

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

**Pilotprojekt
„Gesundheitliche Versorgungsplanung (gVP) am Lebensende in
stationären Pflegeeinrichtungen“
im Rahmen des
Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin**

**Abschlussbericht
März 2017**

Projektleitung

Dirk Müller
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom UNIONHILFSWERK
Richard-Sorge-Straße 21A
D 10249 Berlin
Tel: +49 172 3087736
Mail: dirk.mueller@unionhilfswerk.de

AutorInnen: Amöna Landrichter, Dipl. Soz. Päd. (Palliative Care)
Dirk Müller MAS (Palliative Care)
Sabine Kottke

Das Projekt wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin gefördert.

**Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	4
1.1	Gesundheitliche Versorgungsplanung und das neue Hospiz- und Palliativgesetz	4
1.2	Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG Berlin)	5
1.3	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gVP) im NPG Berlin	6
2	Durchführung des Projektes	7
2.1	Anzahl der gVP-Prozesse	8
2.2	Dokumentation	8
2.3	Zielgruppe	9
2.4	Beteiligte/ Ausführende	10
2.4.1	Profession und Zusatzqualifikationen der gVP-KoordinatorInnen	10
2.4.2	ÄrztInnen	12
3	Ergebnisse Evaluation	13
3.1	Dauer eines gVP-Prozesses	13
3.2	Zeitlicher Aufwand	15
3.2.1	Durchschnittliche Gesprächsdauer eines Gespräches innerhalb eines gVP-Prozesses	15
3.2.2	Zeitaufwand Administration und Verwaltung eines gVP-Prozesses	16
3.3	Fallbesprechungen	16
3.4	Notfallplanungen	17
3.5	Patientenverfügung	18
3.5.1	Daten zur Patientenverfügung	18
3.5.2	Rückmeldungen der gVP-KoordinatorInnen zu den Patientenverfügungen	20
4	Ergebnisse aus der Interventionsgruppe	22
5	Ergebnisse aus den Netzwerktreffen im NPG Berlin	23
6	Bezug zum Merkmalsprozess	25
6.1	Einführung und Erläuterung Merkmalsprozess	25
6.2	Bezug zur gVP	26
6.2.1	Empfehlungen für Prüfinstanzen, GestalterInnen und EntscheiderInnen	26
6.2.2	Checkliste für Prüfinstanzen und Entscheidungsträger zur Fortentwicklung der Berliner Pflegeeinrichtungsstrukturen	26
6.2.3	Fragenkatalog für VerbraucherInnen	26
6.3	Konsequenz für Umsetzung gVP	27
7	Umfrage anlässlich der 42. Berliner Seniorenwoche 2016	28
7.1	Frage 1: Was verstehen Sie unter einem menschenwürdigen Leben bis zuletzt?	28
7.2	Frage 2: Was gibt Ihnen in schwierigen Situationen Halt?	29
7.3	Frage 3: Haben Sie schon Vorsorge für die letzte Lebensphase getroffen? Wenn ja, welche?	30
7.4	Bezug zur gVP	31
7.4.1	Versorgung entsprechend der eigenen Wünsche bis zuletzt	31

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

7.4.2	Halt in schwierigen Situationen	31
7.4.3	Vorsorge für die letzte Lebensphase	32
8	Thesen zur Umsetzung der gVP in Heimen des Pilotprojektes	33
8.1	Anzahl der durchgeführten Prozesse	33
8.2	Dauer der gVP-Prozesse	33
8.3	Umsetzung von gVP in einer stationären Pflegeeinrichtung	33
9	Schlussfolgerungen zur Umsetzung der gVP in Einrichtungen	35
9.1	Durchführung der gVP	35
9.1.1	Dauer und zeitlicher Aufwand	35
9.1.2	Dokumente	35
9.2	Heim/ Organisation	36
9.3	Zielpersonen/ BewohnerInnen	36
9.4	gVP-KoordinatorInnen	36
9.5	Fallbesprechungen	37
9.6	Notfallplanungen und Patientenverfügungen	37
10	Fazit	39
11	Weitere Veröffentlichungen/ Präsentationen	40
13	Dank	41
14	Anlagen	41

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

1 Einführung

Die vorliegende Evaluation wurde im Rahmen der Durchführung eines Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung (gVP) am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“ durchgeführt und dient der Darstellung der Ergebnisse sowie der in Bezugnahme der Ergebnisse des Merkmalsprozesses¹ zu Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz² und einer Befragung von Berliner SeniorInnen am 25.06.2016 bei der Eröffnungsveranstaltung der Berliner Seniorenwoche.

Ziele des Berichtes sind:

- Vorstellung der Ergebnisse des Pilotprojektes zur Umsetzung einer gVP im Pflegeheim
- Aufstellung und Erläuterung von Konsequenzen, die sich ergeben, wenn vollstationäre Pflegeeinrichtungen die gVP in ihrem Haus einführen und nachhaltig etablieren wollen.

1.1 Gesundheitliche Versorgungsplanung und das neue Hospiz- und Palliativgesetz

Im Zuge der Neuerung des Hospiz- und Palliativgesetzes (2015)³ wurde in § 132g SGB V die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gVP) gesetzlich aufgeführt.

Ziel der gVP ist es, eine dem Willen der/ des BewohnerIn entsprechende vorsorgende Planung am Lebensende sicherzustellen, die allen beteiligten AkteurInnen bekannt ist, die Möglichkeit zum Handeln gibt und zeitgleich einen stetigen Kommunikationsprozess zur Abstimmung auf kurzen Wegen und mit der Fähigkeit zur Zusammenarbeit in Gang bringt. Nahestehende, gesetzliche Vertretungen, MitarbeiterInnen des Heimes und externe Beteiligte sollen in der Lage sein, den Willen des/ der BewohnerIn nicht nur zu (er-)kennen, sondern auch umzusetzen und dies auch ad hoc im Krisenfall. Somit muss eine gVP von vornherein abgeschlossen und bei gesundheitlichen etc. Veränderungen aktualisiert werden.⁴

¹ siehe: Müller, Dirk; Heesch, Jeannine; Reitingner, Elisabeth; Zippel, Christian; Piechotta-Henze, Gudrun; Wistuba, Bettina; Lingott, Nina (2015): Merkmalsprozess zu Pflegeeinrichtungen mit palliativgeriatrischer Kompetenz in Berlin. Berlin: Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom UNIONHILFSWERK; Alice Salomon Hochschule Berlin; Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz.

² weitere Informationen: <https://www.palliative-geriatrie.de/kompetenzzentrum/forschung.html>

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html>

⁴ § 132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase: (1) *Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Fünften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.*

(2) *In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.*

(3) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.*

(4) *Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der*

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

1.2 Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG Berlin)

Das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin wurde 2010 gegründet. Das Konzept wurde vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie⁵ für Berlin mit Fördermitteln der Unionhilfswerk-Stiftung und der Robert Bosch Stiftung entwickelt. Mittlerweile fördert das Land Berlin und das UNIONHILFSWERK das NPG Berlin.

Das NPG Berlin zielt auf die breite Einführung von Palliativer Geriatrie in Heimen ab, deren mitbewerberübergreifende Zusammenarbeit sowie die Multiplikatorenwirkung im regionalen und politischen Umfeld. Das Netzwerk ist konzeptioneller Bestandteil des Hospiz- und Palliativkonzeptes für das Land Berlin und erstattet dem Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin über das KPG Bericht.

Aktuell besteht das NPG Berlin aus 53 Berliner Pflegeheimen, die sich um eine Mitwirkung im Netzwerk bewarben. Das vom KPG entwickelte und koordinierte NPG Berlin repräsentierte im September 2013 ca. 4.400 BewohnerInnen und ca. 2.900 MitarbeiterInnen⁶, die unterschiedlichen Trägern und Trägerverbänden angehören.

Das Netzwerk richtet sein Augenmerk auf die im Pflegeheim lebenden hochbetagten, häufig von Demenz betroffenen und/oder sterbenden BewohnerInnen, deren Nahestehende und die versorgenden MitarbeiterInnen sowie die erforderlichen Strukturen.

Beteiligte Pflegeheime führen Palliative Geriatrie⁷ im Sinne vielfältiger Bildungs- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen ein und tragen dazu bei, dass BewohnerInnen eine würdevolle und selbstbestimmte Versorgung bis zum Lebensende erhalten. Unnötige Krankenhauseinweisungen am Lebensende sollen vermieden werden. Es ist Ziel, dass sich in den beteiligten Heimen eine nachhaltige Hospizkultur und Palliative Care entwickeln. Somit leistet das Netzwerk eine gesellschaftliche Bewusstseinsentwicklung.

Die NetzwerkpartnerInnen werden über das KPG über unterschiedliche Formate begleitet:

- Projektwerkstatt „Palliative Geriatrie im Pflegeheim entwickeln“ (72h)
- Netzwerktreffen (vier Termine á 7 Stunden/ Jahr)
- Regionalgruppen (mind. acht Termine á 2 Stunden im Jahr)
- Projektgruppen
- Bildung und Reflexion
- Vernetzung mit relevanten Kooperationspartnern
- Öffentlichkeitsarbeit

Schwerpunktt Themen und -aufgaben sind:

- Analyse der Situation in den beteiligten Pflegeeinrichtungen
- Entwicklung und Erweiterung von palliativgeriatriischen Kompetenzen
- Diskussion und Fortentwicklung von Einrichtungskonzepten
- Bildung haupt- und ehrenamtlicher MitarbeiterInnen
- Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen Versorgung
- Integration ethischen Handelns in die Versorgung
- Altenpflegeausbildung

benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3. Er legt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.

⁵ weitere Infos: <https://www.palliative-geriatrie.de/kompetenzzentrum.html>

⁶ Die Angaben beruhen auf eine Abfrage der Netzwerkpartner im September 2013.

⁷ weitere Infos: <https://www.palliative-geriatrie.de/en/palliative-geriatrie>

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

- Kooperation mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen
- Einbindung in vorhandene Hospiz- und Palliative Care-Strukturen
- Netzwerkgestaltung in der Stadt und den Bezirken
- Wissenstransfer/ Transparenz
- Kollegialer Austausch
- Öffentlichkeitsarbeit
- Evaluation⁸

1.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gVP) im NPG Berlin

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde die gesundheitliche Versorgungsplanung zur Erprobung und Evaluierung der Möglichkeiten und Begrenzungen exemplarisch aufgesetzt und durchgeführt. Ziel war es, aufbauend auf dem im HPG definierten Auftrag zu erproben, wie eine gVP praxisnah aussehen und verlässlich über Pflegeheime etabliert werden kann.

Hierzu bildete das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Berlin (KPG) innerhalb des NPG Berlin eine Arbeitsgruppe – bestehend aus Mitgliedern des NPG Berlin und ergänzend über die Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)⁹ und den Palliativgeriatrischen Konsiliardienst (PGKD)¹⁰.

Zunächst wurde ein Konzept (siehe Anlage 8) zur Umsetzung von gVP im NPG Berlin entwickelt und mit allen Netzwerkpartnern abgestimmt. Dabei wurde Konsens erzielt, dass die gVP einen stetigen Kommunikationsprozess erfordert, der nicht nur initiiert, sondern auch begleitet werden muss. Das Konzept wurde der Untergruppe „Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim“ vom „Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung (AG HPKPH)“ im Land Berlin zur Diskussion vorgelegt.

Dem schloss sich eine Konzeptionierung eines 16-stündigen Schulungsformats „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V) einführen und gestalten“ an, welches im Rahmen einer Förderung durch das Land Berlin unter dem Dach von KPG Bildung¹¹ umgesetzt wurde.

⁸ <https://www.palliative-geriatrie.de/de/netzwerke/npg-berlin.html>

⁹ weitere Infos: <https://www.hospiz-aktuell.de>

¹⁰ KPG, ZAH und PGKD befinden sich in Trägerschaft des UNIONHILFSWERK

¹¹ weitere Infos: <https://www.palliative-geriatrie.de/bildung>

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

2 Durchführung des Projektes

Jede am Pilotprojekt beteiligte stationäre Pflegeeinrichtung (nachfolgend Heim) ist Mitglied im NPG Berlin und hatte durch den Besuch einer neuntägigen Projektwerkstatt, heiminterne Projektarbeit zur Palliativen Geriatrie, die regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen, Regionalgruppentreffen und Interventionen die Möglichkeit, den Prozess der Entwicklung des Konzeptes zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu verfolgen und an der Gestaltung mitzuwirken.

Auf eine Anfrage des KPG im Netzwerktreffen vom 09.02.2016 erklärten sich 13 NetzwerkpartnerInnen zur aktiven Mitwirkung in einer Projektgruppe des Pilotprojekts bereit.

