



Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis

Vorwort



Das Leben ist endlich – eigentlich eine einfache Wahrheit, eine Selbstverständlichkeit. Doch für Menschen, die an einer lebensverkürzenden Krankheit leiden und oft auch wissen, dass das Leben zu Ende geht, wird die Erfahrung der Endlichkeit häufig zu einer schweren Belastung. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für die Angehörigen. Darum ist es gut, dass es die Hospizarbeit und Palliativmedizin gibt, in denen Menschen für Menschen in einer solchen Lebenssituation da sind. Die ihnen Wärme schenken, Geborgenheit vermitteln und so das Abschiednehmen erleichtern. Die zugleich Schmerzen lindern, belastende Therapieversuche unterlassen und so das Ziel in den Vordergrund rücken, Lebensqualität zu erhalten. Wenn andere sagen „Wir können nichts mehr für Sie tun“, handeln die Menschen in der Hospizarbeit ganz anders: Sie setzen alles daran, den Betroffenen beizustehen und sie fürsorglich zu begleiten.

Hospizarbeit und Palliativmedizin, sie stehen für ein würdevolles, selbstbestimmtes und möglichst schmerzfreies Leben bis zum Tod. Ich wünsche mir, dass die Einrichtungen der stationären Altenpflege künftig noch stärker zu Orten werden, an denen die Prinzipien der Hospizarbeit und Palliativmedizin Raum finden.

Während der Tod früher noch viel stärker Teil des Alltags war, Sterben sich meist in vertrauter Umgebung, im Kreis der Familie vollzog, gibt es dieses Umfeld inzwischen oft nicht mehr. Heute werden auch die stationären Pflegeeinrichtungen immer stärker zu Orten, an denen Menschen sterben.

Es spricht also viel dafür, Hospizarbeit und Palliativversorgung und den Bereich der Pflegeeinrichtungen stärker miteinander zu verzahnen. Es geht im Kern darum, die wertvollen Erfahrungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf die spezifischen Bedarfe und Rahmenbedingungen in Pflegeeinrichtungen zuzuschneiden.

Unser Ziel ist es, die stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit allen Beteiligten noch stärker zu Häusern zu machen, in denen optimale Betreuung, Zuwendung und Geborgenheit bis zum Tod selbstverständlich Raum finden. Dabei ist es uns wichtig, nicht nur die Patientinnen und Patienten einzubeziehen, sondern im Sinne einer ganzheitlichen Hospizarbeit auch die betroffenen Angehörigen und nahen Menschen.

Besonders mit der gesetzlichen Verankerung des Anspruchs von Palliativpatientinnen und -patienten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung besteht eine große Chance, auch schwerstkranke Heimbewohnerinnen und -bewohner in Pflegeeinrichtungen umfassend zu versorgen, so dass niemand die gewohnte häusliche Gemeinschaft verlassen muss. Die vorliegenden, zwischen Kostenträgerinnen und Kostenträgern sowie Leistungserbringenden abgestimmten Überlegungen sollen die Möglichkeiten für eine ganzheitliche, bedarfsgerechte Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen aufzeigen und dazu beitragen, die hospizliche Haltung in den Einrichtungen als Teil einer neuen Hospizkultur zu verankern und zu stärken.

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine sehr gute Infrastruktur in der Hospiz- und Palliativversorgung. Ihr Herzstück bilden die landesweit bestehenden qualifizierten und spezialisierten Versorgungsteams und -netzwerke, in denen die beteiligten Berufsgruppen kooperativ, interdisziplinär und Sektor übergreifend zusammenwirken. Sie sind Garantinnen für eine professionelle Palliativversorgung und hospizliche Betreuung Schwerstkranker und Sterbender rund um die Uhr. Sie unterstützen auch die Pflegeeinrichtungen bei der Versorgung je nach Bedarf in Form einer Vollversorgung, Teilversorgung oder Beratung.

Ich wünsche mir, dass die bestehenden Kooperationen stärker ausgebaut werden und neue hinzukommen, denn sie sind eine große Chance zur weiteren Qualitätsverbesserung der pflegerischen Versorgung. Dabei kann die neue Konzeption als Leitschnur dienen und viele nützliche Hinweise geben.

Das Land NRW wird den Umsetzungsprozess zur Implementierung der Versorgungsangebote der Hospizarbeit / Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in NRW aktiv begleiten und unterstützen.

Ich danke allen Akteurinnen und Akteuren sehr herzlich für ihr Engagement und wünsche ihnen bei dieser für die Versorgung bedeutsamen Arbeit viel Erfolg!



Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

7 I. Ausgangslage

- 7 Pflegeheime als Sterbeorte
- 7 Hospizkultur in Pflegeheimen
- 7 Anspruch auf Palliativversorgung
- 8 Konzeption zur Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen

9 II. Ziel und Bedarf der Palliativversorgung

- 9 Zielgruppe
- 10 Angehörige
- 10 Bedarf

11 III. Inhalte und Maßnahmen der Palliativversorgung

- 11 Erkennen und Behandeln von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen
- 11 Symptombehandlung
- 11 Dokumentation
- 11 Hospizliche Haltung
- 12 Kommunikation

12 IV. Akteure und Leistungserbringer / Leistungserbringerinnen

- 12 Beruflich Pflegende
- 12 Haus- und Fachärztinnen und -ärzte
- 12 Palliative Care Teams (PCT) / Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD)
- 13 Ambulante Hospizdienste mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- 13 Netzwerkpartnerinnen und -partner
- 13 Träger und Heimleitungen

14 V. Versorgungsmodelle

- 14 Stufenmodell der Palliativversorgung
- 14 Allgemeine Palliativversorgung
- 15 Spezialisierte Palliativversorgung (SAPV)
- 16 Modelle zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen
- 16 Konzepte in der Pflegeeinrichtung
- 17 Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Qualifikation in jedem Wohnbereich
- 17 Konsil-Team für die gesamte Einrichtung
- 17 Konzepte auf lokaler Ebene
- 18 Konzepte auf Trägerebene

19 VI. Umsetzungsmaßnahmen

20 VII. Qualitätssicherung

- 20 Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- 20 Definition von Qualitätsstandards
- 20 Qualitätszirkel und Fallkonferenzen
- 20 Fort- und Weiterbildungen

21 VIII. Ausblick

21 IX. Danksagung

- 22 Literatur
- 24 NRW-Projekte zur Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen

I. Ausgangslage

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland 7,5 Millionen Menschen in der Altersgruppe >74 Jahre. Damit hängt auch eine Zunahme von kranken und von multimorbiden alten Menschen zusammen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wurde 2011 mit 2.501.441 angegeben (Statistisches Bundesamt 2013a). Im Zuge des demographischen Wandels wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 bundesweit bis auf 3.371.000 ansteigen (Statistisches Bundesamt 2010). Allein in Nordrhein-Westfalen wird ein Anstieg von 547.833 in 2011 (Statistisches Bundesamt 2013b), auf 693.000 in 2030 (Statistisches Bundesamt 2010) erwartet.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wünscht sich nach den Ergebnissen von zwei NRW-Modellprojekten (2000 bis 2002) nach Möglichkeit einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis zum Lebensende. Dennoch wurden im Dezember 2011 bundesweit 743.120 Pflegebedürftige in Heimen versorgt, davon immerhin 723.451 in vollstationärer Dauerpflege (Statistisches Bundesamt 2013a). Für Nordrhein-Westfalen wurden 158.747 Pflegebedürftige in Pflegeheimen und davon 153.972 in vollstationärer Dauerpflege dokumentiert (Statistisches Bundesamt 2013b). Auch diese Zahl wird in den nächsten 20 Jahren im Zuge des demographischen Wandels weiter ansteigen.

Die überwiegende Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner wird bis zum Lebensende in der Pflegeeinrichtung versorgt, die für sie zu ihrem Zuhause geworden ist. Damit ist der Umgang mit Sterben und Tod eine der Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen.

Pflegeheime als Sterbeorte

Der gesellschaftliche Wandel mit dem teilweisen Verlust von familiären Bindungen führt dazu, dass Menschen häufiger in Institutionen und nicht mehr im Kreise der Familie sterben. Für den Großteil der Menschen in Deutschland ist der Sterbeort das Krankenhaus, Pflegeheime nehmen jedoch mit zunehmendem Sterbealter eine immer bedeutendere Rolle als Sterbeort ein (Pleschberger 2006). Die Verweildauer wird immer kürzer und Menschen kommen für einen eher kurzen Zeitabschnitt am Lebensende ins Pflegeheim, wo in Deutschland 30 % der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten drei Monate nach der Aufnahme (Gronemeyer und Heller 2008) und 60 % innerhalb des ersten Jahres (Daneke 2009) versterben.

Die Versorgung sterbender Menschen wird damit stärker als bisher zu einer Kernaufgabe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeheimen. Pro Jahr begleitet jede Pflegekraft in einer stationären Pflegeeinrichtung durchschnittlich neun sterbende Menschen (Brüll 2004). Damit sind oft große persönliche Herausforderungen verbunden. Die meisten empfinden die Begleitung Sterbender als besonders wichtige Tätigkeit, aber auch als belastend, nicht selten verbunden mit dem Gefühl, überfordert zu sein.

