

# PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer  
Herausgeber

Liebe Leserin,  
lieber Leser,

das Jahr 2007 hat gute Chancen „Das Jahr der verbesserten Palliativversorgung“ zu werden. Überall sind Politiker, Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen unterwegs, sich dem Thema zu stellen. Tod und Sterben wird als besondere Herausforderung an die Qualität von Pflege erkannt, Verbesserungen lautstark gefordert. In der Ausgabe dieses Newsletters finden Sie unter anderem das Eckpunktepapier der BAG Hospiz zur spezialisierten Palliativversorgung. Der politische Wille ist da, die verbesserte Versorgung auch tatsächlich im Bereich der Heime anzubieten. Genaueres erfahren Sie im nächsten Newsletter, der die neue Rahmenvereinbarung zur Palliativversorgung enthalten wird.

Die Forderungen und der Bedarf erstreckt sich aber nicht nur auf die spezialisierte Palliativversorgung nach § 37b und § 132d SGB V. Auch die reguläre Palliativversorgung durch Pflegedienste, Hausärzte und Pflegeheime wird gestärkt. Es geht nur voran, wenn alle zusammenarbeiten und sich gegenseitig in ihren Kompetenzen stärken. Wenn alle das vorhandene Erfahrungswissen aus der Sterbebegleitung wertschätzen, erkennen und verstärken und das neue Palliative Care-Wissen erlernen und umsetzen. Bei dieser Implementierung wünsche ich Ihnen Geduld, Umsicht und Mut.

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber

## Spezialisierte Palliativversorgung

### Empfehlungen der BAG Hospiz

Die **BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft) Hospiz** veröffentlichte am 5. Juni 2007 Empfehlungen für die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V, die hier in stark gekürzter Form wiedergegeben sind. Den vollständigen Text finden Sie unter [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net) in der Rubrik „Aktuelles“ und im Bereich „Themen“.

„Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) sieht in dem § 37b SGB V eine große Chance, die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland insgesamt zu verbessern, auch wenn der § 37b SGB V insbesondere von der spezialisierten palliativen Versorgung spricht. Denn eine qualifizierte Versorgung entsprechend betroffener Patienten ist nur durch einen integrativen Ansatz möglich.

Die BAG Hospiz empfiehlt alle Anstrengungen zu unterstützen, Hospiz- und Palliativversorgungskonzepte auf der Basis der bestehenden Strukturen zu erstellen. Diese Form der Netzwerkbildung ist Bestandteil eines umfassenden Case-Management Palliative Care, das letztlich ein Case-Management im Sinne der Leistungsemp-

fänger erst möglich macht. Nach Ansicht der BAG Hospiz sind folgende grundsätzliche Aspekte auf dem Weg zur spezialisierten Palliativversorgung zu beachten:

- Für die Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung – das heißt, auch für den Abschluss entsprechender Verträge vor Ort – sind **regionale Gesamtkonzepte** erforderlich, die mit den unterschiedlichen Stufungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der stationären Krankenhaus- und Hospizversorgung eine integrative Arbeit ermöglichen. Dabei ist die Versorgungsstruktur auch in wirtschaftlich und infrastrukturell schwächeren Regionen so sicherzustellen, dass weder die Leistungsempfänger noch die Leistungserbringer wirtschaftlich schwächer gestellt werden.
- Die Gesamtkonzepte müssen auch die **psychosoziale und spirituelle Begleitung und Unterstützung systematisch** und integrativ beinhalten; es darf nicht ein rein „medi-

*weiter auf Seite 2*

## In dieser Ausgabe lesen Sie

Empfehlungen der BAG Hospiz . . . . .	1
Empfehlungen der DGP . . . . .	3
Zukunft der Palliativversorgung . . . . .	4
Strukturstärkung für demenziell Erkrankte nötig . . . . .	6
Projektwerkstatt erfolgreich abgeschlossen . . . . .	7
Rechtssicherheit verbessern . . . . .	8
Palliative Geriatrie am 3. Oktober 2007 in Berlin . . . . .	8

kalisiertes“ System entstehen. Dies ist auf der Grundlage einer verpflichtenden Kooperationsvereinbarung zu regeln. Dadurch wird u. a. sichergestellt, dass die Koordinatoren des ambulanten Hospizdienstes Teil des Teams sind und an den wöchentlichen Teamsitzungen teilnehmen.

- Die Gesamtkonzepte müssen die **gewachsenen Strukturen vor Ort** so berücksichtigen, dass je nach Ausgangssituation und regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Ausgestaltungen hinsichtlich der Organisationsstrukturen möglich sind. Es sind zudem angemessene Übergangsregelungen zur Anpassung erforderlich.
- Ziel der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung ist es, wo immer möglich, ein Sterben zu Hause, in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. In den Fällen, in denen aus sozialen Gründen eine Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist oder die Patienten selber dies wünschen, muss auch weiterhin die Versorgung in einem stationären Hospiz erfolgen können.
- Es muss eine **Balance** entstehen zwischen einer hoch qualifizierten und qualitätsgesicherten **medizinischen und pflegerischen Palliativversorgung** und der von den Bürgerinnen und Bürgern weitgehend ehrenamtlich erbrachten **Hospiz-Begleitung**. Darüber hinaus sind die bestehenden Strukturen der spezialisierten stationären Palliativ- und Hospizversorgung und der Hospizbewegung im Sinne eines umfassenden Hospiz- und Palliativnetzwerkes weiter zu entwickeln und wirtschaftlich zu sichern.
- Die besonderen Belange von Kindern sind unter der Berücksichtigung der zielgruppenorientierten Anforderungen zu berücksichtigen.
- Die palliative Grundversorgung bzw. Allgemein- oder Primärversorgung ist in Abgrenzung zur spezialisierten palliativen Versorgung zu beschreiben und als Regelversorgung sicher zu stellen. Die notwendigen Qualifizierungsanforderungen für die vergütete Erbringung

