muss so ein Team überhaupt bestehen, ist noch nicht geklärt. Wir wissen also noch nicht genau, wer unser Vertragspartner ist und was in diese Leistung reingehört oder auch rausgehört aus den Verträgen. Wo ist abzugrenzen? Wer kriegt eigentlich das Geld, um es dann zu verteilen? Oder sind praktisch alle in diesem vernetzten System einzelne Partner, die dann ihre Rechnung stellen? Es ist ein sehr kompliziertes Gebiet. Im Gesetz steht, dass in den Versorgungsverträgen,



die dann zu schließen sind, zu klären ist, ob in dem Fall, dass die Leistung in einem stationären Pflegeheim erbracht wird, dieses durch einen externen qualifizierten Leistungserbringer und Vertragspartner geschieht oder durch das Personal des Pflegeheims.

SAPV ist eine zu verordnende Leistung, es gibt eine Leistungsbeschreibung und wir haben Abgrenzungsprobleme in Pflegeheimen. Was ist Krankengymnastik, die durch einen Krankengymnasten als verordnende Leistung zu erbringen ist, und wo ist die Grenze zur aktivierenden Pflege und zum Durchbewegen, was zur Pflege dazugehört. Was ist, wenn ein Arzt es verordnet und die Kasse es nicht bewilligt? Wo endet die ganz normale Palliativversorgung eines kompetenten Pflegeheims und wo fängt eigentlich diese Leistung an, die als verordnete Leistung eines Vertragsarztes oder eines Krankenhausarztes dann durch einen spezialisierten Leistungserbringer zu erbringen ist? Anders als im ambulanten Bereich ist dort auch noch zu klären, ob das nicht durch entsprechend qualifiziertes Personal aus dem Pflegeheim erbracht werden kann. Weiter bin ich mit meinen Überlegungen zu der Abgrenzung in Pflegeheimen noch nicht gekommen.“

Frau Schneider-Koch:

„Ich glaube, das geht allen so. Herr Puhmann hat es angesprochen: Alles rankt sich um SAPV, aber in der Tat ist es so, dass in die gedanklichen Spiele die stationären Pflegeeinrichtungen noch gar nicht so mit einbezogen worden sind. Das liegt wahrscheinlich daran, dass es schon schwierig genug ist, die ambulante spezialisierte Palliativversorgung überhaupt umzusetzen. Frau Jüttner hat es angesprochen, es gibt zwei Möglichkeiten: entweder das Heim erbringt die Leistung selber, indem es die qualitativen Voraussetzungen vorhält, oder die Möglichkeit der externe Leistungserbringung.

Ich glaube, das ist jetzt ein ganz guter Zeitpunkt, um Fragen zuzulassen. Bemerkungen, Anmerkungen, die aus dem Publikum vielleicht zu dem bislang Gesagten oder zu dem bislang vielleicht noch nicht Gesagten gerne gemacht werden würden.“

Publikumsfrage Frau Schmitz:

„Ich wollte eine Zusatzfrage stellen, und zwar: Wie erwirbt man das Qualitätssiegel? Davon hatten Sie vorhin gesprochen – palliativkompetentes Pflegeheim. Müssen dazu die Indikatoren und Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz erfüllt sein und wer prüft das und wer würde das Siegel vergeben?“

Frau Merz-Sprandel:

„Frau Schmitz, ich kann leider nicht wirklich etwas dazu sagen. Wir wünschen uns immer dieses Siegel und wir haben ja überhaupt Diakoniesiegel, damit haben wir angefangen und hatten gedacht, eigentlich müssten wir auch das Siegel "Palliativkompetentes Pflegeheim" vergeben, aber über den Kriterienkatalog sind wir noch nicht hinaus gekommen und es birgt viele Schwierigkeiten auch in sich, was wir heute auch andiskutiert haben "Pflegeheim A / Pflegeheim B" – wollen wir das überhaupt und welches Fass machen wir damit auf? Also, um das Missverständnis auszuräumen, es gibt das Siegel gar nicht.“

Publikumsfrage Frau Pittelkau:

