



ASB-Qualitätskriterien

„Palliative Care“

in der ambulanten und
stationären Langzeitpflege

Wir helfen
hier und jetzt.

ASB
Arbeiter-Samariter-Bund



Inhaltsverzeichnis

Neue Anforderungen an die Pflege	4
Ziele der palliativen Versorgung in den Diensten und Einrichtungen des ASB	7
ASB-Qualitätskriterien „Palliative Care“	8
■ Organisationsstruktur	
■ Konzeptionelle Grundlagen	
■ Netzwerkarbeit und Kooperationspartner	
■ Personal und Personalentwicklung	
■ Qualitätssicherung	
Fazit und Ausblick.....	18
Glossar wichtiger Begriffe.....	20

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nach Möglichkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für Angehörige beider Geschlechter.

Neue Anforderungen an die Pflege

Die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen und -diensten des ASB versorgen, begleiten und beraten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen kompetent und zuverlässig. Unser Anspruch ist es, ältere und kranke Menschen bedarfsgerecht zu unterstützen und zu versorgen.

In den letzten 20 Jahren haben sich die Lebensumstände und Bedürfnisse älterer Menschen grundlegend geändert. Das stellt die Pflegekräfte vor neue Herausforderungen. Der demografische Wandel erfordert auch eine Weiterentwicklung der Pflegekultur.

Die steigende Lebenserwartung erfordert eine intensivere Pflege, vor allem in der letzten Lebensphase. Gerade die Zahl der über 80-Jährigen nimmt in den nächsten 30 Jahren kontinuierlich zu. Und 2060 wird die Zahl Hochbetagter mit etwa neun Millionen fast doppelt so hoch sein wie heute.¹ Damit verbunden ist ein Anstieg von demenziellen Erkrankungen sowie Mehrfacherkrankungen. Der Anteil älterer Menschen mit vier und mehr unheilbar fortschreitenden Krankheiten hat sich bereits in den letzten 20 Jahren verdreifacht und wird weiter steigen.²

Zu den häufigsten Diagnosen zählen Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Parkinson und Demenz.

Immer mehr Menschen möchten und können bis ins hohe Alter in ihrer bisherigen Wohnumgebung verbleiben. Das führt jedoch dazu, dass in stationäre Pflegeeinrichtungen fast ausschließlich schwerstpflegebedürftige und demenziell erkrankte Menschen in der letzten Phase ihres Lebens einziehen. So sinkt die Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen



kontinuierlich. Einer empirischen Erhebung aus den Jahren 2007 bis 2009 nach verstarben 20 Prozent der Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen, nach einem Jahr war bereits knapp die Hälfte verstorben.³

Auch die gesellschaftliche und medizinische Entwicklung spielt hier eine Rolle. Immer mehr ältere Menschen leben in einem Einpersonenhaushalt oder als kinderloses Paar. Dabei fehlen oft Angehörige und Freunde, die sich um die Senioren kümmern können. Es fehlen die sozialen Netzwerke. Daher findet Sterben nur noch selten im Kreis der Familie statt. Fazit: Immer mehr Menschen sind auf professionelle Betreuung oder Hilfe von außen angewiesen.

Infolge des medizinischen Fortschritts müssen am Lebensende häufig hochsensible Entscheidungen getroffen werden. So müssen immer öfter die Betroffenen selbst oder ihre Bevollmächtigten über lebensverlängernde Maßnahmen entscheiden. Gerade bei einer beginnenden Demenz ist es wichtig, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche diesbezüglich rechtzeitig festzulegen. Gespräche mit den Pflegekräften und Betreuern in den Einrichtungen können helfen, die

richtige Entscheidung zu finden. Inzwischen findet ein Umdenken in der Gesellschaft statt, das Leben nicht um jeden Preis verlängern zu wollen, sondern Tod, Sterben und Trauer als Teil des Lebens anzunehmen und diesen würdevoll und selbstbestimmt zu gestalten.



Von der Hospizbewegung angestoßen, hat sich in den letzten Jahrzehnten die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung rasant weiterentwickelt und bildet heute den Grundstein für eine würdevolle, an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Begleitung in der letzten Lebensphase. Zunächst auf die Versorgung von Tumorkranken ausgerichtet, hat Palliative Care den Blick auf

Kinder, Menschen mit geistiger Behinderung und alte Menschen im Rahmen der palliativen Geriatrie geweitet. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedeutet Palliative Care:

„[die] Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Auf die Veränderungen und Entwicklungen hat auch der Gesetzgeber reagiert und, nach der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Jahr 2009, im Hospiz- und Palliativgesetz den Anspruch auf palliative Versorgung für alle Versicherten formuliert.

Sterbebegleitung wird als Teil der Pflege und damit als Regelleistung der Pflegeversicherung ausdrücklich benannt, was ihren Stellenwert hervorheben und ihre Qualität absichern soll. Erstmals wurde in Paragraph 132g SGB V eine Beratungsleistung für zugelassene

Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur gesundheitlichen Versorgungsplanung gesetzlich verankert.



1. Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 19.
2. Kunz, R. (2011): Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In: Kojer M.; Schmid, M. (Hrsg.), Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen, S. 48 [47-74].
3. Schönberg, F.; de Vries, B. (2011): Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen. In :Theorie und Praxis in der sozialen Arbeit, Heft 5/2011, S. 370-375.

Ziele der palliativen Versorgung in den Diensten und Einrichtungen des ASB

Wenn schwerstkranke und sterbende Menschen auf Pflege und Begleitung angewiesen sind und ihre An- und Zugehörigen Unterstützung benötigen, um mit der Situation des Abschieds umzugehen, bedarf es kompetenter und einfühlsamer Pflege- und Betreuungskräfte. Um eine kontinuierliche palliative Versorgung sicherzustellen, müssen zudem verlässliche Strukturen in den pflegerischen Einrichtungen und Diensten des ASB vorhanden sein.

Mit den vorliegenden Qualitätskriterien wollen wir die wachsenden Anforderungen stärker als bislang in den Kontext der Versorgungsleistungen stellen und unsere Pflegeeinrichtungen und Dienste dauerhaft auf die zukünftigen Herausforderungen vorbereiten. Mit einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung wollen wir schwerstkranken und sterbenden Menschen ein würdevolles Lebensende ermöglichen und vermeiden, dass sie aufgrund mangelnder Versorgungs- und Unterstützungsangebote zum Sterben in ein Krankenhaus gebracht werden und ihr Lebensende nicht in ihrer gewohnten Umgebung, zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung verbringen können. Sterbende Menschen sollen dar-

auf vertrauen können, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein gelassen werden und die Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung, die sie benötigen, auch erhalten.



Die Qualitätskriterien sind von der Arbeitsgruppe Palliative Care im ASB-Bundesverband erarbeitet worden. Sie haben zum Ziel, Einrichtungen und Dienste des ASB darin zu unterstützen, eine qualitativ hochwertige palliative Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu imple-

mentieren, fachlich und professionell anzubieten, verlässlich sowie nachhaltig zu entwickeln und dauerhaft zu sichern. Damit sollen

auch die Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Dienste und Einrichtungen im ASB optimiert werden.

ASB-Qualitätskriterien „Palliative Care“

Für die Dienste und Einrichtungen sind die Qualitätskriterien handlungsleitend bei der Entwicklung und Implementierung einer hospizlich-palliativen Versorgung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Angelehnt an die Kernpunkte der Qualitätskriterien sollen einheitlich geltende Mindeststandards geschaffen werden, die unter Berücksichtigung der einrichtungsindividuellen Arbeitsabläufe im ASB umgesetzt werden.

Eine erfolgreiche Implementierung der Palliative Care und deren qualitätsgesicherte Umsetzung erfordert die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, eines Konzeptes, in dem sich die hospizlich-palliative Haltung widerspiegelt sowie die notwendige Qualifikation aller an der Versorgung und Begleitung beteiligten Mitarbeiter. Eine dauerhafte Sicherung der Palliative Care ist dann gewährleistet, wenn eine gute Vernetzung mit

den Akteuren vor Ort besteht und ein geeignetes Qualitätsmanagement gelebt wird.

Organisationsstruktur

Die Basis für eine qualifizierte Palliative Care ist eine von der Leitungsebene getragene hospizlich-palliative Haltung, die in der Unternehmensstruktur verankert und von der Leitung gewünscht und gefördert wird.

Die Leitung hat bei der Implementierung eine hohe Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern, den pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen. Sie hat die Aufgabe, den Implementierungsprozess zu steuern, zu unterstützen und zu begleiten sowie die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die Implementierung setzt im Wesentlichen die Klärung der Haltung zum Leben und zum Sterben, die Unterstützung der Mitarbeiter beim Entwickeln einer soliden palliativ-

ven Qualifizierung und die Förderung von Vernetzung voraus.

Die Geschäftsführung / der Vorstand hat folgende Voraussetzungen zu schaffen:

- Es gibt eine schriftliche Erklärung zur Förderung und Sicherung von Palliative Care in der Einrichtung / im Dienst.
- Zur Implementierung werden die folgenden Ressourcen im ausreichenden Maße zur Verfügung gestellt: Finanzen, Zeitbudget, Fort- und Weiterbildung bzw. Qualifizierung der Mitarbeiter und des Qualitätsmanagementbeauftragten. Alle Mitarbeiter müssen von Anfang an in den Qualitätsentwicklungsprozess einbezogen werden.
- Die Organisation muss so strukturiert werden, dass der betroffene Mensch und nicht die funktionalen Abläufe im Vordergrund stehen.
- Zur Entwicklung und Sicherung von Palliative Care wird eine Steuergruppe eingesetzt. Ihre Aufgabe ist die Entwicklung eines Projektplans und die Koordination und Überwachung der Umsetzung

der geplanten Maßnahmen. Die Steuergruppe arbeitet an der kontinuierlichen Integration der Standards für Palliative Care in das bestehende Gesamtkonzept. Sie ist interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzt und bezieht aktiv die Betroffenen und deren An- und Zugehörige in den Implementierungsprozess ein. Für einzelne Entwicklungsschritte ruft die Steuergruppe gesonderte Qualitätszirkel/Projektgruppen zu einem konkreten Auftrag zusammen.