Hospizkultur in Pflegeheimen

Die Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschränkt sich nicht nur auf die – eine angemessene medizinische Versorgung ergänzende – Grund- und Behandlungspflege. Die Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende erfordert eine hohe Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen; für die jeweils bestehenden und sich im Verlauf der Begleitung nicht selten verändernden Vorstellungen eines guten und erfüllten Lebens am Lebensende.

Hospizkultur und Palliativversorgung stellen die für die Betreuung und Versorgung Verantwortlichen nicht selten vor tiefgreifende – auch ethische – Entscheidungen mit Blick auf die weitere Behandlung und Pflege, möglicherweise mit Blick auf eine Therapiezieländerung, bei der die bisherige Behandlung nicht fortgeführt und eine Behandlung im Sinne der Palliativversorgung mit umfassender Symptomkontrolle eingeleitet wird. Dabei ist nicht nur der unbedingte Respekt vor der Menschenwürde wichtig, sondern es sind auch Möglichkeiten zu schaffen, damit sich diese Würde in konkreten Situationen verwirklicht, damit sie leben kann – auch dann, wenn sich Menschen nicht mehr deutlich vernehmbar artikulieren können.

Anspruch auf Palliativversorgung

Wenn auch mit den Fortschritten der modernen Medizin Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei Alten und Hochbetagten häufig lange erhalten werden können, sind Alter und insbesondere die letzte Lebensphase vor dem Tod doch oft mit chronischen Krankheiten und langem Siechtum verbunden. Krebserkrankungen, aber auch andere chronische Erkrankungen, wie Herz-, Lungen- oder

Nierenerkrankungen, können im fortgeschrittenen Stadium mit ausgeprägten Funktionsverlusten, körperlichen Symptomen und psychosozialen Problemen verbunden sein. Ebenso können Erkrankungen wie Schlaganfälle oder Demenz zu dauernder Pflegebedürftigkeit führen und die gewohnten Alltagsaktivitäten verhindern. Viele Bewohnerinnen und Bewohner mit diesen Erkrankungen leiden unter körperlichen Symptomen und anderen Problemen. Menschen, die in Pflegeheimen sterben, sind zunehmend multimorbid (Kostrzewa und Gerhard 2009).

Unheilbar kranke und sterbende Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen benötigen zum großen Teil eine Palliativversorgung, um Symptome und andere Probleme zu lindern. Alle Bewohnerinnen und Bewohner, die unter den entsprechenden Symptomen und Problemen leiden, haben einen Anspruch auf eine palliativmedizinische Basisversorgung. In Nordrhein-Westfalen wird dieser mittels einer strukturierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) mit eigens definierten Leistungsinhalten erfüllt. Zusätzlich wurde der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch für Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen im Jahre 2007 im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) festgeschrieben.

Hiernach haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf eine SAPV. Dieser Anspruch auf SAPV gilt nach § 37b Abs. 2 SGB V explizit für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

In den letzten Jahren wurden in einigen Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wie auch in anderen Ländern Modellprojekte zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Beratung, Anleitung und Ausbildung initiiert und engagiert durchgeführt. Die Erfahrungen aus den Projekten finden sich in zahlreichen Berichten oder auch zu Gruppenimplementierungen wieder. Die große Spannweite der Projekte und die unterschiedlichen Erfahrungen begründen die Notwendigkeit, Unterstützungsangebote für die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und mit den Akteurinnen und Akteuren sowie mit den Leistungserbringerinnen und -erbringern zu diskutieren.

Konzeption zur Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen

Auf der Grundlage der in diesen unterschiedlich konzipierten Projekten gewonnenen Erkenntnisse wurde im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) eine Konzeption zur Implementierung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in NRW entwickelt.

Diese nimmt insbesondere Bezug auf die Bestimmungen zur SAPV nach § 37 b SGB V und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010) sowie auf das Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahre 2005 (MAGS 2005), aber auch auf die aktuelle Situation in Nordrhein-Westfalen nach der Einführung von mehreren für die Palliativversorgung relevanten Gesetzesänderungen in den vergangenen Jahren wie z.B. die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung im Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (Bundesministerium für Justiz 2009) oder die Einführung von Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium. Ebenso werden das Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie die internationalen Empfehlungen zur Palliativversorgung bei Älteren berücksichtigt (World Health Organization Regional Office for Europe 2004a, World Health Organization Regional Office for Europe 2004b, World Health Organization Regional Office for Europe 2011).

Zur Vorbereitung dieser Konzeption wurde im Auftrag des MGEPA ein mehrstufiges Projekt durchgeführt. Als Projektträger wurde die Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) Rheinland eingesetzt. Die Projektarbeiten wurden von Lukas Radbruch, David Pfister, Sigrun Müller und Felix Grützner übernommen. Martina Kern und Monika Müller unterstützten die Projektgruppe in beratender Funktion. Mit den Vorarbeiten wurden Literaturrecherche, Expertinnen- bzw. Experteninterviews und die Erfahrungen von insgesamt 28 Projekten zur Implementierung von Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgewertet. Die Ergebnisse wurden auf einem Expertinnen- bzw. Expertenworkshop im Juli 2011 diskutiert und Thesen zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen formuliert. Diese Kernaussagen wurden von Januar bis März 2012 in einem zweistufigen Konsensverfahren mit einer Delphi-

Technik in einer großen Expertinnen- bzw. Expertenstichprobe abgesichert.

Die hier vorgelegte Konzeption formuliert die Grundvoraussetzungen für eine angemessene Begleitung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen in Pflegeeinrichtungen, die eine Palliativversorgung benötigen.

Dabei wurden soziodemographische und medizinisch-pflegerische Faktoren und Risiken gleichermaßen berücksichtigt. Eine ganzheitliche Behandlung und vor allem eine vorausschauende und integrative Planung der Versorgung sollen eine hohe Lebensqualität dieser Menschen und den Verbleib in der gewohnten Umgebung bis an das Lebensende gewährleisten.

II. Ziel und Bedarf der Palliativversorgung

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativversorgung als einen Ansatz, mit dem die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebenslimitierenden Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind.

Dies soll durch frühzeitiges Erkennen, fehlerlose Erfassung, Behandlung von Schmerzen und Linderung von Leiden sowie anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen und/oder Bedürfnissen erfolgen. Ziel der Palliativversorgung ist das Erreichen einer von den Betroffenen selbst als möglichst hoch eingeschätzten Lebensqualität. Hierbei ist die Einbeziehung der Angehörigen von erheblicher Bedeutung.

Mittels einer gut eingestellten Medikation oder nichtmedikamentöser Therapieverfahren können belastende Symptome wie Schmerzen und Luftnot meist gut gelindert werden. Die Integration von Gesprächsangeboten durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen oder Seelsorgerinnen und Seelsorger kann entlastend wirken, wenn Schwerstkranke und Sterbende unter belastenden psychischen, ökonomischen oder spirituellen Problemen leiden. Die Beteiligung von in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen befähigten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht darüber hinaus intensive menschliche Begegnungen und Gespräche auch jenseits der oft nicht weniger intensiven Gespräche mit den am unmittelbaren Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.

Eine wirksame und umfassende hospizlich-palliative Versorgung setzt voraus, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Grundprinzipien der Hospizkultur und Palliativversorgung vertraut sind. Dies ist nicht nur der Bereich der beruflich Pflegenden, sondern umfasst auch

alle anderen Mitarbeiterbereiche wie Physiotherapie, Sozialarbeit, Reinigungsdienst, Küche und Verwaltung. Dazu gehört vor allem eine Haltung, die die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner in den Vordergrund stellt.

Neben der pflegerischen Arbeit im engeren Sinne sollte das Kommunikationsverhalten ebenso wie Entscheidungsfindung und Zielsetzung auf allen Ebenen der Einrichtung im Einklang mit den Prinzipien der Hospiz- und Palliativversorgung stehen.

Zielgruppe

Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung haben bei Bedarf Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung. Dies gilt nicht nur bei Tumorerkrankungen, sondern auch bei anderen unheilbaren, lebenslimitierenden Erkrankungen, wie z.B. Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Demenz oder im Zustand nach Apoplex sowie in den Endstadien internistischer Erkrankungen, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz. Es ist jedoch nicht gesichert, dass dieser Bedarf von den betreuenden Hausärztinnen und Hausärzten sowie von den beruflich Pflegenden erkannt wird und die erforderliche Versorgung erfolgt. Der Übergang von einer noch nicht unmittelbar palliativ zu versorgenden Erkrankung hin zum eindeutigen palliativen Bedarf ist in den Pflegeeinrichtungen fließend.

