



Das Franziska-Schervier-Seniorenzentrum in Frankfurt am Main. Foto: FSA

Stefanie Decker



Bernd Trost

Für einen Kulturwandel in der Altenpflege

Ein Gespräch mit Stefanie Decker und Bernd Trost

Bei der Franziska Schervier Altenhilfe in Frankfurt am Main wird seit 2016 mit dem BVP-Konzept gearbeitet – obwohl dafür in Hessen bis heute noch keine Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung aus § 132g SGB V abgerufen werden können. Eine Pionierleistung auf Kosten des Trägers. Hausleiter Bernd Trost und Stefanie Decker vom Sozialkulturellen Dienst berichten von der Implementierung des Konzepts, den Reaktionen von Bewohnern und Angehörigen und den Hindernissen, denen sie begegnen.

Wie sind Sie auf das Konzept BVP aufmerksam geworden?

Bernd Trost (BT): Angefangen haben wir 2016, aber das hatte Vorlauf. Wir arbeiten seit vielen Jahren mit dem PalliativTeam Frankfurt zusammen. Daraus ist das Würdezentrum hervorgegangen, das inzwischen auch BVP-Partner ist. Dessen Geschäftsführer Boris Knopf beschäftigt sich schon länger mit dem Thema Advance Care Planning und hatte sich das selbst in England angeschaut. Und dann hatten wir die Idee, etwas Ähnliches auch in Deutschland zu implementieren. Das war aber mit den hiesigen Rahmenbedingungen, etwa der Sozialgesetzgebung, nicht zu machen. Etwas später befassten wir uns dann mit

dem Projekt *beizeiten begleiten* von Jürgen in der Schmitt und Georg Marckmann und haben für unsere beiden Häuser, das Franziska-Schervier-Heim und das Pfarrer-Münzenberger-Haus, 2016 mit der Ausbildung der ersten Gesprächsbegleiter (GB) angefangen.

Was genau hat Sie an dem Konzept überzeugt?

BT: Überzeugt haben mich die klare Dokumentation und auch der inhaltliche Rahmen. Damit kann man eine deutlich bessere Grundlage für konkrete Entscheidungssituationen, die Bewohner betreffen, schaffen als mit den meisten Patientenverfügungen. Viele Bewohner hatten zwar schon eine Patientenverfügung, aber viele davon erwiesen sich in der Praxis als untauglich. Da schien uns der systematische Zugang über einen begleitenden Gesprächsprozess viel überzeugender. Bei Patientenverfügungen können wir nur mutmaßen, ob sie wirklich den Willen des Menschen wiedergeben, da wir in Deutschland keine Beratungspflicht haben. Zudem sieht BVP eine sogenannte ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄnNO) vor. Häufig hat der Notarzt in einer Akutsituation keine Zeit, eine seitenlange Patientenverfügung zu lesen. An dieser Stelle gibt es oft Handlungsschritte, die im Nachhinein nicht im

Sinne des Patienten entschieden werden. Das kann mit der Dokumentation nach dem BVP-Konzept und der ÄnNo vermieden werden.

Wie lief die Implementierung hier ab?

Stefanie Decker (SD): Die musste neben dem normalen Alltag ablaufen, es gab und gibt ja keine gesonderte Stelle dafür. Zunächst war uns Transparenz wichtig. Es wurden die einzelnen Fachbereiche informiert, dass es ein neues Projekt geben soll, und von da aus ging es in die Wohnbereiche. Schritt für Schritt haben alle erfahren, dass wir eine neue Struktur etablieren, um nachvollziehen zu können, was unsere Bewohner am Ende des Lebens möchten – und zwar nicht wie bisher mit einer Patientenverfügung, sondern mithilfe von Beratungsgesprächen. Es war wichtig, zu vermitteln, was uns das überhaupt bringt. Denn wir brauchen die Unterstützung der Pflege. Und dann mussten wir klären, an welcher Stelle wir die Bewohner über das Angebot informieren.