Wir empfehlen, dass mindestens eine Vertreterin / ein Vertreter eine zweitägige Schulung des ASB-Bildungswerks „Entwicklung und Sicherung von Palliative Care in Einrichtungen der Langzeitpflege“ besucht.

Konzeptionelle Grundlagen

Das hospizlich-palliative Handeln spiegelt sich in einem Konzept wider, in dessen Mittelpunkt der schwerstkranke und sterbende Mensch und sein soziales Umfeld stehen. Das Konzept wird unter Beteiligung der Mitarbeiter des Dienstes / der Einrichtung entwickelt und allen Mitarbeitern bekannt gegeben.

Das Konzept enthält mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten:

■ **Menschenbild und Grundhaltung**

Die Würde eines jeden Menschen und seine Einzigartigkeit werden im Leben und über den Tod hinaus geachtet, seine Autonomie wird respektiert und unterstützt. Krankheit, Sterben, Tod und Trauer werden als Bestandteil des Lebens gesehen. Der Mensch wird als ganzheitliches Wesen mit seinen physischen, psychischen, spirituell-kulturellen und sozialen Dimensionen wahrgenommen.

■ **Ziele und Aufgaben**

Ziel der palliativen Begleitung und Versorgung am Lebensende ist es, dem schwerstkranken und sterbenden Menschen durch fundierte, ganzheitliche und individuelle Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität unter größtmöglicher Selbstbestimmung zukommen zu lassen. Dabei stehen die erfolgreiche Behandlung der Schmerzen und weiterer Symptome sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und seelsorgerischen Problemen an erster Stelle.

■ **Haltung**

Dem betroffenen Pflegebedürftigen und seinen An- und Zugehörigen gegenüber wird eine hinwendende vorurteilsfreie Haltung eingenommen. Jeder Mensch erfährt die gleiche respektvolle Zuwendung, unabhängig von seinem Glauben, seiner Weltanschauung und seiner Herkunft. Seine Selbstbestimmung wird durch das Wahrnehmen und Umsetzen seiner Wünsche und Bedürfnisse akzeptiert. Das Wissen um biografische Hintergründe wird bei der Ermittlung der Bedürfnisse und Wünsche als Ressource verstanden. Zentrale Aufgabe ist die Begleitung und der Beistand des betroffenen Menschen und seiner An- und Zugehörigen.

■ **An- und Zugehörige**

An- und Zugehörige werden als Partner in die Versorgung einbezogen. Sie erfahren Unterstützung und Begleitung im Prozess des Abschiednehmens und in der Trauer.

■ **Teamarbeit/Interdisziplinarität**

Grundlage der Palliative Care ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der Begleitung und Versorgung Beteiligten. Diese ist mit Blick auf die Mitarbeiter in der Einrichtung / im Dienst und die Kooperationspartner von außen zu regeln und zu fördern.

Der Einsatz von befähigten Ehrenamtlichen ist ein zentrales Thema in der Sterbebegleitung. Durch den freiwilligen Einsatz rückt neben der professionellen Versorgung der Bereich des Mitmenschlichen, und somit ein Stück Normalität, in die Begleitung des Sterbenden. Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen bedarf daher spezieller Aufmerksamkeit und Gestaltung. Die aktive Zusammenarbeit mit einem lokalen ambulanten Hospizdienst, SAPV-Team und mit weiteren Akteuren zur Palliative Care im Quartier wird gefördert und ausgestaltet.

turellen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Die Umsetzung eines solchen Konzeptes kann nur unter Zusammenarbeit aller in dem Dienst / der Einrichtung beschäftigten Professionen sowie der an der Versorgung und Begleitung beteiligten Akteure im Quartier gelingen.

Es ist zwischen interner und externer Vernetzung zu unterscheiden. Interne Vernetzung umfasst alle Abläufe, die die Kommunikation und den Informationsaustausch innerhalb der Einrichtung sicherstellen. Sie erreicht alle Mitarbeiter und Professionen und bezieht sie in den Versorgungsprozess mit ein.

Unter externer Vernetzung sind Kommunikationswege und Informationsflüsse nach außen zu verstehen, die die Zusammenarbeit mit anderen Diensten regeln und im Versorgungsprozess verankern. Dazu gehören neben Kooperationen mit Haus- und Palliativärzten sowie ambulanten Hospizdiensten natürlich auch alle anderen Formen der Zusammenarbeit und Vernetzung mit lokalen Palliativnetzwerken, PC-Teams, stationären Hospizen, anderen Anbietern der Langzeitpflege, Sozialdiensten, Krankenhäusern, Palliativstationen, Kirchengemeinden oder Religionsgemeinschaften. Zu den Instrumenten der internen



Netzwerkarbeit und Kooperationspartner

Palliative Care ist ein ganzheitliches Betreuungskonzept, das auf die medizinischen, pflegerischen, psychosozialen sowie spirituell-kul-

und externen Vernetzung gehören u.a. Qualitätszirkel, ethische Fallbesprechungen, Pflegekonferenzen oder multiprofessionelle Arbeitsgemeinschaften. Die Einrichtung / der Dienst setzt diese bei ihrer Netzwerkarbeit ein, geht aktiv auf lokale Kooperationspartner zu und arbeitet konstruktiv mit den verschiedenen Partnern zusammen. Bestehende lokale Versorgungs- und Netzwerkstrukturen werden dabei beachtet und in die eigene Netzwerkarbeit einbezogen.

