

Abschlussbericht

Krisenintervention bei palliativgeriatrischen Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Kurztitel: PLK-Initiative (Initiative Palliative Lebenskultur)

Ein Projekt im Rahmen des Programms „Palliative Praxis - Projekte für alte Menschen“

Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung

Bewilligungs- Nr.: 32.5.1364.0026.0

Projektdauer: 15.12.2009 – 30.6.2011, Verlängerung bis 30.09.2011

Antrag vom 22.8.2009

Antragsteller: Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen

Projektleitung:

Name: **Dr. med. Johannes-Martin Hahn**

Leitender Arzt der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus

Institution/Adresse: Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus

Paul-Lechler-Straße 24

72076 Tübingen

Telefon: 07071/206-0

e-mail: hahn@tropenlinik.de

Internet: www.tropenlinik.de

Inhaltsverzeichnis

I.	Projektbeschreibung	4
1.1	Antragsteller, Kooperationspartner	4
1.2	Projektziel.....	5
1.3	Maßnahmen zur Realisierung des Projektzieles	5
1.4	Projektstruktur	6
1.5	Zeitplan.....	7
2	Projektergebnisse.....	9
2.1	Vorbereitungsphase	9
	Notfallplan.....	9
	Kooperationspartner	10
2.2	Durchführung	12
	Änderungen gegenüber der Planung	12
	Notfallpläne	13
	Anfragen aus den Pflegeheimen	15
	Fallgespräche.....	16
	Fortbildungen	17
	Gespräche mit Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenkassen	19
	Gespräche im Sozialministerium Baden-Württemberg	20
	Öffentlichkeitsarbeit.....	21
2.3	Resonanz der Beteiligten.....	22
	Ergebnisse der Umfrage unter den MitarbeiterInnen der stationären Pflegeeinrichtungen.....	22
	Beurteilung der PLK-Initiative durch die Pflegedienstleitungen	25
	Beurteilung der PLK-Initiative durch die Hausärzte.....	26
	Beurteilung der PLK-Initiative durch den Projektsozialarbeiter und die Projektpflegekraft	27
2.4	Zielerreichung der PLK-Initiative	27
	Notfallplan.....	27
	Palliative Lebenskultur.....	29

Übertragbarkeit des Projektes auf andere stationäre Pflegeeinrichtungen	31
2.5 Perspektiven	31

Anlagen

Anlage 1	Notfallplandokument
Anlage 2	Kurzcharakteristika des Projektverlaufes bei den einzelnen Pflegeheimen
Anlage 3	Anfragen aus den Pflegeheimen
Anlage 4	Öffentlichkeitsarbeit
Anlage 5.1 – 5.5	Umfrageergebnisse Pflegefachkräfte
Anlage 6.1 – 6.5	Umfrageergebnisse PflegehelferInnen
Anlage 7	Abschlussumfrage Pflegedienstleitungen
Anlage 8	Abschlussumfrage Hausärzte/Ärztinnen
Anlage 9	Persönlicher Bericht des Projektsozialarbeiters
Anlage 10	Persönlicher Bericht der Projektpflegefachkraft

I. Projektbeschreibung

1.1 Antragsteller, Kooperationspartner

Antragsteller:	Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen Krankenhaus für Innere Medizin und Akutgeriatrie, Palliativmedizin, Tropen- und Reisemedizin, Träger: Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
Projektleitung:	Dr. Johannes-Martin Hahn, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Palliativmedizin, D.T.M.&H. (Liv.)
Projektkoordinatorin:	Dr. Eva-Maria Mörike, Fachärztin für Allgemeinmedizin, 2. Vorsitzende der Tübinger Hospizdienste, MAS Palliative Care (IFF Wien)
Projektarzt:	Dr. Johann Jakob, Facharzt für Innere Medizin, klinische Geriatrie, Palliativmedizin
Projektpflegefachkraft:	Frau Frank, Palliative Care Pflegefachkraft, Moderatorin Palliative Praxis, Ethikberaterin, Pain Nurse, Krankenschwester
Projektsozialarbeiter:	Herr Leusing, Ehrenamtlicher Mitarbeiter der Palliativstation der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, ehemals langjähriges Mitglied im Leitungsteam des Altenwohnheims St. Josef-Stift in Emsdetten, Aufbau des Hospizes Haus Hannah, Emsdetten, Referent für stationäre Altenhilfe beim Diözesancharitasverband Münster
Tübinger Hospizdienste:	Frau Stöhrer, Einsatzleitung der Tübinger Hospizdienste, Palliative Care Pflegefachkraft, Trauerbegleiterin

Kooperationspartner:

Pflegeheime der Stadt Tübingen

Hausärzte/Ärztinnen der Stadt Tübingen

Notärzte/Ärztinnen der Stadt Tübingen

Tübinger Hospizdienste

1.2 Projektziel

Das wesentliche Ziel des Projektes bestand darin, die Wünsche und Vorstellungen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu Therapiemaßnahmen in möglichen Krisensituationen mit Hilfe eines Notfallplanes zu dokumentieren. Die therapeutischen Maßnahmen sollten dadurch im Sinne des jeweils individuellen und situativ angepassten Therapiezieles optimiert werden.

Außerdem sollte in schwierigen Situationen am Lebensende durch Klärung ethischer Konfliktsituationen, durch konkrete Handlungsanweisungen und durch eine gute Abstimmung aller Beteiligten mehr Sicherheit und Klarheit im Handeln im Sinne des Betroffenen erreicht werden.

Darüber hinaus war es ein Anliegen des Projektes, neben der Einführung eines konkreten Instrumentes zur Krisenintervention bei PalliativpatientInnen, weitere Themen einer palliativ/hospizlichen Versorgung von HeimbewohnerInnen anzusprechen, die palliative Kompetenz der Pflegenden und Ärzte/Ärztinnen zu stärken und Rahmenbedingungen der palliativen Versorgung im Heim zu optimieren.

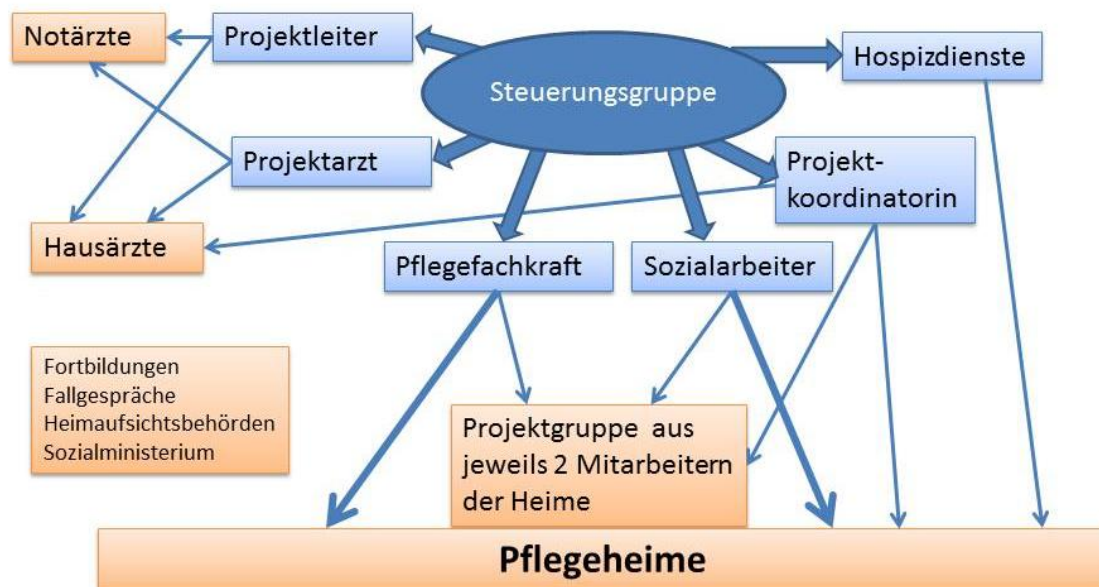
1.3 Maßnahmen zur Realisierung des Projektzieles

