



Von uns für Sie: Leitfragen und Leitfaden

Zur Einführung und Weiterentwicklung von Palliativkompetenz und Abschiedskultur in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Herausgegeben anlässlich der Veranstaltung
„Zwischenstopp auf großer Fahrt –
Zwei Jahre Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg“
28.09.2016

Download:
[www.hamburger-gesundheitshilfe.de/beratungsstelle-charon/
netzwerk-palliative-geriatrie-hamburg.html](http://www.hamburger-gesundheitshilfe.de/beratungsstelle-charon/netzwerk-palliative-geriatrie-hamburg.html)

Inhaltsverzeichnis

1.	Seit 2014: Gemeinsam auf dem Weg	3
2.	Palliative Geriatrie: Worum geht es?	4
	Palliative Haltung – ein Verständigungsprozess	5
3.	Die Grundlagen unserer Arbeit im Netzwerk	6
	Das Konzepthaus	6
	Zwanzig Indikatoren für gelebte Palliative Geriatrie	6
	Leitungsverantwortung	7
	Basisorientierung	8
	Kontinuität	9
	Interprofessionalität	10
4.	Vom Planen, Organisieren und Tun: Die konkrete Arbeit im Netzwerk	12
5.	Beispielhafte Praxis: Kurzberichte zu durchgeführten Projekten	14
	Koordinierte interne Vernetzung – Einführung einer Palliativlotsenstelle	14
	Ethisches Fallgespräch – Konfliktlösung jenseits der Alltagskommunikation	15
	Der Trauer Raum und Ausdruck geben	17
	Totengedenken – ein jährlicher Gottesdienst für alle Beteiligten	18
	Aromaöle in Sterbephase – Entspannung für Betroffene und Angehörige	19
	Intern entwickelt und extern vernetzt: eine Andacht für viele Glaubensrichtungen	21
	Leitfadenentwicklung: von Visionen und Stolpersteinen, vom Scheitern und Gelingen	22
6.	Aktuell: § 132 g SGB V – Ein Projekt auf Ihrem Weg in die Palliative Geriatrie	23
	Das Konzepthaus zur Planung und Umsetzung von § 132 g SGB V	24
7.	Kostenlos: Unterstützungsangebote vom Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg	26
	Kollegialer Fachaustausch mit Mitgliedseinrichtungen	26
	Workshop: Implementierung der Palliativen Geriatrie	26
	Schulungsseminar: Ethisches Fallgespräch	26
	Nutzen Sie Ihre Chance – Anmeldeschluss: 05.11.2016	27
8.	Zum guten Schluss: Nachhaltigkeit	28
9.	Und noch etwas...	29
	Impressum	29

Anhang

- Liste der Mitgliedseinrichtungen des NPG Hamburg
- Anmeldeformulare mit aktuellen Terminen für Workshop und Schulungsseminar
- Hilfreiche Hinweise rund um das Thema Palliative Geriatrie
- Informationen über Finanzierungsmöglichkeiten durch unternehmensWert:Mensch

1. Seit 2014: Gemeinsam auf dem Weg

Das Netzwerk Palliative Geriatrie (NPG) Hamburg ist ein Zusammenschluss stationärer Altenpflegeeinrichtungen, die Palliative Care und Abschiedskultur in ihren Häusern bereits implementiert haben oder sich im Einführungsprozess befinden.

Schon im Mai 2006 hatten sich Hamburger Pflegeheime zusammengeschlossen – damals unter dem Namen „Netzwerk stationärer Pflegeeinrichtungen - Palliativ Kompetenz Nord“, kurz: Netzwerk Nord – mit dem Ziel, Hospizkultur und Palliative Care nachhaltig zu etablieren.

Von 2006 bis 2012 hat die Stadt Hamburg insgesamt 55 Pflegeeinrichtungen auf dem Weg, Hospizkultur und Palliative Care in ihren Häusern zu implementieren und damit die notwendigen Voraussetzungen für ein würdiges Sterben zu schaffen, über eine Richtlinie gefördert.

Hochbetagte kranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige und Nahestehende sollen bei der Auseinandersetzung mit der Verletzlichkeit, Endlichkeit und Vergänglichkeit des menschlichen Lebens begleitet und unterstützt werden.

Das ehemalige Netzwerk Nord hat sich seit 2014 zu einem von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ideell und finanziell geförderten Projekt unter dem neuen Titel „Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg“ formiert und weiterentwickelt. Die Projektleiterin ist Bärbel Sievers-Schaarschmidt. Die Koordination und Moderation der Netzwerkarbeit ist der Beratungsstelle Charon der Hamburger Gesundheitshilfe angegliedert.

Der Landespflegeausschuss empfahl bereits mit Beschluss vom 19.09.2013 allen Pflegeeinrichtungen die nachhaltige Verankerung einer Hospizkultur sowie eine aktive Teilnahme am Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg.

Die Auseinandersetzung mit „Palliativer Geriatrie“, der Leiden lindernden Sorge für hochbetagte, häufig an Demenz erkrankte und sterbende Menschen, erfordert die Bereitschaft, mit Mut und Empathie eine bewusste Sorgeskultur in der Wohnpflegeeinrichtung zu gestalten. Die Motivation der Einrichtungen im NPG Hamburg, sich auf diesen Gestaltungsweg zu machen, war:

- den größer werdenden Bedarf an palliativ-geriatischer Kompetenz in der Altenpflege zu decken und Nachfragen von Bewohnern und An-/Zugehörigen gerecht zu werden.
- das gemeinsame Erarbeiten von Fachwissen und Handlungsstrategien sowie der Austausch untereinander, der bereichert, Mut macht und vielfältige Anregungen bietet.

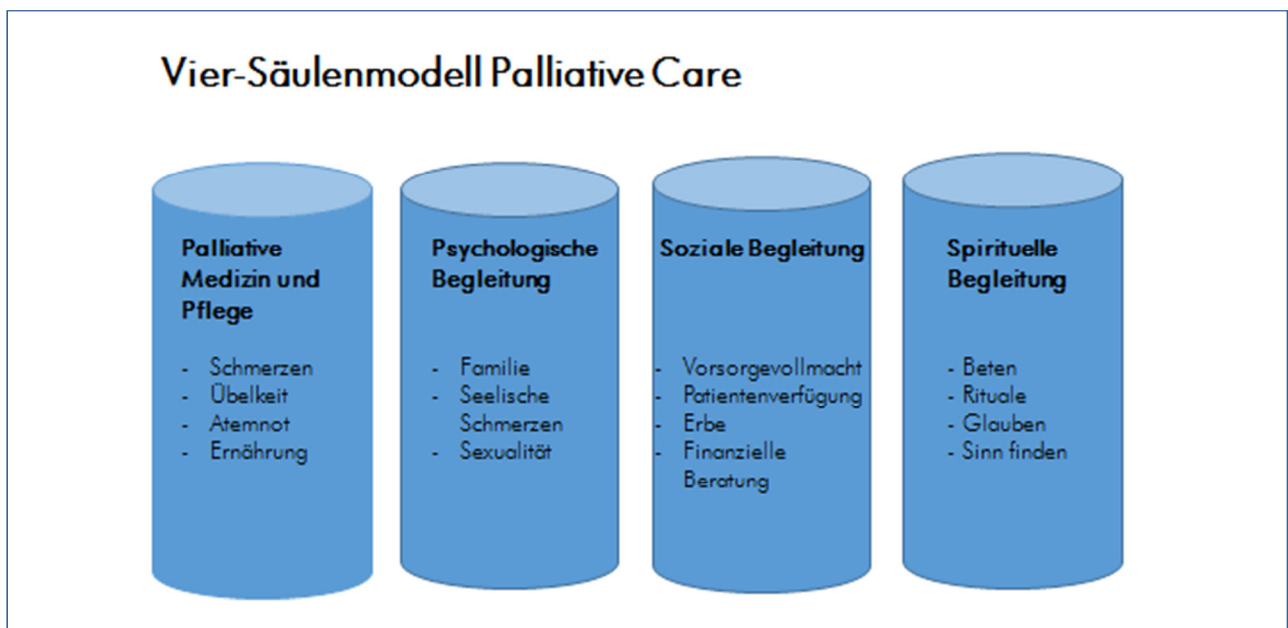
Wie zeigt sich hospizliches Denken und palliatives Handeln derzeit in Ihrem Haus? Das NPG Hamburg bietet gute Möglichkeiten, sich anregen zu lassen und auszutauschen. Denn: Seit am 1. April 2016 das neue Hospiz-Palliativ-Gesetz (HPG) in Kraft getreten ist, sind alle stationären Altenpflegeeinrichtungen verpflichtet, Palliativkompetenz und Abschiedskultur umzusetzen. Ein Beratungsangebot zu Wünschen und Vorstellungen am Lebensende soll jetzt in jedem Haus angeboten werden. Wie Sie das NPG Hamburg bei der Umsetzung der neuen, im HPG festgeschriebenen Anforderungen unterstützt, lesen Sie auf Seite 24 bis 27.