BT: Das machen wir in der Integrationsphase, also während der ersten sechs Wochen, die ein Bewohner bei uns im Haus ist. Zunächst werden schriftliche Informationen zu BVP ausgehändigt, die sich die Bewohner in Ruhe anschauen können. Später fragt ein Mitarbeiter des Sozialkulturellen Dienstes nach, ob prinzipiell Interesse besteht. Häufig haben neue Bewohner bereits eine Patientenverfügung. Da bieten wir das Gespräch dennoch an mit dem Hinweis, dass es hilfreich sein kann, noch einmal drüber zu schauen – entweder, um am Ende einen Haken an die bestehende Patientenverfügung zu machen, oder aber auch, um den Willen neu in Form von BVP festzuhalten.

Und wie sind die Reaktionen?

BT: Ganz unterschiedlich – manche sagen: „Finde ich toll“, andere sagen: „Ach nein, ich hab mich einmal mit dem Thema beschäftigt und das reicht mir.“ So was wird gern ganz tief vergraben, weil es ja um existenzielle Fragen geht. Gerade bei Leuten, die mit einer Patientenverfügung kommen, ist die Akzeptanz relativ gering. Bei Leuten, die nichts haben, ist sie entsprechend höher.

Viele Menschen, die bei uns einziehen, sind schon nicht mehr in der Lage, ihren Willen zu äußern oder im begleiteten Prozess zu bilden. Das ist ein systemisches Problem. Wir greifen dann auf die so-

nannte Vertreterverfügung zurück: Das Gesetz sieht vor, dass der mutmaßliche Wille mithilfe des Vorsorgebevollmächtigten (in der Regel ein enger Angehöriger) oder gesetzlichen Betreuers ermittelt werden muss – bei akutem Handlungsbedarf stehen sie dann unter enormen Druck und es bleibt im Nachhinein oft ein ungutes Bauchgefühl: War das jetzt eine gute Entscheidung mit der Verlegung ins Krankenhaus? In der Integrationsphase, in einer noch entspannten Situation, erhebt der GB mit dem gesetzlichen Vertreter/Angehörigen den mutmaßlichen Patientenwillen – auch für den Notfall.

Worin liegen die Unterschiede zur klassischen Patientenverfügung?

BT: Mit BVP werden verschiedene Szenarien in einer Dynamik abgefragt, die die klassische Patientenverfügung in ihrer statischen Form nicht hat. Denn Krankheit ist immer mit Entwicklung verbunden. Wo ist der Ausstiegspunkt? Was soll z. B. passieren, wenn der Arzt Ihnen oder Ihren Angehörigen sagt, die Prognose, dass Sie aus dem dauerhaft vegetativen Zustand wieder erwachen, ist vielleicht weniger als 20 Prozent?

Außerdem ist die Grundlage von BVP die Reflexion, was Leben für mich ausmacht. Daraus wird abgeleitet, was für die Therapiezielsetzung folgt. Wenn ich dauerhaft in einer Situation bin, die meinem Begriff von Leben nicht mehr entspricht, dann habe ich vielleicht ja eine andere Haltung zu meiner Behandlung als zu dem Zeitpunkt, an dem Begriffe wie Partizipation, Teilhabe, Bewusstheit oder dergleichen noch spürbar prägende Elemente in meinem Leben waren. Diesen Aufbau finde ich logisch und sinnig. Das ist ein völlig anderer Zugang.

Sind bei den BVP-Gesprächen auch Angehörige dabei?

SD: Wenn sie bevollmächtigt sind, ist es gut, wenn Angehörige dabei sind, weil sie dann auch gleich über das Beratungskonzept Bescheid wissen. Denn manchmal entsteht auch eine Dynamik zwischen dem Betroffenen und dem Bevollmächtigten, da fallen oft auch Sätze wie „Du wolltest doch immer, dass ...“.