- Entwicklung eines Notfallplandokumentes
- Einrichtung einer Steuerungsgruppe aus den InitiatorInnen des Projektes
- Einführung des Projektes vor Ort
- Integration des Notfallplans in den Heimalltag
- Angebot regelmäßiger Treffen der Projektmitarbeiter aus den Einrichtungen
- Kollegiale Beratung der Pflegenden und der Sozialdienste durch die Projektpflegefachkraft und den Projektsozialarbeiter (Erstellung eines Notfallplanes, palliativpflegerische Fragen, ethische Fragen, organisatorische Hilfen) durch regelmäßige Besuche der Einrichtungen
- kollegiale Beratung der HausärztInnen durch die Projektärzte (Symptomkontrolle)
- Erstellung von Broschüren und Flyern zur Information der MitarbeiterInnen und Angehörigen
- Angebot der Beratung von Angehörigen
- Fortbildungen zu hospizlich/palliativen Themen (Pflegende, Ärzte/Ärztinnen), Kurs Palliative Praxis

- Einführung ethischer Fallgespräche (heimintern, heimübergreifend)
- Gesprächsrunden mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht (Akzeptanz der palliativen Situation durch die Heimaufsichtsbehörden)
- Gespräche mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg (Bevorratung von Notfallmedikamenten im Pflegeheim)
- Gespräch mit der Staatssekretärin im Gesundheitsministerium (BMG)

1.4 Projektstruktur

Projektstruktur



Aufgaben der Projektpflegefachkraft und des Projektsozialarbeiters

Ein wesentliches Element der Projektstruktur waren die regelmäßigen Kontakte der Pflegefachkraft bzw. des Sozialarbeiters mit den MitarbeiterInnen der einzelnen Wohnbereiche der Pflegeeinrichtungen. Bei diesen Kontakten wurden Fragen aus dem Alltag der palliativen Versorgung angesprochen und in kollegialer Beratung, Fallgesprächen oder Projektgruppentreffen weiterbearbeitet.

Darüber hinaus organisierten Projektpflegefachkraft und Projektsozialarbeiter die Projektgruppentreffen sowie Fallgespräche und nahmen an den Gesprächen mit Heimaufsichtsbehörden und Sozialministerium teil.

Aufgaben der Koordinatorin

Über die Teilnahme an den Projektgruppentreffen, den Fallgesprächen und Fortbildungen hatte sie regelmäßigen Kontakt zu den MitarbeiterInnen der Pflegeheime. Außerdem war sie in der Rolle der Hausärztin in den meisten Heimen tätig und nahm an Hausärztetreffen teil.

Sie organisierte die Gespräche mit den Heimaufsichtsbehörden und dem Sozialministerium.

Aufgaben des Projektarztes und Projektleiters

Sie waren für die Kontakte zu den Notärzten zuständig und organisierten den Arbeitskreis Geriatrie, an dem Hausärzte teilnahmen. Sie standen für Fortbildungen in den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Außerdem übernahm der Projektleiter den Vorsitz der Steuerungsgruppe.

Tübinger Hospizdienste

Neben der regulären Aufgabe der Sterbebegleitung in den Pflegeeinrichtungen beteiligten sich die Hospizdienste an Fortbildungen und ethischen Fallgesprächen. Sie standen außerdem für Trauergespräche von Angehörigen und Mitarbeiterinnen der Heime zur Verfügung.

1.5 Zeitplan

Vorbereitungsphase (Dezember 2009):

Bildung der Steuerungsgruppe, Vorstellung des Projektes bei den Kooperationspartnern,
Identifizierung der Projektteilnehmer

Projektphase 1 (Januar 2010 – Mai 2010)

Benennung von AnsprechpartnerInnen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen
(ProjektgruppenmitarbeiterInnen), Durchführung der Eingangsumfrage bei Pflegenden und
Ärzten/Ärztinnen

Information von Angehörigen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen

Beginn der Erstellung von Notfallplänen

Erster Kurs „Palliative Praxis“

Zwischenanalyse (Mai 2010)

Bei positivem Ergebnis der Zwischenanalyse (ausreichende Beteiligung von Pflegeheimen, HausärztInnen, Akzeptanz der Notfallplanung) wurde das Projekt weitergeführt

Projektphase 2 (Mai 2010 – September 2011)

Erstellung von Notfallplänen, Fortbildungen, 2. Kurs „Palliative Praxis“, ethische Fallgespräche, Gespräche mit Heimaufsichtsbehörden und Sozialministerium

Abschlussumfrage bei Hausärzten/Ärztinnen, Pflegenden und Pflegedienstleitungen

Anschlussperspektive: palliativgeriatrischer Dienst der Tübinger Hospizdienste

Nachbereitung (Oktober – Dezember 2011)

Evaluation

Abschlussveranstaltung (14.12.2011)

Aufbau palliativgeriatrischer Dienst der Tübinger Hospizdienste

2 Projektergebnisse

2.1 Vorbereitungsphase

Notfallplan

In der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus wurde ein Notfallplandokument entwickelt.

Ausgangspunkt waren die Erfahrungen aus notfallmäßigen Einweisungen von PflegeheimbewohnerInnen während der Nacht- und Wochenenddienste. In diesen Situationen bestand wiederholt das Problem, dass der Klinikarzt bei multimorbiden hochaltrigen Patienten mit fortgeschrittener, oft dementieller Erkrankung in kürzester Zeit über Behandlungsmaßnahmen entscheiden sollte, ohne dass er den Patienten und dessen Therapiewünsche kannte. Es kam somit die Idee auf, in den Heimen anzuregen, das Gespräch über gewünschte Therapiemaßnahmen schon vor der Krise in einem Personenkreis zu besprechen, der mit dem Patienten vertraut ist. Das Gesprächsergebnis sollte in einem Notfallplan dokumentiert werden, der an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung zur Verfügung steht.

Der Notfallplan besteht aus drei Blättern. Auf Blatt 1 sind die persönlichen Daten des Patienten, seine Diagnosen und der Name des Betreuers vermerkt. Hinzu kommt der rechtliche Status des Notfallplanes (Ausdruck des aktuell geäußerten/des mutmaßlichen Willens). Ebenso werden stichwortartig medizinische Krisensituationen beschrieben und die Behandlungswünsche in diesen Situationen im Ja/Nein-Modus abgefragt. Durch diese knappe Darstellung soll dem Notarzt ermöglicht werden, sich in kürzester Zeit einen Überblick über die gewünschte Behandlungssituation zu verschaffen.

Auf Blatt 2 sind medikamentöse Handlungsanweisungen zur Symptomlinderung dokumentiert. Auf Blatt 3 (sog. „Leerblatt“) gibt es die Möglichkeit, im Freitext Bewohnerwille und spezielle Behandlungswünsche zu dokumentieren, falls die Dokumentation im Ja/Nein-Modus als unpassend angesehen wird.

Das Notfallplandokument ist in der Anlage 1 dargestellt.

Der Notfallplan wurde sowohl von der juristischen Abteilung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg als auch von der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg positiv bewertet. Ihm wurde ein hohes Maß an Verbindlichkeit zugesprochen.

Kooperationspartner

Pflegeheime

Bei Projektbeginn gab es in Tübingen 9 stationäre Pflegeeinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft (Stadt Tübingen, kirchliche Träger, private Träger).

Die Gesamtzahl der Pflegeplätze betrug 524, mit einer Variationsbreite von 14 – 110 Plätze pro Einrichtung (keine Unterscheidung zwischen Kurzzeit- und Dauerpflegeplätzen, Bettenzahlen der einzelnen Einrichtungen gerundet). Im Februar 2011 eröffnete ein weiteres Pflegeheim mit 60 Plätzen.

Die Vorstellung des Projektes in den Pflegeheimen erfolgte sowohl schriftlich über einen Informationsbrief an alle Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer als auch durch persönliche Gespräche mit den Pflegedienstleitungen. Von Seiten der Leitungsebene bestand ein großes Interesse an der Notfallplanung sowie an der palliativen Versorgung von HeimbewohnerInnen. Lediglich ein Heim (Heim 10, s. Anlage) lehnte die Teilnahme am Projekt ab, da die Befürchtung bestand, es könnte eine Konkurrenzsituation zwischen PLK-Initiative und dem SAPV-Team in Tübingen entstehen, die möglicherweise zu einer Beeinträchtigung der guten Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team führt.

Somit stimmten die Leitungen von 8 Pflegeeinrichtungen (474 Pflegeplätze) einer Beteiligung an der PLK-Initiative zu. Damit konnte das Projekt den Mitarbeiterinnen der Heime vorgestellt werden. Auch hier zeigte sich ein großes Interesse an der Notfallplanung.

