

**Durch vorausschauende Planung
und Organisation soziale Teilhabe
bis zuletzt ermöglichen.**



Ein Leitfaden für
Kommunen

Gliederung

Vorworte

1. Wie es zur Entwicklung des Leitfadens kam und an welchen Voraussetzungen dieser anschließt

2. Überblick

3. Einführung in die bestehende Versorgungssituation von Bürgern im letzten Lebensabschnitt

4. Warum ein Leitfaden?

4.1 An wen wendet sich der Leitfaden?

4.2 Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?

4.3 Welcher Nutzen ergibt sich für die Kommune?

5. Zielbestimmung des Leitfadens (Was der Leitfaden erreichen soll und was nicht)

6. Vorgehen

6.0 Die Methode der Wahl: Projektmanagement

6.1 Schritt (Meilenstein) 1: Ausgangslagenbestimmung (intern und extern)

6.2 Schritt (Meilenstein) 2: Zusammenführung der Akteure und Kompetenzen vor Ort und Formulierung einer Vision

6.3 Schritt (Meilenstein) 3: Ausarbeitung der Vision zugunsten operativer Zielsetzungen

6.4 Schritt (Meilenstein) 4: Aktivitäten, Kommunikation und Informationen

6.5 Schritt (Meilenstein) 5: Nachhaltigkeit und Entwicklung des Erreichten

Abschlussbemerkungen

Literatur und verwendete Unterlagen

Stichworte

Anhang

Vorworte



Vorwort der Oberbürgermeisterin der Universitätsstadt Gießen

Die Kommunen haben für die Lebensgestaltung der Menschen eine besondere Rolle, denn hier wird umgesetzt, was an anderer Stelle als Rahmenbedingung gestaltet und geregelt wird.

Hier findet der Alltag der Menschen statt und es ist eine wichtige Aufgabe von Kommunen, ihren Einwohner*innen in allen Lebenslagen ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Gestaltungsraum zu ermöglichen und vor Ort die dafür erforderlichen Strukturen und Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Das schließt selbstverständlich auch die letzte Lebensphase und das Sterben mit ein. Der Tod gehört zu unserem Leben, deshalb müssen wir uns auch mit ihm befassen – auch wenn es schwerfällt. Umso wichtiger finde ich es, den Menschen die Informationen und Ansprechpersonen zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen, um für sich gute und durchdachte Entscheidungen treffen zu können.

Die Kommunen sind in der Lage, Netzwerke zu schaffen, Akteure an einen Tisch zu bringen und damit die verschiedenen Perspektiven und Fachlichkeiten zusammenzuführen.

Der vorliegende Leitfaden bietet dafür eine hervorragende Unterstützung und ich wünsche mir, dass er an vielen Orten seine Wirkung hin zu einer sozialen Teilhabe bis zuletzt entfaltet.

Gießen, den 15.12.2020

Dietlinde Grabe-Bolz

seit 2009 Oberbürgermeisterin der Stadt Gießen



Vorwort Karl-Christian Schelzke

„Von der Wiege bis zur Bahre sind es fünfzig Jahre, dann beginnt der Tod“. So lautet der Anfang des Gedichtes von Hermann Hesse mit dem Titel „Der Mann von 50 Jahren“. Hesse beschreibt hiermit die einsetzenden Altersleiden. Und dieser Anfang, wird oftmals – in der Regel wohlwollend ironisch gebrochen – in Zusammenhang mit den Aufgaben zitiert, die den Städten und Gemeinden obliegen. Die Aussage mag berechtigt sein, schließlich sind Kommunen nicht nur für das Personenstandswesen mit seinen Geburts- und Sterberegistern, sondern auch für die Kleinkinderbetreuung und die Friedhofsverwaltung zuständig. Und was liegt da näher, ihnen auch die Fürsorge für die letzten Lebensphasen ihrer Bürgerinnen und Bürger zu überantworten. Das mag sich zwar nachvollziehbar anhören, die Gemeinden können diesen sensiblen, humanitären Aufgaben aber nicht gerecht werden. Dafür sind und bleiben die ärztlichen und medizinischen Strukturen in unserem Land in der Pflicht!

Eine erfolgversprechende Zielsetzung eines behüteten Lebensendes kann neben der fachlichmedizinischen Betreuung aber auch in einem partnerschaftlichen Rahmen mit ehrenamtlich engagierten Bürger*innen erreicht werden.

In Hessen sind derzeit in über hundert Hospizvereinen und Palliativeinrichtungen zahlreiche Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren. Hier kann es und sollte es eine kommunale Aufgabe sein, koordinierend und vor allem wertschätzend tätig zu sein. Gerade für ländliche Räume können sich hierdurch zudem lohnende Perspektiven eröffnen. Weitgehend noch intakte Natur und Gemeinschaftsstrukturen sind für ältere Menschen und auch für deren Familien umso attraktiver, wenn man weiß, dass dort eine menschliche und einfühlsame Begleitung des letzten Lebensabschnittes möglich ist.

Es ist das Verdienst von Professor Dr. George und seinen Mitstreiter*innen, diese Perspektiven dem öffentlichen Diskurs zugänglich gemacht zu haben und mit dem hier vorgestellten Leitfaden vor Ort stattfindende Realisierungen zu ermöglichen.

Karl-Christian Schelzke

Geschäftsführer des Verbandes der kommunalen Wahlbeamten,
Vorsitzender der Hessischen Akademie für Forschung und Planung im ländlichen Raum,
Bürgermeister a.D., Geschäftsführender Direktor HSGB a.D.

1. Wie es zur Entwicklung des Leitfadens kam und an welchen Voraussetzungen dieser anschließt

Im Rahmen eines durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) zwischen 2018 und 2021) geförderten Versorgungsgestaltungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen¹ entstand als Ergebnis dieser Leitfaden erstens zur Diskussion und zweitens als Angebot einer konkreten Umsetzung der Ergebnisse in die Fläche. Zentrales Ziel des Projektes ist die Vermeidung von Überversorgung, insbesondere die nicht vom Patienten gewünschten und/oder nicht indizierten Verlegungen von sterbenden Menschen weg aus ihrer gewohnten Umgebung in eine Klinik. Eigenen Studien zufolge, könnte dies bundesweit zwischen 100.000 und 150.000 Patienten und Bewohner jährlich betreffen.

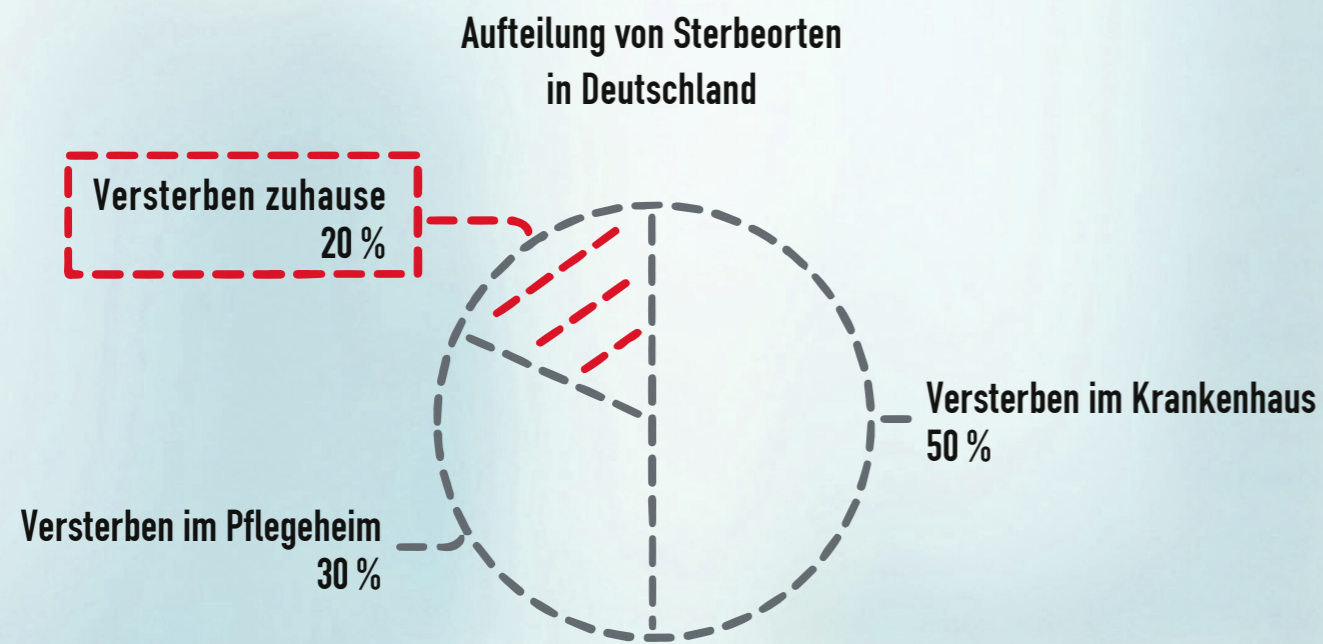


Abbildung 1: **Sterbeorte in Deutschland**

Aktuell versterben ca. 50% der Patienten im Krankenhaus, ca. 30% im Pflegeheim (davon ca.3% in Hospizen) aber nur ungefähr 20% zuhause. Es ist davon auszugehen, dass ein Fünftel der betroffenen Patienten ihren Ort des Sterbens nicht wunschgemäß wählen können.

Um den Wünschen der Patienten Nachdruck zu verleihen, wurden 2 Leitlinien entwickelt, die professionellen Helfern zahlreiche Empfehlungen zur Entscheidungsfindung zur Verfügung stellen.

Es gibt inzwischen eine Leitlinie zum Einsatz in den Krankenhäusern und eine für stationäre Pflegeeinrichtungen. Zentrales Funktionsprinzip beider Leitlinien ist es, identifizierte Risikofaktoren während der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase – die zu Verlegungen führen können – durch geeignete Maßnahmen einer vorausschauenden Versorgungsplanung entgegen zu treten.

Ein weiteres wichtiges Werkzeug bilden sogenannte Entscheidungshilfen, die für die Betroffenen und ebenso ihre An- und Zugehörigen (insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Patienten), Hausärzte, Krankenhausärzte und den Rettungsdienst entwickelt wurden. Dabei handelt es sich um Kurzfassungen in Alltagssprache der Leitlinien. Die Entscheidungshilfen können von professionellen Helfern und von den betroffenen Patienten und ihren An- und Zugehörigen gleichermaßen genutzt werden. Ziel ist es, diese nicht nur für die Reduktion nicht indizierter oder gewünschter Einweisungen zu gewinnen, sondern auch den Weg dahin aufzuzeigen. Zunächst soll also für das Problem sensibilisiert, dann Lösungsvorschläge vorgenommen und schließlich zur Mitarbeit an der Zielerreichung motiviert werden.

Der Impuls bzw. die Initiierung der Leitlinien kann sowohl von der Kommune als auch von einem Leistungsträger der Pflege oder einem Krankenhaus ausgehen und bezieht dann Schritt für Schritt die oben genannten Akteure ein. Der im Folgenden vorgestellte Leitfaden für Kommunen „Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen“ wird also im idealen Fall im Zusammenhang solch einer Leitlinienumsetzung vollzogen. Zugleich ist der Leitfaden so abgefasst und das in diesem präzisierete Vorgehen so strukturiert, dass eine Stadt/eine Gemeinde tätig werden kann. Die hierfür zu benennenden Argumente und eine chronologische Abfolge finden sich im folgenden Abschnitt.

¹ Das Projekt wurde unter der Bezeichnung Avenue-Pal (Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung) geführt

2. Überblick



Abbildung 2: **Aufbau des Leitfadens**

(die schwarzen Punkte stellen die abgeschätzte Umsetzungsdauer in Monaten dar)

Der Leitfaden geht demnach von einer Lagebestimmung als ersten Schritt aus, der die Ausgangsbedingungen einer einzelnen Kommune analysiert. Im zweiten Schritt wird unter Beteiligung aller relevanten Akteure eine Vision entwickelt. Daraus kann im dritten Schritt der Entwurf eines integrierten Versorgungsplans als ein Prototyp für die zukünftige Versorgung der betroffenen Personen in der Kommune entwickelt werden. Dieser wird als Schritt vier in Form einer systematischen Medienarbeit den Bürgern bekannt gemacht. Nach erfolgter Umsetzung werden im fünften Schritt die erzielten Ergebnisse erhoben und evaluiert.

3. Einführung in die bestehende Versorgungssituation von Bürgern im letzten Lebensabschnitt

Durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland kam es durchaus zu wesentlichen Verbesserungen in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Allerdings fokussiert die SAPV ausschließlich auf jene etwa 10 % der Menschen mit der höchsten Symptomlast. Die anderen über 800.000 Menschen, die in Deutschland jährlich versterben, sind nach den bestehenden Richtlinien von der SAPV ausgenommen. Sie wären zudem im Rahmen der SAPV palliativ überversorgt und könnten am ehesten von den Angeboten der allgemeinen palliativen Versorgung profitieren.

Trotz verstärkter und durchaus gelungener Bemühungen, unterstützungs- und pflegebedürftige Menschen bis zu deren Versterben im häuslichen Umfeld zu betreuen, ist festzustellen, dass der Trend eines Versterbens im Krankenhaus weitgehend ungebrochen ist. Ungefähr die Hälfte der Menschen in Deutschland versterben im Krankenhaus, ein weiteres Drittel in den Pflegeheimen und nur jeder 5. in seinem häuslichen Umfeld. Sichere Daten hierzu wurden bislang nicht erhoben. Als erstes Bundesland hat nun Hessen im Jahre 2020 eine Sterbeortstatistik ermöglicht, in dem im Leichenschauchein der Sterbeort nach „zu Hause“, „Klinik“, „Hospiz“ und „sonstige“ differenziert wird.

Es bestehen regionale Schwankungen und auch der Umstand, ob eine Person in einer Stadt lebt (hier versterben noch mehr Personen im stationär versorgenden Umfeld) oder im ländlichen Raum (hier eher weniger), spielt eine z. T. erhebliche Rolle.

Es sollen an dieser Stelle nur die wichtigsten treibenden Kräfte dieser Entwicklung benannt werden und die mit diesen verbundenen Erkenntnissen, dass es zukünftig ohne Impulse von außen nicht zu positiven Entwicklungen kommen wird:

- Die demographische Entwicklung (die die Anzahl immer älterer und damit auch unterstützungsbedürftiger Personen wachsen lässt),
- die nicht nur in den Städten größer werdende Gefahr der sozialen Isolation von immer mehr Menschen und
- nicht zuletzt auch einer immer größer werdenden Anzahl von Einrichtungen und deren vorgehaltene Dienstleistungen.

All dies hat und wird in der Versorgung während des letzten Lebensjahres eine zunehmende Bedeutung erhalten. Das durchschnittliche Alter der Bewohner von Pflegeeinrichtungen liegt bei ungefähr 85 Jahren. Auch wenn sich zahlreiche stationären Pflegeeinrichtungen längst auf den Weg gemacht haben bzw. bereits ein gutes „Zuhause“ sind, besteht in diesen wie auch (mit Einschränkungen) besonders in Krankenhäusern die Möglichkeit der Vereinsamung und sozialen Isolation. Klar ist auch, dass die Vorstellung, zu Hause sei nun automatisch alles besser, die Gefahr des Alleinseins gebannt und die Lebensqualität der Betroffenen gesichert sei, keinen Bestand hat. In 41 % aller Haushalte lebte im bundesweiten Durchschnitt bereits 2018 nur noch eine Person, in den Städten sind dies über 50 % und auch hier ist der Trend ungebrochen.

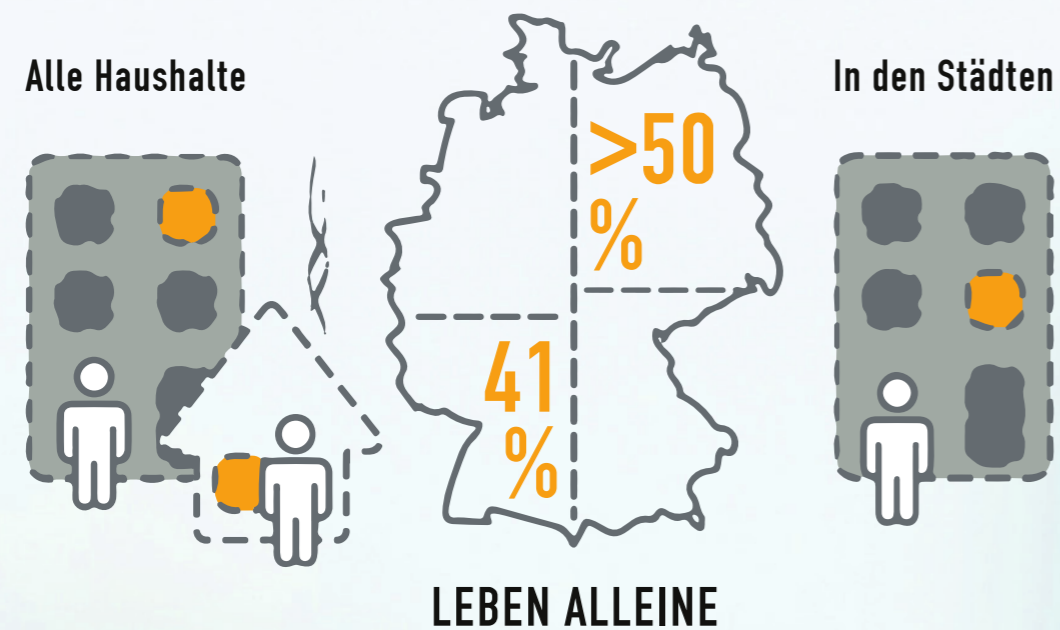


Abbildung 3: **Vereinzelung der Haushalte**

Neben den beschriebenen Problemfeldern wird zugleich aber auch deutlich, dass im positiven Sinne erhebliche Ressourcen zur Problemlösung und Kompetenzen unterschiedlicher Strukturen bestehen.

- Die Hospizbewegung gilt als ein besonderes gelungenes Beispiel bürgerschaftlichen Engagements mit breiter Durchdringung der Regionen.
- Die palliative Handlungswelt - insbesondere durch die Pflege und Medizin vorgetragen - ist sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung in Deutschland in zusehendem Ausmaß und Qualität verfügbar.
- Verschiedene z. T. noch immer als aktuell einzuschätzende gesetzgeberische und berufspolitische Entscheidungen haben maßgeblich Verbesserungen ermöglicht. Als ein Beispiel neben den Pflegestärkungsgesetzen und dem Hospiz- und Palliativgesetz, die explizit eine Förderung der hospizlichen und palliativen Versorgung (Palliative Care) fördern wollen, auch indem die verbindliche Einführung einer vorausschauenden Planung der letzten Lebensphase in den stationären Pflegeeinrichtungen empfohlen und gefördert wird.
- Inhalt und Zielsetzungen der inzwischen sieben Altenberichte einer durch die Bundesregierung beauftragten Sachverständigenkommission verdeutlichen beispielhaft die in den beiden letzten Jahrzehnten nochmals gestiegene Aufmerksamkeit für die fortgeschrittene Lebensphase und thematisieren dabei natürlich nicht nur die Rolle der Akteure der Gesundheitsversorgung, sondern auch die sozialen Aufgaben der Kommunen. Als ein gutes Beispiel kann der 6. Altenbericht der Kommission unter dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ aus dem Jahr 2015 angesehen werden. Auch wenn die Betreuung und Unterstützung von Menschen in deren letzten Lebensphase - als Teil der formulierten Sorgeskultur - nicht dezidiert Gegenstand dieses Berichtes ist, wird das hohe Maß der Verantwortlichkeit kommunaler Akteure dargestellt. Zugleich werden Wege aufgezeigt, wie aus einem solchen Selbstverständnis die notwendige Praxis auf kommunaler Ebene entstehen kann. Die Kommunen sind in den meisten Bundesländern die örtlichen Sozialhilfeträger und somit für die Hilfe zur Pflege (Kapitel IV des SGB XII) zuständig. Die hiermit verbundene Sicherstellung, der Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten, örtlichen, pflegerischen Versorgungsstruktur sind zentrale Zielgrößen, in welcher auch die alte Prämisse ambulant vor stationär weiterhin Gültigkeit besitzt. Pointiert formuliert haben die Kommunen im Sinne der Daseinsvorsorge die Letztverantwortung für die Versorgung der örtlichen Bevölkerung, zu der auch die letzte Lebensphase gehört.
- In den letzten Jahren haben viele Kommunen ihre Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote, BeKos sowie ihre ambulanten Hilfen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen gezielt ausgebaut.

- Die bundesweit ausgerollte Initiative „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ haben mehrere hundert deutsche Gemeinden als Unterstützer gezeichnet.

Will man die bestehende Situation zusammenfassen, so zeigen sich nicht nur die Unterschiedlichkeiten in den erreichten Ergebnissen in dieser speziellen Versorgungsaufgabe zwischen den Kommunen, sondern auch das Fehlen einer öffentlich koordinierenden Gestaltung der Versorgung von Menschen in deren letzten Lebensphase. Offen bleibt auch, wie viele der Städte und Gemeinden im Rahmen der Sozial-, Gesundheits- und Altenhilfeplanung die Versorgung Sterbender berücksichtigen bzw. wie groß der Einsatz ist, entsprechende und dringlich notwendige Strukturen zu fördern.

4. Warum ein Leitfaden?

Leitfäden sollen mehr als bloße Informationen und Orientierungshilfen bieten.

Im idealen Fall bilden Leitfäden eine fachbasierte Handlungsgrundlage, auf welche Weise aus einem bestehenden Zustand (Ist-Situation) eine definierte Zielsituation (Soll-Situation) erreicht werden kann. Hierfür werden sowohl ein zeitlicher als auch interventioneller (durch Maßnahmen) Prozess empfohlen. Je nach Komplexität und Verbindlichkeit der angestrebten Zielsituation entstehen unterschiedlich umfassende und differentielle Leitfäden. Als Beispiele für anspruchsvolle Leitfäden im kommunalen Handlungsfeld könne etwa der zur „Etablierung der kommunalen Engagementförderung“ oder der zur Schaffung von „Lebensräumen zum Älter werden“ angesehen werden. Es gibt kaum eine Fragestellung zur Daseinsvorsorge bzw. darüber hinaus gehende kommunale Herausforderungen, die nicht auch durch ein Expertengremium entwickelten Leitfaden beantwortet wird. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Gemeinden und Städte prinzipiell über Erfahrungen zu den Möglichkeiten und Grenzen dieser Methode besitzen.

4.1 An wen wendet sich der Leitfaden?

Salopp formuliert: Dorthin wo der Mensch aus seinem Küchenfenster schaut, ist seine Heimat.

Im Sinn des hier vorgestellten Leitfadens kann seine Anwendung vom kleinen Ortsteil ausgehen, die Gemeinde, das Mittel- und Oberzentrum umfassen und bis hin zur Metropole reichen. Nun sind die kommunalen Zuständigkeiten bei aller Unterschiedlichkeit im föderalen Deutschland durchaus verbindlich geregelt. So obliegt dem Kreis die Sicherstellung der Krankenhausversorgung, aber auch der Katastrophenmedizin. Eine besondere Stellung besitzen auch die staatlichen bzw. kommunalen Gesundheitsämter, welche etwa die operative Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes organisieren, wie etwa in der CoViD-19 Pandemie. Gerade die Auseinandersetzung mit dieser Krise zeigt auf, wie wichtig bei aller formeller Zuständigkeit es ist, dass in den einzelnen Gemeinden ein handlungsleitender Plan vorliegt. Dass hierbei mit auch übergeordneten Stellen und Zuständigkeiten kooperiert werden muss, ist klar. Es sind also die Bürgermeister und deren „gemeindlicher Netzwerkpartner“, die wir im Mittelpunkt, besser noch als Ausgangspunkt, der Implementierung des Leitfadens sehen. Dabei besitzt diese/r, die Gemeinde, die Funktion eines Koordinators, nicht die eines verantwortlichen Machers. Denn klar ist, die Umsetzung des Leitfadens bzw. dessen Intention kann nur als Projekt kooperativen Gemeinsinns gelingen.

4.2 Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?

Im Vordergrund steht die Ermittlung bzw. Beschreibung der Wünsche des Einzelnen. Zugleich sind diese individuellen Wünsche aber auch gut zusammenzufassen, weil zahlreiche ältere und aktuelle Studien aufzeigen, dass sich die Menschen das häusliche Umfeld als Ort des Sterbens wünschen. Es bildet also einen hohen Nutzen für die Bürger/-innen, dieses gesellschaftliche Ziel auch aus der Perspektive und Gestaltungsvermögen (hierauf wird im Leitfaden dezidiert eingegangen werden) der Kommune zu ermöglichen.

Ein Kernproblem in der Versorgung gerade älterer Menschen als besonders schützenswerte und zugleich vulnerable Patientengruppe ist es, das rechte Maß zu finden. Die auch in der modernsten Medizin immer noch gültigen Grundregeln der Behandlung lauten:

primum non nocere - als erstes nicht schaden als therapeutischer Grundsatz, also nicht zu viel tun, um nicht möglicherweise mehr zu schaden als zu nutzen.

secundum cavere - als zweites vorsichtig sein, das heißt, auf moderne Therapiemöglichkeiten übertragen, leitliniengerechtes Vorgehen im Rahmen des informed consent (informierten Einverständnis), wobei der Patient (bzw. auch der Bürger) bzw. sein Bevollmächtigter oder Betreuer soweit informiert wird, wie er es möchte, um dann zu entscheiden, ob er die Therapie annehmen will.

tertium sanare - als drittes heilen, das heißt, die Heilung ist zwar das Ziel, dem Nicht-Schaden-Wollen und der Vorsicht aber unterzuordnen.

Nur durch eine vorausschauende Versorgungsplanung unter Einbeziehung aller gut informierten Beteiligten kann dieser Dreiklang auch tatsächlich bestmöglich umgesetzt werden. Alltag ist heute Futility, d.h. die eindeutige Über- und Fehlversorgung vulnerabler Patienten, für die diese Übertherapie keinerlei Gewinn, aber oft großes Leid bedeutet und zugleich völlig unnötig stark überhöhte Kosten verursacht und einen Gutteil an nicht beliebig vermehrbaren Ressourcen bindet, wie z. B. Arbeitszeit qualifizierter Versorgender oder auch Transport- und Bettenkapazitäten im Krankentransport und Krankenhaus.

4.3 Welcher Nutzen ergibt sich für die Kommune?

Nicht nur für den Einzelnen ergibt sich ein Nutzen. Auch für die Kommune ergibt sich aus einem solchen Verhalten neben dem abstrakten Nutzen, der sich etwa durch ein verbessertes Image, tatsächlich etwas für diese Zielgruppe zu unternehmen, ausdrückt, weitere handfeste Vorteile. Es ergeben sich effektivere - weil transparente und abgestimmte - Prozesse und Abläufe mit den relevanten Handlungspartnern, welche die kommunale Administration entlasten. Durch die Vermeidung von Fehlallokation von beschränkt vorhandenen Ressourcen z. B. im ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krankentransport, Rettungsdienst und stationärer Behandlung, wird das System nicht unwesentlich personell und finanziell entlastet.

Jenseits des Nutzens für die betroffenen Bürger, ihrer Angehörigen und der Kommune entstehen somit Vorteile für die betroffenen Handlungspartner, wie den Krankenhäusern, den Pflegeeinrichtungen, den niedergelassenen (Haus-)Ärzten, der ambulanten Pflege und den verschiedenen Therapeutengruppen, denn alle profitieren kurz- bzw. mittel- und langfristig von den Auswirkungen der zu etablierenden Koordination durch die Kommune. Zuletzt sollen auch die Wohnbezirke, Quartiere und Nachbarschaften als Orientierungspunkte bereits bestehender bzw. zukünftiger Kommunalentwicklung als Nutznießer identifiziert werden.

Mehrere Generationen übergreifende und einbeziehende Milieustrukturen sollten auch in deren Entfaltung auf die Gestaltung der letzten Lebensphase formuliert werden.

5. Zielbestimmung des Leitfadens

Ziel ist es, Kommunen einen Leitfaden zur Verfügung zu stellen, unter dessen Anwendung es möglich ist, die bestehende Situation von Menschen/Bürgern in der letzten Lebensphase qualitativ zu verbessern. Dies gilt unabhängig von der bereits erreichten Versorgungsqualität und sozialer Teilhabe der Menschen/Bürger in ihrer letzten Lebensphase. Durch die Anwendung des Leitfadens kommt es zu einer deutlich verbesserten Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer, aber auch der Bürger und Betroffenen. Durch die Anwendung des Leitfadens gelingt eine Art vorausschauender Planung und zeigt Wege auf, kommunalgesellschaftspolitisches Engagement zu operationalisieren.

6. Vorgehen

6.0 Die Methode der Wahl: Projektmanagement

Um den Leitfaden umzusetzen, ist es hilfreich, wenn die Gemeinde/Stadt bzw. einzelne Mitarbeiter bereits über Erfahrungen des Projektmanagements verfügt. So gelingt die Umsetzung - insbesondere ab Maßnahme 3 - wirkungsvoll und effizient.



6.1

Schritt (Meilenstein) 1:

Ausgangslagenbestimmung (intern und extern) Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?



Ziel:

Absicht dieser ersten Maßnahme ist es, sich einen Überblick über die spezifischen Ausgangsbedingungen in der Kommune zu verschaffen.

Ausgangslage und Vorgehen:

Es gibt keine Kommune, die nicht in der einen oder anderen Form über Vorerfahrungen in der unterstützenden Betreuung von Menschen in deren letzten Lebensphase verfügt. Träger dieses Wissens können sowohl in einer Gemeinde ansässige kirchliche Gemeinden, bürgerschaftlich getragene Initiativen, Selbsthilfe oder professionelle Dienstleister, als auch die Hospizbewegung sein. Nicht zuletzt die professionellen Akteure (niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken etc.) handeln in diesem Versorgungsfeld. Auch existieren in fast allen Regionen Deutschlands die Angebote spezieller ambulant-palliativer Versorgung (SAPV). Diese gilt es zu identifizieren.

Zu dieser ersten Maßnahme gehört es auch, die internen Voraussetzungen (vorhandene Strukturen, bestehende Prozesse und auch geeignete Personen bzw. Fachzuständigkeiten der kommunalen Verwaltung), die zur Umsetzung des Leitfadens notwendig sind, zu identifizieren bzw. die internen Ressourcen zu ermitteln. Hierzu gehört auch, die bestehenden Kooperationen bzw. Aufgabenteilungen (Zuständigkeiten) zum Landkreis und anderen öffentlichen Partnern und deren Aktivitäten zu erfassen Projekt einzubinden. Im Gesamtvorgehen wichtig sind auch die Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Vertreterverfügung und ähnliche Festlegungen, d. h. es sollte geprüft werden, inwieweit dieses Wissen eingebunden ist und tatsächlich umgesetzt wird. In aller Regel lassen sich beratungserfahrene Organisationen bzw. deren Ansprechpartner oder auch umsichtige Juristen und andere Kompetenzträger identifizieren, die in der Praxis haben Erfahrung sammeln können.

Aktivitäten (operativ):

Erfassung und Beschreibung der genaueren Leistungen und Aktivitäten der involvierten Leistungsanbieter und Organisationen, erste Kontaktaufnahmen, Identifizieren der fachbezogenen Ansprechpartner bzw. Verantwortlichen innerhalb der Gemeinde/Stadt.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung: 3 Monate

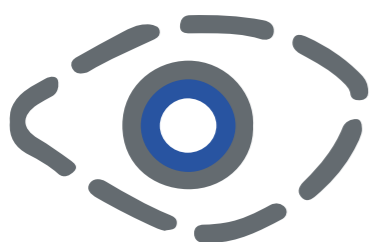
Beispiel:

Stellen wir uns eine typische Kreisstadt vor, „Hopalingen“. „Hopalingen“ liegt im „Pallikreis“ und ist auch dessen Zentrum. Es gibt ein Schwerpunkt Krankenhaus mit 650 Betten und eines der Regelversorgung mit 200 Betten etwas abseits am Rande des Landkreises. Ein Hospizdienst ist seit 25 Jahre aktiv und sehr gut etabliert und bekannt, das Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung hat seit 5 Jahren den Versorgungsauftrag und arbeitet eng mit dem Hospizdienst, der 10-Betten-Palliativstation in der Klinik und dem 8-Betten Hospiz sowie allen anderen Strukturen zusammen.

Als bei einem Treffen der Beteiligten das Gespräch auf die Informationen zur vorausschauenden Planung für das Lebensende kommt, stellen die Anwesenden fest, dass diese Konzepte kaum bekannt sind. Es wird überlegt, was man dafür tun kann, dass sich dies zeitnah ändert. Einer der Beteiligten hat ein großes Interesse am Thema und ist bereit und in der Lage, Zeit zu investieren. Im gegenseitigen Einvernehmen wird er von dieser Gruppe zum „Kümmerer“ und Hospiz- und Palliativbeauftragten benannt. Alle zusammen verschriftlichen kurz ihre Ziele und mandantisieren dann den Kümmerer, dass er sich an den Bürgermeister von „Hopalingen“ und den Landrat des „Pallikreises“ wendet, um die ersten Gedanken und Schritte vorzutragen.

Stadt und Landkreis ernennen diesen Kümmerer dann zum Hospiz- und Palliativbeauftragten für den „Pallikreis“. Seitens des Bundeslandes besteht bereits ein Konzept und eine gewisse Finanzierung für dessen Arbeit, so dass der Kümmerer nunmehr offiziell beauftragt wird. Er ist dadurch die zentrale Ansprechperson, an die sich ab jetzt jeder mit hospizlich-palliativen Fragen wenden kann. Der aber nicht die Probleme alle lösen muss, sondern auch sammeln, zusammenstellen, bewerten soll und dann natürlich auch mögliche Hilfen vermitteln soll. In drei weiteren Treffen werden die notwendigen Schritte überlegt und geplant.

Zusammenführung der Akteure und Kompetenzen vor Ort und Formulierung einer Vision



Ziel:

Es gilt, die Kompetenzträger und mit diesen verbundenen Akteure in einem ersten gemeinsamen Treffen zusammenzuführen und eine positive Motivation zugunsten der Befassung mit dem Thema entstehen zu lassen. Bei Bedarf können Folgetreffen in diesem oder Untergruppen hilfreich sein.

Vorgehen (insgesamt):

Hierzu müssen geeignete Vorbereitungen getroffen werden. Insbesondere gilt es, einen geeigneten zeitlichen Rahmen zu identifizieren. In der Vorbereitung muss geklärt werden, wer alles zu Wort kommen muss bzw. wie es gelingt, frühzeitig einen zielführenden Dialog aufzunehmen. Eine allen Teilnehmern vorliegende AGENDA ist hierfür geeignet. Auch wenn sich die verschiedenen Akteure unter einander kennen, ist diese Konstellation neu. Wichtig ist der Multi-Stakeholderansatz, d. h., nicht nur die beruflichen Helfer und deren Organisationen sind einzubinden, sondern auch Vertreter des Ehrenamtes, freiwillige Helfer, Selbst- und Laienhilfe, Vertreter der Bürgerschaft. Je breiter dieser Ansatz gelingt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine gelungene Umsetzung der mit dem Leitfaden verbundene Zielstellungen.

Aktivitäten (operativ):

Identifizieren eines geeigneten Zeitraums (2 Stunden), Wochentages und Uhrzeit (z.B. Mittwoch 18-20 Uhr) und auch ein angemessener und neutraler Ort zur Durchführung, Anschreiben zu den Zielen des Treffens und mit diesem verbunden AGENDA², Zusammenführung der Ausarbeitungen, Ergebnisprotokoll des Treffens

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

1-2 Monate

Beispiel:

In der Gemeinde Hopalingen hat sich ein im Bereich der Altenversorgung engagierter kirchlicher Verein und dessen Vorstand bereitgefunden, die „Funktion des Projektkümmers“ zu übernehmen. Er kennt die Strukturen schon seit Jahren, weil er schon für den regionalen Hospizdienst gekämpft hat und diesen mit aufgebaut hat und nun kurz vor der Rente steht. Sicher, in der Hospizarbeit und Palliativversorgung geht es den Protagonisten immer und zuerst um den Patienten, seine Familie und dass sie ihren Weg finden können. Aber es geht oft auch ein bisschen darum, dass das eigene Team es ein wenig besser macht. Nicht immer wird die Kooperation auf Augenhöhe so großgeschrieben, wie es hilfreich wäre.

Der Kümmers informiert nun alle möglichen Beteiligten. Nicht nur einmal per Mail, sondern initiiert dazu auch ein wöchentliches Mailing zur Information und zum transparenten Austausch. Dazu gibt es eine einfache Website, auf der alles nachvollziehbar dokumentiert wird. Ein berufsübergreifender Qualitätszirkel wird gegründet, in dem man sich jeden Monat treffen kann, eine feste Handynummer für alle Fragen rund um das Lebensende wird etabliert. Sie ist nicht 24/7 besetzt, aber spätestens am nächsten Arbeitstag wird ein Rückruf erfolgen. Dazu stimmt er mit den Interessenten drei Termine ab, in denen es im Wesentlichen um dasselbe Thema gehen wird: Was wollen wir alle erreichen? Und wie gelingt es am besten gemeinsam? Alle Schritte werden von Pressemitteilungen begleitet, so dass auch jeder Bürger im Landkreis gut informiert sein kann, wenn es ihn interessiert. Der Kümmers und eine Handvoll engagierte und interessierte Experten werden als Task-Force von den Beteiligten mandatiert, stimmen sich ab und koordinieren die Arbeit weiterhin.

² Folgende Gliederung könnte die AGENDA aufweisen: 1. Begrüßung und Zielstellung des Treffens (Bürgermeister) 2. Ablauf des Treffens (kommunaler Fachverantwortlicher) 3. Vorstellungsrunde 4. Vorstellungsrunde mit schriftlicher Hinterlegung (z.B. Metaplan) der eigenen Rolle/Funktion (alle) 5. Bestimmung der Ausgangslage (Ressourcen und Schwächen) (Moderation Gemeinde) 6. Zielbestimmung (Soll-Identifizierung) (Moderation Gemeinde) 7. Zusammenfassung und Ausblick für das weitere Vorgehen (Bürgermeister)

6.3

Schritt (Meilenstein) 3:

Ausarbeitung konkreter Zielsetzungen



Ziel:

Maßgeblich von den Ergebnissen des ersten Treffens ausgehend, in welchem insbesondere auch die bestehende Situation in deren Stärken (Über welche Leistungsangebote, Akteure und Prozesse verfügen wir? Wer hat noch Valenzen frei?) und Schwächen (in welchen Bereichen bestehen Defizite bzw. fehlende Akteure und zielführende Prozesse) analysiert wird, die im ersten Treffen ermittelte Zielbestimmung einer genaueren Ausarbeitung und Operationalisierung unterzogen.

Vorgehen (insgesamt):

Was bedeutet die im ersten Treffen erarbeitete Vision „Unsere Gemeinde fördert die Betreuung von Bürgern in deren letzten Lebensphase“ für die einzelnen Akteure mit deren unterschiedlichen Leistungsangeboten, Selbstverständnissen und vorausschauender Planung?

Die zusammengeführten Akteure operationalisieren diese Vision für deren eigene Zielstellungen und die mit diesen verbundenen Aktivitäten und Prozesse. Als Ergebnis entsteht eine „integrierte Versorgungsplanung“, in welcher die unterschiedlichen Leistungsprozesse bzw. das jeweilige Unterstützungsgeschehen sowohl in der häuslichen Versorgung, in stationären Pflegeeinrichtungen als auch im Krankenhaus sichtbar werden. Die verschiedenen Aktivitäten werden in eine Zeit-, Aktivitäten- und Verantwortungsplanung übersetzt (Wer macht Was bis Wann).

Aktivitäten (operativ):

Es folgen Einladungsschreiben zu den Zielen des 2. Treffens und mit diesem verbunden die AGENDA. Mithilfe der Metaplanvorbereitung können die Struktur und zukünftige Planungen des „integrierten Versorgungsplans“ dargestellt werden, ergänzt durch die Ausarbeitung schriftlicher Kommunikations- und Informationsunterlagen.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

1-2 Monate

Beispiel:

Durch die Berichterstattungen der Besprechungen können weiter alle, die angesprochen wurden, wie auch alle, die sich aufgrund der Medienarbeit für dieses Thema angesprochen fühlen, noch einmal ihre Wünsche und Möglichkeiten zusenden. Der Kümmerer erfasst diese, ordnet sie bereits vorhandenen Feldern zu oder bildet neue Cluster, damit eine gewisse Übersicht gewahrt bleibt.

Eine relativ enge Abstimmung ist und bleibt notwendig. Sie wird durch regelmäßige, kurze und übersichtliche Berichte gewährt, die wöchentlich mit den to-does auf die Website eingestellt werden. So kann JEDER, der möchte, immer informiert und auf der Höhe der Entwicklung bleiben. Niemand wird von Informationen ausgeschlossen, da sie sich jeder Interessent diese aktiv holen kann.

Die zweite Informationsveranstaltung wird als eine Mischung aus öffentlicher Veranstaltung und Expertenrunde angelegt, z. B. als auch Fish-Bowl oder (Groß)Gruppenevent. Es ist davon auszugehen, dass sich auch viele „normale“ Versorger wie auch Zugehörige angesprochen fühlen. Sie sollten unbedingt mitgenommen werden.

6.4

Schritt (Meilenstein) 4:

Aktivitäten, Kommunikation und Informationen



Ziel:

Umsetzung der „integrierten Versorgungsplanung“ und damit verbundene gelungene Ansprache und Einbindung der Bevölkerung.

Vorgehen (insgesamt):

Die verschiedenen eingebundenen (u. a. Leistungs-)Partner setzen die vereinbarten Maßnahmen innerhalb der definierten Zeiträume um. Begleitend bzw. Teil dieser Umsetzung ist die Information und Kommunikation der Bürger/-innen bzw. der benötigten und eingebundenen kooperativen Partner. Hierzu sollte ein zielgruppenge-rechter, multimedialer Ansatz verfolgt werden. Ein regionales, an die Bürgerschaft adressiertes Netzwerktreffen sollte den Höhepunkt der „Informations-Kampagne“ bilden.

Aktivitäten (operativ):

Ausarbeitung bzw. Anpassung von Kommunikations- und Informationsmaterial, Entwicklung einer Website bzw. Anpassung einer bestehenden, Social-Media-Account, Organisation von 1-2 Treffen welche u.a. den Fortschritt der Umsetzung des integrierten Versorgungsplans unterstützt, Vorbereitung und Durchführung des „Netzwerk-Bürgertreffens“.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

6 Monate

Beispiel:

Damit in „Hopalingen“ wie auch im ganzen „Pallikreis“ durch die Umsetzung der vorausschauenden Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt wirklich ermöglicht werden kann, ist viel mehr nötig als „nur“ die intensive Abstimmung der Beteiligten. Letztlich muss für eine gute Durchdringung doch ein guter Teil Bürger für einen gewissen Wissensstand erreicht werden. Wichtig ist spätestens hier auch die Einbindung des Ärztlichen Notfalldienstes, der sich sonst nicht von sich aus in solchen Entwicklungen einbringt, weil die Honorarkräfte hier regelhaft eher wenig interessiert für diesen kleinen Teilaspekt ihrer komplexen Tätigkeit sind.

Dies erfordert wesentlich mehr kleine Teilschritte. Auch braucht es mehr zeitlichen, wie finanziellen Aufwand als zuvor erwartet. Denn gerade in der weniger hospizlich-palliativ interessierten und informierten Öffentlichkeit und leider auch bei einem guten Teil der Versorgenden bestehen noch zu viele Fehlinformationen. Hierdurch bilden sich Widerstände gegen eine frühzeitige Einbindung hospizlich-palliativen Denken und Handelns, auch in die Versorgung früherer Erkrankungsstadien bei möglicherweise tödlichen Erkrankungen, besonders aber bei dementiellen Entwicklungen. „Wir wollen keine Sterbehilfe“, „so weit ist es noch nicht“, „durch Palliativmedizin wird das Sterben, aber auch das Leben verkürzt“ sind nur einige der plakativen Aussagen, die immer wieder beharrlich in einzelnen Gesprächen wie auch durch effektive, breitgestreute Sachinformationen in der Medienarbeit geradegerückt werden müssen.

Nachhaltigkeit und Sicherung des Erreichten



Ziel:

Die „Integrierte Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase“ muss dauerhaft gesichert werden und muss dazu kontinuierlich gepflegt (gekümmert) werden.

Vorgehen (insgesamt):

Es muss eine Art von „Koordinationsstelle“ mit Ansprechpartner/-innen identifiziert werden. Diese kann, muss aber nicht in kommunaler Hand liegen. Aufgabe ist u.a. die Sicherung der erreichten Ergebnisqualität. Organisatorisch muss die (Multistakeholder-)Gruppe zusammengehalten bzw. ergänzt und angepasst werden. Die Öffentlichkeitsarbeit und neue Kooperationen müssen angemessen gewährleistet und ausgebaut werden, d.h., das Thema „auf breitere Füße“ zu stellen. Zahlreiche Städte und Gemeinden betreiben das Projekt der „Sozialen Stadt“ oder Projekte der aktiven Einbindung und des Empowermentes der älteren Bevölkerungsgruppe. Hier kann die Gestaltung der letzten Lebensphase ein komplementäres Teilprojekt sein. Gerade in der Phase der Verstetigung gilt es, bestehende Strukturen (Vereine, Initiativen, AGENDA-Prozess u. ä.), Personen/Organisationen und Prozesse proaktiv zu nutzen bzw. diesen auch die „Kümmerefunktion“ des Projektes zu übertragen.

Aktivitäten (operativ):

Präzisierung der Verantwortlichkeit, Aufgaben und Prozesse der Koordinierungsstelle, Etablierung eines zyklischen Kommunikations- und Qualitätsprozesses, Verbesserungs- und Entwicklungsimpulse erarbeiten, Kooperations- und Netzausbau zugunsten nachhaltiger Konsolidierung.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

Kontinuierlich

Beispiel:

Weitere Veranstaltung zum Themenkomplex werden nun als jährlich wiederkehrend geplant. Hier müssen immer wieder dieselben Inhalte vermittelt werden, damit sie tatsächlich auch breit und tief im „Pallikreis“ verankert werden können und andererseits, jeweils wechselnd, einige neue Akzente gesetzt werden.

Aus dem vom „Pallikreis“ beauftragten Kümmere wird nach und nach eine Vollzeitstelle für den Hospiz- und Palliativbeauftragten (HPB) des Landkreises. Zeitgleich erreicht es die Politik, dass auch das Bundesland die Stelle eines definierten Hospiz- und Palliativbeauftragten, der entsprechend die Landkreise miteinander koordiniert, etabliert.

Durch die breite Bekanntheit werden an den HPB immer mehr Probleme aus dem Alltag der Versorgung herangetragen, so dass sehr gut daraus weitere, zwingend notwendige Maßnahmen abgeleitet werden können. Z. B. müssen kluge Möglichkeiten der Medikamentenversorgung in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, die Defizite werden bislang in der Regel (!) widerrechtlich und strafrechtlich relevant zu Lasten der Mitarbeiter kompensiert, was ein untragbarer Zustand ist.

Auch werden zunehmend Möglichkeiten der telemedizinischen 24/7-Hotline für überraschende palliative Probleme bei den Bewohnern von Pflegeeinrichtungen wie auch in der Häuslichkeit geschaffen, damit diese nicht notfällig, unerwünscht und unsinnig hospitalisiert werden müssen, weil der für diese Fragen nicht qualifizierte und auch nicht ausgestattete Ärztliche Notfall-Dienst keine andere Lösung anbieten kann.

Literatur und verwendete Unterlagen

- W. George (Hg): Regionale Gesundheitsversorgung Band 1, Publisher-Verlag, 2007
- A. Kruse (Hg): Eine neue Kultur des Alterns Altersbilder in der Gesellschaft - Erkenntnisse und Empfehlungen des 6. Altenberichts, BMFSmJ, 2010
- W. George, E Dommer, V Szymczak (Hg): Sterben im Krankenhaus Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag 2013
- W. Schneider
- www.charta-zur-betreuung-sterbender.de
- Schneider, Werner (Projektkoordinator und -leitung): Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege(SiH) 2017

Zu den Autoren des Leitfadens

- Wolfgang George (Prof. Dr. Phil) Diplompsychologe und Krankenpfleger befasst sich in unterschiedlichsten Funktionen und Projekten seit über 30 Jahren mit den Themen Tod und Sterben im deutschen Gesundheitswesen.
- Thomas Sitte (Dr. med) Arzt, Anästhesist und u.a. Palliativmediziner befasst sich in unterschiedlichsten Funktionen und Projekten seit über 30 Jahren mit den Themen Tod und Sterben im deutschen Gesundheitswesen.

Danksagung

An dieser Stelle soll dem Beirat des Avenue-Pal Projektes gedankt werden ohne dessen Hilfe die abschließende Ausarbeitung des Leitfadens für Kommunen nicht möglich gewesen wäre. Namentlich besonders erwähnt sei Frau Dr. Annette Schumann. Gedankt werden soll auch Herrn Bürgermeister (Gemeinde Mengerskirchen) Thomas Scholz für seine kritischen Anmerkungen in der Erstellung des Leitfadens.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de