„Wie ist die Handhabung der Krankenkassen, wenn jemand eingestuft werden muss im Eilantrag, wenn er aus dem Krankenhaus entlassen wird und ins Pflegeheim oder ins Hospiz soll, Hospiz ist ja noch ein bisschen anders, Pflegeheim ist für uns interessant, weil Kurzzeitpflege. Und ich habe einen multimorbiden Menschen, der aus dem Krankenhaus kommt, mit einer Krankheit, die in Kürze zum Versterben führt und er kommt mit Pflegestufe I, dann fällt mir nichts mehr ein, wie ich noch vernünftig palliativ pflegen soll, weil das geht ja gar nicht. Und die Nachkontrolle klappt schon mal in der Kurzzeitpflege gar nicht, das heißt, ganz selten kommt der MDK und überprüft, sondern erst ja eigentlich in der Langzeitpflege. Eine Höherstufung kann somit auch nicht erfolgen und wenn in den ersten 30 Tagen oder noch kürzer verstorben wird, pflegen wir bei Pflegestufe I jemanden sehr aufwändig, sehr individuell mit allem, aber eigentlich für nichts.“

Frau Schneider-Koch:

„Ja, das würde ich sagen, das nehmen wir so dankend zur Kenntnis und das sollte auch als Anregung übernommen werden.“

Frau Schmitz:

„Also ich würde jetzt noch mal gern eine Frage an Frau Jüttner stellen, und zwar zu dem Thema "Krankengymnastik = Pflegekräfte". Wie stellen Sie sich vor, dass die Pflegekräfte die berufsfremde Tätigkeit der Krankengymnasten umsetzen können und würden dann die Rezepte auf die Pflegekräfte ausgestellt werden?“

Frau Jüttner:

„Das war der Versuch eines Vergleiches der Abgrenzung zwischen ambulanter Versorgung und dem, was ein Pflegeheim leisten kann. Ich wollte aktivierende Pflege nicht mit Krankengymnastik vergleichen, wir haben aber da dieses Abgrenzungsproblem; Wie viel ist denn aktivierende Pflege und wo bekommt ein Bewohner eines Pflegeheims eine Verordnung für die Fachkompetenz eines Krankengymnasten? Die Krankenkasse zahlt das auch für einen Pflegeheimbewohner. Das wollte ich abgrenzen und ein anderes Beispiel ist mir nicht eingefallen.

Bis wohin geht denn die Palliativkompetenz der Pflegekraft in dem Pflegeheim und man sagt, das ist auch da abdeckbar und wo kommen wir in spezialisierte Palliativversorgung mit palliativpflegerischem und -medizinischem Bedarf über das Normalmaß hinaus. Wo brauchen wir dann auch noch diese spezielle Kompetenz aus dem ambulanten Bereich, für den es dann auch eine Verordnung gibt und der Hauptpunkt lag bei der Verordnung, die auf Krankenkassenkosten geht.“

Publikumsfrage:

„Ich habe auch eine Frage an die Vertretung der Krankenkassen. Ich habe oft, wenn es darum geht, für Sterbende Hilfsmittel zu bekommen, wo ja dann oft der liebe Herrgott oben schon winkt, das Gefühl, dass die Krankenkassen sich sagen, warten wir doch mal lieber ab bis das Problem sich von selber erledigt hat. Ich sage das jetzt ganz bewusst so provokant, weil ich wirklich oft erfahre, es gibt ein Rezept und ich rufe auch bei der Krankenkasse an: Wir brauchen jetzt beispielsweise eine Wechseldruckmatratze oder welches Hilfsmittel auch

immer, einfach mal unbürokratisch schnell, dann stoße ich da auf eine Mauer des Schweigens.“

Frau Jüttner:

„Das ist schwierig, ich bin ja vom Krankenkassenverband und unsere Mitglieder sind Krankenkassen und über Jahre hinweg tauchte diese Wechseldruckmatratze, vor allem im Zusammenhang mit der Diskussion um das Qualitätssicherungsprojekt zum Thema Dekubitus EQUIP, in jeder Diskussion auf. Und das hat mich eigentlich immer so ein bisschen überfordert, weil ich bin keine Kasse. Vor nicht allzu langer Zeit war ich dann bei einer Veranstaltung und da wurde gesagt, dass das mit den Wechseldruckmatratzen mittlerweile flächendeckend funktioniert.

