

7. PALLIATIVFACHTAG des Palliativnetzwerkes für Leipzig und Umgebung Kerstin de Schultz berichtet

Es ist schon ein fester Termin im September: auch in diesem Jahr nahmen hauptamtliche und einige ehrenamtliche MitarbeiterInnen des Hospiz Vereins am Palliativfachtag im Kloster Nimbschen teil.



Spätsommerliches Wetter, das schöne Ambiente und natürlich die umsichtige Vorbereitung durch das Palliativnetzwerk bildeten den Rahmen für eine sehr gelungene und lehrreiche Veranstaltung.

Die vier Workshops am Vormittag waren allesamt ausgebucht und boten den Teilnehmern eine hervorragende Basis, das dort Gehörte in der Diskussion zu vertiefen und auch später in die eigene Arbeit einfließen zu lassen.

Salutogenese

Frau Sibylle Lück (Krankenschwester, Consultant of Palliative Care, Praxisbegleiterin für Basale Stimulation und Aromaexpertin) erarbeitete in ihrem Kurs Gedanken zur Salutogenese und regte an, sich mit der eigenen Gesundheit, dem Umgang mit sich selbst in Stresszeiten und den eigenen Grenzen auseinander zu setzen. Am Ende hatten die Teilnehmer nicht nur viele gute Ideen und das Bild vom „Fluss des Lebens“, sondern auch ein selbst gemischtes Öl zur Entspannung im Gepäck.

Gesprächsführung mit Palliativpatienten

Im Workshop 3 übte Pfarrer Biskupski (Lehrbeauftragter für Seelsorge an der Theologischen Fakultät der Universität Leipzig) schwierige Situationen in der Gesprächsführung mit Palliativpatienten und deren Angehörigen. Zusammenfassend ermutigte er dazu, die Gefühle hinter den Äußerungen wahrzunehmen

und wies darauf hin, dass sich niemand für die eigenen Befindlichkeiten rechtfertigen muss.

Ethische und rechtliche Konstellationen bei Demenz

Ein spannendes Referentenduo erwartete die Teilnehmer zum Thema „Ethische und rechtliche Konstellationen bei Demenz“. Frank Hirschorn als Fachanwalt für Medizinrecht traf sich hierzu mit Dr. Gabor Pajdics, Oberarzt der Klinik für Psychiatrie am HELIOS Parkklinikum Leipzig.

Der Mediziner zeigte sich als empathischer Fachmann für demenzerkrankte Menschen und deren Bedürfnisse.

Im Gespräch mit dem ebenso versierten, aber eher pragmatisch argumentierenden Rechtskundler resümierten schließlich beide, aus dem Workshop für sich selbst einige neue und nachdenkswerte Aspekte mitzunehmen.

Transkulturelle Kompetenz

Etwas ausführlicher kann ich zu Workshop 1 berichten, den ich mit meiner Kollegin Dorothea Schwennicke besuchte.

Er beschäftigte sich mit der „Transkulturellen Kompetenz“ in der Palliativversorgung.

Sowohl wir Mitarbeiter im ambulanten Hospizdienst als auch das Brückenteam haben zunehmend Kontakt zu Patienten und Angehörigen, die aus anderen Ländern nach Deutschland kamen. Bisher waren das insbesondere Menschen aus den ehemaligen Sowjetrepubliken, aber beispielsweise auch Menschen aus der Türkei, Syrien, Algerien, dem Iran oder Afghanistan suchten bereits Beratung und Unterstützung bei uns. Für alle Beteiligten erwächst daraus eine besondere Herausforderung. Aus diesem Grund nahmen wir den Workshop sehr gern an.

Frau Anja Dittrich, Bildungsreferentin im Psychosozialen Zentrum für Geflüchtete in Leipzig (Mosaik e.V.) beeindruckte schon allein aufgrund ihrer Vita. Als gelernte Kinderkrankenschwester mit vielfältigen weiteren Ausbildungen und Qualifikationen kann sie auf umfangreiche Erfahrungen aus ihren zahlreichen Auslandseinsätzen zurückgreifen.

Eingangs zitierte sie Konfuzius: „Alle Menschen

haben gleiche Bedürfnisse, sie gehen nur verschiedene Wege, sie zu erfüllen.“ Diese Aussage begegnete uns im Verlauf des Workshops immer wieder. Wir tauschten unsere Gedanken zu den Begriffen „Heimat“ und „fremd sein“ aus und erarbeiteten uns, welche Rolle kulturelle Aspekte für den Einzelnen spielen, was überhaupt „Kultur“ bedeutet. Fremdes kann in uns einerseits Ur-Ängste auslösen, die zu Distanz, Vorurteil und Diskriminierung führen. Andererseits haben wir immer die Chance, neugierig, wertfrei und offen auf das Fremde, auf den Fremden zu reagieren. Wir machen uns mit ihm vertraut, lassen einen Perspektivwechsel zu, passen uns an, integrieren uns.

Natürlich ergeben sich eine Reihe von **Schwierigkeiten im interkulturellen Verständnis, allein schon durch die Sprachbarriere.**

Wenn wir uns Beratungssituationen, noch dazu im medizinischen Bereich, vorstellen, muss meist ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Die Gefahr besteht, dass Inhalte in ihrer Feinheit nicht 1:1 übertragbar sind. Auch hier spielen kulturelle Einflüsse eine wesentliche Rolle: **unterschiedliches Verständnis der Ent-stehung von Krankheit** (Strafe, Angst vorm „bösen Blick“) oder andere Erwartungen an ärztlich-pflegerische Arbeitsweisen (Warum fragt der Arzt so viel, hat der überhaupt Ahnung?) führen mitunter zu Missverständnissen oder lassen auf beiden Seiten Ungeduld und Unmut aufkommen.

Viele bewährte Strategien in der Diagnostik versagen,



beispielsweise die Schmerzskala zur Benennung der Schmerzstärke durch den Patienten. Hilfreicher sind hingegen Fragen zum Verlauf der Erkrankung oder der Symptomatik, wann und unter welchen (Lebens-) Umständen sie auftraten und welche Ängste der Patient damit verbindet.

Rein technische Untersuchungen schaffen weniger Vertrauen als das Erkundigen nach Befindlichkeiten

oder nach der Familie.

Kulturelles Wissen hilft uns weiter, auch wenn es allein nicht **die** Lösung bringt. Wir sollten uns davor hüten, Erfahrungen, die wir in einzelnen Situationen gemacht haben, zu verallgemeinern. Es gibt leider nicht *das* Rezept zum gelingenden Kontakt mit Angehörigen der einzelnen Nationalitäten. Es gilt immer, das Individuelle im Menschen zu erkennen, auch wenn er aufgrund seiner Herkunft einer bestimmten kulturellen Gruppe zuzuordnen ist. Jeder bringt seine eigene Persönlichkeit, seine Erfahrungen mit und wird dadurch unverwechselbar.

Schließlich wissen wir, dass es unterschiedliche Auffassungen und heftige Auseinandersetzungen selbst innerhalb der einzelnen Kulturen gibt. Gut beraten sind wir immer, wenn wir statt nach Trennendem nach Gemeinsamkeiten suchen.

Der Begriff der Toleranz wurde ja in den letzten Jahren sehr strapaziert, aber ohne diese Grundhaltung wird uns kein gutes Miteinander gelingen. Wertschätzung, Echtheit und Einfühlungsvermögen in der Begegnung dürfen wir als Voraussetzung dazu immer neu einüben:

Nach viel spannender und bedenkenswerter Theorie gab es dann auch **viele kleine praktische Tipps**, die wir für unsere künftige Arbeit mitnehmen können.

Frau Dittrich riet beispielsweise zum Einrichten eines „Notfallkoffers“ mit Gegenständen, die Trost spenden oder als „Erste Hilfe“ in der Kontaktaufnahme und Begleitung taugen.

Auch hier ist natürlich kulturelle Kompetenz gefragt. Kleine Hefte mit Piktogrammen sind im Buchhandel erhältlich und unterstützen das Gespräch und die Beratung von Menschen aus anderen Herkunftsländern. Wenn möglich sollte gängiges Material wie Flyer in verschiedenen Sprachen vorhanden sein. Schließlich gab uns die Referentin noch das Erklärungsmodell nach Arthur Kleinmann mit auf den Weg: einfache Fragen die es ermöglichen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, Wertschätzung zu vermitteln und dem Behandler parallel zur üblichen (medizinischen) Diagnostik Zugang zu seinem Patienten zu erhalten. (Beispiele: „Was macht die Krankheit mit Ihnen, wie funktioniert sie? Was fürchten Sie am meisten? Welches sind die wichtigsten Resultate, die Sie von meiner Behandlung erhoffen?)

Sicher erscheint dies für manchen Arzt oder manche Pflegekraft etwas herausfordernd angesichts des

Zeitdrucks, der häufig herrscht...

Ganz zum Schluss ging es Frau Dittrich auch um uns alle. Selbstfürsorge ist ihr wichtig und mit drei kurzen Anweisungen wurden wir dann in den Tag entlassen:

„Gut essen – wild feiern – wenn nötig, wütend putzen!“ Sollte übrigens auch zu Hause klappen, nicht nur im Dienst...

Wir waren beeindruckt von unserer Referentin, von dem, was sie tut und wie sie es tut. Und auch wenn es kein Patentrezept für uns an diesem Vormittag gab, hatten wir ganz viele „Aha“- Momente und werden diese Thematik bestimmt sehr bald vertiefen.

Das Symposium in der Kulturscheune

Nach ausgiebiger Mittagspause mit kleinen Köstlichkeiten, viel Sonne und manch angeregtem (Fach-) Gespräch trafen wir uns alle in der Kulturscheune zum Symposium.

Vermeidung von (unnötigen) Krankenhauseinsätzen und Konflikte um Notarzteinsätze

Das begann diesmal mit einer Podiumsdiskussion zum Thema „Vermeidung von Krankenhauseinsätzen-Konflikte um Notarzteinsätze“. Unter Moderation von Dr. Lauckner trafen sich der Notarzt Dr. Freigang, Daniela Zahrend und Manuela Aulich (Pflegefachbereichs-leitung bzw. Wohnbereichsleiterin bei der Städtischen Altenheimen Leipzig gGmbH), Tobias Wilzki als Koordinator des Brückenteams am Hospiz Villa Auguste Leipzig gGmbH sowie Angela Helmers (Leitende Koordinatorin Hospiz Verein Leipzig e.V.)

Zahl der Notarzteinsätze in Leipziger Altenpflegeeinrichtungen ist von 6000 im Jahr 2003 auf rund 7300 im Jahr 2013 gestiegen

Zu Beginn wünschte sich Tobias Wilzki eine Korrektur des Titels: er betonte, dass es hier vorrangig um *unnötige* Krankenhauseinweisungen gehen sollte, nicht um Vermeidung generell. Dr. Freigang nannte Zahlen die zeigten, dass die Zahl der Notarzteinsätze in Leipziger Altenpflegeeinrichtungen von 6000 im Jahr 2003 auf rund 7300 im Jahr 2013 stieg.

Von Frau Zahrend erfuhren wir Fakten zu den Städtischen Altenpflegeheimen: 9 Häuser mit 1215 Bewohnern, dazu Tagespflege, ein ambulanter Pflegedienst, 5 Wohnanlagen mit seniorengerechten Wohnungen bzw. dem Angebot „Betreutes Wohnen“, Physio-, Ergotherapie und Podologie.

Im Schnitt kommt es pro Wohnbereich zu einem Notarzteinsatz im Monat, 74% der Einsätze führen zu Klinikeinweisungen. Hauptursache dafür sind Stürze, Atemnot oder Herz-Kreislauf-Probleme. Etwa die Hälfte der Bewohner besitzt eine Patientenverfügung.

Probleme, die mit Notarzteinsätzen im Heim verbunden sind.

Die Pflegebereichsleiterin beschrieb dann aus ihrer Sicht die Probleme, die mit Notarzteinsätzen im Heim verbunden sind.

Diese beginnen mitunter schon mit dem Anruf in der Leitstelle, bei der Übermittlung der Symptomatik und Beschreibung der Situation durch das Pflegepersonal. Nicht selten erfolgt daraufhin der Verweis auf den Kassenärztlichen Notdienst, dessen Eintreffen natürlich deutlich länger dauert, was häufig vom Bewohner/Angehörigen nicht toleriert wird. Frau Zahrend wünscht sich insgesamt einen partnerschaftlich-professionellen Dialog mit dem Rettungsdienst, wobei im Fokus stets das Wohl der Bewohner stehen muss. Hilfreich wäre aus ihrer Sicht, wenn die Mitarbeiter der Notfallteams eine höhere Kompetenz im Bereich Geriatrie und Gerontopsychiatrie hätten.

Schwierigkeiten der Notärzte und Rettungsassistenten bei Einsätzen im Heim

Dr. Freigang verwies auf Schwierigkeiten der Notärzte und Rettungsassistenten im Einsatz im Heim. Erste Hürde stellt oft schon eine schlechte Ausschilderung innerhalb des Geländes bzw. fehlende Einweisung durch Mitarbeiter dar.

Vor Ort findet der Arzt dann einen ihm völlig unbekanntem Patienten vor, meist hoch betagt, multimorbide, aufgeregtes und besorgtes Pflegepersonal, unklare bzw. nur selten ausreichend dokumentierte Vorgeschichte.

Die wichtige Rolle des Hausarztes auch im Heim

Er verweist auf die wichtige Rolle des Hausarztes, auch im Hinblick auf die immer wieder in der Runde erwähnte Vorsorgeplanung bzw. Patientenverfügung. Herr Hirschhorn als Medizinanwalt betonte, dass viele dieser Verfügungen unzureichend sind, der Notarzt in Notsituationen im Heim immer zu rufen ist und sich im Zweifel stets für die Lebenserhaltung einsetzen wird.

Notfallsituationen bei Menschen mit Demenz

Im Verlauf der Diskussion ging es auch um den Umgang mit Notfallsituationen bei Menschen mit Demenz, insbesondere in deren Endstadium.

Der Gerontopsychiater Dr. Pajdics plädierte hier unbedingt für eine Vermeidung einer Krankenseinweisung und die Symptombehandlung vor Ort. Diese Patienten sollten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können, natürlich muss eine solche Situation sehr gut vorbereitet und mit allen besprochen sein.

Wie Frau Lück als Palliativbeauftragte aus Oldenburg anregte, kann ein Notfallbogen dabei hilfreich sein. Dieser wird in ihren Einrichtungen gemeinsam mit Hausarzt, Pflegebereichsleitung, Angehörigen und natürlich – sofern möglich – dem Bewohner besprochen und angelegt. In ihm können beispielsweise neben einem Behandlungsplan auch das Vorgehen bei Notarzteinsätzen und fraglichen Klinikeinweisungen schriftlich fixiert werden. Offenbar wird ein solches Instrument in Leipziger Heimen bisher kaum angewandt.

Die SAPV und ein ambulanter Hospizdienst können oftmals einbezogen werden

Tobias Wilzki vom Brückenteam verwies auf die Möglichkeit, die SAPV (Spezialisierte ambulante palliative Versorgung) auch im Pflegeheim zur Unterstützung hinzu zu ziehen. Hierfür müssen freilich eine exakte Indikation sowie entsprechende Kapazitäten des SAPV-Teams vorhanden sein.

Die Begleitung und Beratung durch haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen eines ambulanten Hospizdienstes hingegen sollte immer möglich sein, wie Angela Helmers betonte. Deren Tätigkeit kann sowohl für Bewohner und Angehörige als auch für das Pflegepersonal sehr entlastend sein.

Defizite in der Kommunikation zwischen allen Beteiligten als Problem

Im Verlauf der Podiumsdiskussion kamen mir immer wieder vor allem diese Gedanken: Probleme in der Notfallversorgung von Heimbewohnern beruhen oft auf Defiziten in der Kommunikation zwischen allen

Beteiligten.

Mangelnde Vorsorgeplanung und fehlende schriftliche Handlungsanweisungen führen sehr häufig zu (unnötigen) Krankenseinweisungen.

Im Sinne des Wohlergehens der in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen sollte dringend überdacht werden, wie die Kompetenzen und Möglichkeiten von Pflegepersonal, Hausarzt, Rettungsdienst sowie unterstützenden Diensten aus dem Palliativ- und Hospizbereich gestärkt und sinnvoll eingesetzt werden können.

Wir müssen reden – immer wieder!

Die Diskussionsbeiträge aus dem Publikum zeigten auch deutlich, dass es große Unterschiede im Umgang mit Notfallsituationen in Pflegeheimen gibt, die nicht immer mit äußeren Strukturen zu erklären sind (vorhandene Voraussetzungen in Städten oder im ländlichen Bereich, Erreichbarkeit des Hausarztes).

Mir ist unverständlich, warum Mitarbeiter in Altenpflegeeinrichtungen nicht über das Vorhandensein von ambulanten Hospizdiensten bzw. SAPV-Teams und deren Angeboten informiert sind. Als Fazit könnte man wohl unter die Podiumsdiskussion schreiben: Wir müssen reden – immer wieder!

Erste Gelegenheit hierzu bot sich schon in der folgenden Kaffeepause. Mit frischem Bäckerkuchen im sonnigen Klosterhof fanden sich interessante Gesprächspartner zu anregendem Gedankenaustausch.

„Allheilmittel“ Medizinisches Cannabis?

Im vorletzten Fachbeitrag des Palliativfachtages wurde es dann wieder spannend. Brachte Dr. Daniel Merk, Pharmazeut am Institut für Pharmazeutische Chemie der Goethe-Universität Frankfurt, frohe Kunde über das „Allheilmittel“ Medizinisches Cannabis? Um es vorweg zu nehmen: es ist eben doch kein Wundermittel, wenngleich einige Patienten, bei denen andere Behandlungsstrategien versagen, durchaus profitieren können.

Dr. Merk führte aus, dass seit Einführung der gesetzlichen Regelung zum Medizinischen Cannabis vor 18 Monaten der Bedarf höher als erwartet ausfällt.

Er referierte sehr fundiert zu Wirkungen und Nebenwirkungen der einzelnen Cannabisarten und deren Inhaltsstoffe, was manchen Zuhörer sicher an die Grenzen seines biochemisch-pharmazeutischen Verständnisses brachte, aus meiner Sicht jedoch höchst interessant war.





Am häufigsten nachgefragt werden Cannabispräparate von Patienten mit chronischen Schmerzen, Übelkeit/ Erbrechen bei Chemotherapie, Appetitlosigkeit, Spasmen infolge Multipler Sklerose. Derzeit laufen weitere Forschungen, u.a. zur Anwendung bei Epilepsie und Tourette-Syndrom.

Der Referent wies deutlich darauf hin, dass Fertigarzneimittel mit definierter Zusammensetzung einfacher und sicherer in der Anwendung sind als beispielsweise Cannabisblüten. Deren Dosierung ist schwierig, die enthaltene THC-Säure muss bei 180° C aktiviert werden, was pharmazeutisch sinnvoll nur durch Verdampfen gelingt.

Nicht zu unterschätzen sind immer die Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schwindel, Durchfall und Übelkeit, mitunter auch Herzrasen oder Auswirkungen auf die Kreislaufregulation.

Aufgrund des Einflusses u.a. auf die Hirnentwicklung und unerwünschte psychotrope Effekte sind Cannabispräparate für Kinder/Jugendliche ungeeignet, abgesehen von einem kürzlich in den USA zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung einer seltenen Epilepsieform im Kindesalter.

Medizinisches Cannabis kann hilfreich sein, ist aber kein Wundermittel.

Zusammenfassend haben wir gehört, dass Medizinisches Cannabis hilfreich sein kann für Patienten, die keine befriedigende Symptomkontrolle durch die üb-

lichen Medikamente erfahren haben. Das oft so propa-gierte Heil- und Wundermittel für alles und jeden ist es ganz sicher nicht.

Welcher Tag ist heute? Gedanken über die Zeit

Am Ende des Fachtages fragte Sibylle Lück noch „Welcher Tag ist heute?“. Sie führte einige Gedanken zum Begriff und zur Bedeutung der Zeit an – als natürlicher Rhythmus, physikalische Größe, in der individuellen Wahrnehmung.

Dann stellte sie ein sehr schönes Projekt für eine Palliativstation vor. Ein Tagesabreißkalender mit großen Zahlen hängt in jedem Zimmer. Die Rückwände der Kalender sind verschieden gestaltet worden durch Teilnehmer einer Seniorenkunstwerkstatt. Bewohner von Altenpflegeheimen wurden dafür in die Kunstschule geholt und arbeiteten dort an den Blättern. Muster, Landschaften, Jahreszeitenbilder sind entstanden. Über die Kalender kommt man auf der Station nicht selten ins Gespräch. Manchmal wünscht sich ein Patient, dass die Zeit stehen bliebe, er lässt das Tagesblatt nicht abreißen, andere tun dies sehr bewusst jeden Tag selbst. Wie erleben wir die Zeit – nutzen wir unsere Zeit??

Der 7. Palliativfachtag bot den Teilnehmern ein sehr vielfältiges Spektrum an Themen und brachte darüber hinaus viele Anregungen zum Nachsinnen sowie Praktisches für die tägliche Arbeit. Den Organisatoren ist herzlich zu danken, dass sie in diesem wunderbaren Rahmen die Plattform zur Fortbildung, zum Austausch und zum „Blick über den Tellerrand“ bieten.



Kerstin de Schultz ist Koordinatorin im Hospiz Verein Leipzig e.V.