

Betroffenen eine Stimme geben...

**Befragung Berliner Heimbewohner*innen
zu Besuchswünschen in der Covid-19-Pandemie**

Autor*innen

Esther-Maria Ufer, Amöna Landrichter und Dirk Müller

Projektleitung

Dirk Müller MAS (Palliative Care)
Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gem. GmbH
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie
Richard-Sorge-Straße 21A
D 10249 Berlin
dirk.mueller@unionhilfswerk.de
Tel: +49 30 42265833

Berlin, den 27. Januar 2021

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Projektskizze.....	4
2.1.	Befragungsgegenstand.....	4
2.2.	Ziele.....	5
2.3.	Zielgruppe.....	5
2.4.	Projektlaufzeit.....	5
3.	Berliner Verfügung für Notfälle.....	5
3.1.	Entstehung und Inhalte der Notfallverfügung.....	6
3.2.	Vorsorge-Sondernummer zu Covid-19 von der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (ZAH) ..	6
4.	Berater*in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für..... die letzte Lebensphase (GVP)	7
5.	Projektumsetzung.....	7
5.1.	Durchführung/Ablauf.....	8
5.2.	Besonderheiten in der Durchführung der Befragung.....	8
6.	Auswertung.....	9
6.1.	Methoden.....	9
6.2.	Anzahl der Fragebögen und Beteiligung der GVP-Berater*innen und Bewohner*innen.....	9
6.3.	Wunsch bzgl. Besuche von Angehörigen/Nahestehenden in Pflegeeinrichtungen trotz Corona - Pandemie.....	10
6.4.	Besuche von unterstützenden externen Diensten.....	10
6.5.	Besuchsverzicht seitens der Bewohner*innen.....	11
6.6.	Nachfrage an stationärer (intensiv-) medizinischer Versorgung.....	12
6.7.	Anwendung Berliner Verfügung für Notfälle.....	13
7.	Diskussion.....	13
8.	Ausblick.....	15
8.1.	Einbezug der Bewohner*innen.....	15
8.2.	Ausbau palliativgeriatrischer Versorgung und Vernetzung: Notwendige Zusammenarbeit aller Mitglieder im Gesundheitssystem, anstatt Verantwortungsabgabe und Schuldzuweisung.....	16
8.3.	Nachbearbeitung und Bestärkung des Curriculums der GVP- Beratung.....	17
8.4.	Bekanntmachung und Verbreitung der diversen Vorsorgeinstrumente.....	18
8.5.	Schlusswort.....	18
9.	Dank.....	20
10.	Anlagen.....	20

1. Einleitung

Die aktuelle Politik und Entscheidungsträger*innen zeichnen aufgrund der Covid-19-Pandemie ein grundsätzliches gleiches Bild: Wir, als Teil der Gesellschaft, sind verpflichtet hochbetagte und vulnerable Personen zu schützen.

Steigende Infektionszahlen führen zum Anstieg an Infektionen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, insbesondere in vulnerablen Gruppen. Deren Schutz stellt eine besondere Herausforderung dar. Deshalb haben zuständige Stellen und Institutionen je nach lokalen Gegebenheiten z. B. für Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung besondere Schutzvorkehrungen ergriffen. Dabei wird stets berücksichtigt, dass Regelungen nicht zur vollständigen sozialen Isolation der betroffenen Menschen führen dürfen. Bei steigenden Infektionszahlen werden diese Maßnahmen entsprechend angepasst.

Das Land Berlin hat durch eine Testverordnung sichergestellt, dass Kosten der mittlerweile verfügbaren SARS-CoV2-Schnelltests für regelmäßige Testungen von Bewohner*innen bzw. Patient*innen, deren Besucher*innen und des Personals übernommen werden. Verfügbare Schnelltests sollen zügig und prioritär eingesetzt werden, um auch bei steigenden Infektionszahlen einen bestmöglichen Schutz zu gewährleisten und sichere Kontakte zu ermöglichen.¹ Zusätzlich wird durch die aktuell hohe Inzidenz, basierend auf der Regierungsanordnung vom 13.12.20² und deren weiteren Aktualisierungen, das regelmäßige Testen von Pflegepersonal in allen Pflegeeinrichtungen sowie mobilen Pflegediensten angeordnet. Eine Impfstrategie ergänzt die Maßnahmen.

Immer mehr Angehörige und Nahestehende, auch gesetzliche Betreuer*innen sowie Vertreter*innen von Seniorenvertretungen, treten an das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) und/oder die Vorsorge-Sondertelefonnummer der Berliner Fach- und Spezialberatungsstelle „Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)“ mit ihren Sorgen, Ängsten, Fragen und Hoffnungen heran:

- Kann ich meinen Angehörigen im Pflegeheim besuchen?
- Was ist wichtiger, sie/ihn zu besuchen oder sie/ihn zu schützen?
- Wie gehen wir mit der psychischen Verfassung/Belastung der Bewohner*innen, auch der Angehörigen und Nahestehenden, aufgrund der Besuchseinschränkungen um?

Zudem zeigen Ergebnisse des Fachdialogs Palliative Geriatrie Berlin am 09.10.2020³, eine Diskrepanz zwischen Corona-Richtlinien stationärer Pflegeeinrichtungen, hier vor allem zu Besuchsregelungen und den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Bewohner*innen.

Es zeigt sich, dass die Frage nach Besuchen von/für Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen nicht eindeutig beantwortet werden kann und immer aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden muss.

¹ Telefonkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2020: ENTWURF Stand: 27.10.2020, 22:29 Uhr

² 13. Dezember 2020: Telefonkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (Quelle: <https://www.biva.de/besuchseinschraenkungen-in-alten-und-pflegeheimen-wegen-corona/#berlin>) Stand 17.12.20

³ www.palliative-geriatrie.de/fachtagung

Wohlgemeinte Entscheidungen für Bewohner*innen bedeuten jedoch nicht automatisch, dass diese auch dem Bewohner*innenwillen entsprechen. Besuch von/für Bewohner*innen hat wiederum Auswirkungen auf die Tätigkeiten und die Gesundheit der Mitarbeiter*innen sowie der Besucher*innen selbst.

Vor allem stellen sich im Diskurs immer wieder Fragen:

- Was möchte der/ die Bewohner*in?
- Wie würde er/sie entscheiden, dürfte er/sie es selbst für sich festlegen?

Um diese Fragen und den sich hieraus ergebenden Konsequenzen nachzugehen sowie die unterschiedlichen Beweggründe sowie Haltungen zu beleuchten, wurde eine Befragung von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen initiiert, über die die jeweiligen Perspektiven dargestellt und diskutiert werden.

In Vorbereitung des Forschungsprojektes wurde vom interdisziplinären Team mittels Projektskizze festgelegt, wie die Befragung von Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen, in Anbetracht der Lage, vor Ort in den Heimen, aber auch mit den begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen, adäquat pragmatisch und solide umgesetzt werden kann.

2. Projektskizze

2.1. Befragungsgegenstand

Die Fach- und Spezialberatungsstelle Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)⁴ und das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG)⁵ richteten sich unter fachlicher Expertise der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie⁶ an alle im Zeitraum von 2018 bis 2020 über KPG Bildung⁷ geschulten Berater*innen in der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP).“

Diese GVP-Berater*innen (ab Praxisteil 1) wurden vom KPG und der ZAH gebeten, Bewohner*innen, die sich in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen im laufenden oder abgeschlossenen GVP-Prozess befanden/befinden, sechs Zusatzfragen zur jeweiligen Auffassung/Entscheidung bzgl. Besuchen von Angehörigen/Nahestehenden und/oder unterstützenden Besuchsangeboten sowie zu einer ggf. infrage kommenden Krankenhausversorgung beantworten zu lassen.