Jetzt haben Sie mich da irgendwie auf dem falschen Fuß erwischt, weil gerade die Tatsache, dass für die letzten Lebensstage noch schnell und unbürokratisch eine Wechseldruckmatratze zur Verfügung gestellt wird, dachte ich, wäre mittlerweile Standard der Krankenkassen, zumindest der Ersatzkassen. Mein Stand war, dass das Bewusstsein, dass gerade in den letzten Lebenswochen und Lebensstagen eine Wechseldruckmatratze unerlässlich ist, auch mittlerweile bei den Krankenkassen Platz gegriffen hat.“

Frau Schneider-Koch:

„Ich denke mal, als Fazit kam ganz gut heraus, dass wir für die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden alle drei Versorgungsstrukturen brauchen. Wir brauchen das stationäre Hospiz, wir brauchen die ambulante Versorgung und wir brauchen das Pflegeheim. Jede dieser Strukturen hat ihre Daseinsberechtigung. Ein Pflegeheim ist kein stationäres Hospiz, ich denke, das ist uns hier allen klar und wichtig. Es ist auch kein Verschiebebahnhof für Patienten, die eigentlich in ein stationäres Hospiz kommen sollen oder gehören.

In diesem Sinne bedanke ich mich hier bei den Gästen der Talkrunde und ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und kommen Sie gut nach Hause.“

Jens Stappenbeck

Ja, meine Damen und Herren, ich denke mir, jetzt ist es an der Zeit, zusammenzufassen und zusammenzutragen. Wir haben uns auf den Weg gemacht 2005. Ganz am Anfang stand die Überlegung, wie können wir von der Seite des Landespflegeausschusses in diesem Bereich "Palliativkompetenz" mehr tun und 2006 hat es dann die Veranstaltung dazu gegeben, die erste, heute sind wir in der zweiten. Wir haben die Erfahrungen von 48 Einrichtungen genutzt und darüber diskutiert, haben uns drüber hinaus Gedanken gemacht, wie denn die Situation der Leitung in diesem Prozess insgesamt ist, weil wir wissen, dass es ohne Leitung nicht geht, haben uns darüber informiert, wie die Situation in Hamburg ist, haben schließlich den Gegenstand selbst bearbeitet mit einzelnen inhaltlichen Punkten dazu und abschließend im Rahmen dieser Runde noch mal versucht, zu klären, wo sich das stationäre Hospiz einerseits und andererseits die stationäre Pflegeeinrichtung gegeneinander wohl abgrenzen und sind damit aus meiner Sicht am Ende einer gelungenen, runden Veranstaltung angekommen. Ich bedanke mich bei Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme, ich bedanke mich bei den Referentinnen und Referenten, die heute hier vorgetragen haben und natürlich auch beim Podium und nicht zuletzt beim Albertinen-Haus, in dessen Räumen wir heute tagen durften. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg und bis zum nächsten Mal.

Teilnehmende Einrichtungen

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz hat eine „Förderrichtlinie zur Implementierung hospizlicher und palliativpflegerischer Versorgungsangebote“ erstellt, die es Pflegeheimen ermöglicht, Zuwendungsanträge zu stellen. Mit Stand 15.02.2009 haben 48 Heime das Angebot in Anspruch genommen, gefördert werden können insgesamt 60 Einrichtungen.

Sechs Hamburger Pflegeheime haben einen Abschlussbericht vorgelegt. Die anderen 42 Pflegeheime machen sich derzeit allein oder zusammen mit anderen Einrichtungen unter dem Dach eines Verbands auf den Weg, Sterbebegleitung und Abschiedskultur strukturell in ihren Einrichtungen zu verankern.