BT: Da ist Vieles, was nie geklärt worden ist, und jetzt sitzen sie das erste Mal unter einer externen Moderation zusammen und tun sich wahnsinnig schwer damit, die existenziellen Fragen in Worte zu fas-

sen. Das ist natürlich sehr emotional, teilweise tränenreich, aber letztlich auch segenreich, denn allein diese Dynamik hat schon einen Wert – egal, was dann dabei herauskommt. Anfangen, miteinander zu reden und auch den Willen des Anderen zu verstehen. Da ist man auch selbst berührt in so einem Gespräch.

SD: Im Angesicht des Lebensendes bekommt alles noch einmal schärfere Konturen. Es wird plötzlich deutlich, wie sehr ich an jemandem hänge. Da kommt man an wichtige Punkte, die man im Vorfeld klären muss. Dafür braucht es Zeit und Sensibilität. Da geht es dann nicht nur um das Medizinische, sondern um die Auseinandersetzung mit Leben und Tod.

BT: Das ist im Übrigen einer der Kritikpunkte an BVP, dass es sehr medizinlastig sei. Aber eigentlich ist es genau das Gegenteil. Gesprächsbegleiter sollten natürlich die klassischen Krankheitsbilder und Therapien der Geriatrie kennen, aber sie müssen z. B. keine speziellen Kenntnisse zu onkologischen Erkrankungen haben. Denn es geht fast ausschließlich um Werte und darum, diese zu artikulieren. Letztlich sind die klassischen Patientenverfügungen eigentlich die medizinlastigen: Sie machen nur ein Angebot von unterschiedlichen Therapien und Interventionen, für die ich mich entscheiden kann, kommen aber kaum an diese Werte heran.

Wo werden die Dokumente aufbewahrt und wie lange sind sie gültig?

BT: Unsere ganze Pflegeplanung und -dokumentation ist digitalisiert und die BVP-Dokumente sowie die anderen Patientenverfügungen sind direkt aus dem Pflegedokumentationssystem abrufbar. Das Original liegt natürlich im Wohnbereich in der Bewohnerakte und ist dort immer zugänglich.

SD: Der Standardprozess bei BVP sieht vor, dass man die Dokumente alle zwei Jahre wieder abfragt. Aber auch dann, wenn sich der Zustand des Bewohners verändern sollte.

BT: Etwa wenn eine zusätzliche Diagnose hinzukommt, die die Lebensperspektive verändert. Dann bieten wir zumindest an, noch einmal zu schauen, ob die Verfügungen noch so passen. Denn ohne schwerwiegendes, fortschreitendes chronisches Leiden ist das eine theoretische Situation und mancher kommt vielleicht zu anderen Ergebnissen als unter der Perspektive einer neurodegenerativen oder einer

Kreberkrankung. Dieses Angebot der Überarbeitung gehört für uns auch zur Verantwortung, die wir haben.

Welche Voraussetzungen müssen Mitarbeiter mitbringen, um sich zum Gesprächsbegleiter qualifizieren zu lassen?

BT: Die gesetzlich geforderten Voraussetzungen sind eine Formalqualifikation im pflegerischen oder im Sozialbereich sowie eine entsprechende Qualifizierung, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgeschrieben worden ist. Daneben muss der Mitarbeiter aber auch eine emotionale und soziale Kompetenz mitbringen. Ich kann zwar Handwerkszeug und Fragetechniken vermitteln, aber es braucht ein hohes Maß an Empathie. Denn die Gespräche entwickeln eine Dynamik, in der man auch vom Gegenüber hinterfragt wird.