Folgende Vorteile wurden gesehen:

- Durch den Notfallplan kann der Bewohnerwille in Krisensituationen verlässlicher kommuniziert werden.
- Durch den Plan wird mehr Handlungssicherheit bei den Pflegenden erreicht.

Allerdings wurden auch Bedenken und Fragen geäußert:

- Zeitfaktor: Die Erstellung eines Notfallplanes bedeutet zusätzlichen Zeitaufwand.
- Kooperation mit Ärzten: Wie können Ärzte zur Erstellung des Planes motiviert werden?
- Rechtliche Verbindlichkeit des Notfallplanes?
- Ängste, durch die Initiative in der Öffentlichkeit als „Sterbeeinrichtung“ gesehen zu werden.
- Angehörige: Reaktion der Angehörigen auf den Notfallplan? Ablehnung? Angehörige ändern oft kurzfristig ihre Meinung, wenn es dem Bewohner sehr schlecht geht. Wie

soll damit umgegangen werden, wenn der im Notfallplan dokumentierte Wille des Bewohners nicht der aktuellen Meinung der Angehörigen entspricht?

- Wann ist der geeignete Zeitpunkt, mit dem Bewohnern/den Angehörigen über den Notfallplan zu sprechen? Schon bei Heimeinzug?
- Im Notfallplan werden Medikamente zur Symptomlinderung angegeben. Sind diese Medikamente im Heim verfügbar? Ist es möglich, einen Vorrat an Notfallmedikamenten anzulegen?

Hausärzte/Hausärztinnen

In Tübingen sind ca. 50 Hausärzte/Hausärztinnen tätig. Die meisten betreuen Patienten in verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Stadt, so dass sich in den Heimen ein Verhältnis von Hausarzt zu Bewohner von 1:2 bis 1: 5 ergibt.

Die Hausärzte wurden folgendermaßen über das Projekt informiert:

1. Rundschreiben an alle Hausarztpraxen in Tübingen
2. Persönliche Gespräche mit Hausärzten, die schwerpunktmäßig in Pflegeheimen tätig sind
3. Vorstellung des Projektes im Geriatriischen Arbeitskreis der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus

Die Resonanz der Hausärzte/Hausärztinnen auf das Projekt war eher zurückhaltend.

Folgende Bedenken wurden geäußert:

- Wird über das Projekt versucht, dem Hausarzt seine Patienten „wegzunehmen“?
- Eingriff in die Therapiehoheit des Hausarztes?
- Therapieentscheidungen in Krisensituationen sind nicht im Voraus planbar. Im Notfall entscheidet der Arzt.
- Die Fragen auf dem Notfallplan sind zu detailliert, außerdem zu sehr aus der Sicht eines Kliniklers gestellt.
- Der Notfallplan ist zu schematisch.
- Die Fragen treffen auf Palliativpatienten zu, nicht aber auf geriatrische Patienten.
- Ist der Notfallplan rechtlich verbindlich?
- Zeitfaktor: Erstellung des Planes kostet Zeit

An Vorteilen wurde gesehen:

- Einheitliche Regelung eines Notfalldokumentes für alle Heime.
- Begrüßenswert ist der Plan der Initiative, Pflegekräfte in Palliative Care zu schulen.
- Ebenfalls begrüßenswert ist der Versuch, die Frage eines Depots für Notfallmedikamente im Heim zu klären.

Notärzte/Notärztinnen

Die Notärzte wurden in zwei Treffen über das Projekt informiert. Die Resonanz war sehr positiv. Der Notfallplan wurde als Hilfe bei schwierigen Therapieentscheidungen in lebensbedrohlichen Krisensituationen von Pflegeheimbewohnern gesehen.

Tübinger Hospizdienste

Die Tübinger Hospizdienste wurden regelmäßig durch die Projektkoordinatorin, die 2. Vorsitzende der Hospizdienste ist, sowie über die Einsatzleitung (Mitglied in der Steuerungsgruppe) über den Projektverlauf informiert.

2.2 Durchführung

Änderungen gegenüber der Planung

Das Projekt wurde – bis auf eine geringfügige Änderung im Zeitplan - wie vorgesehen durchgeführt.

Die Änderung ergab sich dadurch, dass der Projektsozialarbeiter krankheitsbedingt ab Herbst 2010 die ihm zugeordneten Heime nicht mehr weiterbetreuen konnte. Seine Aufgaben übernahmen die Projektpflegefachkraft und die Koordinatorin der Hospizdienste. Durch die Neuorganisation ergab sich eine Projektverlängerung von 3 Monaten (Verlängerung genehmigt durch die Robert-Bosch-Stiftung am 8. 2. 2011).

Personelle Änderungen in den Pflegeheimen

In 3 Pflegeheimen (s. Anlage 2) kam es zu Veränderungen in der Leitungsebene, ebenfalls in 3 Heimen zum Wechsel von ProjektmitarbeiterInnen.

Das neu eröffnete Heim (Heim 9) beteiligte sich ab März 2011 an der Initiative. Allerdings war aufgrund der zahlreichen organisatorischen Herausforderungen bei Heimneueröffnung eine systematische Einführung der Initiative aus Zeitgründen nicht möglich. Ergebnisse wie die Zahl der erstellten Notfallpläne und die Umfrageergebnisse sind von daher nur eingeschränkt aussagekräftig.

Notfallpläne

Während der Projektzeit wurden 148 Notfallpläne erstellt.

Zum Stichtag 30.9.2011 lagen 78 Pläne vor.

Die Pläne wurden in einer Zeitspanne von 1 Tag bis 548 Tage vor Todeseintritt erstellt. Dies ergab einen Mittelwert von 105,6 Tage sowie einen Median von 54 Tagen.

Die Verteilung der erstellten Notfallpläne auf die einzelnen Pflegeeinrichtungen ist in Tab. 1 dargestellt.

Heim	Bewohnerzahl	Zahl der Notfallpläne am Stichtag (in % der Gesamtbewohnerzahl)	Gesamtzahl der während der Projektzeit erstellten Notfallpläne (in % der Gesamtbewohnerzahl*)
Heim1	110	20 (18%)	39 (35%)
Heim 2	30	10 (33%)	24 (80%)
Heim 3	80	10 (12%)	20 (24%)
Heim 4	40	5 (12%)	9 (22%)
Heim 5	100	14 (14%)	21 (21%)
Heim 6	65	5 (8%)	15 (24%)
Heim 7	35	2 (6%)	3 (9%)
Heim 8	14	9 (64%)	11 (79%)
Gesamt	474	75 (15,8%)	142 (30%)
Heim 9 (neu eröffnet)	60	3 (5%)	6 (10%)

*Diese Zahl wird als Hinweis auf die Aktivität eines Heimes gewertet.

Bezogen auf die einzelnen Heime zeigt sich somit eine deutliche Schwankung in der Erstellung der Notfallpläne.

Die Ursachen hierfür sind unterschiedlich:

Die höchste Zahl an erstellten Notfallplänen kam in den kleinen Einrichtungen (Heim 2 und 8) zustande. In beiden Einrichtungen sind die Pflegedienstleitungen auf den Wohnbereichen häufig präsent und haben dadurch einen intensiven Kontakt zu den Hausärzten. Somit können sie direkt zur Motivation der Ärzte beitragen. Weiterhin fiel auf, dass die Pflegedienstleitungen von Heim 2 und 8 an der Schulung Palliative Praxis teilgenommen hatten.

Organisatorische Maßnahmen schienen einen positiven Einfluss auf die Realisierung des Projektes zu haben. Beispielsweise erhielten in Heim 1 und 2 Mitarbeiterinnen ein Zeitkontingent zur Koordinierung der Notfallplanung.

Größere Wechsel in der Leitungsebene von Einrichtungen (Heim 5 und 6) sowie der Wechsel in der Betreuung durch die Projektmitarbeiter (Heim 3, 4, 5) hatten einen ungünstigen Einfluss auf den Projektverlauf.

Veranlassung der Notfallpläne

Die Initiative zur Erstellung der Notfallpläne konnte von Bewohnern, Angehörigen, Pflegenden oder Ärzten ausgehen.

Es ergab sich folgende Verteilung (Tab.2):

Tab.2

Notfallplanerstellung veranlasst durch	Zahl der Notfallpläne	Prozent bezogen auf die Gesamtzahl (148) der Notfallpläne
Pflege	72	49%
Hausarzt	28	19%
Angehörige	16	11%
Ärzte der Tropenlinik	2	1%
Unbekannt	30	20%

45 Hausärzte unterschrieben Notfallpläne. Dabei kristallisierte sich eine Gruppe von 6 Hausärzten heraus, die aktiv von sich aus Notfallpläne erstellten.