Die Palliativversorgung bei Demenz ist besonders herausfordernd, da dementiell Erkrankte nicht oder nur eingeschränkt kommunizieren können, was unter anderem die Erfassung von Schmerzen oder anderen Symptomen erschwert. Palliativmedizinische und -pflegerische

Kompetenz ist hier vor allem erforderlich bei den ethischen Konflikten und schwierigen Therapieentscheidungen, die bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz auftreten, z.B. bei der Änderung des Therapiezieles von möglichst langer Überlebenszeit hin zum bestmöglichen Erhalt von Lebensqualität und Wohlbefinden.

Angehörige

Im Konzept der Palliativversorgung in Pflegeheimen muss auch die Betreuung der Angehörigen berücksichtigt werden.

Angehörige schwer erkrankter oder sterbender Menschen sind durch die selbst geleistete Pflege, erforderliche Entscheidungsprozesse und eigene Trauergefühle häufig stark belastet. Deshalb ist die Einbeziehung der Angehörigen, explizit motivierend und einladend, an verschiedenen Punkten der Palliativversorgung in Pflegeheimen von Bedeutung. Angehörige sind nach Rücksprache mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bei ethischen Fragestellungen und in Entscheidungsprozessen einzubeziehen, z.B. durch die Teilnahme an Fallbesprechungen oder bei der Pflegeplanung. Angehörige können in besonderem Maß helfen, den mutmaßlichen Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermitteln. Die Einbeziehung kann sich aber auch auf die konkrete Beteiligung an der Begleitung in der Sterbephase beziehen, indem beispielsweise ein Gästebett zur Verfügung gestellt wird.

Auch Angehörige bedürfen eventuell einer psychosozialen Begleitung, z.B. hinsichtlich des Umgangs mit dem Abschied oder mit akuten Krisen der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

Dies gilt auch für medizinisch-pflegerische Entscheidungen. Hier kann (neben einer Patientenverfügung) das Mittragen eines Wunsches einer Bewohnerin oder eines Bewohners bedeutsam sein, wenn diese beispielsweise einen Notarzttruf ablehnen.

Bedarf

Wenngleich die Palliativversorgung vor allem in den letzten Lebenstagen und -wochen von Bedeutung ist – dabei steht zunächst die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) im Vordergrund –, so kann sie nur auf der Grundlage einer einrichtungseigenen Hospizkultur wirksam umgesetzt werden (siehe Kap. V).

Zugang zur Palliativversorgung soll aber nicht nur sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung stehen, sondern bedarfsgerecht auch früher im Krankheitsverlauf bei lebenslimitierenden Erkrankungen möglich sein, z.B. bei Therapieentscheidungen mit ethischen Fragestellungen oder zur Symptombehandlung.

Ein kleiner Teil der Bewohnerinnen und Bewohner benötigt eine spezialisierte Palliativversorgung. Genaue Zahlen hierzu liegen nicht vor. In Fachkreisen wird dieser Anteil auf 10 % aller Sterbenden geschätzt. Bei den multimorbiden und hoch betagten Patientinnen und Patienten in den Pflegeeinrichtungen wird dieser Anteil eher höher liegen, und kann auf 10 bis 20 % aller Sterbenden in Pflegeeinrichtungen geschätzt werden.

Auch hinsichtlich der spezialisierten Palliativversorgung kann sich der Bedarf auf einen Zeitraum von wenigen Tagen oder Wochen vor dem Tod beschränken, sich gegebenenfalls aber auch über Monate erstrecken.

Mit dem demographischen Wandel in Deutschland ist ein zunehmender Bedarf an Palliativversorgung zu erwarten. Mit der Zunahme alter und hochbetagter Menschen und der Abnahme von jüngeren Bevölkerungsgruppen werden immer mehr Menschen in Pflegeeinrichtungen versorgt werden und dort auch das Lebensende erleben.

Vor diesem Hintergrund wurden die nachstehend aufgeführten Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt.

III. Inhalte und Maßnahmen der Palliativversorgung

Erkennen und Behandeln von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen körperliche, psychische, soziale Probleme und spirituelle Anliegen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern erkennen, dokumentieren und geeignete Behandlungs- bzw. Begleitmaßnahmen veranlassen. Dies setzt eine Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Erfassung und Bewertung von Symptomen und Problemen voraus.

In der Pflgegetransparenzverordnung wird z.B. lediglich eine systematische Schmerzerfassung gefordert (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009). Für die Erfassung und Dokumentation der häufigen Symptome und Probleme sollten standardisierte Instrumente benutzt werden

Symptombehandlung

Für die erfassten und dokumentierten Symptome und Probleme sollten geeignete Behandlungs- und Begleitmaßnahmen eingeleitet werden, entweder durch frühzeitige Integration von externem Fachpersonal (z.B. Haus-/Fachärztinnen und -ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) oder durch eigenes Personal.

Pflegeeinrichtungen sollen den angemessenen und zeitnahen Zugang zu Schmerzmitteln (einschließlich Opioiden) und anderen Medikamenten unterstützen. Die Behandlung von starken akuten oder chronischen Schmerzen oder von schwerer Luftnot erfordert schnelle und wirksame Maßnahmen zur Linderung. Dazu gehört der Einsatz von Opioiden und von anderen Medikamenten zur Symptomkontrolle. Nicht selten werden Opioide aber trotz klarer Indikation zu spät, in zu geringer Dosierung oder gar nicht verordnet. Pflegeeinrichtungen sollten mit Hausärztinnen und -ärzten und Palliativärztinnen und -ärzten eine Liste über essentielle Medikamente erstellen, die zur Behandlung der am stärksten belastenden Symptome benötigt werden, und sie sollten abstimmen, wie diese Medikamente einschließlich der Opioide zeitnah und angemessen verordnet und eingesetzt werden können.

Dokumentation

In der Pflgegetransparenzvereinbarung wird lediglich erfasst, ob ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes vorliegt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009). Pflegeeinrichtungen sollen in ihrer Dokumentation auch den Bedarf an und die Durchführung von Palliativversorgung erfassen. Die Dokumentationsanforderungen müssen jedoch an die personellen und zeitlichen Ressourcen der Einrichtung angepasst werden („so viel wie nötig, so wenig wie möglich“).

Maßnahmen der Palliativversorgung sollten aus Gründen der rechtlichen Absicherung sowie zur Schaffung einer transparenten Kommunikation mit den Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern ebenso dokumentiert werden wie alle übrigen pflegerischen Maßnahmen. Die Dokumentation kann auch dazu beitragen, dass der Wille der Palliativpatientinnen und -patienten respektiert wird und entgegen einer bestehenden Verfügung aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen eine Krankenhauseinweisung erfolgt, obwohl diese im Vorfeld ausdrücklich durch die Bewohnerin oder den Bewohner abgelehnt wurde.

Hospizliche Haltung

Neben den Kenntnissen und Fähigkeiten, die zur Erfassung und Behandlung von Symptomen und Bedürfnissen erforderlich sind, ist die Förderung einer entsprechenden hospizlichen Haltung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine wesentliche Voraussetzung für die effektive Palliativversorgung. Diese Haltung beruht auf den Grundsätzen der Hospizarbeit.

Die hospizliche Haltung ist geprägt von Respekt vor dem Leben und der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten, von Fairness im Umgang mit sehr begrenzten Ressourcen der Betroffenen und deren Angehörigen und von einem Handlungsansatz als Unterstützung statt selbsttätigem Aktionismus (Kern et al. 2010).

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen leben häufig in einer Phase eingeschränkter Autonomie, bedingt durch körperliche und geistige Funktionsverluste und soziale Veränderungen wie die Aufgabe des eigenen Haushaltes. Umso wichtiger erscheint es, die verbleibenden Fähigkeiten zur Selbstbestimmtheit zu achten und

zu fördern. Individuelle Lebensgeschichten und daraus entstandene charakterliche Eigenheiten, lebenslang gepflegte Umgangsformen, die Einstellungen zu körperlicher Nähe und anderen Lebensbereichen gilt es zu berücksichtigen.

Kommunikation

Voraussetzung für die Umsetzung der oben beschriebenen Haltung ist die Bereitschaft zu einer offenen und

empathischen Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen und Bezugspersonen.

Eine offene und mitfühlende Kommunikation ist inhärenter Bestandteil der Palliativversorgung. Offenheit und Toleranz in der Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren Angehörigen sind Schlüsselkompetenzen der Palliativversorgung.

IV. Akteurinnen / Akteure und Leistungserbringerinnen / Leistungserbringer

Beruflich Pflegende

Der Anspruch an und das Bemühen um eine angemessene Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase ist bereits bei vielen Leitungskräften, bei Trägern und nicht zuletzt bei den beruflich Pflegenden Teil des Alltags, wie Modellprojekte zur Sterbe- und Trauerbegleitung in manchen stationären Pflegeeinrichtungen in NRW zeigen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sollten alle in der Einrichtung tätigen beruflich Pflegenden über Grundkenntnisse der Palliativversorgung verfügen und ihre hospizliche Haltung reflektieren. Damit kann sichergestellt werden, dass der Bedarf an Palliativversorgung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern rechtzeitig erkannt und ein Zugang geschaffen wird.