2. Palliative Geriatrie: Worum geht es?

„Palliative Care/Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohenden Erkrankung einhergehen.“ (WHO 2002)

In den späten 60er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte die Begründerin der Hospizbewegung Cicely Saunders in England ein Konzept für Orte, „an denen schwerstkranke und sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende in Würde Abschied nehmen können.“ (zit. nach Deutscher Palliativ und Hospizverband)

Cicely Saunders hatte dabei unheilbar Kranke, beispielsweise Krebspatienten im Blick – nicht jedoch hochbetagte, häufig multimorbide und dementiell veränderte Menschen.



Graphik: Kathrin Fels

Dieses Palliative Care-Konzept auf geriatrische Patienten zu übertragen, Palliativarbeit mit und für Menschen im hohen Alter, und Palliative Demenzbetreuung ist der Arbeitsschwerpunkt von Marina Kojer, Begründerin und langjährige Leiterin (1989-2003) der ersten Medizinischen Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie und der Schmerzambulanz am Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) in Wien.

Als Ärztin und Psychologin betont sie in ihrer Arbeit, dass palliative Geriatrie zu allererst eine Haltung ist – verschiedenste Maßnahmen sind die zwangsläufigen Folgen.

Palliative Haltung – ein Verständigungsprozess

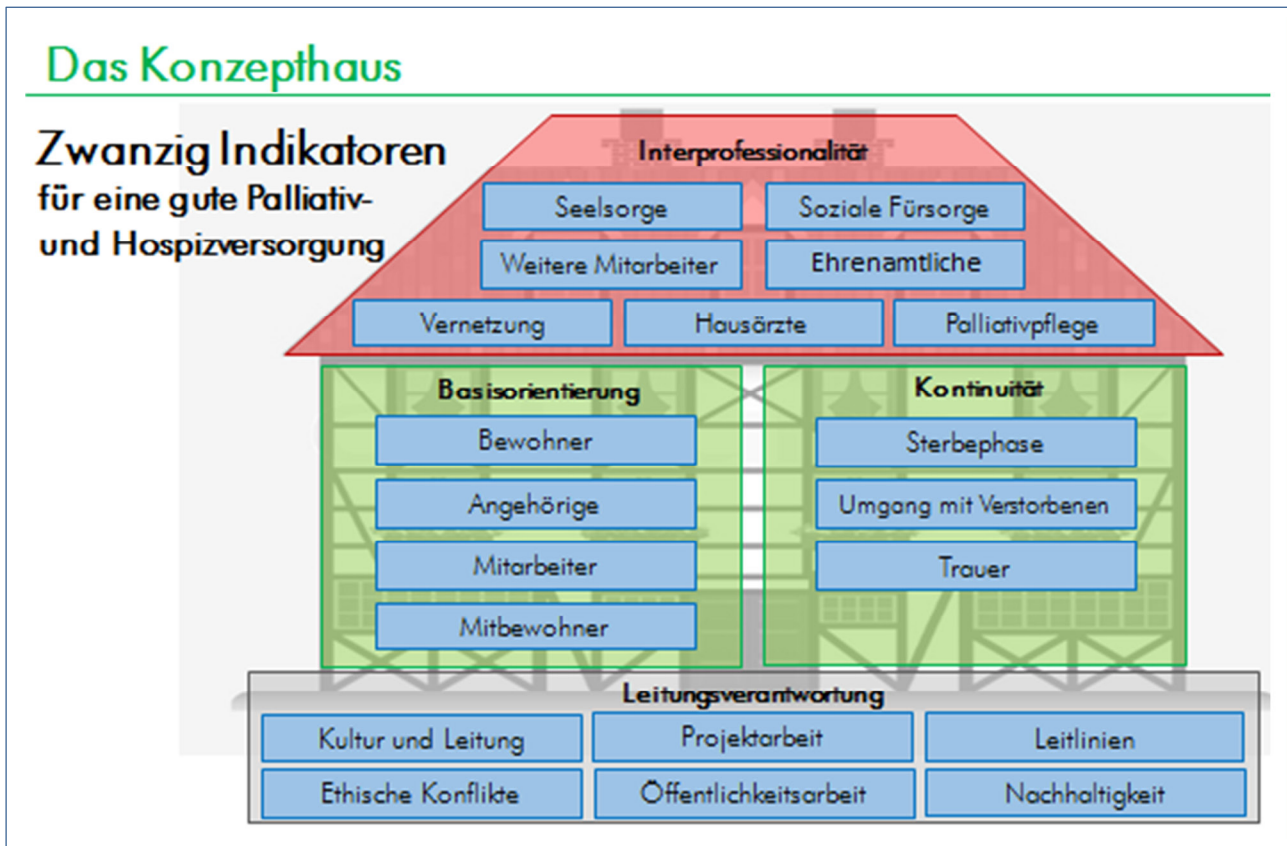
Der Entscheidung für palliative Pflege geht die Symptomanalyse durch Ärzte und Pflegefachkräfte voraus. Es können palliative oder kurative Maßnahmen angezeigt sein. Mit palliativer Haltung und würdevollem Sterben verbinden wir:

- Orientierung an Palliative Care und Hospizkultur.
- die Gewissheit, dass durch palliative Pflege der Tod weder beschleunigt noch verzögert wird; das Sterben wird als zum Leben gehörender Prozess akzeptiert.
- dass der Bewohner mit seinen Wünschen, Bedürfnissen, Möglichkeiten und subjektiven Wahrnehmungen im Mittelpunkt steht.
- ethisch geleitete Orientierung, d.h. das bewusste Abgleichen eigener Normen und Werte mit denen des Bewohners, der An- und Zugehörigen, Ärzte usw.
- ganzheitliche Symptomkontrolle im Sterbeprozess, z.B. Schmerz, Luftnot, Angst, sowie palliative Intervention, soweit dies in der stationären Pflege möglich ist. Symptome werden unter physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten betrachtet, Maßnahmen aufeinander abgestimmt. Ggf. vermitteln wir SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung).
- zum Pflegeprozess gehörende fachliche Beratung sowie das Aushandeln individueller Lösungen für den Bewohner und seine An- und Zugehörigen durch Ärzte und Palliativpflegekräfte / Fachpflegekräfte.
- die intensive, fachübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung von Mitarbeitern, Ärzten, ggf. Palliativmedizinern, Schmerztherapeuten, psychosozialen Fachkräften.
- dass An- und Zugehörige frühzeitig in Entscheidungsprozesse eingebunden werden und intensive Unterstützung erfahren, um den Sterbenden zu begleiten.
- Gespräche über Tod und Sterben mit allen Beteiligten zu fördern und anzubieten.
- die Begleitung von Bewohnern und An- Zugehörigen durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter.
- dem Wunsch nach religiöser / spiritueller Begleitung nachzukommen.
- das Herstellen einer ruhigen Atmosphäre in der Sterbephase und allen Beteiligten den Abschied zu ermöglichen.

Selbstverständlich gilt palliative Haltung für alle Bewohner, unabhängig von Krankheitsbildern. Auf demenziell erkrankte, kognitiv eingeschränkte Menschen müssen wir besonders achten. Sie sind oft nicht in der Lage, körperliches und seelisches Leiden, Nöte und Bedürfnisse verbal zu äußern. Hier sind wir auf unsere und die Intuition Nahestehender angewiesen.

Text: Patra Koalick

3. Die Grundlagen unserer Arbeit im NPG Hamburg



Graphik: Kathrin Fels

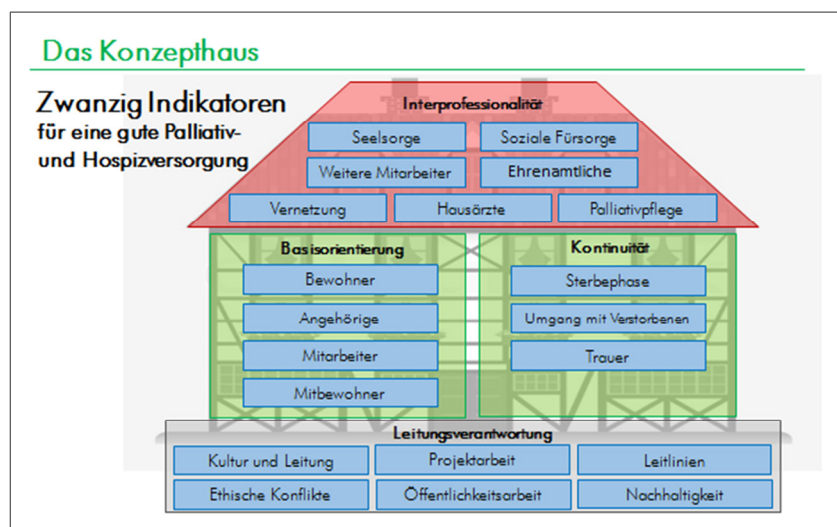
Das Konzepthaus für unsere Arbeit im NPG Hamburg beruht auf „Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“, die die damalige Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (heute: Deutscher Hospiz und Palliativ Verband, DHPV) zur Entwicklung von Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim erarbeitet und 2006 in einer Broschüre veröffentlicht hat.