In der zweiten Projektphase gingen einige Pflegeeinrichtungen dazu über, den Notfallplan regelmäßig bei der ersten Dienstleistungsvisite 4-6 Wochen nach Heimeinzug vorzustellen. Die Zahl der Nachfragen von Angehörigen nahm daraufhin zu. Ebenso kam es regelmäßig dann zu vermehrten Anfragen, wenn das Projekt während eines Angehörigenabends in einer Pflegeeinrichtung vorgestellt wurde.

In der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus wurden während der Projektzeit 2 Notfallpläne erstellt. Es besteht der Eindruck, dass die Akutsituation im Krankenhaus nicht geeignet ist, vorausschauend Therapiemaßnahmen für Krisensituationen festzulegen. Die akute Krise steht im Vordergrund. Patient und Angehörige sind durch weiterreichende Überlegungen überfordert.

Konformität des Sterbeortes mit dem im Notfallplan gewünschten Ort

Von 148 Bewohnern mit Notfallplan verstarben 70 während der Projektzeit.

67 Bewohner konnten an dem im Notfallplan gewünschten Ort (Pflegeheim) versterben (96% Konformität).

3 Bewohnerinnen verstarben im Krankenhaus.

Bei einer Bewohnerin erfolgte die Verlegung in präfinalen Zustand auf ausdrücklichen Wunsch der Tochter, entgegen dem im Notfallplan geäußerten Willen.

Eine Bewohnerin wurde in stabilem Zustand wegen eines kleineren chirurgischen Eingriffes stationär eingewiesen. Sie verschlechterte sich nach dem Eingriff „unerwartet“ und verstarb.

Die dritte Bewohnerin wurde wegen Verschlechterung der Atmung stationär eingewiesen und verstarb ebenfalls „unerwartet“.

Anfragen aus den Pflegeheimen

Die PLK-Initiative hat für folgende Bereiche eine kollegiale Beratung angeboten:

- palliativmedizinisch/-pflegerische Fragen
- psychosoziale Probleme
- schwierige Therapieentscheidungen am Lebensende
- rechtliche Unklarheiten in Bezug auf den Patientenwillen, Patientenverfügung, Notfallplan

Das Angebot richtete sich an Pflegende in den Heimen, Hausärzte und Angehörige.

Zusätzlich bestand das Angebot zur Trauerbegleitung für Angehörige und Mitarbeiterinnen der Heime

Es wurden 12 Anfragen dokumentiert.

Mit Ausnahme einer Anfrage, die von einem Hausarzt gestellt wurde, gingen alle Anfragen von den Pflegenden der Heime aus. Die Anfragen wurden in der Mehrzahl der Fälle im Rahmen der regelmäßigen Besuche der Projektmitarbeiter auf den Wohnbereichen gestellt. Anfragen über das Telefon oder über e-Mail (obwohl vereinbart) erfolgten sehr selten.

In 5 Situationen war eine Zusammenarbeit mit Hausärzten gefragt. Diese verlief in 3 Fällen unproblematisch, in 2 Fällen wurde sie abgelehnt.

In 8 Situationen ging es um Fragen der Symptomkontrolle, zu denen auch Unruhe bei fortgeschrittener Demenz zählte (3 Situationen). Eine psychosoziale Problematik (Unruhe bei Demenzerkrankung, Überforderung der Angehörigen) bestand in 6 Fällen.

In 3 Situationen ging es um Therapieentscheidungen am Lebensende sowie Patientenverfügung und Unterstützung bei der Erstellung eines Notfallplanes.

Ein Gespräch zur Trauerbegleitung von Mitarbeiterinnen der Heime wurde angefragt.

Eine Zusammenfassung der Anfragen ist der Anlage 3 zu entnehmen.

Fallgespräche

Während der Projektlaufzeit wurden 3 Fallgespräche durchgeführt, 2 heimübergreifend, eines heimintern.

Beim Gespräch 1 ging es um den mutmaßlichen Patientenwillen zu Therapiemaßnahmen, Ernährung und Flüssigkeit am Lebensende.

Im Gespräch 2 wurde rückblickend nach dem Tod des Bewohners die Betreuung in der letzten Lebensphase reflektiert, insbesondere die Begleitung der Angehörigen und die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.

Im Gespräch 3, das heimintern durchgeführt wurde, ging es um die Zusammenarbeit Ehrenamt, Hauptamtliche und Hausarzt.

Zu allen Gesprächen waren Hausärzte eingeladen. Im Gespräch 1 und 2 erfolgte keine Reaktion auf die Einladung. Die Hausärzte erschienen nicht. Beim Gespräch 3 war der Hausarzt anwesend.

Von den Pflegenden wurden alle Gespräche als sehr hilfreich angesehen. Explizit wurde der heimübergreifende Austausch positiv bewertet.

Fortbildungen

Einzelfortbildungen

Im Rahmen des Projektes wurden folgende Fortbildungen angeboten:

- Fortbildungen für Hausärzte:
 1. Klinikeinweisung und Reanimation bei Pflegeheimbewohnern: Mehr Schaden als Nutzen? (Arbeitskreis Geriatrie)
 2. Palliativkultur im Pflegeheim: Notfalltherapie bei geriatrischen Palliativpatienten (Arbeitskreis Geriatrie)
- Fortbildungen für Notärzte:

Notarzteinsatz im Pflegeheim bei geriatrischen Palliativpatienten
Rechtliche Situation: Berücksichtigung der aktuellen Gesetzeslage zur Patientenverfügung
Neue Wege: Vorstellung eines Projekts zur Krisenintervention bei Palliativpatienten
- Fortbildungen für Pflegende der Heime (Heimübergreifend)
 1. Welche Bedürfnisse haben sterbende Menschen?
 2. Schmerztherapie, Bedarfsmedikation
 3. Rechtlicher Stellenwert von Patientenverfügung und Notfallplan
 4. Flüssigkeit und Nahrungsaufnahme am Lebensende
 5. Exulzierende tumorbedingte Wunden
 6. Symptom Husten bei fortgeschrittener Grunderkrankung

Die Resonanz auf die einzelnen Fortbildungen war jeweils sehr positiv. Die Teilnehmerzahl war allerdings bei den als Zusatzterminen angebotenen Fortbildungen sehr gering. Somit wurden im weiteren Projektverlauf Fortbildungen im Anschluss an Projektmitarbeitertreffen oder Fallgespräche durchgeführt.

Palliative Praxis

Während der Projektlaufzeit wurden 2 Kurse Palliative Praxis angeboten (März 2010, Februar 2011). Aus den Projektheimen nahmen insgesamt 21 Pflegekräfte an diesen Kursen teil, darunter 2 Pflegedienstleitungen und 2 Wohnbereichsleitungen.

14 der 17 Projektgruppenmitarbeiterinnen besuchten den Kurs.

Folgendes Feedback wurde von den TeilnehmerInnen gegeben:

- pflegerischen Fachkompetenz
 - Praktische Hinweise für den Pflegealltag
 - Verbesserung im Schmerzmanagement
 - Anregungen zur Mundpflege
 - Praktische Übungen: Handmassage, Wickel und Auflagen
- Kommunikation:
 - mehr Sicherheit in der Kommunikation mit Angehörigen durch eigenes Wissen und Üben
 - Der Austausch mit den anderen TeilnehmerInnen ist wertvoll
- Palliative Care Themen
 - Fachwissen in Bezug auf Patientenverfügung, Vollmacht und Kriseninterventionsplanung erworben/verbessert
 - Klärung der Definition „palliativ“: schließt geriatrische Patienten ein und fängt früher an als gedacht
 - Hilfe erhalten zu den Themen Konflikte- Ethik- Fallgespräch
 - Erkennen der Bedeutung der Pflege im sozialen Netz der demenzkranken, alten, oft einsamen Menschen
- Auswirkungen des Kurses
 - Umsetzen von Ideen gemeinsam mit KollegInnen, die ebenfalls den Kurs besucht haben
 - Hausärzte wegen der Schmerztherapie ansprechen
 - Abschiedsrituale für das Team bzw. den Wohnbereich mit Ideen aus dem Kurs ergänzen
 - Mehr Verständnis für die Fragen und Nöte der Angehörigen durch den Perspektivwechsel während der Fortbildung
 - Mehr Verständnis für die Bewohner durch Selbsterfahrungen
 - Änderung der eigenen Haltung
- Beurteilung der Moderatorin
 - Moderatorin ist noch in der praktischen Pflege tätig und weiß wovon sie spricht
 - Sehr informativer Büchertisch der Moderatorin

Persönlicher Kommentar der Moderatorin

Die beiden Gruppen konnten sich auf das Thema gut einlassen, hatten während der ganzen Woche immer wieder ihre Einwände und einen großen Bedarf an Diskussion. Als Moderatorin konnte ich einen deutlichen Zuwachs an Sicherheit durch Wissen innerhalb der Woche beobachten. Es waren sehr wohlwollende, am Austausch und an den Inhalten interessierte Gruppen.