Die Einbindung der Einrichtungen und Dienste in die Netzwerke trägt zur Qualitätssicherung der regionalen und internen Hospiz- und Palliativversorgung bei und gibt gleichzeitig die Möglichkeit, gestaltend auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen Einfluss zu nehmen.

Personal und Personalentwicklung

Pflegekräfte spielen eine tragende Rolle bei der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen. Eine gute Qualifikation ist dabei der Grundstein, um die Lebensqualität des Betroffenen sicherzustellen. Grundlage hierfür ist, dass die Pflegekräfte die unterschiedlichen Krankheitsbilder am Lebensende kennen, bei

der Vielfalt auftretender Symptome adäquat handeln und die Bedürfnisse des Patienten wahrnehmen, erfragen und respektieren sowie seine Fähigkeiten aktivieren und fördern können.



Die Qualifizierung einzelner Mitarbeiter reicht für eine qualitativ hochwertige Umsetzung von Palliative Care nicht aus. Um die hospizlich-palliative Haltung mit Leben zu füllen, müssen alle Mitarbeiter durch Schulungen hierfür sensibilisiert werden. Neben spe-

ziellen Fortbildungen der Pflegekräfte in Palliative Care muss ein gemeinsames Grundverständnis geschaffen werden, das von den Pflegekräften, den Mitarbeitern in der Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung bis hin zum Hausmeister mitgetragen wird.

Die Komplexität der ganzheitlichen Versorgung erfordert eine klare Zuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden. Zudem muss sichergestellt sein, dass die fachlichen und sozialen Kompetenzen dauerhaft zur Verfügung stehen.

In der Umsetzung von Palliative Care in dem Dienst / der Einrichtung bedeutet das:

- Mindestens eine Leitungskraft verfügt über / besucht eine Weiterbildung zur Palliative-Care-Fachkraft (160 Std. nach anerkanntem Curriculum, z. B. Basiscurriculum M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer).

Wir empfehlen, dass eine Leitungskraft mit einer entsprechenden Weiterbildung den Prozess der Implementierung von Palliative Care moderiert.

- Weitere Mitarbeiter besuchen die Weiterbildung Palliative Care (160 Std. nach anerkanntem Curriculum, z. B. Basiscurriculum M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer). Die Anzahl der weiteren Palliative-Care-Fachkräfte ist abhängig von der Größe der Einrichtung / des Dienstes und den vorhandenen Ressourcen.

Wir empfehlen, dass die stationären Pflegeeinrichtungen eine Palliative-Care-Pflegefachkraft für 20 Bewohner vorhalten.

- Eine Pflegefachkraft im Dienst / in der Einrichtung verfügt über eine Weiterbildung zur „pain nurse“ / zum pflegerischen „Schmerzexperten“. Zudem sollte eine Pflegefachkraft als „Wundexperte“ qualifiziert sein. Die vorgenannten Experten stehen bei Fragen zum Schmerz- und Wundmanagement den Kolleginnen und Kollegen beratend zur Seite.
- Mitarbeiter im interdisziplinären Team eines Dienstes / einer Einrichtung müssen Palliative Care als eine integrierte Aufgabe der Pflege und Versorgung verstehen. Dafür ist es notwendig, dass sie

bereit sind, sich mit der eigenen Haltung gegenüber Leiden, Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen. Zur Förderung der Selbstreflexion sind entsprechende Angebote erforderlich.

Wir empfehlen die Schulung der Mitarbeiter zum Beispiel in Validation, zum person-zentrierten Ansatz nach Kitwood, in basaler Stimulation.

- Alle Mitarbeiter werden bzgl. konkret zu formulierender Aufgaben/Zuständigkeiten mit in den Prozess einbezogen. Sollte eine weitergehende Qualifizierung für die Aufgaben erforderlich sein, wird diese ermöglicht.
- Sicherung der Qualifizierung möglichst vieler Mitarbeitender (interdisziplinär) durch eine 40-stündige Fortbildung. In diesen Fortbildungen wird den Mitarbeitenden ein Basiswissen zu Palliative Care vermittelt. Die Anzahl der geschulten Mitarbeiter ist von der Größe des Dienstes / der Einrichtung und den vorhandenen Ressourcen abhängig.
- Die in der hospizlichen und palliativen Begleitung eingesetz-

ten ehrenamtlichen Mitarbeiter sollten eine Schulung und Begleitung erfahren, die sie für die Begegnung mit Sterbenden und Schwerstkranken sowie deren Angehörigen vorbereitet. Hierfür ist eine entsprechende Basisschulung vorzusehen. Den Ehrenamtlichen steht in dem Dienst / der Einrichtung ein verlässlicher Ansprechpartner zur Seite.

- In einem Fortbildungskonzept ist geregelt, wie der Dienst / die Einrichtung regelmäßig und systematisch das für Palliative Care erforderliche Wissen ermittelt und mit bestehendem Wissen in der Organisation abgleicht sowie entsprechende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Wissens einleitet.

Qualitätssicherung

Zur nachhaltigen Sicherung der im Konzept formulierten Willensbekundungen bezüglich Palliative Care müssen konkrete Schritte zur Umsetzung in den entsprechenden Verfahrens- und Prozessbeschreibungen/Arbeitsabläufen verbindlich geregelt sein. Damit wird sichergestellt, dass die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen nicht von der persönlichen Kompetenz einzelner Mitarbeiter abhängig, sondern gelebter Alltag im Dienst / in der Einrichtung ist.

Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass sich Palliative Care nicht auf die letzte Lebensphase, die Terminalphase, beschränkt. Insbesondere ältere Menschen leiden häufig unter chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, die nicht zwangsweise und unmittelbar zum Tod führen. Ihre Lebensqualität kann durch die palliative Pflege und Versorgung maßgeblich verbessert werden. Die hospizlich-palliative Versorgung und Begleitung ist als Prozess anzusehen, dessen Grundsätze schon im Frühstadium der letzten Lebensphase angewandt werden sollten.

Zur dauerhaften Umsetzung und Sicherung der beschriebenen hospizlich-palliativen Haltung in der Einrichtung / im Dienst sollten folgende Regelungen getroffen werden:

Im Verhältnis zwischen Dienst/Einrichtung sowie Pflegebedürftigen

- Der Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsvollmachten ist geregelt. Ein diesbezüglich bestehender Beratungsbedarf wird systematisch erfragt und eine entsprechende Beratung ist sichergestellt.
- Begleitung und Beratung wird als Prozess verstanden, der mit der Aufnahme / dem Einzug beginnt und entsprechend in den Eingewöhnungs- und Aufnahmeverfahren berücksichtigt wird.
- Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse, Ängste, Erfahrungen der Pflegebedürftigen, insbesondere für die letzte Lebensphase. Vorgaben zur Erfassung von biografischen Angaben sind vorhanden.
- Das (Wohl-)Befinden, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Wahrnehmungseinschränkungen werden systematisch erkannt.
- Erfassen und Berücksichtigen der Wünsche für das Verfahren nach dem Tod, wie z. B. die mögliche Dauer des Verbleibs des Verstorbenen in der Einrichtung bzw. zum Verbleib des Toten in der häuslichen Umgebung.
- Regelungen zur Symptomkontrolle und -linderung, insbesondere bei Schmerzen („Total Pain“-Konzept) und Leitlinien zur pflegerischen Praxis der Versorgung schwerstkranker, sterbender und verstorbener Menschen liegen vor. Die Versorgungsplanung für

das Lebensende und die Erstellung von Notfallplänen sind verbindlich geregelt.

- Maßnahmen zur Sicherstellung der Umsetzung der Wünsche in der Sterbephase und der würdevollen Begleitung über den Tod hinaus wurden getroffen. Im stationären Bereich sollten Richtlinien für Bestattungsunternehmen aufgestellt werden.

An- und Zugehörige

- Regelungen zur Einbeziehung, Begleitung, Anleitung und Unterstützung der An- und Zugehörigen. Hierzu gehören u.a. unterstützende und entlastende Angebote für (pflegende) An- und Zugehörige sowie die Beratung und Aufklärung der

An- und Zugehörigen über Symptome und Erscheinungen am Lebensende (z. B. durch Letzte-Hilfe-Kurse).

- Angebote für An- und Zugehörige zur Gestaltung der Begleitung und des Abschiednehmens und zur Trauerbewältigung (ggf. Vermittlung). Sie sollten bei der Versorgung des Verstorbenen und der Gestaltung des Raumes einbezogen werden (ggf. Angebote der Aussegnung).
- Wenn der schwerstkranke und sterbende Mensch seine Wünsche nicht äußern kann, werden die An- und Zugehörigen bzw. die Bevollmächtigten zu den Wünschen für das Verfahren nach dem Tod befragt.

Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter

- Berücksichtigung der Anforderungen an Palliative Care in der Personalfindung und -entwicklung sowie bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Unterstützende Angebote für Mitarbeiter zur Gestaltung des Abschieds und Gedenkens, der Entwicklung einer eigenen Haltung zu Begleitung und Versorgung am Lebensende und zur



Verarbeitung von belastenden Situationen wie gemeinsame Rituale des Abschieds, Supervision, kollegialer Austausch, kollegiale Beratung sowie die Möglichkeit der externen professionellen Begleitung bei besonderen Situationen (z. B. Todeshäufung, Suizid etc.)

Wir empfehlen, dass der Besuch einer Trauerfeier als Arbeitszeit zählt.

- Regelungen für den Umgang, die Koordination und Schulung der ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Begleitung von Menschen am Lebensende liegen vor. Ansprechpartner für die ehrenamtlich Mitarbeitenden sind benannt und bekannt.
- Die Mitarbeiter sind in die einrichtungsbezogenen Regelungen eingewiesen. Sie sind entsprechend geschult und vertraut mit Netzwerkangeboten wie SAPV, AAPV und den lokalen Hospizangeboten. Ein Verfahrensplan regelt die Abläufe der Zusammenarbeit.

Organisationsstruktur/QM

Im Besprechungswesen wird der für die Versorgung schwerstkranker

und sterbender Menschen erforderliche Informationstransfer verbindlich geregelt. Es liegen mindestens Vorgaben zu Übergabe, Dienstbesprechungen, Fallbesprechungen / ethischen Fallbesprechungen vor.

- Organisierte Formen, die den betroffenen Pflegebedürftigen und den Mitarbeitern eine ethische Entscheidungsfindung und Auseinandersetzungsprozesse ermöglichen, sind vorzuhalten (z. B. entsprechende Gesprächsrunden, Ethik-Cafés, Ethikberatung, ethische Fallbesprechungen). Denn ein selbstbestimmtes Leben bis zuletzt erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit ethischen Problemlagen. Oftmals müssen Betroffene schwerwiegende Entscheidungen treffen. Mitarbeiter müssen diese Entscheidungsfindungsprozesse professionell begleiten und unterstützen und bedürfen strukturierter Hilfestellungen.

Wir empfehlen die Implementierung eines Verfahrens der ethischen Fallbesprechung/ Fallentscheidung unter Leitung von ausgebildeten Moderatoren in ethischer Fallbesprechung bzw. die Kooperation mit externen Moderatoren.

Fazit und Ausblick

- Ein Fortbildungsplan, der die Belange von Palliative Care berücksichtigt, liegt vor. Dabei wird die regelmäßige Teilnahme an internen und externen qualitätssichernden Maßnahmen wie z. B. Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen mit den Themen Hospizarbeit, Palliativmedizin und Palliativpflege sichergestellt.
- Die Belastung des Arbeitsfeldes palliative Pflege wird gesehen und unter dem Aspekt der psychischen Belastungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement berücksichtigt.
- Belange von Palliative Care werden in der Dienst- und Einsatzplanung sowie bei der Rufbereitschaft berücksichtigt.
- Es gibt eine Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem SAPV-Team und einem ambulanten Hospizdienst.

Wir empfehlen zu prüfen, inwieweit es sinnvoll ist, einen eigenen ambulanten Hospizdienst aufzubauen.

Grundlage des Handelns in der Hospiz- und Palliativbewegung ist ein ganzheitliches Menschenbild. Diese Werte werden im ASB geteilt. Den Menschen soll ein würdevolles Sterben in der eigenen Häuslichkeit (dazu zählen auch die ASB-Pflegeheime) ermöglicht werden. Schwerstkranke und Sterbende benötigen ein hohes Maß an Verlässlichkeit, Kontinuität, kompetenter Pflege und Begleitung, um bis zum Lebensende gut versorgt in ihrer Häuslichkeit leben zu können. Ihre An- und Zugehörigen benötigen Unterstützung, Beratung und Begleitung, da sie oftmals einen großen Beitrag zur Versorgung und Begleitung des Sterbenden leisten.

Mit den vorliegenden ASB-Qualitätskriterien zur Umsetzung einer qualifizierten Palliative Care in der Langzeitpflege wurden Anforderungen formuliert, die einheitliche Qualitätsmaßstäbe sicherstellen. Gleichzeitig ermöglichen sie den Einrichtungen oder Diensten des ASB, Konzepte und Verfahren selbst zu entwickeln. Palliative Kultur hängt von der Kultur der Menschen, der Region, in der sie leben, sowie von den internen und externen Ressourcen ab.

Palliative Care bedarf einer ausreichenden Finanzierung der

Leistungsanbieter, um nachhaltig, qualifiziert und flächendeckend umgesetzt werden zu können. Nach Paragraph 82 SGB XI steht zugelassenen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen eine leistungsgerechte Vergütung zur Erfüllung des Versorgungsauftrags zu. Es muss daher sichergestellt sein, dass die Leistungserbringer ihre Aufwendungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung finanzieren können. Die allgemeine Palliativversorgung (AAPV) ist zurzeit, im Gegensatz zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), nicht ausreichend gesetzlich geregelt und wird in der Pflege nicht auskömmlich refinanziert.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass etwa zehn Prozent aller Ster-

benden der SAPV bedürfen. Damit bleibt die Versorgung der verbleibenden 90 Prozent finanziell unsicher. Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung werden von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht und müssen zusätzlich angemessen vergütet werden. Das Hospiz- und Palliativgesetz hat für sie keine relevanten Verbesserungen gebracht.

Es ist Aufgabe des ASB, sich in der Zukunft gemeinsam für eine auskömmliche und leistungsgerechte Vergütung der Palliative Care einzusetzen, damit jeder Mensch in seiner letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhält.



Glossar wichtiger Begriffe

Ambulante Hospizdienste

Die meisten Menschen möchten bis zum Lebensende zu Hause oder im vertrauten Umfeld bleiben. Dies zu ermöglichen, ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste. Sie stellen geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter bereit, die für die menschliche und psychosoziale Begleitung verantwortlich sind. Sie übernehmen keine Pflegeleistungen.

Ambulante Hospizdienste bieten in der Regel auch eine Trauerbegleitung an, die Angehörige nach dem Tod der Betreuten in Anspruch nehmen können. Die hauptamtlichen Koordinationskräfte, die die Arbeit der Ehrenamtlichen organisieren und begleiten, beraten und koordinieren zudem die hospizlichen und palliativen Versorgungsleistungen.

Ambulante Hospizdienste, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, erhalten für die hauptamtlichen Koordinierungskräfte und für Sachleistungen eine Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gemäß der Rahmenvereinbarung nach Paragraf 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V. Nicht gedeckte Kosten des ambulanten Hospizdienstes erbringt der Träger durch Spenden. Für die

Betroffenen sind die Leistungen der ambulanten Hospizdienste kostenfrei. Ambulante Hospizdienste schließen vermehrt Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen. Die Begleitung findet in der häuslichen Umgebung sowie im Pflegeheim und Krankenhaus statt.

Stationäres Hospiz

In Deutschland ist ein stationäres Hospiz (hospitium = lat. Herberge) eine unabhängige Pflegeeinrichtung mit acht bis 16 Betten, in der Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende betreut werden, wenn dies zu Hause, im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung nicht möglich ist. Eine Überweisung erfolgt durch Hausarzt oder Klinik. Die gesetzlichen Regelungen hierzu finden sich in der Rahmenvereinbarung gemäß Paragraf 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V. Die ärztliche Versorgung wird durch Haus- und Fachärzte übernommen. Die Finanzierung stationärer Hospize wird von der jeweiligen Kranken- und Pflegekasse und dem Hospiz übernommen. Patienten sind seit der Gesetzesänderung im Jahr 2009 (§ 39a Abs. 1 SGB V) von einem Eigenanteil befreit.

Zur hospizlichen Haltung gehört eine Absage an künstliche Lebens-

verlängerung (Intensivmedizin). Eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen mit seinen physischen, psychischen, sozialen und kulturell-spirituellen Bedürfnissen ist handlungsleitend und wird durch ein interdisziplinäres Team gewährleistet.

Palliativstation

Palliativstationen in Krankenhäusern sind eigenständige, in ein Krankenhaus integrierte, spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheits-situation sowie die anschließende Entlassung – soweit möglich – nach Hause oder in ein Hospiz. Sie folgt einem ganzheitlichen, multi-professionellen Betreuungsansatz, häufig auch unter Einsatz von Ehrenamtlichen.

Qualifizierter Palliativarzt (QPA)

Ein qualifizierter Palliativarzt wird beratend und/oder mitbehandelnd dann tätig, wenn spezielle palliativmedizinische Kenntnisse für die

Symptomkontrolle erforderlich sind. Er wird in der Regel auf Anforderung der behandelnden Haus- oder Fachärzte tätig. Ein QPA ist für Pflegekräfte, Hausarzt und Betroffene rund um die Uhr erreichbar.

Die Notärzte und der hausärztliche Notdienst sollten sich im Bedarfsfall an die QPA wenden können. Durch die 24-Stunden-Erreichbarkeit bei größtmöglicher Kompetenz stellt der QPA eine optimale Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor dar. Er gewährleistet die bestmögliche Symptomkontrolle, um stationäre Einweisungen – auch in dienstfreien Zeiten – auf das Notwendige zu beschränken.

Ein QPA im Sinne des Rahmenprogramms ist i. d. R. ein approbierter Arzt, der die Zusatzausbildung Palliativmedizin bei der Landesärztekammer abgeschlossen hat. Der QPA muss nachweislich über ausreichende Erfahrung in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verfügen und an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. an der Leitung des multidisziplinären Netzwerktreffens teilnehmen sowie die regelmäßige Betreuung und standardisierte Dokumentation (z. B. Palli-Dok) von jährlich 25 Palliativpatienten nachweisen.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gehört in erster Linie die kontinuierliche (Primär-) Versorgung durch Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und den ambulanten Hospizdiensten. Der überwiegende Teil schwerstkranker und sterbender Menschen wird in der Regel in der allgemeinen Versorgung betreut.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Rund zehn bis 15 Prozent der Sterbenden benötigen eine spezielle Versorgung (besondere Herausforderungen der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Wundversorgung etc.). Seit 2007 gibt es die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Sie wird von Haus-, Not- oder Krankenhausärzten verordnet und wird zusätzlich zu den übrigen Leistungen durch ein SAPV-Team erbracht. Diese Teams sind im häuslichen und stationären Umfeld für den verordneten Zeitraum tätig. Gesetzlich geregelt wird die SAPV durch die Paragraphen 37b SGB V und 132d SGB V.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 g SGB V)

Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist eine Beratungsleistung für Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Bewohner sollen dabei unterstützt werden, selbstbestimmte Entscheidungen über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen zu treffen. Die ermittelten Behandlungs- und Betreuungswünsche bilden die Grundlage für die Behandlung und Versorgung am Lebensende, wenn Bewohner ihren Willen nicht mehr selbst äußern können.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können die gesundheitliche Versorgungsplanung ihren Bewohnern anbieten, sind hierzu aber nicht verpflichtet. Einen Anspruch auf eine Durchführung dieser Planung durch die Pflegeeinrichtung haben die Bewohner daher nicht.

Weiterführende Links:

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. (DHPV)

www.dhpv.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

www.dgpalliativmedizin.de

Bundesministerium für Gesundheit

www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung.html

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2114.pdf

Impressum:

Herausgeber:

Arbeiter-Samariter-Bund
Deutschland e.V.
Sülzburgstraße 140
50937 Köln

Telefon 0221/4 76 05-0
Telefax 0221/4 76 05-303
E-Mail: info@asb.de
Internet: www.asb.de
www.facebook.com/asb.de

Druck:

DFS Druck Brecher GmbH, Köln

Bildnachweise: Hannibal (Umschlag, S. 5-7,19), B. Bechtloff (S. 4,11,12), M. Nowak (S. 16)

Text:

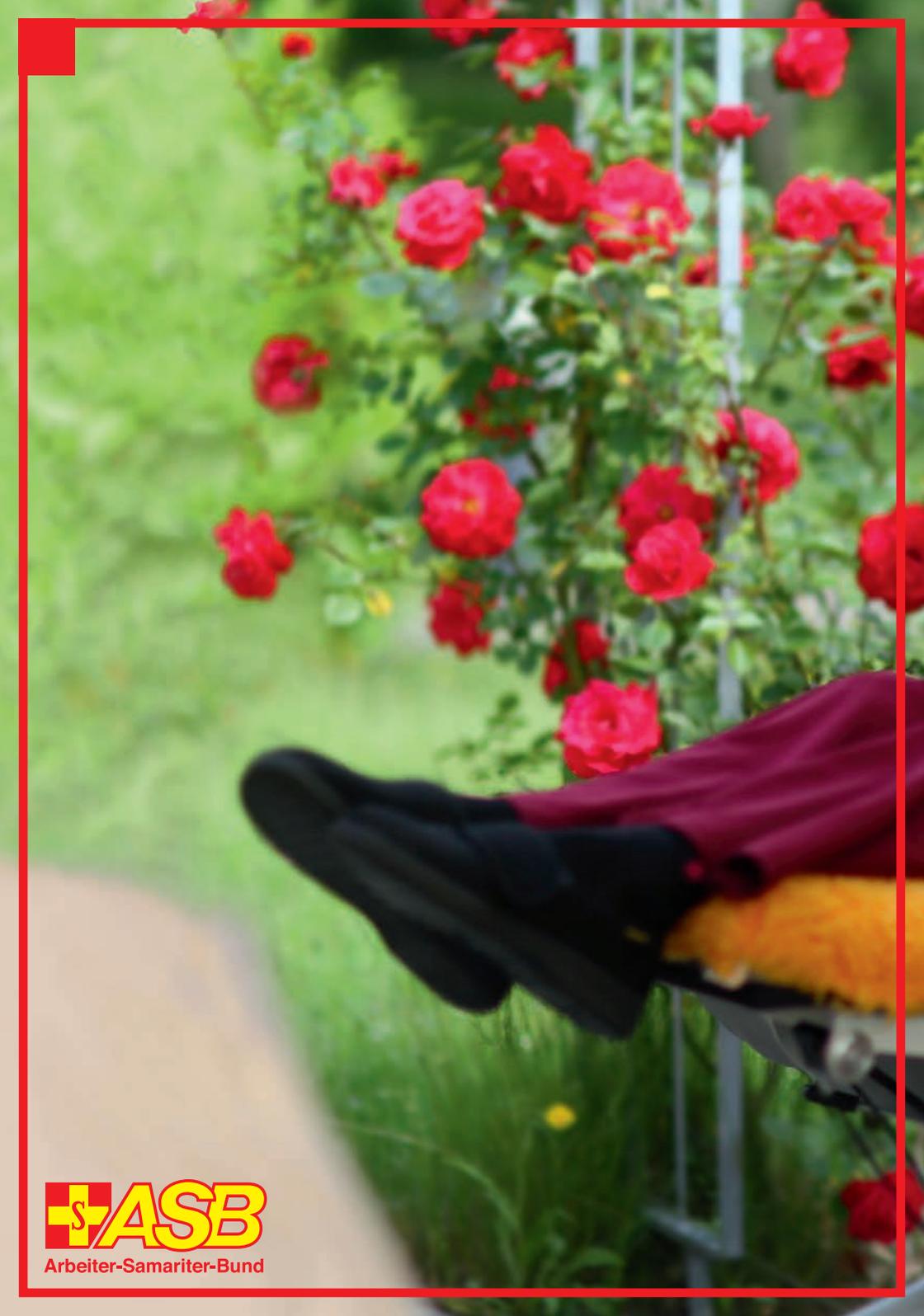
Arbeitsgruppe „Palliative Care“:

Ludwig Frölich, Sabine Hallier-Bahn-
sen, Dr. Kerstin Martin, Angelika
Mertens, Franz Müntefering, Krimhild
Niestädt, Patrick Nieswand, Matthias
Sachse, Carmen Birkholz

Redaktion und Gestaltung:

Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeits-
arbeit, ASB-Bundesverband

© ASB Deutschland e.V., Juli 2018



Arbeiter-Samariter-Bund