Ein Grundverständnis der hospizlichen und palliativen Haltung erweitert den beruflich Pflegenden darüber hinaus den Blick auf Fragen, Befindlichkeiten und Prozesse am Lebensende der Bewohnerinnen und Bewohner, selbst wenn diese sich nicht in einer offensichtlich palliativen Situation befinden.

Haus- und Fachärztinnen und -ärzte

Hausärztinnen und Hausärzte koordinieren die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie sollten zusätzliche Qualifikationen in der Palliativversorgung erwerben und mit Palliativärztinnen und -ärzten sowie mit Palliative Care Teams (PCT) bzw. Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) kooperieren. Fest eingeplante regelmäßige Visiten, Bereitschaft zu ethischen Fallbesprechungen, mit Haus-/Fachärztinnen und -ärzten sowie beruflich Pflegenden des Wohnbereichs können die Kommunikation und die gemeinsame Zielsetzung und damit auch die palliative Haltung fördern.

Palliative Care Teams (PCT) / Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD)

Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung. Neben der allgemeinen Palliativversorgung beinhaltet dies auch den Zugang zu einer spezialisierten Palliativversorgung bei komplexen Symptomen und Problemen. Die 2007 gesetzlich verankerte SAPV soll auch in Pflegeheimen bedarfsgerecht möglich sein.

Die SAPV ergänzt die Leistungen der AAPV und wird für Palliativpatientinnen und -patienten angeboten, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Sie kann nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen ambulant – also in der häuslichen Umgebung – oder in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen.

Die gesetzlichen Vorgaben regeln nicht im Detail, wie die SAPV in den Pflegeeinrichtungen praktiziert werden soll. Im Landesteil Nordrhein wird die SAPV durch Palliative Care Teams (PCT) erbracht, in Westfalen-Lippe durch Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD).

Zu empfehlen ist, dass die Pflegeeinrichtungen die Palliativversorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner in Kooperation mit den örtlichen Palliativ- und Hospizakteurinnen und -akteuren erbringen. In den Diskussionen um die Umsetzung wird dabei nicht immer zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden. Die komplexen, ganzheitlichen Anforderungen an eine spezialisierte Palliativversorgung erfordern die Kooperation mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Team.

Ambulante Hospizdienste mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Für alle schwerkranken oder sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner soll der Zugang zu einer hospizlichen ehrenamtlichen Begleitung gewährleistet sein.

Ehrenamtliche Mitarbeit ist neben der hauptamtlichen pflegerischen, medizinischen, psychosozialen und spirituellen Begleitung inhärenter Bestandteil in der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen ist ehrenamtliches Engagement fester Bestandteil in der Summe der Aktivitäten für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung in der letzten Lebensphase. Für die Sterbenden da sein, ihnen zuhören, sie trösten, mit ihnen am Sterbebett über das Ende des Lebens reden und praktische Hilfen wie etwa Behördengänge sind die Kernaufgaben der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann in Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst geregelt werden. Pflegeeinrichtungen können aber auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf die Sterbebegleitung befähigen.

Netzwerkpartnerinnen und -partner

Für die Umsetzung der Palliativversorgung sollen vorhandene Strukturen genutzt werden, wo immer dies möglich ist. Die Pflegeeinrichtungen sollen deshalb ihre Konzepte zur Palliativversorgung gemeinsam mit den lokalen und regionalen Anbietern der (allgemeinen und spezialisierten) Palliativ- und Hospizversorgung (Hospizdienste, Palliativpflegedienste, qualifizierte Palliativärzte, PKD, PCT, Palliativstationen, stationäre Hospize) entwickeln. Ferner sollen sie formelle oder informelle Kooperationen eingehen, um allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung leisten zu können. Kooperationen und Kontakte sollen zu allen an der Versorgung Beteiligten aufgebaut werden, insbesondere zu ambulanten Hospizdiensten (mit ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern), Hausärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und -ärzten sowie Palliativmedizinerinnen und -mediziner. Die Koordination der Versorgung im Netzwerk ist von hoher Bedeutung, um eine lückenlose und ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Die Koordinationswege sollten eindeutig abgestimmt sein.

In das Versorgungsnetzwerk sollten auch weitere Partner wie Apotheken, eingebunden werden.

Die Kooperation mit Apotheken sichert die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem notwendigen medizinischen Bedarf. Damit eine zeitgerechte Versorgung auch im Bereitschaftsdienst gewährleistet ist, sollte eine Liste mit essentiellen Medikamenten festgelegt werden, die in den Apotheken vorrätig gehalten werden.

In der Kooperation mit dem öffentlichen Rettungsdienst und Kassenärztlichem Notfalldienst sollen Ablaufpläne festgelegt werden, mit denen eine Notfallversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet wird, die an den Bedürfnissen und vereinbarten Therapiezielen ausgerichtet ist (z.B. Beachtung von Patientenverfügungen, Vermeidung von nicht erwünschten Krankenhaus-einweisungen).

Träger und Heimleitungen

Pflegeheime sind Wohnort und Zuhause der Bewohnerinnen und Bewohner. Die vorhandenen Personalschlüssel erlauben jedoch nicht eine Versorgung, die derjenigen in einem stationären Hospiz entspricht. Die Einführung einer angemessenen Hospiz- und Palliativversorgung erfordert insoweit zusätzliche Anstrengungen und neue Wege, um den gesetzlichen Anspruch aus dem SGB V

umsetzen zu können. Diese Umsetzung erfordert unter anderem die Überprüfung des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI.

Das Konzept der Palliativversorgung sollte sich im Leitbild der Einrichtung niederschlagen und in konkrete Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Angehörige münden.

V. Versorgungsmodelle

Für die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen müssen eigene Konzepte entwickelt werden, in denen die bewohnerbezogenen und organisatorischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Pflegeheime sind in ihrer spezifischen Struktur als Lebens- und Wohnort pflegebedürftiger Menschen weder einer Palliativstation noch einem stationären Hospiz gleich zu setzen. Sie können und sollen deren Funktionen auch nicht übernehmen, können sich gleichwohl aber an den dortigen Erfahrungen, Anforderungen und Notwendigkeiten an eine gute Sterbebegleitung orientieren.

Zur Entwicklung neuartiger Konzepte für eine Palliativversorgung kann auf die Erfahrungen der Pflegeheime selbst zurückgegriffen werden.

Die Umsetzung der Palliativversorgung ist in einigen Modellprojekten gelungen, die von Trägern, aber auch von einzelnen Pflegeheimen in den vergangenen Jahren initiiert wurden. Für die Entwicklung der Konzeption konnten 28 Modellprojekte in NRW (Auflistung s. Anlage) identifiziert werden. Die Ziele und Maßnahmen in diesen Projekten umfassen ein breites Spektrum, von Veränderungen im Leitbild der Organisation bis zu Schulungen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die bisher realisierte Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Pflegeheimen sollte bei der Erarbeitung von Konzeptionen zur Palliativversorgung in stationären Einrichtungen einbezogen werden.

Konzepte für die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen haben genderspezifische Rahmenbedingungen zu beachten. So bedürfen beispielsweise männliche Bewohner möglicherweise einer anderen pflegerischen oder psychosozialen Begleitung als die weit überwiegende Zahl der weiblichen Mitbewohnerinnen. Neben den geschlechtsspezifischen Aspekten sollten auch ethnospesifische Besonderheiten Berücksichtigung

Den Trägerinnen und Trägern sowie den Heimleitungen obliegt auch die Entwicklung und Umsetzung von geeigneten Konzepten, mit denen der Zugang zur ambulanten und spezialisierten Palliativversorgung für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die dies benötigen, sichergestellt wird.

finden. Beispielhaft kann hier die erste Generation der „Gastarbeiterinnen“ und „Gastarbeiter“ genannt werden, die mittlerweile das Rentenalter erreicht hat und deren kulturspezifische individuelle Haltung etwa gegenüber der pflegerischen Praxis, bestimmten Therapieverfahren oder den Themen Krankheit, Schmerz und Tod es zu respektieren gilt.

Stufenmodell der Palliativversorgung

Die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen kann in einem abgestuften Konzept umgesetzt werden, in dem Hospizkultur, eine allgemeine Palliativversorgung und der Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung aufeinander aufbauen.

Allgemeine Palliativversorgung

Hausärztinnen und -ärzte sowie beruflich Pflegende, die häufiger Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten behandeln und die aufgrund von spezialisierten Fort- oder Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Palliative-Care-Weiterbildung) über ein Grundwissen und Basisfertigkeiten in der Palliativversorgung verfügen, erbringen die allgemeine Palliativversorgung. Ebenso sind geriatrisch, gerontopsychiatrisch und onkologisch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte in ihren Fachbereichen an der allgemeinen Palliativversorgung beteiligt.

Für die Aufgaben in der AAPV wurden in Nordrhein und Westfalen-Lippe unterschiedliche Konzepte umgesetzt.