Insgesamt konnten alle von der Fortbildung profitieren. Die Rückmeldungen, die oben gelistet sind, spiegeln das wieder. Es stellte in beiden Kursen kein Problem dar, dass Leitungen und Fachkräfte gemeinsam geschult wurden. So konnte auch sofort geklärt werden, ob sich die soeben angesprochenen Inhalte gut in die Praxis übertragen ließen.

Durch die Vielfalt der unterschiedlichen Größe der Einrichtungen gab es einen interessanten Austausch unter den TeilnehmerInnen. Der Besuch der Tropenlinik Paul- Lechler-Krankenhaus und die Besichtigung des Palliativschwerpunktes mit den praktischen Hinweisen auf Wickelschrank, ätherische Öle und Gedenkecke wurde gewünscht und auch als Bereicherung betrachtet. Nun haben die KollegInnen ein Bild, wo ihre BewohnerInnen sind, wenn sie ins Krankenhaus eingewiesen werden.

Innerhalb dieser Woche konnten die TeilnehmerInnen Vertrauen zu mir als Person und als Projektpflegekraft aufbauen. Das stellte sich im Verlauf der Zusammenarbeit in den folgenden Monaten als sehr gute und wichtige Basis heraus. Es gab Anknüpfungspunkte auf einer gemeinsamen Ebene.

Gespräche mit Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenkassen

Heimaufsicht

Mit der Heimaufsicht Tübingen wurde ein einziges Gespräch geführt. Den weiteren 3 Einladungen zu gemeinsamen Gesprächen mit MDK und Pflegedienstleitungen konnte die Heimaufsicht aus zeitlichen Gründen nicht nachkommen.

Gesprächsinhalte:

- Verfügbarkeit von Notfallmedikamenten im Pflegeheim
- Vereinbarkeit von Pflegestandards und bedürfnisorientierter Pflege Schwerstkranker und Sterbender:
Bsp: verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme Schwerstkranker und Sterbender
Bsp: Lagerung, Mobilisierung, Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle bei Schwerstkranken und Sterbenden.

Im Gespräch betonte die Heimaufsicht die Wichtigkeit dieser Themen und die Bedeutung eines regelmäßigen Austausches mit den Heimen über diese Problematik. Konkrete Maßnahmen wurden nicht geplant.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Es fanden drei Gespräche mit dem MDK statt (erstes Gespräch in Anwesenheit der Leiterin des MDK Baden-Württemberg).

Gesprächsinhalte:

- Vereinbarkeit von Pflegestandards und bedürfnisorientierter Pflege Schwerstkranker und Sterbender, Akzeptanz der Palliativsituation mit Verzicht auf Routinemaßnahmen durch den MDK
- Berücksichtigung der hospizlich/palliativen Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden im Prüfkatalog des MDK
- Verfügbarkeit von Notfallmedikamenten im Pflegeheim

Im ersten Gespräch erklärte die Leiterin des MDK, dass Sterbebegleitung nicht in den Prüfungen des MDK vorgesehen ist. Im Prüfkatalog gibt es nur eine einzige Frage zu diesem Thema.

Grundsätzlich ist der MDK der Ansicht, dass eine bedürfnisorientierte Pflege bei Schwerstkranken und Sterbenden Vorrang vor der standardisierten Pflege hat. Das Unterlassen einer Maßnahme muss allerdings begründet und nachvollziehbar sein.

Konkrete Maßnahme:

Es wurde die gemeinsame Entwicklung von Fragen zu Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim beschlossen. Diese Prüffragen könnten in den Prüfkatalog des MDK Baden-Württemberg aufgenommen werden und langfristig richtungsweisend für Prüffragen auf Bundesebene werden.

In zwei weiteren Gesprächen wurden daraufhin Prüffragen formuliert. Außerdem wurde der Versuch unternommen, eine einfache, vom MDK akzeptierte Dokumentation für die Palliativsituation zu entwickeln.

Gespräche im Sozialministerium Baden-Württemberg

Zur Klärung der gesetzlichen Möglichkeiten eines Depots von Notfallmedikamenten (einschließlich Morphinpräparate) im Pflegeheim wurde ein Gespräch mit dem Sozialministerium in Stuttgart vereinbart.

Gesprächsergebnis:

Eine arztbezogene Lagerung von Notfallmedikamenten aus dem Praxisbedarf ist möglich. Der Hausarzt kann für seine Patienten ein Notfalldepot (einschließlich Morphinpräparate) im Pflegeheim anlegen. Mehrere Ärzte können gemeinsam ein Depot führen.

Öffentlichkeitsarbeit

- **Vorstellung der PLK-Initiative in der Tübinger Öffentlichkeit**
- Sowohl in öffentlichen Veranstaltungen (Vortrag in der Begegnungsstätte für Ältere, Vortrag im Rahmen der „Woche für das Leben“) als auch in der Lokalpresse wurde über das Projekt berichtet. Ein Pressegespräch wurde gemeinsam mit der Staatssekretärin im Gesundheitsministerium (BMG) geführt.
- **Vorstellung der PLK-Initiative in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe außerhalb der Stadt Tübingen:**

Stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Tübingen und in Reutlingen

Behindertenhilfe im Kreis Tübingen

- **Vorstellung der PLK-Initiative in Fachkreisen:**

Landespflegetag Stuttgart des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), Mai 2011, TeilnehmerInnen: ca. 200 Pflegekräfte und Leitende aus ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflege

Landesgeriatrietag Baden-Württemberg in Tübingen, September 2011

Weitere Details zur Öffentlichkeitsarbeit sind der Anlage 4 zu entnehmen.

2.3 Resonanz der Beteiligten

Ergebnisse der Umfrage unter den MitarbeiterInnen der stationären Pflegeeinrichtungen

Im Februar /März 2009 wurde unter den MitarbeiterInnen der beteiligten Pflegeeinrichtungen eine Umfrage durchgeführt. Bezogen auf die Versorgung von Heimbewohnern in palliativer Situation wurden Fragen zu 5 Themenblöcken gestellt:

1. Medizinisch/pflegerische Erfahrungen
2. Erfahrungen mit Angehörigen
3. Erfahrungen in der Krisensituation
4. Erfahrungen mit organisatorischen Abläufen im Altenheim
5. Fortbildungswünsche

Im Juli/August 2011 wurde eine Abschlussumfrage mit denselben Fragen (Ausnahme Themenblock 5) durchgeführt. Die Frage zu Fortbildungen wurde modifiziert, indem die Einschätzung eines positiven Effektes durch die Fortbildungen abgefragt wurde.

Die Umfrageergebnisse wurden getrennt nach Pflegefachkräften und Pflegehelfern/Helferinnen ausgewertet. Die genauen Ergebnisse sind den Anlagen 5 und 6 zu entnehmen.

Beteiligung an den Umfragen:

Eingangsumfrage: 97 Pflegefachkräfte, 22 Pflegehelferinnen

Abschlussumfrage: 68 Pflegefachkräfte, 36 Pflegehelferinnen

Ergebnisse der Umfrage unter den Pflegefachkräften

Themenblock medizinisch/pflegerische Erfahrungen

Es wurden 5 Fragen gestellt:

- Kenntnis der besonderen Bedürfnisse Sterbender
- Vorbereitung auf Krisensituationen
- Erkennung von Schmerzen bei Demenzkranken
- Sicherheit im Umgang mit Morphin
- Kommunikation im Team über die palliative Situation

Die Selbsteinschätzung der palliativen Kompetenz fiel bei Abschluss des Projektes durchgehend positiver aus als zu Beginn. In der Eingangsumfrage wurde in 30% - 50% die Antwort „trifft voll zu“ gegeben, in der Abschlussumfrage in 60% - 75%. Besonders auffällig war die Zunahme der positiven Antworten bei der Frage der Kommunikation im Team (von 45% auf 75%).