Die Broschüre endet mit folgender Empfehlung: „Prinzipien sind wie Aufgabenstellungen: Sie bedürfen der konkreten Umsetzung und Bearbeitung. In der Diskussion von Implementierungsmodellen wurde eine Reihe von Schritten und Verfahren entwickelt, die sich bewährt haben. Ohne den ergebnisoffenen Prozesscharakter der hier genannten Prinzipien zu schmälern, sollten diese Anregungen und Erfahrungen zur Kenntnis genommen werden. Die entsprechende Literatur enthält inzwischen eine Fülle von Organisationsmodellen zu Sterbe- und Abschiedskultur bis hin zu fertigen Implementierungscurricula, auf die in der konkreten Implementierungsphase zurückgegriffen werden kann. Dieser Rückgriff entspricht dem Paradigma der Vernetzung, wie es für Hospizkultur konstitutiv ist. Der Kontakt zur örtlichen Hospizbewegung (Hospizverein, Hospizakademie) ist dabei genauso nützlich, wie Kontakte zu den jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz oder zum Deutschen Hospiz und Palliativ Verband (DHPV).“

Im Folgenden stellen wir das Konzepthaus und die **Zwanzig Indikatoren für gelebte Palliative Geriatrie** im Einzelnen vor. Die Indikatoren sind bewusst in Form bedeutsamer Fragen formuliert und nicht als fertige Antworten. Das gibt Raum für die vielfältige, individuelle Lösungen.

Das Fundament des Konzepthauses: Leistungsverantwortung – oder: Ohne Leitung geht es nicht!

Der Aspekt Leistungsverantwortung beschreibt eine Leitungskultur mit Projektarbeit und dokumentierten Leitlinien, die auf ihre Nachhaltigkeit hin evaluiert wird, Lösungsmodelle für Ethikkonflikte entwickelt und dies alles auch öffentlich macht. Im Leitbild jeder Altenpflegeeinrichtung lässt sich nachlesen, mit welcher grundsätzlichen Haltung man sowohl Bewohnern und An- bzw. Zugehörigen als auch Mitarbeitenden begegnet. „Man“ bedeutet Leitung, Leitung ermöglicht und fordert Haltung. Das heißt: Ohne Leitung geht es nicht!



1. Indikator: Projektarbeit

Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

2. Indikator: Leitlinien

Wird oder wurde hausintern und schriftlich ein Text mit „Leitgedanken zur Sterbebegleitung“ entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitenden getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben-Tod-Abschied geht? Sind diese Leitgedanken konkret?

3. Indikator: Kultur und Leitung

Wird oder wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst und benannt (Analyse der bestehenden Kultur) und auch gewürdigt? Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema? Sind das Thema und der Prozess von der Leitung der Einrichtung gewollt und getragen?

4. Indikator: Nachhaltigkeit und Evaluation

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Sterbe- und Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiter entwickelt wird?

5. Indikator: Ethik im Konfliktfall

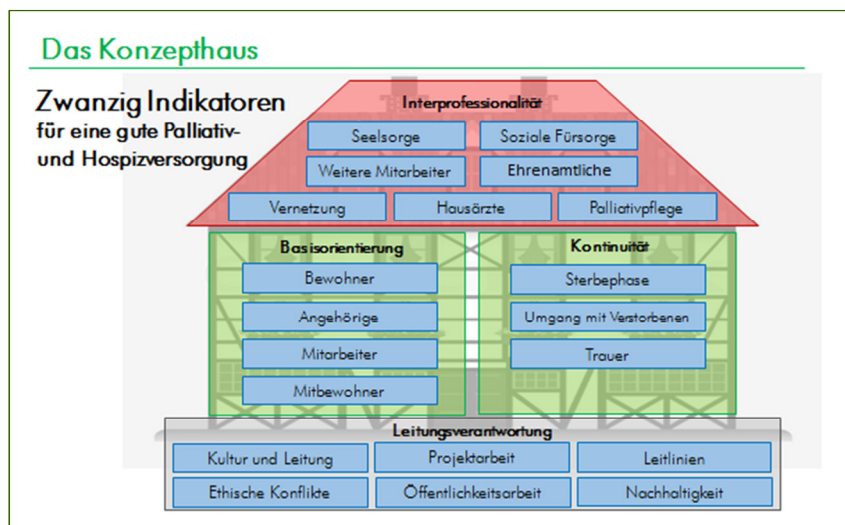
Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus? (wie z. B. Vorsorgevollmachten) Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt? Gibt es ein Ethikkomitee? Ist Ethikberatung implementiert?

6. Indikator: Öffentlichkeitsarbeit

Ist „Sterben und Sterbebegleitung“ in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

Die eine Hälfte des Konzepthauses: Basisorientierung – oder: Alle(!) im Haus sind wichtig!

Der Aspekt Basisorientierung (...) beschäftigt sich nicht nur mit den Bedürfnissen der Bewohner, sondern auch mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden. Ebenso müssen dabei auch die Angehörigen sowie die Mitbewohner als Teil einer „Abschiedskultur“ einbezogen werden.



7. Indikator: Bewohner

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner und Angehörigen zu diesem Thema erfasst? (z. B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, der Dokumentation der Vorsorgevollmacht) Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt?

8. Indikator: Mitarbeiter

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeitenden erfasst und gewürdigt? Besteht hier Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten? Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende? Werden neue Mitarbeiter auf das Thema eingestimmt?

9. Indikator: Angehörige

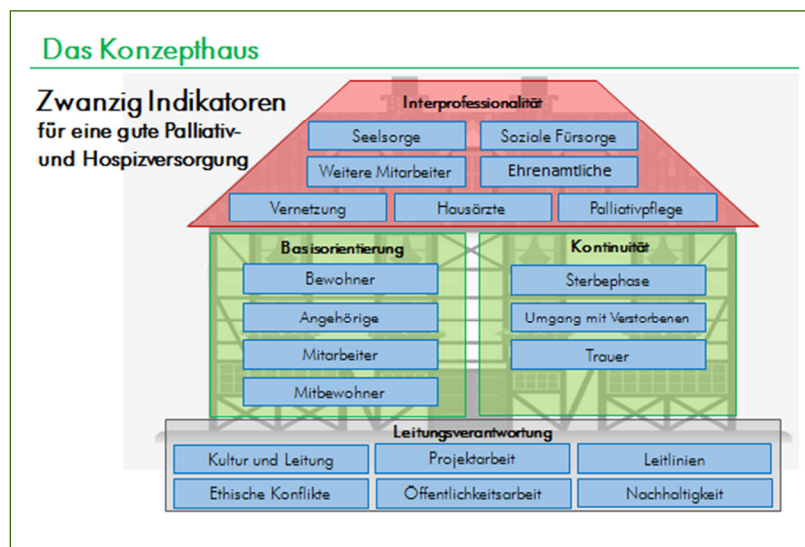
Werden Angehörige und Bezugspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner zu diesem Thema gehört und ernst genommen? Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

10. Indikator: Mitbewohner

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick? Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht? Haben sie die Möglichkeit, sich von Verstorbenen zu verabschieden?

Die andere Hälfte des Konzepthauses: Kontinuität – im Sterben, im Tod, in der Trauer

Der Aspekt zeitliche Kontinuität (...) weist auf folgende Situationen eines Prozesses hin: (a) der Blick auf Vergangenes (z. B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender), (b) das jetzige (eigene) Sterben, (c) danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen.



11. Indikator: Sterbephase

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

12. Indikator: Umgang mit Verstorbenen

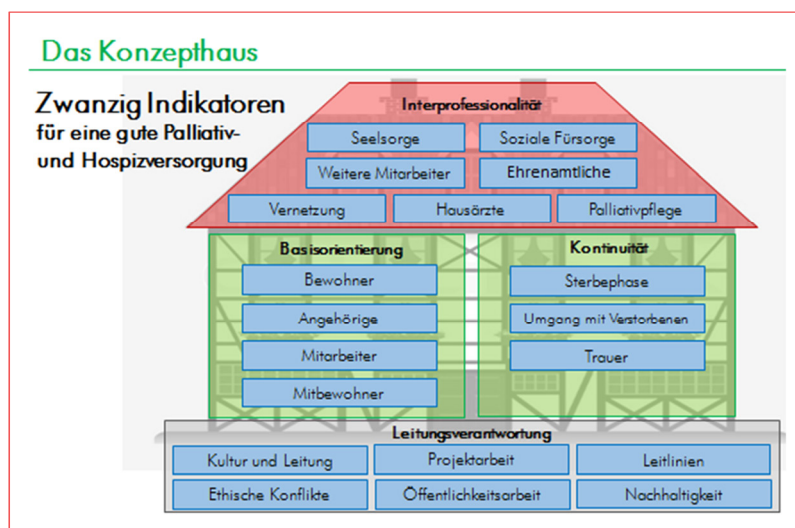
Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnern? Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen? (Familie und Betreuende) Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Überführung, Bestattung?