SD: Als GB muss man eine gewisse Festigkeit haben und seine eigene Einstellung kennen, um beim Gegenüber zu spüren, ob er unsicher ist oder Angst hat. Die Gespräche haben für alle eine ziemliche Intensität. Der Vorteil in der stationären Altenhilfe ist, dass wir die Bewohner schon recht gut kennen. Dann gibt es eine Form von Beziehung, an die ich anknüpfen kann. Manchmal muss ich auch entscheiden, ob der Mensch das kognitiv überhaupt aufnehmen kann oder ob wir das Ganze in ein Fallgespräch mit dem Bevollmächtigten, dem Arzt und den Mitarbeitern bringen. Das ist eine ziemlich große Verantwortung. Deswegen finde ich es wichtig, dass die Finanzierung gut abgesichert ist, damit Raum für einen Kulturwandel entsteht.

Was genau meinen Sie mit Kulturwandel?

BT: Wir waren eine der ersten Einrichtungen Deutschlands mit einem Ethikkomitee und machen schon seit über zehn Jahren eine Kulturarbeit, die die Achtung des Patientenwillens als zentrales Element sieht. Denn letztlich nützt das Instrument BVP nichts, wenn die Pflege- und Betreuungsteams den Patientenwillen nicht als handlungsleitend ansehen. Es reicht nicht, ein paar GB auszubilden und zu regeln, wie man jetzt mit den Formularen umgeht. Deshalb werden bei uns die Pflegeteams sofort informiert, was der Bewohner verfügt hat. Dieser Kulturwandel soll ermöglichen, dass Pflegenden und Betreuer den Willen mit all seinen Folgen akzeptieren – das ist viel schwieriger als es

scheint. Das Wichtigste ist, die Akzeptanz dafür zu schaffen, denn diese wird auch allgemein zu Veränderungen in der Altenpflege führen und ich glaube, da ist deutschlandweit noch nicht viel passiert.

Auch für die MitarbeiterInnen ist es also von Vorteil, wenn eine BVP-Dokumentation vorliegt?

SD: Auf jeden Fall. Ich kann Erleichterung bei den Mitarbeitern spüren, die zeigt, wie wichtig die BVP-Dokumentation auf der Station ist. Vor allem der Notfallbogen wird gebraucht, da kann man auf einen Blick sehen: Der Notarzt soll zwar kommen, aber keine Reanimation.

BT: Ja, das gibt ihnen Handlungssicherheit, denn für die klassische Patientenverfügung braucht man immer einen „Übersetzer“. Wenn eine palliative Krise eintritt, ist mit BVP alles präsent. Man geht nicht aus dem Dienst nach Hause mit der Frage im Kopf, ob man jetzt wirklich richtig gehandelt hat.

Gibt es auch Fälle, in denen sich Bewohner in einer akuten Situation umentscheiden, wenn sie dazu in der Lage sind?

SD: Ja, die gibt es auch. Ein Bewohner hatte eine gute BVP, die besagte, dass er im Akutfall nicht lebensverlängernd versorgt werden möchte. Dann kam er in eine solche Situation, wurde frühzeitig entdeckt, merkte auf einmal, wie sehr er am Leben hing und revidierte alles.

BT: Erst war er wochenlang auf Intensivstation, dann in der Reha – obwohl er im BVP-Gespräch aufgrund seiner Lebensperspektive und Grundhaltung etwas völlig Anderes verfügt hatte. Zum Glück konnte er sich äußern, als der Notfall eintrat. Sonst wären wir an die Dokumentation seines Patientenwillens gebunden gewesen.

Es gibt natürlich auch Menschen, die von Anfang an ausdrücklich die maximale Versorgung verfügen. Denn es geht ja nicht nur um Einschränkungen.

SD: Bei meiner letzten Beratung hat der Bewohner gleich zu Beginn gesagt, dass er gar keine Maßnahmen möchte. Wir hatten aber darüber gesprochen, wie gern er hier lebt, dass er z. B. gern in die Cafeteria geht. Und da konnten wir im Gespräch herausarbeiten: zwar keine Reanimation, aber doch eine künstliche Beatmung und die Intensivstation. Hier konnten wir von seiner Vorstellung ein Stück weggehen, weil es durchaus noch Lebensqualität für ihn gibt.