Um die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und des Austauschs untereinander auch im Rahmen dieser Dokumentation zu unterstützen, nennen wir im Folgenden Namen und Ansprechpartner/innen der Einrichtungen, die sich an dem dreijährigen Förderprojekt beteiligen bzw. beteiligt haben:

Altenhof der Ev. Ref. Kirche in Hamburg

APH Schnelsen, Frau Grams, Tel. 5597490

CURA Seniorenwohnanlage Haus Lerchenberg, Herr Tobola, Tel. 603080

Diakonisches Werk, Frau Schneider-Koch, Tel. 30620-201

Albertinen-Haus
 Altenheimstiftung Flottbek/Nienstedten
 Altenzentrum Stiftung Elim
 Altenzentrum Ansgar
 Auguste-Viktoria-Stiftung
 Bischof-Ketteler-Haus
 Bodemann-Heim Finkenwerder
 Das Epiphanienhause Alten- und Pflegeheim
 Das Rauhe Haus, Haus Weinberg
 Elisabeth-Haus
 Ev. Bugenhagen-Haus
 Ev. Stiftung Bodelschwingh, Seniorenhaus Matthäus
 Feierabendhaus
 Haus Johannes XXIII
 Haus St. Johannis Alten- und Pflegeheim
 Haus St. Theresien
 Heinrich-Sengelmann-Haus
 H. & L. Schilling-Stiftung
 Hospital zum Heiligen Geist, Das Altenheim im Alstertal
 Martha-Haus
 Matthias-Claudius-Heim
 Residenz am Wiesenkamp
 Seniorenzentrum St. Marcus
 Stiftung Altenheim St. Johannis/St. Nikolai
 Stiftung Anscharhöhe, Carl-Ninck-Haus
 Stiftung Anscharhöhe, Pflegeheim Nedderfeld
 Wohn- und Pflegeheim Tabea

DPWV, Frau Christ, Tel. 415201-54

Diesterweg-Stiftung

Johann Carl Müller Stiftung

K.D. Feddersen Stiftung

Kursana Residenz Hamburg-Niendorf

Max Brauer Haus

Senator-Ernst-Weiß-Haus

Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft e. G., SWA Langenhorn

Haus Alstertal Seniorenpflegegesellschaft, Frau Lorenz, Tel. 507150

p&w

p & w Pflegezentrum „Die Oberaltenallee“, Herr Haeslop, Tel. 2022-3401

p & w Pflegezentrum Heimfeld, Herr Westphely, Tel. 2022-4019

p & w Pflegezentrum Wilhelmsburg, Herr Westphely, Tel. 2022-4241

Seniorenpflegeheim Haus Burgwedel, Frau Ternirsen, Tel. 55977310

Senioren & Pflegeheim Margaretenhof, Frau Fibrich-Röhrmann, Tel. 6048742

Seniorenheim Róweland gGmbH, Frau Kalkhoff, Tel.: 84005-938

Seniorenzentrum Róweland

Seniorenzentrum St. Klara

Seniorenzentrum Dr. Carl Kellinghusen

Seniorenzentrum Böttcherkamp

Zur Person der Referenten, Workshopleitungen und Teilnehmern der Podiumsdiskussion

Büse, Petra

Pflegemanagement, Caritas Hamburg GmbH

Christ, Angelika

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Graßl, Anita

Pflegedienstleitung Pflegeheim und Max Herz-Haus im Albertinen-Haus

Hinck, Claudia

Pastorin und Krankenhausseelsorgerin im Albertinen-Haus

Ipsen, Detlev

Unternehmensberater

Janzen, Wolfgang

Seniorenzentrum St. Markus, Martha-Stiftung, Bereichsleiter Altenhilfe

Jüttner, Kirsten

VdEK Landesvertretung Hamburg, Referatsleiterin Pflege

Keller, Renate

Sozialdienst Albertinen-Krankenhaus

Kellerhof, Marco

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz,
Leiter der Abteilung „Senioren, Pflege und rechtliche Betreuung“

Koalick, Petra

Senator-Ernst-Weiß-Haus

Merz-Sprandel, Kristina

DFA, Diakonisches Werk

Palm, Birgitta

Senioren- und Pflegeheim Margarethenhof GmbH

Puhlman, Kai

Leiter Hamburger Hospiz im Helenenstift, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativarbeit Hamburg e.V.