13. Indikator: Trauer

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema? Werden (Frei)Räume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen? Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung? Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerung an Verstorbene ermöglichen? (z. B. Gedenkfeiern).

Das Dach des Konzepthauses: Interprofessionalität – Vernetzung nach innen und außen

Der Aspekt der Interprofessionalität (...) beschreibt die Vernetzung aller an der Hospizkultur Beteiligten mit allen Betroffenen innerhalb und nach außen hin sowie mit den befähigten Ehrenamtlichen.



14. Indikator: Interdisziplinarität und Vernetzung

Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen? (z. B. in der Pflegekonferenz). Gibt es eingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen? (Palliativpflegedienste; Hospizvereine; stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen).

15. Indikator: Palliative Fachpflege

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen?

16. Indikator: Hausärzte

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativmedizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenseinweisungen? Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

17. Indikator: Ehrenamtliche

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert? Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort? Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

18. Indikator: Seelsorge

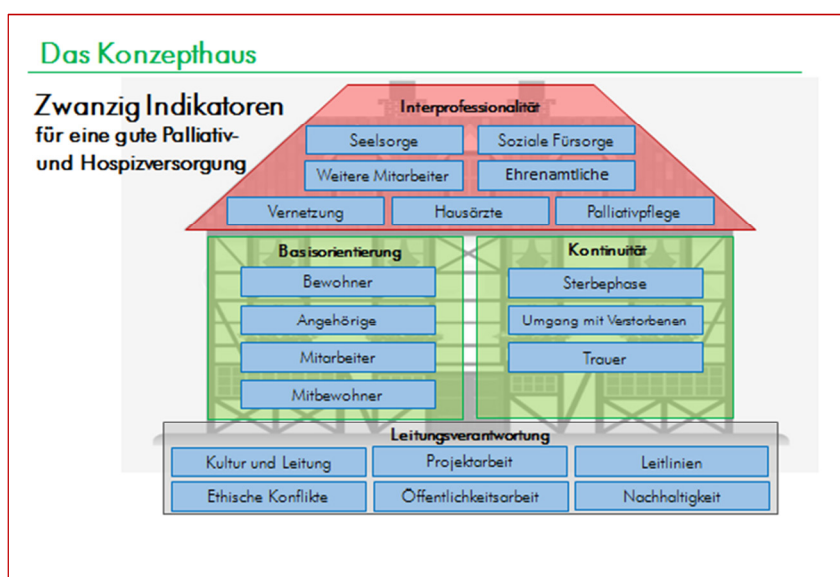
Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar? Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

19. Indikator: Soziale Fürsorge

Bekommen Bewohner und Angehörige in ihren existentiellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung sozialberaterische Unterstützung?

20. Indikator: Weitere Mitarbeiter

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z. B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick? Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?



Ein afrikanisches Sprichwort sagt, man benötige ein ganzes Dorf, um ein Kind ins Leben zu begleiten – Palliative Care in Altenpflegeeinrichtungen bedeutet im Idealfall, dass auch ein „ganzes Dorf“, professionell ausgebildete Fachmensen und Laien zur Verfügung stehen und bereit sind, einen sterbenden Menschen aus dem Leben zu begleiten.

4. Vom Planen, Organisieren, Tun: Die konkrete Arbeit im Netzwerk

Mit der Bewerbung für die Mitarbeit im Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg begann die gemeinsame Arbeit mit der ersten Projektwerkstatt über drei Tage. Nach dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer und Einrichtungen beschäftigten sich die Teilnehmenden mit den Begrifflichkeiten. Wovon reden wir, wenn wir von Palliative Care, Hospizkompetenz oder Palliative Geriatrie sprechen? Was meint Spiritualität und was bedeutet und beinhaltet SAPV? Welche Methode verbirgt sich hinter einem Feedback?

Mit dem Palliativstern (s.u.) erstellen die Teilnehmer eine Ist-Analyse, finden heraus, was in ihrer Einrichtung schon an Hospiz- und Palliativkompetenz vorhanden ist und wo es noch Arbeits- und Klärungsbedarf gibt.



Theoretischer Input, Best Practice Beispiele und einige Forschungsergebnisse führen im gemeinsamen Lernprozess zur notwendigen Organisationsentwicklung. Die Teilnehmenden entwickeln nun für jedes Haus ein eigenes Projekt und fertigen eine Projektskizze dazu an.

In der Altenpflegeeinrichtung werden die Projektskizzen auf ihre Praktikabilität und Akzeptanz hin überprüft und mit den zuständigen Vorgesetzten und Kollegen konkretisiert, so dass jede Einrichtung als nächsten Schritt einen Projektplan mit allen relevanten und nötigen Inhalten und Fakten erstellen kann.

Nun beginnt in allen Häusern die Umsetzung der Projektziele. Die Wege gestalten sich so individuell wie die Einrichtungen, die Menschen und deren Bedürfnisse. In zwei weiteren Projektwerkstätten über jeweils drei Tage und bei den Netzwerktreffen finden nun eine Mischung aus Input zur Theorie und Praxis sowie die ganz konkrete Begleitung bei der Umsetzung und deren Fragestellungen statt.

Zum Beispiel: „Die zwanzig Indikatoren für Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim“ werden als Grundlage für die Umsetzung in den teilnehmenden Einrichtungen übersetzt und diskutiert. Die Teilnehmenden beschäftigen sich z.B. mit Finanzplanung, mit Bildungskonzepten und es kommt Besuch aus der Praxis: Ein Mitarbeiter aus einem SAPV-Team stellt die Vorgehensweisen im Alltag vor, eine Theologin aus einer Altenpflegeeinrichtung berichtet über die seelsorgerische Arbeit in der letzten Lebensphase, ein Mitarbeiter der Betreuungsstelle informiert zur Patientenverfügung und Generalvollmacht.

Dies ist nun auch der Zeitpunkt um regionale oder thematische Peergroups zu bilden. So wird der gemeinsame Lernprozess in den doch manchmal zeitlich großen Pausen von einem Treffen zum nächsten gut überbrückt. Es entstehen neue förderliche Netzwerke.

Die Phase der Festigung der einzelnen Projekte wird immer wieder neu unterstützt durch Informationsaustausch zu verschiedensten Themen wie Literatur, Medien, Informationen zur neuen Gesetzgebung, welche Fortbildung bietet wer wo an, etc.

In der Auswertungsphase werden Stolpersteine und Erkenntnisgewinne deutlich. Klar wird, dass auch bei hoher Motivation, bedingt durch äußere Faktoren (Kündigung von Mitarbeitern, neue Anforderungen vom Gesetzgeber etc.) die gesteckten Ziele manchmal nicht komplett erreicht werden können. Und manche Ziele fügen sich leichter als gedacht in den Arbeitsalltag ein und machen Lust auf weitere Prozesse. Denn wenn die Auseinandersetzung mit dem Thema Palliative Geriatrie im Haus positiv erfahrbar wird – von Bewohnern und ihren Angehörigen, von Kollegen, Vorgesetzten und Kooperationspartnern – motiviert es alle Beteiligten, den Prozess gemeinsam weiter zu entwickeln.

5. Beispielhafte Praxis: Kurzberichte zu durchgeführten Projekten



**Gelungenes, sich Wandelndes,
Unfertiges...**

Nachfolgend beschreiben einige Netzwerk-Teilnehmende den jeweiligen Prozess in ihrer Einrichtung – stellvertretend für alle Beteiligten im NPG Hamburg.

Praxisbericht 1: Koordinierte interne Vernetzung – Einführung einer Palliativlotsenstelle

Durch die Netzwerkarbeit und das dort entwickelte Projekt konnte Vorhandenes neu gestaltet und befördert werden.

Bereits bewährte Kooperationen mit SAPV-Teams und Schmerztherapeutinnen und -therapeuten sowie mit Palliativmedizinerinnen und -medizinern, die auch die hausärztliche Versorgung gewährleisten und bis zum Lebensende für Lebensqualität sorgen, wurden belebt und neu aufgestellt.

Durch die Implementierung einer so genannten Palliativlotsenstelle wird die bestmögliche Zusammenarbeit und Vernetzung gewährleistet. Diese Beratungsstelle für die Versorgungsplanung am Lebensende wird von einer Palliative Care Pflegefachkraft besetzt. Die Mitarbeiterin ist seit 25 Jahren im Haus, gestaltet diese neue Aufgabe in guter Weise aus und nimmt für unsere Einrichtung am NPG Hamburg teil.