Wann kann BVP flächendeckend angeboten werden?

BT: Noch sind wir ja in der Vorphase. Es gibt bisher in keinem Bundesland eine Rahmenbeitrittsvereinbarung. Das heißt, wir haben immer noch keine Refinanzierung für BVP. Das bedrückt uns sehr. Schon seit 2016 gibt es im Hospiz- und Palliativgesetz den § 132g SGB V. Jetzt sind zwei Jahre vergangen und es gibt zwar eine Vereinbarung des G-BA, was die Inhalte der Qualifikation betrifft, aber nun diskutieren die Landeskommissionen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern hin und her, und die können sich einfach nicht einigen.

Wie wird BVP derzeit finanziert?

BT: Die Ausbildung und die Gespräche sind bisher eine Vorleistung und eigenfinanziert. Wir bekommen über Spenden ein paar Mittel dazu, z. B. für die Kosten der Ausbildung der GB, die nicht aus dem Pflegesatz finanzierbar sind. Durch § 132g sollen wir zwar den Personalaufwand und einen Sachkostenzuschlag erstattet bekommen. Dieser deckt aber eher nur laufende Kosten für die Dokumentation. Das wird auch weiterhin ein Fehler bleiben.

Eine Einrichtung wird dauerhaft in Vorleistung treten müssen: bei der Qualifizierung der Gesprächsbegleiter und bei der Koordination. Es ist ein hoch komplexer Prozess, der viele Schnittstellen zu anderen Prozessen hat, etwa die Integrierte Palliativversorgung, der Pflegeplanungs- und Pflegesteuerungsprozess – ein erheblicher administrativer Aufwand. Auch die nötige Supervision der GB wird nicht finanziert. Das ist dann für eine Einrichtung eine wichtige Frage, ob das die Leitung des Sozialkulturellen Dienstes zusätzlich machen kann, mit Abstrichen bei anderen Aufgaben. Das führt dazu, dass z. B. hier in Frankfurt die Akzeptanz bei Einrichtungen sehr, sehr gering ist.

Daher überlegen wir, wie wir uns vernetzen können, dass auch die Bewohnerzahlen zusammenkommen, die besetzbare Stellenanteile ausmachen. Das ginge etwa von Trägereinrichtungen aus, die sich Kooperationseinrichtungen suchen. Für die ursprüngliche Idee, BVP breit in allen Einrichtungen zu streuen, ist inzwischen große Ernüchterung eingetreten. Die Rahmenbedingungen sind nicht so gesetzt, dass das funktionieren kann. Insofern gilt es jetzt zu schauen, wie die Strukturen aussehen könnten, um möglichst viele

Menschen in Altenpflegeeinrichtungen zu erreichen. Teilweise wird sogar bezweifelt, dass die Etablierung in einem institutionellen Rahmen in Deutschland überhaupt möglich ist. Wir wollen es aber weiterhin versuchen. Es bleibt eine gute Idee und wir sind immer überzeugter davon, doch die nachhaltige Umsetzung wird uns sehr schwierig gemacht.

Was behindert denn die Verhandlungen?

BT: Streitpunkt in Hessen ist das Kalkulationsblatt, mit dem individuell Vergütungsvereinbarungen für die Personalkosten der GB geschlossen werden können. Das eine Haus hat dort einen Sozialwissenschaftler, das andere eine Pflegefachkraft, das dritte hat vielleicht einen Arzt – natürlich bewegt man sich da in unterschiedlichen Gehaltsklassen. Nun möchten die Krankenkassen aber durchsetzen, dass es pauschalierte Personalkostenbeträge gibt. Darin steckt natürlich viel Risiko. Wenn man sich an der dreijährig ausgebildeten Pflegefachkraft orientiert, sind wir in anderen Bereichen als bei einem studierten Sozialarbeiter mit entsprechender Berufserfahrung. Eine Pauschale deckt

im Zweifel nicht die tatsächlichen Personalkosten, zumal auch tarifliche Veränderungen sowie individuelle Erfahrungsstufen nicht berücksichtigt werden.