Die Freiwilligkeit der Beteiligung an der Umfrage seitens Bewohner*innen und auch Mitarbeiter*innen wurde jederzeit gewahrt.

Die GVP-Berater*innen trugen damit zur zentralen Auseinandersetzung mit den Themen Leben und Sterben in der aktuellen Pandemie bei.

⁴ www.hospiz-aktuell.de

⁵ www.palliative-geriatrie.de

⁶ www.fggg.eu

⁷ www.palliative-geriatrie.de/bildung

2.2. Ziele

- Erfassung eines Stimmungsbildes zu aktuellen individuellen Bedarfen bzgl. externer Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen in der Corona-Pandemie
- Erfassung der Wünsche von Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen bzgl. einer Krankenhausbehandlung im Falle einer Covid 19 - Infektion
- Einschätzung zum Grad des Einsatzes der Berliner Verfügung für Notfälle
- Wünschen und Bedürfnisse der Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen Gehör verschaffen.

2.3. Zielgruppe

- Bewohner*innen (alte und hochbetagte Menschen) in stationären Pflegeeinrichtungen, bzw. deren gesetzliche Vertretungsberechtigte, die sich in einem GVP-Prozess befanden/befinden.

2.4. Projektlaufzeit

- Vorbereitung: 15.10.2020 bis 03.11.2020
- Befragung: 04.11.2020 bis 20.11.2020
- Einsendeschluss der Fragebögen: 08.12.2020
- Auswertung: 09.12.2020 bis 10.12.2020
- Ergebnissicherung: 11.12.2020 bis 31.12.2020
- Abschlussbericht: 01.01.2021 bis 26.01.2021
- Kommunikation: ab 27.01.2021

3. Berliner Verfügung für Notfälle

Bilder von Patient*innen, die wegen einer Covid-19 -Infektion auf einer Intensivstation liegen, machen vielen Angst. Gleichzeitig werfen sie Fragen auf:

- Wie will ich akut im Krankenhaus behandelt werden, auch auf der Intensivstation?
- Möchte ich künstliche Beatmung in Anspruch nehmen, wenn die Erkrankung schwer verläuft?⁸

Notfallverfügungen bringen den Patient*innenwillen auf einen Punkt und helfen, diesen in relevanten Situationen z. B. an Notärzte oder Krankenhäuser zu kommunizieren.

⁸ Vgl. Vorsorgen für den Ernstfall: Wie die Covid-19 Behandlung geregelt werden kann; Beitrag vom 12.05.20; https://www.rbb-online.de/rbbpraxis/rbb_praxis_service/infektionen-grippe/vorsorgen-fuer-den-ernstfall--wie-die-covid-19-behandlung-gerege.html; Stand: 18.12.2020

3.1. Entstehung und Inhalte der Notfallverfügung

Dem am 13.03.2019 stattgefundenen 8. Runden Tisch Hospiz und Palliativversorgung Berlin wurde eine von einer Arbeitsgruppe entwickelte „Berliner Verfügung für Notfälle“⁹ vorgelegt und anschließend verabschiedet.

Übereinstimmend wurde dieses Dokument von diversen Expert*innen u.a. der Trägerverbände, Krankenkassen, Berliner Feuerwehr, Ärztekammer Berlin, Berliner Krankenhausgesellschaft, dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und der Zentralen Anlaufstelle Hospiz mit dem Anliegen erarbeitet, berlinweit Anwendung zu finden.

Ziel der Verfügung ist es, Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen die Möglichkeit zu geben, in einem kurzen und überschaubaren Dokument ihre Wünsche für die Versorgung in Notfällen festzulegen. In dieser Verfügung werden vier Therapieziele formuliert, zwischen denen sich der/die Betroffene entscheiden soll:

- Maximaltherapie/Krankenhaus und Intensivtherapie
- Krankenhaus ohne Intensivtherapie, keine Reanimation (REA)
- Kein Krankenhaus, keine REA, vor-Ort-Therapie und
- ausschließlich palliative Behandlung vor Ort

Die Berliner Verfügung für Notfälle soll durch eine beratende Person, bestenfalls im Rahmen eines GVP-Prozesses, erklärt (ggf. zusätzlich unterzeichnet) und mit dem/der Hausarzt*in besprochen und ausgefüllt werden. Sie sollte eine Ergänzung der Patientenverfügung darstellen, kann aber ggf. auch einzeln genutzt werden und dann fokussiert auf den akuten Notfall.

Im Rahmen der Schulung in der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ werden die Inhalte der Notfallverfügung bei KPG Bildung als Basisbaustein geschult.

3.2. Vorsorge-Sondernummer zu Covid-19 von der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (ZAH)

In einer Presseinformation¹⁰ teilte die ZAH mit, dass ab dem 14.04.2020 über die ZAH eine gesonderte Beratungshotline 40711114 für über 60-jährige Berliner*innen zu den Themen Vorsorge und Notfallplanung geschaltet wurde.

Die Sondernummer wurde aufgrund der durch Covid-19 steigenden Nachfrage, aber auch wachsenden Sorge der Berliner Bürger*innen um die eigene Gesundheit und die ihrer Nahestehenden, initiiert.

Die ZAH übernimmt bereits seit 1997 die Aufgabe, fachliche Ansprechstelle in der Krise für Themen rund um Vorsorge am Lebensende zu sein. Ratsuchende werden von der ZAH kostenlos zu Vorsorgeinstrumenten, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Berliner Verfügung für Notfälle informiert und beraten. Zudem werden

⁹ <https://www.berlin.de/sen/pflege/pflege-und-rehabilitation/coronavirus/faq/#notfallverfuegung>, Stand: 18.01.2021 und Anlage 2

¹⁰ Weitere Infos: www.palliative-geriatrie.de/presse/pressemitteilungen

sie im Anschluss angehalten, unter Einbeziehung behandelnder Ärzt*innen, die Berliner Verfügung für Notfälle zu erstellen und bestätigen zu lassen.

4. Berater*in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP)

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (2015) wurde die GVP durch den §132g SGB V initiiert und zwei Jahre später von den zuständigen Vertreter*innen von Kassen, Ärztekammern und Verbänden in einer Vereinbarung konsentiert.

Ziel ist es, einen Dialogprozess zu initiieren, in dem ein/e Bewohner*in der stationären Altenpflege oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe die Möglichkeit erhält, Festlegungen für das Lebensende zu treffen und diese Wünsche mit den betroffenen Beteiligten, wie Nahestehende, Ärzt*innen, Pflegende und Bevollmächtigte zu diskutieren und zu dokumentieren. Zudem soll zu palliativgeriatrischen Inhalten informiert und entsprechend erforderliche und sinnvolle Versorgungspfade entwickelt und umgesetzt werden. Zur Koordination, Beratung und Umsetzung des GVP-Prozesses werden GVP-Berater*innen eingesetzt, die den Bewohner*innen in ihrer Einrichtung zur Seite stehen.

GVP-Berater*innen werden zuvor in einem Vorbereitungskurs geschult, in dem sie theoretisches Wissen sowie praktische und beratende Expertise erwerben.

Das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie bietet über KPG Bildung¹¹ seit 2018 Kurse für Berater*innen in Gesundheitlicher Versorgungsplanung an und hat die GVP sowie das Schulungsmodell zuvor in einem Pilotprojekt, im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, erprobt¹². Das Curriculum von KPG Bildung¹³ findet mittlerweile auch in anderen Bundesländern Einsatz.

5. Projektumsetzung

Fortfolgend werden die Forschungsskizze, die Entwicklung des Fragebogens, die Durchführung und der Ablauf sowie Besonderheiten bei der Durchführung näher beschrieben

Entwicklung Fragebogen

Der standardisierte Fragebogen wurde vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG), unter fachlicher Begleitung der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG) und der Universität Lausanne entworfen (siehe Anlage 1).

¹¹ Weitere Infos: www.palliative-geriatrie.de

¹² Weitere Infos: www.palliative-geriatrie.de/forschung

¹³ Landrichter, Amöna/ Müller, Dirk (2020): Curriculum Interdisziplinärer Kurs für Berater*innen „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132 g SGB V.

5.1. Durchführung/Ablauf

- 29.10. bis 11.11.2020: Alle 41 über KPG Bildung geschulte GVP- Berater*innen, die in stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten/beraten, erhielten durch eine Mitarbeiterin der ZAH eine telefonische Vorinformation zur anstehenden Befragung und zum Forschungsprojekt.
- 02.11.2020: Aussendung der Fragebögen (inkl. frankierte und adressierte Rückumschläge) mit Anschreiben und Projektbeschreibung.
- 04.11.2020 bis 20.11.2020: Anonyme Befragung der Bewohner*innen über den/die GVP-Berater*in mittels Fragebogen (Anlage 1).
- 08.12.2020: Einsendeschluss ausgefüllter Fragebögen.
- 01.12. bis 08.12.2020: Programmierung einer Excel-Eingabemaske zur Einpflege und Auswertung der Daten in Zusammenarbeit mit der Universität Wien.
- 09.12.2020: Dateneingabe in Excel-Eingabemaske
- 11.12. bis 31.12.2020: Ergebnissicherung in Analyse und Auswertung der Daten sowie Einbindung in die aktuelle Problemlage und Diskussionen des Fachbereichs
- 01.01. bis 26.01.2021: Formulierung des Abschlussberichtes
- Ab 27.01.2021: Kommunikation gegenüber Kooperationspartnern und der Fachöffentlichkeit

5.2. Besonderheiten in der Durchführung der Befragung

Die Befragung fand in der fortgeschrittenen zweiten Infektionswelle der Covid-19 Pandemie statt. Der damit einhergehende pflegerische und betreuende Alltag war somit von zusätzlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen geprägt, die auch nicht an den Bewohner*innen und GVP-Berater*innen spurlos vorbeigingen.

Einige GVP-Berater*innen mussten sich im Befragungszeitraum etwa in angeordnete Quarantäne begeben. Hinzu kam ein erhöhter Krankenstand in den Pflegeeinrichtungen, die eine Befragung der Bewohner*innen durch die GVP-Berater*in erschwerten bzw. unmöglich machten.

12 der angesprochenen 41 GVP-Berater*innen befanden sich im Praxisteil 1 des aktuellen GVP-Kurses (2020-2021) bei KPG Bildung und konnten daher nur max. zwei Befragungen durchführen.

Die Befragung löste bei wenigen Bewohner*innen stärkere Emotionen aus, sodass diese in Einzelfällen abgebrochen werden musste.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass es von Seiten der Bewohner*innen und GVP-Berater*innen eine große Offenheit und Unterstützungsbereitschaft gegenüber der Befragung gab. Durch telefonische Kontakte wurde außerdem deutlich, dass es ein vermehrtes Austauschbedürfnis zur derzeitigen Situation und den verbundenen Maßnahmen sowie Einschränkungen seitens des Heimpersonals gibt, welches innerhalb der Pflegeeinrichtungen nicht immer organisatorisch mitgetragen wurde. Das Netzwerk Palliative Geriatrie bietet hierfür auch ein Forum.¹⁴

¹⁴ Weitere Infos: <https://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/npg-berlin>

6. Auswertung

6.1. Methoden

Die Untersuchung und Auswertung der Umfrage wurde in einem Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Erhebungen durchgeführt.

Die daraus entwickelte Forschungsskizze nimmt keinen repräsentativen Umfang (178 Befragte) in Bezug zu den ca. 30.000 Pflegeheimplätzen in Berlin an.

6.2. Anzahl der Fragebögen und Beteiligung der GVP-Berater*innen und Bewohner*innen

An **41** GVP-Berater*innen (100%) wurden jeweils 10 standardisierte Fragebögen versandt. Insgesamt wurden **410** Fragebögen (100%) ausgesendet.

18 GVP-Berater*innen (**43,9%**) nahmen an der Befragung teil.

178 Fragebögen (**43,41%**) wurden an das KPG ausgefüllt rückgesandt.

Pro beteiligten GVP-Berater*in wurden **9,89** Fragebögen an das KPG rückgesandt.

Umfrage	
GVP-Berater*in angefragt (N)	41
GVP-Berater*in teilgenommen (N)	18
GVP-Berater*in teilgenommen [%]	43,90
Fragebögen gesamt (N)	410
Fragebögen ausgefüllt (N)	178
Fragebögen ausgefüllt [%]	43,41
Fragebögen ausgefüllt pro angefragter GVP-Beraterin (N)	4,34
Fragebögen ausgefüllt pro teilnehmender GVP-Beraterin (N)	9,89

Abbildung 1

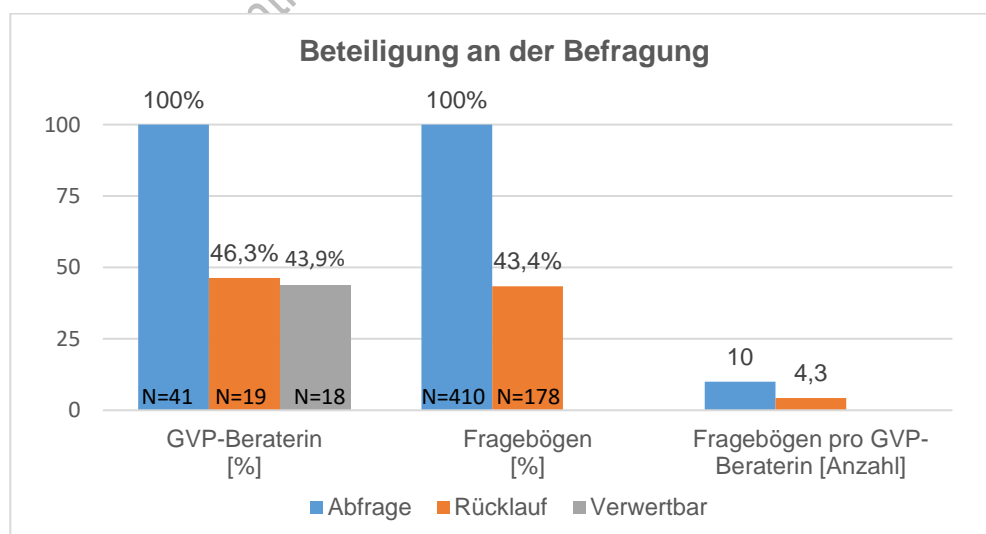


Abbildung 2

6.3. Wunsch bzgl. Besuche von Angehörigen/Nahestehenden in Pflegeeinrichtungen trotz Corona - Pandemie

Frage: *Möchten Sie, dass Ihre Angehörigen/Nahestehenden Sie weiterhin besuchen dürfen, obwohl damit die Gefahr verbunden ist, dass Sie sich mit dem Corona-Virus anstecken könnten?*

Eine deutliche Mehrheit (**83 %**, siehe Abb. 3) der befragten Bewohner*innen wünscht sich auch in der bzw. trotz der Corona-Pandemie Besuch von Angehörigen/Nahestehenden und nimmt damit das Risiko der Ansteckung mit einer Covid 19 - Infektion in Kauf.

Frage: *Möchten Sie, dass Ihre Angehörigen/Nahestehenden Sie weiterhin besuchen dürfen, obwohl damit das Risiko verbunden sein könnte, dass Sie selbst unwissentlich Ihre Angehörigen oder andere Heimbewohner und Pflegende anstecken könnten?*

Über die Hälfte der befragten Bewohner*innen (**54%**, siehe Abb. 4) möchte weiterhin Besuch von Angehörigen/Nahestehenden, auch wenn sie diese dadurch ggf. (unwissentlich) dem Risiko einer Covid 19 - Infektion aussetzen.

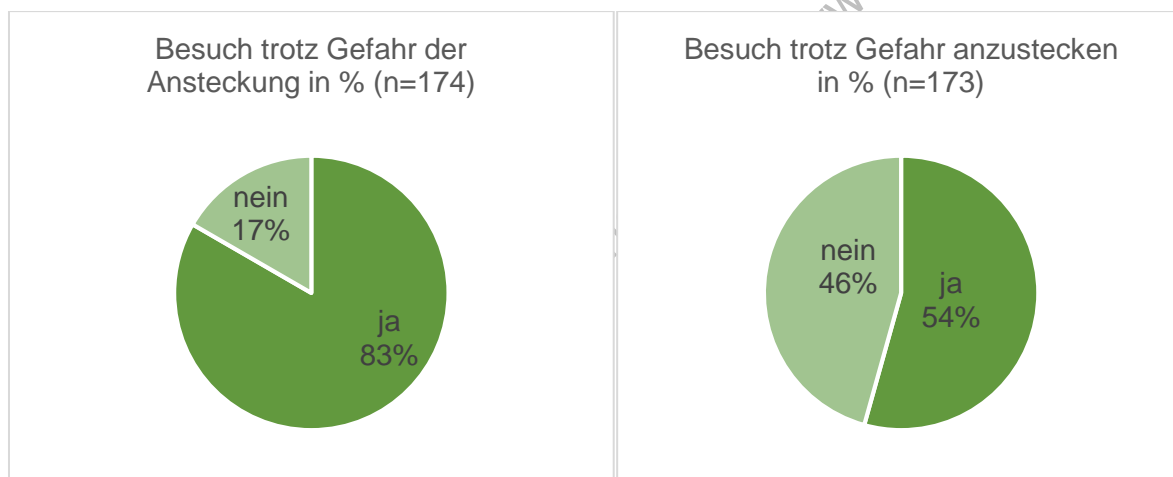


Abbildung 3

Abbildung 4

6.4. Besuche von unterstützenden externen Diensten

Frage: *Möchten Sie trotz der Gefahr einer evtl. Infektion mit dem neuartigen Corona-Virus von ergänzend begleitenden Diensten (z. B. Hospizdienst, Besucherdienst) besucht werden?*

45% der Bewohner*innen möchten trotz Risiko einer Covid 19 - Infektion von ergänzenden Diensten (z.B. Hospizdienst, Besuchsdienst) besucht/unterstützt werden. **55%** der Bewohner*innen wollen jedoch in der aktuellen Pandemie darauf verzichten (siehe Abb.5)

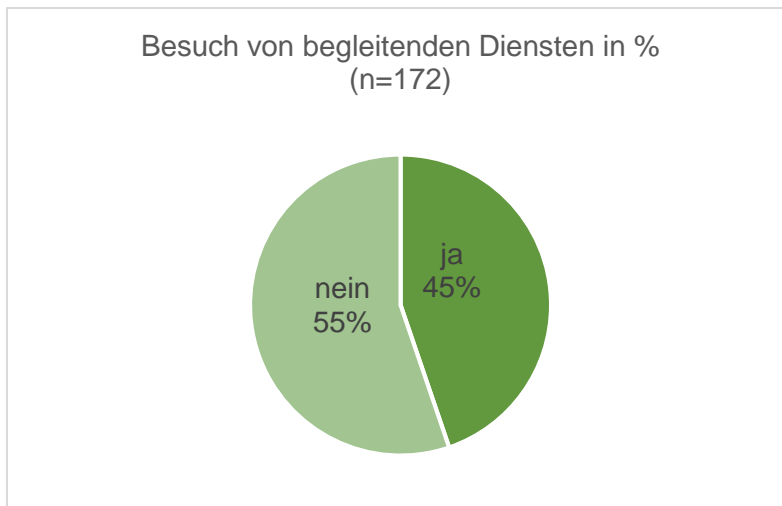


Abbildung 5

6.5. Besuchsverzicht seitens der Bewohner*innen

Frage: *Möchten Sie auf keinen Fall, dass Angehörige/Nahestehende und/oder ergänzend begleitenden Diensten Sie in der momentanen Situation besuchen, um dadurch ein erhöhtes Infektionsrisiko auszuschließen?*

Hier wurde gezielt im Kontext der ersten und zweiten Frage nachgefragt. Deutlich wird, dass der überwiegende Teil der Bewohner*innen trotz Risiko einer Covid 19 - Infektion auf keinen Fall (**76%**, siehe Abb. 6) auf Besuche verzichten will.

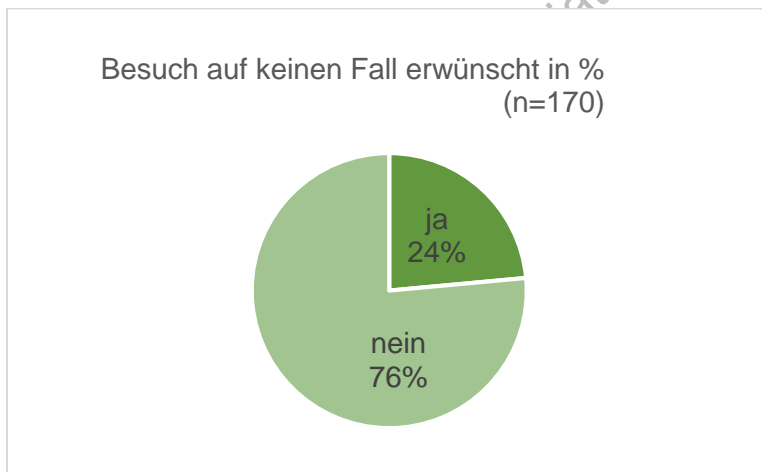


Abbildung 6

6.6. Nachfrage an stationärer (intensiv-) medizinischer Versorgung

Frage: *Sollten Sie an einer Covid-19-Infektion ernsthaft/lebensbedrohlich erkranken,*

a) *Möchten Sie dann in ein Krankenhaus eingewiesen werden?*

Deutlich über die Hälfte aller Bewohner*innen (**57%**, siehe Abb. 7) möchte eine Einweisung ins Krankenhaus, falls sie ernsthaft bzw. lebensbedrohlich an einer Covid-19-Infektion erkrankt sind.

Frage: *Sollten Sie an einer Covid-19-Infektion ernsthaft/lebensbedrohlich erkranken,*

b) *Möchten Sie auch auf einer Intensivstation behandelt und künstlich beatmet werden?*

Die überwiegende Mehrheit (**62%**, siehe Abb. 8) der befragten Heimbewohner*innen möchte bei einer ernsthaften bzw. lebensbedrohlichen Covid-19-Infektion nicht intensivmedizinisch betreut und behandelt und/oder künstlich beatmet werden.

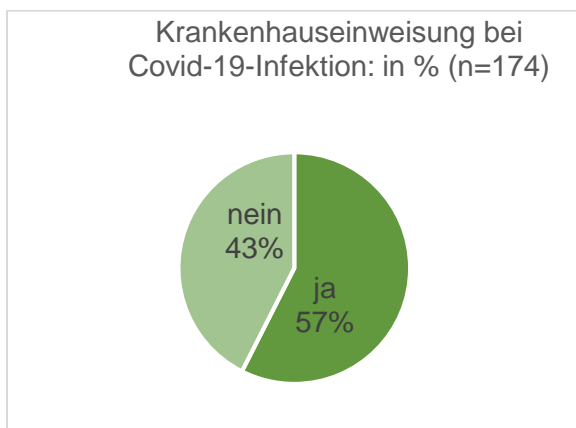


Abbildung 7

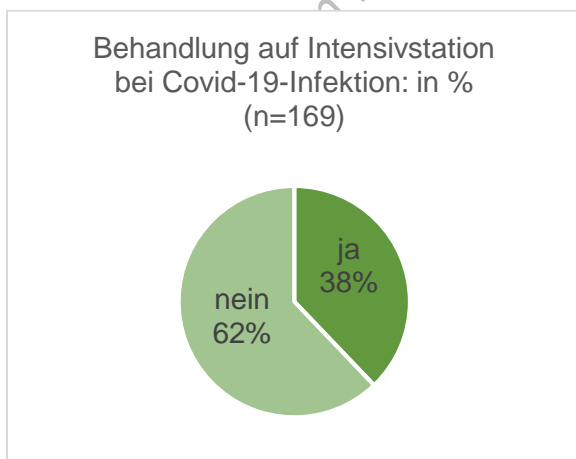


Abbildung 8

6.7. Anwendung Berliner Verfügung für Notfälle

Frage: *Haben Sie eine Berliner Notfallverfügung erstellt?*

Ein Drittel (**35%**, siehe Abb. 9) hat von der Berliner Verfügung für Notfälle Gebrauch¹⁵ gemacht und diese entsprechend als Notfallplan dokumentiert.

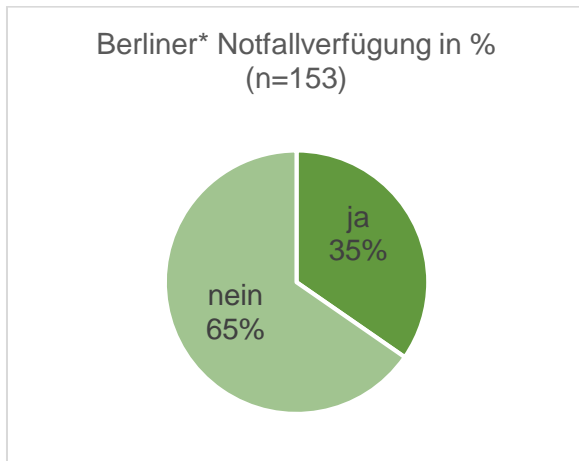


Abbildung 9

7. Diskussion

In der folgenden Diskussion soll die Datenauswertung (Punkt 6) näher betrachtet werden.

1. Einen Besuch trotz der Gefahr der Ansteckung und einer Erkrankung an Covid-19 wünschen sich 83% (siehe 6.3., Abb. 3) der Befragten. Diese überdeutliche Zahl spiegelt das palliativgeriatriische Paradigma – den Fokus auf individueller, besonders alltäglicher Lebensqualität, anstatt ausschließlich verlängerter Lebenszeit – wider. Die Betroffenen, die in Medien und Politik als die „alten oder vulnerablen Personengruppen“ betitelt werden, sind faktisch multimorbide, hochbetagte und sich im Sterbeprozess befindende Menschen. Es ist wesentlich, sich zu verdeutlichen, dass diese immer wieder benannte Personengruppe sehr wahrscheinlich überwiegend nur noch diesen einen Winter und kein weiteres Weihnachten, auch ohne Covid-19 Infektion, erleben wird, da sich die Verweildauern in den Pflegeheimen seit Jahren immer stärker reduzieren.¹⁶ Für sie zählt in erster Linie die aktuelle Lebensqualität und die damit verbundene Nähe und der Kontakt zu ihren Angehörigen/Nahestehenden.
2. Die Zahl der Besuchswünsche, verbunden mit dem Risiko, andere, also Nahestehende/Angehörige, Mitbewohner*innen und/oder pflegendes/ärztliches Personal, unwissentlich anzustecken bzw. zu gefährden, liegt knapp über der Hälfte, bei 54% (siehe 6.3., Abb. 4). Die wesentlich geringere Zahl gegenüber Frage 1

¹⁵ Hier wurde nach der Berliner Verfügung gefragt, da in GVP-Kursen von KPG Bildung explizit dieses regionale Vorsorgeinstrument vorgestellt wurde. Da in den GVP-Kursen von KPG Bildung auch 9 Teilnehmer*innen aus anderen Bundesländern teilnehmen/teilnahmen, kann davon ausgegangen werden, dass von den GVP-Berater*innen ggf. andere evtl. vorhandene regionale Notfallpläne synonym antizipiert wurden.

¹⁶ Vgl. Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/ UNIONHILFSWERK (2005, 2010, 2017): Sterbeforschung in Pflegeheimen des UNIONHILFSWERK Berlin.

(Besuchswunsch trotz Gefahr der Ansteckung) lässt das Bedürfnis vieler Bewohner*innen vermuten, andere auch am Lebensende schützen zu wollen, eigene Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen und damit individuelle Wünsche dem Gemeinwohl unterzuordnen.

Pflegeheime stehen vor der Herausforderung, Besuche, die mittlerweile per Verordnung (Besuchsregelung unter Teil 4. SenGPG¹⁷) ausdrücklich gefordert werden, zu ermöglichen und gleichzeitig Besucher*innen wie Personal ausreichend zu schützen.

3. Bzgl. der Frage nach dem Wunsch eines Besuches von begleitenden Diensten (siehe 6.4. Abb. 5) liegt die Zahl bereits bei 45%, und damit knapp unter der Hälfte aller befragten Bewohner*innen. Es kann vermutet werden, dass am Lebensende vor allem Personen aus dem nahen Umfeld bedeutsam sind. Weiterhin ist zu vermuten, dass dieses Ergebnis auch widerspiegelt, dass es zwischen den Bewohner*innen und begleitenden Besuchsdiensten z.B. Hospizdiensten, bisher kein oder nur wenig Kontakt besteht bzw. bei Bewohner*innen kein/ wenig Wissen über den Wert solcher externer und ergänzenden Möglichkeiten vorhanden sind. Es ist bekannt, dass diese zusätzlichen begleitenden Dienste, neben der Entlastung der Nahestehenden sowie des Pflegepersonals, eine große Unterstützung und eine wichtige Begleitung am Ende des Lebens sein können. Hierin besteht ein konkreter Auftrag an die Pflegeheime, wie die ergänzenden Dienste, diese Angebote als Ressource bekannt(er) zu machen und zu ermöglichen. GVP-Berater*innen haben die Aufgabe, diesbezüglich ausgiebiger zu informieren/ zu beraten.
4. Immerhin ein Viertel der Befragten (24%) spricht sich gegen jeglichen Besuch aus (siehe 6.5. Abb. 6). Es kann vermutet werden, dass die hohe Frequenz und häufig polarisierende mediale Verbreitung zur Corona-Pandemie, wie auch dem Bekanntwerden von Behandlungsmöglichkeiten nach dem sog. Triage-Modell, zu einer Verunsicherung bei Bewohner*innen führt und somit Besuche erstmal grundsätzlich abgelehnt werden. Auch hierauf sollte verstärkt von Seiten der GVP-Berater*innen geachtet werden. Weiterhin ist zu bedenken, dass $\frac{1}{4}$ der Befragten in ihrer grundsätzlichen Ablehnung von Besuchen nicht marginalisiert werden darf. Gleichzeitig besteht die Herausforderung darin, dass diese Personengruppe nicht den Besuchswunsch für die restlichen $\frac{3}{4}$ der Betroffenen unterbinden bzw. verhindern (ggf. Isolationsmöglichkeiten etc. schaffen) und damit die absolute Mehrheit diktieren sollte.
5. Der überwiegende Teil der Befragten (57%), die bei lebensbedrohlicher Erkrankung an einer Covid-19-Infektion ins Krankenhaus (siehe 6.6. Abb. 7) eingewiesen werden möchte, überrascht und ist diametral zur Praxiserfahrung, dass Menschen am Lebensende häufig nicht mehr in eine Klinik eingewiesen werden wollen. Dieses Ergebnis unterstreicht, neben der Sorge um eine grundlegende medizinische Versorgung, die Notwendigkeit einer adäquaten (palliativ-) medizinischen Behandlung (Schmerztherapie und Symptomkontrolle) außerhalb des Krankenhauses in den stationären Pflegeeinrichtungen. Es kann vermutet werden, dass diese Zahl in Einrichtungen ohne GVP-Beratung deutlich höher ausfallen könnte. Die Sorge nach nicht eingelöster adäquater palliativgeriatrischer Versorgung bleibt allerdings die gleiche.
6. Über ein Drittel (37%) der Befragten (siehe 6.6. Abb. 8) wollen weiterhin intensivmedizinisch betreut und behandelt werden. Diese hohe Zahl sollte differenziert betrachtet werden. Auf der einen Seite könnte es die Angst, aufgrund der Symptomatik einer Covid-19-Erkrankung zusätzlich zu ohnehin schon existierenden Beeinträchtigungen, unter unaushaltbaren Schmerzen/ Symptomen sterben zu

¹⁷Verordnung zu Regelungen in Einrichtungen zur Pflege von pflegebedürftigen Menschen während der Covid-19-Pandemie (Pflegemaßnahmen-Covid-19-Verordnung) vom 16. Dezember 2020. <https://www.berlin.de/corona/massnahmen/verordnung/pflege-covid-19-verordnung-1017656.php>, Stand: 05.01.2020

müssen, widerspiegeln. Auch scheint eine unzureichende Aufklärung seitens der GVP-Berater*innen und/oder der Mediziner*innen vorzuliegen. Dies gilt auch bzgl. der Information darüber, was Hochbetagte und von Multimorbidität betroffene Menschen auf der Intensivstation erwartet und welche Grenzen intensivmedizinische Behandlung mit sich bringen, bzw. die Lebens- und Sterbequalität behindern kann.

7. Nur 35% der Befragten (siehe 6.7. Abb. 9) haben eine Berliner Verfügung für Notfälle¹⁸ abgefasst. Gründe für die geringe Anzahl können sein, dass ggf. ein anderes Vorsorgedokument vorliegt oder die Erstellung einer solchen Verfügung seitens der Befragten abgelehnt wurde. Ggf. wenden die Berater*innen die Verfügung (noch) zu wenig an, weil das Instrument im Heim bzw. bei Kooperationspartnern (z. B. Hausärzt*innen) noch nicht bekannt ist.

8. Ausblick

Durch die Auseinandersetzung mit der Umfrage „Betroffenen eine Stimme geben...“ und der geführten Diskussion, rücken vier Schwerpunktthemen in den Vordergrund. Diese sollen folgende Handlungsbedarfe aufzeigen.

8.1. Einbezug der Bewohner*innen

Betroffene über GVP-Berater*innen zu ihren individuellen (Besuchs)Wünschen in der Pandemie zu befragen, kann der immer wieder auftretenden paternalistischen Bevormundung alter Menschen entgegenwirken. Das bedeutet nicht zuletzt, dass Selbstbestimmung, auch die Selbstbestimmung bei Besuchen und dem damit verbundenen Risiko an einer Covid-19 - Infektion zu erkranken bzw. zu versterben, beinhaltet. Dies korrespondiert u.a. mit dem Grundsatzpapier „Autonomie und Selbstbestimmung in der Palliativen Geriatrie“ (2019) zu den Handlungsempfehlungen der FGPG zum Umgang mit hochbetagten Menschen im Kontext der Covid 19 – Pandemie (2020).¹⁹

Weiterhin ist zu betrachten, dass eine verfassungsrechtliche Rechtmäßigkeit bei der Umsetzung grundrechtlicher Einschränkungen und Entscheidungen (z. B. Besuchsverbote) nur dann gegeben ist, wenn Betroffene (Heimbewohner*in/Nahestehende, Bevollmächtigte) in diese Entscheidungen verlässlich einbezogen sind und sie darüber auch transparent mit hinreichender Begründung und Rechtfertigung informiert werden.²⁰

Es ist immer wieder vorgekommen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Ermessensspielräume nicht im Sinne und Zugunsten der Bedürfnisse ihrer Bewohner*innen nutzen, wie auch die Berichte am Sondertelefon zu Covid-19 (3.2.) berichteten. Nicht nur Pflegewissenschaftler kritisieren und hinterfragen eine häufig bestehende Rechtfertigung der Erhaltung eines funktionalen Heimablaufs, und der Vernachlässigung von Menschlichkeit sowie den Bedürfnissen der Heimbewohner*innen.²¹ Besuche von

¹⁸ Anmerkung: Die Umfrage fand zu einem kleinen Teil länderübergreifend statt. Andere Bundesländer nutzen vergleichbare Notfallpläne.

¹⁹ Vgl.: www.fgpg.eu/grundsatzpapiere

²⁰ Vgl.: Hufen, Wilhelm (Autor)/ Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg.) (2020): Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der Covid-19-Pandemie, Rechtsgutachten, S.17.

²¹ Vgl.: DLF-Beitrag „Die Isolation der Alten in Zeiten der Corona“: https://www.deutschlandfunkkultur.de/pflege-in-zeiten-der-corona-pandemie-die-isolation-der-alten.3720.de.html?dram:article_id=486228, Stand: 31.12.2020

Angehörigen/Nahestehenden sollten daher zuallererst aus einer Entlastungs- und Unterstützungsperspektive des vorsorgenden Personals, weniger als Belastung, betrachtet werden.

Isolierung, Besuchsverbote, freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsmedikation sowie Ausgangssperren: diese grundlegenden Eingriffe in persönliche Freiheit und Rechte der Heimbewohner*innen müssen immer Einzelfallentscheidungen bleiben. Verfassungswidrige Orientierungen an Allgemeinverordnungen, wie aus der 1. Welle der Corona-Pandemie bekannt²², führen neben einer Entmenschlichung, zur „*doppelten Entmündigung*“ von Betroffenen und Pflegeheimen.²³

Weiterhin gilt es, sehr interpretierbare und damit problematische Rechtsverordnungen (vgl. z. B. die Musterrechtsverordnung zu Besuchen im Land Berlin²⁴) zu hinterfragen und nicht unkommentiert stehen zu lassen. Darin beschränkt das Land Berlin z. B. das Besuchsrecht von einer Person auf täglich max. eine Stunde; Schwerstkranke und Sterbende sind davon ausgenommen. Es stellt sich die Frage, wer den Bewohner*innen das Attribut „schwerstkrank“ oder „sterbend“ zugesteht. Im Sinne palliativgeriatrischer Versorgung sind weit mehr Menschen in Pflegeheimen betroffen, denn ihre Lebenszeit ist zumeist begrenzt.²⁵ Die zwei angeführten Lebensumstände beziehen sich auf subjektive Wahrnehmungen, die bei den Betroffenen, Nahestehenden, dem Personal oder Ärzt*innen sehr unterschiedlich eingeschätzt werden können.

8.2. Ausbau palliativgeriatrischer Versorgung und Vernetzung: Notwendige Zusammenarbeit aller Mitglieder im Gesundheitssystem, anstatt Verantwortungsabgabe und Schuldzuweisung

Es ist nicht unwesentlich zu erwähnen, dass Einsparungen und Kürzungen der letzten Jahre dazu geführt haben, dass sich das Pflege- und Gesundheitssystem in einem kritischen, mitunter desolaten Zustand befindet. Auf dieser Grundlage basierend wird die Diskussion über den Ausbau der medizinischen Versorgung und Vernetzung in diesen Zeiten wie dieser geführt. Die Covid-19-Pandemie zeigt die strukturelle Krise im Gesundheitssystem deutlich. Es ist wenig hilfreich, vereinzelte Schuldzuweisungen und Konsequenzen z.B. gegenüber Heimleitungen, und deren konkreten Fehlentscheidungen auszusprechen, wenn grundsätzliche Fehlentscheidungen seitens der Politik und Verantwortlichen nicht reflektiert und langfristig strukturell behoben werden.

Weiterführend und entsprechend der Umfrage kann die These aufgeworfen werden, dass die Erwartungen an intensivmedizinische Behandlung sehr hoch sind. Jedoch stellt sich die Frage, ob hierbei das Bild entsteht, dass nur dort qualitativ hochwertig und angemessen behandelt werden kann. Es gilt zu überlegen, wie palliativgeriatrische Versorgung verlässlich in den Heimen erfolgen kann und wo diese ggf. erweitert und zusätzlich finanziert werden muss.

²² Vgl.: Hufen, Wilhelm (Autor)/ Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg.) (2020): Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der Covid-19-Pandemie, Rechtsgutachten, S.25; 30; 30ff.

²³ Vgl.: Quelle DLF

²⁴ Verordnung zu Regelungen in Einrichtungen zur Pflege von pflegebedürftigen Menschen während der Covid-19-Pandemie (Pflegemaßnahmen-Covid-19-Verordnung) vom 16. Dezember 2020:

<https://www.berlin.de/corona/massnahmen/verordnung/pflege-covid-19-verordnung-1017656.php>, Stand: 05.01.2020

²⁵ Vgl.: Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (2018): Grundsatzpapier „Palliative Geriatrie“ www.fqpg.eu/grundsatzpapiere

In den Handlungsempfehlungen²⁶ zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland²⁷ finden sich im Handlungsfeld 1, Leitsatz 2, deutliche Hinweise zur Verbesserung der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Genauso besteht der Auftrag an die Heime, sich mit relevanten Kooperationspartnern und im regionalen Netzwerk zu verzahnen und damit die Versorgungspalette im Interesse ihrer Bewohner*innen auszuweiten. Hierbei wird auf den sog. Dreiklang der GVP, der sich aus der Tätigkeit der GVP-Berater*innen heraus entwickelt hat, hingewiesen: GVP-Berater*innen sind angehalten, die Leistungsberechtigten (1) aus der jeweiligen Einrichtung und (2) unter Einbezug regionaler Kooperationspartner*innen (z. B. Hospizdienst, SAPV) sowie (3) in Gestaltung eines jeweiligen Heimnetzwerkes eine GVP verbindlich umzusetzen.²⁸

Für das Land Berlin lassen sich in der 80plus-Rahmenstrategie²⁹ weitere wesentliche Aufgaben und zu bearbeitende Versorgungsdefizite herausstellen, die das oben beschriebene Anliegen ebenso verdeutlichen. Auch die Beachtung und Umsetzung des in 2015 durchgeführten „Merkmalprozesses zu Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz“³⁰, dessen Ergebnisse in einer „Verbraucherfibel für Suchende – Welche Pflegeeinrichtung ist gut für mich?“³¹ dargestellt werden, sind von Relevanz.

8.3. Nachbearbeitung und Bestärkung des Curriculums der GVP- Beratung

Hier kann aus Ergebnissen der Umfrage abgeleitet werden, dass die Kommunikation in der Arbeit mit Hochbetagten deutlich verbessert und sensibler gestaltet werden muss. In der Schulung von GVP-Berater*innen, aber auch in der Ausbildung von Pflegekräften, Sozialarbeiter*innen und Ärzt*innen, muss darauf ein größerer Fokus gesetzt werden.

Im Kontext Krankenhauseinweisung ist es sehr fraglich, ob Bewohner*innen die Tragweite intensivmedizinischer Behandlung kennen. Diese detaillierte und transparente Aufklärung ist u.a. Aufgabe des GVP-Berater*innen und Ärzt*innen und muss im GVP-Prozess thematisiert werden.

Notfallverfügungen unterstreichen das Selbstbestimmungsrecht und sind ein konkreter Baustein in der Willenserklärung der Betroffenen in akuten Notfällen. GVP-Berater*innen tragen in der Verbreitung sowie in der Umsetzung der Notfallverfügung und des Patientenwillens, eine wesentliche Mitverantwortung. Diese Verantwortlichkeit gilt es, hier besonders im Hinblick auf die geringe Anzahl von vorhandenen Notfallverfügungen, weiterhin zu stärken.

Außerdem stellt sich die Frage, ob Betroffene zu Covid-19, zum virusspezifischen Krankheitsbild und dessen Gefahr ausreichend beraten und informiert werden. Erhalten Bewohner*innen tatsächlich Raum und Verständnis, ihre Ängste und Sorgen äußern zu können und werden sie angemessen aufgefangen? Auch GVP-Berater*innen müssen als Ansprechpartner*in den Betroffenen zur Seite stehen.

²⁶ https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/nationale-strategie_handlungsempfehlungen.html

²⁷ <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>

²⁸ <https://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/gvp-versorgungsplanung.html>

²⁹ <https://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/80plus/>

³⁰ Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/ UNIONHILFSWERK, Alice Salomon Hochschule Berlin, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Wien Graz/ IFF Wien (2016): Forschungsprojekt „Merkmalsprozess zu Pflegeeinrichtungen mit palliativgeriatrischer Kompetenz in Berlin“, gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

³¹ Weitere Infos: Müller, Dirk; Heesch, Jeannine; Reitinger, Elisabeth; Zippel, Christian; Piechotta-Henze, Gudrun (2018): Welche Pflegeeinrichtung ist gut für mich? Eine Verbraucherfibel für Suchende, 2.Auflage, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom Unionshilfswerk Berlin

8.4. Bekanntmachung und Verbreitung der diversen Vorsorgeinstrumente

Die geringe Verbreitung der Berliner Verfügung für Notfälle wirft die Frage auf, warum diese, wie auch andere Vorsorgeinstrumente (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) nicht häufiger verwendet werden. Es ist unklar, ob es an mangelnder Kenntnis zu deren Existenz und Tragweite, an mangelndem Wissen zur Erstellung oder an fehlender Einsicht zur Notwendigkeit liegt.

Hier ist es Aufgabe, diese Instrumente an geeigneten Stellen und Gremien (z. B. KV Berlin, Hausärzterverband Berlin, Krankenhäuser, Pflegestützpunkte, Netzwerk Demenz- und Palliativbeauftragte oder Netzwerk Palliative Geriatrie) bekannter zu machen und für eine umfassende Erläuterung sowie Schulung des Personals zu sorgen.

8.5. Schlusswort

Abschließend soll betont werden, dass die Wahrung der Verhältnismäßigkeit, das heißt die Angemessenheit von Maßnahmen im Kontext Besuchsregelung und Krankenhausversorgung alter und hochbetagter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, gegenüber den möglich zu erreichenden Wirkungen, gewahrt bleiben müssen.

Der Schutz von Leben und der Gesundheit (Art. 2 Abs. 2 GG) darf nicht als „abstraktes“ Konzept über alles gestellt werden³². Das Abwägen der Härte der einzusetzenden Mittel sollte nicht von Angst und Ohnmachtsgefühlen in Trägern und/oder Institutionen geleitet werden. Es sollte geprüft werden, nicht das härteste Mittel alleinig zu verwenden, sondern auf mittlerweile etablierte Alternativen (z. B. Hygienekonzepte; Masken, Besucherräume, Schnelltests, Impfungen) auszuweichen.

Für alte und hochbetagte Menschen, Personen also, die von der Politik, Verwaltung und Gesellschaft als „besonders schutzbedürftige Risikogruppe“ eingestuft werden, hat das Risiko eine zweifache Bedeutung: Einmal trifft es sie im Sinne ihrer multifaktoriellen Anfälligkeit und der Fragilität, der sie am Lebensende ausgesetzt sind. Aber auch in einer zweiten Bedeutung, ihrer Vulnerabilität gegenüber den freiheitseinschränkenden Verordnungen und den Folgen, sind sie betroffen, da diese für ihre Risikogruppe gesetzt sind. Zudem ist wichtig darauf hinzuweisen, dass freiheitseinschränkende Verordnungen verfügt wurden/werden, ohne dass Anhörungen von direkt Betroffenen und ohne Einverständnis ihrerseits vorlagen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase jeder/jedem Heimbewohner*in anzubieten.

Es bedeutet aber auch, dass Bewohner*innen die Möglichkeit haben müssen, nach ihren Wünschen zum Leben und Sterben direkt und persönlich gefragt und dann diese Wünsche verlässlich im Interesse der betroffenen Personen individuell umgesetzt werden. In der Praxis bedeutet dies, dass bestenfalls mittels Vorsorge, spätestens in der akuten Situation, der/die Bewohner*in das Recht hat, nicht nur den eigenen Vorstellungen entsprechend medizinisch/pflegerisch behandelt zu werden, sondern auch Besuch zu empfangen bzw. nicht zu empfangen. Die Konsequenzen dazu sollten sowohl den Betroffenen selbst, als auch den Beteiligten und der Pflegeeinrichtung, klar sein und in die weitere Begleitung der Bewohner*innen einbezogen werden. An dieser Stelle sei auf ein Informationsblatt zu Behandlungswegen bei Covid-19 hingewiesen, welches von div. Verbänden,

³² Vgl.: Hufen, Wilhelm (Autor)/ Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg.) (2020): Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der Covid-19-Pandemie, Rechtsgutachten, S.25

Fachgesellschaften und Organisationen in der Schweiz übergreifend konsentiert und herausgegeben wurde und damit die unterschiedlichen Behandlungsoptionen i. S. der Wahrung des individuellen Willens an einer Covid-19 erkrankten Person darstellt.³³

Die alleinige Wahrung physischer Gesundheit sollte keinen absoluten Vorrang haben³⁴. In der Covid-19 Pandemie tragen Kontakt- und Besuchseinschränkungen zur zusätzlichen Vereinsamung und damit zum zusätzlichen sozialen, seelischen, wie auch spirituellem Schmerz, alter Menschen bei. Nach dem Verständnis des „Total Pain Konzepts“, ist Schmerz umfassend und vielschichtig als körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Schmerz zu betrachten, welcher immer den gesamten Menschen berührt³⁵. Dieser Zusammenhang sollte ernst genommen werden. Daraus ergibt sich, dass die seelisch-psychische Gesundheit und Einschnitte derer, der körperlichen Gesundheit/Krankheit gleichzustellen ist. Dies wird nochmals durch die jüngst von der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie herausgegebene Handlungsempfehlung zur „Total Pain in der Palliativen Geriatrie“³⁶ deutlich.

³³Vgl.: palliative.ch; Fachgesellschaft Palliative Geriatrie; spo Patientenorganisation; Spitex Schweiz; Schweizerisches Rotes Kreuz; exit; Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin; GGG Voluntas (2020): Informationsblatt zum Corona-Virus. Wissenswertes zur Infektion mit dem Coronavirus und zu den Behandlungswegen: (12.01.2021) - <https://www.fggg.eu/grundsatzpapier-zur-palliativen-geriatrie>

³⁴ Vgl.: ebenda, S. 18

³⁵ Vgl.: Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (2020): Grundsatzpapier Total Pain in der Palliativen Geriatrie – S.1ff.: https://www.fggg.eu/wp-content/uploads/2020/11/20201103_Total-Pain-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_20200909.pdf, Stand: 05.01.2021

³⁶ Weitere Infos: https://www.fggg.eu/wp-content/uploads/2020/11/20201103_Total-Pain-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_20200909.pdf

9. Dank

Herzlichen Dank an die beteiligten und engagierten über KPG Bildung qualifizierten GVP-Berater*innen für die Befragung ihrer Heimbewohner*innen sowie deren Offenheit dem Projekt gegenüber. Weiterhin danken wir Mag. Mag. Martina M. Koller von der Universität Wien und Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox von der Universität Lausanne für die wissenschaftliche Expertise in der Umsetzung des Forschungsprojektes. Ebenso danken wir der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie für die fachliche Begleitung.

10. Anlagen

Anlage 1: Fragebogen

Anlage 2: Berliner Notfallverfügung

Weitere Materialien und Hintergrundinformationen können gern angefordert werden.

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) - www.palliative-geriatrie.de