Nordrhein

In Nordrhein kooperieren Haus- und Fachärztinnen und -ärzte mit palliativmedizinischer Basisqualifikation in AAPV-Netzwerken mit Qualifizierten Palliativärztinnen und -ärzten (QPÄ). Die QPÄ sind Ärztinnen und Ärzte, die sich über eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin der Ärztekammer Nordrhein qualifiziert haben.

Die mit dem Palliativnetz zusammenarbeitenden Pflegedienste müssen besondere Anforderungen erfüllen, die in einem Vertrag mit den Krankenkassen festgelegt sind.

Hausärztinnen und -ärzte übernehmen im AAPV-Netz eine zentrale koordinierende Funktion. Dabei arbeiten sie je nach Bedarf eng mit Palliativpflegediensten und örtlichen Hospizdiensten zusammen. Bei der Versorgung ihrer Palliativpatientinnen und -patienten können sich die Hausärztinnen und -ärzte durch QPÄ unterstützen lassen. Hilfreich kann das beispielsweise sein, wenn spezielle palliativmedizinische Kenntnisse für die Symptomkontrolle erforderlich sind.

Die QPÄ in der Region kooperieren untereinander und bieten durch ihren 24-stündigen Bereitschaftsdienst eine bestmögliche Erreichbarkeit in Problemfällen für Betroffene, beruflich Pflegende sowie Hausärztinnen und -ärzte.

Westfalen-Lippe

In Westfalen-Lippe haben sich in allen Regionen multidisziplinäre Netzwerke entwickelt, in denen QPÄ in einem Kollegialmodell mit Hausärztinnen und -ärzten zusammenarbeiten (PKD). Diese Netzwerke schließen auch ambulante Palliativpflegedienste, ambulante Hospizdienste und andere Dienstleister ein.

Die Grundlage jeder Struktur der Palliativnetze in Westfalen-Lippe ist die zentrale Koordination, die durch Palliativpflegefachkräfte erbracht wird sowie der 24-stündige palliativmedizinische Bereitschaftsdienst. Hierdurch besteht jederzeit die Möglichkeit, alle Anforderungen von SAPV zu gewährleisten.

Spezialisierte Palliativversorgung (SAPV)

Unheilbar kranke und sterbende Bewohnerinnen und Bewohner können aber auch sehr komplexe Symptommatiken zeigen oder andere schwerwiegende Probleme haben, die eine SAPV erfordern. Die SAPV wird von einem Team entsprechend ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie anderer Professionen geleistet.

Die SAPV kann nicht von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Die enge Kooperation mit einem externen Leistungserbringer der SAPV bietet hier eine Lösung. Die Leistungen dieses Teams reichen von der Beratung und Koordination bis hin zur intensiven Palliativversorgung.

Die Hinzuziehung eines externen SAPV-Teams bedeutet nicht, dass diese Bewohnerinnen und Bewohner nur noch vom SAPV-Team behandelt werden, aber sie entlastet die beruflich Pflegenden und gegebenenfalls auch die betreuenden Hausärztinnen und -ärzte, die sich auf ihre jeweilige Kernkompetenz konzentrieren und im Sinne der Teamarbeit spezielle palliativmedizinische Anforderungen der SAPV delegieren können.

Nordrhein

Die Leistungen der SAPV werden in Nordrhein durch spezialisierte Palliative-Care-Teams (PCT) erbracht, die mittlerweile in fast allen Regionen Nordrheins etabliert sind. Ein PCT besteht aus mindestens drei qualifizierten Palliativmedizinerinnen und -medizinern und mindestens vier Palliativpflegefachkräften. Es versorgt ein Einzugsgebiet, in dem zwischen 250.000 und 550.000 Einwohner leben.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist neben den entsprechenden Qualifikationen auch die Sicherstellung einer 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen in der Woche. Dazu kommen Kooperationsverpflichtungen mit Hospizen bzw. ambulanten Hospizdiensten und örtlichen Apotheken.

Verordnet der/die betreuende Haus-, Fach- Krankenhausarzt oder -ärztin eine SAPV-Versorgung, so organisiert und leistet das PCT die häusliche Versorgung der Schwerstkranken – unter Einbeziehung des/der bisher betreuenden Haus- oder Facharztes/ -ärztin, die weiterhin in die Versorgung eingebunden werden können.

Westfalen-Lippe

In Westfalen-Lippe baut die ambulante Palliativversorgung auf den bestehenden regionalen Gegebenheiten auf und berücksichtigt die geschaffenen Leistungsstrukturen, wobei die SAPV und die AAPV integriert werden.

In mittlerweile 33 Planungsbereichen wurden Palliativmedizinische Konsiliardienste gebildet, diese bestehen aus mindestens vier qualifizierten Palliativmedizinerinnen und -mediziner und je nach Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten aus mindestens einer bis vier Palliativpflegefachkräften.

Der PKD arbeitet im Netzwerk mit den Hausärztinnen und -ärzten zusammen, die in der ambulanten Palliativversorgung die zentrale Rolle des/der koordinierenden Arztes/Ärztin übernehmen. Sofern eine SAPV geboten ist, steht der PKD hierfür zur Verfügung.

Modelle zur Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen

Für die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen stehen verschiedene Versorgungsmodelle zur Verfügung. Sie setzen auf der Ebene der einzelnen Pflegeeinrichtung, auf der lokalen und auf der Trägerebene an. Sinnvoll erscheint im Sinne einer qualifizierten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ein schrittweiser Auf- und Ausbau.

In der Pflegeeinrichtung:

- Schulung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Basiskenntnisse)
- Pflegefachkraft/fachkräfte mit Palliative-Care-Qualifikation in jedem Wohnbereich
- Konsil-Team für die gesamte Einrichtung

Auf lokaler oder regionaler Ebene:

- Kooperation mit spezialisierten Anbietern (z.B. PCT/PKD, Hospizdienst)
- Beteiligung an einem oder Leitung eines regionalen Netzwerk/s

Auf Trägerebene:

- Erweiterung des Leitbildes
- Einführung von Standards (z.B. symptomlindernde Pflege)

Das Konzept zur Palliativversorgung sollte einrichtungsspezifisch sein und die vorhandenen Versorgungsstrukturen der Einrichtung und der umliegenden Netzwerkstruktur unbedingt berücksichtigen.

Vor Beginn der Planung ist daher zunächst die Analyse des Ist-Zustandes sinnvoll, um den Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörigen sowie die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Kooperationspartnerinnen und -partner von Anfang an zu erheben und zu berücksichtigen. Insbesondere die beruflich Pflegenden in der Einrichtung sind in den Prozess der Umsetzung mitbestimmend zu integrieren (z.B. über Arbeitskreise, Qualitätszirkel). Auch andere Beteiligte (z.B. Hausärztinnen/-ärzte und Notärztinnen/-ärzte, Angehörige, Bewohnerinnen/Bewohner) sollten in die Bedarfserfassung eingebunden werden.

Die Schaffung einer interdisziplinären und multiprofessionellen heiminternen Steuerungsgruppe, die verantwortlich für die Umsetzung, Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit der Palliativversorgung zeichnet und dafür Ressourcen zur Verfügung hat, ist sinnvoll. Darüber hinaus ist die Einbindung externer Kooperationspartnerinnen bzw. -partner in diesen Prozess wünschenswert.

Die Umsetzung der Palliativversorgung kann auf unterschiedlichen Wegen realisiert werden. Die Einrichtungen und Träger sind aufgefordert, die ihrer Ausgangssituation angemessene Realisierungsstrategie zu wählen. Geeignet ist die Wahl eines Umsetzungsmodells, das auf den vorhandenen Vorerfahrungen und Vorarbeiten aufbaut. Bei allen Konzepten sowohl auf der Ebene der Pflegeeinrichtung, der lokalen Netzwerke und auf Trägerebene ist auf eine adäquate personelle und finanzielle Ausstattung zu achten.

Bei der Auswahl des Umsetzungsmodells soll die abgestufte Versorgung berücksichtigt werden. Die Hospizkultur, allgemeine Palliativversorgung und der Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung sollen aufeinander aufbauen.

Konzepte in der Pflegeeinrichtung

Konzepte zur Umsetzung der Palliativversorgung können aus einer einzelnen Pflegeeinrichtung heraus entwickelt werden. Hier können in besonderem Maße die einrichtungseigenen Ressourcen und bereits erprobten Abläufe der Standardversorgung Berücksichtigung finden.

In jeder Pflegeeinrichtung sollte in der Palliativversorgung geschultes Personal vorhanden sein, um Bewohnerinnen und Bewohnern mit entsprechendem Bedarf adäquat zu begleiten. Dies kann nach festen Vorgaben erfolgen (z.B. 10 % aller Pflegekräfte mit Palliative-Care-Qualifikation oder eine Palliative-Care-Pflegekraft pro Wohnbereich) oder durch ein Konsil-Team für die gesamte Einrichtung.