Diese 13 Heime entsendeten auch jeweils 1 bis 2 MitarbeiterInnen, die bei der am 26. und 27.05.2016 (16 Zeitstunden) über KPG Bildung durchgeführten Schulung zum/ zur sogenannten „gVP-KoordinatorIn“ anwesend waren. Schulungsinhalte waren:

- Einführung in die gVP: HPG §132g SGB V, Ziele, Prozessbeschreibung und konzeptionelle Umsetzung
- Medizinische Grundlagen: kurative vs. palliative Medizin, Schmerztherapie, Symptomkontrolle, typische Diagnosen, medizinische Notfälle, Begriffsklärungen (z.B. Behandlungsabbruch, Therapiezieländerung zzgl. Indikation)
- Rechtliche und ethische Grundlagen: Einführung, Anforderungen an Patientenverfügung, „Knackpunkte“, auf die in einer Patientenverfügung geachtet werden muss (typische Fehlerquellen), Betreuungsrecht, mutmaßlicher Wille und Wille des Bevollmächtigten, Analyse von Patientenverfügungsbeispielen (Palliativgeriatischer Konsiliardienst, Wohnpark am Rohrpfuhl), Instrumente, um den mutmaßlichen Willen zu ermitteln
- Moderation und Kommunikation: Rollenspiele anhand praktischem (Doku)Beispiel, Reflexion des gVP-Beauftragten
- Dokumentation: Einführung und Evaluation, Dokumentationsbeispiele aus dem NPG Berlin und CS Wien, Vorstellung der verabredeten Dokumentationsblätter

Vom 01.07.2016 bis 30.09.2016 erfolgte eine dreimonatige Erprobungsphase der gVP im Heim, an der sich von den 13 zunächst zur Verfügung gestellten Heimen 10 Heime beteiligten.

Begleitend zur Umsetzung während der Erprobungsphase trafen sich die gVP-KoordinatorInnen zu einer Interventionsgruppe am 11.08.2016. Hier wurden u. a. im Rahmen eines Gruppeninterviews die Verläufe und Prozesse reflektiert (siehe Punkt 4).

Des Weiteren wurden Ergebnisse, Fragen und Schwerpunkte bei zwei Netzwerktreffen des NPG Berlin am 14.09.16 und am 23.11.16 vorgestellt und diskutiert (siehe Punkt 5).

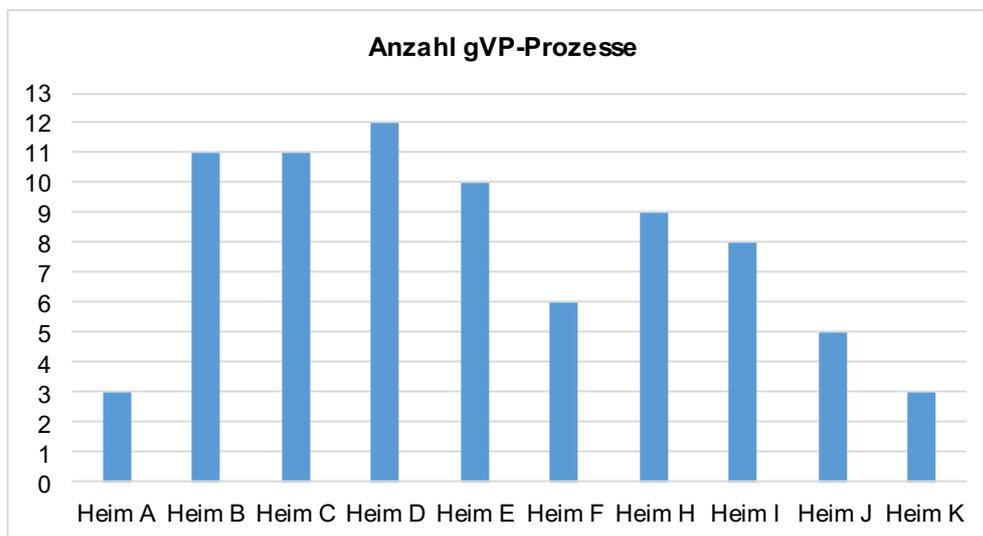
Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

2.1 Anzahl der gVP-Prozesse

In den 10 Heimen, die sich am Pilotprojekt beteiligen, lebten am Stichtag 01.08.2016 im Durchschnitt 117 BewohnerInnen (mind. 40 bis max. 184 BewohnerInnen).

Anvisiert war, dass pro Heim und unabhängig von der Größe und Belegungsmöglichkeit der jeweiligen Einrichtung, mit 10 BewohnerInnen eine gVP durchgeführt werden würde, was eine Gesamtmenge von 100 Durchführungen ergeben hätte.

Insgesamt wurden 78 gesundheitliche Versorgungsplanungen in 10 Heimen durchgeführt (n=78).



Der Durchschnitt der erfolgten Prozesse lag bei 7,8 gVP pro Heim, wobei die tatsächliche Spannweite der Durchführungen bei 3 bis 12 gVP-Prozesse pro Heim lag.

Durchschnittlich wurden pro gVP-Prozess und BewohnerIn 3 Gespräche geführt.

Kurz nach der Durchführung der gVP verstarben in Heim F vier und in Heim K zwei BewohnerInnen, was darauf schließen lässt, dass es sich bei diesen ausgewählten BewohnerInnen um eine der Zielgruppen, nämlich die der Menschen im Finalstadium, handelte.

2.2 Dokumentation

Die Heime erhielten die Aufgabe, neben 3 in der Projektgruppe entwickelten Dokumenten

- gVP-Erstgespräch (siehe Anlage 1)
- To-Do-Liste (siehe Anlage 2) und
- Notfallplan (siehe Anlage 3)

begleitend zur praktischen Umsetzung, am Ende eines jeden gVP Prozesses einen

- Evaluationsbogen (siehe Anlage 4)

auszufüllen.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Auf dem Evaluationsbogen sind chiffrierte Eckdaten (Geschlecht, Geburtsjahr, Krankenkasse) aufgeführt und ggf. näher erläutert:

- Erstgespräch (Datum, Dauer)
- Beratungsgespräche (Datum, Dauer und mit wem)
- Notfallplanung (Fallbesprechung mit Arzt, Beratung, sonstiges, Datum und Dauer)
- Fallbesprechung (mit wem, Datum, Dauer)
- Administration (Dauer)
- Dokumentation (Dauer)

2.3 Zielgruppe

Grundsätzlich wurde mit den beteiligten Heimen vereinbart, dass diese die Auswahl der BewohnerInnen, die für eine gVP infrage kommen, selbst vornehmen. Darüber hinaus sollte auf ein Vorhandensein unterschiedlicher Kriterien geachtet werden, wie:

- Einzugsdatum
- gesundheitlicher Zustand
- Einwilligung- und Äußerungsfähigkeit
- (zusätzliche) SAPV-Versorgung
- gesetzliche Betreuung

Ein Heim (Heim E) entschied sich, alle Prozesse bei BewohnerInnen durchzuführen, die durch die gleiche Hausärztin betreut wurden. Somit konnte die Bereitschaft der Ärztin getestet und sichergestellt werden sowie ein sich entwickelnder Gesprächsprozess im Zuge der gVP erfolgen.

Insgesamt wurde eine gVP mit 56 weiblichen Bewohnerinnen (72%) und 22 männlichen Bewohnern (28%) durchgeführt.

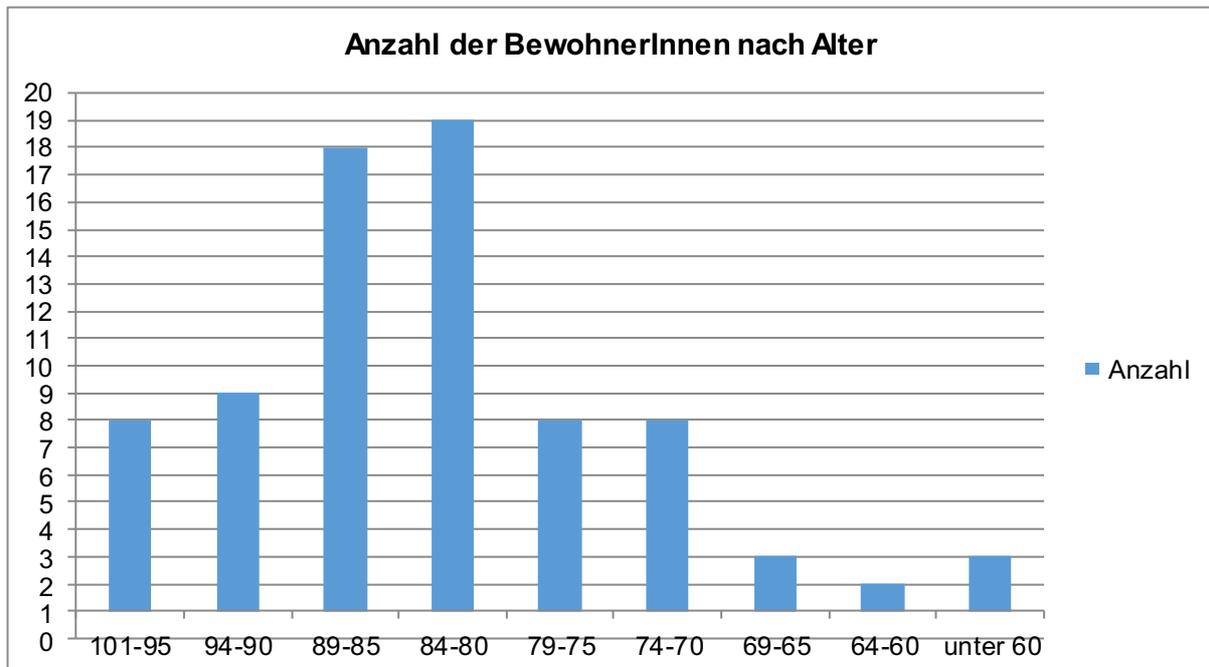


Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Das Alter der BewohnerInnen lag zwischen 57 und 101 Jahren, wobei die meisten zwischen 80 und 89 Jahren alt waren.

Das Durchschnittsalter der ausgesuchten BewohnerInnen lag bei 82 Jahren.



2.4 Beteiligte/ Ausführende

Am gVP-Prozess beteiligte Personen waren neben den BewohnerInnen:

- Angehörige
- BetreuerInnen
- (Haus)ÄrztInnen
- MitarbeiterInnen der Heime unterschiedlicher Zuständigkeiten und Hierarchien (Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung)
- (Palliativ-)PflegerInnen
- Qualitätsmanagementbeauftragte
- SozialarbeiterInnen
- TherapeutInnen
- HauswirtschaftsmitarbeiterInnen
- Betreuungskräfte
- Geschäftsführung
- sowie externe KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen aus der SAPV-Versorgung

2.4.1 Profession und Zusatzqualifikationen der gVP-KoordinatorInnen

Die beruflichen Qualifikationen der durchführenden MitarbeiterInnen (gVP-KoordinatorInnen) waren lt. Konzept:

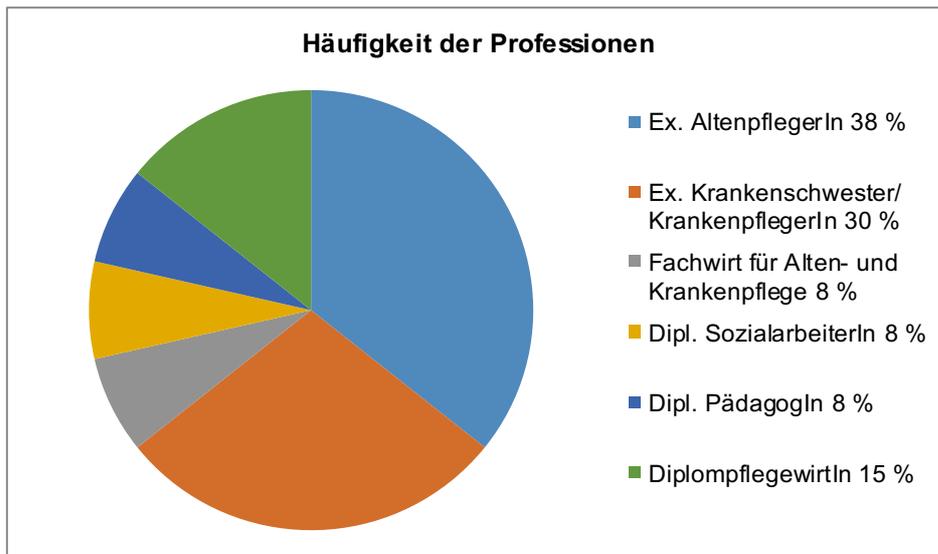
- Abschluss zur/ zum examinierten Kranken- oder AltenpflegerIn und/ oder
- Dipl. SozialarbeiterIn.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

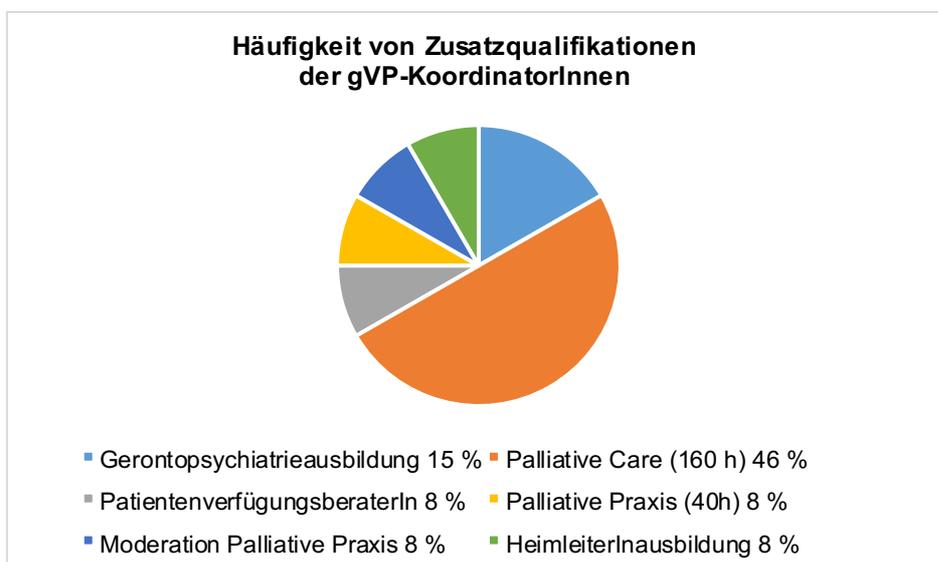
Jedoch stellte sich heraus, dass in der Erprobungsphase auch MitarbeiterInnen mit anderen Qualifikationen, z. B. Dipl. PädagogIn, Diplom PflegewirtIn oder ErgotherapeutIn, als gVP-KoordinatorIn tätig waren.