Die Mitarbeitenden der Pflege sind gestärkt und sicherer geworden, palliative Situationen besser zu erkennen. Professionelle Beratung durch die Palliativlotsenstelle wird angenommen und umgesetzt.

Durch das Netzwerk ist der Blick auf die Notwendigkeit, Mitarbeitende aller Professionen im Haus zu schulen, geschärft worden; und das wird jetzt zügig umgesetzt, z.B. nach dem Curriculum der Robert Bosch Stiftung (40 Std. Palliative Care).

Text: Christiane Schmale

Praxisbericht 2: Ethische Fallgespräche – Konfliktlösung jenseits der Alltagskommunikation

Die Malteser arbeiten seit Jahren mit dem Instrument der Ethisches Fallbesprechung. Die ethische Reflexion stellt häufig einen Kontrast zu Kommunikation und Handeln im Alltag dar, wo Zeit- und Entscheidungsdruck im Vordergrund stehen.

Für ein Ethisches Fallgespräch ist ein möglichst unvoreingenommener Moderator Voraussetzung. In den Malteser-Caritas Häusern gibt es jeweils zwei bis drei ausgebildete, entsprechend befähigte Mitarbeiter und ein festes Protokoll. Um einen ethischen Konflikt zu lösen benötigt es Zeit (ca. 60 Min.), Teilnehmer (Protokollant, Angehörige, Hausarzt, Seelsorge, Bezugspflegekraft) und je nach Fall weitere Personen.

Der Moderator erläutert zu Beginn den Ablauf des Gespräches und stellt alle Beteiligten vor. Das Ziel ist, ein gemeinsames Ziel und passende Maßnahmen festzulegen. Die jeweiligen Maßnahmen werden unter den folgenden Prinzipien in der Gruppe geprüft und ausgewertet:

1. Autonomie
2. Biografische Integrität
3. Fürsorglichkeit
4. Nachhaltigkeit
5. Nicht Schaden
6. Gerechtigkeit

Die ausgewählten Maßnahmen sollen von allen Teilnehmern getragen werden. Um die Maßnahmen umzusetzen, wird am Ende der Besprechung ein Maßnahmenplan erstellt, um für die Umsetzung und Nachhaltigkeit zu sorgen.

Beispiel:

Herr P. ist 80 Jahre alt, verwitwet und lebt seit sechs Monaten in einem Altenstift. Zuvor hatte er in einer kleinen Etagenwohnung mit einer Haushaltshilfe, die einmal wöchentlich kam, und seiner Enkelin, die für ihn den Wocheneinkauf übernahm, weitgehend selbstständig gewohnt. Seit einem schweren Schlaganfall ist er bettlägerig und kann nicht mehr sprechen.

Schon früher hatte er wiederholt seiner Tochter und Enkelin gesagt, dass er das Leben im Alter als sehr beschwerlich empfindet: die Einsamkeit ohne seine Frau, die rheumatischen Schmerzen, die zunehmende Unbeweglichkeit. „Früher gab es wenigstens noch Hoffnung auf Besserung“, hat er oft geklagt. „Wie oft wünsche ich mir abends, dass ich am nächsten Tag nicht mehr aufwache!“

Den Umzug ins Altenstift hat er nicht verkraftet, obwohl sich die Pflegenden, seine Tochter und zwei Enkelinnen, große Mühe geben. Vor zwei Wochen hat er aufgehört zu essen und zu trinken. Er hatte von Anfang an nur widerwillig Nahrung und Flüssigkeit zu sich genommen, aber jetzt kneift er die Lippen zusammen und verzieht das Gesicht, dreht seinen Kopf weg, versucht der Pflegerin den Löffel aus der Hand zu schlagen. Aufmerksamkeit und gutes Zureden helfen nicht.

„Man kann ihn jetzt doch nicht verhungern lassen“, äußerte sich die besorgte Tochter. Der Hausarzt ist ratlos: Soll er den Bewohner in ein Krankenhaus verlegen, um ihm eine Magensonde zur dauerhaften künstlichen Ernährung anzulegen?

Im Pflegeheim wurde man sich schnell einig, dass man, um diesen Konflikt lösen zu können, eine ethische Fallbesprechung einberufen sollte. Vom Moderator wurden folgende Personen zum Gespräch eingeladen: Tochter, Enkeltochter, Hausarzt, Bezugspflegekraft, Alltagsbegleitung, Seelsorge und PDL.

Gemeinsam wurden Ziele und Maßnahmen erarbeitet.

Ziel:

Herr P. fühlt sich wohl und ist ausreichend mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt.

Maßnahmen:

1. PEG Anlage im Krankenhaus
2. Hilfe durch den Ambulanten Hospizdienst
3. Herr P. wird nach Hause entlassen und wird dort ambulant versorgt
4. Nasensonde für temporäre Sicherstellung der Nahrungsaufnahme

Standardisierter Beurteilungsbogen

Die einzelnen Maßnahmen werden nach den folgenden Kriterien beurteilt und die dazugehörigen Bewertungssymbole notiert:

- (+) Die Maßnahme erfüllt das Kriterium.
- (-) Die Maßnahme verstößt gegen das Kriterium.
- (?) Es ist unbekannt / unklar / umstritten, ob die Maßnahme das Kriterium erfüllt.

Maßnahme	Autonomie	Biografische Integrität	Fürsorglichkeit	Nichtschaden	Nachhaltigkeit	Gerechtigkeit
1	-	-	+	?	+	+
2	+	+	+	?	?	+
3	+	+	+	?	+	+
4	-	-	+	?	?	+

Man konnte sich auf eine Kombination der Maßnahmen 2 und 3 einigen. Alle Beteiligten konnten diese Entscheidung mittragen.

Text: Kathrin Fels

Praxisbericht 3: Der Trauer Raum und Ausdruck geben

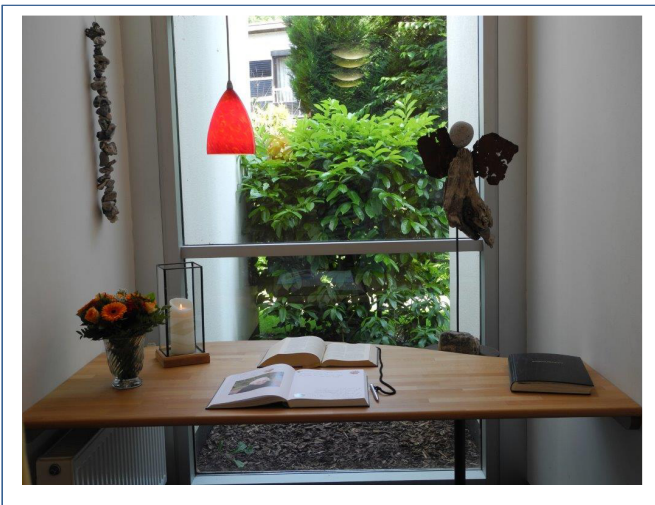
Im Rahmen des Qualitätszirkels trifft man sich alle zwei Wochen mit der Pastorin, die als Seelsorgerin und Ansprechpartnerin für Bewohner und Mitarbeiter im Haus präsent ist.

Es werden die jeweils aktuellen Todesfälle besprochen – besonders diejenigen, die den Mitarbeitern sehr ans Herz gingen – sei es, ein Mensch starb unerwartet schnell, sei es, der Sterbeprozess war besonders belastend für alle Beteiligten, sei es eine in Jahren gewachsene und nun zu Ende gehende Beziehung zu Angehörigen.

Als Symbol, dass hier ein Mensch in Sterben liegt oder verstorben und noch im Zimmer ist, wird beispielsweise ein Schmetterling oder das Bild einer Kerze an die Zimmertür gehängt. Das Zimmer wird schön gestaltet je nach biographisch ermittelten Wünschen (Gerüche, Musik, Symbole wie kleine Engel, Blumen usw.)

An einem für alle im Haus gut sichtbaren und doch ruhigen Ort wird eine Trauerecke mit Kondolenzbuch, Blumen, Kerzen usw. gestaltet.

Text nach Andrea Wulf



Fotos: Elisabeth Lichtenberg

Praxisbericht 4: Totengedenken – ein jährlicher Gottesdienst für alle Beteiligten

Zum Gedenken an unsere verstorbenen Bewohner feiert der Malteserstift St. Theresien jedes Jahr zum Ende des Kirchenjahres einen Gedenkgottesdienst für Angehörige, Mitbewohner und Pflegepersonal.

Oft leben Bewohner viele Jahre in unserer Einrichtung. Dies bedeutet, dass Angehörige über Jahre ins Haus kommen, gemeinsam mit uns Feste feiern und auch im Alltag eine große Rolle spielen. Es entstehen Freundschaften zwischen den Bewohnern, das Pflegepersonal baut emotionale Verbindungen zu den pflegebedürftigen Menschen auf.