Themenblock Erfahrungen mit Angehörigen

Es wurden 4 Fragen gestellt:

- Kommunikation Pflege - Angehörige über die palliative Situation
- Unsicherheit in der Gesprächsführung mit Angehörigen Sterbender
- Aufklärung der Angehörigen über die Prognose der Erkrankung durch den Hausarzt
- Realistische Einschätzung des Krankheitsverlaufes durch die Angehörigen

In diesem Themenblock ergab sich eine deutliche Änderung in der Frage bzgl. der Kommunikation: in der Eingangsumfrage beantworteten 50% der Pflegefachkräfte die Frage mit „trifft voll zu“, in der Abschlussumfrage 80%.

Bei den übrigen Fragen gab es keine wesentliche Änderung in der Beantwortung im Vergleich der Eingangsumfrage zur Abschlussumfrage.

Themenblock Erfahrungen in Krisensituationen

In der Eingangsumfrage wurden 7 Fragen, in der Abschlussumfrage 8 Fragen (Ergänzung: Frage der Notärzte nach dem Notfallplan) gestellt:

- Vorliegen einer Patientenverfügung
- Klare Handlungsanweisungen durch den Hausarzt
- Thematisierung der Krankenhauseinweisung im Vorfeld der Krise
- Patientenwille als entscheidender Parameter für die Krankenhauseinweisung
- Palliativmedizinische Möglichkeiten des Krankenhauses als entscheidender Parameter für die Krankenhauseinweisung
- Unterlassene Hilfeleistung als entscheidender Parameter für die Krankenhauseinweisung
- Frage der Notärzte nach der Patientenverfügung
- Frage der Notärzte nach dem Notfallplan

In diesem Themenblock ergaben sich verschiedene Änderungen:

Die Frage der Handlungsanweisung durch den Hausarzt sowie die Frage nach Thematisierung der Krankenhauseinweisung wurden nahezu unverändert mit 20% -30% als „trifft voll zu“ beantwortet, die Antworten im Bereich „trifft eher zu“ nahmen von 40% auf 60% – 75% zu.

Die Frage nach dem Patientenwillen wurde zu Beginn von 30%, zum Abschluss von 50% als „trifft voll zu“ beurteilt.

Die Frage der Notärzte nach einer Patientenverfügung nahm nach Einschätzung der Pflegenden von 30% nach 45 % zu, die Frage nach einem Notfallplan wurde mit 15% „trifft voll zu „ beantwortet.

Themenblock Erfahrungen mit organisatorischen Abläufen im Altenheim

Es wurden 5 Fragen gestellt:

- Unterstützung durch die Heimleitung, vom Bewohner nicht gewünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden
- Unterstützung in Konfliktsituationen am Lebensende durch Ansprechpartner
- Unterstützung durch Hospizdienste
- Unterstützung in der Trauerphase
- Möglichkeit zur ethische Fallbesprechungen

Die organisatorischen Abläufe im Pflegeheim haben sich nach Einschätzung der Pflegefachkräfte durchgehend verbessert. In der Umfrage wurde zu allen Fragen eine Zunahme der Beurteilung „trifft voll zu“ festgestellt. Insbesondere die Unterstützung durch die Pflegedienstleitungen bzw. spezielle Ansprechpartner wurde deutlich stärker empfunden (Eingangsumfrage 50% bzw, 30%, Abschlussumfrage 70% bzw. 60%). Auch die Wahrnehmung, dass Hospizdienste Pflegende unterstützen können, nahm von 45% auf 65% zu.

Themenblock Fortbildung

Folgende Fortbildungen wurden angeboten: Palliative Praxis, Ernährung/Flüssigkeitszufuhr in der letzten Lebensphase, Exulzierende Wunden, Schmerztherapie, Sterbephasen, Patientenverfügung

Es wurde die Frage gestellt, ob die Pflegenden einen direkten oder indirekten Nutzen von den Fortbildungen gehabt hatten. Die Antwort fiel sehr unterschiedlich aus: je nach Fortbildung sahen 30% - 60% keinen Nutzen in den Fortbildungen.

Zusammenfassung

Nach Einschätzung der Pflegefachkräfte hat die eigene palliative Kompetenz durch das Projekt zugenommen. Organisatorische Abläufe im Heim einschließlich der Einbeziehung externer Unterstützungsangebote konnten verbessert werden. Eine besonders positive Auswirkung hatte das Projekt auf die Kommunikation über die palliative Situation innerhalb des Pflegeteams sowie zwischen Pflege und Angehörigen.

Andererseits besteht nach Meinung der Pflegenden fast unverändert eine unrealistische Einschätzung der Erkrankung des Bewohners durch die Angehörigen. Ebenso hat sich an der Rolle der Hausärzte in der Versorgung von Palliativpatienten im Heim nichts Entscheidendes geändert. Die Notärzte scheinen auf das Thema Patientenwille in Krisensituationen vermehrt zu achten.

Ergebnisse der Umfrage unter den PflegehelferInnen

Die Details der Umfrage sind der Anlage 6 zu entnehmen.

Im Vergleich zu den Umfrageergebnissen bei den Pflegefachkräften fand sich bei den Helferinnen keine generelle Verbesserung in Bezug auf einen Themenbereich, z.B. im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der palliativen Kompetenz oder im Hinblick auf organisatorische Abläufe im Pflegeheim.

Vier einzelne Beobachtungen waren zu machen: die Pflegehelferinnen fühlten sich nach Projektende deutlich besser auf Krisensituationen bei den Bewohnern vorbereitet. Eine deutlich größere Zahl als bei Beginn des Projektes hatte den Eindruck, dass von Seiten der Pflege mehr mit den Angehörigen über die palliative Situation gesprochen wird. Ebenso bestand häufiger der Eindruck, dass mit den BewohnerInnen über Krankenhauseinweisungen im Notfall gesprochen wurde, dass es klare Handlungsanweisungen vom Hausarzt für Krisensituationen gibt und dass die Notärzte nach Patientenverfügungen fragen.

Beurteilung der PLK-Initiative durch die Pflegedienstleitungen

In einer Abschlussumfrage wurden die Pflegedienstleitungen gebeten, zu 3 Themen Stellung zu nehmen:

1. Welche Dienste im Rahmen der PLK-Initiative waren Ihnen wichtig?
2. Erfahrungen mit der PLK-Initiative
3. Welche Strukturen werden Sie beibehalten bzw. einführen, um die palliative Versorgung in Ihren Einrichtungen weiter zu entwickeln?

7 Pflegedienstleitungen wurden schriftlich befragt, 6 gaben eine Rückmeldung.

Die genauen Daten sind der Anlage 7 zu entnehmen.

Alle angebotenen Diensten (medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische und hospizliche Begleitung, Broschüren, Fallgespräche, Fortbildung und Kommunikationshilfen) wurden von der Mehrheit der Pflegedienstleitungen als wichtig erachtet. Lediglich von jeweils einer Person wurden sozialarbeiterische Begleitung und Fallgespräche als unwichtig bezeichnet.

Nach Meinung aller Pflegedienstleitungen hat sich durch das Projekt die palliativpflegerische Betreuung von BewohnerInnen im Heim verändert und die Wahrnehmung alter Menschen als palliativbedürftig vermehrt. Der Notfallplan hat zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Betreuung der palliativgeriatrischen Patienten geführt.

Die Notfallplanung, ebenso wie die Ernennung eines/einer Palliativ-Beauftragten werden von allen Pflegedienstleitungen beibehalten. Die Weiterführung ethischer Fallgespräche und heimübergreifender Treffen der MitarbeiterInnen wurden von jeweils einer Person abgelehnt.

Insgesamt beurteilten die Pflegedienstleitungen die PLK-Initiative somit sehr positiv.

Beurteilung der PLK-Initiative durch die Hausärzte/Ärztinnen

50 Ärzten wurde der Umfragebogen zugeschickt. 19 Ärzte gaben eine Rückmeldung (Rücklauf von 38%).

Die Details der Umfrageergebnisse sind der Anlage 8 zu entnehmen

Die Mehrheit der 19 Ärzte/Ärztinnen beurteilte den Notfallplan als hilfreich für therapeutische Entscheidungen in Krisensituationen (16/19). Er führt zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Betreuung der palliativgeriatrischen Patienten (15/19). Mit seiner Hilfe lassen sich Absprachen mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen besser an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung kommunizieren (12/19).

Etwas mehr als die Hälfte der Ärzte/Ärztinnen war der Meinung, dass sich die Wahrnehmung des geriatrischen nicht-Tumor Patienten als Palliativpatient durch das Projekt verbessert habe. Eine positive Auswirkung auf die pflegerische Betreuung der Heimbewohner durch das Projekt hat nur eine Minderheit bemerkt.

Im Freitext wurde von einigen Kollegen Stellung zum Projekt genommen:

- Der Notfallplan ist überflüssig, da ein Hausarzt jederzeit für seine Patienten erreichbar ist.
- Der Notfallplan ist überflüssig, da ein Notarzt sich in der Krisensituation eigenständig eine Entscheidungsgrundlage verschaffen muss und sich nicht auf im Voraus festgelegte Anweisungen verlassen darf.
- Der Notfallplan ist zu schematisch.

- Der Notfallplan führt zu Schuldgefühlen, da Hausarzt und Angehörige nicht im Vorfeld die Verantwortung dafür übernehmen können, was im Notfall geschehen soll.
- Eine Notfallplanung ist sinnvoll, aber weitere Angebote der Initiative wie die kollegiale Beratung oder Fallgespräche bedeuten einen Eingriff in die „Therapiehoheit“ des Arztes.

Beurteilung der PLK-Initiative durch den Projektsozialarbeiter und die Projektpflegekraft

In Anlage 9 und 10 sind die persönlichen Erfahrungen von Sozialarbeiter und Pflegekraft beschrieben.

2.4 Zielerreichung der PLK-Initiative

Notfallplan

Sicht der MitarbeiterInnen und Pflegedienstleitungen

Die Pflegenden haben in dem Notfallplan ein Instrument entdeckt, mit dessen Hilfe der Bewohnerwillen in Krisensituationen kommuniziert und durchgesetzt werden kann. Die hohe Konformität von im Notfallplan gewünschtem Sterbeort und tatsächlichem Sterbeort ist ein Zeichen für die Akzeptanz des Notfallplanes in diesem Sinne. Aber nicht nur in Bezug auf den Bewohner wurde der Notfallplan als sinnvoll angesehen. Er erwies sich auch für die Pflegenden als hilfreich, da er ihnen mehr Klarheit und Sicherheit in ihrem Handeln brachte. Dies erfolgte nicht nur durch konkrete Anweisungen zur Symptomkontrolle, sondern vor allem dadurch, dass durch das Erstellen des Notfallplanes konflikteiche Themen in der Krisenbehandlung bei fortgeschrittener Erkrankung schon frühzeitig angesprochen werden konnten. Die Befürchtungen der Pflegenden, dass die Einrichtungen durch die Thematisierung Lebensende, Sterben und Tod als Sterbehäuser stigmatisiert werden, bestätigten sich nicht. In einzelnen Situationen stieß das Ansprechen von Lebensende und Tod bei Bewohnern und Angehörigen auf Ablehnung, häufiger war jedoch eine Erleichterung zu verspüren, über die Thematik sprechen zu können.

Insgesamt zeigte sich ein großes Engagement von Seiten der Pflegenden und Leitungskräfte, die Notfallplanung in den Heimalltag zu integrieren. Es wurden Strukturen geschaffen (Notfallplan –Beauftragte, regelmäßige Vorstellung des Planes in der ersten Dienstleistungsvisite, Hinweis in der elektronischen Dokumentation), um die Nachhaltigkeit der Einführung der Notfallplanung zu gewährleisten.

Sicht der Hausärzte/Hausärztinnen

Hausärzte/Ärztinnen hatten zu Beginn des Projektes erhebliche Bedenken gegenüber dem Notfallplan (zu zeitaufwändig, zu schematisch, überflüssig, rechtlich nicht abgesichert). In der Abschlussumfrage kamen noch weitere Argumente hinzu: Der Hausarzt ist rund um die Uhr für seine Patienten erreichbar und damit erübrigt sich eine Kommunikation mittels Notfallplan. Der Arzt entscheidet in der Krisensituation eigenständig und unabhängig über Therapiemaßnahmen. Durch Festlegung von Therapiemaßnahmen im Voraus macht sich der Arzt eventuell einer unterlassenen Hilfeleistung schuldig. Diese kritische Haltung konnte offensichtlich durch die Projektarbeit und angebotene Fortbildungen nicht wesentlich beeinflusst werden.

Aufgrund der Statistik ergab sich ein uneinheitliches Bild der Reaktion der Ärzte:

45 von 50 Hausärzten unterschrieben einen Notfallplan. Allerdings initiierte nur eine kleine Gruppe von sich aus das Gespräch über die Notfallplanung. In den meisten Fällen erfolgte die Auseinandersetzung mit der Thematik auf Drängen der Pflegenden. Andererseits gab die Mehrheit der Ärzte, die die Abschlussumfrage beantworteten, eine positive Rückmeldung zum Notfallplan. Ganz vorsichtig kann dies vielleicht dahingehend interpretiert werden, dass „etwas in Bewegung“ gekommen ist.

Sicht der Angehörigen

Die PLK-Initiative hat zwar durch Vorstellung des Projektes auf Angehörigenabenden und durch das Angebot von Einzelberatungen die Angehörigen mit einbezogen, eine systematische Befragung zum Notfallplan war jedoch nicht vorgesehen gewesen. Durch mehrere Beobachtungen konnte auf die Reaktion der Angehörigen geschlossen werden: eine Einrichtung gab den Notfallplan bei Heimaufnahme zusammen mit anderen Dokumenten aus. Dies führte zu Irritationen und Ablehnung bei den Angehörigen, ebenso wie in zahlreichen Einzelgesprächen klar wurde, dass der kommentarlos ausgehändigte Notfallplan eher Abwehr auslöst. Wurde demgegenüber zunächst (ohne Notfallplan) über die grundlegende Problematik der Palliativsituation gesprochen und der Plan erst als Ergebnis des Gespräches (eines oder mehrerer) ausgefüllt, dann bestand Verständnis und - wie schon erwähnt - häufig Erleichterung, dass Themen wie Sterben und Tod angesprochen werden konnten.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Notfallplan wurde in Pflegeeinrichtungen der Umgebung Tübingens sowie auf dem Landespflegekongress des DBfK Baden- Württemberg vorgestellt. Er stieß auf großes Interesse. Einige Einrichtungen haben uns zwischenzeitlich mitgeteilt, dass sie den Plan in modifizierter Version übernommen haben („Maßnahmen- und Bedarfsplan“ der Zieglerschen Anstalten Härten, „Notfallplanung für das mutmaßliche Lebensende“ der Seniorendienste Buchen/Mannheim).

Palliative Lebenskultur

Eine palliative Kultur stellt den Patienten/Heimbewohner mit seinen Sorgen, Nöten und Bedürfnissen in den Mittelpunkt und versucht ihn so zu unterstützen, dass bestmögliche Lebensqualität erreicht wird.

Hierzu erforderlich ist eine achtsame wertschätzende respektvolle Haltung gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen, genauso jedoch im Umgang aller Betreuenden untereinander. Weiterhin gehören palliative Kompetenz, kommunikative Fähigkeiten, Sensibilität für ethische Konfliktsituationen und partnerschaftliches Arbeiten im multiprofessionellen Team, einschließlich ehrenamtlicher MitarbeiterInnen, dazu. Bezogen auf eine Palliativkultur im Heim sind zusätzlich Rahmenbedingungen erforderlich, die eine palliativpflegerische Versorgung unterstützen.

Die PLK-Initiative hatte zum Ziel, neben der Einführung der Notfallplanung einen Beitrag zur Entwicklung einer Palliativkultur in den Pflegeeinrichtungen zu schaffen.

Von Mitarbeiterinnen und Pflegedienstleitungen wurden vier positive Entwicklungen berichtet: vermehrte Kommunikation über die palliative Situation im Pflorgeteam und mit Angehörigen, Stärkung der palliativen Kompetenz der Pflegenden, Verbesserung organisatorischer Abläufe im Heim, Verbesserung der palliativpflegerischen Betreuung von BewohnerInnen.