In der Umsetzung der gVP waren in einigen Heimen mehrere Personen beteiligt. Insgesamt beteiligten sich 13 MitarbeiterInnen aus verschiedenen Berufsgruppen am Pilotprojekt (n=13). Die Berufsgruppen teilten sich wie folgt auf:



Relevante (Zusatz-)Qualifikationen wurden angegeben mit:

- Zusatzqualifikation Palliative Care (160h),
- Curriculum „Palliative Praxis“ der Robert Bosch Stiftung (40h),
- Weiterbildung Fachkraft Gerontopsychiatrie
- Schulung zur Patientenverfügungsberatung
- Ausbildung zur Heimleitung
- Zusatzqualifikation Moderation Palliative Praxis



Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

2.4.2 ÄrztInnen

Für eine umfassende gVP ist es nötig, auch die zuständigen Haus- und/ oder SAPV-ÄrztInnen der BewohnerInnen in den gVP-Prozess einzubeziehen.

Laut Evaluation und Interviews im Rahmen der Intervisionsgruppen involvierten die Heime die zuständigen ÄrztInnen vorab durch ein Informationsgespräch. Daraufhin nahmen einige ÄrztInnen auch an Fallbesprechungen teil.

In allen Heimen beteiligten sich die zuständigen ÄrztInnen durch ihre Teilnahme an Fallbesprechungen im Rahmen der Notfallplanung und/ oder durch beratende Gespräche.

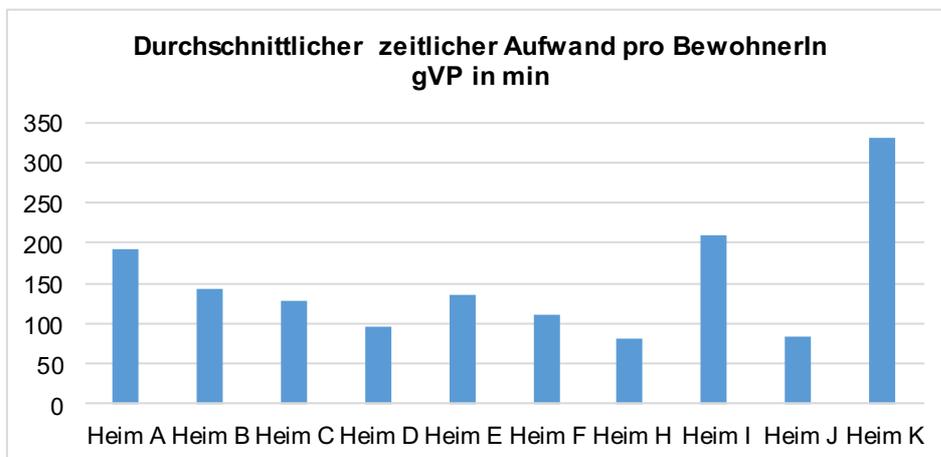
Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

3 Ergebnisse Evaluation

3.1 Dauer eines gVP-Prozesses

Der zeitliche Aufwand einer gVP umfasste:

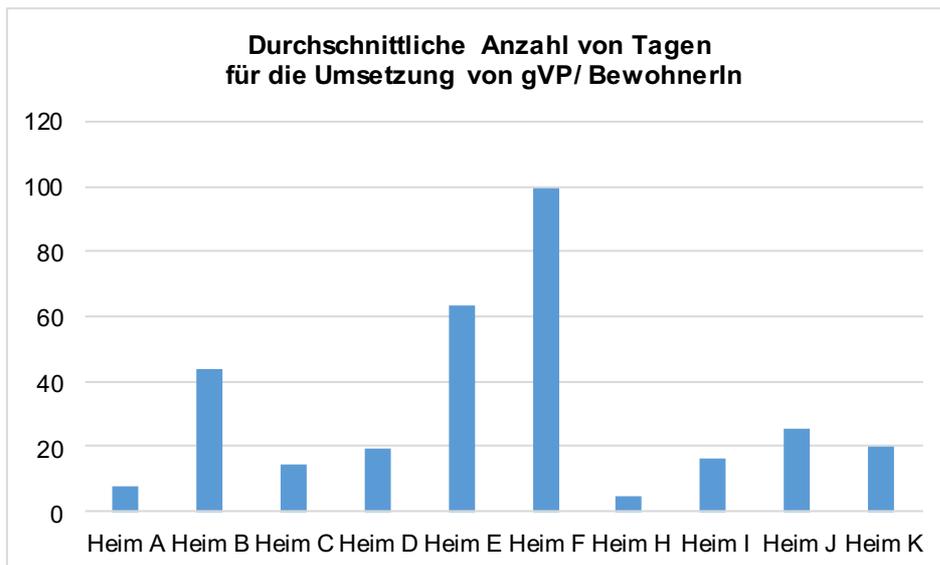
- Gespräche mit BewohnerIn, Angehörigen/ Nahestehenden, MitarbeiterInnen der Einrichtungen, ÄrztIn
- Erstellung/ Ergänzung Patientenverfügung
- Erstellung Notfallplanung
- Kontakt zu Beteiligten per Telefon, Email, Fax



Ein gVP-Prozess dauerte vom Gesamtaufwand her durchschnittlich 151 min (ca. 2,5 Std.) pro BewohnerIn, inkl. Administration und Dokumentation.
 Der kürzeste durchschnittliche Aufwand eines Heimes lag bei 81 min (Heim H) und der längste bei 330 min (Heim K).

Der Prozess der gVP ohne Administration und Dokumentation lag im Durchschnitt aller gVP bei 114 min pro BewohnerIn.
 Hierbei lag die geringste durchschnittliche Dauer bei 56 min pro Heim (Heim J) und die größte durchschnittliche Dauer bei 165 min (Heim I).

Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“



Zwischen dem Erstgespräch und Abschluss der gVP lagen im Durchschnitt 31 Tage.

Die Heime benötigten mindestens 5 bis maximal 100 Tage für die Umsetzung einer gVP. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Projektlaufzeit auf 3 Monate festgelegt worden ist und es sicher in normalen Alltagssituationen länger dauern kann. Einige Heime haben Erstgespräche eingerechnet, die vor Projektbeginn stattfanden (Jahreswende 2015/ 2016).

Hierzu wird auf das Heim E verwiesen, welches bei Projektabschluss 4 gVP begonnen, aber noch nicht abgeschlossen hatte.

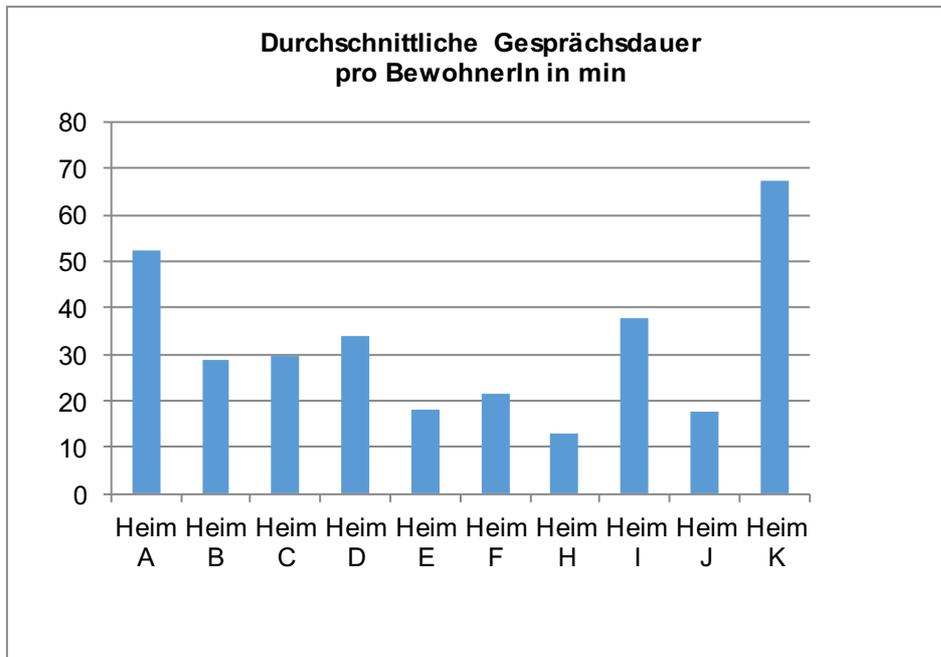
Außerdem wurde die Durchführungszeit beeinflusst durch:

- Urlaubszeit (Projektlaufzeit fand im Sommer statt)
- Zeit zwischen den Gesprächen
- die regulären Anforderungen der Arbeitstätigkeit
- den Gesundheitszustand der BewohnerInnen,
- die Flexibilität und Bereitschaft für Gespräche von den Beteiligten und dem Vertrauensverhältnis zwischen KoordinatorIn und BewohnerIn.

Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

3.2 Zeitlicher Aufwand

3.2.1 Durchschnittliche Gesprächsdauer eines Gespräches innerhalb eines gVP-Prozesses



Die durchschnittliche Dauer eines Gespräches innerhalb eines gVP-Prozesses lag (für alle Heime) bei 32 min.

Im Vergleich gaben die einzelnen Heime durchschnittliche Gesprächsdauern von mindestens 13 min (Heim H) bis maximal 68 min (Heim K) an.

Bei zusätzlicher Einrechnung der Verwaltungs- und Administrationsaufgaben lag die Dauer eines Gespräches durchschnittlich bei 43 min.

Hier lagen der geringste Wert bei 17 min (Heim H) und der höchste Wert bei 83 min (Heim K).

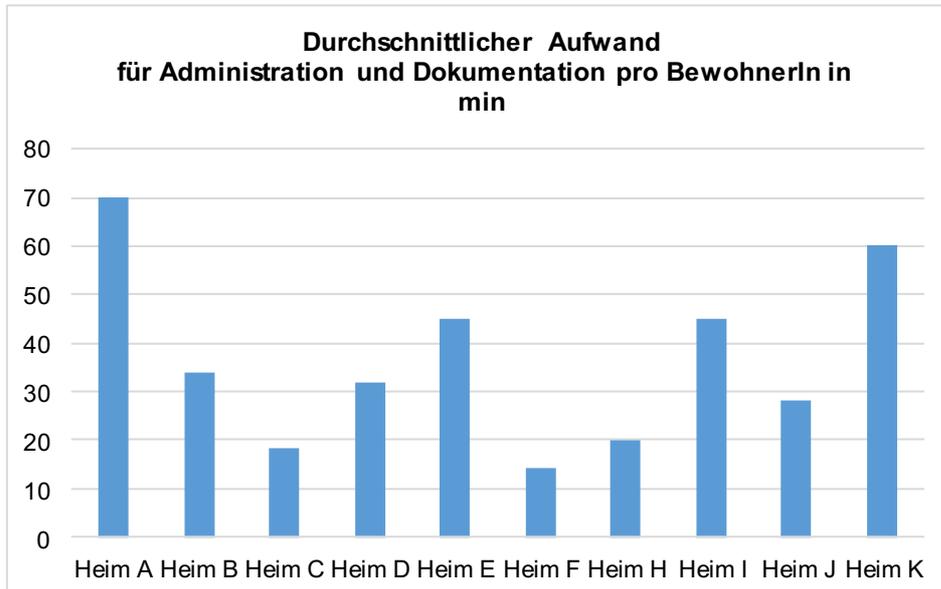
Die große Spanne zwischen den zeitlichen Angaben wurde bedingt durch:

- zeitliche Kapazitäten des/der KoordinatorIn
- Vertrauensverhältnis und Bekanntheit
- Fokussierung des/der KoordinatorIn auf das Gespräch als ein Schwerpunkt der gVP
- Offenheit der/der BewohnerIn gegenüber der gVP

Hierzu siehe auch Punkt 8.2 Dauer der gVP-Prozesse.

Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

3.2.2 *Zeitaufwand Administration und Verwaltung eines gVP-Prozesses*



Der durchschnittliche Aufwand für Administration und Verwaltung aller Heime lag bei 37 min pro BewohnerIn in einem gVP-Prozess.

Der niedrigste Wert lag bei 14 min (Heim F) und der Höchstwert bei 70 min (Heim A).

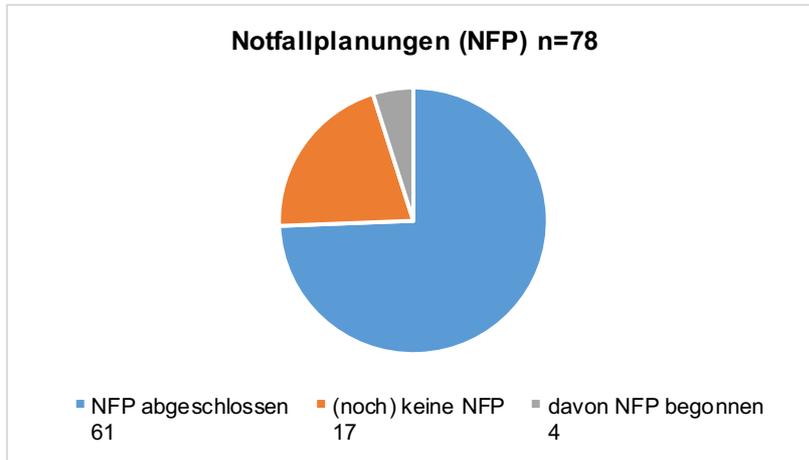
3.3 Fallbesprechungen

In 8 von 10 Heimen fanden generell und zusätzlich zu den Fallbesprechungen zur Notfallplanung Fallbesprechungen zur gVP statt. Meist erfolgten diese ausschließlich im Team.

Sie dienten zur vorbereitenden, abschließenden und informierenden Absprache der angefertigten Notfallplanungen respektive Festlegungen bzw. Dokumentationen der Wünsche des/ der BewohnerIn.

Beteiligte Personen waren MitarbeiterInnen der Heime, vor allem aus dem Versorgungs- und Betreuungsteam, welches für die jeweilige BewohnerIn zuständig war (Wohnbereichsleitung, Bezugspflegekraft sowie aus den Bereichen Hauswirtschaft, Betreuung, Therapie).

3.4 Notfallplanungen



Aufbauend auf 78 gVP-Prozesse wurden insgesamt 66 Beratungen zur Notfallplanung durchgeführt, das sind 85 % von der Gesamtzahl (n=78).

61 Notfallplanungen wurden abgeschlossen, d. h. mittels Notfallbogen dokumentiert und von der/ dem behandelnden ÄrztIn autorisiert. Das bedeutet, dass in 78 % der gVP-Prozesse eine Notfallplanung abgeschlossen wurde.

Für 17 BewohnerInnen (22 %) wurde bis zum Projektende noch keine Notfallplanung durchgeführt, wobei bei 24 % von diesen 17 BewohnerInnen eine Notfallplanung begonnen und diese bei einigen nach Projektschluss erfolgreich abgeschlossen wurde.

Eine Bewohnerin (Heim B) wünschte sich statt der Notfallplanung eine zusätzliche Beratung zur Bestattungsvorsorge.

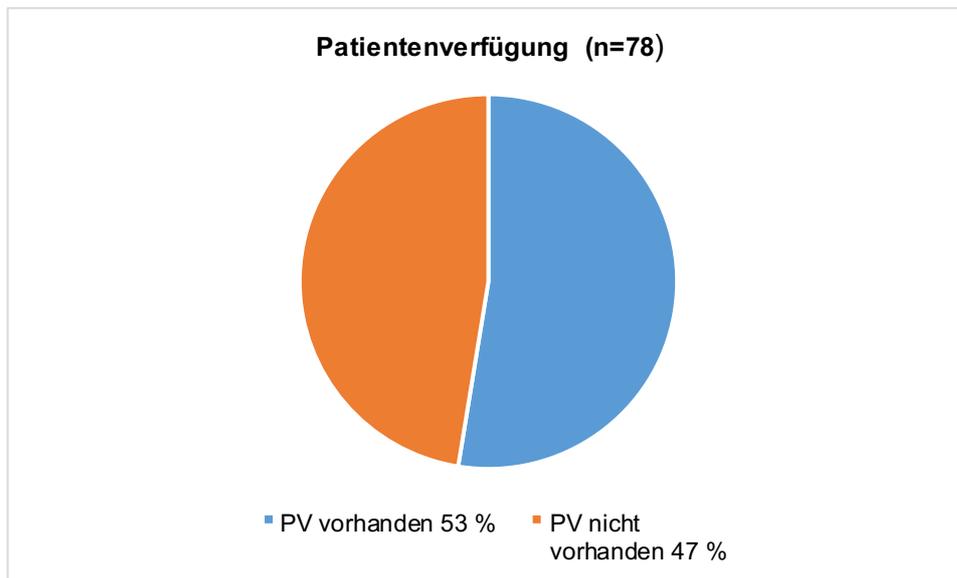
Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

3.5 Patientenverfügung

3.5.1 Daten zur Patientenverfügung

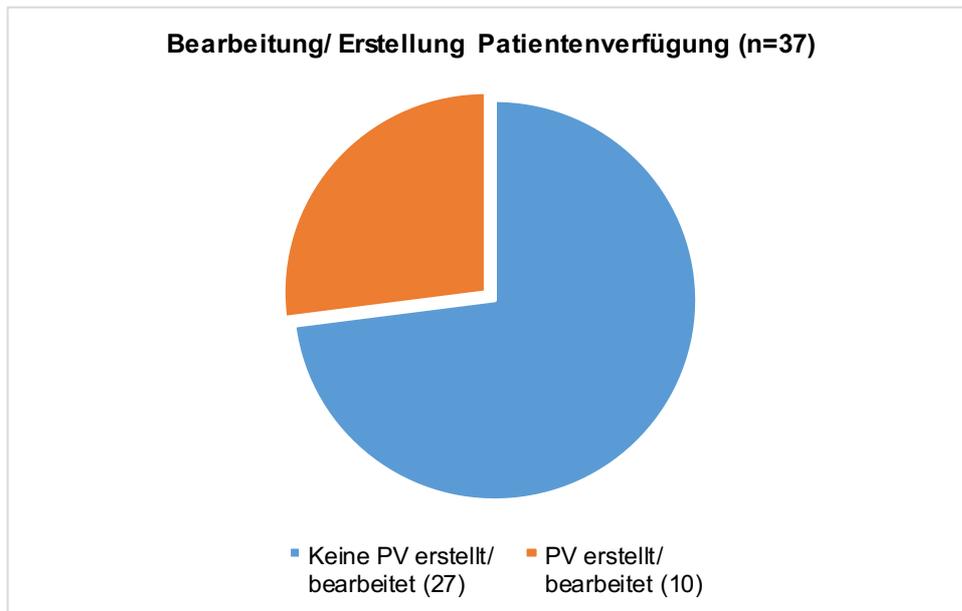
Zu den Patientenverfügungen erfolgten teilweise auf den Evaluationsbögen, aber auch bei späteren telefonischen Nachfragen der durchführenden gVP-KoordinatorInnen, Angaben.

Grundsätzlich waren bei 53% (41) der BewohnerInnen Patientenverfügungen vorhanden und bei 47% (37), also knapp weniger als die Hälfte der Gesamtheit, war keine Patientenverfügung vorhanden.

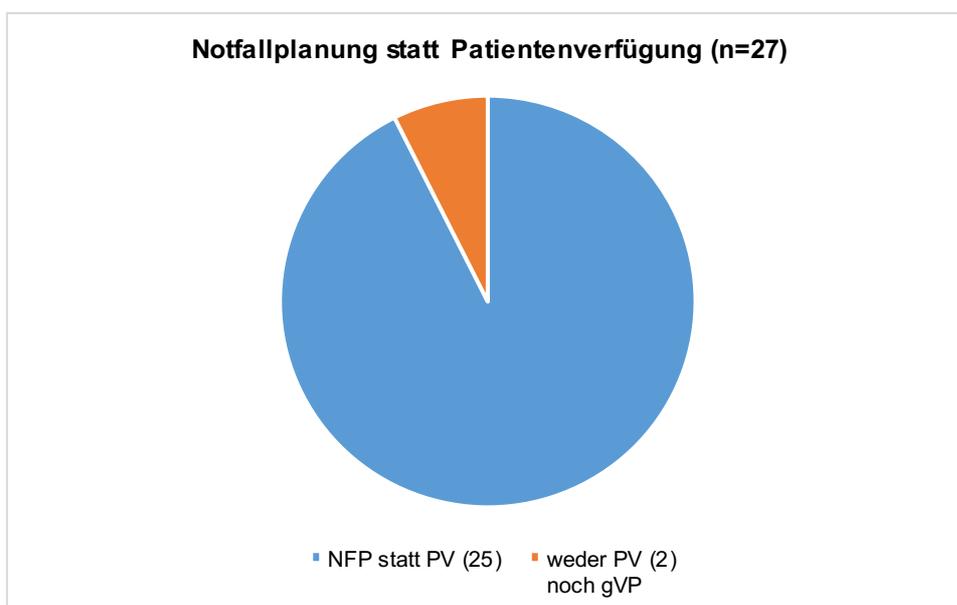


Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

Von den 47% der BewohnerInnen (37), die keine PV vorliegen hatten, entschieden sich 35% der BewohnerInnen (27) gegen und 8% BewohnerInnen (10) für die Erstellung/ Bearbeitung einer individuellen und auf den Einzelfall bezogenen Patientenverfügung (Heim B, D H und I).

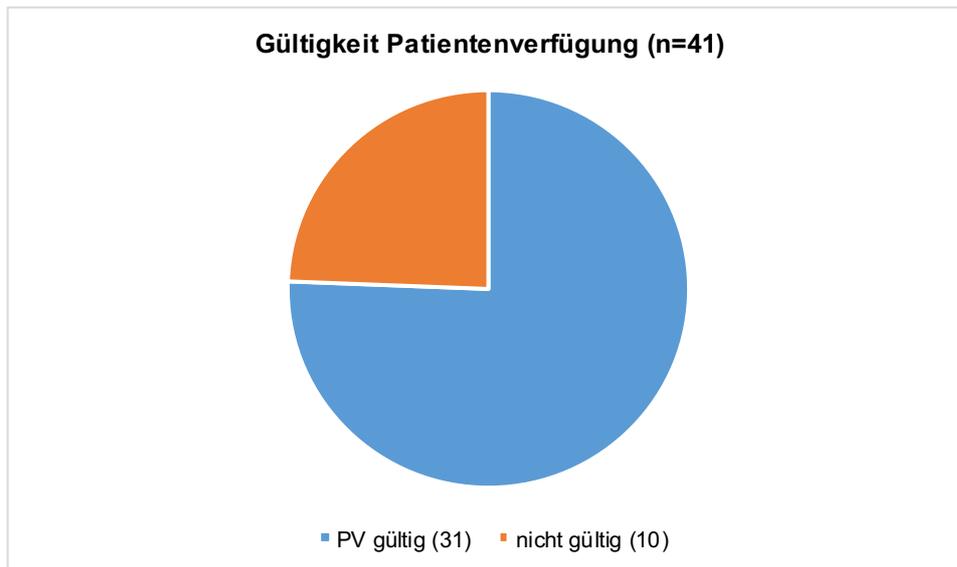


32% der BewohnerInnen (25) stimmten im Rahmen der gVP der Beratung und Erstellung einer Notfallplanung, statt der Erstellung und Beratung einer Patientenverfügung zu.
3% der BewohnerInnen (2) lehnten sowohl die Erstellung der Patientenverfügung als auch die einer Notfallplanung ab.



Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Bei jenen BewohnerInnen, die über eine Patientenverfügung verfügten, wurde bezüglich der Gültigkeit angegeben, dass 76% (31) BewohnerInnen von ihnen über eine gültige Patientenverfügung¹² verfügten.