Wird von ärztlicher oder pflegerischer Seite bei einer Bewohnerin oder bei einem Bewohner der Bedarf einer Palliativversorgung festgestellt, ist zunächst von einer/ einem dazu qualifizierten Ärztin/Arzt zu entscheiden, ob eine AAPV benötigt wird oder eine Indikation zur SAPV besteht. Der palliativpflegerische Bedarf und die erforderlichen Ressourcen sollten durch eine in Palliative Care qualifizierte Pflegefachkraft eingeschätzt werden, die nötigenfalls auch eine erste Krisenintervention vornehmen kann.

Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Qualifikation in jedem Wohnbereich

Der Wohnbereich stellt in der Regel die pflegerische und organisatorische Einheit dar, in dem Bewohnerinnen und Bewohner betreut werden. Beruflich Pflegende mit Palliative-Care-Qualifikation, die einem Wohnbereich zugeordnet sind, können deshalb in unmittelbarem Bezug zu den Bewohnerinnen und Bewohnern im Wohnbereich tätig werden. Damit wird sichergestellt, dass behandlungsbedürftige Symptome oder Probleme schnell erkannt werden und eine Palliativversorgung eingeleitet wird. Die Palliative-Care-Fachkraft steht in direktem Kontakt zu allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bereichs und kann damit kontinuierlich Haltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten in der täglichen Arbeit vermitteln.

Konsil-Team für die gesamte Einrichtung

Eine andere Möglichkeit ist die Einrichtung eines Konsil-Teams, das neben palliativpflegerischem Wissen auch die palliativmedizinische Expertise von Hausärztinnen/-ärzten oder Palliativärztinnen/-ärzten einbeziehen kann.

Dieses Konsil-Team kann von entsprechend qualifizierten Sozialarbeiterinnen und -arbeitern koordiniert werden, die dann ein Case Management für die Bewohnerinnen

und Bewohner übernehmen können und die notwendigen Maßnahmen der Palliativversorgung zugänglich machen und koordinieren. Alternativ können Pflegefachkräfte mit Palliative-Care-Qualifikation, die dann zusätzlich die primär betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Palliativpflege anleiten, diese Aufgabe übernehmen.

Konsil-Teams benötigen weniger Personalstellen als die flächendeckende Ausstattung einer Einrichtung mit einzelnen Palliative-Care-Fachkräften, benötigen aber auch eine höhere Expertise, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Konsil-Teams eine größere Zahl palliativpflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner mitbetreuen. Im Konsil-Team können zusätzliche Kompetenzen, z.B. durch in der Palliativversorgung qualifizierte Seelsorgerinnen und Seelsorger eingebunden werden.

Nicht geeignet: Eigenständige Einheit mit Palliativ- oder Hospizbetten

Die Einrichtung einer eigenständigen Einheit mit Palliativ- oder Hospizbetten würde zwar Kompetenzen bündeln und einen geschützten Raum für die Umsetzung schaffen, kollidiert jedoch mit den gültigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen.

Darüber hinaus würde die Gefahr bestehen, dass Sterbende innerhalb der Einrichtung von ihrer gewohnten Umgebung und ihren gewohnten Bezugspersonen getrennt würden. Dies widerspricht dem Ziel der Integration von Palliativversorgung in Pflegeheimen.

Von der Einrichtung spezialisierter eigenständiger Einheiten mit Palliativ- und Hospizbetten zur Palliativversorgung ohne die Verknüpfung mit einer umfassenden Implementierung eines palliativen Konzeptes im ganzen Haus wird deshalb abgeraten.

Konzepte auf lokaler Ebene

In der Kooperation mit anderen lokalen Dienstleisterinnen und Dienstleistern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung müssen Konzepte zur Palliativversorgung in einem lokalen Netzwerk entwickelt werden.

Die Pflegeeinrichtung kann ein solches Versorgungsnetzwerk auch initiieren, wenn es noch nicht existiert.

Kooperation mit lokalen spezialisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

Akute Krisen, Multimorbidität oder schwerwiegende Krankheitsverläufe können eine so weitreichende Versorgung verlangen, dass je nach Bedarf speziell geschulte Fachkräfte hinzugezogen werden müssen. Dies kann durch die Kooperation mit lokalen spezialisierten Leistungserbringerinnen und -erbringern (Palliativpflegedienste, Hospizdienste, Palliativstationen, PCT und PKD) gewährleistet werden.

Teilnahme (oder Leitung) eines lokalen Netzwerkes

Vielorts haben sich lokale Netzwerke u.a. mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie anderen Versorgungsangeboten gebildet, die je nach Bedarf für die Versorgung eingesetzt werden können.

Fehlen vergleichbare Netzwerke, kann die Pflegeeinrichtung selbst zur Initiatorin von Kooperationen werden und auch die Koordination in einem solchen Palliativ-Netzwerk übernehmen.

Die Gründung eines lokalen Netzwerkes, in dem Expertinnen und Experten zusammenarbeiten, ermöglicht den bedarfsweisen Zugriff auf einen gemeinsamen Expertenpool und fördert eine gemeinschaftliche Ressourcennutzung, z.B. bei gemeinsamen Schulungen oder in der Öffentlichkeitsarbeit.

Insbesondere die Leitung eines Netzwerkes erfordert, Barrieren bei allen intern und extern an der Versorgung Beteiligten zu erkennen (z.B. durch Widerstände oder Konkurrenzängste), ihnen vorzubeugen und sie abzubauen. Die Entwicklung einer gemeinsamen Kultur, z. B. durch gemeinsame Öffentlichkeits- und Fortbildungsveranstaltungen oder die Einbindung der externen Kooperationspartnerinnen und -partner in die Steuerungsgruppe und geregelte Kommunikationsstrukturen (z. B. mit Überleitungsbögen und Listen der Kooperationspartnerinnen und -partner) kann dazu beitragen.

Konzepte auf Trägerebene

Einführung/Erweiterung eines Leitbildes oder Konzeptes zur Palliativversorgung

Auf Trägerebene kann die Einführung eines Leitbildes zur Hospizkultur und Palliativversorgung, das für alle zum Träger gehörenden Einrichtungen verpflichtend ist, mittel- bis langfristig eine Änderung bewirken. Die Einführung eines solchen Leitbildes kann jedoch nur ein erster Anstoß sein und wird für sich selbst genommen noch nicht die Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern.

Die Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes zur Palliativversorgung auf Trägerebene reicht weiter als die Einführung eines Leitbildes. Das Konzept beinhaltet die konkrete Beschreibung von Hospizkultur und Palliativversorgung. Dazu gehören ethische Positionierungen, z.B. zu Würde, Selbstbestimmung, Erfassung von Bedürfnissen, Lebensqualität oder Fürsorge, die möglichst praxisnah formuliert werden sollten. Sinnvoll ist eine Ergänzung durch Arbeitsmaterialien, wie z.B. Dokumentationsbögen oder Fallbesprechungsleitfäden. Auch die zur Umsetzung erforderlichen Veränderungen der organisatorischen Strukturen und andere Implementierungsmaßnahmen sollten verankert werden.

Mit der Implementierung eines Konzeptes auf Trägerebene wird die Palliativversorgung schnell und nach einheitlichen Vorgaben für eine große Zahl von Bewohnerinnen und Bewohner zugänglich gemacht und organisiert. Die Inhalte des Konzeptes sollten allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen, den externen Kooperationspartnern sowie in Grundzügen auch den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen bekannt sein.

Einführung von Standards für die Palliativversorgung

Während ein Leitbild nur den Rahmen vorgeben kann, in dem konkrete Maßnahmen für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner entwickelt werden müssen, hat die Einführung von einheitlichen Standards auf Trägerebene eine unmittelbare Wirkung auf die Palliativversorgung der Betroffenen.

Für die Entwicklung solcher Standards ist ein hohes Maß an Expertise erforderlich, durch interne trägereigene oder externe Palliativexpertinnen und -experten.

Bestehende Pflegestandards sollten bei der Entwicklung berücksichtigt werden, müssen aber hinsichtlich palliativer Aspekte und weiterer Besonderheiten wie z.B. Demenz überarbeitet werden.

Solche Standards sollten konkrete Maßnahmen zum Erkennen des Palliativbedarfs und den zu ergreifenden Maßnahmen enthalten wie Handlungsleitlinien zu palliativer Pflege, Sterbebegleitung, Selbstbestimmung, Abschied und Kooperation. Beispiel eines konkreten Instruments ist ein Dokumentationsbogen zu den Wünschen

und Verfügungen von Bewohnerinnen und Bewohnern für den Notfall. Ebenso wichtig sind Standards zur Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie zur Organisation der Versorgung.

Handlungsleitlinien und Standards zur Palliativversorgung (z.B. in Form von auf den Stationen hinterlegten Handbüchern) müssen konzeptionell eingebunden und von Beginn an auf ihre Alltagspraktikabilität hin überprüft werden.