der palliativen Grundversorgung sind ebenfalls zu beschreiben.

Die spezialisierte Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren Angehörige, bei denen die Intensität oder Komplexität der symptomatischen Belastung den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur. Diese zeichnet sich aus durch bedarfsorientiertes Case Management der notwendigen hospizlichen und palliativen Leistungen, Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer. Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z. B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen.

Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gilt:

- Das Palliative Care Team ist in der Zusammensetzung an feste (namentlich benannte) Personen gebunden, die entsprechenden Qualitätsanforderungen genügen müssen. Das Palliative Care-Team muss mind. aus 8 HA bestehen, die eine 24-Stunden-Erreichbarkeit sicherstellen (z. B. 2 Ärzte, 5 PK, 1 SozialarbeiterIn auf 250.000 EW).
- Eine integrative Hospiz- und Palliativversorgung ist sicher zu stellen, d. h. spezialisierte Palliative Care Teams können in der Regel nur unter Einbeziehung der (bestehenden) Hospizdienste und der Hospiz- und Palliativeinrichtungen tätig sein.
- Es müssen Übergangsregelungen festgelegt werden, die es den Palliative Care-Teams unter Einbeziehung der bestehenden Strukturen ermöglichen, sich zu diesen hin zu entwickeln.

- Die Palliative Care-Teams müssen eine organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einheit sein.

### Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Mehrere Szenarien sind denkbar. Grundsätzlich sind gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Die koordinierte und kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer sollte durch die spezialisierten Palliativteams gefördert werden. Je nach individueller Situation können in der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden werden:

1. Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) betreut den Patienten hauptverantwortlich (weiter). Die ärztliche und ebenso die pflegerische Kompetenz des Palliativteams werden ausschließlich konsiliarisch eingebracht.
2. Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) betreut den Patienten hauptverantwortlich (weiter). Die ärztliche Kompetenz des Palliativteams wird konsiliarisch eingebracht. Die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt nicht nur in der Beratung, sondern auch in der direkten Patientenversorgung zum Tragen.
3. Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) überträgt dem Palliativteam die haupt- bzw. eigenverantwortliche ärztliche Versorgung des Patienten in allen palliativmedizinischen Aspekten. Die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt hingegen ausschließlich konsiliarisch zum Tragen.
4. Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) überträgt dem Palliativteam die haupt- bzw. eigenverantwortliche ärztliche Versorgung des Patienten in allen palliativmedizinischen Aspekten. Auch die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt in der direkten Patientenversorgung zum Tragen.  
Die Verordnung der spezialisierten Palliativversorgung kann in allen vier Szenarien durch Klinikärzte oder niedergelassene Vertragsärzte erfolgen. Nur das Palliativ-Team

kann dann entscheiden, welchen Betreuungsbedarf der Betroffene und seine Angehörigen haben.

In den vier dargestellten Szenarien, die in der eigenen Häuslichkeit wie in der stationären Pflegeeinrichtung so geschehen können, sollte das grundsätzliche Ziel sein, die Kontinuität in der Beziehung zu den Pflegenden und zum behandelnden Arzt aufrecht zu erhal-

ten, sofern diese die Anforderungen einer palliativen Allgemeinversorgung erfüllen. Diese sollten selbstverständlich in die Betreuung des Palliativpatienten und dessen Familie eingebunden bleiben. Die weitere Versorgung wird, sofern und sobald der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg dies zulassen, auf den behandelnden Arzt zurück übertragen. Die jederzeitige

Rufbereitschaft in Krisensituationen muss sichergestellt sein. Der niedergelassene Arzt (in der Regel der Hausarzt), der hauptverantwortlich die Versorgung durchführt, muss eine 24-h-Rufbereitschaft gewährleisten. In Fällen, in denen die Hauptverantwortung auf das Palliativteam übergegangen ist, muss das Team die Rufbereitschaft gewährleisten. ■

## Spezialisierte Palliativversorgung

# Empfehlungen der DGP

Auch die **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)** legte im Sommer 2007 Empfehlungen zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im GKV-WSG gemäß § 37b und § 132d SGB V vor. Diese Empfehlungen vom 22. Juni 2007 können seit Mitte Juli frei herunter geladen werden von der Homepage der DGP: <http://www.dgpalliativmedizin.de> und dort im Bereich „DGP Stellungnahmen“. In sehr starker Kürzung und ohne Anhang sind hier einige Kernpunkte des Textes, der nur an wenigen Stellen ausdrücklich von der Position der BAG Hospiz (siehe oben) abweicht:

