

Angela Paula Löser

Palliative Care in der stationären Altenpflege

Das passende Konzept erstellen und umsetzen

Angela Paula Löser

Palliative Care in der stationären Altenpflege

Das passende Konzept erstellen und umsetzen

Angela Paula Löser ist Diplom-Pädagogin (Dr. phil.), Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, Interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin. Sie verfügt seit über 30 Jahren über praktische Erfahrungen in der Pflege und Betreuung, arbeitet seit 20 Jahren als Dozentin und seit 14 Jahren als Beraterin in der stationären Altenpflege, insbesondere in der Vorbereitung auf MDK-Prüfungen.

"Hilfe ohne Konzept kann Nöte lindern, Strategien können Abhilfe schaffen."

RAYMOND WALDEN

Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch Anmelden unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-89993-372-7 (Print) ISBN 978-3-8426-8810-0 (PDF) ISBN 978-3-8426-8811-7 (EPUB)

© 2016 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autorin und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg

Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover

Titelbild: Photographee.eu – fotolia.com

Satz: PER Medien & Marketing GmbH, Braunschweig Druck und Bindung: Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

INHALT

Vorwo	ort		8
1	Die aktue	elle Situation der Sterbebegleitung	11
	1.1 Statio	näre Pflegeeinrichtungen als erweiterte Hospize	12
	1.2 Hoch	betagte Menschen mit komplexen Krankheits-	
	und S	Symptombildern	13
	1.3 Verän	derungen in den Familien	14
	1.4 Verän	nderte Anforderungen an Pflegemitarbeiter	14
		ehung neuer Netzwerkpartner und Kooperationsleistungen	16
		derte Integration von Hospizgedanken und Palliativkultur	17
2	Die Ziele	bei der Implementierung des Hospiz- und Palliativgedankens	18
	2.1 Ziele	auf der Ebene des Betroffenen	19
	2.2 Ziele	auf der Ebene der Angehörigen und anderer Bezugspersonen	20
	2.3 Ziele	auf der Mitarbeiterebene	21
	2.4 Ziele	auf der Ebene der Einrichtung	23
	2.5 Ziele	im Bereich des Gesundheitswesens	24
	2.6 Ziele	im Bereich gesellschaftlicher Wertebildung	24
3	Die Vorau	ussetzungen für die Implementierung des Hospiz- und	
	_	gedankens	26
		ssetzung 1: Ressourcen auf den Ebenen von Politik und	
	Koste	nträgern schaffen	26
	3.2 Vorau	assetzung 2: Das Verständnis von Palliative Care etablieren	27
	3.2.1	Begriffsklärung Palliative Care	27
	3.2.2	Palliative Care als Kultur	28
	3.3 Voraussetzung 3: Sich für ein Palliative-Care-Konzept entscheiden		
	3.3.1	Das Palliative-Care-Konzept als gemeinsame Orientie-	
		rungshilfe und Handlungsgrundlage	32
	3.3.2	Die Entwicklung und Implementierung des Palliative-Care-	
		Konzepts	33
	3.4 Vorau	ssetzung 4: Grenzen erkennen	34
	3.4.1	Personelle und strukturelle Grenzen	34
	3.4.2	(An)Erkennen der Situation	35
	3.4.3	Finanzielle Grenzen	35

	nenbedingungen für die Gestaltung und Umsetzung	37
	erhältnis des Palliative-Care-Konzepts zum Pflege- und	51
	iungskonzept	37
	- Strukturen – Prozesse	38
	fizierung der Betroffenen, der Zielgruppe und die Erfassung	00
	alliativsituationen	41
	nale der professionellen Umsetzung von Palliative Care –	
	er Planung bis zur Evaluation	45
Die Struk	tur des Palliative-Care-Konzepts	48
5.1 Präam	ıbel	48
5.2 Organ	isation von Palliative Care: Zuständig- und	
Veran	twortlichkeiten, Pflegeorganisationssystem	49
5.2.1	<u> </u>	
	alle Mitarbeiter qualifizieren?	51
	Säulen des Konzepts – Gestaltung und konkrete Handlungen	52
5.3.1	Radikale Orientierung am Sterbenden	54
5.3.2	Symptommanagement	59
5.3.3	Netzwerkarbeit und Interdisziplinarität	64
5.3.4	Abbau der Hierarchie	70
5.3.5	Qualitätsentwicklung und Evaluation	71
5.3.6	Trauerbegleitung / lebensbegleitende Trauerarbeit / Sterbe-	7.
F 2 7	begleitung	75 77
5.3.7	Begleitung und Betreuung von Angehörigen	77
5.4 Der M	Ianagementprozess: Management der Palliativsituation Klärung der Palliativsituation/Sicherung der Diagnose	78 81
5.4.1	Klärung möglicher Ziele zur Gestaltung der Versorgung	81
5.4.3	Einbindung von Hausarzt, Palliativmedizinern und anderen	01
3.4.3	Berufsgruppen	83
5.4.4	Beachtung der Wünsche und Ziele des Betroffenen	84
5.4.5	Erstellung eines Versorgungs- und Handlungsplans	85
5.4.6	Einbindung von Hausarzt, Palliativmedizinern, anderen Ärzten	00
2.1.0	und weiteren Partnern des Netzwerks	88
5.4.7	Neuausrichtung des geplanten Vorgehens bei Entstehung	
	vitaler Indikationen	89
5.4.8	Maßnahmen für das Team	91
5.4.9	Spezifische Prozesse im Qualitätsmanagement	91
5.4.10	Kontinuierliche Evaluation	92
5.4.11	Kontinuierliche Integration der Angehörigen	92
5.4.12	Begleitung in der lebensbegleitenden Trauerarbeit	93
5.4.13	Versorgung des Verstorbenen	94