VI. Umsetzungsmaßnahmen

Bei der Einführung der Palliativversorgung in einer Pflegeeinrichtung oder bei einem Träger müssen geeignete Implementierungsmaßnahmen bereits von Beginn an berücksichtigt werden, um die Palliativversorgung nachhaltig verankern zu können.

Die Kombination verschiedener Implementierungsmaßnahmen (z.B. Leitbild, Trägerkonzept, Netzwerkarbeit, Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) hat sich in der Praxis gegenüber der Umsetzung einer einzelnen Maßnahme als wirkungsvoller erwiesen und wird daher empfohlen.

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung der Palliativversorgung in einer Pflegeeinrichtung sind die folgenden Anforderungen zu beachten:

- Alle Hierarchieebenen und Organisationsbereiche der Einrichtung müssen eingebunden werden, z.B. von der Geschäftsführungsebene über die beruflich Pflegenden bis zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche.
- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitungsebene sollten sich die Einführung der Palliativversorgung zu Eigen machen, die nachgeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Notwendigkeit zu einer Veränderung der bestehenden Situation verspüren und verstehen.

- Mittel- bis langfristig müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die Personal-, Raum- oder Zeitkontingente umfassen können. Hierunter fallen insbesondere nachhaltige Qualifizierungsmaßnahmen auch unter Einbeziehung externer an der Versorgung Beteiligter, Veranstaltungen und Beratungsangebote für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für deren Angehörige, Erstellung und Anschaffung von Informations- und Dokumentationsmaterial, Freistellung von Personal für Koordinierungsaufgaben und zur Teilnahme an Netzwerktreffen oder Öffentlichkeitsveranstaltungen. Die Pflegeeinrichtung sollte flexibel auf zeitintensivere palliative Versorgungssituationen (z.B. in der Final- und Terminalphase) reagieren können (z.B. mittels flexibler Arbeitszeitregelungen; „atmende Belegschaft“; bedarfsweiser Einsatz von beruflich Pflegenden anderer Stationen).

Die Implementierung von Hospizkultur und Palliativversorgung kann sich über mehrere Jahre hinziehen. Dies gilt es von Beginn an realistisch einzuschätzen, nicht zuletzt mit Blick auf die Zufriedenheit aller Beteiligten. Die Verantwortlichen sollten sich von Verzögerungen, Widerständen oder Rückschlägen nicht entmutigen lassen und in ihren Planungen ausreichend lange Zeitspannen für die Umsetzung vorsehen. Dabei sollte immer wieder kritisch reflektiert werden, ob die Umsetzung noch wie geplant erfolgt oder unerwartete Hindernisse und Barrieren aufgetaucht sind.

VII. Qualitätssicherung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Es muss sichergestellt werden, dass die Palliativversorgung in angemessener Qualität die bedürftigen Heimbewohnerinnen und -bewohner sowie deren Angehörige erreicht. Angesichts der schon jetzt praktizierten unterschiedlichen Begleitungskonzepte spielt deren qualitative Überprüfung eine bedeutende Rolle. Die Identifizierung eindeutiger Indikatoren der Palliativversorgung ist zur Sicherung der Qualität in Modellen und Verträgen erforderlich.

Allerdings entzieht sich ein Teil der Inhalte der Palliativversorgung einer starren Qualitätskontrolle wie sie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung z.B. anhand von Checklisten praktiziert wird. Die Qualitätsmaßstäbe für eine rehabilitative Versorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner können auf den palliativen Bereich nicht eins zu eins angewandt werden.

Die Qualität ist oft nur in der individuellen Bewertung der Versorgung zu erkennen. Die Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes zur Qualität in der Versorgung Sterbender müssen auf diese individuelle Bewertung hin überprüft und entsprechend angepasst werden.

Definition von Qualitätsstandards

Pflegeeinrichtungen oder Träger sollen überprüfbare Qualitätsstandards in der Palliativversorgung definieren, damit die Qualität der geleisteten Versorgung erfasst und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Verbesserung identifiziert werden können. Bestehende Qualitätsstandards in der stationären Pflege sollten um palliative Inhalte erweitert werden.

Inhalte dieser Qualitätsstandards sind die Strukturen und Prozesse der Palliativversorgung, z.B. zur Sicherstellung der medikamentösen Behandlung, zur Einbindung der SAPV oder der Organisation von Fallkonferenzen.

Diese Qualitätsstandards geben die Zielsetzung und den Handlungsrahmen im Sinne einer Hospizkultur und Palliativversorgung vor und geben damit den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit bei der Umsetzung.

Qualitätszirkel und Fallkonferenzen

Bei komplexen Krankheits- oder Sterbeverläufen sollten regelhaft alle an der Begleitung Beteiligten in einer Fallkonferenz versammelt werden, um die Zielsetzung und den Behandlungsplan gemeinsam zu entwickeln oder neu auszurichten.

Darüber hinaus sollten regelmäßige Strukturen für Fallkonferenzen geschaffen werden, z.B. in Form von Qualitätszirkeln. Hier werden schwierige oder ethisch komplexe Situationen mit den externen Partnerinnen und Partnern wie z.B. (Fach-)Ärztinnen und -ärzten und ambulanten Hospizdiensten sowie mit dem PKD/PCT unabhängig vom Einzelfall diskutiert werden. Solche Fallkonferenzen können bei Bedarf auch für einzelne Bewohnerinnen bzw. Bewohner einberufen werden.

Fort- und Weiterbildungen

Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger sollen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Zugang zu Fortbildungen in der Palliativversorgung ermöglichen bzw. aktiv anbieten. Grundkompetenzen der Palliativversorgung können in externen, einrichtungübergreifenden Fortbildungen vermittelt werden. Es kann aber auch – je nach Größe der Einrichtung oder Trägerschaft – sinnvoll sein, eigene Angebote zur Vermittlung der Grundlagen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entwickeln (Inhouse-Schulung).

Ein Beispiel für die Basisschulung ist eine dreitägige Inhouse-Schulung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institution. Eine Schulung ist selbst für Angestellte der Verwaltung erforderlich, da diese z.B. auch Kontakt zu trauernden Angehörigen haben. Hier steht die Vermittlung von Aspekten der palliativen Haltung eher im Vordergrund als die Vermittlung pflegerischen Fachwissens. Ziele einer Basisschulung sind das Kennenlernen des einrichtungseigenen Palliativkonzeptes, die Auseinandersetzung mit dessen Bedeutung sowie das Erkennen eines Bedarfs an Palliativversorgung. Ein weiteres Beispiel ist die Basisschulung Palliative Praxis nach einem Curriculum der Robert-Bosch-Stiftung. Solche Basisschulungen sollten durch ein Implementierungskonzept und eine Praxisanleitung ergänzt werden, um das Erlernte in den täglichen Arbeitsalltag zu integrieren.

VIII. Ausblick

Die stationäre Altenhilfe braucht die Hospizarbeit und die Palliativversorgung. Pflegeeinrichtungen müssen eine Sterbekultur (weiter-)entwickeln sowie eine hospizliche Haltung und palliative Kompetenz etablieren bzw. ausbauen, um eine ganzheitliche Versorgung und Begleitung (medizinisch, pflegerisch, psychisch, sozial, spirituell) am Lebensende sicherzustellen, die sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert. Einige Pflegeeinrichtungen haben sich bereits auf den Weg gemacht, viele Heime haben noch einen – auch selbst gewünschten – Nachholbedarf.

Die hier vorgelegte Konzeption zur Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen ergänzt das bestehende Rahmenprogramm zur Palliativversorgung des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS 2005) und liefert Anregungen, mit denen die verantwortlichen Entscheidungsträgerinnen und -träger in den Pflegeeinrichtungen, bei den Trägern von Pflegeeinrichtungen und in den Institutionen des Gesundheitswesens den Aufbau und die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen lenken und koordinieren können.

Die Konzeption bietet für die Umsetzung der Palliativversorgung mehrere Optionen an, um den Unterschieden bei

den zur Verfügung stehenden Ressourcen und den bestehenden gewachsenen Strukturen gerecht zu werden. Entscheidend für die Umsetzung werden die notwendige Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie die Kooperation mit örtlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung sein. Die Ergebnisse der Befragungen dokumentieren, dass die beruflich Pflegenden in den Einrichtungen in diesem Sinne qualifiziert werden möchten. Als nächster Schritt ist nun die Umsetzung der Konzeption in der flächendeckenden Versorgung in Nordrhein-Westfalen erforderlich. Diese Umsetzung sollte konzeptionell und wissenschaftlich begleitet werden, damit zukünftig die Qualität der Palliativversorgung und die erzielte Verbesserung für die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeeinrichtungen belegt werden können. Hier ist insbesondere die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen. Des Weiteren ist die Wirkung der unterschiedlichen Umsetzungsmodelle für die Palliativversorgung zu untersuchen.

Die hier vorgelegte Konzeption sollte bei den Vergütungsverhandlungen der Vertragsparteien angemessene Berücksichtigung finden.

