

HEIME

Gesundheitliche Versorgungsplanung

Eine neue Kommunikationsplattform in der Pflege entsteht

In einem Pilotprojekt wird in zehn Heimen die Gesundheitliche Versorgungsplanung aufgebaut und evaluiert. Erste Erfahrungen zeigen: Das Angebot bietet eine gute Möglichkeit, mit den Bewohnern, Angehörigen, Ärzten und allen weiteren Beteiligten ins Gespräch zu kommen.

VON DIRK MÜLLER & AMÖNA LANDRICHTER

Berlin // Im Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung wird ausgeführt, dass Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnern eine sogenannte Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gVP) anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot soll die individuelle medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung der Bewohner verbessern und zusätzlich von den Krankenkassen finanziert werden.

Ziel sind die Stärkung des Patientenwillens, aber auch die Kommunikation der versorgenden Berufsgruppen und die Netzwerkarbeit. Die konsequente Orientierung am Patientenwillen ist in der deutschen Altenhilfe nicht die Regel. Wie die gVP en detail erfolgt, soll eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Trägervereinigungen bis Jahresende regeln.

Kommunikation mit Vernetzung

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung braucht eine regionale Verortung und sollte vom Heim praktiziert werden – das scheint Konsens zu sein. Sie anzubieten, zu koordinieren und zu moderieren ist Kernaufgabe der Einrichtungen. Sie sollten für Rahmen, Ansprechpartner und alle notwendigen Schritte (Schulung, Information, Moderation etc.) sorgen, gVP lässt sich nicht outsource. Denn hier sind die Kenntnisse und das Netzwerk, häufig auch die Fachlichkeit und bestenfalls das Vertrauen zwischen Bewohnern und Betreuenden gefragt. Um gVP umzusetzen, braucht es also Bildungs- und Reflexionsaktivitäten sowie Organisationsentwicklungsprozesse.

Der zentrale Wert von gVP besteht im Gesprächsangebot: Heimbewohner, gegebenenfalls deren Vertreter, Angehörige und Nahestehende, haupt- und ehrenamtliche Heimmitarbeiter sowie behandelnde Ärzte werden befähigt, miteinander ins moderierte Gespräch zu kommen. So entsteht eine verlässliche Basis für eine Versorgung, die dem Bewohnerwunsch entspricht. Beratung zur Patientenverfügung und zu Vorsorgemöglichkeiten sind genauso wichtig wie medizinische und pflegerische Abklärungen, sowie Festlegungen von Behandlungswünschen und Interventionen im Krisenfall.

In Berlin betreiben das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) und die Berliner Zentrale Anlaufstelle Hospiz seit 2006 eine Patientenverfügungsberatungsstelle. Qualifizierte Haupt- und Ehrenamtliche beraten dabei Bürger beim Abfassen einer individuellen, auf

den Einzelfall bezogenen Patientenverfügung. Darüber hinaus werden themenbezogene Bildungsangebote geboten.

Unter dem Dach des KPG arbeitet seit 2011 das vom Land Berlin geförderte Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG) mit derzeit knapp 60 Pflegeheimen unterschiedlicher Träger und Rahmenbedingungen. Es lag nahe, hier im vergangenen Jahr ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Erprobung von gVP zu etablieren. Ein Konzept zur gVP und deren Umsetzung, welches mit relevanten Partnern (z.B. Senatsverwaltung, Ärztekammer, Kassen) diskutiert wurde, ist Grundlage einer Schulung zum „gVP-Moderator“, in die langjährige Erfahrungen aus dem KPG Kurs zur Patientenverfügungsberatung und aus dem Praxisworkshop Advance Care Planning einfließen. Der gVP-Moderator ist hauptsächlich für die Vorbereitung, Begleitung, Aktualisierung, Dokumentation und natürlich Moderation der gVP zuständig. Die gVP wird nun in zehn ausgewählten Heimen exemplarisch ausprobiert, protokolliert und anschließend evaluiert.

Das moderierte Kommunikationsangebot wird als Impuls für ein (häufig) neues, prozesshaftes Miteinander aller Beteiligten im Sinne des Bewohners betrachtet. Es geht natürlich auch um das Vermeiden unnötiger Verlegungen ins Krankenhaus und die (gute) Einbindung von Netzwerk- oder Kooperationspartnern, etwa Hospizdiensten oder anderen spezialisierten Leistungserbringern. Die Basis bildet eine Haltung, die vor der Besprechung um das Thema Sterben und Tod nicht zurückschreckt, sondern Erleichterung, Gemeinschaft und Rückhalt schafft.

Erste Erfahrungen

Moderierte Interventionsgruppen und Feedbackbögen sind Teil einer Evaluation durch das KPG. Auf diese Weise soll das Konzept weiterentwickelt werden. Die gVP soll ab 2017 von allen in im NPG Berlin organisierten Heimen verlässlich und fachlich kompetent angeboten werden.

Erste Erfahrungen verdeutlichen:

- Die Sorge um das Lebensende berührt nicht nur Bewohner, sondern auch Angehörige, Betreuer und Mitarbeiter. Das Thema anzusprechen und Wege aufzuzeigen, verschaffte allen Seiten Entlastung.
- Heime entwarfen im Zuge der Einführung von gVP einen auf sie zugeschnittenen Projektplan. Dies empfiehlt sich zum einen, um den Moderator in der Rolle einzuführen und zum anderen, um alle Akteure im Vorhinein zu informieren und auf die Durchführung der gVP hinzuweisen.
- Bei der Einbeziehung eines be-



Dirk Müller



Amöna Landrichter

Foto: KPG

Foto: KPG

handelnden Arztes kommt es auf die Größe der Einrichtung bzw. die Bereitschaft des Arztes an, sich interdisziplinär zu verständigen und neben routinierten Visiten auch an Fallbesprechungen teilzunehmen. Die Erfahrungen belaufen sich auf regelhafte Absprachen und Fallgespräche bis hin zum generellen Ablehnen von gVP, dies aber nur vereinzelt.

- Der gVP-Moderator muss ein Mitarbeiter aus der Einrichtung sein, weil somit oft ein Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Bewohner, aber auch den anderen Mitarbeitern besteht.
- Mitarbeiter der Einrichtungen reagierten oft erfreut und hilfsbereit, weil der Prozess zuvor erläutert und an einigen Stellen

sofort spürbar Kommunikation über schwierige Themen möglich wurde.

- Angehörige und Betreuer begegneten der gVP ebenfalls positiv, da auch sie um die Präsenz mit gleichzeitigem Vorbehalt und Angst vor Konfrontation wussten. Die Initiative der Einrichtung wurde als hilfreich und innovativ empfunden.
- Einige Moderatoren berichteten von grundsätzlicher Rückendeckung der Heimleitung und der Möglichkeit, die Umsetzung trotz noch nicht gesondert finanzierter Leistung in der Regelarbeitszeit zu gewährleisten. Andere erlebten ablehnende Haltungen gegenüber jeglichem Mehraufwand und somit erhöhten Erschwernissen bei der Durchführung.

■ Zentral ist der Kommunikationsprozess aller an der Versorgung Beteiligten, nicht der sogenannte Notfallplan.

■ Lag eine individuelle, auf den Einzelfall bezogene Patientenverfügung bereits zum Heimeinzug vor, war der Patientenwille jeweils von Anfang an bekannt, wurde dieser respektiert und in die medizinische und/oder pflegerische Versorgung einbezogen.

Die Pilotphase der Umsetzung lief bis Ende September 2016. Es ist davon auszugehen, dass Erkenntnisse des Berliner Pilotprojektes in die Regelungsgestaltung einbezogen werden. Fest steht schon jetzt: Gesundheitliche Versorgungsplanung im Heim erfordert hohe Team- und Kommunikationskompetenz, um nachhaltig und zum Wohle aller Bewohner und Beteiligten umgesetzt werden zu können.

➔ Dirk Müller leitet das gVP-Projekt beim Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom Unionhilfswerk. Amöna Landrichter ist Mitarbeiterin der zentralen Anlaufstelle Hospiz vom Unionhilfswerk. Kontakt: dirk.mueller@unionhilfswerk.de

www.palliative-geriatrie.de

ForumAltenpflege

Vorsprung durch Wissen

20. – 21. Januar 2017 | NH Collection Hotel Berlin

Im Rahmen des Kongresses Pflege 2017

Springer Pflege

Kongresseröffnung mit Manuela Schwesig, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Jetzt anmelden und Frühbucherpreis sichern bis 30. November 2016!

Kontakt: veranstaltungen@vincentz.net

Altenpflege

Vorsprung durch Wissen

Häusliche Pflege

Praxiswissen für die Pflege

Highlights

- Pflegegradmanagement 2017 – so wird's gemacht
- Neue Pflegegrade und schlanke Pflegedoku – geht das?
- Ambulant: Als PDL die Tagespflege managen!

www.forum-ap.de