Im Zweifelsfall müssten die Leistungserbringer die Verhandlungen auf Landesebene für gescheitert erklären und dann vor Gericht auf dem Weg der Sozialklage versuchen, zu einer Einigung zu kommen. Das hieße, dass wir die nächsten Jahre mit den Klagen beschäftigt wären und nicht weiter an der Umsetzung arbeiten könnten. Dabei sind die Mittel für BVP vom Gesetzgeber bereits vorgesehen, das Geld ist da und die Kassen finden einen Punkt nach dem anderen, den Versicherten die Leistung, die ihnen seit 2016 zu steht, nicht zukommen zu lassen.

SD: Man fühlt sich auf eine gewisse Weise ohnmächtig, denn wir tun schon ganz viel ohne Entgelt und sind sehr motiviert, das Konzept auf den Weg zu bringen. Und dann gibt es immer wieder Vertröstungen. Trotzdem stehen wir weiter hinter BVP, denn es ist eine gute und wichtige Sache für diese Lebensphase und auch für die gesamte Gesellschaft.

Vielen Dank für das Gespräch!

Wofür machen Sie keine Pläne?

„Ich liebe es, die Dinge auf mich zukommen zu lassen ... und das ist sowohl im eng getakteten Alltag als auch im Urlaub möglich und doch auch oft schwierig, weil ich bestimmte Vorstellungen, Erwartungen, Ängste, Widerstände habe. Willst du Gott zum Lachen bringen, mache einen Plan. Es gibt einen großen Plan. Wenn ich mich in diesem bewegen kann, begegnen mir die besten Menschen, die besten Dinge, das Telefon klingelt im richtigen Augenblick, alles ergibt einen Sinn, bringt Freude, schenkt Zufriedenheit und Frieden. Einfach, weil sich alles fügt.“

Stefanie Decker

geb. 1965, ist Fachbereichsleitung des Sozialkulturellen Dienstes der Franziska Schervier Altenhilfegem. GmbH in Frankfurt.
decker@schervier-altenhilfe.de

„Für die (oft wenige) freie Zeit mit meiner Frau, unseren Kindern und unseren Hunden. Das ist gemeinsam selbstbestimmte Zeit, die wir dann sehr spontan gestalten. Was wirklich wichtig ist, das haben wir ohnehin nicht in der Hand. Das Leben an sich kann ich nicht planen, sondern mich nur mit Gottvertrauen darauf einlassen und es annehmen. Ich halte mich da an Paulus, der im zweiten Korintherbrief schreibt: ‚Damit wir unser Vertrauen nicht auf uns selbst setzen, sondern auf Gott.‘ (2 Kor 1,9).“

Bernd Trost

Diakon mit Zivilberuf, geb. 1961, ist Einrichtungsleitung der beiden Häuser der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH in Frankfurt.
trost@schervier-altenhilfe.de

Eine neue Ethik der Fürsorge

Dieses Buch macht all denen Mut, die sich tagtäglich um ihre Patienten sorgen. Es zeigt ihnen auf, wie wertvoll und unverzichtbar ihre Tätigkeit ist. Denn in der Heilkunde geht es immer um alles. Es geht um Entscheidungen, die sich auf die ganze Biografie eines Menschen auswirken. Dass dabei heute die Ökonomie vorherrscht, widerspricht den Werten, die Grundlage des Heilens sind. Giovanni Maio plädiert daher für eine Rückbesinnung auf Werte wie Geduld, Behutsamkeit, Reflexivität und Demut, ohne die Fürsorge für den Menschen nicht möglich ist.

Ein Buch über Werte, die verloren zu gehen drohen und die doch für viele der Motor waren, sich für einen Heilberuf zu entscheiden.