IX. Danksagung

Bei der Erstellung der Konzeption haben mehr als 50 Expertinnen und Experten mitgewirkt: Vertreterinnen und Vertreter aus Pflegeeinrichtungen, der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen, unterschiedlicher Träger sowie aller Bereiche der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Wir bedanken uns bei den Expertinnen und Experten, ohne deren engagierte und konstruktive Mitarbeit sowie Fachkenntnis die Erstellung der Konzeption nicht möglich geworden wäre.

Literatur

1. AWO Bundesverband e.V. Grundpositionen für eine Sterbe- und Abschiedskultur in der Altenpflege der AWO. 2010, 2. Aufl. 2011, <http://www.awo-obb-senioren.de>, Stichwort Abschiedskultur (Abruf 28.2.2014).
2. Brüll HM. Sterbebegleitung im Heim. Eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und zu Werteeinstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe, Weingarten: Institut für Bildung und Ethik; 2004.
3. Bundesministerium der Justiz. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26 März 2007. Bundesgesetzblatt Teil I 2007; Nr. 11: 378, § 37b.
4. Bundesministerium der Justiz. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. Bundesgesetzblatt Teil I 2009; 50: 2495-6.
5. Bundesministerium für Justiz. Sozialgesetzbuch I - XII. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/> (abgerufen am 28.02.2014).
6. Bundesministerium für Justiz. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes. Bundesgesetzblatt 2009; Teil I Nr. 48: 2286-7.
7. Daneke S. Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen. Die Schwester/Der Pfleger 2009; 48: 452-5.
8. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. http://www.dhvp.de/themen_stationaere-altenpflege.html (abgerufen am 28.02.2014).
9. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. www.dgpalliativmedizin.de
10. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL). Bundesanzeiger 2010; (92): 2190.
11. Gronemeyer R, Heller A. Sterben und Tod in Europa. Momentaufnahmen eines kulturellen Wandels. In: Heller A, Knop M, (Hrsg.) Die Kunst des Sterbens. Todesbilder im Film - Todesbilder heute. Düsseldorf: Filmmuseum Landeshauptstadt Düsseldorf; 2008.
12. Kern M, Müller M, Aurnhammer K. Basiscurriculum Palliative Care. Eine Weiterbildung für Pflegenden in Palliative Care Bonn: Pallia Med 2010
13. Kostrzewa S, Gerhard C. Hospizliche Altenpflege. Bern: Huber; 2009.
14. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. 2009. http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf (abgerufen am 28.2.2014).
15. Ministerium für Gesundheit, Senioren, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen – Kooperatives integriertes Versorgungskonzept. 2005. http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-palliativ.pdf (abgerufen am 28.02.2014).
16. Pleschberger S. Palliative Care in Pflegeheimen: Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. Z Gerontol Geriatr 2006; 39(5): 376-81.
17. Robert-Bosch-Stiftung. <http://www.palliative-praxis.de/curriculum-palliative-praxis-25.html> (abgerufen am 28.02.2014).

18. Statistisches Bundesamt. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. 2010.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Krankenhausbehandlung/Pflegebeduerftige5871102109004> (abgerufen am 25.02.2014).
19. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden; 2013a.
20. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Ländervergleich – Pflegebedürftige. 2013b.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002119004.pdf;jsessionid=14F090F08608F00F2358382DC4A463F4.cae2?__blob=publicationFile (abgerufen am 25.02.2014).
21. World Health Organization Regional Office for Europe. Better palliative care for older people. 2004a.
www.euro.who.int/document/e82933.pdf (abgerufen am 25.02.2014).
22. World Health Organization Regional Office for Europe. Palliative care: the solid facts. 2004b.
www.euro.who.int/document/e82931.pdf (abgerufen am 25.02.2014).
23. World Health Organization Regional Office for Europe. Palliative care for older people: better practices. 2011.
www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf (abgerufen am 25.02.2014).

NRW-Projekte zur Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen

Die nachfolgende Projektliste basiert auf einer Literaturrecherche, dem Rücklauf aus einer Fragebogenaktion an Träger und Verbände, sowie stichprobenartigen telefonischen Anfrage bei Altenpflegeeinrichtungen (Stand: Ende 2011). Daraus ergibt sich, dass diese Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Der Status der hier genannten Projekte war zum Erhebungszeitpunkt unterschiedlich (abgeschlossen/fortlaufend/beginnend). Die Ordnung erfolgte nach den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe.

Struktur und Realisierungsgrad der Projekte sind sehr heterogen, von einer informellen Handlungspraxis mit zum Teil hohem Durchdringungsgrad in einer einzelnen Einrichtung bis hin zu einem trägerinitiierten umfassenden Implementierungskonzept.

Rheinland

- Wohnanlage Sophienhof gGmbH Niederrhein: Projekt HoLDe (Hospiz Lebenswelt Demenz)
- Diakonie Düsseldorf
„Leben am Lebensende“ – Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur
- St. Marien Krankenhaus GmbH Ratingen
Schwerpunkt Palliative Pflege und Hospizliche Betreuung im St. Marien Seniorenheim Ratingen -
Integratives Projekt der Hospizbewegung Ratingen e.V.
- AWO Bezirksverband Niederrhein: Abschiedskultur
- Diakonische Altenhilfe Wuppertal gGmbH, Reformiertes Gemeindestift Elberfeld
Begleitung im Sterben – Hilfe zum Leben, Implementierung von Hospizidee
Ökumenische Hospizgruppe im Reformierten Gemeindestift
- Kaiserswerther Diakonie – Stammhaus Kaiserswerth
Implementierung von Palliative Care in Einrichtungen der Kaiserswerther Diakonie
- CBT-Wohnhaus Upladin, Leverkusen: Leben und Sterben – Lebensbegleitung ist Sterbebegleitung
- AWO Bezirksverband Niederrhein/Verein escor Düsseldorf
Lebensbegleitung bis zum Tod im Ernst-Gnoß-Haus Düsseldorf
- Caritasverband für das Bistum Essen
Lebensqualität bis zuletzt – Palliative Qualitätsentwicklung: ein Projekt des DICV Essen
Integration einer palliativen Kultur in den Altenhilfe- und Behinderteneinrichtungen
- Caritasverband Viersen: Würdige Sterbebegleitung in den stationären Einrichtungen
des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.
- Maria Hilf gGmbH, Altenzentrum Johannesstift, Brühl: Projekt zur Palliativversorgung für das
Altenzentrum Johannesstift Brühl
- Caritasverband für das Bistum Aachen: Projekt zur Palliativversorgung
- Hospizdienst St. Anna Alsdorf: Implementierung des Hospizgedankens
- Deutscher Orden Ordenswerke: Projekt zur Palliativversorgung
im Matthias Pullem Haus Köln
- Seniorenzentrum Lutherstift Elberfeld in Wuppertal: Trauercafé
- CMS Seniorenzentrum Herscheid: Wegbegleitungsgruppe
- Pro Seniore Domizil Duisburg: Projekt zur Integrierten Versorgung und Verbesserung der Palliativversorgung
- Marienhaus GmbH: Projekt zur Palliativversorgung, Waldbreitbach

Westfalen-Lippe

- Cohaus-Vendt-Stift Münster
„...den Jahren mehr Leben geben...“ Implementierung der Grundsätze der Palliativen Geriatrie im Cohaus-Vendt-Stift
- Modellprojekt LIMITS Münster: LIMITS - Unterstützung von Heimen in der Organisation von Sterbebegleitung
- Caritasverband Rheine: Projekt „Palliative Betreuung“
- Katholische Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH, Josefinum Lennestadt
Aufbau einer ehrenamtlichen Sterbebegleitung
- Theodor-Fliedner-Stiftung Gevelsberg: Aufbau eines Palliativbereiches im Dorf am Hagebölling
- AWO Westliches Westfalen: Einführung eines dokumentationsgestützten Schmerzmanagements
- Caritasverband Steinfurt: Einrichtung eines Wohnbereichs mit 8 Plätzen für Palliativpflege
- Haus der Diakonie Westerkappeln: Entwicklung einer Kultur des Abschiednehmens
- Caritasverband des Kreises Olpe: Implementierung von integrierter Sterbebegleitung und Hospizidee
- Altenwohnheim St. Josef-Stift Emsdetten: Sterbebegleitung ist Lebensbegleitung

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Ansprechpartner

ALPHA NRW
Telefon: 0228 – 746547 (Rheinland)
Telefon: 0251 – 230848 (Westfalen-Lippe)

Autorinnen und Autoren

Lukas Radbruch, Monika Müller, David Pfister,
Sigrun Müller, Felix Grützner

Druck

Druckerei Martin Roesberg, Alfter

Fotonachweis

Titelbild: Foto: Lukas Radbruch
Bild Barbara Steffens: © MGEPA NRW / Foto: Franklin Berger
Landeshaus Frontseite: © MGEPA NRW / Foto: Ralph Sondermann

© 2014/MGEPA 144

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service „Publikationen“
- telefonisch: Nordrhein-Westfalen **direkt**
0211 – 837 1001

Bitte die Veröffentlichungsnummer 144 angeben

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211-8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