### 1. Anforderungen an die Erkrankungen (§ 37b Abs. 1)

Dieser Passus macht deutlich, dass als Voraussetzung für den Leistungsanspruch bei einem betroffenen Patienten eine unheilbare Erkrankung ohne kurative oder lebensverlängernde Handlungsoption vorliegen muss, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium befindet und weiter progredient verläuft. Diese Definition trifft auch für fortgeschrittene nicht-onkologische Erkrankungen zu. Ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung besteht allerdings nur, wenn eine „besonders aufwändige Versorgung“ erforderlich ist, die z. B. durch die übliche pflegerische und ärztliche Betreuung in häuslicher Umgebung, also im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung, nicht mehr gewährleistet werden kann und normalerweise zur Krankenhausein-

weisung führen würde. Die Gründe für eine „besonders aufwändige Versorgung“ können dabei sowohl im somatischen als auch im pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Bereich liegen. Die komplexe Problematik bzw. der besonders schwierige Verlauf machen häufig einen multiprofessionellen Ansatz erforderlich, weshalb auch die multiprofessionelle Kompetenz eines Palliativteams konzeptionelle Grundlage der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist. Die Unsicherheit einer zeitlichen Prognose der Lebenserwartung lässt es nicht ratsam erscheinen, den Anspruch auf spezialisierte palliativmedizinische Leistungen auf eine bestimmte Zeitspanne zu begrenzen, da es durchaus Krankheitsverläufe mit – zumindest passager notwendiger – besonders aufwändiger Versorgung gibt, die sich über Monate und Jahre hinziehen können. Dazu gehören z. B. lebenslimitierende Erkrankungen im Kindesalter, aber auch Komplikationen bei fortgeschrittenen Stadien u. a. neurologischer und pulmonologischer Erkrankungen sowie der Demenz. So wird z. B. im Rahmen eines vom Europäischen Parlaments geförderten Projekts (MS Information Divided, organisiert durch die „European MS Platform“) ein „Code of Good Practice“ für die Behandlung von Menschen mit Multipler Sklerose erarbeitet und der Zugang zur Palliativversorgung für alle MS-Patienten in Europa gefordert.

### 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung muss von den Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste abgegrenzt werden. Die DGP vertritt den Standpunkt, dass sich die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in erster Linie dadurch auszeichnen, dass sie primär bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten, da sich nur so die besondere Expertise und Erfahrung in schwierigen und komplexen Problemsituationen gewinnen und umsetzen lässt. (...)

Es ist dringend erforderlich, dass (eine) regionale Basisstruktur nicht nur vorhanden, sondern auch transparent für alle potentiellen Nutzer ist. Andererseits obliegt der spezialisierten Palliativversorgung die Koordination aller im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen (Case Management) – in jedem Fall immer dann, wenn das die spezialisierte Palliativversorgung durchführende Team nicht nur beratend, sondern auch direkt in der Versorgung tätig wird.

### 3. Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Mehrere Szenarien sind denkbar. Grundsätzlich sind gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Die koordinierte und kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer sollte durch die

spezialisierten Palliativteams gefördert werden. (...) Einvernehmliche Absprachen sollen zwischen allen Beteiligten gesucht werden. Palliativteams und Hospizdienste müssen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit der Palliativteams mit den Einrichtungen der Hospizarbeit muss über verpflichtende Kooperationsverträge gesichert sein. Ein Palliativteam kann auch mit mehreren Hospizdiensten Kooperationsverträge abschließen.

Der Kontakt zu anderen spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen ist im Sinne einer guten Kooperation im Bedarfsfall und einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in der jeweiligen Region zu gestalten.

In den durch den G-BA festzusetzenden Richtlinien muss darüber hinaus deutlich werden, dass bei Patienten, die einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bedürfen, sämtliche Leistungen der Regelversorgung weiterlaufen, d. h. die niedergelassenen Ärzte erbringen weiterhin Leistungen nach dem EBM 2000plus und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden nach § 37 SGB V erbracht. Wenn der Anspruchsberechtigte bereits in der Pflegeversicherung eingestuft ist, werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB XI geleistet. Spezielle Behandlungspflegen, die für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung unerlässlich sind, wie z. B. delegierbare ärztliche Leistungen (z. B. die Punktion von Portsystemen oder die Gabe von intravenösen Infusionen sowie subkutane Infusionen mit Medikamenten), sind entsprechend der allgemeinen Behandlungspflege in den Richtlinien über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6

und Abs. 7 SGB V als Maßnahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu beschreiben.

#### 4. Sächliche und personelle Anforderungen an die Leistungserbringung

Unterschiedliche Versorgungslandschaften erfordern angepasste Strukturen für verschiedene Regionen. Die DGP hält bestimmte Mindestanforderungen an spezialisierte Palliativteams für unverzichtbar. Palliativteams sollen über einen eigenständigen Sitz mit einer selbständigen Infrastruktur verfügen (Büroadresse, Telefonnummer, etc.) – über diese Kontaktadressen ist das Team erreichbar und von hier aus ist die Arbeit des Teams zu koordinieren. Solange die organisatorische Einheit des Teams gewährleistet ist, kann das Team, je nach seiner strukturellen Verortung, seine Basis direkt im ambulanten Sektor haben (durchaus auch angegliedert an Strukturen der ärztlichen Versorgung, an Hospizdiensten und Pflegedienste), aber auch in Krankenhäusern (hier insbesondere auf Palliativstationen), in stationären Hospizen und Heimen.