Der Tod eines Bewohners kann den ganzen Alltag und die Lebenssituation für den betroffenen Angehörigen und die Mitbewohner ändern. Plötzlich bleibt der Platz im Speisesaal leer oder der tägliche Besuch im Pflegeheim bleibt aus.

Unser Ziel ist es, den Hinterbliebenen am Ende eines Kirchjahrs noch einmal Raum zu geben um gemeinsam zu trauern, Abschied zu nehmen und das letzte Zuhause des Verstorbenen für dessen Familienmitglieder zu öffnen.

Im Gedenkgottesdienst wird jeder Verstorbene des jeweiligen Kirchjahres namentlich genannt, es wird eine Kerze zur Erinnerung angezündet und ein Schmetterling, in unserer Einrichtung Symbol für Verstorbene, wird von einem Kranz abgenommen. Einige Angehörige nehmen diesen Schmetterling zum Andenken mit nach Hause.

Der Gottesdienst wird durch beide christliche Kirchen begleitet. Anschließend lädt der Malteserstift zu Kaffee und Kuchen ein.

Text: Kathrin Fels

Praxisbericht 5: Aromaöle in der Sterbephase Entspannung für Betroffene und Angehörige

Der Einsatz von Aromaölen wird in der Pflege und Palliativpflege unter verschiedensten Gesichtspunkten empfohlen. Und so kamen wir in unserem Haus dazu:

Zum einen wurde das Thema „Anwendung von Aromaölen“ in den Fallgesprächen angesprochen und besprochen, zum anderen kamen Anregungen und Vorschläge von einzelnen Pflegekräften, teilweise auch von Angehörigen, die von der Anwendung der Öle gehört hatten.

An erster Stelle steht hier die Überlegung, zu welchem Zweck, für welches Symptom ein Öl eingesetzt werden soll. Dies wird immer in gemeinsamen Gesprächen zwischen Pflegemitarbeitern und Leitung analysiert und besprochen. Bewohner und Angehörige werden dann informiert und beraten, zu welchem Zweck die Öle eingesetzt werden können.

Anhand der Biografie des Bewohners, der Symptome und des erhofften Ziels wird dann mit dem Bewohner die Richtung des Öls „herausgearbeitet“ und es wird geklärt, welche Form der Anwendung dem Bewohner die angenehmste ist.

Es ist wichtig genau zu beobachten, ob der Bewohner sich mit dem Öl wohlfühlt und ob es etwas bewirkt. Sollte sich im Laufe der Zeit zeigen, dass die Wirkung ausbleibt bzw. die Duftrichtung nicht mehr stimmt, muss dies erneut besprochen und bearbeitet werden.

Die Erfahrungen zeigen, dass bis zum heutigen Zeitpunkt sehr viele positive Reaktionen der Bewohner und derjenigen, die das Öl anwenden, kamen. Die Düfte und die Anwendung (Berührung) am Bewohner führten in allen Fällen zu einer Steigerung des Wohlfühlens und der Harmonisierung in verschiedenen Bereichen.

Im Laufe der Zeit zeigte sich auch, dass es eines „Kümmerers“ bedarf, welcher die Öle immer wieder ins Gespräch bringt, nachfragt und eine intensive Zusammenarbeit mit allen Beteiligten pflegt und vorantreibt, damit die Anwendung der Öle selbstverständlich in den Alltag integriert wird.

Ein Beispiel:

Herr H. war schon einige Zeit in unserer Einrichtung und von seiner Persönlichkeit her ein zurückgezogener Mensch. Er wirkte im Alltag zeitweise ruppig, wenig zugänglich, mitunter unruhig und unwirsch. Vermutliche Ursache ist seine Lebensgeschichte und seine vor einigen Jahren diagnostizierte Demenz sowie weitere Alterserkrankungen. In der letzten Phase seines Lebens konnte er das Bett nicht mehr verlassen, wurde unruhiger und unzugänglicher.

Es fand ein Palliativ-/Ethisches - Fallgespräch mit seinen Angehörigen, dem behandelnden Arzt, allen beteiligten Mitarbeitern aus Pflege, Therapie und Alltagsbegleitung statt. Die Angehörigen wurden über die Möglichkeit der Anwendung ätherischer Aroma-Öle informiert und welche Wirkungen von dieser Maßnahme erwartet würden – und stimmten zu. Im Fallgespräch wurde auch vorgestellt, wie Öle angewendet werden. Die Öle wurden über die Biografie und nach dem jetzigen Befinden von Herrn H. ausgewählt.

Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg

Rose: Rose hat eine beruhigende Wirkung und hilft Gefühle von Wut, Stress und Spannungen zu reduzieren. Angst und Depressionen werden gemindert, es bewirkt positive Gefühle, Entspannung, Hoffnung, Glück und Freude werden gefördert.

Massage-Öl: Mischung aus Mandel-Öl (Grund-Öl) gemischt mit den ätherischen Ölen Sandelholz, Benzoe-Siam, Grapefruit, Rose. Diese Mischung hat eine beruhigende, erdende und entspannende Wirkung, sie ist ein „Seelenschmeichler“.

Die Pflegemitarbeiter nutzten für die Grundpflege ein hochwertiges Wildrosenölduschbad und eine Rosenöllotion. Für entspannende Hand-Armmassagen wurde ein Öl gemischt, welches der genannten Unruhe und Unzugänglichkeit entgegenwirken sollte.



Foto: Petra Koalick

Die Wirkung der Aroma-Öl-Anwendung zeigte sich erfreulicherweise in kürzester Zeit: Herr H. wurde ruhiger und ließ die Behandlung durch die Mitarbeiter zu. Von sich aus suchte er Kontakt, indem er die Hand der Mitarbeiter halten wollte. Die Angehörigen nutzten nach Absprache ebenfalls die ausgewählten Öle und wurden entspannter.

Die letzten Wochen von Herrn H. verliefen in ruhiger Atmosphäre und er starb friedlich.

Text: Petra Koalick, Angela Zypries

Praxisbericht 6: Intern entwickelt und extern vernetzt – eine Andacht für viele Glaubensrichtungen

Das Stadtdomizil ist kein christliches Haus, aber es gab aber schon immer sehr großes Interesse der Bewohner, an Andachten im Stadtdomizil teilzunehmen.

Die Zusammenarbeit mit der für uns zuständigen evangelischen Kirchengemeinde war durch den Weggang eines engagierten Pastors allerdings eher bescheiden. Es gab innerhalb eines Jahres nur wenige Termine, die uns zur Andacht angeboten werden konnten. Eine individuelle seelsorgerische Betreuung fand überhaupt nicht statt.

Gleich nach Projektstart im Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg wurde für uns ein neuer Pastor zuständig. Er bot einmal monatlich Andachten an und war begeistert von der außergewöhnlich hohen Beteiligung unserer Bewohner und Mitarbeiter. Es nahmen immer 60 bis 80 Besucher an seinen Gottesdiensten teil.

So konnten wir ihn für unseren Qualitätszirkel und eine individuelle, seelsorgerische Begleitung der Bewohner gewinnen. Durch diese Mitarbeit wuchs der Gedanke für ein Projekt: Zur Hospizwoche sollte eine gemeinsam entwickelte Andacht gestaltet werden und zwar unter der Federführung des Qualitätszirkels und unserer Auszubildenden.

Im Projekt trafen viele Glaubensrichtungen aufeinander. Die Bereitschaft den Blickwinkel aus verschiedenen Perspektiven auf dieses Thema zu lenken war bei allen Teilnehmern vorhanden. Es fand eine sehr persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Leben und Tod“ statt.

Unsere Auszubildenden konnten sich in diesem Kreis öffnen und haben die gemeinsame Arbeit als sehr Sinn stiftend erlebt. Es war ihnen möglich nach dieser Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben und Tod“ Sterbebegleitungen bei unseren Bewohnern wahrzunehmen. Die Ängste, einen Menschen auf seinem letzten Weg zu begleiten, waren genommen. Die während der Hospizwoche gehaltene Andacht war sehr individuell und persönlich geprägt; es war für alle Teilnehmenden außergewöhnlich und berührend.

Die gemeinsame Erfahrung hat uns dazu bewogen, auch in diesem Jahr eine gemeinsame Andacht mit dem gleichen Thema in der Kirche der Stille zu veranstalten. Die Vernetzung lebt und wird auch über die Projektzeit hinaus weiter bestehen.

Der Kreis der Teilnehmer wird Zug um Zug erweitert: Ehrenamtliche Hospizbegleiter, Angehörige, Küchen- und Reinigungsmitarbeiter.