3.5.2 Rückmeldungen der gVP-KoordinatorInnen zu den Patientenverfügungen

Nach der Umsetzungsphase wurden die gVP-KoordinatorInnen vom KPG schriftlich per Mail, bezüglich der vorgelegten Patientenverfügungen auf die Indikatoren Gültigkeit, Bearbeitung und Konsequenz für Heim und BewohnerIn befragt

Die folgenden Aspekte werden im Wortlaut wiedergegeben:

Gültigkeit und Existenz von Patientenverfügungen

- „Eine Bewohnerin hat eine aussagekräftige Patientenverfügung, deren Aussage im persönlichen Gespräch unterstrichen und wiederholt wurde. Die zweite Bewohnerin hat eine Patientenverfügung, deren Inhalt keiner im Team kennt, da sie uns (noch) nicht zur Verfügung steht. Die Betreuerin wurde aufgefordert, uns das Schriftstück für die Unterlagen auszuhändigen, was jedoch noch nicht erfolgte und die Bewohnerin selbst kann wegen kognitiver Defizite keine Auskunft mehr geben.“
- „Etwa 2/3 der Beteiligten hatten bereits Patientenverfügungen, in den anderen Fällen wurden Patientenverfügungen mit den Beteiligten/ Bevollmächtigten erstellt.“
- „Die Erfahrungen in Bezug auf Patientenverfügungen waren sehr unterschiedlich. Teils vorhanden, teils nicht vorhanden. Gut ausgefüllt, teils weniger gut ausgefüllt. Aufgrund meiner Ausbildung Berater für Patientenverfügung konnten die Probleme an Ort und Stelle geklärt werden.“
- „Im Projekt hatten wir 12 Bewohner, davon hatten 7 Bewohner eine Patientenverfügung, wovon 2 undifferenziert sind.“

¹² Kriterien: Patientenverfügung wurde von BewohnerIn unterschrieben, alle Seiten des Dokuments sind vorhanden, Unterschrift wurde bei einwilligungsfähigem Zustand des/ der BewohnerIn geleistet, Wünsche entsprechend aktuellem Gesundheitszustand respektive den gesundheitlichen Einschränkungen des/ der BewohnerIn, es wurden aussagekräftige und inhaltlich anwendbare Wünsche zu Behandlungsmaßnahmen ausgeführt.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

- *„Patientenverfügungen waren flächendeckend vorhanden. Sie waren valide und vollständig. Generell gibt es eine Flut an verschiedensten Vorgabedokumente, sodass eine komplexe Auffassungsgabe und Erfahrung mit dem Thema seitens der gVP-Koordination von Vorteil ist. Zudem braucht es eine empathische Gesprächsführung mit Betreuern, Angehörigen und Bewohnern. Acht der zehn Bewohner verwiesen auf ihre Patientenverfügungen und Betreuer zu Fragen bezüglich der Notfallvorsorgeplanung. Patientenverfügungen wurden nicht angepasst, jedoch erfolgten Beratungstermine auf Wunsch der Betreuer zur Patientenverfügung für dementiell erkrankte Bewohner.“*
- *„Patientenverfügungen waren, bis auf eine, immer vorhanden und zu ca. der Hälfte auch anwendbar. Eine Patientenverfügung musste neu gemacht werden, die anderen wurden überprüft und korrigiert, bzw. an die neuen Wünsche angepasst. Dies war bei allen kein großes Problem.“*
- *„Es ist auf dem Gebiet der Patientenverfügung noch viel zu tun.“*

Konsequenz für BewohnerInnen und Heime

- *„Eine Beteiligte wollte keine Patientenverfügung erstellen, da wurde nur der Notfallbogen sowie die vorliegende notarielle Vollmacht für die Gesundheitsvorsorge als ausreichend empfunden.“*
- *„Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Patientenverfügungen betrafen i. d. R. nur Kleinigkeiten, z. B. eine falsche Datierung, kleine Ergänzungen bzgl. offener Punkte in Formularen. Formal waren alle bereits vorliegenden Patientenverfügungen rechtsgültig (z. B. mit eigenhändiger Unterschrift und Datum versehen).“*
- *„Es wurden darüber hinaus in den Fällen, wo keine Patientenverfügungen vorhanden waren, auf Wunsch auch komplette Vorsorgevollmachten, incl. den Gesundheitsvollmachten, erstellt; das lässt vermuten, dass diejenigen, die bereits Vollmachten erteilt haben in diesem Zusammenhang auch Patientenverfügungen erstellt haben.“*
- *„Insgesamt kann ich sagen, dass das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Patientenverfügung keinen großen Einfluss auf die gesundheitliche Vorsorgeplanung sowie das Erstellen des Notfallplanes gehabt hat.“*
- *„Beratungen oder Änderungen der Patientenverfügung für Bewohner mit Patientenverfügung wurden nicht durchgeführt, ggf. gleich eine Notfallverfügung erstellt. Für 1 Bewohner ohne Patientenverfügung haben wir mit Hilfe des kooperierenden Hospizes eine Beratung zur Patientenverfügung angeboten und durchgeführt. Daraufhin ist eine Patientenverfügung durch die Betreuerin erstellt worden.“*
- *„Die Mitarbeiter begrüßen eine „Kurzfassung“ einer Willenserklärung für den Fall eines Notfalls und eine damit eventuell vermeidbare Krankenhauseinweisung für die Bewohner.“*

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

4 Ergebnisse aus der Intervisionsgruppe

In einer am 11.08.16 stattgefundenen Intervisionsgruppe wurden erste Erkenntnisse reflektiert. In Cluster gefasst ergaben sich folgende weiterführende Konsequenzen:

Profession der/ des KoordinatorIn

- Die Profession der/ des gVP-KoordinatorIn kann sowohl SozialarbeiterIn als auch examinierte/r Alten-/ KrankenpflegerIn sein. Wichtig sind für die Tätigkeit u. a. eine ausreichende Berufserfahrung und fachliche Perspektive sowie eine langjährige Tätigkeit im Altenpflegebereich, was ein Basiswissen in relevanten Teilbereichen ermöglicht.

Einführung und verlässliche Etablierung von gVP im Heim

- Bevor die gVP im Heim umgesetzt wird, sollte eine Projektplanung zur Durchführung erstellt werden.
- Es ist außerordentlich wichtig, die Umsetzung sowohl den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden im Heim als auch an die extern Beteiligten (Kooperationspartner, Nahestehenden) bekannt zu geben und diese zu erläutern.
- Eine erfolgreiche Durchführung hängt maßgeblich vom Rückhalt der MitarbeiterInnen, aber auch der Leitung ab.
- Die Umsetzung der gVP erfordert eine hohe Team- und Kommunikationskompetenz.
- Die gVP sollte grundsätzlich als Prozess begriffen werden, der nicht mit dem Ausfüllen jedweder Formulare abgeschlossen ist, sondern eine ständige und stetige Kommunikation erfordert.
- In der gVP ist das Heim die sogenannte „Schaltzentrale“ für alle ablaufenden Prozesse und die Initiierung weiterer Schritte.

Konsequenzen aus Durchführung von gVP für MitarbeiterInnen und Heime (als Organisation)

- Die gVP ermöglicht verlässliche Begegnungen beteiligter AkteurInnen, die bisher nicht üblich, respektive als nicht notwendig angesehen wurden (Beispiel eines Heimes: ÄrztIn und BetreuerIn treffen sich im Rahmen der Notfallplanung das erste Mal).
- Durch die gVP kann es auch in anderen Vernetzungsstrukturen zu Verbesserungen kommen, wie z. B. in der Kooperation mit dem ambulanten Hospizdienst oder SAPV Leistungserbringer.
- Der Bildungsbedarf bei MitarbeiterInnen wird durch die Einführung gVP neuerlich deutlich und hat die Geschäftsführung zur Bereitstellung weiterer Schulungen und Organisationsentwicklungsprozesse bewegt, z. B. Heim E.
- Die gVP leistet einen Beitrag zur Enttabuisierung der Themen „Sterben und Tod“, da die BewohnerInnen und ihre Nahestehenden die Möglichkeit haben, in bestenfalls sensibler und empathischer Begleitung ohne Zeitdruck über das Lebensende zu sprechen und Vereinbarungen zu treffen.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

5 Ergebnisse aus den Netzwerktreffen im NPG Berlin

Bei den Netzwerktreffen des NPG Berlin am 14.09.2016 und am 23.11.2016 wurden unter dem TOP „Pilotprojekt gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende“ Erfahrungen einzelner Heime zusammengetragen und reflektiert.¹³

Die Angaben wurden im Netzwerkprotokoll detailliert aufgeführt und werden folgend geclustert dargestellt.

gVP-KoordinatorIn

- Eine gVP-Koordinatorin sei als QM-Beauftragte für die Durchführung gVP freigestellt worden und habe somit genug zeitliche Ressourcen. Da sie normalerweise hausübergreifend arbeite, sei sie nicht bei allen BewohnerInnen bekannt und habe somit meist 4-8 kurze Gespräche pro BewohnerIn geführt, um die gesundheitliche Versorgungsplanung wirklich umsetzen zu können.
- In einem Heim wurde die gVP von mehreren SozialarbeiterInnen durchgeführt.

Auswahl der BewohnerInnen

- Die Auswahl der BewohnerInnen erfolgte nach Zuordnung zum Hausarzt, hier habe man sich für 10 BewohnerInnen mit dem/ der gleichen ÄrztIn entschieden. Ansonsten wurden BewohnerInnen mit und ohne Demenz (um die Situation mit BetreuerIn erproben zu können) ausgewählt.
- Ein Heim habe bei der Auswahl der BewohnerInnen auch auf den/ die ÄrztIn, aber auch auf die medizinischen Kriterien und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der gVP geachtet.
- In einem anderen Heim habe man vor allem BewohnerInnen ausgewählt, die sich noch in der Eingewöhnungsphase befinden, um die gVP vom Einzug an begleitend einsetzen zu können.

Resonanz und Einbezug der MitarbeiterInnen

- Die Resonanzen der MitarbeiterInnen und auch der Angehörigen/ Nahestehenden waren durchweg positiv.
- Auch die BetreuerInnen hätten darauf positiv reagiert, dass die Initiative zum Gespräch vom Heim ausging.
- Die Wohnbereichsleitungen seien aufgrund der Kürze und Schnelligkeit der Einführung der gVP in den Leitungsrunden informiert worden und hätten dies dann an ihre MitarbeiterInnen auf der Station weitergetragen.

Zusammenarbeit mit ÄrztInnen

- In fast allen am Pilotprojekt beteiligten Heimen hätten sich kooperierende ÄrztInnen am gVP-Prozess, wenngleich in unterschiedlicher Güte, beteiligt.
- Bzgl. der Zusammenarbeit/ Rückmeldungen von ÄrztInnen berichtete ein Heim, dass die zuständigen ÄrztInnen die Dokumente zunächst einfach unterschrieben hätten, nun aber Nachfragen zu Formulierungen und auch Inhaltlichem erfolgten.
- Einige ÄrztInnen fänden das Dokument Notfallbogen verwirrend, würden aber grundsätzlich die Umsetzung von gVP befürworten.
- An einigen Fallbesprechungen hätten ÄrztInnen teilgenommen, andere wurden vorab informiert und konnten sich dem Ergebnis anschließen.
- In einem Heim hätten bisher leider noch keine interdisziplinären Fallbesprechungen mit ÄrztInnen stattgefunden, man könne sich das nicht erklären.

¹³ Beide Netzwerktreffen fanden jeweils bei KPG Bildung West (c/o Pflegewohnheim „Am Kreuzberg“ vom UNIONHILFSWERK; Fidicinstraße 2, D-10965 Berlin) von 9:00-15:00 Uhr statt.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Weiterführende Überlegungen und Entwicklungen

- In einem Heim werde überlegt, ob es sinnvoll sei, einen gesonderten Flyer für die gVP zu fertigen und diesen vor der Durchführung einer gVP insbesondere allen BetreuerInnen mit einem kurzen Infoschreiben zukommen zu lassen, damit diese in Kenntnis gesetzt seien.
- Von einigen Seiten habe es in einem Heim Fragen und Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Notfallbogens gegeben, hier sei man sich noch nicht klar, ob man ihn in dieser Form belassen solle.
- Ein anderes Heim berichtet, dass bei zwei BewohnerInnen, mit denen eine Notfallplanung erstellt wurde, im Krisenfall – wie gewünscht – nicht die Feuerwehr gerufen wurde.
- Es wird angemerkt, dass der Notfallbogen möglicherweise noch vereinfacht werden könnte und überarbeitet werden sollte. Hierzu brauche es aber eine regionale Verabredung für ein Dokument.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

6 Bezug zum Merkmalsprozess

6.1 Einführung und Erläuterung Merkmalsprozess

Das vom 15.03.2015 bis 14.12.2015 durch das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) in Zusammenarbeit mit der Alice Salomon Hochschule Berlin und IFF Wien der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Wien Graz durchgeführte und von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin geförderte Forschungsprojekt „Merkmalsprozess zu Pflegeeinrichtungen mit palliativgeriatrischer Kompetenz in Berlin“¹⁴ befasst sich mit der Frage, wie Hospiz- und Palliativkompetenz in Heimen sichtbar und erkennbar gemacht werden kann.

Es handelte sich um die wissenschaftlich begleitete Entwicklung und fundierte Begründung „allgemeingültiger Charakteristika von Palliativer Geriatrie in Pflegeheimen“ unter besonderer Berücksichtigung relevanter Berliner Regelungen und Erkenntnisse aus dem NPG Berlin sowie der Fachtagungen Palliative Geriatrie in Berlin. Vorliegende wissenschaftliche Arbeiten fanden Berücksichtigung.