Die Qualifikation der Mitglieder des Teams muss den Anforderungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gerecht werden und durch entsprechende Aus- und Weiterbildung sichergestellt sein. Ärzte müssen als Mindestvoraussetzung die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nachweisen, Pflegenden eine 160-stündige Weiterbildungsmaßnahme in Palliative Care (z. B. 160-stündiges „Basiscurriculum Palliative Care“ von Kern/Müller/Aurnhammer oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) und auch Mitglieder anderer Berufsgruppen im Team müssen eine Weiterbildungsmaßnahme in Pal-

liative Care absolviert haben („Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für Psychosoziale Berufsgruppen“ hrsg. von Kern/Müller/Aurnhammer/Uebach oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula).

Mitarbeiter in Leitungspositionen müssen darüber hinaus mindestens ein Jahr ganztags in einer palliativmedizinischen Einrichtung tätig gewesen sein. Zur Sicherstellung der Versorgung müssen mindestens 50 % der Teammitglieder die erforderliche Qualifikation nachweisen können. Bei höchstens 50 % der Teammitglieder soll es statthaft sein, die erforderliche Qualifikation in einer angemessenen Zeit (im Sinne von die Versorgung gewährleisten Übergangsregelungen) nachträglich zu erwerben. Die Palliativteams erbringen ausschließlich Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Die einzelnen Teammitglieder sollten in der Regel zu 100 % ihrer Arbeitszeit in diesem Feld tätig sein. Es kann aber auch notwendig und möglich sein (je nach regionalen Voraussetzungen, zumal in strukturschwachen ländlichen Regionen), dass mehrere qualifizierte Leistungserbringer sich einen bestimmten Aufgabenbereich, z. B. die Regelung der Rufbereitschaft für den pflegerischen und ärztlichen Bereich, innerhalb des Teams teilen. Ein funktionsfähiges Palliativteam muss personell ausreichend besetzt sein, um der Verpflichtung zur Rufbereitschaft nachkommen zu können. Ärztliche, pflegerische und sozialarbeiterische Kompetenz sollte in jedem Fall in die Teamstruktur eingebunden werden. Bei Bedarf müssen auch jederzeit psychologische, physiotherapeutische und seelsorgerische Expertise zur Verfügung stehen können. ■

### Interview

## Zukunft der Palliativversorgung

Im Rahmen Ihrer Veröffentlichung „Palliativversorgung in Niedersachsen – Ein Beitrag zur Evaluation“ hat Frau Cornelia Wichmann unter ande-

rem den Göttinger Palliativmedizin-Professor Dr. Friedemann Nauck interviewt. Er ist im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedi-

zin und vertritt diese auch im Gemeinsamen Bundesausschuss bezüglich der Rahmenvereinbarungen zu § 37b. Im Folgenden wird auf die spezielle Si-

situation in Niedersachsen eingegangen, die sich aber auf alle Flächenstaaten übertragen lässt. „Palliativversorgung in Niedersachsen“ wurde von der LAG Hospiz Niedersachsen und dem niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit Ende Mai 2007 herausgegeben und kann dort bestellt werden (3 Euro Schutzgebühr; auch direkt über die Niedersächsische Stiftung Hospiz bestellbar: <http://www.hospiz-stiftung-niedersachsen.de>).

**Wichmann:** Wie sehen Sie den ganzheitlichen, interdisziplinären Ansatz von Palliative Care im derzeitigen Förderkonzept und in den ersten Umsetzungen verwirklicht?



C. Wichmann

**Prof. Nauck:** Das Problem wird sein, dass der Gesetzgeber lediglich ein Palliative Care Team mit Ärzten, Pflege und Koordination verlangt. Aber das Sozialgesetzbuch wird nicht nach den anderen Berufsgruppen des multi-disziplinären Teams (z. B. psychosoziale Berufsgruppen) verlangen, das ist klar. Aber die Notwendigkeit immer wieder zu betonen, miteinander zu arbeiten, halte ich immer wieder für wichtig.

Andererseits man muss auch mal Patienten schützen. Ein Arzt, eine Krankenschwester, Sozialarbeiter, ein Seelsorger, ein Psychologe, ein Physiotherapeut, der Orthopädiemechaniker und dann auch noch der Pfarrer aus der Region, das ist manchmal zuviel. Und das in den letzten Tagen und Stunden des Lebens!

Nicht jeder Mensch, der stirbt, braucht Palliative Care im interdisziplinären Team. Jeder Sterbende braucht Begleitung, braucht Unterstützung, er kann nicht alleine. Dann muss man schauen, ob die/der Ehrenamtliche nicht vielleicht besser ist als ein Arzt, eine Krankenschwester, ein Sozialarbeiter, ein Seelsorger oder ein Physiotherapeut.

**Wichmann:** Welche Entwicklungen sehen Sie für die Hospizarbeit und Palliativbewegung in Niedersachsen – wo stehen Sie in 3 Jahren?

**Prof. Nauck:** Ich glaube, dass die Anzahl der Stützpunkte in Niedersachsen etwa bei der angestrebten Zahl von 40 ist, dass wir in Niedersachsen weiter eine sehr inhomogene Versorgung haben werden, dass wir aber, gerade an den Stützpunkten der ersten Stunde, genügend Palliative Care-Teams haben integrieren können, die hoffentlich auch genügend abrechnen können, damit sie weiter beraten können und nicht spezialisierte Pflege machen und dann wieder gehen müssen. Also, das ist eine der größten Sorgen, die ich mit der Gesundheitsreform verbinde, dass zwar Geld reingegeben wird, aber nicht ganz klar ist, wie die Abrechnungsmodalitäten sein werden. Natürlich wäre das Beste, man würde in diesen Regionen, für eine bestimmte Anzahl von Patienten, oder eine Anzahl von Betreuungen eine Fixsumme bezahlen oder für eine Region eine Fixsumme bezahlen und damit die Aufgabe verpflichtend machen, das eine flächendeckende Palliative Care-Versorgung in einem vernetzten Bereich etabliert und gehalten wird. Das wäre schön, aber das kann ich für die nächsten drei Jahre nicht sagen. Ich glaube das Niedersachsen insgesamt sehr viel über Palliativmedizin wissen wird, und zurzeit ist Niedersachsen das Land mit den meisten spezialisierten Palliativärzten, also weitergebildeten Palliativärzten.



Prof. F. Nauck

Wir müssen jetzt ganz klar sagen, Niedersachsen ist ein Flächenland. Wir haben in Niedersachsen extreme Entfernungen, von daher kann ein Netzwerk hier auch sehr weitläufig sein, und nicht (...) jeden Bedürftigen erreichen. Insofern wird es immer so bleiben, dass es im Bereich der Stützpunkte auch unterschiedliche Ange-

botslevel geben wird. Ich glaube auch z. B. hier dieser Göttinger Bereich ein wesentlich beratender auch für andere Kolleginnen und Kollegen sein wird, einfach weil das „Know How“ da ist.

Wenn Niedersachsen keine Bedarfsplanung für Palliativbetten macht, dann kann sich das Ganze auch extrem anders entwickeln, dass die Patienten z. B. viel schneller in Krankenhäuser eingewiesen werden, weil viele Krankenhäuser dann sagen „Dann machen wir eben jetzt eine Palliativstation“, und immer da, wo dann zu viele Betten sind, werden Sie dann aufgenommen. Das könnte dann dazu führen, dass im Endeffekt der ambulante Bereich gar nicht so angefordert wird, weil die Patienten ganz schnell in irgendwelchen stationären Betten liegen.

**Wichmann:** Was sind Ihre Wünsche?

**Prof. Nauck:** ... dass die, die in der Hospiz- und Palliativmedizin arbeiten, weiterhin wach genug bleiben für die Veränderungen, die eintreten werden, auch für die notwendigen Veränderungen, sich anderen Patientengruppen zu öffnen.

Dass die Hospizarbeit und Palliativmedizin den alten Menschen nicht vergisst, eine Herausforderung die wir haben, in der Zukunft.

Ich würde mir wünschen, dass die Versorgung nicht nur in Niedersachsen, sondern in der Bundesrepublik zunehmend sich verbessert und dass es keinen Verteilungskampf um die Gelder für Palliativversorgung gibt.

Ich würde mir sehr wünschen, dass für alle Studenten, die in Niedersachsen Medizin studieren, Palliativmedizin Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach wäre. Dass es nicht nur ein Theoriefach ist, sondern, dass die Studenten Patienten begleiten, um zu erleben was es heißt, schwere Erkrankungen zu haben, durch harte Therapien zu gehen. Dass sie lernen, was es bedeutet, gesund zu werden, was es aber auch bedeutet, zu sterben. ■

### Palliative Versorgung

# Strukturstärkung für demenziell Erkrankte nötig

In der letzten Ausgabe dieses Newsletters wurde bereits auf die Fachgruppe für „Nicht-Tumor-Patienten“ innerhalb der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hingewiesen. In dem gerade zur Veröffentlichung anstehenden Text (Autorengruppe: M. Fuchs, C. Gerhard, M. Pfisterer, J. Steurer) wird auch auf die nötigen palliativen Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte eingegangen:

„Die traditionelle Palliativmedizin hält gute Versorgungsstrukturen wie Palliativstationen, Hospize, ambulante Palliativpflegedienste vor. Diese versorgen jedoch bislang überwiegend Tumorpatienten. Der Nicht-Tumorpatient mit palliativem Versorgungsbedarf braucht spezifische Strukturen mit zusätzlichen Kenntnissen, Fertigkeiten und Grundhaltungen. Darüber hinaus sind Organisationsentwicklungen erforderlich.