Text: Sabine Riediger

Praxisbericht 7: Leitfadenentwicklung – von Visionen und Stolpersteinen, vom Scheitern und Gelingen

Mein Beitrag bezieht sich auf den ersten Indikator – Blickpunkt Träger/Leitung. Wir wollten in unserem Projekt gemeinsam mit den Leitungskräften einen Leitfaden zur palliativen und hospizlichen Arbeit entwickeln. Leider hat das bis heute nicht geklappt.

Stolpersteine:

Die Kontinuität der Zusammenarbeit war sehr schwierig. Wir hatten früh Termine festgelegt, konnten uns aber nur zweimal treffen (angedacht waren viermal). Das Alltagsgeschäft, Krankheit der Mitarbeiter und das Ausscheiden von zwei Leitungskräften kamen dazwischen.

Extra-Projekte müssen zu Gunsten des Alltagsgeschäfts oft zurück stehen - im Ranking stehen zu allererst Dinge an, die den MDK, den Alltag und natürlich die Bewohner betreffen. Mit anderen Worten ist der Raum, die Zeit und die Kraft nicht mehr da. Projekte brauchen „Freiräume“ – theoretisch kann man sich die schaffen, praktisch ist das dann schwierig, auch wenn die Leitung voll und ganz hinter dem Projekt steht.

Aus zwei Koordinatorinnen wurde eine. Gesetzliche Änderungen (Neues Pflegestärkungsgesetz, HPG, Umstellung Pflegestufen in Pflegegrade). Motivationsbremse durch das Fehlen/ Aussteigen/ Wegbleiben von NPG Hamburg-Mitgliedern/ Häusern.

Erkenntnisperlen:

Die zwei Treffen mit den Leitungskräften waren intensiv und sehr gut. Das Miteinander hat den Teamspirit gestärkt und es wurde viel gelacht. Wir haben die Notwendigkeit des Themas beleuchtet und allen Mitarbeitern war klar, wie wichtig es ist.

Deswegen wurde Ende 2015 hier im Haus eine Fachtagung mit dem Thema Palliative Geriatrie veranstaltet (mit Marina Kojer).

Es wurde parallel ein Flyer zur hospizlichen und palliativen Arbeit entwickelt und gedruckt u.a. auch, weil das neue HPG fordert, dass diese Arbeit öffentlich gemacht werden soll.

Zusammenfassung:

Auch wenn die Leitung bzw. der Träger hinter diesem Projekt stand und steht, ist der fortlaufende Prozess, in den man sich begibt, sehr schwer voranzutreiben. Man tanzt im Grunde auf gefühlt dreihundert Millionen Hochzeiten und muss ständig Prioritäten setzen.

Text: Monja Schacht

6. **Aktuell: § 132 g SGB V** **Ein Projekt auf Ihrem Weg in die Palliative Geriatrie!**

Das neue Hospiz-Palliativ-Gesetz fordert einige Veränderungen von den stationären Pflegeeinrichtungen. Unter anderem:

- **einen Kooperationsvertrag mit einem ambulanten Hospizdienst zu vereinbaren**
- **die palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Maßnahmen für die letzte Lebensphase mitzudenken – advanced care planning. Dabei sollen im Rahmen einer individuellen Beratung und Fallbesprechung Bewohner (auf Wunsch auch die Angehörigen) begleitet werden, eigene Überlegungen bzw. Vorstellungen über medizinische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen zu entwickeln.**
- **Die Vorsorgeplanung beinhaltet mehr als eine Patientenverfügung und setzt eine bestimmte Kompetenz aller an der Versorgung Beteiligten voraus. Es handelt sich um einen mehrstufigen Beratungsprozess.**
- **Das Angebot kann auch in Kooperation und durch Vernetzung mit regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen erbracht werden.**

Der GKV-Spitzenverband legt in einer Vereinbarung nach § 132g Abs.3 SGB V mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 1 und 2 SGB V fest bis zum **31.12.2016**.

Da zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Leitfadens noch nicht alle Ausführungsbestimmungen zum HPG erarbeitet und erschienen sind, empfehlen wir den aktuellen Stand unter folgender Internetadresse abzurufen: http://www.dhgv.de/service_gesetze-verordnungen.html



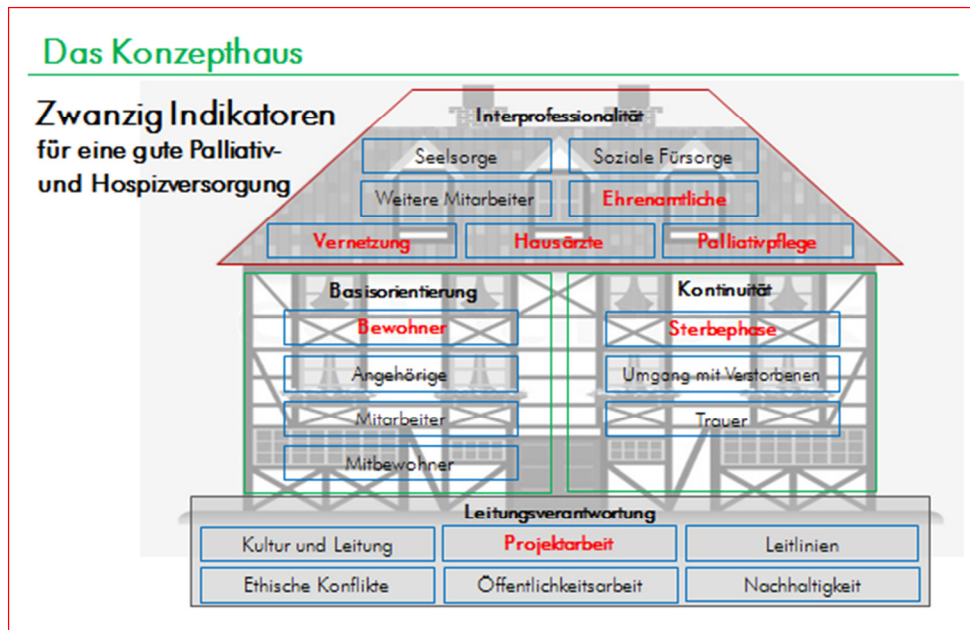
Die notwendige Umsetzung des HPG in Ihrer Einrichtung ist – so könnte man im Sinne der Arbeit des NPG Hamburg sagen – ein bereits inhaltlich umrissenes Projekt, mit dem Sie Palliativkompetenz und Abschiedskultur in Ihrem Haus einführen oder weiterentwickeln.

Welche konzeptionellen und praktischen Unterstützungen Ihnen das NPG Hamburg dazu anbietet, lesen Sie auf den nächsten Seiten.

Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg

Das Konzepthaus zur Planung und Umsetzung von § 132 g SGB V

Die nachfolgende Graphik verdeutlicht, welche der zwanzig Indikatoren mindestens (!) in den Blick genommen werden müssen, um den neuen Anforderungen des Hospiz-Palliativ-Gesetzes in einer stationären Pflegeeinrichtung gerecht zu werden.



Im Planungs- und Umsetzungsprozess müssen gemeinsam stimmige Antworten zu den Fragestellungen der oben rot markierten Indikatoren gefunden werden. Deutlich wird, dass dabei jede Ebene des Konzepthauses betroffen ist. Hier noch einmal zur Veranschaulichung im Einzelnen:

Das Fundament: Leitungsverantwortung

Indikator: Projektarbeit – Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

Die eine Haushälfte: Basisorientierung

Indikator: Bewohner – Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner und Angehörigen zu diesem Thema erfasst? (z. B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, der Dokumentation der Vorsorgevollmacht) Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt?

Die andere Haushälfte: Kontinuität

Indikator: Sterbephase – Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

Das Dach: Interprofessionalität

Indikator: Interdisziplinarität und Vernetzung – Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen? (z. B. in der Pflegekonferenz). Gibt es eingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen? (Palliativpflegedienste; Hospizvereine; stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen).

Indikator: Palliative Fachpflege – Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen?

Indikator: Hausärzte – Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativ-medizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen? Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

Indikator: Ehrenamtliche – Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert? Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort? Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

Die Umsetzung des HPG in Ihrer Einrichtung ist das bereits inhaltlich umrissene und notwendig anstehende Projekt, mit dem Sie Palliativkompetenz und Abschiedskultur in Ihrem Haus einführen oder weiterentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem Konzepthaus und den Indikatoren einen in der Praxis handhabbaren strukturellen Rahmen zur Verfügung zu stellen, der Sie bei der Entwicklungsarbeit in Ihrem Haus unterstützt.

Welche weiteren Unterstützungsangebote das NPG Hamburg Ihnen in Form von kollegialem Fachaustausch, Workshops, Schulungsseminaren und individueller Implementierungsberatung machen kann, lesen Sie auf den nächsten beiden Seiten.