Das Forschungsprojekt befasste sich mit folgenden zentralen Fragen:

- Was charakterisiert ein Pflegeheim mit palliativgeriatrischer Kompetenz?
- Was unterscheidet ein Pflegeheim mit palliativgeriatrischer Kompetenz von einem Pflegeheim ohne palliativgeriatrische Kompetenz?
- Wie können VerbraucherInnen diese Pflegeheime unterscheiden?

Zur Gewinnung von Erkenntnissen und weiterführenden Fakten zur Evaluation wurden Interviews und Workshops mit ExpertInnen und VerbraucherInnen durchgeführt, die in der Beantwortung in Themenbereiche eingeteilt wurden und somit einzelne Elemente erkennbar machen, welche auch in Bezug auf die Umsetzung der gVP einbezogen werden können.

In allen Antworten und Rückmeldungen zu den befragten Themen kamen sowohl von den VerbraucherInnen als auch den ExpertInnen, folgende Schlagworte wiederholt auf:

- Berücksichtigung des BewohnerInnenwillens
- Offene Kommunikation der „unangenehmen“ Themen zur Gestaltung des Lebensendes
- Qualifizierung des Personals i. S. v. Aus- und Weiterbildung
- Wissen und Anwendung/ Beratung zur Vorsorge (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht)
- Beratung und Aufklärung zum/ des Gesundheitszustandes
- (interdisziplinäre) Fallbesprechungen

Diese fanden im Ergebnis des Forschungsprojektes, welches in Form von Empfehlungen und einer Checkliste für ExpertInnen/ Prüfinstanzen sowie eines Fragenkatalogs für VerbraucherInnen zusammengefasst wurden.

Die vorgelegten Fragenkataloge¹⁵ sollen VerbraucherInnen schon vor einem Pflegeheimzugang eine nachvollziehbare Entscheidungshilfe geben und darüber hinaus Eingang in maßgebliche Regelungen und Qualitätsprüfungen¹⁶ finden. Diese wurden vom KPG als Fragebögen veröffentlicht und finden in Berlin über die Fach- und Spezialberatungsstelle „Zentrale Anlaufstelle Hospiz“ sowie in der Beratung¹⁷ über kommunale und kassenseitige Pflegestützpunkte Anwendung.

Im Folgenden wird ein Bezug zwischen den Ergebnissen des Merkmalsprozesses und den im Pilotprojekt festgelegten Schwerpunkten hergestellt. Anzumerken ist, dass VerbraucherInnen nicht generalisiert mit BewohnerInnen (des gVP-Prozesses) gleichzusetzen sind.

¹⁴ weitere Infos: <https://www.palliative-geriatrie.de/nc/nachrichten-single-ticker/article/neues-forschungsprojekt-vom-kpg.html>

¹⁵ Fragebogen für VerbraucherInnen: <https://www.palliative-geriatrie.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=242&token=07b88f94f976567e4024746263d8c674b3dda3ec>

¹⁶ Fragebogen für ExpertInnen/ Prüfinstanzen: <https://www.palliative-geriatrie.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=327&token=498373f555f164b3803fa844760362e4b0c47725>

¹⁷ vgl. auch Curriculum zu §39b SGB V Hospiz- und Palliativberatung für Sozial- und Pflegeberaterinnen und -berater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte

Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

6.2 Bezug zur gVP

6.2.1 Empfehlungen für Prüfinstanzen, GestalterInnen und EntscheiderInnen

Im Bericht zum Forschungsprojekt wird unter dem Punkt „BewohnerInnen“ auf den Indikator Umgang mit der Vorsorgeregelung (Vollmacht und Patientenverfügung) eingegangen. Es heißt dort *„Wünsche und Bedürfnisse zur Versorgung in der letzten Lebensphase sind dokumentiert und werden regelmäßig aktualisiert.“*¹⁸

Im letzten Punkt „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ findet sich der Indikator *„Kommunikationsstrukturen für einen interprofessionellen Austausch aller Berufsgruppen in der Pflegeeinrichtung (einschl. Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung, Ehrenamt) sind etabliert.“*¹⁹

Beide Indikatoren beinhalten die wesentliche Ausrichtung der gVP, nämlich die der Gewährleistung des BewohnerInnenwillens und der Interdisziplinarität.

gVP kann nur umgesetzt werden, wenn diese beiden Prämissen auch als solche verstanden und praktiziert werden. Es geht darum, dass alle beteiligten AkteurInnen miteinander vor allem zum Wohle der/ des BewohnerIn in einen Kommunikationsprozess einsteigen, diesen entwickeln und als dauerhaft und sinnvoll begreifen.

6.2.2 Checkliste für Prüfinstanzen und Entscheidungsträger zur Fortentwicklung der Berliner Pflegeeinrichtungsstrukturen

Unter Punkt 3 wird die Frage aufgeführt: *„Ist der Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen geregelt und werden bei Bedarf entsprechende Beratungen angeboten oder vermittelt?“*²⁰

Frage 4 geht direkt auf die gVP ein: *„Werden Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen hinsichtlich ihrer letzten Lebensphase besprochen und dokumentiert, etwa im Rahmen von gesundheitlicher Versorgungsplanung (§132g SGB V)?“*²¹

Beide Fragen beziehen sich, wie schon der vorherige Punkt, direkt auf die gVP und ihre wesentlichen Elemente.

6.2.3 Fragenkatalog für VerbraucherInnen

Hier wird unter dem Indikator „Selbstbestimmung“ die Frage genannt *„Werde ich bei Fragen zur Vorsorgevollmacht und/ oder Patientenverfügung beraten?“*²² und weiterhin die Frage *„Wie ist festgelegt, was für mich gut ist, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann oder nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen?“*²³

Auch hier wird deutlich auf die Notwendigkeit, als Merkmal/ Kriterium definiert, hingewiesen, wie wesentlich die Sorge um das Lebensende ist und dass die Verantwortung der Umsetzung und Erfüllung des BewohnerInnenwillens vor Ort im Heim liegt.

¹⁸ Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 61

¹⁹ Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 61

²⁰ Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 62

²¹ Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 62

²² Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 63

²³ Quelle unter Punkt 1 aufgeführt, Merkmalsprozess Seite 63

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

6.3 Konsequenz für Umsetzung gVP

Es ist zu vermuten, dass die im Merkmalsprozess gewonnenen Erkenntnisse, zumindest künftig im Berliner Raum und prospektiv auch bundesweit Anwendung bei der Suche nach dem geeigneten Heim und der Aufstellung von Leistungskriterien/ Qualitätsmerkmalen in Bezug auf die Hospiz- und Palliativkompetenz finden.

Dem geht einher, dass VerbraucherInnen und ExpertInnen nicht nur durch die gesetzliche Einführung mit dem Themenkomplex der gVP konfrontiert sind, sondern selbst nach dem Umgang und dem Verfahren der gVP fragen.

Auch können Heime anhand der aufgestellten Kriterien und Empfehlungen überprüfen, inwieweit sie die Hospiz- und Palliativkompetenz in ihrem Haus eingeführt und verlässlich umgesetzt haben und in welchen Bereichen es Entwicklungs- und Förderbedarf gibt.

In Bezug auf die gVP zeigt sich, dass sich durch die im Merkmalsprozess markierten Kriterien und benannten Wünsche von allen Beteiligten die Sorge um das Lebensende elementar und beachtenswert ist. Die in den Ergebnissen immer wieder auftretenden Schlagworte wie „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Kommunikation, Interdisziplinarität, BewohnerInnenwille“ sind nur ein paar der Begriffe, die die gVP definieren und deren basale Aufgabe beschreiben.

Somit kann festgestellt werden, dass die Umsetzung von gVP in einem Heim gleichzeitig eine Orientierung am BewohnerInnenwillen in Bezug auf die letzte Lebensphase bedeutet und somit mit einer erheblichen Qualitätssteigerung des Lebens und Sterbens einhergeht.

7 Umfrage anlässlich der 42. Berliner Seniorenwoche 2016

Auf der 42. Berliner Seniorenwoche präsentierte sich das NPG Berlin am 25.06.2016 auf der Eröffnungsveranstaltung auf dem Breitscheidplatz mit einem Informations- und Beratungsstand zu palliativgeriatrischer Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen und einer Aktion für die BesucherInnen der Seniorenwoche.²⁴

Die BesucherInnen hatten die Möglichkeit, mit den ehren- und hauptamtlichen MitarbeiterInnen aus dem KPG, der ZAH und dem NPG Berlin ins Gespräch zu kommen. Diese Gelegenheit nutzten innerhalb von vier Stunden exemplarisch ca. 120 alte und hochbetagte Personen, 52 von ihnen füllten einen Fragebogen (siehe Anlage 5) aus.

Auf diesem Fragebogen wurden die Antworten in Stichworten niedergeschrieben, die Befragung war anonym und zielte auf die Thematisierung der Vorstellungen und Wünsche bzgl. der eigenen Versorgung am Lebensende und der möglicherweise schon getroffenen Maßnahmen. Mehrfachnennungen waren bei den Antworten möglich.

Die insgesamt 52 Bögen wurden für die Evaluation zur Verfügung gestellt. Die Antworten wurden abgeschrieben und nach Häufigkeit katalogisiert.

7.1 Frage 1: Was verstehen Sie unter einem menschenwürdigen Leben bis zuletzt?

Antwort	Häufigkeit in %
Selbstbestimmt leben und entscheiden können bis zuletzt – ohne Gängelei durch MitarbeiterInnen der Heime, Vorschriften, Überwachung	27
Selbständigkeit	17
Schmerzfrei leben	15
Palliative Schmerz- und Symptombehandlung auch unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung	10
Geistige und körperliche Fitness	10
Respektvolles Verhalten dem Menschen gegenüber - egal in welchem Zustand der Einzelne sich befindet	10
Achtung = kein generelles, abwertendes Duzen	10
Gute Betreuung und Hilfe im Falle einer schweren Erkrankung durch sensible Fachkräfte	10
Finanzielle Absicherung/ Unabhängigkeit	10
Gesundheit	6
Aktivität/ Mobilität	6
Würdevoller Umgang miteinander	6
Wenig Inanspruchnahme fremder Hilfe	6
Nicht dauerhaft bettlägerig sein zu müssen	6
Möglichst nicht viel leiden müssen	6

²⁴ Jährlich kommen nach Polizeischätzungen ca. 20.000 Menschen zur Eröffnungsveranstaltung.

Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Antwort	Häufigkeit in %
Teilhabemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben, gutes soziales Umfeld	4
Gute Versorgung in der eigenen Wohnung bis zuletzt	4
Anerkennung des gelebten Lebens	4
Eine gute gesundheitliche Versorgung	4
Möchte anderen nicht zur Last fallen	4
In Würde sterben dürfen	4
Sterbehilfe, den Zeitpunkt selbst bestimmen, wenn man nicht mehr will	4
Autonomie	2
Keine Bevormundung/ nicht für mich denken	2
Förderung der Eigeninitiative	2
Leben können wie bisher	2
Gleichstellung/ -behandlung im Verhältnis zu Gesunden	2
Verständnisvolle Mitmenschen	2
Immer ein "offenes Ohr" - Möglichkeiten zur Aussprache haben	2
Ruhe	2
Pflege in einem Hospiz, z. B. Herzbergstraße	2
Anerkennung der Patientenverfügung	2
Keine medizinische Versuchsperson zu sein	2

7.2 Frage 2: Was gibt Ihnen in schwierigen Situationen Halt?

Antwort	Häufigkeit in %
Familie/ Lebensgefährten	31
Freunde und Bekannte	23
Religion/ Glaube/ Spiritualität	13
Kinder und Enkelkinder	12
Beistand durch Personen, die mir nahestehen	10
Musik	8
Geschwister	6
Natur = stetiges Kommen und Gehen gibt Hoffnung und Trost	6
Nachbarn	4

Evaluation
Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Antwort	Häufigkeit in %
Eigeninitiative	4
Bücher/ Lesen	4
Kommunikation mit Gleichgesinnten/ Gesprächsgruppen	2
Kompetente Hilfe – Beratungsstellen	2
Erinnerung an ein sehr gutes Elternhaus	2
Gewissheit, bei meiner Frau als Pflegefachkraft gut aufgehoben zu sein	2
Einrichtungen, z. B. Hospiz	2
Lebensmut/ Zuversicht/ Humor	2
Malen	2
Theater	2
Meditation	2
Tanz	2

7.3 Frage 3: Haben Sie schon Vorsorge für die letzte Lebensphase getroffen? Wenn ja, welche?

Nein: 35 % haben keine Vorsorge getroffen (Gründe unten).

Antwort	Häufigkeit in %
Nein, mein Sohn soll sich Gedanken um mich machen.	3
Nein, ich glaube an einen nahtlosen Übergang.	3
Nein, ich bin noch auf der Suche nach einer guten, bezahlbaren Wohnung.	3

Ja: 65% haben eine Vorsorge getroffen.