#### Ambulante Versorgung mit dem Hausarztssystem

Für den zunehmend dementen Patienten und sein Umfeld sind vertraute Behandler mit Kenntnis der individuellen Alltagsbedürfnisse gerade auch in seiner letzten Lebensphase entscheidend. Statt einer Pflege und medizinischen Behandlung durch (externe) Spezialisten sind die kontinuierliche und die spezifische Palliativbehandlung durch gewohnte Bezugspersonen vorzuziehen. Diese Personen sind durch spezifische Weiterbildungen und gegebenenfalls palliativmedizinische/-pflegerische Konsile zu unterstützen.

Die anderswo ausführlich beschriebenen und sich teils neu bildenden Formen der palliativen integrierten Versorgung (§ 140 SGB V und neuerdings auch SGB XI) und ambulanten spezialisierten Palliativversorgung (der neue § 37 b/§ 132 d SGB V) sind unbedingt zu fördern. Hausarzt und andere langjährige Mitglieder des Behandlungsteams haben

eine besondere Bedeutung. Ambulante Pflegedienste gehen Strukturveränderungen in Richtung Palliativkompetenz ein. Eine Focuserweiterung auf die Gruppe der Nicht-Tumor-Patienten ist notwendig.

#### Versorgung in Alten- und Pflegeheimen

Palliativkompetenz muss auch in Pflegeheimen integriert werden (BAG Hospiz 2006). Hospiz-Versorgungskonzepte können ferner in Form von ehrenamtlichen Besuchsdiensten/ambulanten Hospizdiensten flankiert werden bei der psychosozialen Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. Wenn gemäß § 37b SGB V externe Kräfte in einer ambulant-stationär vernetzten Tätigkeit konsiliarisch oder übernehmend die palliative Versorgung im Pflegeheim durchführen, sollte der Vorrang der Bezugspflege gesichert bleiben.

Jaspers & Schindler (2005, S. 108–116, 169–175) beschreiben mögliche Konzepte der Palliativversorgung von meist Nicht-Tumorpatienten in einzelnen Pflegeheimen (s. a. Wegleitner 2006, Kunz 2003, Kojer 2003). Die BAG Hospiz gab im Frühjahr 2006 Empfehlungen und Indikatoren für Palliativkompetenz heraus: „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim“ (BAG Hospiz 2006). Beckers (2006) konnte eine nachhaltige Relevanz mehrerer bereits von Jaspers & Schindler beschriebener Modellprojekte feststellen. Seit Anfang 2006 haben mehrere Verbände und Träger von Heimen dies breiter implementiert (DW-Bund 2006, BSGF-HH 2006, Alzheimer 2007). Die Projekte zielen darauf ab, die Gesamt-Kultur in Pflegeheimen zu verändern. Der demographische Wandel stellt die Heime vor neue Herausforderungen. Der Betreuungsbedarf verschiebt sich hin zu pflegebedürftigeren, multimorbiden Menschen zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Pflegeheim.

Pflegeheimen entwickeln sich noch mehr zum Sterbeort, ohne jedoch Hos-

piz zu sein oder werden zu wollen. Ins Pflegeheim können alle jene einziehen, die ihre letzten Lebensmonate dort verbringen – in den häufigeren Fällen ohne ein konkret vorhersehbares Lebensende.

Gerade im Heim ist eine kontinuierliche und sämtliche Bereiche durchdringende palliative Kultur des Lebens und Sterbens erforderlich (DW Hannovers 2006). Diesem Ziel werden einzelne Hospizbetten in Pflegeheimen ohne eine Einbindung in ein palliatives Gesamtkonzept nicht gerecht.

Ab dem Einzug sind die Fragen des Bewohnerwillens zu seiner Behandlung und zu seinem Lebensende zu klären, Angehörige zu integrieren, um dann in der präfinalen und finalen Phase gezielt diesen Willen mit erhöhter Palliativkompetenz umsetzen zu können. Analog wird sich der Krankenhaussektor auf die multimorbiden, demenziell erkrankten Palliativpatienten mit Gesamtlösungen verstärkt einlassen müssen. Dabei können die geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen wesentliche Beiträge leisten. Sektorenübergreifend werden interprofessionelle Konsiliardienste in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder im ambulanten Bereich, wie das Londoner Modell der ambulanten Betreuung von MS-Patienten durch Beratungsteams (Voltz et al. 2006) zeigt, für Nicht-Tumorpatienten vorhandene Versorgungskonzepte ergänzen. Palliativmedizinische Beratungsteams in Pflegeheimen, geriatrischen, neurologischen und gerontopsychiatrischen Krankenhausabteilungen wären zu fördern, wie dies u. a. der WHO Bericht „Better Palliative Care for Older People“ vorsieht (Davies & Higginson 2004).

#### Ausbildungsnotwendigkeit in Palliative Care für alle Mitglieder des Versorgungsteams

Grundsätzlich sollten alle mit demen- ten Menschen Arbeitenden Basiskenntnisse in palliativer Versorgung haben. Alten- und Krankenpfle-

gende, Hausärzte und andere Mitglieder des palliativen Versorgungsteams sollten in zertifizierten 40- bis 160-stündigen Palliative Care-Basiskursen/Palliative Praxis ausgebildet sein. Ebenso sind ausgebildete SeelsorgerInnen und SozialarbeiterInnen in die interprofessionelle Versorgung einzubeziehen. Vorhandene Curricula sollten an die Bedürfnisse des Nicht-Tumor-Erkrankten, insbesondere demenzen Palliativpatienten angepasst werden.