7. Kostenlos: Unterstützungsangebote vom Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg

- **Kollegialer Fachaustausch mit Netzwerkteilnehmenden und Mitgliedseinrichtungen**

Alle Mitgliedseinrichtungen des NPG Hamburg stehen Ihnen zum kollegialen Fachaustausch über Fragen und Erfahrungen zur Einführung und Weiterentwicklung von Palliativkompetenz und Abschiedskultur in der stationären Altenpflege zur Verfügung.

Eine Liste der entsprechenden Einrichtungen, AnsprechpartnerInnen und Kontaktdaten finden Sie im Anhang.

Besonders freut es uns, dass unsere bisherige Arbeit im NPG Hamburg die Barbara und Michael Hell-Stiftung zu einer großzügigen Spende veranlasst hat. Der Satzungszweck dieser Stiftung wird vorrangig durch die ambulante und stationäre Unterstützung von schwerkranken und sterbenden Menschen nach dem Vorbild der Hospizbewegung verwirklicht sowie durch die Förderung von Projekten, die der Forschung und Lehre auf diesen Gebieten dienen. Mit Hilfe dieser Spende soll, kann und will das NPG Hamburg allen Hamburger Altenpflegeeinrichtungen das kostenlose Angebot von Workshops zur Implementierung der Palliativen Geriatrie und Schulungsseminaren zum Ethischen Fallgespräch – mit wissenschaftlicher Begleitung – machen.

- **Workshop: Implementierung der Palliativen Geriatrie anhand des vom NPG Hamburg erarbeiteten Leitfadens**

Aus der Praxis für die Praxis soll dieses Angebot Altenpflegeeinrichtungen Fragen beantworten, um sich auf den Prozess der Implementierung der Palliativen Geriatrie einzulassen, es soll Mut machen, Neugierde wecken und verdeutlichen, dass es sich lohnt, den Weg zu beschreiten. Das neue Hospiz-Palliativgesetz fordert alle Altenpflegeeinrichtungen auf, einen neuen, bewussten und aktiven Umgang mit dem Thema der guten Versorgung am Lebensende zu gestalten.

Der Workshop im Umfang von 4 Stunden wird alternativ an 9 Terminen angeboten. Durchgeführt wird er von Bärbel Sievers-Schaarschmidt, Mitarbeiterin der Hamburger Gesundheitshilfe gGmbH, und einem Mitglied des Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg.

- **Schulungsseminar: Ethische Fallbesprechung in der Altenpflege**

Im Pflegealltag stellen sich häufig Situationen ein, die für eine oder mehrere der beteiligten Personen nicht stimmig sind oder sogar zum Konflikt führen. Bewohner haben andere Vorstellungen als das Pflegepersonal. Angehörige hätten gerne andere medizinische Versorgung, als es in der Patientenverfügung geregelt ist. Ärzte sehen den Versorgungsbedarf anders als der gesetzliche Betreuer. Alle Beteiligten können ein Ethisches Fallgespräch veranlassen, um gemeinsam aus den verschiedenen Sichtweisen im Sinne des Bewohners zu entscheiden. Soweit der/die BewohnerIn geistig in der Lage ist, selbst teilzunehmen, tritt er für sich selber ein, wenn dem nicht so ist, vertreten ihn die vorgegebenen

Personen. Das Ethische Fallgespräch endet mit einer schriftlichen Vereinbarung, die für alle beteiligten Personen stimmig und tragfähig ist. Damit die Methode des Ethischen Fallgesprächs zum normalen Arbeitsinstrument wird, muss sie eingeübt werden, Moderatoren müssen benannt und geschult werden. Das Schulungsseminar im Umfang von 8 Stunden wird alternativ an 4 Terminen angeboten. Durchgeführt wird er von Ilse Knapp. Es wird durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) begleitet. Erhoben werden der Ist-Zustand vor dem Schulungsseminar und die Veränderung danach.

Nutzen Sie Ihre Chance – Anmeldeschluss: 05.11.2016

Die Anmeldeformulare für den Workshop mit 9 alternativen Terminen in 2017 und das Schulungsseminar mit 4 alternativen Terminen in 2017 sowie alle weiteren Informationen dazu finden Sie im Anhang. Aus organisatorischen Gründen ist der Anmeldeschluss für diese beiden Angebote der bereits der 05.11.2016.

Für Rückfragen steht Ihnen Bärbel Sievers-Schaarschmidt zur Verfügung: **Tel. 040 – 226 30 300**

8. Zum guten Schluss: Nachhaltigkeit

Der Kreis schließt sich bei der Leitungsverantwortung und der Frage, wie lässt sich Nachhaltigkeit – ein Begriff in jeder Munde und beliebigen Zusammenhängen – von Palliativer Geriatrie in einer Altenpflegeeinrichtung sicherstellen?

Die Erfahrungen aller Teilnehmenden im NPG Hamburg lassen sich nur stichpunktartig zusammenfassen: Zu verschieden sind die Vorstellungen, Erfahrungen, Ausgangslagen und Strukturen der beteiligten Häuser und Personen.

Sicher aber ist: Man benötigt Ressourcen, zeitlich, personell, räumlich und auch finanziell. Ein Haus für Palliative Care und Hospizkultur zu bauen – mit allen im Konzepthaus auf Seite 7 bis 11 beschriebenen Indikatoren – ist eine längerfristige Aufgabe, bestehend aus vielen kleinen, sich gegenseitig stützenden Steinen.

Ohne Fundament, ohne Leitung, geht es nicht. Hier werden in der Regel gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement die Grundsteine gelegt: Leitbild und Kultur müssen nicht nur schriftlich vorliegen, sondern auch gelebt werden. Ein Konzept ist nicht auf Formulare zu beschränken, sondern muss im täglichen Handeln sichtbar bleiben – nach innen und nach außen.

Die wichtigsten Bausteine im „Innenausbau“ sind selbstverständlich alle Mitarbeitenden, auch die scheinbar nicht direkt betroffenen aus Verwaltung, Technik, Küche oder Wäscherei. Für alle (!) haupt- und ehrenamtlich Tätigen im Haus gilt: Haltung muss immer wieder über Fort- und Weiterbildungen sowie über das Vorbild der leitenden Personen in Erinnerung gerufen und am Leben gehalten werden.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit muss das Thema Palliative Care und Abschiedskultur in gleicher Weise veröffentlicht werden wie z.B. die Größe der Zimmer oder die Lage des Hauses. Bei Gesprächen mit Interessenten oder bereits in der Einrichtung lebenden BewohnerInnen sollte sichtbar und hörbar sein, dass in einer Altenpflegeeinrichtung das gute Sterben zum Leben gehört und nicht nur hinter geschlossenen Zimmertüren verhandelt wird.

Der Paradigmenwechsel wird beispielsweise deutlich an der Frage, wie sich der letzte Weg aus der Einrichtung gestaltet und wie er kommuniziert wird. Wie sichtbar ist ein Sarg? Wie sichtbar ist Trauer?

Wenn das Fundament steht, sich das Haus aus den Bausteinen Basisorientierung und Kontinuität entwickeln kann, dann sorgt ein gutes dichtes Dach für Nachhaltigkeit. Unter dem Stichwort „Interprofessionalität“ lässt sich zusammenfassen und sichtbar machen, dass die leidenschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten langfristig den gesamten Prozess lebendig erhält.

9. Und noch etwas...

Die finanzielle Förderung des Projekts Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz endet nach zwei Jahren am 30. September 2016 – nicht aber die Notwendigkeit, mit denen die Palliative Geriatrie Einzug in alle Häuser der stationären Altenpflege einzug halten muss.

Die Abschlussveranstaltung der öffentlich geförderten Projektphase trägt den Titel „Zwischenstopp auf großer Fahrt“ – und dieser Name ist Programm.

Das Netzwerk Palliative Geriatrie wird weiterarbeiten: miteinander und im öffentlichen Raum.

Neue Mitglieder sind uns jederzeit herzlich willkommen!



Im Sinne aller Bewohner und ihrer Angehörigen, im Sinne aller haupt- und ehrenamtlich Tätigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen, im Sinne einer mitmenschlichen Gesellschaft, die sich gerade im Umgang mit den Grenzsituationen des Lebens zeigt, wünschen wir uns und Ihnen, dass wir gemeinsam den eingeschlagenen Weg mit vereinten Kräften und ganz individuellen Lösungen zusammen weitergehen.

Impressum

Erstellt wurde dieser Leitfaden als Gemeinschaftsarbeit mit den Teilnehmenden des NPG Hamburg von Bärbel Sievers-Schaarschmidt, Christine Conrad-Junker und Anja Dose.

Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg
Projektleitung
Bärbel Sievers-Schaarschmidt

Hamburger Gesundheitshilfe gGmbH
Winterhuder Weg 29 – 22085 Hamburg
Telefon 040 .226 30 300
Mail b.sievers-schaarschmidt@hgh-ggmbh
Internet www.hamburger-gesundheitshilfe.de/beratungsstelle-charon/netzwerk-palliative-geriatrie-hamburg.html