Bedarf an kollegialem Austausch in medizinisch fachlichen und ethischen Fragen

Die Beobachtung der Initiative war außerdem, dass sich zunehmend eine Kultur des kollegialen Austausches entwickelte, zum einen durch die regelmäßigen Kontakte mit der Projektpflegekraft, zum anderen durch die heimübergreifenden Projektgruppentreffen und Fallgespräche. Ebenso erhöhte sich die Sensibilität für ethische Konfliktsituationen und der Mut diese - auch in einem öffentlicheren Rahmen - anzusprechen. Erstmals in Tübingen wurden heimübergreifend Fallgespräche durchgeführt.

Der kollegiale Austausch unter den Pflegedienstleitungen kam ebenfalls (nach jahrelanger Pause) wieder in Gang.

Bedarf an Optimierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten/Ärztinnen

Weniger gut gelang es, Hausärzte in die Entwicklung einer Palliativkultur in den Heimen zu integrieren. Hierbei spielen die bekannten strukturellen Probleme eine Rolle (keine festen Visitenzeiten, keine konstanten Ansprechpartner für Ärzte in den Heimen, inadäquate Bezahlung von Heimbewohnern). Allerdings war außerdem im Vergleich zu Pflegenden und Pflegedienstleitungen eine deutlich geringere Bereitschaft zu erkennen, neue Wege zu gehen (z.B. keine Teilnahme an Fallgesprächen, Ablehnung der Möglichkeit eines Notfalldepots von Medikamenten im Heim), kollegiale Zusammenarbeit zu erproben (Stichwort: Einmischung

in die Therapie) und palliative Kompetenz zu erwerben. Nach Beobachtungen der PLK-Initiative überholen hier die Entwicklungen in der Pflege mit großen Schritten die Entwicklung in der Hausärzteschaft.

Bedarf an kontinuierlichem Austausch mit Heimaufsichtsbehörden

Fortschritte in der Versorgung von Palliativpatienten durch beide Berufsgruppen werden nur dann erfolgreich sein, wenn sie durch entsprechende Rahmenbedingungen unterstützt werden. Insbesondere kann keine Palliativkultur im Heim entstehen, wenn nicht von Seiten der Heimaufsichtsbehörden eine bedürfnisorientierte Pflege in der Palliativsituation unterstützt wird. Hierzu initiierte das Projekt Gespräche mit Pflegedienstleitungen, MDK, Heimaufsicht und Sozialministerium. Von Seiten der Leitung des MDK zeigte sich eine große Übereinstimmung mit den Pflegedienstleitungen in Bezug auf Pflegeziele in der palliativen Situation. Gleichzeitig war jedoch sowohl bei MDK-MitarbeiterInnen als auch bei der Heimaufsicht zu erkennen, dass noch wenig Erfahrungen mit der Versorgung von Palliativpatienten in Heimen bestehen, die Brisanz der Änderung der Bewohnerstruktur und damit die Notwendigkeit, Pflegeziele um palliative Aufgaben zu ergänzen, noch nicht realisiert worden ist. Die Heime könnten zum jetzigen Zeitpunkt die Chance nutzen, ihre großen Erfahrungen in der Versorgung von Palliativpatienten konzeptionell einzubringen.

Bedarf an vermehrter Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen

Die Tübinger Hospizdienste wurden während der Projektlaufzeit sowohl vermehrt wegen Sterbebegleitungen als auch wegen Begleitungen in Krisensituationen (Besuchsdienste) schwerkranker Heimbewohner angefragt. Den Anfragen zu Besuchsdiensten konnte aus personellen Gründen nicht immer entsprochen werden. Dies führte zu einer vermehrten Diskussion innerhalb der Hospizdienste, ob der Kernauftrag der Begleitung Sterbender um den Auftrag der Begleitung in Krisensituationen unheilbar Kranker ausgeweitet werden soll. Als Ergebnis der Diskussion entschlossen sich die Hospizdienste einen Besuchsdienst zur Begleitung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz aufzubauen (im Zusammenhang mit einem palliativgeriatrischen Dienst s. u.).

Übertragbarkeit des Projektes auf andere stationäre Pflegeeinrichtungen

Zwei Heimträger außerhalb Tübingens informierten uns, dass sie das Notfallplandokument in modifizierter Form für ihre Einrichtungen übertragen haben. Weitere Kontakte haben sich seither nicht ergeben, so dass der Erfolg der Einführung nicht beurteilt werden kann.

Aufgrund der Erfahrungen der PLK-Initiative erscheint es wichtig darauf zu achten, dass das Instrument Notfallplan nicht isoliert eingeführt wird. Zur sinnvollen Anwendung des Planes muss die Thematik Krisensituation, Lebensende und Sterben offen unter allen Beteiligten (Bewohner, Angehörige, Pflegende, ÄrztInnen) kommuniziert werden. Es müssen begleitende Maßnahmen erfolgen, um die im Notfallplan geäußerten Behandlungswünsche des Bewohners realisieren zu können (z.B. Stärkung der palliativmedizinisch/pflegerischen Kompetenz, Verfügbarkeit von Notfallmedikamenten).

2.5 Perspektiven

Nach Einschätzung der PLK-Initiative hat sich das Instrument Notfallplan im Heimalltag etabliert.

Andere o.g. Elemente einer Palliativkultur sind im Entwicklungsprozess und sollten weiterhin extern unterstützt und begleitet werden.

Für die Fortführung der PLK-Initiative bestanden grundsätzlich zwei Möglichkeiten: zum einen die Angliederung an das bestehende SAPV-Team, zum anderen die Angliederung an die Tübinger Hospizdienste. Letztendlich entschieden sich Tübinger Hospizdienste, die Initiative weiterzuführen. Zwei Argumente waren wesentlich:

1. Die PLK-Initiative hat die Stärkung der Eigenkompetenz der Heime zum Ziel, d.h. überspitzt formuliert, sie arbeitet, um sich selbst überflüssig zu machen. Dies ist für einen SAPV-Dienst, der finanzielle Interessen mit der Arbeit im Pflegeheim verbindet/verbinden muss, problematisch.
2. Die Erfahrungen des Projektes haben mehrfach die Wichtigkeit der palliativmedizinischen Symptomkontrolle als Teil der palliativen Versorgung bestätigen können. Die übrigen Aspekte einer palliativen Versorgung (z.B. psychosoziale Begleitung, Ethik im Pflegealltag) zeigten sich jedoch als mindestens genauso wesentlich. Durch die Übernahme der PLK-Initiative durch die Hospizdienste soll ein Signal zur Aufwertung dieser Aspekte gesetzt werden.

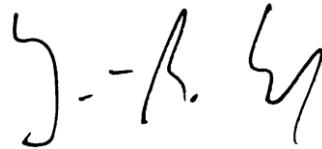
Die Tübinger Hospizdienste werden die PLK-Initiative in Form eines palliativgeriatrischen Dienstes weiterführen. Dabei werden die entscheidenden Strukturen der PLK-Initiative übernommen: konstante Ansprechpartner für die Pflegeheime, regelmäßige Kontakte, niederschwelliges Angebot („Anruf genügt“). Die bisherige Projektpflegefachkraft hat sich bereit erklärt, ihre Arbeit im Rahmen des palliativgeriatrischen Dienstes fortzusetzen. Das Vertrauen und der Respekt der MitarbeiterInnen in den Heimen, den sie sich im Laufe der Projektarbeit und als Moderatorin des Kurses Palliative Praxis erworben hat, sind eine gute Grundlage für eine erfolgreiche Arbeit des Dienstes.

Die Tübinger Hospizdienste wollen außerdem mit diesem Dienst ein Forum initiieren, in dem die Gespräche mit Heimaufsichtsbehörden weitergeführt werden können. Ein weiterer Fokus des Dienstes soll die Kommunikation ethischer Konfliktsituationen an Schnittstellen der medizinischen Versorgung Pflegeheim - Universitätsklinikum sein.

Der Dienst wird durch Spenden finanziert. Die Möglichkeit einer Unterstützung durch Fördermittel wird zurzeit geprüft.

Dr. Johannes- Martin Hahn

Projektleiter



Dr. Eva-Maria Mörike

Projektkoordinatorin



Frau Frank

Projektpflegefachkraft



Wilfried Leusing

Projektsozialarbeiter