Der Vorteil vom Einbezug ehrenamtlicher HospizbegleiterInnen liegt im spezifischen Einbringen von Lebenserfahrung, freier Zeit, Un-Amtlichkeit und Un-Verfügbarkeit. § 39a Abs. 2 SGB V ist im Rahmen der

Gesundheitsreform deshalb unbedingt auf den Einsatz von Ehrenamtlichen im Heim auszuweiten (DW-Bund 2006, Nr. 18, S. 4), damit diese die Mehrzahl der Sterbenden erreichen können. Spezifische Bildungskonzepte für den Heimbereich sind anzuwenden (Kittelberger 2004) oder zu entwickeln. Auch Angehörige sind einzubeziehen und auf Wunsch hin zu schulen.

Spezifisch Ausgebildete können in den jeweiligen Einrichtungen (ambulant / teilstationär / vollstationär) als Multiplikatoren für die anderen Mitglieder des Versorgungsteams (inkl. den Angehörigen) wirken, z. B. durch bed-side-teaching oder in-house-Schulungen.

Einrichtungen sollten deshalb gezielte Fortbildungssysteme schaffen. Bei der Auswahl der zu Schulenden ist auch auf vorhandene multiplifikatorische Fähigkeiten zu achten. Für multimorbide Demenz-Patienten sollte gezielt Behandlungs- und Versorgungsforschung erfolgen. Forschungszentren und andere spezialisierte Ausbildungsinstitute sollten sich der kontinuierlichen Weiterbildung widmen.“ Ergänzend zur Thematik haben C. Gerhard und G. Bollig in der neuesten Ausgabe der Zeitschrift für Palliativmedizin (Juni 2007; S. 69–72) den neusten wissenschaftlichen Stand zum Thema aufgezeigt: „Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz“. ■

## Implementierung von Hospizkultur und Palliativpflege

# Projektwerkstatt erfolgreich abgeschlossen



Sechs Heime in privater Trägerschaft aus Hamburg beendeten am DRK-Bildungszentrum in Hamburg am 14. Juni 2007 ihre 12-monatige Projektphase: In einem Grußwort der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat Seniorenarbeit und Pflege hob Frau Reinhild Pook die Bedeutung der Implementierung der Hospizkultur für die Bewohner von Pflegeheimen hervor und zeigte sich erfreut über den Prozessbeginn in den teilnehmenden Einrichtungen. Ziel der Projektwerkstatt ist die Implementierung einer Palliativ- und Hospizkultur auf breiter Basis in Alten- und Pflegeheimen einer Re-

gion. Besonders befruchtend erlebten die neun Teilnehmer den Ideenaustausch zwischen einzelnen Häusern und die Kräfte spendenden Entwicklung von Standards nach den Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz. Die einzelnen, umgesetzten Projekte wurden am 14. Juni vor einem Fachpublikum präsentiert. Der Leiter des DRK-Bildungszentrums, Thomas Schulz, und der Leiter der Projektwerkstatt, Dr. Jochen Steurer, übergaben die Zertifikate an die Teilnehmer und Bescheinigungen für die Einrichtungen. Fotos der Feier und weitere Informationen finden sie unter <http://www.bildungszentrum.drk.de> im Bereich „Pflegerberufe“ unter „Aktuelles“.

Das Netzwerk-Palliativmedizin-Essen startete mit sechs Häusern der Diakonie, der AWO und privater Träger in Essen Ende April eine Projektwerkstatt. Erstmals ist auch eine Einrichtung für geistig behinderte Menschen mit dabei. Im Frühjahr 2008 beginnt in Essen ein neuer Durchgang. Informationen unter [www.MediAcion.de](http://www.MediAcion.de)

Das Deutsche Rote Kreuz in Niedersachsen startet mit dem Landesverband und den Kreisverbänden ein groß angelegtes Palliativprojekt. Für die ambulanten Einrichtungen startet im



## Palliative Care kompakt

Februar 2008 ein spezifisch dafür aus-  
geschriebenen Palliative Care-Kurs  
(siehe [www.palliativkurse.com](http://www.palliativkurse.com)). Die  
stationären Einrichtungen werden im  
November 2007 mit einer Projekt-  
werkstatt in Bad Pyrmont starten und  
parallel dazu einen Palliative Care-  
Kurs besuchen. Die Plätze sind leider  
schon alle ausgebucht. Beim DRK  
Niedersachsen können DRK-Einrich-  
tungen sich für den nächsten Durch-  
gang vormelden lassen.