7

		Retrospektive Evaluation des Sterbeverlaufs	95
		fika einer Pflege- und Betreuungsplanung	
	in der	Palliativsituation	96
	5.5.1	Anforderungen im Bereich der Planung	96
	5.5.2	Anforderungen an die Dokumentation	103
	5.5.3	Anforderungen an die Evaluation	107
6	Die Konz	epterstellung und die Implementierungsstrategien	108
	6.1 Varia	nten der Konzeptentwicklung	108
	6.1.1	Bottom-up-Verfahren	108
	6.1.2	Top-down-Verfahren	109
	6.1.3	Fazit	110
	6.2 Metho	oden in der Entwicklung des Konzepts	110
	6.2.1	Beispiel 1: Konzeptentwicklung ausgehend von der Ist-Analyse der vorhandenen Handlungsrealität, Ableitung von	
	6.2.2	Optimierungsvorschlägen	113
	6.3 Häufi	Zustand, Implementierung in die Praxis	114
		che Lösungen	116
7	Die Arbei	itshilfen	118
	Arbeitshi	lfe 1: Konkrete Handlungen zu den sieben Säulen der Palliativ-	
		rgunglfe 2: Kurzanleitung zur Pflege- und Betreuungsplanung und zur	118
	Pflege	edokumentation in der Palliativsituation	126
		lfe 3: Umgang mit Expertenstandards und anderen Richtlinien/lungsanweisungen zu Pflege-, Betreuungs-, Versorgungsmaß-	
	nahm	en in der Palliativsituation	136
	Arbeitshi	lfe 4: Begründungsstränge bei Unterlassung ansonsten sinnvoller	
		vorgeschriebener Maßnahmen	141
		lfe 5: Pflegevisite in der Palliativ-Situation	146
		lfe 6: Ergebnisprotokoll für Ethische Fallbesprechung	152
		lfe 7: Retrospektive Evaluation nach dem Tod des Bewohners	
		lfe 8: Kooperation Einrichtung XY mit dem ambulanten	
		izverein (Beschreibung des Verfahrens)	157
	_	lfe 9: PALMA-Formular (Patienten-Anweisungen für lebenser-	10,
		nde Maßnahmen)	160
Abkür		eichnis	162
	_		163
Regist	er		166

VORWORT

Schon immer wurden in stationären Pflegeeinrichtungen Menschen in schwerer Krankheit und im Sterben betreut, gepflegt und versorgt. Doch gewinnt die Frage, wie die Erfüllung dieser besonderen Aufgabe möglichst gut gelingen kann, in den letzten Jahren an Bedeutung. Denn der Prozess einer gelingenden Behandlung, Pflege, Begleitung und Betreuung der genannten Zielpersonen soll nicht länger personenabhängig, sondern prozessgebunden erfolgen. Zugleich sind menschliche, ethische und wirtschaftliche Ziele und Rahmenbedingungen zu beachten. Daher sind

- ein Konzept und
- die angemessene Haltung der Mitarbeiter die Entwicklung einer palliativen Kultur – erforderlich, um eine systematische, gemanagte Vorgehensweise zu ermöglichen.

Eine Orientierung zu den erforderlichen Strukturen, Prozessen und den angestrebten Ergebnissen bietet das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG), das im Dezember 2015 verabschiedet wurde. Damit wurden in Deutschland erstmalig gesetzliche Vorgaben für die Organisation einer spezifischen, an den Bedürfnissen eines schwerkranken oder sterbenden Menschen ausgerichteten Palliative Care geschaffen! Konkrete Handlungserfordernisse, Zuständigkeiten und finanzielle Vergütungssysteme sind dadurch geregelt.

Dieses Buch schlägt – nach einer einführenden Begründung der Notwendigkeit – mögliche Gliederungsbereiche und Inhalte eines palliativen Konzepts vor und erörtert diese. Daneben gibt es für die Mitarbeiter Arbeitshilfen, die direkt das Konzept betreffen. Es handelt es sich dabei um ergänzende Teile, die detaillierte Informationen über einzelne Handlungen sowie über die Art und Weise ihrer Gestaltung geben. Sie sind besonders hilfreich in den Phasen der Konzepterstellung und der anfänglichen Implementierung.

Soll das Konzept auch zur Veröffentlichung der angestrebten Ziele und der vorhandenen Handlungsangebote in der Einrichtung genutzt werden, erscheint es sinnvoll, zusätzliches Informationsmaterial in Form eines Flyers oder einer Broschüre zu erstellen. In diesen werden dann die Kernmerkmale dargestellt.

Für die sogenannte Kulturbildung und Implementierung neuer Konzepte ist es hingegen immer erforderlich, sich mit den Details zu beschäftigen. Dazu gehören etwa folgenden Fragen:

- Was soll mit diesem Prozess erreicht werden?
- Wer sind die Zielpersonen?
- Welche Inhalte sollen in dem Konzept beschrieben werden?

- Welche Handlungen werden angeboten?
- Wer ist für was zuständig?

Möglicherweise werden die Entwicklungsprozesse, die im Rahmen der Konzeptentwicklung stattfinden, und das letztlich fertiggestellte Konzept auch zu einer späteren Zertifizierung genutzt. So kann im Rahmen des Qualitätsmanagements nachgewiesen werden, dass sich die Einrichtung dem besonderen Handlungsfeld der Palliative Care auch in besonderer Weise zuwendet.

Nach einer erfolgten Zertifizierung durch einen Visitor der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) kann z.B. das Deutsche Palliativsiegel »Palliativfreundliche Einrichtung« als Nachweis erworben werden. Dieses wird aktuell bevorzugt von Krankenhäusern angestrebt. Möglicherweise streben dieses Qualitätssiegel (oder auch andere spezifische Zertifizierungen) künftig auch vermehrt stationäre Pflegeeinrichtungen an.¹ Schließlich ist der Nachweis einer konzeptionell erworbenen Qualität ein wichtiger Baustein der Öffentlichkeitsarbeit und der kaufmännischen Ausrichtung und kann im Vergleich zur Konkurrenz ein deutliches Plus für eine Einrichtung darstellen.

Bei der Auswahl der zu verwendenden Begriffe und Berufsbezeichnungen wird für die Pflegeperson mit einem Fachexamen in der Gesundheits- oder Krankenpflege (oder Kinderkrankenpflege) oder in der Altenpflege generell die Bezeichnung Pflegefachkraft verwendet. Hat die Pflegefachkraft zudem an einer Qualifizierungsmaßnahme gemäß § 39a SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) teilgenommen, wird die Bezeichnung Palliative-Care-Expertin verwendet. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege ohne Fachexamen in der Pflege werden als Pflegehilfe bezeichnet. Die Bezeichnungen gelten an dieser Stelle sowohl für weibliche als auch für männliche Personen.

Der Begriff Palliative-Care-Situation beschreibt die Phase, in der der betroffene Mensch voraussichtlich nur noch wenige Wochen, Tage oder Stunden zu leben hat. Liegt die Diagnose ICD Z 51.5 (palliativmedizinische Behandlung) vor, hat der Arzt bescheinigt, dass hier eine palliative Behandlung oder palliative Betreuung vorliegt.

Die hier erstellten Informationen beziehen sich auf das Handlungsfeld stationärer Pflegeeinrichtungen, d. h. auf Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Behindertenhilfe. Viele der aufgezeigten Informationen sind auf Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auf andere Versorgungsbereiche wie der der ambulanten Pflege, auf Hospize und auf Wohngemeinschaften übertragbar.

Vgl. die umfangreiche Literatur von Prof. Wolfgang George.

Das vorliegende Buch soll als Grundlage verstanden werden – es enthält Hilfestellungen, Vorschläge und Hintergrundinformationen. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder darauf, allein den »richtigen Weg« zu beschreiben. Denn Konzepte lassen sich nur hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen von einer Einrichtung auf eine andere übertragen. Die Beschreibung konkreter Handlungen zur Umsetzung hingegen kann nur im Hinblick auf die vorhandenen Strukturen, Mitarbeiter, Zielgruppen und Bedingungen der konkreten Einrichtung und der in ihr gelebten Handlungspraxis erfolgen. Aus diesem Grund finden sich in Kapitel 4 Fragen, die dem Leser ermöglichen sollen, selbst Aussagen zur Umsetzung von Hospizkultur und Palliativversorgung in der eigenen Einrichtung konzeptionell zu erarbeiten.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern konstruktive Gedanken und ein gutes Gelingen bei der Entwicklung eines eigenen, einrichtungsspezifischen Konzepts wie auch der dort gelebten Kultur, die am Hospiz- und Palliativgedanken orientiert sind.

Duisburg, August 2016

Angela Paula Löser

DIE AKTUELLE SITUATION DER STERBEBEGLEITUNG

Im Jahr 2013 starben etwa 340.000–350.000 Menschen in vollstationären Einrichtungen, und dies mit steigender Tendenz. 60 Prozent dieser Menschen starben in Krankenhäusern, 30 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen, 10 Prozent zu Hause (Jevon 2013: 21).

Die Gießener Sterbestudie vom 21. April 2015 belegt demgegenüber eine Zunahme der Sterbefälle in stationären Pflegeeinrichtungen. »Von den in Deutschland 2013 insgesamt 893.825 Verstorbenen wurden 419.241 (ca. 48 Prozent) in Krankenhäusern, etwa 350.000 (ca. 39 Prozent) in stationären Pflegeeinrichtungen und ca. 25.000 (weniger als 3 Prozent) in stationären Hospizen betreut.« (Transmit 2015: 2)

Die Zunahme von Single-Haushalten und Kinderlosigkeit, eine wohnortbezogene räumliche Trennung von Familienmitgliedern, die berufliche Aktivität der Frauen und der Eintritt von Pflegebedürftigkeit im hohen Alter sind hier als Gründe für die hohe Zahl an Sterbefällen in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichten genannt. Nicht selten weisen Kinder von Pflegebedürftigen selbst schon ein Lebensalter jenseits von 65 Jahren auf, wenn die Notwendigkeit eintritt, sich um die Eltern zu sorgen. Damit sind viele Betroffene dann überfordert und nicht in der Lage, die Eltern zu Hause zu betreuen. Eine stationäre Unterbringung ist der Ausweg.

Behandlungen im Krankenhaus werden beendet, wenn die über Fallpauschalen finanzierte Behandlungszeit ausläuft. So werden alte, hochbetagte, schwer kranke und sogar sterbende Menschen oft akut in eine andere Pflegeinstitution entlassen. Nicht selten wird der Sterbende in seinen letzten Tagen und Stunden in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Altenheime werden somit immer stärker zu Sterbeorten.

Viele Menschen wünschen sich, ihre letzte Lebenszeit in einem Hospiz verbringen zu dürfen, wenn aufgrund von Krankheiten belastende Symptome bestehen oder die Versorgung in der Zeit zunehmender Hilflosigkeit zu Hause nicht mehr sichergestellt ist. Das Wissen über eine hervorragende Versorgung in der letzten Lebensphase ist aufgrund der guten Öffentlichkeitsarbeit der betreffenden Einrichtungen inzwischen bekannt. Doch nicht jeder schwerkranke oder sterbende Mensch wird in einem Hospiz sterben können. Zum einen ist die Anzahl vorhandener Hospize zu gering, sodass häufig Wartezeiten bestehen. Zum anderen bestehen oftmals Aufnahmekriterien, die mit der spezifischen Klientel stationärer Alteneinrichtungen nicht immer übereinstim-

men.² Ein dritter Grund dafür, dass nur in wenigen Ausnahmefällen Bewohner aus stationären Pflegeeinrichtungen im Hospiz aufgenommen werden, besteht in der Tatsache, dass bei ihnen bereits eine 24-stündige Versorgung sichergestellt ist. Ggf. erforderliche, zusätzliche oder besondere Leistungen im Symptommanagement oder in der Betreuung sind zudem über die Verordnung von SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) möglich.

So sterben Menschen auf der einen Seite im Hospiz, auf der anderen Seite im Pflegeheim. Dies jedoch mit unterschiedlichen Ressourcen – je nach Institution! Die Relevanz ist daher groß, eine adäquate Betreuung, Pflege, Behandlung und Versorgung, die auch den Palliativgedanken einschließt, institutionsunabhängig anzubieten. Es ist notwendig, die meist gute hospizliche Versorgung auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen zu übertragen. Die Achtung vor der Würde des Menschen gebietet es, dass jeder – unabhängig von der Institution, in der er versorgt wird – beachtet und in seinem Sterben auf eine menschliche Weise begleitet wird. Es muss alles getan werden, dass er bis zum Schluss gut leben und in Würde sterben kann.

Die Begründerin der modernen Hospizbewegung Cicely Saunders hat seit der Entstehung des ersten Hospizes Mitte des 20. Jahrhunderts in London eine Vorstellung in die Welt getragen, wie die Ziele einer guten Sterbebegleitung erreicht werden können. Sie sind heute nach wie vor aktuell und Grundlage der folgenden Darstellungen!

1.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen als erweiterte Hospize

Neben den stationären Hospizen wurde in Deutschland in der Vergangenheit bereits eine ambulante Hospizversorgung ausgebaut. Im Jahr 2009 wurde beispielsweise die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen, um Menschen in Palliativsituationen durch eine verbesserte Versorgung, Pflege und Betreuung im eigenen häuslichen Bereich ein menschenwürdiges und möglichst lebenswertes Leben zu ermöglichen. Entsprechende Leistungen werden als zusätzliche Angebote erbracht. Das sind etwa Versorgungen von Portsystemen, kurzfristige Umstellungen der Schmerztherapie, zusätzliche Betreuung. Als dritte Säule – neben Hospiz und ambulantem Bereich – geht es jetzt darum, auch in den stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe und Behindertenhilfe geeignete Strukturen und Strategien aufzubauen. Dabei sind die Ziele von Hospizversorgung und Palliativgedanken anzustreben und möglichst umzusetzen. Es ist allerdings damit zu rechnen, dass die Angebote von Hospizen nicht vollständig erreicht werden können, da insbesondere unterschiedlich personelle und strukturelle Voraussetzungen bestehen.

Mögliche Aufnahmekriterien für Heimbewohner sind laut HPG bis spätestens 31. Dezember 2016 neu zu regeln (HPG v. 01.12.2016: 2114).

Stationäre Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe bieten bereits durch ihre Unternehmensformen eine 24-stündige Versorgung an. Die besondere, ergänzende Palliative Care soll weitgehend bei ihnen durch einerseits eigene Mitarbeiter und andererseits auch durch Vernetzung mit Kooperationspartnern außerhalb der Einrichtung sichergestellt werden. Es geht also um eine Orientierung an den hervorragenden Versorgungsleistungen des Hospizes und um die Entwicklung einer Kultur, die den Hospizgedanken als Philosophie beinhaltet. Sterbenden Menschen in stationären Einrichtungen soll eine möglichst gute Palliativversorgung angeboten werden können. Entsprechende Vorgaben und Informationen zu den Zuständigkeiten und Vergütungen finden sich im HPG (Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von 2015).

1.2 Hochbetagte Menschen mit komplexen Krankheitsund Symptombildern

In den stationären Einrichtungen der Altenhilfe finden sich Menschen mit den unterschiedlichsten Krankheits- und Symptombildern. Erschwerend zeigen sich hier multimorbide Krankheitsbilder, bei denen mehrere verschiedene Krankheiten parallel bestehen. Zum Teil verstärken oder bedingen sich diese Erkrankungen gegenseitig oder zeigen veränderte Symptombilder.

Gerontopsychiatrische Erkrankungen zeigen sich bei bis zu 80 Prozent aller aufgenommenen Betroffenen. Hierbei kommt es nicht nur zu Denk-, Orientierungs-, Wahrnehmungs- und Handlungseinschränkungen, sondern auch zu erheblichen Veränderungen der Kommunikationsfähigkeit. Daraus resultieren spezifische Probleme: Der Betroffene nimmt seine Situation ggf. verändert wahr und kann die Veränderungen häufig auch nicht einschätzen und angemessen handeln bzw. seine Bedürfnisse und Probleme sprachlich mitteilen (vgl. Buchmann 2007; Kostrzewa 2010).

Auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe findet sich eine spezifische Klientel. Oftmals über lange Zeiträume sind Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen in einem Umfeld versorgt, das für sie die Merkmale eines Zuhauses trägt. Hier kann es ebenfalls – je nach Art und Schweregrad der Behinderung – zu gleichen oder ähnlichen Veränderungen kommen wie bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

Für beide Klienten-Gruppen sind spezielle Angebote erforderlich und Menschen, die ihre besondere Lage erkennen und entsprechend handeln.

1.3 Veränderungen in den Familien

Eine Sterbebegleitung findet heute nicht mehr in der Familie statt. Das war vor wenigen Jahrzehnten noch der Normalfall. Doch das Zusammenleben der Menschen verschiedener Generationen in einem Haus ist heute selten geworden. Selbst das Inder-Nähe-Leben der Familienmitglieder wird immer seltener: Eltern und Kinder leben oftmals in unterschiedlichen Städten, teils sogar in unterschiedlichen Ländern. Dies sind die Folgen einer globalisierten Welt und von modernen Arbeitsbedingungen, in denen insbesondere auch eine örtliche Flexibilität vorausgesetzt wird. Ferner sind viele erwachsene Kinder durch eigene Berufstätigkeit und die der Partner häufig nicht in der Lage, sich im familiären Umfeld um die alten, kranken Eltern zu kümmern. Diese Aspekte führen im Alter, bei Krankheit oder im Sterben oftmals zu einer Einweisung in eine Einrichtung. Dazu kommt die sogenannte Singularisierung, das Allein-Leben in Singlehaushalten und kleinen Wohnungen, in denen nicht ohne weiteres ein Pflegebett untergebracht werden kann.

Nicht selten berichten Angehörige, dass sie aufgrund mangelnder Erfahrungen auch Angst davor haben, den Vater, die Mutter oder einen anderen sterbenden Menschen zu begleiten. Den Erfahrungsraum, den die Menschen oftmals früher schon in der Sterbebegleitung als Kind unter dem Schutz der vorangehenden Generation von Eltern, Tanten oder anderen Verwandten erlebten, gibt es vielfach nicht mehr. So entwickeln sich im Erwachsenenalter nicht selten Angst vor einem falschen Handeln und Unsicherheit vor den sich zu stellenden Anforderungen in der Sterbesituation.

Die Pflege und die Versorgung Sterbender wurden daher in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Institutionen delegiert.

1.4 Veränderte Anforderungen an Pflegemitarbeiter

Während vor 30 Jahren die Anforderungen an einen Mitarbeiter in einer Altpflegeeinrichtung eher darin bestanden, ältere Menschen zu betreuen, zu pflegen und zu beschäftigen, sind heute weitreichendere Kompetenzen vonnöten: etwa medizinisches Symptommanagement, intensive Betreuung und Begleitung der Pflegebedürftigen, Anleitung und Beratung von Angehörigen. Die aktuell erforderliche Pflege zielt gleichzeitig ab auf

- die medizinisch-pflegerischen Probleme und Erfordernisse sowie
- die psychosozialen und spirituell-religiösen Anliegen der Betroffenen und Angehörigen.

Es wird ein umfangreiches Wissen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen und über mögliche prophylaktische, behebende oder lindernde Maßnahmen im Kontext der sich entwickelnden Krankheiten und Symptombilder verlangt.

Die Pflege und Versorgung am Ende des Lebens benötigen verschiedene Akteure und umfassende Angebote verschiedener Organisationen, damit ein gutes Leistungsangebot für den Menschen am Ende seines Lebens besteht. Es geht u.a. darum, dass er während der letzten Lebenstage möglichst nicht noch in ein Krankenhaus verlegt wird. Daraus entwickelten sich in den letzten Jahren Kompetenzanforderungen an Pflegende, die Handlungsakteure in einem umfassenden Versorgungsnetzwerk zu koordinieren und die bestmögliche Versorgung eines Menschen zu erreichen.

Die Vorgaben zur Regelung sind entsprechend des HPG von 2015 bis zum 30. Juni 2016 umzusetzen (vgl. HPG § 87 Abs. 1b: 2115). Da heißt es:

»Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum 30. Juni 2016 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

- 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,
- 2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,
- Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,
- 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.«

Die Mitarbeiter sollen den einzelnen Schwerkranken oder Sterbenden einerseits in seiner Individualität beachten, andererseits bei der Auswahl und Anwendung von Maßnahmen seine Selbstbestimmung anerkennen. Gleichzeitig sollen sie zahlreiche Vorschriften, Richtlinien und Empfehlungen einhalten. Sie stehen nicht selten im Spannungsfeld der Vorstellungen verschiedener Handlungsakteure und werden hier als Moderatoren für Kommunikationsprozesse gefordert. Die Vorstellungen des sterbenden Menschen müssen künftig stärker beachtet werden. Dies soll durch eine »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« erreicht werden, die mit dem Betroffenen, dem Arzt, ggf. Angehörigen und Betreuer gemeinsam erstellt wird (vgl. HPG 2015 § 132: 2116).

Arbeitshilfe 9: PALMA-Formular (Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen)

"P A L M A" Patienten- Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen

- für Patienten in einer palliativen Situation ergänzend zur ausführlichen Patientenverfügung	-							
Für:								
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)								
Dieser Bogen ist speziell für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation konzipiert (dies ma auch eine terminale Pflegesituation am Lebensende) und <u>fasst die ausführliche Patientenverfügung zusammen.</u> Bitte vollständig und nur mit Hilfe eines beratenden Arztes ausfüllen. Pro Rubrik ist nur eine Antwort möglich, be widersprüchlichen Angaben wird maximal behandelt. Ein vorhandener Bevollmächtigter sollte genannt werden.								
▲ Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes:								
[] Herz-Lungen-Wiederbelebung [] keine Wiederbelebung beginner	1							
Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion:								
[] maximale Therapie: volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung inkl. künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc								
[] begrenzte Therapie (Basistherapie): Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine künstliche Beatmung oder Intensivtherapie.	Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig,							
[] nur lindernde (palliative) Maßnahmen: <u>keine</u> lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc								
C Hintergrundinformationen (schwere Vorerkrankungen, persönl. Erfahrungen etc.								
D Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:	gen)							
Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten: Es besteht eine [] Vorsorgevollmacht gem. § 1896/ 2 BGB [] gerichtlich bestellte Betreuung gem. §§ 1896-1904 BGB								
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Bevollmächtigten/ Betreuers) F Unterschriften: Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung.								
Unterschriften: Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung. Der Bevollmächtigte/ Betreuer erklärt, die Patientenwünsche und den Inhalt der Verfügung zu kenne	n.							
Datum Patient Beratender Arzt (+Stempel) Bevollmächtigter/ Betrei								
Name, Adresse, Telefon des beratenden Arztes:								
ggf. erneute Bestätigung (Datum, Unterschrift Patient):								
Varsian 2.2. @ Carth/Mahr/ Paul 09/20								

Merkblatt zum "PALMA"- Formular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei dem vorliegenden Formular handelt es sich um einen speziell für die Notfallsituation entwickelten Zusatz zu einer ausführlichen Patientenverfügung. Eine ausführliche Verfügung muss gleichzeitig bestehen. Eine ärztliche Beratung beim Abfassen ist verpflichtend, daher muss das "PALMA"- Formular von einem Arzt (z.B. dem Hausarzt) gegengezeichnet werden.

Durch dieses kurze, standardisierte Formular soll Ihren Wünschen auch in einer Notfallsituation und trotz Zeitnot Geltung verliehen werden. Ungenauigkeiten in der Formulierung sind durch die Kürze des Textes nicht zu vermeiden, aus nahe liegenden Gründen sollte jedoch auf eine handschriftliche Abänderung des Textes verzichtet werden. Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Das "PALMA"- Formular ist nur für die erste Phase einer Notfallbehandlung entwickelt worden und ersetzt daher nicht die ausführliche Verfügung. Eine Behandlung kann hier nur generell, ohne Beachtung der näheren Notfallumstände und individuellen Heilungschancen, abgelehnt werden, da die Prognose in den ersten Stunden meist nicht zuverlässig abschätzbar ist.

- Zu A) Der Verzicht auf Wiederbelebung sollte besonders sorgfältig abgewogen werden. Er sollte im Regelfall nur bei einer weit fortgeschrittenen, tödlichen Erkrankung erfolgen. Durch den Verzicht wird die, wenn auch geringe, Überlebenschance bei einem Herz-Kreislauf- Stillstand möglicherweise vergeben.
- Zu B) Die Behandlungswünsche können an dieser Stelle nur schematisiert, also vergröbert wiedergegeben werden. Die drei wesentlichen Behandlungsoptionen aus Sicht des Notarztes werden beschrieben. In Einzelfällen können jedoch Situationen auftreten, die so nicht vorausgesehen wurden und in der konkreten Situation entschieden werden müssen. Hierbei kann ein Bevollmächtigter hilfreich sein. Eine gewisse Entscheidungsfreiheit im Notfall muss dennoch auch für den Notarzt bestehen bleiben. Weitere Behandlungsfragen, wie z.B. die künstliche Ernährung sind für die Akutphase unbedeutend und sollten in der ausführlichen Patientenverfügung behandelt werden.
- Zu C) Durch die Angabe von Vorerkrankungen und persönlichen Erfahrungen soll die festgelegte Entscheidung für den Notarzt nachvollziehbar gemacht werden. Der Notarzt muss in einer Notfallsituation, vielfach unter Zeitdruck, entscheiden können. Daher sollten die Lebensumstände und v.a. unheilbare Erkrankungen mit starken Einschränkungen im Alltag deutlich erkennbar sein. Persönliche Erfahrungen mit Tod und Sterben sowie mit Intensivmedizin unterstreichen die Ernsthaftigkeit der Wünsche.
- Zu D) Ein vorhandener Bevollmächtigter/ Betreuer sollte genannt sein, um bei strittigen Entscheidungen helfen zu können. Er sollte daher genaue Kenntnis von den Patientenwünschen haben. Auch er unterschreibt das "PALMA"- Formular und bestätigt so seine Beteiligung.
- Zu E) Die Unterschriften aller Beteiligten sind notwendig. Die Arztunterschrift (+Stempel) bestätigt das erfolgte Beratungsgespräch, hierbei sollen alle Behandlungsmöglichkeiten und ihre Konsequenzen sowie evtl. Unklarheiten ausführlich erläutert werden. Eine erneute Bestätigung, z.B. bei Änderung der Lebensumstände, wird empfohlen. Sie ist aber nicht Bedingung für die Gültigkeit des "PALMA".

Dieses Formular muss in einer Notfallsituation einfach auffindbar sein, um berücksichtigt zu werden. Eine Verwahrung bei den Ausweispapieren, in der Wohnung in der Nähe des Telefons und besonders in der Bewohnerakte einer Senioreneinrichtung ist sinnvoll. Der Bevollmächtigte sollte ebenfalls über ein Exemplar verfügen. Bei einer Krankenhauseinweisung sollten das "PALMA"- Formular und die ausführliche Patientenverfügung stets mitgeführt und auch besprochen werden.

Version 3.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 08/2011

Gerth MA, Schaeufele M, Mohr M, Laufenberg-Feldmann R, Reinholz U, Weber M, Paul NW. Notfallsituationen und Patientenverfügungen aus der Sicht des Palliativpatienten – Ergebnisse einer Befragung. Z Palliativmed 2012; 13: 91–96

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

- GKV Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Der GKV ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und auf europäischer sowie internationaler Ebene.
- HPG Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 01.12.2015 (Hospiz- und Palliativgesetz HPG).
- KV Kassenärztliche Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärzte und der psychologischen Psychotherapeuten. Die Angehörigen dieser Berufsgruppen, die über eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verfügen, sind automatisch Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ihrer Region. Die KV hat die Aufgabe, sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zu einigen. Sie teilt auch die Vergütungen, die von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt werden, je nach erbrachter Leistung auf die einzelnen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten auf. Auf Bundesebene schließt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spitzenverband allgemeine Vereinbarungen über die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung ab.
- PCT Palliative Care Team: Mitglieder eines PCT sind in der Regel speziell weitergebildete Pflegefachkräfte und Palliativärzte.
- PKD Palliativmedizinischer Konsiliardienst: In der Regel ein Zusammenschluss von Palliativärzten, spezialisierten Pflegediensten und ambulanten Hospizdiensten, um eine umfassende palliative Versorgung und Betreuung über 24 Std./Tag zu gewährleisten.
- SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: 2007 wurde die gesetzliche Grundlage für die SAPV geschaffen, nach der schwerstkranke und sterbende Krankenversicherte in der häuslichen oder familiären Umgebung Anspruch auf leidensmindernde (palliative) medizinische und pflegerische Behandlung haben. Damit soll dem Wunsch vieler Patienten entsprochen werden, bis zu ihrem Tod im vertrauten Umfeld bleiben zu können. Mit SAPV werden erkrankungsbedingte Krisensituationen aufgefangen, die sonst zu ungewünschten und belastenden Krankenhauseinweisungen führen würden. Die Leistungen der SAPV sind unter bestimmten Voraussetzungen verordnungs- und abrechnungsfähig.
- SGB Deutsches Sozialgesetzbuch: Das SGB ist die Kodifikation des Sozialrechts (im formellen Sinn). Im SGB sind die wesentlichen Bereiche dessen geregelt, was heute dem Sozialrecht zugerechnet wird, z. B. die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und die soziale Pflegeversicherung (SGB XI).
- WHO Die Weltgesundheitsorganisation (englisch World Health Organization) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf. Sie wurde am 7. April 1948 gegründet und zählt 194 Mitgliedsstaaten. Sie ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen und soll die weltweiten Anstrengungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens lenken und koordinieren.

LITERATUR

- Anderheiden, M. (Hrsg.); Eckart, W.U. (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Berlin. Boston. De Gruyter.
- Becker Ebel, J.; Behrens, Chr.; Davids, G.; Rödinger, N.; Schwermann, M.; Sitting, H.-B.; Wichmann, C. (2012): Palliative Care in Pflegeheimen. 3. Aufl. Hannover. Schlütersche.
- Bitschnau, K.; Heimerl, K. (2013): Ums Leben kämpfen und trotzdem genießen die Perspektive von Patienten und Angehörigen auf der Palliativstation. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 2013. 6: 268-275 BMG 2015. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- **BMG** (Bundesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Hospizund Palliativgesetz (Gesetzesentwurf der Bundesregierung 12/2015).
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477,§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (07/2015): Betreuungsrecht.
- **Buchmann, K.-P.** (2007): Demenz und Hospiz. Sterben an Demenz erkrankte Menschen anders? Wuppertal. Der Hospiz-Verlag.
- de Ridder, M. (2015): Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen. DVA. Deutsche Verlagsanstalt.
- de Ridder, M. (2011): Wie wollen wir sterben. Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. 2. Aufl. München. Pantheon-Verlag.
- Fuchs, Chr.; Gabriel, H.; Raischl, J.; Steil, H.<; Wohlleben, U. (2013): Palliative Geriatrie. Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart. Kohlhammer.
- **Gerhard, Chr.** (2011): Neuro-Palliative-Care. Interdisziplinäres Praxisbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Bern. Huber.
- **Grond, E.** (2004): Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegende in der Altenhilfe. Stuttgart. Kohlhammer.
- Härle, W. (2010): Würde. Groß vom Menschen denken. München. Diederichs.
- **Huber, W.** (2013): Ethik. Die Grundfragen unseres Lebens. Von der Geburt bis zum Tod. München. C.H. Beck.
- Husebø, St. & Husebø, S. (o. Angabe): Die letzten Tage und Stunden. Herausgegeben von der Fa. Grünenthal.
- Jevon, PH. (2013): Pflege von Sterbenden und verstorbenen Menschen. Bern. Huber.
- Kasseler Erklärung (2015): Zweite Kasseler Erklärung der Juristischen Expertengruppe zur Entbürokratisierung der Pflege. Abrufbar unter : https://www.ein-step.de/downloads/
- **Kast, V.** (2010): Trauer. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart. Kreuz-Verlag.

- Konrad, K.; Traub, S. (1999): Selbstgesteuertes Lernen in Theorie und Praxis. München. Oldenbourg.
- Kostrzewa, St. (2010): Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern. Huber.
- Krainer, L.; Heintel, P. (2010): Prozessethik. Organisation ethischer Entscheidungsprozesse. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kränzle, S., Seeberger, Chr.; Schmid, U. (2014): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 5. Aufl. Heidelberg. Springer.
- **Lipp, V.; Brauer, D.** (2013): Behandlungsbegrenzung und »Futility« aus rechtlicher Sicht. In: Zeitschrift Für Palliativmedizin. 2013. 14: 121–126.
- Löser, A. (2015) Ein andere Art von Pflege. www.altenpflege-online.net. Dossier. S. 8–13.
- Löser, A. (2014a): Pflegeplanung in der Palliativpflege. Hannover Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Löser, A. (2014b) Der Sterbende entscheidet. Hannover. Altenpflege 10/14. S. 3437.
- Löser, A.(2008): unveröffentlichte Promotion. Die Selbstevaluation als Teilprozess der Lernhandlung in der beruflichen Weiterbildung.
- Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart. Schattauer.
- Maurer, M.C.; Petersen, Y.; Loetz, C.; Frick, E. (2014): Trennungsunsicherheit am Lebensende spirituelle und bindungstheoretische Perspektiven. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 2014. 15: 70–77.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinie, Transparenzprüfung. Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114ff SGB XI in der stationären Pflege.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis.
- Pieper, A. (2007): Einführung in die Ethik. 6. Aufl. Stuttgart. UTB.
- Rest, F.(2006): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich. 5. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.
- Holzappels, P. (2012): Juristische Anmerkungen der Palliative Care. Anmerkungen zur Palliativversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2012. 13: 226–22.8.
- **Steinkamp, N.; Gordijn, B.** (2005): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 2. überarb. Aufl. Neuwied, Köln, München. Luchterhand.
- Siebert, H. (2006): Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung. Konstruktivistische Perspektiven. 2. überarb. Aufl. Augsburg. Ziel-Verlag.
- **Stolberg, M.** (2011): Die Geschichte der Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Frankfurt/Main. Mabuse.
- **Weissenberger-Leduc, M.** (2009): Palliativpflege bei Demenz. Ein Handbuch für die Praxis. Wien, New York. Springer.

http://www.duden.de/rechtschreibung/Praeambel. Recherche am 15.01.2016.

http://www.duden.de/rechtschreibung/induktion. Recherche am 04.02.2016. 8.30 Uhr http://www.duden.de/rechtschreibung/deduktion. Recherche am 04.02.2016. 8.30 Uhr http://www.duden.de/rechtschreibung/Netzwerk (Stichwortsuche Netzwerk) Recherche am 04.02.2016. 10.30 Uhr

www.gabler.Wirtschaftslexikon. Stichwort bottom up. Recherche am 04.02.2016. 10.15 Uhr

http://www.wirtschaftslexikon.gabler.de/Autoren/prof-dr-richard-lackes.html (Stichwortsuche Netzwerk). Recherche am 22.12.2015. 11.41 Uhr

http://www.wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/5077/interdisziplinaritaet-v7.html http://www.hospizimpark.ch/palliative-care.html;21.04.2009; 10:35 Uhr

www.dhpv.de/aktuelles_detail/item/bundesrat-billigt-hospiz-und palliativgesetz-hgp. html (Recherche am 28.11.2015. 10.56 Uhr)

www.transmit.de/presse/presse-2015/147-giessener-sterbestudie-deutsche-hospize www.Zitate online.de/Stichwort Saunders

REGISTER

Ablaufschema 78
Ablehnung 101
Analyse-Verfahren 73
Angehörige 20, 77, 92
Angehörigenarbeit 32, 98, 106, 125, 150
Arbeitshilfen 118
Assessments 129
Aushandlungsprozess 56, 99

Bedarfsmedikamente 68
Bedürfnissituation 105
Behandlung
- kurative 42
Behindertenhilfe 12
Betreuer 20

Betreuungsplanung 96, 126 Betroffene 19 Bevollmächtigte 20

Bezugsperson 20 Bottom-up-Verfahren 108, 112

Broschüre 31

Bundesmantelvertrag 15

Demokratie 99 Diagnose 81

Dokumentation 103, 104, 139

Einwilligung 101 Erfassung von Palliativsituationen 42 Erkrankungen

- gerontopsychiatrische 13

Erziehung 28

Ethische Fallbesprechung 73, 152 Evaluation 45, 51, 62, 71, 72, 97, 100, 102, 106, 107

kontinuierliche 92retrospektive 95, 155Expertenstandard 136

Fallbesprechungen 73 Familie 14 Finanzierung 26

Gesellschaft 28

Flyer 31

Gesetz zur Verbesserung der Hospizund Palliativversorgung (HPG) 13

Gesundheitswesen 24

Glauben 67 Grenzen

finanzielle 35personelle 34strukturelle 34

Handlungsanweisungen 136 Handlungsbereiche 51 Handlungsgrundlage 32 Handlungsplan 85 Handlungsplanung 61 Hausarzt 83, 88 Hierarchie 70, 122 Hospiz 12

ambulanter 26, 69Hospizversorgungambulante 12

ICD-Schlüssel 81

Hospizdienst

Implementierungsstrategien 108

Indikationen
– vitale 89, 90
Indikatoren 42, 43
Integration 92

Interdisziplinarität 31, 64, 97, 105, 121

Ist-Analyse 113

Kassenärztliche Bundesvereinigung 15 Kernmerkmale 53 Kernprozesse 72 Komplikationen 42 – lebensbedrohliche 89

Konsiliarteam siehe Palliative-Konsiliar-

Team

Konzeptentwicklung 21 Kooperation 157

Kooperationsleistungen 16 Kooperationsverträge 84 Kostenträger 26, 35 Krankenbeobachtung 138

Krankheitsbilder – multimorbide 13 Kulturentwicklung 21

Kurzanleitung zur Pflege- und Betreuungsplanung 126

Leitbild 49 Linderung 59 Logopäden 67

Managementprozess 78 Maßnahmenplanung 137 MDK-Qualitätsprüfungen 33

Methode

deduktive 110induktive 110Mitarbeiter 21

Nebenwirkungen 59 Netzwerk 31, 88

Netzwerkarbeit 64, 97, 105, 121, 149

Netzwerkpartner 16, 50, 88 Normvorstellungen 28 Notfallapotheke 68 Notfallbox 68

Notfallsituationen 59, 90

Organisationseinheiten 64 Orientierungshilfe 32

Palliative Care 27

Palliative-Care-Begriff 18, 27
Palliative-Care-Expertin 51
Palliative-Konsiliar-Team 51

Palliativer Konsiliardienst (PKD) 67

Palliativmediziner 83 Palliativnetze 16

PALMA-Patientenanweisungen 90

Partizipation 99

PDCA-Zyklus 60, 61, 71

Perspektiven 99 PESR-Schema 130 Pflegeanamnese 128 Pflegebericht 134 Pflegeinrichtung 23

Pflegeorganisationssystem 49 Pflegeplanung 96, 126, 130

Pflege- und Betreuungskonzept 37

Pflegevisite 73, 146 Philosophie 31, 49 Physiotherapeuten 67

Plan für alle Fälle 64, 86, 102

Planung 45 Politik 26 Präambel 48 Prophylaxe 59

Prozessbeschreibungen 21

Prozesse 38, 40 Prozessplanung 98 Prozesssteuerung 50

Qualität 38

Qualitätsentwicklung 71, 72, 97, 106 Qualitätsmanagement 32, 91, 149 Qualitätsmanagementhandbuch 72

Qualitätszirkel

- einrichtungsübergreifender 74

Radikale Orientierung am Sterbenden 19, 31, 54, 96, 118, 147

Rahmenbedingungen 37

juristische 19Reflecting-Team 74

Religion 68 Ressourcen 26, 69

Sanitätshäuser 69
SAPV siehe Spezialisierte Ambulante
Palliativversorgung
Schmerztherapie 83
Seelsorger 67
Selbstbestimmungsmöglichkeit 19
Selbsteinschätzung 98
Singularisierung 14
Soll-Zustand 114
Spezialisierte Ambulante Palliativversor-

gung (SAPV) 12, 26, 67 Spitzenverband Bund der Krankenkassen

15 Stammblatt 128 Standard 40 Sterbebegleitung 75, 76, 123 Struktur 38, 39, 48 Strukturierte Informationssammlung (SIS) 129

Symptomerfassung 61 Symptomkontrolle 146 Symptommanagement 31, 59, 60, 96, 119 Symptomsituation 105

Teamarbeit 31 Teamsitzung 74

Stufenprogramm 56

Therapie

medikamentöse 59
Top-down-Verfahren 109, 112
Transferprobleme 67
Trauerarbeit 98, 123, 150
lebensbegleitende 75, 93
Trauerbegleitung 32, 75, 106, 123

Übergaben 74

Verantwortlichkeiten 140

Verfahrensanweisung 40, 59 Versorgungsplan 85 Versorgungsplanung 50, 57, 59, 64, 68 Versorgungsprozess 21 Versorgungsstrukturen 84 Vertragsapotheke 68 Voraussetzungen – strukturelle 39

Wertebildung
– gesellschaftliche 24
Werteschema 28
WHO-Definition 18

Ziele 38
Zusatzleistungen
– externe 26
Zuständigkeiten 140

Schritt für Schritt zum Konzept

Jedes Jahr sterben mehr als 350.000 Menschen in Pflegeheimen. Für ihre adäquate Versorgung und Betreuung gilt es zu sorgen – mit einem Palliativkonzept auf Basis einer guten Palliativkultur, wie es im neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) verankert ist: Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung – und somit der kooperierenden Einrichtungen!

Alle Pflegeeinrichtungen müssen daher gezielte Projektentwicklungen in Gang setzen, um eine qualitativ hochwertige Pflege bis zum Lebensende garantieren zu können.

Dieses Buch unterstützt bei der Erstellung eines Palliative-Care-Konzeptes. Es bietet konkretes Basiswissen, viele Vorschläge und diverse Arbeitshilfen. Ein Muss für alle Einrichtungen, die palliative Kompetenz als Qualitätsmerkmal etablieren möchten.

Gesetzliche Vorgaben umsetzen

Palliative Haltungen entwickeln

Die Autorin

Dr. phil. Angela Paula Löser ist Diplom-Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, Interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin.

ISBN 978-3-89993-372-7

9 783899 933727