Schneider-Koch, Sonja

Diakonisches Werk Hamburg Landesverband der Inneren Mission e.V., Referentin ambulante pflegerische Dienste und Hospiz/Palliative Care

Ternirsen, Birgit

Seniorenheim Burgwedel GmbH

Mag. Dr. Dr. Weissenberger-Leduc, Monique

DKGS Mag. Pflegewissenschaften, Dr. Soziologie, Dr. Philosophie (Universität Wien), Arbeitsschwerpunkt Palliative Care, Altenpflege und Demenz

Bitte senden Sie diese Karte
bis zum 15. Oktober 2008 an:
Hamburgische Pflegegesellschaft
Wendenstr. 309, 20537 Hamburg,

Oder faxen Sie an: 040 238087-87

E-mail: waltraud.jansen@hpgg-ev.de

Bitte als
Postkarte
französisch.

An die
Hamburgische
Pflegegesellschaft e.V.
Wendenstraße 309

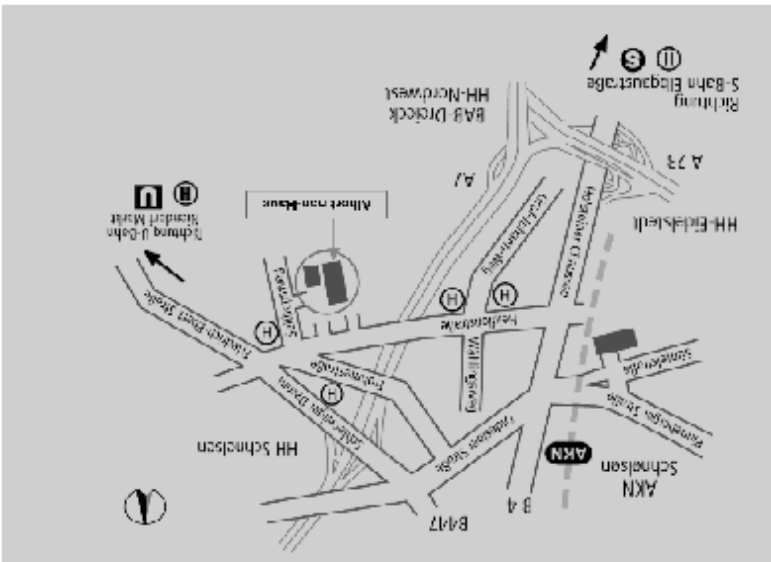
20537 Hamburg

www.hpgg-ev.de
040 3251 91 11 · Fax 040 238087-87
Wendenstr. 309 · 20537 Hamburg
Pflegegesellschaft e.V.
Hamburgische

Weitere Informationen

Veranstaltungsort
Albertinen-Akademie
Selhopsweg 8-22 · 22459 Hamburg
Tel. 040581-77 78 · Fax 040581-77 77
www.albertinen.de

Anrede: Ab Hauptbahnhof (Haltestelle Mönckeberg-
str.) oder Dammtor-Bahnhof mit Metro Bus 5 Richtung
Burgwedel bis zur Haltestelle Albertinenweg/Selhops-
weg. Von dort sind es noch 3 Min. Fußweg. Fahrtdauer:
ab Hauptbahnhof ca. 40 Min. ab Dammtor ca. 32 Min.



Hamburger Pflegeheime
engagieren sich für
PALLIATIVKULTUR



**Behörde für Medizin,
Familie, Gesundheit
und Marienaußenwirtschaft**

Landesverband der
Haupt- und Palliativpflege e.V.



28. Oktober 2008
Albertinen-Akademie, Hamburg

**GUTE VERSORGUNG BIS ZULETZT –
Hamburger Pflegeheime engagieren sich für Palliativkultur**

Das Altern für die Menschen verändert sich. Seniorinnen und Senioren bleiben immer länger in ihrer häuslichen Umgebung und ziehen sehr spät in ein Pflegeheim, in dem sie dann meist nur kurze Zeit leben. Für die Pflegeheime erfordert dies eine sehr intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer sowie mit hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten.

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) hat darauf reagiert und vor zweieinhalb Jahren ein Programm aufgelegt, um die Implementierung von Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen zu fördern.