Antwort	Häufigkeit in %
Patientenverfügung	53
Vorsorgevollmacht	32
Beschäftige mich damit - bzw. ist in Vorbereitung	29
Testament	18
Betreuungsverfügung	12
Bestattungsvorsorge	12
Ja, muss aber aktualisiert werden.	6

Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

Antwort	Häufigkeit in %
Generalvollmacht	3
Pflegezusatzversicherung	3
Lebensversicherung	3
Betreuungsverfügung ist in Vorbereitung	3
Setze viel Vertrauen in meine Tochter, mit der ich schon alles geregelt habe.	3

7.4 Bezug zur gVP

7.4.1 Versorgung entsprechend der eigenen Wünsche bis zuletzt

Als häufigste Beschreibung eines „*menschenwürdigen Leben(s) bis zuletzt*“ geben die Befragten an: „*selbstbestimmt leben und entscheiden können bis zuletzt*“. Den Befragten ist es wichtig, ihren eigenen Vorstellungen entsprechend leben und sterben zu können.

In der gVP stellt dieses Bedürfnis die Basis für die Initiierung und Anwendung dar. Und der/ die BewohnerIn soll diesen Wunsch nicht nur äußern können, sondern umgesetzt wissen, im Vertrauen auf die Fähigkeiten aller Beteiligten, um so „*eine gute gesundheitliche Versorgung*“ garantieren zu können.

Wichtig ist den Befragten außerdem die Möglichkeit, selbst entscheiden zu können: „*keine Bevormundung/ nicht für mich denken*“ sowie „*Förderung der Eigeninitiative*“.

Ziel sollte es in der gVP sein, dass der/ die BewohnerIn so lange selbst entscheiden kann, wie es ihm/ ihr möglich ist und dass darüber hinaus eine Entscheidung immer im Sinne des/ der BewohnerIn ist. Bei einer Unfähigkeit zur Willenserklärung respektive -äußerung ist es wichtig, mittels interdisziplinärer Beratung eine Entscheidung zu treffen und sich dabei möglichst vieler vorher getätigter Aussagen und Berichten von Nahestehenden zu bedienen.

Eine „*palliative Schmerz- und Symptombehandlung*“ wird ebenfalls genannt und bezieht sich auf die spezielle Behandlung von Sterbenden, welche in der gVP als Qualifikationsvoraussetzung des/ der gVP-KoordinatorIn gelten sollte. Auch die Einbindung externer PartnerInnen, wie z. B. aus einem SAPV-Team setzt genau dort an und kann ein gut begleitetes Lebensende ermöglichen.

7.4.2 Halt in schwierigen Situationen

Für die Befragten bedeuten in erster Linie menschliche Beziehungen einen wichtigen Halt im Leben, hierbei auch „*Beistand durch Personen, die mir nahestehen*“, genauso wie „*Religion/ Glaube/ Spiritualität*“ und fernerhin „*Musik, Natur, Bücher/ Lesen*“.

In der gVP wird den Nahestehenden der BewohnerInnen eine wichtige Rolle zuerkannt, in dem sie diejenigen sind, die den/ die BewohnerIn meist am besten kennen und die Versorgung am Lebensende begleiten und auch um ein Vielfaches verbessern können.

Erwähnt werden auch „*Kompetente Hilfe – Beratungsstellen*“ und „*Einrichtungen, z. B. Hospiz*“. Hier finden sich die Rolle der Professionellen und ihre bedeutende Aufgabe wieder. Menschen vermittelt es Sicherheit und Ruhe, wenn sie in Einrichtungen begleitet werden, in denen sie Fachkräfte versorgen.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

7.4.3 *Vorsorge für die letzte Lebensphase*

Von den Befragten haben sich über die Hälfte mit der Vorsorge für die letzte Lebensphase auseinandergesetzt. Über 50 % von ihnen haben eine Patientenverfügung erstellt (erstellen lassen) und ein Drittel verfügt über eine Vorsorgevollmacht.

Die Befragten, die noch keine Vorsorge getroffen haben, lehnen dies ab, weil sie z. B. an einen „*nahtlosen Übergang glauben*“ oder hoffen, dass sich ein Angehöriger (hier: „*Sohn*“) um die Angelegenheiten kümmert.

Beiden Zielgruppen wird prospektiv angeboten werden, eine gVP durchzuführen.

Dabei wird deutlich, dass diejenigen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen wollen, auch schon relevante Schritte gegangen sind. Für sie kann die gVP eine wichtige Ergänzung zur schon erfolgten Vorsorge sein.

Für diejenigen, die sich mit einer Vorsorge bisher nicht auseinandersetzen wollten, kann die gVP eine mögliche Brücke zwischen Meidung und Auseinandersetzung mit dem Thema bedeuten.

Da die gVP nicht nur ein aus einem Schritt/ Instrument, wie z. B. die Erstellung einer Patientenverfügung besteht, sondern einen ganzen Prozess darstellt, kann sie möglicherweise an einem Punkt ansetzen (z. B. Einbezug von externen Beteiligten wie Nahestehende), an dem die BewohnerInnen bereit sind, sich zu öffnen.

7.4.4 *Fazit:*

Grundsätzlich wird deutlich, dass die in den Antworten der alten und hochbetagten Menschen benannten Wünsche und Schritte durch eine gVP aufgefangen und realisiert werden können. Die gVP leistet hier einen wichtigen Beitrag zur Stärkung des BewohnerInnenwillens und der Möglichkeit, die Vorstellungen zum Lebensende rechtzeitig und nachhaltig zu deklarieren.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

8 Thesen zur Umsetzung der gVP in Heimen des Pilotprojektes

Basierend auf den ausgewerteten Evaluationsbögen der gVP und den Interviews sowie Plenumsgesprächen in der Intervention und den Netzwerktreffen lassen sich für die Umsetzung von gVP Thesen ableiten.

8.1 Anzahl der durchgeführten Prozesse

Die Anzahl der durchgeführten gVP-Prozesse pro Heim (10 gVP pro Heim waren angesetzt) lässt darauf schließen, dass

- in den Heimen unterschiedliche personelle/ finanzielle Ressourcen zur Verfügung standen,
- zum Teil wenige, für eine gVP infrage kommende BewohnerInnen, ermittelt wurden,
- der Bedarf von BewohnerInnen, die für die gVP geeignet sind, nicht erkannt wurde,
- die Zeitrahmen für die Erprobungszeit nicht genügte, um mit den vorhandenen Ressourcen geeignete BewohnerInnen zu evaluieren,
- deutlich wird, dass alle Heime zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stellten.

8.2 Dauer der gVP-Prozesse

Die Dauer eines gVP-Prozesses hängt ab von

- der Intensität, mit der sich ein Heim mit dem Sinn und Zweck sowie der Umsetzung von gVP, aber auch der Hospiz- und Palliativkompetenz auseinander gesetzt bzw. diese im Heim verbindlich verwirklicht hat,
- dem Vorhandensein hospizlich-palliativer Netzwerke. Relevant ist, inwieweit das Heim in ein regionales Hospiz- und Palliativnetzwerk eingebunden ist und wichtige Kooperationen nicht nur vertraglich geregelt hat.
- der Mitgliedschaft im NPG Berlin, da aufgrund bereits umgesetzter Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozesse ein gewisser Vorteil besteht und deswegen für den Gesamtprozess im Durchschnitt nur 2,5 Stunden benötigt wurden.

Die Dauer der gesamten gVP-Prozesse lässt Rückschlüsse ziehen:

- über die Position respektive die Verankerung des/ der durchführenden gVP-KoordinatorIn im Heim,
- alle teilnehmenden gVP-KoordinatorInnen sind MitarbeiterInnen des Heimes und somit von den haupt- und ehrenamtlich tätigen Mitarbeitenden, externen Kooperationspartnern sowie den BewohnerInnen und/ oder deren Nahestehenden bekannt und akzeptiert,
- auf die Akzeptanz der Einrichtungsleitung zur Durchführung der gVP. Die Umsetzung und Einführung der gVP benötigt Zeit. Wenn diese außerhalb der regulären Arbeitszeit erfolgt, muss der/ die MitarbeiterIn selbst entscheiden, wieviel Kapazitäten sie/ er darauf verwendet.

8.3 Umsetzung von gVP in einer stationären Pflegeeinrichtung

Von 13 Heimen, die an der praktischen Umsetzung im Rahmen des Pilotprojektes mitwirken wollten, nahmen letztlich 10 Heime teil. Hier kann entweder davon ausgegangen werden, dass einige Heime nach der Zusage keine Unterstützung von der Leitung im Heim bzw. auf Trägerebene erfuhren oder dass der (wahrgenommene) Aufwand nicht dem Nutzen und/ oder der Bedeutung des Themas zugemessen wird.

Es ist ausschlaggebend, in welcher Art und Weise die gVP im und vom Heim eingeführt wird. Gerade Heime, die gVP im Sinne eines Projektplans (Heim D und Heim E) eingeführt hatten, scheinen in der Einführung und Kultivierung von gVP besser vorangekommen zu sein.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Die interne Kommunikation und die externe Öffentlichkeitsarbeit rund um die gVP sind von Relevanz. Denn Heime, die beteiligte AkteurInnen auf unterschiedliche Art und Weise (Informationsschreiben, persönliche Kontaktaufnahme, Informationsabend, Teamtreffen) informiert und instruiert haben, scheinen auch hier in der Kultivierung von gVP erfolgreicher zu sein.

Nicht allein die Bereitschaft zur Einführung und Kultivierung von gVP genügt für die Umsetzung, sondern hängt fernerhin von der Einsicht in die Notwendigkeit, aber auch dem Verständnis für das Thema und seine Konsequenzen ab.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

9 Schlussfolgerungen zur Umsetzung der gVP in Einrichtungen

Die gVP hat nicht nur für den Gesetzgeber, sondern auch für die/ den „normale/n“ Bürgerin und Bürger sowie den unterschiedlichen AkteurInnen eines stationären Pflegealltags eine Bedeutung und erlangt immer größer werdende Wichtigkeit.

Die gVP zeigt sich nicht vorrangig über Formulare, sondern vor allem in der Art und Weise wie über die Versorgung am Lebensende zwischen allen Beteiligten kommuniziert und über einen nicht festgelegten Zeitraum im Blick behalten und danach gehandelt wird.

Die oben dargestellten Ergebnisse lassen Schlussfolgerungen aus der Praxis für die theoretische Beschreibung zu.

9.1 Durchführung der gVP

9.1.1 Dauer und zeitlicher Aufwand

Die Dauer eines gVP-Prozesses kann grundsätzlich nicht mit einer konkreten zeitlichen Angabe belegt werden, da jede/r BewohnerIn, mit der eine gVP durchgeführt wird, ein Individuum mit eigenem (biographischen) Hintergrund, gesundheitlicher Verfassung, Offenheit dem Thema gegenüber und mit unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen ausgestattet ist.

Ratsam ist, die gVP über unterschiedliche Schritte und somit Gespräche zu beschreiben, deren Inhalte anhand der vorliegenden Instrumente zur Dokumentation (siehe Anhang 1-4) definiert, nachvollzogen und überprüft werden können. Zusätzlich kann dadurch eine (nachträgliche) Einschätzung und ggf. Korrektur des erwarteten Aufwandes gewährleistet werden.

Die Ursprungsidee der gVP, die Initiation eines Kommunikationsprozesses zu sein, weist den Weg zur zeitlichen Begrenzung: wo keine Kommunikation herrscht, muss sie entwickelt werden und benötigt viel Zeit und Aufwand. Wo Kommunikation üblich und geschätzt ist, kann auf mancherlei Beiwerk verzichtet werden.

Des Weiteren hängt die Dauer des gVP-Prozesses maßgeblich von der Bereitschaft der/ des BewohnerIn zur thematischen Auseinandersetzung und dem Vertrauensverhältnis zur/m gVP-KoordinatorIn ab und ist somit schlecht messbar.

Zusammenfassend wird empfohlen, eine gVP über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage und Wochen) und durch mehrere Gespräche (> 30 min Stunden Dauer) anzusetzen.

Eine gVP sollte zeitnah nach dem Einzug des/der BewohnerIn in das Heim angesetzt werden. Nach erfolgten und dokumentierten Vereinbarungen sollten diese analog zum Gesundheitszustand des/der Betroffenen neu aufgenommen, aktualisiert und diskutiert werden.

9.1.2 Dokumente

Die verwendeten Dokumente (siehe auch Punkt 9.1.1) müssen für die MitarbeiterInnen nachvollziehbar und praktisch anwendbar sein. Sie müssen in Notfallsituationen ad hoc greifen und auch für externe Beteiligte (z. B. NotärztIn) bekannt und rechtlich bindend sein.

Über die rechtliche Auswirkung mit allen Konsequenzen zur Lebenserhaltung und/ oder -beendigung müssen alle AkteurInnen aufgeklärt und sich ihrer Aufgabe bewusst sein.

Die Dokumente sollten den MitarbeiterInnen, aber auch den beteiligten AkteurInnen erklärt und in ihrer Bedeutung hervorgehoben werden.

Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

Zur Aufbewahrung der Dokumente empfiehlt sich ein zentraler, allen bekannter Ort.

Im Sinne der gVP sollten die Dokumente regelmäßig überprüft und aktualisiert werden, spätestens nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes und/ oder Willen des/ der BewohnerIn.