Unter dem Titel „Leben bis zuletzt –  
Hospizarbeit und Palliativversorgung in  
Altenpflegeheimen“ lud das Diakoni-  
sche Werk der Evangelischen Kirche in  
Deutschland am 19. Juni 2007 nach  
Berlin ein. Die mittlerweile vielen Pro-  
jekte des DW auf Bundesebene stellten

der Fachöffentlichkeit, der Politik und  
MitarbeiterInnen aus den Einrichtungen  
ihre Projekte und Prozesse vor. Frank  
Kittelberger sprach zur Implementie-  
rung von Palliative Care durch die Pro-  
jektwerkstatt Implementierung als ei-  
nem Modell zur Integration einer inter-  
disziplinären Palliativkompetenz und  
Hospizkultur: „Das didaktische Modell  
der Projektwerkstatt folgt einem Verste-  
hen menschlicher Bildung, welches den  
Prozess gemeinsamen Fragens vor die  
einseitige Belehrung stellt, welches den  
Erfolg gelingender Praxis vom Aus-  
tausch über Erfahrungen, Erfolge und  
Misserfolge abhängig macht. Bei der  
Implementierung geht es auch darum,  
einen organisatorischen Rahmen zu ent-  
wickeln, der Individualität, Begegnung,

Kreativität und Flexibilität fördert.“  
Kittelberger zeigte den Rahmen der  
Einzel-Implementierungsprozesse der  
90-Jahre auf: CBT Upladin, AWO Düs-  
seldorf, Diakonie in Düsseldorf, Stutt-  
garter Sitzwachen und Gemeindestift  
Wuppertal. Nach dem ersten Durchgang  
in Bayern (wir berichteten im letzten  
BEHR's Newsletter) sind mittlerweile  
mit verbesserter Didaktik und Organi-  
sation mehrere Diakonische Werke in  
ganz Deutschland mit ihren Einrich-  
tungen in Gruppenimplementierungen un-  
terwegs: „Meines Wissens ist die erste  
Projektwerkstatt, die unter optimalen  
Startbedingungen segelt, die des Diako-  
nischen Werks Hannovers.“ Der gesam-  
te Vortrag von F. Kittelberger wird in  
Kürze publiziert. ■

### Patientenverfügung

## Rechtssicherheit verbessern

Der Rat der Evangelischen Kirche in  
Deutschland (EKD) hat sich für eine  
gesetzliche Regelung von Patienten-  
verfügungen ausgesprochen. Patien-  
ten, Angehörige und Ärzte bräuchten  
mehr Rechtssicherheit bei Entschei-  
dungen am Lebensende, heißt es in  
den „Eckpunkten des Rates der EKD  
für eine gesetzliche Regelung von Pa-  
tientenverfügungen“, die Anfang Juli

2007 den Abgeordneten des Deutschen  
Bundestages übersandt wurden. Die  
Ziele einer solchen gesetzlichen Rege-  
lung sollten unter anderem sein, die  
Vorsorge für Zeiten der Entschei-  
dungsunfähigkeit eines Patienten ver-  
bindlich zu regeln, die Wirksamkeits-  
voraussetzungen und die Reichweite  
von Patientenverfügungen festzule-  
gen, die Aufgaben von Betreuern und

Bevollmächtigten sowie die Rolle  
von Vormundschaftsgerichten zu klä-  
ren.

Den gesamten Text finden Sie unter  
<http://www.dgpalliativmedizin.de>  
im Downloadbereich und [http://  
www.ekd.de/presse/pm134\\_2007\\_  
eckpunkte\\_patientenverfuegungen.  
html](http://www.ekd.de/presse/pm134_2007_eckpunkte_patientenverfuegungen.html). ■

### Fachtag

## Palliative Geriatrie am 3. Oktober 2007 in Berlin

Unter dem Titel „Wenn alte Menschen  
sterben“ lädt die Akademie der Kon-  
rad-Adenauer-Stiftung, Tiergartenstr.  
35, Berlin zusammen mit dem Uni-  
onhilfswerk und der Christlichen Tele-  
fonseelsorge Interessierte zu einem  
Fachtag ein (10–16 Uhr). Die Träger  
beschäftigen sich vor dem Hintergrund  
der demographischen Entwicklung in  
Deutschland am Tag der Deutschen  
Einheit mit einem herausragenden The-  
ma: der Palliativen Geriatrie – der Be-  
gleitung alter Menschen am Lebensende.  
Ebenso herausragend sind die Refe-

renten: Dr. Marina Kojer, Wien, spricht  
über die Dimension von Schmerz bei  
demenzkranken Menschen. Bettina  
Sandgathe Husebø, Bergen/Norwegen,  
beschreibt die Möglichkeiten der mul-  
tidisziplinären Zusammenarbeit im Be-  
treuungsteam. Und auch Ehrenamtliche  
und Hauptamtliche aus Berliner Ein-  
richtungen erzählen aus ihrem Erfah-  
rungsschatz. Der Eintritt ist frei (Spen-  
de erbeten). Die Anmeldung und weite-  
re Informationen unter [www.palliativegeriatrie.de](http://www.palliativegeriatrie.de) ■

### IMPRESSUM

© B.Behr's Verlag GmbH & Co. KG  
Averhoffstraße 10 • 22085 Hamburg  
Tel. 0049/40/22 70 08-0 • Fax 0049/40/220 10 91  
E-Mail: [info@behrs.de](mailto:info@behrs.de)  
homepage: <http://www.behrs.de>

Grundwerk 2007  
1. Aktualisierungslieferung 08/07

Alle Rechte – auch der auszugswweisen Wiedergabe – vorbehalten. Herausgeber und Verlag haben das Werk mit Sorgfalt zusammengestellt. Für etwaige sachliche oder drucktechnische Fehler kann jedoch keine Haftung übernommen werden.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

ISBN 978-3-89947-368-1