Mittlerweile haben viele Einrichtungen an diesem Programm teilgenommen und zu verschiedenen Schwerpunkten gearbeitet. Anlass genug, um die dabei gewonnenen Erfahrungen, aufgetretenen Probleme und erzielten Fortschritte zu sammeln und vorzustellen, Rückschau zu halten und vor allem nach vorne zu blicken.

Die Entwicklung einer neuen Haltung und Kultur im Umgang mit sterbenden Menschen im Pflegeheim steht im Mittelpunkt eines Prozesses, der ständig reflektiert werden muss, um aus Fehlern zu lernen, von Erfahrungen zu profitieren und neue Anstöße zu bekommen. Dazu soll diese Veranstaltung beitragen.

PROGRAMMABLAUF

- 12:30 UHR *Come together bei Kaffee und Brötchen*
- 13:00 UHR **Grußwort**
Staatsrat Dr. Michael Voges (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)
- 13:10 UHR **Palliativkompetenz und Heimkultur: „Ohne Leitung geht es nicht!“**
Mag. Dr. Dr. Monique Weissenberger-Leduc, DGKS Mag. Pflegewissenschaften, Dr. Soziologie, Dr. Philosophie (Universität Wien, Arbeitsschwerpunkt Palliative Care, Altenpflege und Demenz)
- 14:00 UHR **Was ist in Hamburg bisher unternommen worden, um die Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu stärken?**
Marco Kellerhof (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)
- 14:15 UHR **Workshops zu den Themenschwerpunkten:**
 - 1. **RITUALE** *Petra Büse (Pflegemanagement, Caritas Hamburg GmbH) / Renate Engelmann (Haus St. Theresien)*
 - 2. **SCHMERZMANAGEMENT** *Kristina Merz-Sprandel (DFA, Diakonisches Werk) / Birgitta Palm (Senioren- und Pflegeheim Margarethenhof GmbH)*
 - 3. **EHRENAMT** *Angelika Christ (Der Paritätische Wohlfahrtsverband) / Petra Koalick (Senator-Ernst-Weiß-Haus)*
 - 4. **EINBEZIEHUNG VON ANGEHÖRIGEN** *Anita Graßl (Pflegedienstleitung Pflegeheim und Max Herz-Haus im Albertinen-Haus) / Claudia Hinck (Pastorin und Krankenhausseelsorgerin im Albertinen-Haus)*
 - 5. **BEGLEITUNG VON MITARBEITER/INNEN** *DeDeV Ipsen (Unternehmensberater) / Birgit Ternisen (Seniorenheim Burgwedel GmbH)*
- 15:15 UHR *Pause mit Kaffee und Kuchen*
- 15:45 UHR **Zusammenfassende Berichte aus den Workshops**
- 16:15 UHR **„Wer soll we sterben?“ – Stationäres Hospiz und palliativkompetentes Pflegeheim“**
Talkrunde mit
Wolfgang Janzen (Seniorenzentrum St. Markus, Martha-Stiftung), Kai Puhlmann (Leiter Hamburger Hospiz im Helenenstift), Kirsten Jüttner (Referatsleiterin Pflege, VdAK/AEV Landesvertretung Hamburg), Renate Keller (Sozialdienst Albertinen-Krankenhaus)
- 17:30 UHR *Ende der Veranstaltung*

ANTWORTKARTE

Ich / wir nehme/n mit _____ Person/en an der Veranstaltung teil.

Bitte tragen sie zu Ihrem Namen die Nummer des Workshops ein an dem Sie teilnehmen möchten. Wir bitten Sie auch noch um eine 2. Wahl, falls einzelne Themen schon überfüllt sind.

- 1. RITUALE
- 2. SCHMERZMANAGEMENT
- 3. EHRENAMT
- 4. EINBEZIEHUNG VON ANGEHÖRIGEN
- 5. BEGLEITUNG VON MITARBEITER/INNEN

Die Teilnahmegebühr von € 10,- ist vor Ort bar zu entrichten.
Als Teilnahmebestätigung wird ein Zertifikat ausgestellt.

	1. Wahl	2. Wahl
Name (1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name (2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name (3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institution _____		
Adresse _____		
Telefon _____		
E-Mail _____		

www.hamburg.de/bsg