9.2 Heim/ Organisation

Ein Heim sollte vor der Einführung von gVP seine organisationalen und strukturellen Bedingungen reflektieren, ggf. modifizieren und auf die Machbarkeit aber auch die Möglichkeit einer nachhaltigen Umsetzung prüfen.

Hierbei empfiehlt sich nicht nur die Erstellung eines Projektplanes, sondern auch eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit zur Entwicklung der gVP im Heim. Dazu müssen externe AkteurInnen informiert werden und Interne geschult, beraten und supervidiert werden.

Die gVP kann nur gelingen, wenn eine solide und aktive Einbettung in ein regionales Netzwerk besteht. Dazu sollte sich ein Heim einem schon bestehenden Netzwerk anschließen oder ggf. eines aufbauen. Das NPG Berlin ist eine zusätzliche Bereicherung, ein verlässlicher Lernort im Kontext der Einführung und verlässlichen Etablierung von Palliativer Geriatrie im Heim.

9.3 Zielpersonen/ BewohnerInnen

In Bezug auf die BewohnerInnen hat sich gezeigt, dass diese – der Wohnform und dem Thema entsprechend – grundsätzlich hochbetagt sind.

So kann zum einen davon ausgegangen werden, dass die gVP die BewohnerInnen in ihrer Lebensrealität trifft und durch die Thematisierung Ängste und Sorgen vor dem Lebensende nehmen kann.

Dennoch ist es wichtig, auch in Bezug auf die Biographie und den gesundheitlichen Zustand der BewohnerInnen, sorgsam und dem Willen entsprechend behutsam auf das Thema einzugehen und ein offenes Gesprächsangebot zu unterbreiten, welches angenommen werden kann, aber nicht muss.

Da sich die gVP als Prozess definiert, ist es hierbei wichtig, den BewohnerInnen die Bedeutung des Themas aufzuzeigen und sie dennoch nicht mit einer Vehemenz i. S. einer Pflichterfüllung zu überlasten.

9.4 gVP-KoordinatorInnen

Anhand der Ergebnisse wurde deutlich, dass die Mehrheit der gVP-KoordinatorInnen über eine Ausbildung in der Alten- und/ oder Krankenpflege verfügt.

Dies lässt auf ein medizinisches Wissen schließen, welches in der Umsetzung der gVP notwendig und empfehlenswert ist.

Aufgabe der/ des KoordinatorIn ist die Erfassung der Umstände und die daraus resultierende Einbeziehung aller relevanten AkteurInnen, aber auch die Moderation der Kommunikationsprozesse und die Versicherung für den/ die BewohnerIn, dass entsprechend seines/ ihres Willens gehandelt wird.

Bezüglich der Zusatzqualifikationen wird eine Weiterbildung in Palliative Care (160 h) empfohlen. Für die Umsetzung der gVP benötigt es nicht nur Erfahrung, sondern auch Wissen, welches in den i. S. des MultiplikatorInnenprinzips weitergegeben werden kann.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Die oben genannten Aufgaben implizieren, dass der/ die gVP-KoordinatorIn Kompetenzen aufweisen sollte, die im Prozess der gVP unabdingbar sind. Hierzu zählen u.a. Moderations- und Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zum empathischen Umgang mit den Betroffenen und ihren Angehörigen/ Nahestehenden sowie die Fähigkeit zum systemischen und berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Denken.

9.5 Fallbesprechungen

Fallbesprechungen sollten im Rahmen der gVP immer mit interdisziplinärer Beteiligung stattfinden.

Ziele sind die Informationsweitergabe, Beratung und Festlegung von Maßnahmen und Therapien bzw. Handlungsanweisungen für den Krisenfall.

Es ist für die gVP unabdingbar, den/ die zuständige ÄrztIn einzubeziehen und auch an Fallbesprechungen teilnehmen zu lassen.

Die Praxis zeigt (siehe Punkt 5), dass integrierte ÄrztInnen sich für das Thema interessieren und die Heime in der Umsetzung der gVP unterstützen möchten.

Hierbei entscheiden oft die Einstellung dem Thema gegenüber und die zeitlichen Ressourcen des/ der ÄrztIn, inwieweit er/ sie teilnimmt.

Wichtig ist eine Informationsweitergabe und die Delegation medizinischer Entscheidungen an den/ die ÄrztIn entsprechend dem Willen des/ der BewohnerIn.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen dienen außerdem der Einführung und Weiterentwicklung von gVP, da sich durch die Beratung und ggf. Diskussion ein (neues) Bewusstsein für deren Notwendigkeit und Nutzen ergibt und weil sie der Befähigung des Personals auf allen Ebenen dienen soll, gemäß dem Willen des/ der BewohnerIn zu handeln und nicht aus Angst zu agieren (z. B. eine Krankenhauseinweisung zu veranlassen, obwohl nicht mehr erwünscht bzw. sinnvoll).

9.6 Notfallplanungen und Patientenverfügungen

Die Evaluation zeigt, dass in den Heimen bei ca. der Hälfte der Befragten eine Patientenverfügung vorlag, diese aber nicht zwingend aktuell oder gültig waren.

Im Zuge der Umsetzung der gVP werden somit Patientenverfügungen überprüft oder ggf. neu erstellt (siehe Punkt 3.4 und 3.5)

Betont wird außerdem die Notwendigkeit einer fachlich kompetenten Beratung zur Patientenverfügung. Diese kann über eine/n geschulte/n PatientenverfügungsberaterIn²⁵ (ehren- oder hauptamtlich) erfolgen, der/ die im Heim tätig ist oder als externe/r KooperationspartnerIn den/ die BewohnerIn berät.

Deutlich wird auch, dass es einen Beratungsbedarf bzgl. dementiell erkrankter BewohnerInnen gibt. Dieser weist fernerhin auf die Pflicht zur Sorgsamkeit und absoluter Absprache in Bezug auf das Einsetzen oder Beenden von medizinischen (lebenserhaltenden) Maßnahmen. Hier kann nicht nur eine Person, wie die gesetzliche Betreuung oder der/ die Ärzte entscheiden. In diesen Fällen bedarf es immer einer interdisziplinären Fallbesprechung mit gemeinschaftlicher Entscheidung unter konsequenter Berücksichtigung des (ggf. mutmaßlichen) Willens der von der Entscheidung betroffenen BewohnerIn.

²⁵ weitere Infos unter: <http://www.hospiz-aktuell.de/patientenverfuegung/>

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

Es gibt die Möglichkeit, bei Ablehnung einer Patientenverfügungsberatung, einen Notfallbogen zu erstellen, welcher zumindest eine Festlegung des BewohnerInnenwillens bzgl. der medizinischen Maßnahmen darstellt. Dies wurde in einigen der erprobten gVP so umgesetzt.

Im Zuge der Evaluation wurde deutlich, dass das Dokument des Notfallbogens nicht allen Beteiligten verständlich ist, dennoch grundsätzlich angewandt werden soll. Hier empfiehlt sich die Bildung einer (regionalen) Arbeitsgruppe, welche ein einheitliches Dokument für die in der Region ansässigen Heime entwickelt und dies ggf. auch an die externen Beteiligten (Rettung, Krankenhäuser etc.) weiterleitet.

Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

10 Fazit

Die gVP berührt eine Lebenslage/ Thema, welches sich nicht nur vor Ort im Pflegeheim zeigt, sondern inhaltlich schon viel eher die Menschen – als Betroffene, Professionelle und/ oder Nahestehende – bewegt.

Es zeigt sich aber auch, dass nicht allein durch eine Anordnung des Gesetzgebers und eine zusätzliche Vergütung durch Kostenträger eine Kultur der sorgsam gesundheitlichen Vorsorge für das Lebensende im Heim gelingen kann.

Die Umsetzung der gVP muss immer in Bezug zur nachhaltigen Einführung und Kultivierung hospizlicher und palliativer Kompetenz und Denkweise in den Einrichtungen stehen und gesehen werden.

In den am Pilotprojekt beteiligten Heimen fand über das NPG Berlin bereits im Vorfeld des Pilotprojektes ein grundsätzlicher, z. T. längerer, Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozess (z. B. über Projektwerkstätten, heiminterne Projekte zur Palliativen Geriatrie, Beteiligung an Netzwerktreffen und Regionalgruppen im NPG Berlin, Schulungen etc.) statt.

In Heimen, die diesen Prozess jedoch noch nicht durchgeführt haben und/ oder über kein hospizlich-palliatives Netzwerk sowie fachliches Know-how verfügen, dürfte der Aufwand zur Einführung und verlässlichen Umsetzung eines gVP-Prozesses ungleich höher sein.

Das spricht dafür, dass Heime vor der Etablierung von gVP dringend einen Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozess benötigen, inkl. der Erweiterung fachlicher und kommunikativer Kompetenzen sowie der Entwicklung eines sinnvollen Netzwerkes im Sinne von allgemeiner Palliativversorgung, ergänzt durch SAPV. Die kommunalen NPG (z. B. in Berlin, Hamburg oder Jena) sind hier ein hilfreiches, verbindliches und ressourcensparendes Instrument.

Des Weiteren ist im Zuge der Etablierung von gVP in einem Heim darauf zu achten, dass sorgsam mit den Bedürfnissen der BewohnerInnen umgegangen wird.

Denn die gVP erfordert die Bereitschaft zur Auseinandersetzung des/der BewohnerIn und kann nicht rein auf Anordnung durchgeführt werden. Hierbei zeigt sich u. a. die Notwendigkeit der versierten und langjährigen Fachlichkeit des/ der gVP-KoordinatorIn.

Die gVP in einem Heim umzusetzen und nachhaltig zu etablieren, bedeutet vor allem, sich der Grenzen aller beteiligten AkteurInnen bewusst zu werden und mit dieser demütigen Haltung eine sinnvolle Implementierung der gVP im Sinne des/ der BewohnerIn anzugehen.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

11 Weitere Veröffentlichungen/ Präsentationen

- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie „Gesundheitliche Versorgungsplanung und deren Bedeutung für die Pflegeheime“ Amöna Landrichter, Dirk Müller. 2. Jahrgang Nr. 2, ISSN 2365-8762
- Care-Konkret „Gesundheitliche Versorgungsplanung – Eine neue Kommunikationsplattform in der Pflege entsteht“, Ausgabe 45 vom 04.11.2016, ISSN-Nr: 1435-9286
- Newsletter HPV Berlin (August 2016)
- Präsentation im Rahmen der 11. Fachtagung Palliative Geriatrie (September 2016)
- Verschiedene Präsentationen in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
- Präsentation im Rahmen der 20. Holler Runde „Altenhilfe auf der Achterbahn – das große Ringen um die angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz“ am 01.03.2017 (Veranstalter: Alzheimerberatung e.V. | Seniorenzentrum Holle GmbH)
- Präsentation im Rahmen der Tagung „Gesundheitliche Vorsorgeplanung. Fachtag für Mitarbeitende und Einrichtungsleitungen der Alten- und Eingliederungshilfe.“ am 13.12.2016 in Ludwigshafen (Veranstalter: Zentrum für Ethik, Führung und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen | Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz)

Evaluation
**Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung
am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“**

13 Dank

Wir danken den am Pilotprojekt beteiligten Personen.

Hierzu gehören die KollegInnen der Projektgruppe gVP des NPG Berlin: Clemens Schulze Beiering, Petra Hildebrandt, André Krämer, Amöna Landrichter, Roger Lindner, Dirk Müller, Steffi Rademacher, Kerstin Rodenbusch, Karsten Weinheimer und Bettina Wistuba.

Außerdem bedanken wir uns bei den Personen, die vor Ort die Gesundheitliche Versorgungsplanung erprobt haben: Hans-Hermann Dahlke, Franklin Dressler, Carola Focke, Astrid Frenz, Jörn Hummel, Bernhard Langner, Jessica Magri, Susanne Merten, Christina Motz, Gudrun Panicke-Schulz, Lucia Reinders, Petra Rosenthal, Karsten Weinheimer, Steffi Weisheit und Katharina Wetzel.

Gleichfalls bedanken wir uns bei Ass. Prof. Dr. Katharina Heimerl (Wien) und bei Dr. Christina Fuhrmann für die fachliche und kollegiale Beratung im Rahmen der Erstellung dieses Berichtes.

Unser Dank gilt auch Veronika Schönhofer-Nellessen (Aachen), Dr. Dr. Eckhard Eichner (Augsburg) und Jürgen Spicher (Aachen) für die Reflexion des Projektverlaufes mit dem KPG-Team.

Evaluation

Durchführung des Pilotprojektes „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“

14 Anlagen

- 1 Gesundheitliche Versorgungsplanung/ Erstgespräch
- 2 To-do-Liste gVP
- 3 Notfallverfügung im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungsplanung
- 4 Leistungserfassung nach gVP

- 5 Merkmale zu Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz aus der Perspektive von Prüfinstanzen
- 6 Merkmale zu Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz aus der Perspektive von VerbraucherInnen

- 7 Fragebogen für die 42. Berliner Seniorenwoche

- 8 Projektskizze und Praktische Umsetzung Gesundheitliche Versorgungsplanung vom Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin