



Leitfaden für
stationäre Pflegeeinrichtungen
zur Verbesserung
der palliativen Kompetenz



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Grußwort



Etwa 97.000 Menschen leben derzeit in Baden-Württemberg in stationären Pflegeeinrichtungen. Es ist unsere gemeinsame Verantwortung, alles dafür zu tun, dass Menschen, die dort in der letzten Lebensphase betreut werden, nicht allein gelassen werden. Ihre Wünsche und Vorstellungen zu respektieren und rechtswirksam umzusetzen, ist ebenso wichtig wie die Unterstützung der Pflegenden, die diese Betreuung rund um die Uhr gewährleisten. Einen Ansatz dazu bietet die Etablierung einer nachhaltigen Palliativ Care-Kultur auch im stationären Bereich.

Zur Stärkung der Pflege und zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen bedarf es nicht nur gesetzlicher Vorgaben, sondern auch Anregungen für deren Umsetzung und konkrete Arbeitshilfen. Deshalb fördert das Land Baden-Württemberg gezielt Projekte und Konzeptionen, die eine Verbesserung der Palliativversorgung erreichen und wegweisend sind. Wichtig ist uns dabei, die umfassende und umsorgende Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen zu fördern und sicherzustellen. Dabei sollen auch die Bedürfnisse von Pflegenden und Angehörigen gebührend berücksichtigt werden.

Hierzu hat der Landesbeirat Hospiz- und Palliativversorgung, ein Expertengremium, das das Ministerium für Soziales und Integration in allen Fragen der Hospiz- und Palliativversorgung fachlich berät, erste entscheidende Impulse gegeben. Dozentinnen und Mitarbeiterinnen der Hochschule Esslingen haben den vorliegenden „Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz“ erarbeitet. Dafür wurden auf der Basis von vier offenen regionalen Workshops in Baden-Württemberg die Ideen und Vorschläge aller Zielgruppen und Interessierten in Abstimmung mit dem Landesbeirat einbezogen.

Mein Dank gilt allen, die bei der Initiierung und der Erstellung dieser Konzeption mitgewirkt haben sowie sich bei der Umsetzung der Ziele engagieren.

Herzlichst, Ihr

A handwritten signature in blue ink, reading "Manne Lucha". The signature is fluid and cursive, with the first name "Manne" and the last name "Lucha" clearly distinguishable.

Manne Lucha MdL,
Minister für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

ANLASS UND HINTERGRUND DER LEITFADENENTWICKLUNG	4
1. HINWEISE ZUR ANWENDUNG DES LEITFADENS	6
2. EINE INSTITUTIONELL VERANKERTE, IN DER PRAXIS GELEBTE PALLIATIVE CARE-KULTUR ERFASSEN UND EINRICHTUNGSSPEZIFISCH EINORDNEN	8
2.1 EINE GELEBTE PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS BASIS FÜR DIE PALLIATIVVERSORGUNG IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN	9
2.2 FACETTEN EINER INSTITUTIONELL VERANKERTEN UND GELEBTEN PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS GRUNDLAGE FÜR EINE EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE EINORDNUNG	12
2.2.1 Eine ethisch reflektierte Organisationskultur	12
2.2.2 Eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur	16
2.2.3 Eine gelebte Willkommens- und Abschiedskultur	21
2.2.4 Eine Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft	26
2.3 ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN	30
ZUSAMMENFASSUNG	39
3. ZENTRALE ELEMENTE EINER PROFESSIONELLEN PALLIATIVVERSORGUNG IDENTIFIZIEREN UND IN DEN BEZUG ZUR PALLIATIVE CARE-KULTUR STELLEN	40
3.1 EINE PROFESSIONELLE UND QUALITÄTSMÄSSIGE PALLIATIVVERSORGUNG ALS BASIS FÜR PFLEGE- UND VERSORGUNGSQUALITÄT IN DER LETZTEN LEBENSPHASE	41
3.2 ELEMENTE EINER PROFESSIONELLEN PALLIATIVVERSORGUNG	44
3.2.1 Die an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung	44
3.2.2 Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben	49
3.2.3 Begleitung, Beratung und Einbezug Angehöriger	54
3.2.4 Interne interprofessionelle Teamarbeit	60
3.2.5 Externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation	65
3.2.6 Gesundheitliche Versorgungsplanung	72
3.3 ZENTRALE ELEMENTE EINER PROFESSIONELLEN PALLIATIVVERSORGUNG IN BEZUG ZUR PALLIATIVE CARE-KULTUR STELLEN	78
ZUSAMMENFASSUNG	80
4. DEN IMPLEMENTIERUNGSPROZESS ZUR REALISIERUNG EINER PROFESSIONELLEN UND QUALITÄTSMÄSSIGEN PALLIATIVVERSORGUNG PLANEN, STEuern UND ABSICHERN	82
4.1 DIE BEDEUTUNG EINER GEPLANTEN, STRUKTURIERTEN VORGEHENSWEISE FÜR DIE NACHHALTIGKEIT DER ANGESTREBTEN VERÄNDERUNGEN	83
4.2 DAS MODELL „IMPLEMENTATION OF CHANGE“ NACH GROL UND WENSING	85
4.2.1 Grafische Darstellung des Modells in Bezug auf die Palliativversorgung	85
4.2.2 Schritte zur Implementierung von Veränderungen	87
4.3 DIE ETABLIERUNG DER PALLIATIVE CARE-KULTUR IN DEN KONTEXT DER IMPLEMENTIERUNG DER PALLIATIVVERSORGUNG STELLEN	94
ZUSAMMENFASSUNG	96
GLOSSAR	97
IMPRESSUM	105

Anlass und Hintergrund der Leitfadententwicklung

Die meisten Menschen möchten in der gewohnten, vertrauten Umgebung ihres Zuhauses versterben [1]. Für Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, stellen diese Einrichtungen ihre Häuslichkeit dar. Auch hierin begründet sich die Forderung des Ausbaus von Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen. Denn: nur wenn eine Palliative Care-Kultur etabliert ist und in der Einrichtung eine professionelle Palliativversorgung sichergestellt ist, kann dem Wunsch, bis zuletzt in der vertrauten Umgebung verbleiben zu können, bestmöglich entsprochen werden.

Der Bedarf an professioneller und qualitativvoller Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist zwischenzeitlich anerkannt und wird explizit eingefordert. Das Potenzial für den Ausbau und die Entwicklung einer professionellen Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen eröffnen auch die gesetzlichen Änderungen und Neuerungen der letzten Jahre, insbesondere das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 (HPG). Die Entwicklungen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung am Lebensende wie auch die gesellschaftlichen Anforderungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels unterstreichen die Bedeutsamkeit der systematisierten, wissenschaftlich fundierten und nachhaltigen Etablierung einer Palliative Care-Kultur. Diese Palliative Care-Kultur und das vorliegende Palliative Care-Wissen ermöglichen die Sicherstellung einer qualitativvollen, professionellen Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen [2]. Die gesellschaftlichen Entwicklungen wiederum gehen mit dem landespolitischen Streben nach Verbesserungen der komplexen Versorgungssituationen schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen einher.

Angesichts der aktuellen Entwicklungen und sich daraus ergebenden Anforderungen suchen viele Einrichtungen nach konkreten Anregungen und handlungspraktischen Möglichkeiten, ihre vorhandenen Kompetenzen in diesem Bereich zu stärken [3]. Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg greift diese Ansatzpunkte zur Verbesserung der Palliativversorgung explizit auf. Es hat das Projekt „Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz“, gefördert aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, in Auftrag gegeben.

Sie halten das Ergebnis eines einjährigen Entwicklungsprozesses in den Händen. Der Ihnen vorliegende Leitfaden verbindet wissenschaftliche Erkenntnisse mit den Anforderungen der Versorgungspraxis in einer handlungsleitenden Weise. Die wichtige Perspektive der gelebten Versorgungspraxis konnte über halbtägige Werkstattgespräche in Freiburg, Ludwigsburg, Mannheim und Ravensburg in die Leitfadententwicklung eingebunden werden. Die Teilnehmenden ergänzten den Entwicklungsprozess um Erfahrungen aus der jeweiligen Palliative Care-Praxis und vervollständigten den Leitfaden durch inhaltliche Schwerpunktsetzungen und Konkretionen. Und: Da eine professionelle Palliativversorgung grundsätzlich an der Perspektive der Betroffenen auszurichten ist, bereicherten insbesondere die Impulse der Interessensvertreterinnen und -vertreter aus dem Landesseniorenrat Baden-Württemberg e.V. den Prozess der Leitfadententwicklung. Mit diesen wichtigen Impulsen war es möglich, die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen und der älteren Menschen in Baden-Württemberg in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.

Der Leitfaden adressiert insbesondere diejenigen Personen(gruppen), welche Implementierungs- und Qualitätsentwicklungsprozesse im Bereich Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen verantworten und steuern.

Dazu zählen insbesondere:

- > Übergeordnete Fachreferentinnen und Fachreferenten aus dem Bereich Pflege, Qualitäts- und Konzeptentwicklung
- > Leitungsverantwortliche wie etwa Hausleitungen und Pflegedienstleitungen

Gleichsam werden bedeutsame Aspekte der Entlastung und Unterstützung der Mitarbeitenden auf den Wohngruppen aufgegriffen, um sehr konkrete Potentiale der Palliative Care für diese zentralen Personengruppen aufzuzeigen.

DIE INHALTE DES LEITFADENS ...

- > entsprechen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen;
- > greifen die Empfehlungen von zentralen Fachgesellschaften auf;
- > basieren auf den Werten zentraler Chartas;
- > sind auf die aktuell gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen abgestimmt [2,4-7].

DER VORLIEGENDE LEITFADEN IST ...

- > handlungsleitend;
- > praxisorientiert;
- > als Unterstützung für die Pflegeeinrichtungen zu verstehen, um den Prozess der Entwicklung einer Palliative Care-Kultur und die Implementierung der Palliativversorgung mit dem Leitfaden strukturiert und begleitet zu realisieren und einrichtungsintern zu etablieren.

DIE ARBEIT MIT DEM LEITFADEN SOLL IHNEN ...

- > zentrale Facetten der Palliative Care-Kultur und Elemente der Palliativversorgung verdeutlichen;
- > unterstützende und hilfreiche Anregungen eröffnen;
- > konstruktive Entwicklungsmöglichkeiten für Ihre Einrichtung aufzeigen;
- > erkennbare, erfolgreiche Schritte im Prozess der Implementierung einer würde- und qualitätsvollen, einer an der Lebensqualität und der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung ermöglichen.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Fegg, M; Lehner, M; Simon, S T; Gomes, B; Higginson, I J; Bausewein, C (2015): Was beeinflusst Entscheidungen am Lebensende? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58 (10), S. 1118 –1123.
- 2 DGP e.V.; DHPV e.V. (Hg) (2012): Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerstkranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebensalter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf [28.11.2019].
- 3 Landtag Baden-Württemberg (2019): Große Anfrage der Fraktion der SPD und Antwort der Landesregierung zur derzeitigen Situation der Hospiz- und Palliativ-Versorgung in Baden-Württemberg und zu ihrem Bedarf. Drucksache 16/5775. Online verfügbar unter: https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP16/Drucksachen/5000/16_5775_D.pdf [28.11.2019].
- 4 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [28.11.2019].
- 5 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 6 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 7 BMFSFJ; BMG (2019): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> [28.11.2019].

1. Hinweise zur Anwendung des Leitfadens



In diesem Kapitel des Leitfadens erhalten Sie grundlegende Hinweise, wie Sie den „Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz“ anwenden können.

Sie erfahren das übergeordnete Gesamtziel, das mit dem Leitfaden verfolgt wird, seinen Aufbau und wie Sie konkret mit dem Leitfaden arbeiten.

Der „Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz“ verfolgt sowohl ein übergeordnetes Gesamtziel als auch mehrere Teilziele, die mit der Beschreibung der einzelnen Facetten der Palliative Care-Kultur und der Elemente der Palliativversorgung verbunden sind. Diese finden Sie jeweils in den einzelnen Kapiteln explizit benannt. Als übergeordnetes Gesamtziel will der Leitfaden dazu beitragen, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg in deren letzten Lebensphase und im Sterben zu wahren oder gar zu verbessern. Hierzu werden auch die Bedürfnisse und Bedarfe derjenigen Personen(gruppen) in den Blick genommen, welche sich für die Erbringung eines Palliative Care-spezifischen Versorgungsangebots verantwortlich zeigen, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte oder SAPV-Teams.

Der Leitfaden ermöglicht es stationären Pflegeeinrichtungen, gemäß ihren je individuellen Voraussetzungen, Ressourcen und Zielsetzungen, Palliative Care – mit allen Facetten der Palliative Care-Kultur und den Elementen der Palliativversorgung – gezielt in den Blick zu nehmen und strukturiert sowie praxisorientiert zu bearbeiten.

Die Struktur und der Aufbau des Leitfadens bieten hierbei eine Orientierung. Den Leitfaden strukturieren übergeordnete Themenbereiche, die in einem engen Zusammenhang stehen und aufeinander aufbauen. Nicht immer sind diese Themenbereiche in der Praxis trennscharf, deren dargelegte Abgrenzung hilft aber dabei, Unterschiede in den Themenbereichen zu erfassen und Spezifika in den jeweiligen Ausrichtungen zu erkennen. Das wiederum ermöglicht es, die jeweils notwendige Perspektive einzunehmen und/oder die jeweiligen Bezugspunkte eindeutig zuzuordnen. Die Zusammenhänge und Verbindungen werden jeweils erläutert, so dass es möglich ist, die inhaltlichen und strukturellen Verknüpfungen in den einzelnen Unterthemen zum Gesamtthema herzustellen.

DER LEITFADEN KONKRETISIERT FOLGENDE ÜBERGEORDNETEN THEMENBEREICHE:

Erstens werden die spezifischen Facetten einer institutionell verankerten, in der Praxis **gelebten Palliative Care-Kultur** beschrieben. Dies insbesondere deshalb, um den erforderlichen Rahmen einer Palliative Care-orientierten Versorgungspraxis sichtbar zu machen und eine Einschätzung des individuellen Entwicklungsstandes der jeweiligen Einrichtungen in Bezug auf diesen grundlegenden Rahmen zu ermöglichen.

Zweitens werden ausgehend von einer etablierten Palliative Care-Kultur die zentralen Elemente einer **professionellen und qualitätsvollen Palliativversorgung** in der stationären Langzeitpflege thematisiert. Dies deshalb, um zentrale fachliche Elemente einer an der Selbstbestimmung und an der Lebensqualität orientierten Versorgungspraxis in der letzten Lebensphase aufzuzeigen.

Drittens werden bedeutsame Schritte und Prozesse einer **nachhaltigen Implementierung** einer Palliative Care-Kultur und die damit in Verbindung stehende Umsetzung einer qualitätsvollen Palliativversorgung anhand eines Modells dargestellt. Dies insbesondere deshalb, um eine handlungsleitende, strukturierte und prozessorientierte Implementierung der Palliativversorgung bestmöglich zu unterstützen.

DER LEITFADEN GLIEDERT SICH IN FOLGENDE KAPITEL:

1. Hinweise zur Anwendung des Leitfadens (Kapitel 1)
2. Eine institutionell verankerte, in der Praxis gelebte **Palliative Care-Kultur** erfassen und einrichtungsspezifisch einordnen (Kapitel 2)
3. Zentrale Elemente einer professionellen **Palliativversorgung** identifizieren und in den Bezug zur Palliative Care-Kultur stellen (Kapitel 3)
4. Den **Implementierungsprozess** zur Realisierung einer professionellen und qualitätsvollen Palliativversorgung planen, steuern und absichern (Kapitel 4)

DER LEITFADEN IST SO AUFGEBAUT, DASS ER UNTERSCHIEDLICHE ARBEITSWEISEN ERMÖGLICHT. SIE KÖNNEN SOMIT:

- > Den gesamten Leitfaden in seiner inhaltlichen Reihenfolge bearbeiten. Dies unterstützt Sie darin, einen umfassenden Überblick über die mit der Palliative Care-Kultur verbundenen Facetten zu erhalten und die jeweiligen Elemente der Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit zu erfassen. Zudem erhalten Sie einen Einblick in die Gesamtheit aller wichtigen Implementierungsvoraussetzungen, -inhalte und -prozessschritte im Rahmen der Palliative Care. Dieses Vorgehen sichert ein strukturiertes Vorgehen ab, insbesondere dann, wenn Palliative Care als noch neues Konzept in Ihrer Einrichtung zu implementieren ist.
- > Einzelne Bestandteile des Leitfadens spezifisch herausgreifen und diese fokussiert bearbeiten. Dies ist für Sie insbesondere dann von Vorteil, wenn das Konzept Palliative Care in Ihrer Einrichtung und von den verantwortlichen Personen(gruppen) in seinen wesentlichen Bestandteilen durchdrungen ist und/oder in Teilen praktisch umgesetzt wird. Dann unterstützt Sie der Leitfaden darin, spezifische Bereiche der Palliative Care nochmals ganz besonders in das Zentrum der Bearbeitung zu rücken.

2. Eine institutionell verankerte,
in der Praxis gelebte
Palliative Care-Kultur erfassen
und einrichtungsspezifisch
einordnen



2.1 EINE GELEBTE PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS BASIS FÜR DIE PALLIATIVVERSORGUNG IN STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine Palliative Care-Kultur in stationären Pflegeeinrichtungen ausmacht und welche Facetten diese enthält.

Dies dient Ihnen als Grundlage, um die Ziele und Merkmale der jeweiligen Facetten der Palliative Care-Kultur in Ihrer bzw. für Ihre Einrichtung zu erfassen und diese anhand der nachfolgenden Teile des Leitfadens in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen.



DAS VERSTÄNDNIS EINER GELEBTEN PALLIATIVE CARE-KULTUR IN DIESEM LEITFADEN

In diesem Leitfaden wird der Begriff der ‚Palliative Care-Kultur‘ verwendet. Diese Begriffsverwendung hat zum Ziel, zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um eine Kultur handelt, die in direkter Verbindung mit dem grundlegenden, professionellen Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtung steht, schwerstkranken und sterbende Menschen bis an ihr Lebensende zu versorgen und zu begleiten [1]. Der Begriff Palliative Care-Kultur soll einen gemeinsamen, übergeordneten Bezugsrahmen zwischen zentralen Errungenschaften der Hospizbewegung und dem Anknüpfen an den Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtungen schaffen [2].

Einrichtungen, in denen eine Palliative Care-Kultur gelebt wird, zeichnen sich als Organisationen dadurch aus, dass sie Palliative Care-bezogene Werte und Haltungen aktiv im gemeinsamen Miteinander erlebbar werden lassen, diese in ihre Strukturen und Prozesse reflektiert integrieren und in ihrem Handlungsalltag praktizieren.

PALLIATIVE CARE-BEZOGENE WERTEORIENTIERUNGEN UND HALTUNGEN SIND INSBESONDERE:

- > Die Bejahung des Lebens und die Betrachtung des Sterbens als Teil des Lebens;
- > Das Verständnis von schwerkranken und sterbenden Menschen als Teil der Gemeinschaft, in ihren sozialen Bezügen und in ihrer Lebenswelt;
- > Die Orientierung an der individuellen Lebensqualität der jeweils betroffenen Person;
- > Die Ermöglichung von Partizipation und Selbstbestimmung am Lebensende;
- > Die Orientierung am Palliative Care-Gedanken auf individuell abgestimmte Weise bereits ab dem Tag des Einzugs der Bewohnerinnen und Bewohner [3 – 6].

Im vorliegenden Leitfaden werden die Palliative Care-bezogenen Werteorientierungen und Haltungen als charakteristische Facetten einer Palliative Care-Kultur benannt und praxisbezogen eingeordnet.

DIE EINZELNEN FACETTEN EINER GELEBTEN PALLIATIVE CARE-KULTUR IN DIESEM LEITFADEN SIND:

EINE ETHISCH REFLEKTIERTE ORGANISATIONSKULTUR (SIEHE KAPITEL 2.2.1)

Eine ethisch reflektierte Organisationskultur ist der Rahmen für das professionelle und werteorientierte Handeln aller Mitarbeitenden und insbesondere der professionell Pflegenden. Sie schafft den Rahmen für ethische Reflexion, Entscheidungsfindung und Handeln in der Palliativversorgung der stationären Pflegeeinrichtung [7].

EINE ENTWICKLUNGSORIENTIERTE UND ENTLASTENDE TEAMKULTUR (SIEHE KAPITEL 2.2.2)

Eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur umfasst als weitere Facette der Palliative Care-Kultur das gelebte, gegenseitig stärkende Miteinander aller Mitarbeitenden. Sie umfasst die Anerkennung und den Einbezug der jeweiligen Kompetenzen und Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen wie auch der ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter. Eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur ermöglicht einen professionellen, gemeinsam getragenen Umgang mit nicht immer planbaren und höchst individuellen Begleitsituationen in der letzten Lebensphase [8,9].

EINE GELEBTE WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR (SIEHE KAPITEL 2.2.3)

Eine Palliative Care-Kultur zeigt sich auch in einer gelebten Willkommens- und Abschiedskultur gegenüber allen Menschen und Partnern der stationären Pflegeeinrichtung. Wichtig ist hierbei das erlebbare Gefühl, in der Pflegeeinrichtung willkommen und angenommen zu sein, mit Trauer offen umgehen zu dürfen und auch Abschiede würdig gestalten zu können. Möglich wird dies durch gemeinsam getragene und gelebte Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte aller Mitarbeitenden der Einrichtung [10].

EINE EINGEBUNDENHEIT IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT (SIEHE KAPITEL 2.2.4)

Unter der Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft wird die Verankerung der stationären Pflegeeinrichtung in ein Netzwerk aus professionellen und bürgerschaftlichen Unterstützungs- und Hilfeangeboten mit ihren je unterschiedlichen Kooperations- und Austauschmöglichkeiten verstanden. Besonders bedeutsam ist hier die Zusammenarbeit zwischen stationärer Pflegeeinrichtung, der Kommune, der Nachbarschaft der Pflegeeinrichtung, den Ehrenamtlichen und auch Angehörigen. Ein Zeichen für die Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft sind beispielsweise Besuche von und durch Einrichtungen der Kommune, wie etwa Kindergärten und Schulen, von lokalen Betrieben, Kirchengemeinden oder Vereinen. Die Öffnung der Pflegeeinrichtung erfolgt dabei auch in die umgebenden Strukturen hinein, indem sich Mitarbeitende aus der Pflegeeinrichtung im regionalen Umfeld mit ihrer Expertise einbringen oder an Netzwerken teilhaben, diese pflegen und ausbauen [11].

PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS BASIS FÜR EINE PROFESSIONELLE UND QUALITÄTSMÖGLICHE PALLIATIVVERSORGUNG IN DIESEM LEITFADEN

Die benannten Facetten können zwar jeweils für sich selbst stehen, sie bilden jedoch erst in ihrer Gesamtheit die Palliative Care-Kultur als Rahmen für eine professionelle und qualitätsvolle Palliativversorgung ab. In diesem Verständnis ist Palliative Care ein Querschnittsthema, das sich in sämtlichen Prozessen und Strukturen der Pflegeeinrichtung wiederfindet. Die Palliative Care-Kultur gibt im Sinne einer Organisationskultur eine grundsätzliche sowie verbindliche Ausrichtung in den Orientierungen, Zielsetzungen, Strukturen und Vorgehensweisen der Pflegeeinrichtung vor.

Die nachfolgende Abbildung stellt die Bezüglichkeit der Palliative Care-Kultur zu den Elementen der Palliativversorgung grafisch dar. Die in der Abbildung aufgezeigten Zusammenhänge und Bezüglichkeiten strukturieren und begleiten die nachfolgenden Ausführungen des Leitfadens. Die Darstellung ermöglicht es Ihnen, die jeweiligen Inhalte des Leitfadens in den Gesamtkontext von Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung einer stationären Pflegeeinrichtung zustellen.

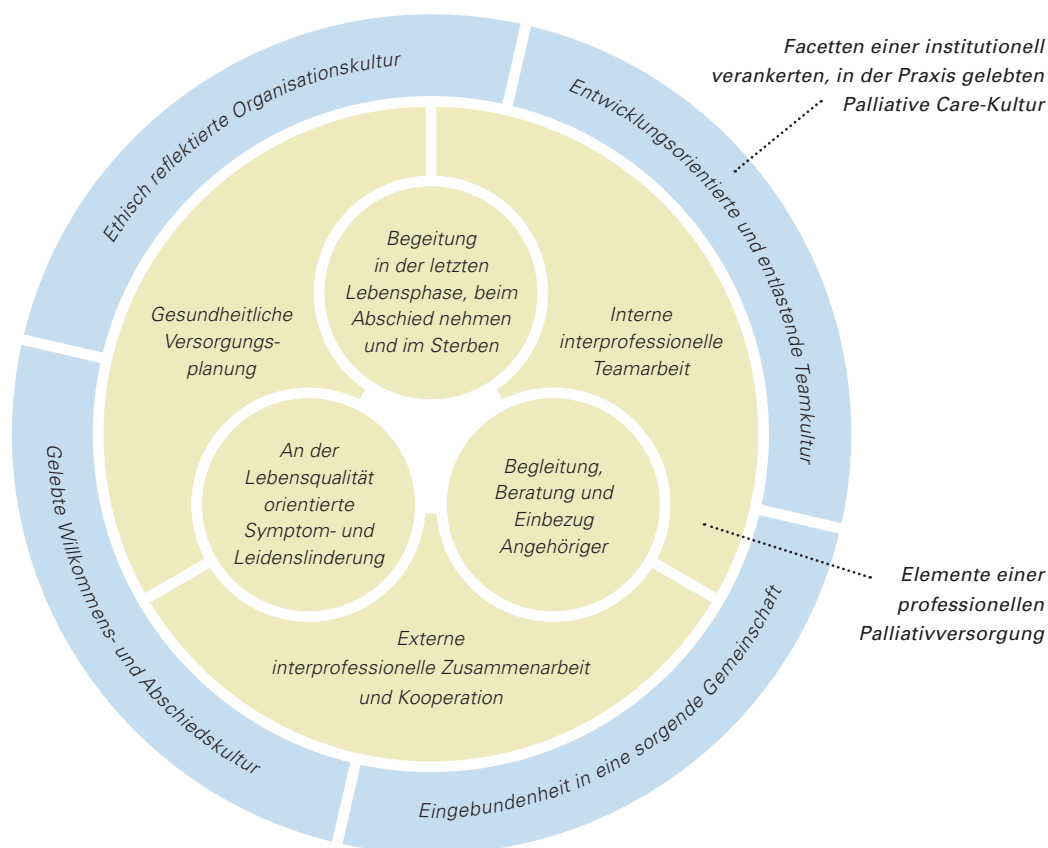


Abbildung 1:
Palliative Care-Kultur
und Palliativversorgung

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). In: Bundesgesetzesblatt 2015 (Teil 1 Nr. 48), S. 2114 – 2119.
- 2 Heller, A; Pleschberger, S (2010): Hospizkultur und Palliative Care im Alter: Perspektiven aus einer internationalen Diskussion. In: A Heller und F Kittelberger (Hg): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter: Eine Einführung. Freiburg: Lambertus, S. 15 – 51.
- 3 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OL_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [28.11.2019].
- 4 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 5 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 6 Rösch, E; Alsheimer, M; Kittelberger, F (2017): PallExcellence®. Der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 7 Dinges, S (2018): Pflegeethik organisieren und implementieren. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): Ethische Reflexion in der Pflege. Heidelberg: Springer Verlag, S. 199 – 203.
- 8 Heller, A; Wenzel, C (2016): Palliative Kompetenz in der Sorge um ältere Menschen. In: A Fringer und A Bischofberger-Lechmann (Hg): Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Bern: Hogrefe Verlag, S. 23 – 32.
- 9 SAMW (2014): Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html> [28.11.2019].
- 10 Schärer-Santschi, E (Hg) (2019): Trauern. Trauernde Menschen nach Verlusten begleiten. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- 11 Bauer, J; Ohnesorge, B (2018): Gutes Altern in Rheinland-Pfalz - GALINDA. Kulturwandel und Quartiersöffnung in der stationären Langzeitpflege – ein Beitrag zu sorgenden Gemeinschaften. In: Pflegewissenschaft 20 (7/8), S. 321 – 324.

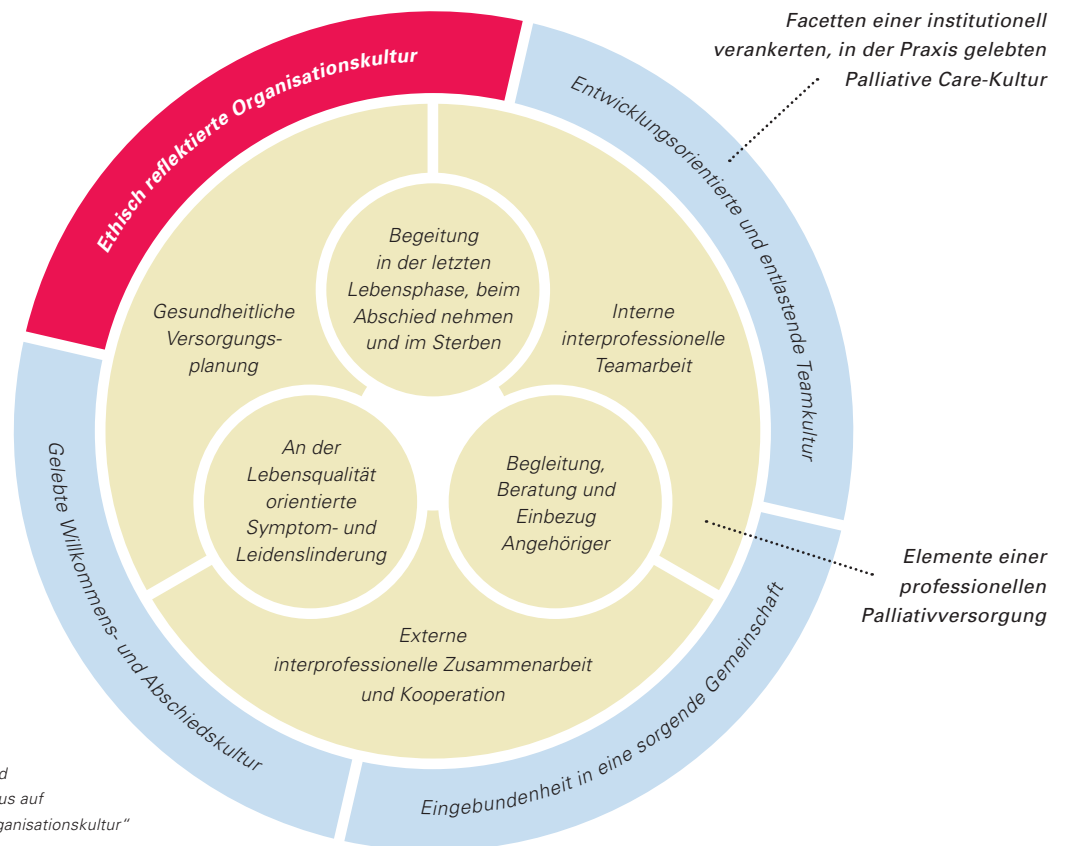
2.2 FACETTEN EINER INSTITUTIONELL VERANKERTEN UND GELEBTEN PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS GRUNDLAGE FÜR EINE EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE EINORDNUNG

2.2.1 EINE ETHISCH REFLEKTIERTE ORGANISATIONSKULTUR

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine ethisch reflektierte Organisationskultur ausmacht, welche Ziele mit ihr auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine ethisch reflektierte Organisationskultur in der gelebten Praxis einer stationären Pflegeeinrichtung erkennen.



Die Inhalte dieses Kapitels dienen Ihnen als Grundlage, um mit Hilfe des „Analyse- und Reflexionsinstruments zur einrichtungsspezifischen Standortbestimmung und Identifikation künftiger Entwicklungsansätze gelebter Palliative Care-Kultur“ in Kapitel 2.3 eine einrichtungsspezifische Einschätzung vorzunehmen und individuelle Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen.



EINE ETHISCH REFLEKTIERTE ORGANISATIONSKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Eine ethisch reflektierte Organisationskultur ist eine von vier Facetten einer Palliative Care-Kultur. Sie ist der Rahmen für das professionelle und werteorientierte Handeln in der Einrichtung und stellt die Grundlage für die ethische

Reflexion und Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung dar. Das heißt insbesondere: Die Organisation reflektiert Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte und bindet diese aktiv in ihre Organisationsstrukturen ein. Zugleich macht die Organisation diese Haltungen und Werte für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Mitarbeitende erleb- und erfahrbar [1,2]. Zentrale Haltungen und Werte der Palliative Care zeigen sich darin:

- > Die Würde der Bewohnerinnen und Bewohner zu achten;
- > Die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner zu respektieren und zu fördern;
- > Die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern bzw. zu erhalten;
- > Die Teilhabe und Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen;
- > Das Leben zu bejahen und das Sterben als Teil des Lebens zu verstehen;
- > Unterschiedliche Perspektiven und die damit verbundenen Unsicherheiten anzuerkennen;
- > Sinnfragen und spirituellen Vorstellungen in Bezug auf das Lebensende, das Sterben und den Tod einen Raum und Rahmen zu geben;
- > Die unterschiedlichen kulturellen, religiös-spirituellen und persönlichen Orientierungen der Bewohnerinnen und Bewohner anzuerkennen und zu respektieren [1 - 3].

ZIELE EINER ETHISCH REFLEKTIERTEN ORGANISATIONSKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Die Würde, Selbstbestimmung und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase zu wahren;
- > Die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen, zu fördern und zu erhalten.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die Palliative Care-bezogenen Haltungen und Werte in das pflegerische Handeln und Entscheiden einzubinden;
- > Die Offenheit gegenüber Sinnfragen und Unsicherheiten angesichts der letzten Lebensphase und den damit einhergehenden komplexen Entscheidungsfragen in den Begegnungen und Interaktionen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern aber auch gegenüber den Angehörigen auszudrücken.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Vielfalt von unterschiedlichen kulturellen, spirituell-religiösen Ausrichtungen anzuerkennen und als Ressource einzubeziehen;
- > Die Sinnfragen in Bezug auf die Endlichkeit menschlichen Lebens und Entscheidungsfragen angesichts der letzten Lebensphase für alle beteiligten Betroffenen zu rahmen;
- > Den unterschiedlichen Perspektiven, Unsicherheiten und ethischen Fragen Raum für eine strukturierte Bearbeitung zu geben.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Bewohnerinnen und Bewohner und/oder deren Angehörige werden in Entscheidungsprozesse hinsichtlich des Erhalts und der Förderung der Lebensqualität, des Abschiednehmens und der würdevollen Begleitung und Versorgung am Lebensende einbezogen.

Das heißt: Die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden sensibel erfasst und in die je individuelle Palliativversorgung bewusst und spürbar eingebunden, beispielsweise im Rahmen der Körperpflege, in der Beachtung von Vorausverfügungen oder in der Umsetzung einer individuellen Tagesstruktur.



- > Die Selbstbestimmung und die individuelle Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase stehen im Mittelpunkt aller Entscheidungen.

Das heißt: Die Palliativversorgung richtet sich konsequent an der individuellen Vorstellung von Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner aus, beispielsweise in Bezug auf das Ermöglichen von sozialer Teilhabe und persönlichem Rückzug oder in der Akzeptanz der Ablehnung von therapeutischen Angeboten im Rahmen der Symptomlinderung. Individuelle Wünsche und Rituale im Rahmen von Abschieds- und Trauersituationen werden respektiert und unterstützt, beispielsweise durch den Einbezug von Seelsorge oder die Umsetzung und Unterstützung von Versorgungsritualen nach dem Tod.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Alle Mitarbeitenden wissen um die zentralen Werte und Haltungen, die in der Palliativversorgung entscheidungs- und handlungsleitend sind.

Das heißt: Die Pflege und die Versorgung basieren auf den benannten zentralen Haltungen und Werten und werden somit für Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige konkret erleb- und erfahrbar, beispielsweise durch deren Einbezug in Entscheidungsprozesse oder durch den Respekt unterschiedlicher Perspektiven und Wertorientierungen. Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte werden bei der Einstellung von Mitarbeitenden thematisiert. Mitarbeitende reflektieren ihre Palliative Care-bezogenen Haltungen und Werte in Übergaben, bei Teambesprechungen und in weiteren Besprechungsformen sowie in kollegialen Gesprächen.



- > Alle Mitarbeitenden wissen, dass Unsicherheiten und Wertekonflikte im Rahmen palliativer Versorgungsprozesse nicht als Unwissen oder Versagen zu bewerten sind. Das offene Ansprechen und Thematisieren dieser Unsicherheiten und Wertekonflikte ist vielmehr als wesentlicher Teil einer ethisch reflektierten Organisationskultur zu betrachten, in welcher vorliegende Unsicherheiten und Wertekonflikte konstruktiv und strukturiert bearbeitet werden.

Das heißt: Mitarbeitende äußern vorhandene Unsicherheiten und Wertekonflikte. Leitungspersonen greifen formulierte Handlungsunsicherheiten von Mitarbeitenden verantwortungsvoll und konstruktiv auf und eröffnen einen angemessenen Rahmen der Reflexion.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Organisation schafft Ressourcen und Strukturen für ethische Abwägungs- und Entscheidungsfindungsprozesse.

Das heißt: Die Organisation bietet bei Unsicherheiten in palliativen Versorgungssituationen das Angebot moderierter ethischer und/oder palliativer Fallbesprechungen [4,5]. Im Rahmen dieser spezifischen und moderierten Gespräche werden unterschiedliche Wertehaltungen und Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer ethischen Qualität und Verantwortbarkeit abgewogen und begründete Handlungsentscheidungen auf transparente und strukturierte Weise entwickelt. Dies unterstützt beispielsweise die ethisch wie fachlich reflektierte palliative Versorgung von einwilligungsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Im Leitbild der Einrichtung wird auf dieses spezifische Angebot entsprechend eingegangen.

- > Die Organisation ist offen für unterschiedliche Kulturen, Religionen, Nationalitäten und persönliche Orientierungen.

Das heißt: Die Organisation erkennt die Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Menschen, ihren kulturellen und sozialen Bindungen sowie ihren Lebensentwürfen an und geht wertschätzend mit diesen um. In den Räumlichkeiten und den gelebten Praktiken der Organisation sind Rituale unterschiedlicher Kulturen und Religionen verankert. Abschiedsräume sind in einer hierfür offenen und anpassbaren Symbolik gestaltet.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 2 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 3 BMFSFJ; BMG (2019): *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> [28.11.2019].
- 4 Gratz, M; Schwermann, M; Roser, T (2018): *Palliative Fallbesprechung etablieren. Ein Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 5 Riedel, A; Lehmeier, S (Hg) (2016): *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren, stärken und absichern. 4., aktualisierte und ergänzte Auflage*. Lage: Jacobs Verlag.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Heller, A; Knipping, C (2017): *Palliative Care Haltungen und Orientierungen*. In: B Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher und S Monte-verde (Hg): *Lehrbuch Palliative Care*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 50 – 58.
- Landesseniorenrat Baden-Württemberg; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2012): *Mitwirkung im Heim. Unterstützung der Heimbeiräte*. Tübingen: H. Schuh Verlag. Online verfügbar unter: https://lfr-bw.de/fileadmin/Broschuere_Heim_15.10.F.pdf [28.11.2019].
- Marckmann, G; Feichtner, A; Kränzle, S (2018): *Ethische Entscheidungen am Lebensende*. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 85 – 97.

2.2.2 EINE ENTWICKLUNGSORIENTIERTE UND ENTLASTENDE TEAMKULTUR

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur ausmacht, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur in der gelebten Praxis einer stationären Pflegeeinrichtung erkennen.



Die Inhalte dieses Kapitels dienen Ihnen als Grundlage, um mit Hilfe des „Analyse- und Reflexionsinstruments zur einrichtungsspezifischen Standortbestimmung und Identifikation künftiger Entwicklungsansätze gelebter Palliative Care-Kultur“ in Kapitel 2.3 eine einrichtungsspezifische Einschätzung vorzunehmen und individuelle Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen.

Facetten einer institutionell verankerten, in der Praxis gelebten Palliative Care-Kultur

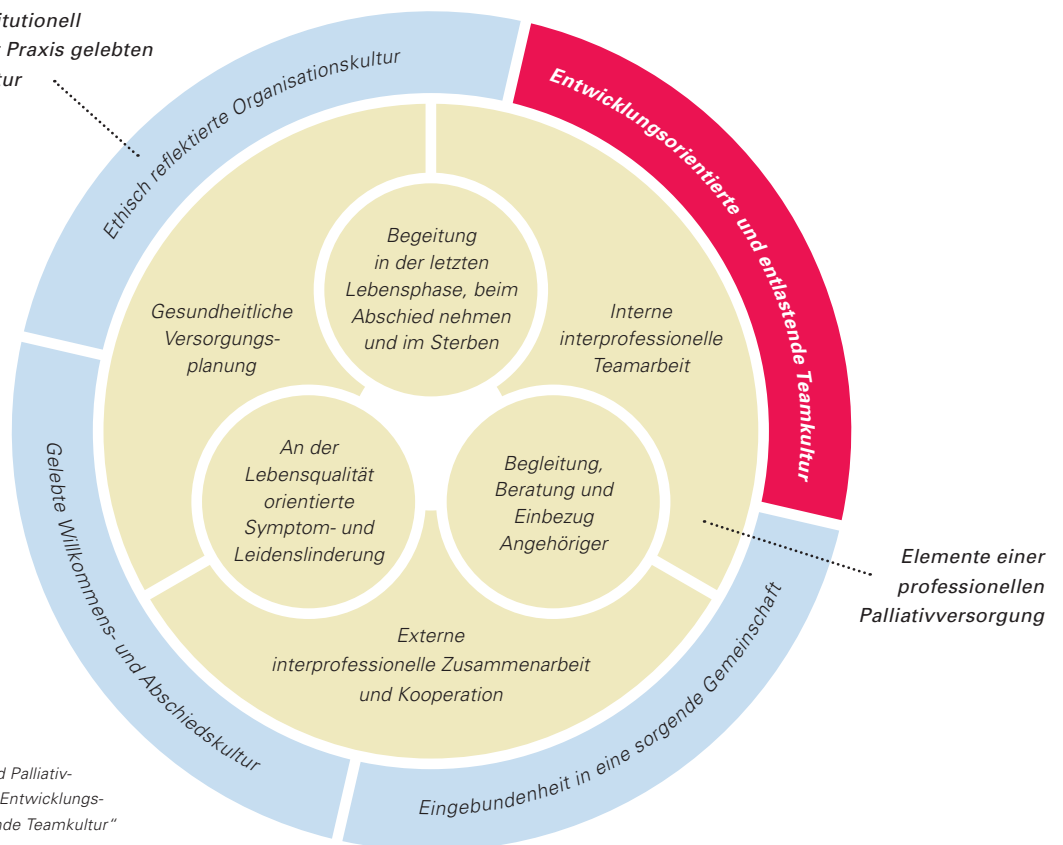


Abbildung 3: Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur“

EINE ENTWICKLUNGSORIENTIERTE UND ENTLASTENDE TEAMKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Palliative Care wird als eine gemeinsame Teamaufgabe verstanden. Alle fachlichen Kompetenzen und Perspektiven der Beteiligten tragen dazu bei, die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase qualitativ zu gestalten [1]. Eine entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur umfasst als Teil der Palliative Care-Kultur:

- > Das gelebte, gegenseitig stärkende und sorgende Miteinander aller Mitarbeitenden;
- > Die Anerkennung und den Einbezug der jeweiligen Kompetenzen und Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen und der ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter;
- > Den professionellen, gemeinsam getragenen Umgang mit oftmals begrenzt planbaren und höchst individuellen Begleitsituationen in der letzten Lebensphase [2,3].

ZIELE EINER ENTWICKLUNGSORIENTIERTEN UND ENTLASTENDEN TEAMKULTUR

ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZIEL IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND DEREN ANGEHÖRIGE

- > Das Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen in eine professionelle und gemeinsame Begleitung und Versorgung in der letzten Lebensphase zu stärken [4,5].



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Das wertschätzende, sorgende und gegenseitig stärkende Miteinander im Team zu leben;
- > Das fachlich fundierte Handeln aller Mitarbeitenden in der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen in der letzten Lebensphase erlebbar zu machen;
- > Die Entwicklung einer gemeinsamen Ausrichtung des Teams an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase zu stärken.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

- > Das vertrauensvolle Miteinander in einem entwicklungsorientierten und sich gegenseitig stärkenden Team zu etablieren;
- > Die Anerkennung und Stärkung eines fachlich fundierten und professionell handelnden Teams zu praktizieren.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Palliative Care-bezogene Expertise der Mitarbeitenden in der Organisation zu etablieren und langfristig zu gewährleisten;
- > Die Zufriedenheit und Gesunderhaltung aller Mitarbeitenden in der Organisation zu unterstützen;
- > Die Vielfalt der Kompetenzen und Perspektiven der Mitarbeitenden im Bereich Palliative Care für Außenstehende erlebbar werden zu lassen.



MERKMALE EINER ENTWICKLUNGSORIENTIERTEN UND ENTLASTENDEN TEAMKULTUR

ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZENTRALES MERKMAL IN BEZUG AUF BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND DEREN ANGEHÖRIGE

- > Mitarbeitende vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen aufgrund ihrer eigenen Sicherheit Vertrauen in die palliative Begleitung und Versorgung.

Das heißt: Mitarbeitende vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen verständlich den aktuellen Stand des Wissens als Grundlage ihres Handelns. Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Angehörigen können darauf vertrauen, dass Mitarbeitende bei Bedarf weitere Berufsgruppen und ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter einbinden.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF MITARBEITENDE

- > Alle Mitarbeitenden unterstützen sich gegenseitig in der Begleitung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen.

Das heißt: Es existiert eine offene und sorgende Atmosphäre der Achtsamkeit und Wachheit für die Belastungen der Mitarbeitenden. Dies ermöglicht es situativ, individuelle und höchst persönliche Belastungen im Team und gegenüber Vorgesetzten anzusprechen.

Das heißt auch: Alle Mitarbeitenden unterstützen sich gegenseitig und haben einen achtsamen Blick auf die psychische und physische Verfasstheit der Kollegin oder des Kollegen im Kontext komplexer Begleitsituationen. Mitarbeitende entlasten sich in intensiven Phasen der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen beispielsweise dadurch, dass sie sich in belastenden Situationen wechselseitig ersetzen und unterstützen [6].

- > Mitarbeitende aus Pflege und Betreuung nutzen den aktuellen Stand des Wissens und die Perspektivenvielfalt unterschiedlicher Berufsgruppen in komplexen Fragestellungen.

Das heißt: Mitarbeitende verfolgen den aktuellen Stand des Wissens und tauschen sich über die Berufsgruppen hinweg zu Fragestellungen in der Begleitung aus, da gemeinsam getragene Entscheidungen entlasten (beispielsweise in Form von kollegialer Beratung und/oder Beratung durch Palliative Care-Fachkräfte). In Übergaben und Teambesprechungen werden Palliative Care-bezogene Themen aufgegriffen und Formen der wechselseitigen Entlastung in der Begleitung gemeinsam identifiziert und sorgsam abgewogen [4].

- > Mitarbeitende gehen mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern in einen fachlich sicheren und an der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohnern ausgerichteten Austausch.

Das heißt: Mitarbeitende in der stationären Pflegeeinrichtung gehen beispielsweise mit Hausärztinnen und Hausärzten oder Notärztinnen und Notärzten in einen fachlich fundierten Austausch und wirken darauf hin, die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner in Versorgungsentscheidungen grundsätzlich und übergeordnet einzubinden.





ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

> Leitungspersonen stärken die Mitarbeitenden in ihrem achtsamen und sorgenden Umgang miteinander durch Wertschätzung der einzelnen Kompetenzen und Perspektiven.

Das heißt: Leitungspersonen wissen um die Haltungen und Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden im Bereich Palliative Care und beziehen diese bei der Mitarbeiterentwicklung wertschätzend ein. Sie formulieren ihre Anerkennung gegenüber Mitarbeitenden und weisen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Bereich Palliative Care sensibel und adäquat zu.

> Leitungspersonen wirken auf ein Miteinander im Team hin, welches es Mitarbeitenden ermöglicht, Fragestellungen und Unsicherheiten anzusprechen, sich dazu auszutauschen und eine an der Lebensqualität orientierte Vorgehensweise zu finden.

Das heißt: Leitungspersonen etablieren ethische und fachliche Reflexions- und Besprechungsformate wie ethische und palliative Fallbesprechungen (siehe Kapitel 2.2.1). Sie fördern den fachlichen Austausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung der Berufsgruppen untereinander, beispielsweise durch gemeinsame Fortbildungen zwischen Pflege und Betreuung. Dies kann die Entlastung einzelner Beteiligter unterstützen.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

> Die Organisation unterstützt und fördert die grundlegenden und spezifischen Palliative Care-Qualifikationen ihrer Mitarbeitenden unter Berücksichtigung aktuell gültiger Fort- und Weiterbildungsempfehlungen [4,7,8].

Das heißt: Eine Palliative Care-bezogene Basisqualifizierung eines Großteils der Mitarbeitenden sowie die spezifische Weiterbildung von Palliative Care-Fachkräften wird entsprechend der Größe der Einrichtung innerhalb eines angemessenen Zeitraums geplant und umgesetzt. Interprofessionell ausgestaltete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden zudem zur Etablierung einer achtsamen und sorgenden Teamkultur genutzt [9 – 13].

> Die Organisation fördert die Gesunderhaltung aller Mitarbeitenden.

Das heißt: Mögliche physische und psychische Belastungen von Mitarbeitenden werden in der Organisation wahrgenommen. Mitarbeitende und Teams erhalten bei Bedarf entlastende Angebote wie Supervision oder seelsorgliche Begleitung.

> Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden im Bereich Palliative Care sind entsprechend ihrer Qualifikation und Kompetenzen in der Organisation konzeptionell geklärt.

Das heißt: Die Einbindung externer Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner wird grundsätzlich als bedeutsam anerkannt und unterstützt. Beispielsweise können ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter eine bestehende Beziehung gestalten, Seelsorgerinnen und Seelsorger können spirituelle Bedürfnisse vertieft aufgreifen.



VERWENDETE LITERATUR

- 1 DGP e.V. (2002): WHO Definition Palliative Care. Übersetzt durch die DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.11.2019].
- 2 Heller, A; Wenzel, C (2016): Palliative Kompetenz in der Sorge um ältere Menschen. In: A Fringer und A Bischofberger-Lechmann (Hg): Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Bern: Hogrefe Verlag, S. 23 – 32.
- 3 SAMW (2014): Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html> [28.11.2019].
- 4 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 5 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 6 Hirs Müller, S; Schröder, M (2013): „Meistens schaff ich das ja gut, aber manchmal...“. Die Beziehung zum Patienten als ein Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter. In: M Müller und D Pfister (Hg): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin, 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 50 – 59.
- 7 DGP e.V. (2018): Curricula Palliative Care / Palliativmedizin. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Curricula_%C3%9Cbbersicht.pdf [28.11.2019].
- 8 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [28.11.2019].
- 9 Radbruch, L; Müller, M; Pfister, D; Müller, S; Grützner, F (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf> [28.11.2019].
- 10 Rösch, E; Kittelberger, F (2016): Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen entwickeln und nachweisen. Eine Einführung. Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch, Band 6. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 11 Rösch, E; Alsheimer, M; Kittelberger, F (2017): PallExcellence®. Der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 12 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg) (2014): Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg. Inhaltliche Verantwortung: Landesbeirat Palliativversorgung Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/HPV-Konzeption.pdf> [28.11.2019].
- 13 Jors, K; Seibel, K; Bardenheuer, H; Buchheidt, D; Mayer-Steinacker, R; Viehrig, M; Xander, C; Becker, G (2016): Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? In: Journal of Cancer Education. 31 (2) S. 272 – 278.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Behrend, R; Maaz, A; Sepke, M; Peters H (2019): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: K Jacobs, A Kuhlmei, S Greß, J Klauber und A Schwinger (Hg): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? Berlin: Springer Verlag, S. 202 – 208.
- Seeger, C (2018): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 165 – 171.

2.2.3 EINE GELEBTE WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine gelebte Willkommens- und Abschiedskultur ausmacht, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine gelebte Willkommens- und Abschiedskultur in der gelebten Praxis einer stationären Pflegeeinrichtung erkennen.

Die Inhalte dieses Kapitels dienen Ihnen als Grundlage, um mit Hilfe des „Analyse- und Reflexionsinstruments zur einrichtungsspezifischen Standortbestimmung und Identifikation künftiger Entwicklungsansätze gelebter Palliative Care-Kultur“ in Kapitel 2.3 eine einrichtungsspezifische Einschätzung vorzunehmen und individuelle Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen.

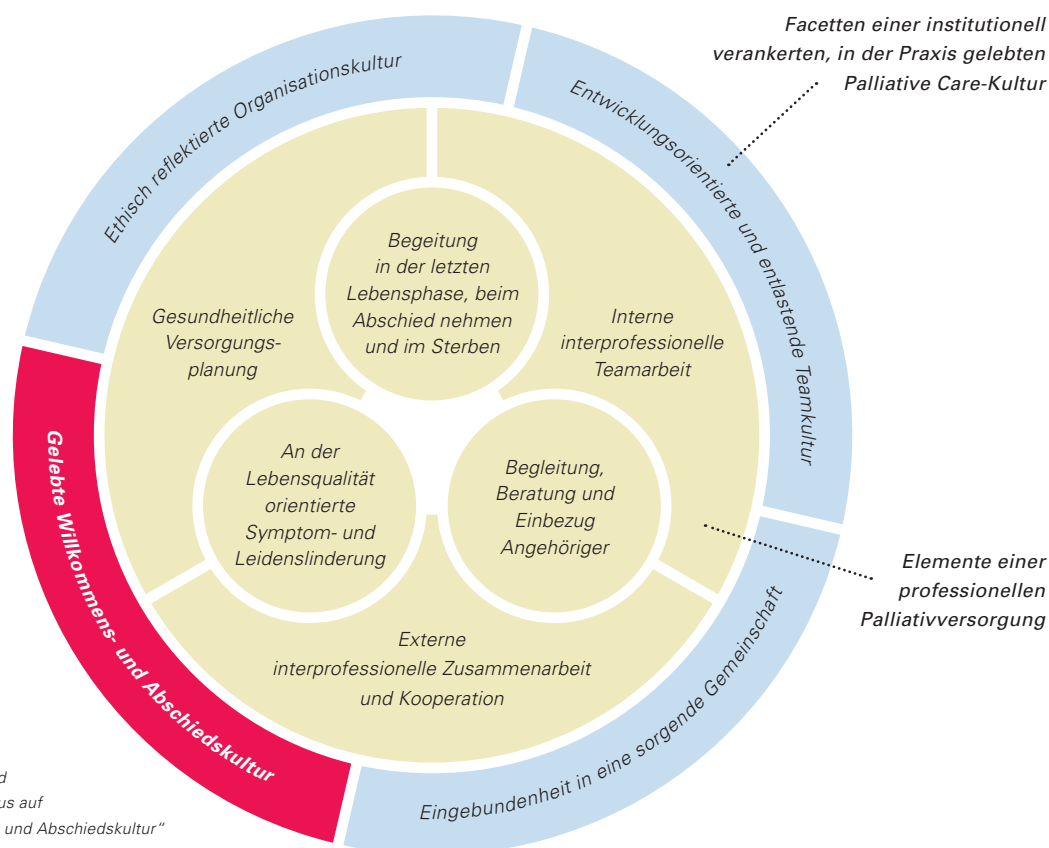


Abbildung 4:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Gelebte Willkommens- und Abschiedskultur“

EINE GELEBTE WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Das Konzept der Palliative Care wird vom Tag des Einzugs der Bewohnerinnen und Bewohner an umgesetzt, das Willkommen sein ist ebenso bedeutsam wie das Abschiednehmen und das Trauern. Bewohnerinnen und Bewohner wie auch ihre Angehörigen sollen sich in der Pflegeeinrichtung ab dem Zeitpunkt des Einzugs angenommen und sicher fühlen. Bereits der Einzug in eine Pflegeeinrichtung ist für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für ihre Angehörigen oftmals ein Trauer- und Abschiedsprozess vom früheren Leben, des eigenen Zuhauses und unter Umständen des räumlich-sozialen Umfeldes. Den einziehenden Personen ist in der Regel durchaus bewusst, dass es sich um ihren letzten Umzug handelt und die Pflegeeinrichtung der Ort ihres verbleibenden Lebens und ihres Sterbens sein wird [1,2].

Palliative Care legt auch ein besonderes Augenmerk auf das Team und die Mitarbeitenden. Eine gelebte Willkommens- und Abschiedskultur adressiert somit alle Mitarbeitenden, Kooperationspartnerinnen und -partner und Menschen mit Bezug zu der jeweiligen stationären Pflegeeinrichtung. Wichtig ist das erlebbare Gefühl, in der Pflegeeinrichtung willkommen und angenommen zu sein, mit Trauer offen umgehen zu dürfen und auch Abschiede würdig gestalten zu können. Möglich wird dies durch gemeinsam getragene und gelebte Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte in der Einrichtung [3]. Hierzu zählen:

- > Die Akzeptanz der Einzigartigkeit jeder Bewohnerin und jedes Bewohners sowie der Respekt vor deren jeweiligen Selbstbestimmung;
- > Die Offenheit für und Freude über Besuche von Angehörigen;
- > Die Wertschätzung und Anerkennung Angehöriger als Mitbetroffene und Partner in der Pflege und Begleitung;
- > Der Raum und die Zeit für die Gestaltung von Festen, Abschieden und Trauer nach individuellen Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Personen;
- > Die gelebten Rituale, die den Abschied rahmen und der Trauer der Mitarbeitenden und im Team einen Raum geben.

ZIELE EINER GELEBTEN WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND IHRE ANGEHÖRIGEN

- > Die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen vom Einzug bis zum Tod in der Einrichtung willkommen zu heißen, anzunehmen, zu verstehen und zu umsorgen;
- > Die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen sowohl in erfreulichen Anlässen und gemeinsamen Feiern als auch in ihrer Trauer und in Abschieden zu begleiten und zu unterstützen;
- > Die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen in individuelle Rituale des Willkommen seins und des Abschiedes einzubinden;
- > Die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren religiösen und spirituellen Glaubensgrundsätzen zu respektieren und wertzuschätzen.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die Willkommens- und Abschiedskultur durch die Palliative Care-bezogenen Haltungen und Werte zu prägen und mit Leben zu füllen;
- > Gemeinsame Werte und Haltungen zu etablieren und für Andere erfahrbar zu machen [3];
- > Teil von gemeinsamen Ritualen zu sein, Abschiede von den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gestalten und eventuell bestehende, individuelle Trauer auszudrücken.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Gemeinsam getragene Haltungen und Werte in der Organisation zu etablieren;
- > Externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner in der Organisation willkommen zu heißen;
- > Rituale des gemeinsamen Feierns im Frohen und des gemeinsamen Trauerns im Abschied zu etablieren.



MERKMALE EINER GELEBTEN WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND IHRE ANGEHÖRIGEN

- > Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen fühlen sich in der Einrichtung willkommen und bis zuletzt umsorgt.

Das heißt: Durch die Gestaltung des Eingangsbereichs, die Begrüßung jeder Person, welche die Einrichtung betritt und die Gestaltung der öffentlichen Bereiche der Wohngruppen wird ein Gefühl der Vertrautheit geweckt. Eine freundliche, einladende Atmosphäre in der Einrichtung trägt dazu bei, dass Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen sich wohlfühlen können. Gemeinsame Feste und Aktivitäten sind genauso möglich wie das Thematisieren des Lebensendes, der Abschiede, der Trauer und des Rückzugs.

- > Trauernde Angehörige finden in der Einrichtung die Möglichkeit zu Gesprächen und können ihrer Trauer im Abschied Ausdruck verleihen.

Das heißt: Trauergefühlen wird bereits vor dem Versterben der Bewohnerinnen und Bewohner Raum gegeben. Angehörige sollen von Beginn der Versorgung an die Möglichkeit haben, sich über ihre Situation auszutauschen und das Empfinden haben, ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Versorgung der Bewohnerin oder des Bewohners äußern zu können. Angebote wie Trauercafés oder Trauergruppen für Angehörige sind wichtig. Die Phase des Abschieds und der Trauer wird von Angehörigen oftmals nachhaltig erinnert. Die Begleitung von trauernden Angehörigen über den Tod der Bewohnerinnen und Bewohner hinaus ist ein Zeichen gelebter Palliative Care-Kultur.

- > Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen kennen die Werte und Haltungen sowie die spezifischen Angebote und Rituale in Bezug auf das Willkommen sein und das Abschiednehmen.

Das heißt: Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte sind innerhalb der Einrichtung transparent, beispielsweise im Leitbild, in Informationsmaterialien und Veranstaltungsangeboten. Im Rahmen von individuell abgestimmten Feier-, Abschieds- und Trauerritualen werden sie zu rahmenden und möglicherweise tröstenden Elementen. Eine so gestaltete Willkommens- und Abschiedskultur reicht auch über die Einrichtung hinaus und trägt bestenfalls zu einem offeneren und enttabuisierten Umgang mit Sterben, Tod und Trauer bei.

- > Bewohnerinnen und Bewohner fühlen sich in ihrer letzten Lebensphase als bedeutsamer Teil der Einrichtung.

Das heißt: Sterben wird in der Einrichtung als Teil des Lebens verstanden. Es wird ein offener Umgang mit der Präsenz von Endlichkeit gepflegt. Bewohnerinnen und Bewohner haben die Möglichkeit, Gespräche mit Vertrauenspersonen zu führen. Ihnen wird Seelsorge und spirituelle Unterstützung angeboten. Die Einrichtung pflegt Orte und Rituale für die Erinnerung und Würdigung bereits verstorbener Bewohnerinnen und Bewohnern [4].

- > Bewohnerinnen und Bewohner können in einem interreligiösen Miteinander ihre Grundhaltungen leben.

Das heißt: In der Einrichtung haben unterschiedliche Religionen und Weltanschauungen ihren gleichberechtigten Platz und erhalten Respekt. Die damit verbundenen spezifischen und individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden wahrgenommen und unterstützt.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Mitarbeitende sind sich ihrer eigenen sowie den gemeinsam im Team getragenen Werte bewusst und können ihre Arbeit dahingehend reflektieren.

Das heißt: Mitarbeitende haben Zeit und Raum, sich über gemeinsam getragene Werte zu verständigen und diese auch in schwierigen Situationen zu reflektieren. Für Mitarbeitende stellen die Reflexion der eigenen Arbeit und die Achtung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner ein definierter Teil ihres professionellen Handelns dar. Anleitende und begleitende Formen der Selbstreflexion oder Qualitätszirkel sind exemplarische Angebote, Mitarbeitende dabei positiv zu unterstützen.



- > Die Mitarbeitenden erhalten den zeitlichen Raum und einen angepassten Rahmen, von verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern Abschied zu nehmen und gegebenenfalls bestehenden Trauergefühlen Ausdruck zu verleihen.

Das heißt: Es gibt gelebte Rituale des Abschieds. Die Mitarbeitenden haben in ihren Teams und bei Vorgesetzten die Möglichkeit, trauerbezogene Gefühle zu äußern. Teams und einzelne Mitarbeitende können seelsorgliche Begleitung oder Beratung in Anspruch nehmen.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Einrichtung pflegt gemeinsame Rituale zum Willkommen sein und zum Abschied ihrer Bewohnerinnen und Bewohner.

Das heißt: Der Einzug und der Abschied von Bewohnerinnen und Bewohner sind in der Einrichtung bewusst gestaltete Situationen, die mit bestimmten Handlungen und Ritualen verbunden sind. Die Organisation prägt auch darüber ihr Selbstverständnis und ihre Außenwahrnehmung als Ort des Lebens und des Sterbens.



- > Besucher und externe Kooperationspartnerinnen und -partner in der Versorgung und Begleitung fühlen sich in der Pflegeeinrichtung willkommen und anerkannt.

Das heißt: Externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner werden als Teil des Versorgungsteams angesehen. Ihre Begrüßung und Verabschiedung sowie eine professionelle Kommunikation mit ihnen sind wichtig, werden achtsam praktiziert und fördern die Zusammenarbeit.

- > In der Einrichtung haben sowohl Leben, Lachen und das Feiern von frohen Festen als auch Traurigkeit, Sterben, Tod und Trauer ihre Bedeutsamkeit und Raum.

Das heißt: Die Gleichzeitigkeit von traurigen und frohen Ereignissen ist Alltag einer Pflegeeinrichtung. Diese Gleichzeitigkeit bedarf einer professionellen Gestaltung und Moderation, damit die Berechtigung und Bedeutsamkeit beider Pole erfahrbar werden und bestenfalls eine gute Abstimmung zwischen den einzelnen Bedürfnissen erfolgen kann.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Heimerl, K; Heller, A; Kittelberger, F (2005): *Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim*. Freiburg: Lambertus.
- 2 Mischke, C; Koppitz, A; Dreizler, J; Händler-Schuster, D; Kolbe, N (2015): *Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner*. In: *QuPuG Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheit* 1 (2), S. 72 – 81.
- 3 Schärer-Santschi, E (Hg) (2019): *Trauern. Trauernde Menschen nach Verlusten begleiten*. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage Bern: Hogrefe Verlag.
- 4 von Hayek, J; Schneider, W (2019): *Sterben zu Hause und im Heim. Hospizkultur und Palliative Care in der ambulanten und stationären Praxis*. In: S Kreutzer, C Oetting-Roß und M Schwermann (Hg): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 182 – 210.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Dachverband Hospiz Österreich (2012): Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim. Mehr als nur ein schöner Abschied. Gut leben und würdig sterben können*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Daiker, A (2018): *Trauer*. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 151 – 159.
- Meyer, S; Brüning-Wolter, B; Fischinger, E; Rudert-Gehrke, R; Stockstrom, C (2016): *Trauerbegleitung organisieren*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

2.2.4 EINE EINGEBUNDENHEIT IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft für eine stationäre Pflegeeinrichtung ausmacht, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft in der gelebten Praxis einer stationären Pflegeeinrichtung erkennen.



Die Inhalte dieses Kapitels dienen Ihnen als Grundlage, um mit Hilfe des „Analyse- und Reflexionsinstruments zur einrichtungsspezifischen Standortbestimmung und Identifikation künftiger Entwicklungsansätze gelebter Palliative Care-Kultur“ in Kapitel 2.3 eine einrichtungsspezifische Einschätzung vorzunehmen und individuelle Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen.

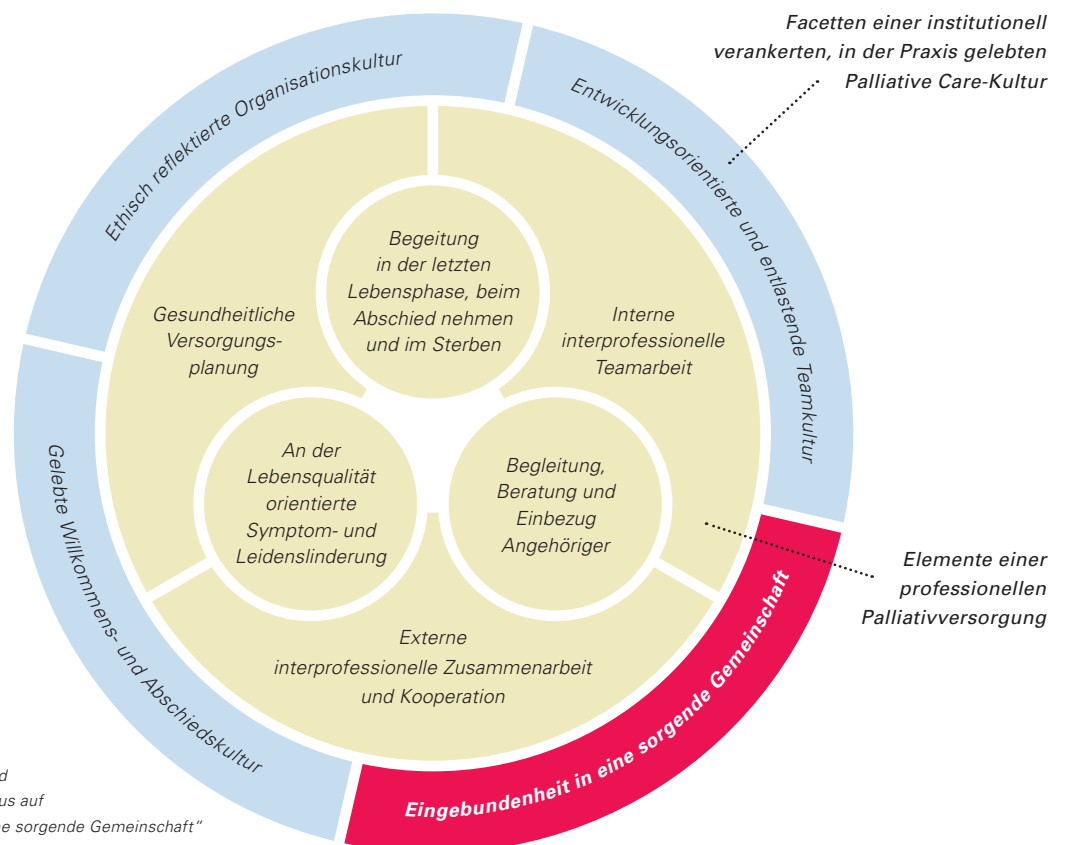


Abbildung 5:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft“

EINE EINGEBUNDENHEIT IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Unter Eingebundenheit einer stationären Pflegeeinrichtung in eine sorgende Gemeinschaft wird ihre Verankerung in ein Netzwerk aus professionellen und bürgerschaftlichen Unterstützungs- und Hilfeangeboten mit ihren unterschiedlichen Kooperationen und Austauschmöglichkeiten verstanden. Besonders bedeutsam ist hier die Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen, der Kommune, Nachbarschaften, Ehrenamtlichen und auch Angehörigen. Ein Zeichen der Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft sind beispielsweise Besuche von und durch Einrichtungen der Kommune, wie etwa Kindergärten und Schulen, von lokalen Betrieben, Kirchengemeinden oder Vereinen. Die Öffnung der Pflegeeinrichtung erfolgt dabei auch in die sie umgebenden Strukturen hinein, etwa, wenn sich Mitarbeitende aus der Pflegeeinrichtung im regionalen Umfeld mit ihrer Expertise einbringen, an Netzwerken teilhaben, diese pflegen und ausbauen [1,2].

Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft ermöglicht Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen gesellschaftliche Teilhabe und kann somit die Lebensqualität und Zufriedenheit positiv unterstützen [3]. Die gelebte Palliative Care-Kultur einer Einrichtung strahlt wiederum in ihre sorgenden Netzwerkstrukturen aus, macht Werte und Haltungen der Palliative Care für das Netzwerk und die darin engagierten Menschen erfahrbar. Diese Eingebundenheit unterstützt den offeneren Umgang mit der Endlichkeit menschlichen Lebens als Teil des Lebensalltags einer zugewandten Gemeinschaft. Gleichzeitig wird es möglich, die Palliative Care-Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner durch unterschiedlichste zivilgesellschaftliche Hilfsangebote seitens der sorgenden Gemeinschaft positiv zu unterstützen.

ZIELE EINER EINGEBUNDENHEIT IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT ALS FACETTE DER PALLIATIVE CARE-KULTUR

ZIEL IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Die Teilhabe und Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner am Leben in der Gesellschaft bis zuletzt abzusichern.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die Mitwirkung von Mitarbeitenden in Netzwerken und Kooperationsverbänden zu unterstützen;
- > Die Palliative Care-bezogenen Werte und Haltungen durch Mitarbeitende der Einrichtung in der sorgenden Gemeinschaft erfahrbar werden zu lassen.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Pflegeeinrichtung in ein sorgendes Netz ihrer Nachbarschaft einzubetten;
- > Die zivilgesellschaftlichen Unterstützungsangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner, für ihre Angehörigen und für die Mitarbeitenden zugänglich zu machen;
- > Den offenen und zugewandten Umgang mit Alter, Bedürftigkeit und Sterben im Umfeld der Pflegeeinrichtung zu fördern.



MERKMALE DER EINGEBUNDENHEIT EINER STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNG IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Bewohnerinnen und Bewohner können am gesellschaftlichen Leben in Nachbarschaft und Kommune teilhaben, sie erhalten regelmäßig Besuch von Menschen aus der Umgebung der Pflegeeinrichtung.

Das heißt: Bewohnerinnen und Bewohner werden, soweit gewünscht, aktiv bei der Teilnahme an Veranstaltungen in ihrer Nachbarschaft unterstützt, etwa durch gezielte Informationen oder durch das Anbieten und Organisieren von Begleit- und Fahrdiensten. Zugleich können Bewohnerinnen und Bewohner durch aufsuchende Angebote des sorgenden Netzwerkes begleitet werden, etwa durch Besuchsdienste oder durch nach außen geöffnete Veranstaltungen innerhalb der Pflegeeinrichtung.

- > Der Kontakt zur und aus der Kirchengemeinde/Glaubensgemeinschaft wird entsprechend den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner bis zuletzt sowie über den Tod hinaus gepflegt.

Das heißt: Nach Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner wird in die Begleitung am Lebensende und die Abschiedsfeier eine seelsorglich tätige Person der Kirchengemeinde/Glaubensgemeinschaft eingebunden. Ebenso wird Bewohnerinnen und Bewohner die Teilnahme an Abschiedsfeiern und Beerdigungen anderer ermöglicht.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Mitarbeitende nehmen an Austauschforen und Veranstaltungen im Umfeld der stationären Pflegeeinrichtung teil und gestalten diese mit.

Das heißt: Mitarbeitende bringen sich fachlich in Palliative Care-spezifischen Austauschforen in der Region, wie beispielsweise Runde Tische oder Fachtage ein. Sie knüpfen Kontakte zu unterschiedlichen zivilgesellschaftlichen Akteuren im Umkreis der Pflegeeinrichtung und tragen dadurch zur Integration der stationären Pflegeeinrichtung in das Netzwerk der sorgenden Gemeinschaft bei. Sie erfahren dabei Unterstützung durch Leitungspersonen und Kolleginnen und Kollegen.

- > Palliative Care-bezogene Werte und Haltungen sind in der Umgebung der Einrichtung bekannt und erfahrbar.

Das heißt: Mitarbeitende informieren bei der Teilnahme an Veranstaltungen oder bei Kontakten mit Menschen aus der Nachbarschaft über ihre Arbeit in der Einrichtung und die damit verbundenen professionellen Werte und Haltungen. Besonders im Bereich Palliative Care trägt dies zu einer Enttabuisierung der Thematik bei. Es hilft, Ängste zu nehmen und sorgt für Transparenz und Offenheit. Dies trägt positiv zur Außenwirkung der Einrichtung bei und stärkt die Mitarbeitenden in ihrem professionellen Auftreten.





ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die stationäre Pflegeeinrichtung öffnet und integriert sich in die zivilgesellschaftlichen Strukturen ihres Umfelds.

Das heißt: Für interessierte Außenstehende und für Personen, die mit der Einrichtung vernetzt sind, besteht regelmäßig die Möglichkeit, mit der Einrichtung in Kontakt zu treten (beispielsweise an Tagen der offenen Tür, Thementagen, Führungen durch die Einrichtung, an Konzerten, Lesungen, Gottesdiensten oder Sommerfesten, im Trauercafé, Betroffenaustausch für Angehörige etc.).

- > Die Pflegeeinrichtung arrangiert und empfängt regelmäßig Besuch von Einrichtungen des Gemeinwesens.

Das heißt: Kindergärten, Schulklassen, Vereine oder die Kirchengemeinden sind in der Einrichtung willkommen.

- > Die Einrichtung nimmt an öffentlichen Veranstaltungen teil und bringt sich als Teil der sorgenden Gemeinschaft ein.

Das heißt: Bei passenden Veranstaltungen in der Umgebung der Einrichtung ist die Teilnahme der Pflegeeinrichtung bedeutsam (Ausbildungsmessen, Stadtfeste/Dorffeste, Podiumsdiskussionen, Informationsveranstaltungen, Gesundheitstage etc.). Dies ermöglicht es, in Kontakt zu kommen und Netzwerke zu knüpfen oder zu festigen. Gleichzeitig können Palliative Care-bezogenen Werte und Haltungen, die Palliative Care-Kultur und die Palliative Care-bezogenen Versorgungsangebote der Einrichtung bekannt gemacht werden.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 BMFSFJ (2017): Siebter Altenbericht: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Frankfurt am Main: Zarbock. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht--bundestagsdrucksache-data.pdf> [28.11.2019].
- 2 Bauer, J; Ohnesorge, B (2018): Gutes Altern in Rheinland-Pfalz – GALINDA: Kulturwandel und Quartiersöffnung in der stationären Langzeitpflege – ein Beitrag zu sorgenden Gemeinschaften. In: *Pflegewissenschaft* 20 (7/8), S. 321 – 324.
- 3 Klie, T (2016): *Caring Community: Auf dem Weg in eine sorgende Gemeinschaft?* In: A Kruse und T Rentsch (Hg): *Kulturen des Alterns: Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 270 – 286.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Fleckinger, S (2013): *Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schwenk, G (2017): *Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern. Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

2.3 ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR IN STATIONÄREN PFLEGEINRICHTUNGEN

In diesem Teil des Leitfadens erhalten Sie durch ein Analyse- und Reflexionsinstrument eine handlungsleitende Unterstützung bei der standortbestimmenden Einschätzung bestehender und der entwicklungsbezogenen Ausrichtung künftiger Facetten der Palliative Care-Kultur in Ihrer stationären Pflegeeinrichtung.



Das Instrument greift dabei alle in diesem Kapitel thematisierten Facetten einer einrichtungsbezogenen Palliative Care-Kultur in stationären Pflegeeinrichtungen auf.

Dem Instrument ist zudem eine Verfahrensanweisung zur Seite gestellt, welche Sie bei der Bearbeitung und im Umgang mit dem Instrument praktisch unterstützt.

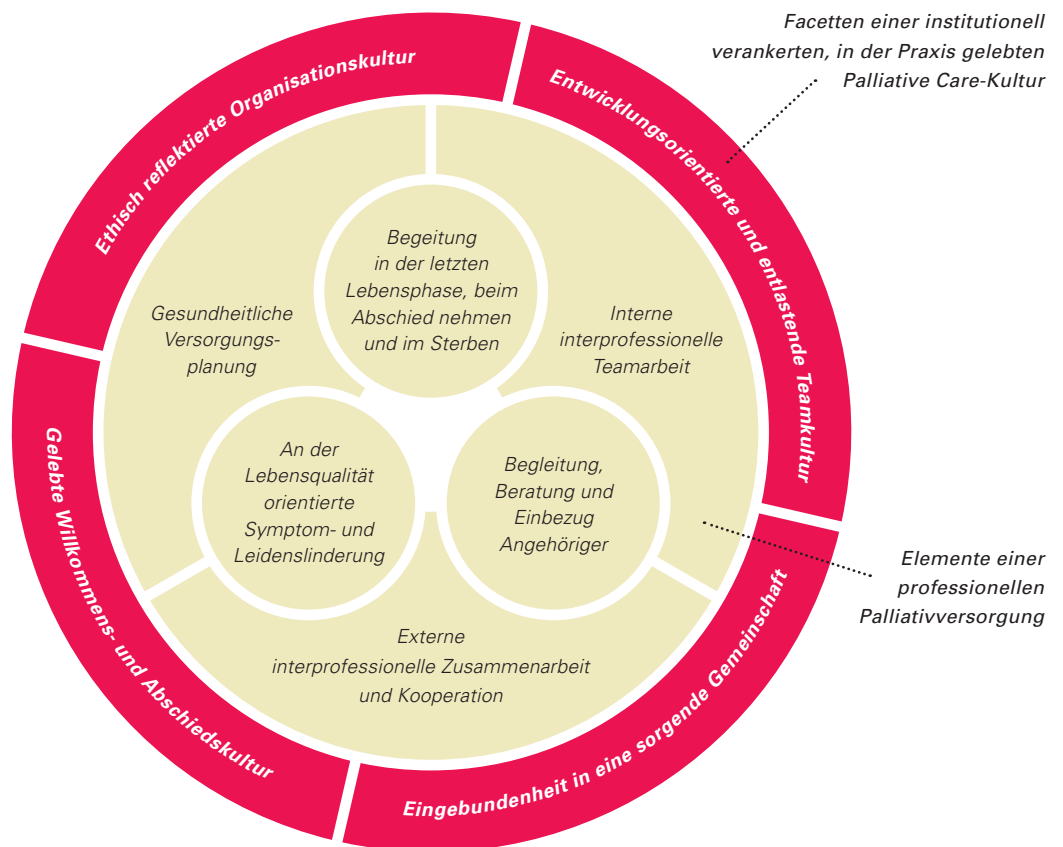


Abbildung 6:
Palliative Care-Kultur
und Palliativversorgung

BESONDERHEITEN HINSICHTLICH DER ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Die Etablierung einer Palliative Care-Kultur in einer stationären Pflegeeinrichtung beruht auf einem stetigen Prozess der ethisch reflektierten und an den professionellen Werten einer Palliative Care-orientierten Pflege ausgerichteten Organisations- und Personalentwicklung. Das heißt: Das Selbstverständnis und die Wertehaltungen einer Organisation,

welche sich in ihren Grundlagen, Strukturen, Prozessen und Praktiken zeigen, wirkt auf das Selbstverständnis, die Werterhaltung und das professionelle Handeln der Mitarbeitenden ein und wirkt sich umgekehrt darauf aus [1,2]. Eine Palliative Care-Kultur etabliert sich somit über stetiges Handeln, Reflektieren, Modifizieren und Weiterentwickeln der Organisation und ihrer Mitarbeitenden in einer sich wechselseitig befruchtenden und bedingenden Bezüglichkeit. Wenn Sie sich mit Ihrer Pflegeeinrichtung also auf den Weg machen, die in ihr gelebte Palliative Care-Kultur zu verändern, bedeutet dies immer auch, Veränderungsprozesse in Ihrer Organisation und bei Ihren Mitarbeitenden zu initiieren, zu moderieren und in einem fortlaufenden Prozess der Entwicklung hinsichtlich ihres Fortschrittes und ihres Erfolges zu begleiten. Das Prinzip der Beteiligung von Mitarbeitenden, Bewohnerinnen und Bewohnern, der Angehörigen und den eingebundenen professionellen wie ehrenamtlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern ist im Sinne der Palliative Care in diesen Etablierungsprozessen eine zentrale Chance und gleichsam eine zentrale Herausforderung. Das Instrument greift auch diese Aspekte strukturell auf und bietet Ihnen hierfür weiterführende handlungsleitende Anregungen.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Wallner, J (2016): *Organisationsethik: Methodische Grundlagen für Einrichtungen im Gesundheitswesen*. In: G Marckmann (Hg): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 233 – 234.
- 2 Krobath, T (2013): *Partizipation als organisationsethisches Prinzip und Verfahren*. In: S M Weber M Göhlich, A Schröer, C Fahrenwald und H Macha (Hg): *Organisation und Partizipation, Organisation und Pädagogik*. Wiesbaden: Springer VS, S. 61 – 70.

VERFAHRENSANWEISUNG FÜR DAS „ANALYSE- UND REFLEXIONSINSTRUMENTS ZUR EINRICHTUNGSSPEZIFISCHEN STANDORTBESTIMMUNG UND IDENTIFIKATION KÜNFTIGER ENTWICKLUNGSANSÄTZE GELEBTER PALLIATIVE CARE-KULTUR“

ZIELE DES INSTRUMENTS

- > Die Facetten einer gelebten Palliative Care-Kultur hinsichtlich ihrer zentralen Merkmale durch Analyse- und Reflexionsfragen für eine einrichtungsspezifische Standortbestimmung strukturiert abzubilden.
- > Zentrale Betrachtungs- und Einschätzungsperspektiven zu benennen, die in die Bearbeitung der Analyse- und Reflexionsfragen einbezogen werden sollten.
- > Mittels dreier Einschätzungsebenen herauszuarbeiten, welche Facetten der Palliative Care-Kultur in welchem Ausprägungsgrad in Ihrer Einrichtung vorliegen und darauf aufbauend zu entscheiden, an welchen dieser Facetten Sie als Organisation (zunächst) weiterarbeiten wollen.

Das Instrument dient – basierend auf der Analyse und Reflexion der aktuell gelebten Praxis – zur Abwägung, Abstimmung und Verständigung auf weiterführende Entwicklungen in Bezug auf die Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung.

ZIELGRUPPE UND VORAUSSETZUNGEN DER INSTRUMENTENANWENDUNG

- > Das Instrument richtet sich übergeordnet an Fachreferentinnen und Fachreferenten aus dem Bereich Pflege, Palliative Care, Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie an Leitungsverantwortliche wie etwa Hausleitungen und Pflegedienstleitungen.
- > Die Anwendung des Instruments erfordert eine Auseinandersetzung mit den in Kapitel 2.2 beschriebenen Facetten einer Palliative Care-Kultur. Erst dadurch wird es Ihnen möglich, den theoretischen Hintergrund des Instruments und seiner Fragestellungen vertieft zu verstehen und einzuordnen und diesen praktisch auf den individuellen Entwicklungsstand Ihrer Einrichtung zu übertragen.

VORGEHENSWEISE BEI DER ANWENDUNG DES INSTRUMENTS – GRUNDSÄTZLICHE HINWEISE ZUR INSTRUMENTENANWENDUNG

- > Sie können das Instrument sowohl zu einer übergeordneten Gesamteinordnung der gelebten Palliative Care-Kultur als auch zur gezielten Einzelbetrachtung einzelner Facetten der Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung heranziehen.
- > Das Instrument kann von Ihnen in Form
 - a. einer Selbsteinschätzung oder
 - b. als Instrument mit unmittelbarer Beteiligung und Einbezug anderer Personengruppen und deren Perspektiven genutzt werden.

Zur Bearbeitung einiger Fragen ist die Beteiligung anderer unerlässlich, denn: Palliative Care als interdisziplinärer Ansatz kann als solcher auch nur unter Berücksichtigung der jeweils anderen Perspektiven umfassend eingeschätzt werden.

- > Beachten Sie verbindlich: Einige der Analysefragen sprechen insbesondere für die Bewohnerinnen und Bewohner sensible Themenbereiche an. Hier sollten Sie individuell und situativ prüfen, ob das Ansprechen der jeweiligen Fragen verantwortbar ist oder ob diese zu einer erhöhten Verletzlichkeit oder Überforderung der Personen führen. Dies kann beispielsweise durch das Konfrontieren mit schmerzhaften Erfahrungen oder durch das Anstoßen von angstbehafteten Zukunftsperspektiven geschehen. In derartigen Fällen kann es

angezeigt sein, die Frage mit Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern zu thematisieren.

- > Das Instrument fordert Sie dazu auf, Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen der Selbst- und Fremdeinschätzung bewusst zu thematisieren und hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit zu reflektieren. Dieser Prozess der Abwägung und Reflexion unterstützt Sie dabei, gezielt auf Bereiche der gelebten Praxis aufmerksam zu werden, in denen die Palliative Care-Kultur weiterentwickelt werden kann.
- > Eine gemeinsame Auseinandersetzung mit den Analyse- und Reflexionsfragen des Instruments zwischen Ihnen als Fach- oder Leitungsperson und Ihren Mitarbeitenden, den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Angehörigen sowie den Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern stellt bereits den Beginn der Etablierung einer Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung dar. Zudem wird damit der Prozess der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und des Bewusstwerdens der aktuell gelebten Praxis eröffnet.

VORGEHENSWEISE BEI DER ANWENDUNG DES INSTRUMENTS – KONKRETE INSTRUMENTENANWENDUNG

- > Entscheiden Sie sich zunächst übergeordnet, ob Sie das Instrument in seiner Gesamtheit oder hinsichtlich einzelner Teilbereiche bearbeiten wollen.
- > Prüfen Sie weiterhin, welche Perspektiven für die Bearbeitung der einzelnen Fragestellungen bedeutsam sind. Folgende Abkürzungen im Instrument weisen aus, welche Perspektiven für eine umfassende Bearbeitung der betreffenden Fragestellung bedeutsam sind:
 - MA*: Perspektive der Mitarbeitenden
 - BW*: Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner und/oder der Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter
 - AG*: Perspektive der Angehörigen
 - KP*: Perspektive von Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern
 - GD*: Perspektive der Gemeinde bzw. des zivilgesellschaftlichen Umfelds der Einrichtung
- > Prüfen Sie für die jeweilige Analysefrage, welches Format für die Bearbeitung geeignet ist und welche Beteiligung, welcher perspektivische Einbezug bedeutsam ist:
 - a.* Analysefragen, für deren Beantwortung die Perspektive der Mitarbeitenden bedeutsam ist, können Sie mit Mitarbeitenden in Teambesprechungen thematisieren oder in Mitarbeitergesprächen aufgreifen.
 - b.* Analysefragen, für deren Beantwortung die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner und/oder der Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter bedeutsam ist, können Sie beispielsweise im direkten Einzelgespräch, im Rahmen von Gesprächsrunden und Beteiligungsforen oder auch über schriftliche Befragungen einholen. Sie können ergänzend oder alternativ auch mit Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern der Bewohnerinnen und Bewohner in Ihrer Einrichtung sprechen, um diese Perspektive einzuholen.
 - c.* Analysefragen, für deren Beantwortung die Perspektive der Angehörigen bedeutsam ist, können Sie beispielsweise an einem Angehörigenabend zum Thema machen und dabei mit Angehörigen in einem moderierten und strukturierten Format über die gelebte Praxis in Ihrer Einrichtung in den Austausch kommen.
 - d.* Analysefragen, welche die Perspektive von Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern oder der Gemeinde bzw. des zivilgesellschaftlichen Umfelds der Einrichtung erfordern, können Sie die jeweiligen Ansprechpartnerinnen und -partner zu einem gezielten Austausch und in einem moderierten und strukturierten Format einladen.

- > Formate, in denen Sie die unterschiedlichen Perspektiven in einem gemeinsamen Prozess einholen, eignen sich besonders, um bereits bei der Bearbeitung der Analysefragen mit der Etablierung der Palliative Care-Kultur zu beginnen. Denn: Die gemeinsame und mehrperspektivische Reflexion der Analysefragen ist der erste Schritt, sich mit Palliative Care-bezogenen Haltungen und Werteorientierungen gemeinsam zu befassen und ein gemeinsames Verständnis der Palliative Care-Kultur zu entwickeln.

Ein exemplarisches Beispiel für ein solch gemeinsames Format der mehrperspektivischen Analyse ist die Fragestellung „C10: Haben sowohl Sterben, Tod und Trauer als auch Leben, Feste feiern und Lachen in der Einrichtung Platz?“

Diese Frage ist für eine gemeinsame Auseinandersetzung mit möglichst vielen unterschiedlichen Perspektiven über den Umgang mit der Gleichzeitigkeit des Lebens und des Sterbens in Ihrer Einrichtung geeignet.

Besagte Gleichzeitigkeit bewusst zu leben, immer wieder situativ zu moderieren und auszubalancieren ist ein bedeutsamer Teil der Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung. Sich dieser Frage gemeinsam anzunähern, bietet die Chance, unterschiedliche Bedürfnisse zu formulieren, Hintergründe zu erläutern und ein gemeinsames Verständnis und eine geteilte Haltung zu diesen Anforderungen zu entwickeln. Sie können zu dieser Analysefrage und den Einschätzungsebenen an einem Themenabend mit Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern, mit Angehörigen, externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern und mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen ins Gespräch kommen und überlegen, welche gemeinsam gelebte Praxis Sie sich wünschen und wie Sie diese praktisch verankern können.

DOKUMENTATION DER INSTRUMENTENANWENDUNG

Halten Sie die Ergebnisse der Reflexion und Analyse möglichst konkret und anschaulich in den dafür vorgesehenen Spalten oder weiterführenden Dokumentationsmaterialien fest (Plakate helfen beispielsweise in Gesprächsgruppen, die Inhalte für alle sichtbar zu dokumentieren).

UMGANG MIT DEN ERGEBNISSEN DES INSTRUMENTS

Als Ergebnis der Arbeit mit dem Analyse- und Reflexionsinstrument liegt Ihnen eine spezifische Standortbestimmung der in Ihrer Einrichtung gelebten Palliative Care-Kultur bzw. deren einzelnen Facetten vor. Darin erkennen Sie die gelebte Praxis, die Sie weiterführen und/oder stärken wollen. Über die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Einschätzungen und Perspektiven haben Sie durch das Instrument die Anlässe zur Weiterentwicklung und Etablierung der Palliative Care-Kultur herausgearbeitet. Außerdem haben Sie unter einer weiteren Einschätzungsebene festgehalten, welche Praxis Sie zukünftig anstreben möchten. Das dient Ihnen als Grundlage und Orientierungshilfe, um weitere Entwicklungsprozesse gezielt in den Blick zu nehmen. Die Ansätze und Schritte zur Etablierung einer Palliative Care-Kultur sind vielfältig und erfordern eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise. Stimmen Sie sich bezüglich der Entwicklungsschritte mit den beteiligten Personen möglichst konkret und verbindlich ab.

GRENZEN DES INSTRUMENTS

Das Instrument bildet zentrale Merkmale einer Palliative Care-Kultur mittels handlungsleitender Analyse und Reflexionsfragen ab. Es ist möglich, dass Sie im Rahmen der einrichtungsspezifischen Einordnung auf weitere, nicht benannte Merkmale aufmerksam werden. Diesen nachzugehen und die Perspektive über die Instrumentenanwendung hinaus zu erweitern, ist sinnvoll und entspricht einer einrichtungsspezifischen Vorgehensweise.

BEREICH A – EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE STANDORTBESTIMMUNG UND KÜNFTIGE ENTWICKLUNGSANSÄTZE GELEBTER PALLIATIVE CARE-KULTUR HINSICHTLICH DER FACETTE „EINE ETHISCH REFLEKTIERTE ORGANISATIONSKULTUR“ (KAPITEL 2.2.1)			
Zentrale Analysefragen zu einer einrichtungsspezifischen Standortbestimmung	Einzubehende Perspektiven	Einschätzungsebenen für die einrichtungsspezifische Standortbestimmung	
		Ja, das ist unsere gelebte Praxis und das zeigt sich daran, dass ...	Teilweise, unsere gelebte Praxis wird hinsichtlich folgender Aspekte unterschiedlich wahrgenommen ...
			Folgende gelebte Praxis wird von uns gemeinsam angestrebt ...
A1 Werden Bewohnerinnen und Bewohner und/oder deren Angehörige in Entscheidungsprozesse hinsichtlich des Erhalts und der Förderung der Lebensqualität, des Abschiednehmens und der würdevollen Begleitung und Versorgung am Lebensende einbezogen?	BW, AG, MA		
A2 Steht die Selbstbestimmung und die individuelle Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase im Mittelpunkt der Entscheidungen?	BW, AG, MA		
A3 Wissen alle Mitarbeitenden um die zentralen Werte und Haltungen, die in der Palliativversorgung entscheidungs- und handlungsleitend sind?	MA		
A4 Wissen alle Mitarbeitenden, dass Unsicherheiten und Wertekonflikte nicht als Unwissen oder Versagen bewertet werden, sondern dass die Offenheit, diese an- und auszusprechen als wesentlicher Teil der ethischen Organisationskultur betrachtet und als solche strukturiert aufgegriffen wird?	MA		
A5 Schafft die Organisation Raum und Strukturen für ethische Abwägungs- und Entscheidungsfindungsprozesse?	MA		
A6 Schafft die Organisation Raum für unterschiedliche Kulturen, Religionen, Nationalitäten und persönliche Orientierungen?	BW, AG		

BEREICH B – EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE STANDORTBESTIMMUNG UND KÜNFTIGE ENTWICKLUNGSANSÄTZE GELEBTER PALLIATIVE CARE-KULTUR HINSICHTLICH DER FACETTE „EINE ENTWICKLUNGSORIENTIERTE UND ENTLASTENDE TEAMKULTUR“ (KAPITEL 2.2.2)

Zentrale Analysefragen zu einer einrichtungsspezifischen Standortbestimmung	Einzubehelnde Perspektiven	Einschätzungsebenen für die einrichtungsspezifische Standortbestimmung		
		Ja, das ist unsere gelebte Praxis und das zeigt sich daran, dass ...	Teilweise, unsere gelebte Praxis wird hinsichtlich folgender Aspekte unterschiedlich wahrgenommen ...	Folgende gelebte Praxis wird von uns gemeinsam angestrebt ...
B1 Vermitteln Mitarbeitende den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen aufgrund ihrer eigenen Sicherheit Vertrauen in die palliative Begleitung und Versorgung?	BW, AG, KP			
B2 Unterstützen sich alle Mitarbeitenden gegenseitig in der Begleitung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen?	BW, AG, MA, KP			
B3 Nutzen Mitarbeitende den aktuellen Stand des Wissens und die Perspektivenvielfalt unterschiedlicher Berufsgruppen in komplexen Fragestellungen?	MA, KP			
B4 Gehen Mitarbeitende mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern in einen fachlich sicheren und an der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Austausch?	MA, KP			
B5 Stärken Leitungspersonen die Mitarbeitenden in ihrem achtsamen und sorgenden Umgang miteinander durch Wertschätzung der einzelnen Kompetenzen und Perspektiven?	MA			
B6 Wirken Leitungspersonen auf ein Miteinander im Team hin, welches es Mitarbeitenden ermöglicht, Fragestellungen und Unsicherheiten anzusprechen, sich dazu auszutauschen und eine an der Lebensqualität orientierte Vorgehensweise zu finden?	MA			
B7 Unterstützt und fördert die Organisation die grundlegenden und spezifischen Palliative Care-Qualifikationen ihrer Mitarbeitenden unter Berücksichtigung aktuell gültiger Fort- und Weiterbildungsempfehlungen?	MA			
B8 Fördert die Organisation die Gesunderhaltung aller Mitarbeitenden?	MA			
B9 Sind Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden im Bereich Palliative Care in der Organisation entsprechend ihrer Qualifikation und Kompetenzen konzeptionell geklärt?	MA			

**BEREICH C – EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE STANDORTBESTIMMUNG UND KÜNFTIGE ENTWICKLUNGSANSÄTZE GELEBTER PALLIATIVE CARE-KULTUR HINSICHTLICH DER FACETTE
„EINE GELEBTE WILLKOMMENS- UND ABSCHIEDSKULTUR“ (KAPITEL 2.2.3)**

Zentrale Analysefragen zu einer einrichtungsspezifischen Standortbestimmung	Einzubehende Perspektiven	Einschätzungsebenen für die einrichtungsspezifische Standortbestimmung		
		Ja, das ist unsere gelebte Praxis und das zeigt sich daran, dass ...	Teilweise, unsere gelebte Praxis wird hinsichtlich folgender Aspekte unterschiedlich wahrgenommen ...	Folgende gelebte Praxis wird von uns gemeinsam angestrebt ...
C1 Fühlen sich Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen in der Einrichtung willkommen und bis zuletzt umsorgt?	BW, AG			
C2 Finden trauernde Angehörige in der Einrichtung die Möglichkeit zu Gesprächen und können ihrer Trauer im Abschied Ausdruck verleihen?	AG			
C3 Kennen die Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen die Werte und Haltungen sowie spezifischen Angebote und Rituale in Bezug auf das Willkommen sein und das Abschiednehmen in der Einrichtung?	BW, AG			
C4 Fühlen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase als bedeutsamer Teil der Einrichtung?	BW, AG			
C5 Können Bewohnerinnen und Bewohner ihre Grundhaltungen in einem interreligiösen Miteinander leben?	MA, BW, AG, KP			
C6 Sind sich Mitarbeitende ihren eigenen und den gemeinsam getragenen Werten im Team bewusst und können sie ihre Arbeit dahingehend reflektieren?	MA, KP			
C7 Erhalten Mitarbeitende den zeitlichen Raum und einen angepassten Rahmen, von verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern Abschied zu nehmen und ihren gegebenenfalls bestehenden Trauergefühlen Ausdruck zu verleihen?	MA			
C8 Pflegt die Einrichtung gemeinsame Rituale zum Willkommen sein und zum Abschied ihrer Bewohnerinnen und Bewohner?	MA			
C9 Fühlen sich Besucher und externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner in der Einrichtung willkommen und anerkannt?	AG, KP			
C10 Haben in der Einrichtung sowohl Leben, Lachen und das Feiern von frohen Festen als auch Traurigkeit, Sterben, Tod und Trauer ihre Bedeutsamkeit und Raum?	BW, AG, MA, KP			

BEREICH D – EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE STANDORTBESTIMMUNG UND KÜNFTIGE ENTWICKLUNGSANSÄTZE GELEBTER PALLIATIVE CARE-KULTUR HINSICHTLICH DER FACETTE „EINE EINGEBUNDENHEIT IN EINE SORGENDE GEMEINSCHAFT“ (KAPITEL 2.2.4)

Zentrale Analysefragen zu einer einrichtungsspezifischen Standortbestimmung	Einzubeziehende Perspektiven	Einschätzungsebenen für die einrichtungsspezifische Standortbestimmung		
		Ja, das ist unsere gelebte Praxis und das zeigt sich daran, dass ...	Teilweise, unsere gelebte Praxis wird hinsichtlich folgender Aspekte unterschiedlich wahrgenommen ...	Folgende gelebte Praxis wird von uns gemeinsam angestrebt ...
D1 Können Bewohnerinnen und Bewohner am gesellschaftlichen Leben in Nachbarschaft und Kommune teilhaben, und erhalten sie regelmäßig Besuch von Menschen aus der Umgebung der Pflegeeinrichtung?	BW, AG			
D2 Wird der Kontakt zur und aus der Kirchengemeinde/Glaubensgemeinschaft entsprechend den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner bis zuletzt sowie über dem Tod hinaus gepflegt?	BW, AG, KP			
D3 Nehmen Mitarbeitende an Austauschforen und Veranstaltungen im Umfeld der stationären Pflegeeinrichtung teil und gestalten diese mit?	MA			
D4 Sind Palliative Care-bezogene Werte und Haltungen in der Umgebung der Einrichtung bekannt und erfahbar?	AG, KP			
D5 Ist die stationäre Pflegeeinrichtung in die zivilgesellschaftlichen Strukturen ihres Umfelds geöffnet und integriert?	AG, GD			
D6 Arrangiert und empfängt die stationäre Pflegeeinrichtung regelmäßig Besuch von Einrichtungen des Gemeinwesens?	AG, GD			
D7 Nimmt Die Einrichtung an öffentlichen Veranstaltungen teil und bringt sich als Teil der sorgenden Gemeinschaft ein?	AG, GD			

ZUSAMMENFASSUNG

Die institutionell verankerte und in der Praxis gelebte Palliative Care-Kultur ist eine wichtige Basis und ein zentraler Bezugspunkt für die Implementierung der Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung.

Auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses und in gemeinsam gelebten und institutionell verankerten Praktiken und Strukturen kann sich eine professionelle Palliativversorgung entfalten. Gleichzeitig wird die Palliative Care-Kultur durch die Implementierung der Palliativversorgung ausgestaltet, bereichert und weiterentwickelt.

Das bedeutet: Die Etablierung einer Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung steht in enger Bezüglichkeit mit der Ausgestaltung einer professionellen Palliativversorgung. Im nachfolgenden Kapitel erfahren Sie, was eine professionelle Palliativversorgung ausmacht, welche Elemente diese umfasst und wie diese mit der Palliative Care-Kultur in Verbindung steht.

3. Zentrale Elemente
einer professionellen Palliativ-
versorgung identifizieren
und in den Bezug zur
Palliative Care-Kultur stellen



3.1 EINE PROFESSIONELLE UND QUALITÄTSVOLLE PALLIATIVVERSORGUNG ALS BASIS FÜR PFLEGE- UND VERSORGUNGSQUALITÄT IN DER LETZTEN LEBENSPHASE

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was professionelle Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ausmacht und welche Elemente diese enthält.

Dies dient Ihnen als Grundlage, um in den nachfolgenden Unterkapiteln die Ziele und Merkmale der jeweiligen Elemente der Palliativversorgung in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen.



Eine professionelle Palliativversorgung zielt insbesondere auf den Erhalt und die Verbesserung von Lebensqualität sowie auf das frühzeitige Erkennen und Lindern von Symptomen der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase [1,2]. Die gezielte Implementierung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen. Denn: Eine palliativ ausgerichtete Versorgung entspricht vielfach den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner und greift als Konzept deren spezifische Versorgungsanforderungen aufgrund des hohen Lebensalters, bestehender Multimorbidität oder demenzieller Erkrankungen auf.

Professionelle Palliativversorgung wird in dem vorliegenden Leitfaden als eine an der individuellen Lebensqualität orientierte und durch eine spezifische, Palliative Care-bezogene Haltung geprägte, interprofessionelle Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner verstanden. Eine professionelle palliativ ausgerichtete Versorgung ist ab dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung ein wichtiger und individuell anzuwendender Versorgungsansatz. Er ist in seinen unterschiedlichen Elementen und Ausprägungsgraden gegebenenfalls auch mit anderen Versorgungsansätzen (z.B. kurativen und rehabilitativen Ansätzen), je nach individueller Bewohnersituation, abzustimmen und dynamisch zu variieren [1 – 3].

EINE PROFESSIONELLE PALLIATIVVERSORGUNG UMFASST FOLGENDE ELEMENTE, DIE IN ENGER BEZOGENHEIT AUF EINANDER ZU VERSTEHEN SIND:

DIE AN DER LEBENSQUALITÄT ORIENTIERTE SYMPTOM- UND LEIDENSLINDERUNG (SIEHE KAPITEL 3.2.1)

Die Symptom- und Leidenslinderung ist ein wesentliches Element der professionellen Palliativversorgung. Eine bestmögliche Linderung der Symptome und des individuellen Leidens trägt erheblich zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und im Sterben bei. Die Symptom- und Leidenslinderung richtet sich an der je subjektiven Lebensqualität der betroffenen Person aus.

DIE BEGLEITUNG DER BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND IHRER ANGEHÖRIGEN AM LEBENSENDE UND IM STERBEN (SIEHE KAPITEL 3.2.2)

Die Begleitung in der letzten Lebensphase und im Sterben ist – parallel zu der an der Lebensqualität orientierten Symptom- und Leidenslinderung – ein zentrales Element der Palliativversorgung. Es umfasst die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen in ihrem individuellen Umgang mit dem Erleben der Endlichkeit des (eigenen) Lebens, des Lebensendes und dem Sterben.

DIE BEGLEITUNG, BERATUNG UND EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN (SIEHE KAPITEL 3.2.3)

Angehörige sind eine bedeutsame Zielgruppe der Palliativversorgung. Sie können in der Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase für die Bewohnerinnen und Bewohner wichtige Bezugspersonen sowie für die Mitarbeitenden wichtige Partnerinnen und Partner sein. Angehörige sind vielfach von den Belastungen und Abschieden der Bewohnerinnen und Bewohner mitbetroffen und haben daher eigene und spezifische Bedarfe an Begleitung und Beratung.

DIE INTERNE INTERPROFESSIONELLE TEAMARBEIT (SIEHE KAPITEL 3.2.4)

Die interne interprofessionelle Teamarbeit repräsentiert das Zusammenwirken aller Berufsgruppen und der ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter im Rahmen der Palliativversorgung innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung.

DIE EXTERNE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION (SIEHE KAPITEL 3.2.5)

Die externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation ist das strukturierte und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierte Zusammenwirken der professionell Pflegenden innerhalb der Einrichtung mit den an der Palliativversorgung beteiligten externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern.

DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG (SIEHE KAPITEL 3.2.6)

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V ist ein dialogischer Prozess zwischen einer qualifizierten Gesprächsbegleitung, der begleiteten Person (Bewohnerinnen und Bewohner) und gegebenenfalls deren Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern. Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung werden individuelle Vorstellungen von Lebensqualität, persönliche Wertehaltungen und Ansprüche an die eigene individuelle Versorgung und Begleitung für mögliche Situationen der Einwilligungsunfähigkeit thematisiert und reflektiert.

In der nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass die Elemente einer professionellen Palliativversorgung durch eine institutionell verankerte und in der Praxis gelebte Palliative Care-Kultur gerahmt sind und mit dieser wechselseitig in Bezug stehen. Im Mittelpunkt stehen die Elemente, die an der unmittelbaren Zielgruppe der Palliativversorgung ausgerichtet sind: an den Bewohnerinnen und Bewohnern in Verbundenheit mit ihren Angehörigen.

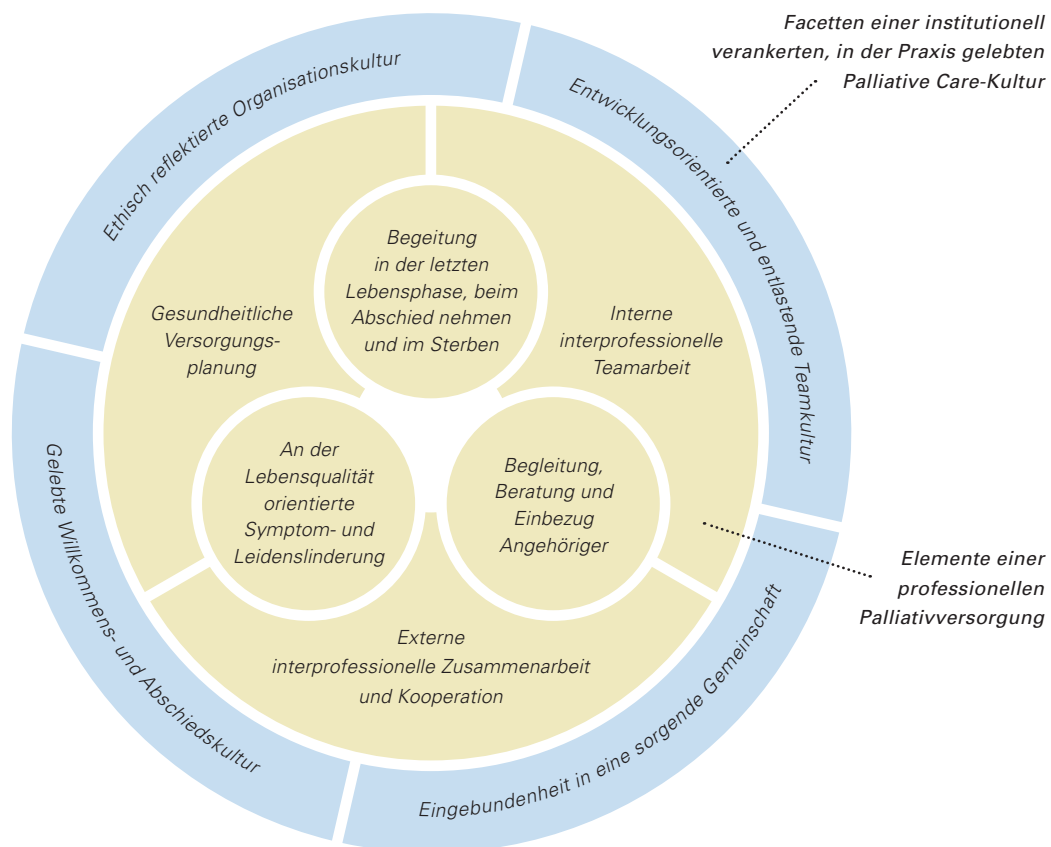


Abbildung 7:
Palliative Care-Kultur
und Palliativversorgung

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Radbruch, L; Payne, S (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (E-APC). In: Palliativmedizin 12 (05), S. 216 – 227.
- 2 DGP e.V. (2002): WHO Definition Palliative Care. übersetzt durch die DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.11.2019].
- 3 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].

3.2 ELEMENTE EINER PROFESSIONELLEN PALLIATIVVERSORGUNG

3.2.1 DIE AN DER LEBENSQUALITÄT ORIENTIERTE SYMPTOM- UND LEIDENSLINDERUNG



In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung kennzeichnet, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung erkennen.

Das dient Ihnen als Grundlage und Rückversicherung für die Planung Ihrer einrichtungsbezogenen Implementierung von Elementen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4).

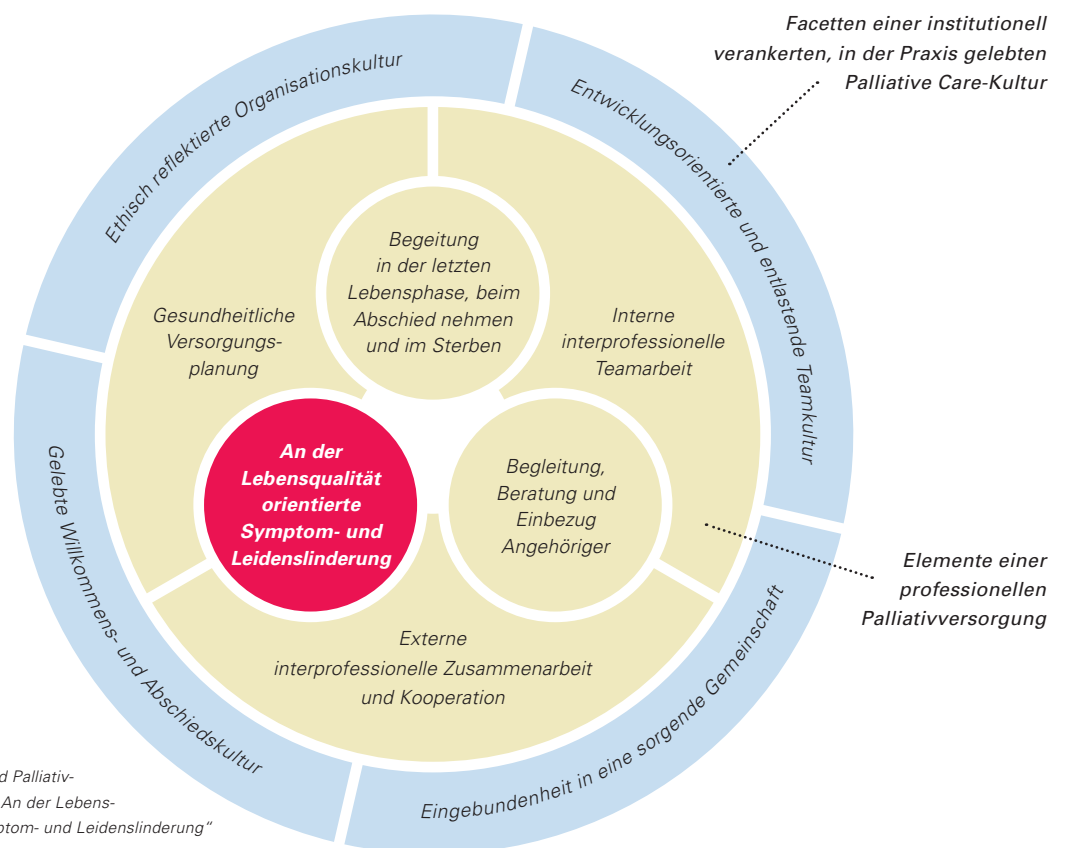


Abbildung 8: Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „An der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung“

DIE AN DER LEBENSQUALITÄT ORIENTIERTE SYMPTOM- UND LEIDENSLINDERUNG ALS ZENTRALES ELEMENT DER PALLIATIVVERSORGUNG

Bewohnerinnen und Bewohner leiden in ihrer letzten Lebensphase und im Sterben häufig unter belastenden Symptomen, wie zum Beispiel Atemnot, Schmerzen oder Mundtrockenheit. Die bestmögliche Linderung dieser Symptome und bestehenden Leidens wie etwa Angst, Hoffnungslosigkeit oder Trauer sind ein wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung [1,2]. Sie trägt zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und im Sterben bei [3]. Zugleich richtet sich die Symptom- und Leidenslinderung an der je subjektiven Lebensqualität aus.

Dabei umfasst die Symptom- und Leidenslinderung:

- > Die Orientierung an dem Respekt vor der Autonomie und der Achtung des Willens der Bewohnerinnen und Bewohner [2,4].
- > Den Einbezug des aktuell bestverfügbaren Wissens [4].
- > Die konsequente Berücksichtigung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene des Erlebens.
- > Die enge externe Vernetzung hinsichtlich einer interprofessionellen Zusammenarbeit und Kooperation (beispielsweise mit SAPV-Teams und ambulanten Hospizdiensten).

ZIELE DER AN DER LEBENSQUALITÄT ORIENTIERTEN SYMPTOM- UND LEIDENSLINDERUNG

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Das Erleben der bestmöglichen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase zu ermöglichen;
- > Die Linderung von belastenden Symptomen und des Leidens an der je individuellen Lebensqualität auszurichten;
- > Die Autonomie und den Willen der Bewohnerinnen und Bewohner als handlungsleitende Orientierung für die an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung zu gewährleisten.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN

- > Das Vertrauen in die bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung der Bewohnerinnen und Bewohner zu bestärken;
- > Die Einbindung der Angehörigen entsprechend den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner in die individuelle Symptom- und Leidenslinderung zu ermöglichen.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Den aktuellen Stand des Wissens zur individuellen Symptom- und Leidenslinderung einzubinden und den Bewohnerinnen und Bewohnern – orientiert an der je individuellen Lebensqualität – zukommen zu lassen;
- > Bei der angestrebten Symptom- und Leidenslinderung den Respekt vor der Autonomie und die Beachtung des Willens der Bewohnerinnen und Bewohner zu reflektieren;
- > Bei der angestrebten Symptom- und Leidenslinderung die (mit-)betroffenen Ebenen (physische, psychische, soziale und spirituelle Ebene) aufmerksam zu berücksichtigen;
- > Zur Gewährleistung einer bestmöglichen Symptom- und Leidenslinderung – im Sinne einer Stärkung der Lebensqualität – professionell und zielgerichtet mit den eingebundenen Berufsgruppen und Versorgungspartnern zusammenzuarbeiten;
- > Die Bedeutsamkeit der je individuellen Perspektive auf die Lebensqualität und das Leiden der Bewohnerinnen und Bewohner ausdrücklich im Blick zu behalten;
- > Die eigene Betroffenheit durch das Leiden der Bewohnerinnen und Bewohner bewusst und achtsam vom Mitleiden und Mitleid zu trennen.





ZIEL IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die notwendigen Ressourcen (beispielsweise qualifiziertes Personal, technische Ausstattung) sowie die strukturellen Bedingungen für eine individuelle Symptom- und Leidenslinderung seitens der Einrichtung vorzuhalten.

MERKMALE EINER AN DER LEBENSQUALITÄT ORIENTIERTEN SYMPTOM- UND LEIDENSLLINDERUNG

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Belastende Symptome und individuelles Leiden der Bewohnerinnen und Bewohner sind auf der Basis des aktuell verfügbaren Wissens, in interprofessioneller Teamarbeit und unter Berücksichtigung der Mehrdimensionalität (physische, psychische, soziale und spirituelle Ebene) bestmöglich gelindert. Bewohnerinnen und Bewohner erfahren in ihrem persönlichen Leiden individuelle und an der Lebensqualität orientierte Begleitung und ein sorgendes Umfeld.

Das heißt: Mitarbeitende nutzen bei der individuellen Symptom- und Leidenslinderung den aktuellen Stand des Wissens aus Leitlinien und Expertenstandards sowie weiteren Wissensquellen. Sie verstehen Symptom- und Leidenslinderung auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene [5]. Bei Bedarf beziehen sie weitere Berufsgruppen gezielt in die Versorgung ein. Mitarbeitende bilden sich in Bezug auf die Palliativversorgung fort, um belastende Symptome professionell zu lindern und Lebensqualität zu fördern bzw. zu erhalten.



- > Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden aufmerksam erfasst und sind in der Linderung von belastenden Symptomen und des damit verbundenen Leidens handlungsleitend.

Das heißt: Vorstellungen und Wünsche an die Versorgung in der letzten Lebensphase sind Gegenstand der pflegerischen Anamnese und bilden sich in der Pflegeplanung ab. Unterschiedliche Ausdrucksformen des Willens, wie beispielsweise ablehnende Gesten der Bewohnerinnen und Bewohner, werden sensibel wahrgenommen und situativ interpretiert.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN

- > Angehörige können die Maßnahmen zur individuellen Symptom- und Leidenslinderung der Bewohnerinnen und Bewohner nachvollziehen.

Das heißt: Mitarbeitende erläutern Angehörigen die fachlichen Hintergründe der Symptom- und Leidenslinderung zielgruppengerecht.



- > Angehörige bringen sich, orientiert am Willen der Bewohnerinnen und Bewohner und entsprechend ihrer Ressourcen, in die Begleitung ein und werden von Mitarbeitenden beraten und angeleitet.

Das heißt: Die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Angehörigen werden erfasst. Wenn Bewohnerinnen und Bewohner dies wünschen, werden Angehörige in die Versorgung entsprechend ihrer Ressourcen eingebunden. Beispielsweise unterstützen sie bei der Körperpflege oder sind für die Bewohnerinnen und Bewohner da, wenn diese Angst oder Unruhe verspüren.



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Mitarbeitende binden den aktuellen Stand des bestverfügbaren Wissens in ihr professionelles Handeln und Entscheiden ein.

Das heißt: Mitarbeitende wenden spezialisiertes Wissen hinsichtlich typischer, belastender Symptome am Lebensende (wie Atemnot, Unruhe, Mundtrockenheit oder Juckreiz) auf der Basis aktueller Erkenntnisse an. Sie bilden sich hierzu kontinuierlich fort und beraten sich gegenseitig.

- > Mitarbeitende erkennen das individuelle Leiden von Bewohnerinnen und Bewohnern, auch wenn diese ihr Leiden nicht mehr selbst verbal zum Ausdruck bringen können. Belastende Symptome werden frühzeitig erkannt und erfasst.

Das heißt: Mitarbeitende zeigen eine verstehende Haltung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern und versuchen in einem Prozess der Beziehungsgestaltung die verschiedenen Ebenen (physische, psychische, soziale und spirituelle) des Leidens zu erfassen. Sie sind besonders aufmerksam für unterschiedliche Ausdrucksformen von Leiden [6]. Die Symptome werden zeitnah gelindert, hierbei ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner der Maßstab in Bezug auf den erreichten Grad der Linderung.

- > Mitarbeitende erkennen ihre Grenzen im professionellen Handeln der angemessenen Symptomlinderung und wissen, wann weitere Berufsgruppen entsprechend hinzuzuziehen sind [7].

Das heißt: Mitarbeitende gestalten einen engen Kontakt zu Haus- und Fachärztinnen und -ärzten (insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte mit der Weiterbildung Palliativmedizin) der Bewohnerin oder des Bewohners. Sie beziehen Fachärztinnen und Fachärzte konsequent in die Versorgung ein und erkennen den ergänzenden Bedarf an SAPV. Mitarbeitende beziehen Seelsorgerinnen und Seelsorger auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner mit ein. Sie gestalten die Zusammenarbeit und Kooperation mit den ambulanten Hospizdiensten (siehe Kapitel 3.2.5), um eine ergänzende Ressource der Begleitung sicher zu stellen. Mitarbeitende reflektieren ihre eigene Betroffenheit im Umgang mit dem Leiden der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen und unterstützen sich in Situationen persönlicher Belastung gegenseitig (siehe Kapitel 2.2.2).

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Der Zugang zu aktuellem Wissen wird seitens der Organisation bereitgestellt und dessen Umsetzung in die Palliativversorgung gefördert und unterstützt.

Das heißt: Relevante Fachzeitschriften für die Palliativversorgung sind seitens der Einrichtung abonniert. Es werden fachliche Fortbildungen angeboten und Expertinnen und Experten in regionaler Vernetzung konzeptionell in die Versorgung eingebunden (siehe Kapitel 3.2.5).

- > Notwendige Ressourcen und Strukturen für eine an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung sind in der Organisation bereitgestellt.

Das heißt: Die Palliativversorgung wird auf der Basis des aktuell bestverfügbaren Wissens und durch das Ermöglichen von kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung in der Einrichtung sichergestellt. Ausstattung und Materialien zur Symptom- und Leidenslinderung werden in der Einrichtung vorgehalten (beispielsweise schwarze Handtücher für den Umgang mit starken Blutungen, Schmerzpumpen und Weiteres).



VERWENDETE LITERATUR

- 1 DGP e.V., DHPV e.V., BÄK (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 2 DGP e.V. (2002): WHO Definition Palliative Care. übersetzt durch die DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.11.2019].
- 3 Hübner, J (2016): Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen. In: O Dibelius, P Offermanns und S Schmidt (Hg): Palliative Care für Menschen mit Demenz. Hogrefe Verlag, S. 105 – 114.
- 4 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [28.11.2019].
- 5 Müller, M (2017): Total Pain. In: B Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher und S Monteverde (Hg): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 406 – 414.
- 6 Reed, FC; Staudacher, D; Börger, H (Hg) (2013): Pflegekonzept Leiden: Leiden erkennen, lindern und verhindern. Bern: Huber.
- 7 Siegwart, H (2009): Leiden. In: Mäder M und Käppeli S (Hg): Leiden, Krise, Hilflosigkeit, Angst, Hoffnung/Hoffnungslosigkeit, Verlust/Trauer, Einsamkeit, 5. Nachdruck. Bern: Huber, S. 15 – 44.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Diehl-Schmid, J; Riedl, L; Rüsing, U; Hartmann, J; Bertok, M; Levin, C; Hamann, J; Arcand, M; Lorenzl, S; Feddersen, B; Jox, R J (2018): Palliativversorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz. In: Nervenarzt 89 (5), S. 524 – 529.
- Frankenhauser, S; Geist, M J P; Weigand, M A; Bardenheuer, H J; Keßler, J (2017): Interprofessionelle Symptomkontrolle am Lebensende. In: Der Anaesthesist 66 (11), S. 889 – 900.
- Schwermann, M; Münch, M (2015): Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für die Pflegepraxis. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

3.2.2 BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE, BEIM ABSCHIED NEHMEN UND IM STERBEN

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine palliative Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben charakterisiert und welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind. Es wird dargelegt, woran Sie eine palliative Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben erkennen und woran sich diese ausrichten.

Die nachfolgenden Kriterien dienen Ihnen als Grundlage und Rückversicherung für die Planung Ihrer einrichtungsbezogenen Implementierung von Elementen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4).

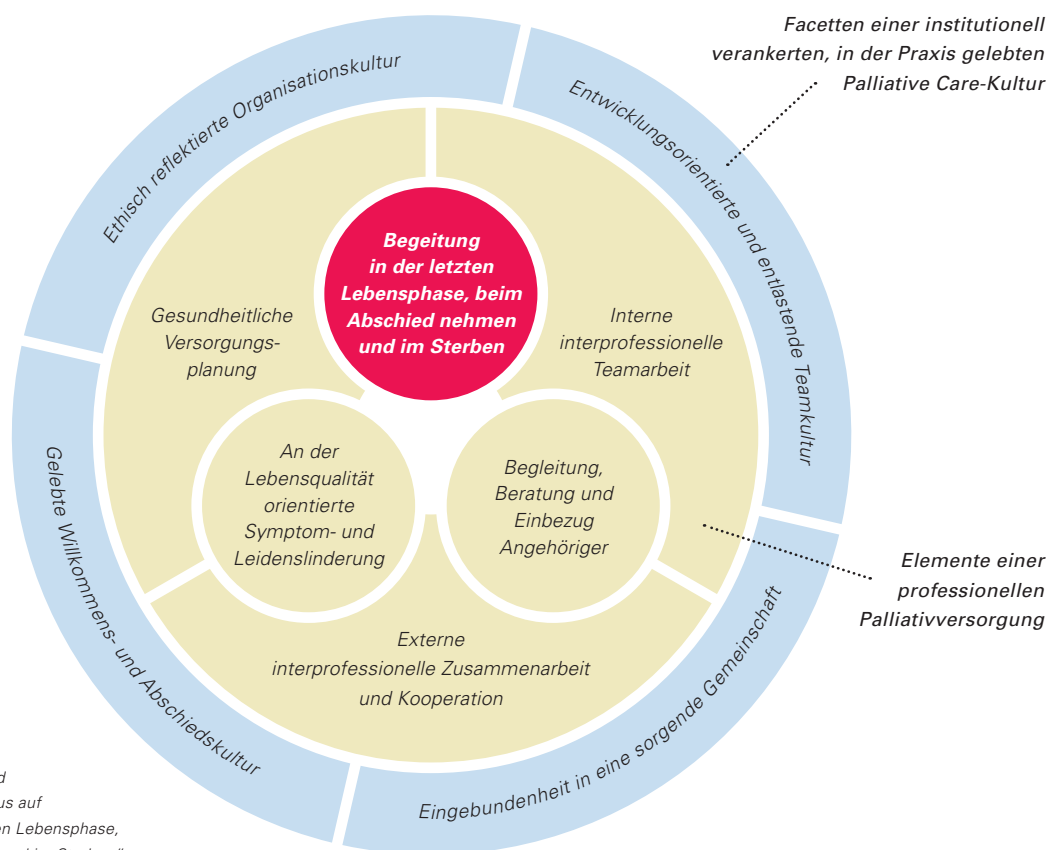


Abbildung 9:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Begleitung in der letzten Lebensphase,
beim Abschied nehmen und im Sterben“

BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE, BEIM ABSCHIED NEHMEN UND IM STERBEN ALS ZENTRALES ELEMENT DER PALLIATIVVERSORGUNG

Die Begleitung in der letzten Lebensphase und im Sterben ist – parallel zur an der Lebensqualität orientierten Symptom- und Leidenslinderung (siehe Kapitel 3.2.1) – ein zentrales Element der Palliativversorgung. Es umfasst die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen in ihrem individuellen Umgang mit dem Erleben der Endlichkeit des (eigenen) Lebens, des Lebensendes und dem Sterben. Die Begleitung kennzeichnet folglich:

- > Eine vertrauensvolle, professionelle Beziehungsgestaltung.
- > Das Einlassen auf die Perspektive des Gegenübers, ohne die Grenzen zwischen sich selbst und dem Gegenüber zu vermischen [1,2].

- > Das bewusste Aufgreifen des je individuellen Erlebens der Bewohnerinnen und Bewohner sowie das achtsame Wahrnehmen der Auswirkungen auf Angehörige.
- > Die Ausgestaltung einer sensiblen und am Gegenüber orientierten Kommunikation.
- > Die Offenheit, gemeinsam Unsicherheiten auszuhalten [3].

Besonders bedeutsam ist hier die ergänzende Begleitung durch ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter, insofern Bewohnerinnen und Bewohner dies wünschen [4,5].

ZIELE DER BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE, BEIM ABSCHIED NEHMEN UND IM STERBEN

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER



- > Das Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner dahingehend zu stärken, in ihrer Auseinandersetzung mit dem Lebensende, den anstehenden Abschieden und dem Sterben nicht alleine zu sein [5];
- > Ein Erleben von Verbundenheit mit persönlich nahestehenden Personen in der letzten Lebensphase und im Sterben sicherzustellen [5,6];
- > Die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und im Sterben zu wahren [7].

ZIELE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN



- > Verständnis und Anerkennung für die persönliche Auseinandersetzung mit Fragen des Abschiednehmens, der Endlichkeit und des Sterbens durch die Begleitung der Mitarbeitenden zu erleben [8];
- > Das Vertrauen in die würde- und qualitätsvolle Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Mitarbeitenden zu gewinnen.

ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN



- > Die vertrauensvolle, professionelle Beziehung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen in der letzten Lebensphase, im Abschiednehmen und im Sterben sensibel und zugewandt zu gestalten [7];
- > Sich situationsangemessen der Bezugnahme und Auseinandersetzung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen mit der Endlichkeit des (eigenen) Lebens achtsam zuzuwenden und diese individuell aufzugreifen [7,8];
- > Das Sterben und Abschiednehmen der Bewohnerinnen und Bewohner als individuellen und einzigartigen Prozess zu begreifen.

ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION



- > Die Gleichzeitigkeit von Leben und Sterben anzuerkennen und zu rahmen;
- > Den Raum für Fragen im Zusammenhang mit dem Abschiednehmen und dem Sterben der Bewohnerinnen und Bewohner ab den Einzug zu eröffnen (siehe Kapitel 2.2.3);
- > Den notwendigen zeitlichen Rahmen für die vielfältigen Bedarfe und Bedürfnisse in der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, im Abschiednehmen und im Sterben zu schaffen und zu eröffnen.

MERKMALE DER BEGLEITUNG IN DER LETZTEN LEBENSPHASE, BEIM ABSCHIED NEHMEN UND IM STERBEN

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE DER BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Unterschiedliche Ausdrucksformen der Bezugnahme und Auseinandersetzung der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Lebensende werden erkannt und individuell aufgegriffen.

Das heißt: Verbale und nonverbale Äußerungen und Andeutungen der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf die anstehenden Abschiede wie auch in Bezug auf ihre eigene Endlichkeit (beispielsweise das Benennen von Fähigkeitsverlusten, die Beschreibung von Ängsten, symbolischen Äußerungen oder Gesten sowie vermehrter Rückzug) werden durch die Mitarbeitenden behutsam aufgegriffen und in die Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern eingebunden.

- > Die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner findet in konsequenter Ausrichtung an ihren Wünschen und Bedürfnissen in der letzten Lebensphase, dem Abschiednehmen und im Sterben statt [7], um den ganz individuellen Weg des Abschiednehmens und des Sterbens anzuerkennen.

Das heißt: Vorlieben und Wünsche, Wohltuendes und Beruhigendes (wie beispielsweise Lieblingsmusik oder Gewohnheiten, die helfen zur Ruhe zu kommen) sind im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und in die Begleitung der letzten Lebensphase, des Abschiednehmens und des Sterbens eingebunden. Gesten, Mimik oder weitere Formen der Willensbekundung werden sensibel aufgegriffen. Spirituellen Bedürfnissen wird je nach individuellen religiösen/glaubensbezogenen Ausrichtungen durch Gesprächsangebote und Seelsorge entsprochen.

- > Bewohnerinnen und Bewohner können in ihrer ganz individuellen Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase, den anstehenden Abschieden und im Sterben Verbundenheit mit den Personen erleben, die ihnen wichtig sind. Hierzu können Angehörige aber auch Mitarbeitende gehören [5,6].

Das heißt: Angehörige sind in der Einrichtung grundsätzlich willkommen (siehe Kapitel 3.2.3). Vertraute Mitarbeitende sind in die Begleitung der letzten Lebensphase und des Sterbens eingebunden. Wenn Bewohnerinnen und Bewohner es wünschen, wird eine ergänzende Begleitung durch ehrenamtliche Lebens- und Sterbegleiterinnen und -begleiter organisiert (siehe Kapitel 3.2.5).



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN

- > Angehörige werden in ihrer spezifischen Situation wie auch in ihren Belastungen und den damit verbundenen Bedürfnissen gesehen [8].

Das heißt: Mitarbeitende erfassen mögliche Belastungen und damit verbundene Bedürfnisse Angehöriger und sind sensibel für deren Anliegen, erkennen und gestalten den Bedarf des Einbezugs der Trauerbegleitung [6,8,9].

- > Angehörige können sich, orientiert am Willen der Bewohnerinnen und Bewohner und entsprechend ihrer Ressourcen, in die Begleitung einbringen.

Das heißt: Angehörige sind begleitet, wenn sie in der letzten Lebensphase, in Phasen des Abschieds und im Sterben bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und/oder in die Begleitung eingebunden sind. Sie wissen um eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner bei den Mitarbeitenden und erhalten handlungspraktische Erläuterungen dahingehend, was sie für die Bewohnerin oder den Bewohner tun können (beispielsweise Vorlesen, Hand-/Fußmassagen, Einreibungen).



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die Beziehungsgestaltung mit Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase findet in einem professionellen Rahmen statt, der Nähe und Distanz bewusst ausbalanciert [1].

Das heißt: Mitarbeitende nehmen ihre eigenen Grenzen bewusst wahr und holen sich entsprechende Unterstützung im Team und bei den Leitungspersonen. Mitarbeitende binden das Aushalten, ‚Da-Sein‘ und ‚Inne-Halten‘ wie auch ihre Intuition in die Begleitung ein.

- > Mitarbeitende wenden sich den Abschiedsprozessen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörigen achtsam zu und greifen die verbal und nonverbal geäußerten Unsicherheiten, Ängste und Fragen auf [7,8].

Das heißt: Mitarbeitende wissen um unterschiedliche Ausdrucksformen in der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und im Abschiednehmen. Sie verfügen über Sicherheit, diese mit den Bewohnerinnen und Bewohnern anzusprechen, auch im Bewusstsein dessen, nicht immer eine Antwort oder Lösung formulieren zu können.

- > Mitarbeitende verstehen das Sterben der Bewohnerinnen und Bewohner – im Kontext des gesamten Abschiednehmens in der letzten Lebensphase – als einzigartig.

Das heißt: Veränderungen des Zustands der Bewohnerinnen und Bewohner werden in einem situativ angemessenen Austausch mit weiteren beteiligten Akteuren und Personen immer wieder neu eingeschätzt [10]. Die Intuition der Mitarbeitenden sollte bei einem solchen Austausch eine Rolle spielen, beispielsweise durch das Stellen der Frage: „Wäre ich überrascht, wenn der Patient in den nächsten Tagen versterben würde?“ [11]. Die Verneinung dieser Frage kann ein erster, intuitiver Hinweis der Mitarbeitenden darauf sein, dass die Sterbephase einer Bewohnerin oder eines Bewohners begonnen hat [11].



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Auseinandersetzungen mit dem Lebensende, den damit verbundenen Abschieden und dem Sterben, aber auch der Tod von Bewohnerinnen und Bewohnern sind Teil des Alltags und der Alltagsgestaltung in der stationären Pflegeeinrichtung.

Das heißt: Räume und Zeit für Begegnung, Kommunikation und Unsicherheit sind erfahrbar, Offenheit ist erlebbar. Das heißt auch: Bewohnerinnen und Bewohner können nach dem Versterben möglichst in ihrem Zimmer verbleiben. Das Versterben von Bewohnerinnen und Bewohnern wird den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und den anderen Angehörigen sensibel vermittelt und mitgeteilt, beispielsweise durch Symbole wie ein Licht im Fenster (siehe Kapitel 2.2.3).

- > Der notwendige zeitliche Rahmen für die würdevolle und behutsame Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase, in ihren Abschieden und im Sterben ist gegeben.

Das heißt: Mitarbeitende können sich in Absprache mit dem Team Zeit für die Begleitung nehmen. Leitungspersonen gestalten die Gleichzeitigkeit der Anforderungen einer Begleitung am Lebensende und im Sterben mit dem Versorgungsauftrag der weiteren Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend aus.



VERWENDETE LITERATUR

- 1 Kränzle, S (2017): *Sich distanzieren müssen, um professionell zu sein, ist es das, was wir wollen?* In: *Leidfaden Fachmagazin für Krisen, Leid und Trauer* 6 (02) S. 38 – 41.
- 2 Kränzle, S (2018): *Hoffnung*. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 99 – 110.
- 3 Heller, A (2015): *Sterben heute und morgen*. In: B Felderer (Hg): *Das Letzte im Leben: Einträge zu Sterben und Trauer 1765 bis heute*. Wien: Verlag für Moderne Kunst, S. 127 – 132.
- 4 Remmers, H (2019): *Philosophische Dimensionen. Die Endlichkeit personalen Lebens*. In: S Kreutzer, C Oetting-Roß und M Schwermann (Hg): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 20 – 48.
- 5 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 6 Schärer-Santschi, E (Hg) (2019): *Trauern. Trauernde Menschen nach Verlusten begleiten*. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- 7 SAMW (2019): *Umgang mit Sterben und Tod: Medizinisch-ethische Richtlinien*. Online verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> [28.11.2019].
- 8 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 9 Daiker, A (2018): *Trauer*. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 151 – 159.
- 10 Montag, T; Starbatty, B; Thomas, M; Gog, C; Ostgathe, C; Simon, S (2017): *SOP – Behandlung und Betreuung in der Sterbephase*. In: *Onkologie* 23 (5), S. 385 – 388.
- 11 Doll, A; Montag, T; Simon, S; Bausewein, C; Voltz, R; Ostgathe, C (2016): *Patient liegt im Sterben. Sicher erkennen, angemessen handeln und darüber reden*. In: *MMW - Fortschritte der Medizin* 158 (1), S. 39 – 43.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Cardinal, C (2013): *Sterbe- und Trauerbegleitung. Ein Handbuch*. 3. Auflage. Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. *Selbsthilfe Demenz* (2019): *Fortgeschrittene Demenz und Lebensende. Informationen zu Zielen und Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung*. Online verfügbar unter: <https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/33/fortgeschrittene-demenz-und-lebensende> [28.11.2019].
- Dunphy, J; Kubillus, S (2014): *Kommunikation mit Sterbenden. Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation*. Bern: Huber.
- Lillie, U; Beer, W; Droste, E; Giebel, A (Hg) (2018): *Würde und Selbstbestimmung sichern. Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung sterbender alter Menschen*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

3.2.3 BEGLEITUNG, BERATUNG UND EINBEZUG ANGEHÖRIGER



In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was die Begleitung, Beratung und den Einbezug Angehöriger ausmacht, welche Ziele damit auf den unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine praktizierte Begleitung, Beratung und den realisierten Einbezug als Element der Palliativversorgung erkennen.

Die nachfolgenden Kriterien dienen Ihnen als Grundlage und Rückversicherung für die Planung Ihrer einrichtungsbezogenen Implementierung von Elementen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4).

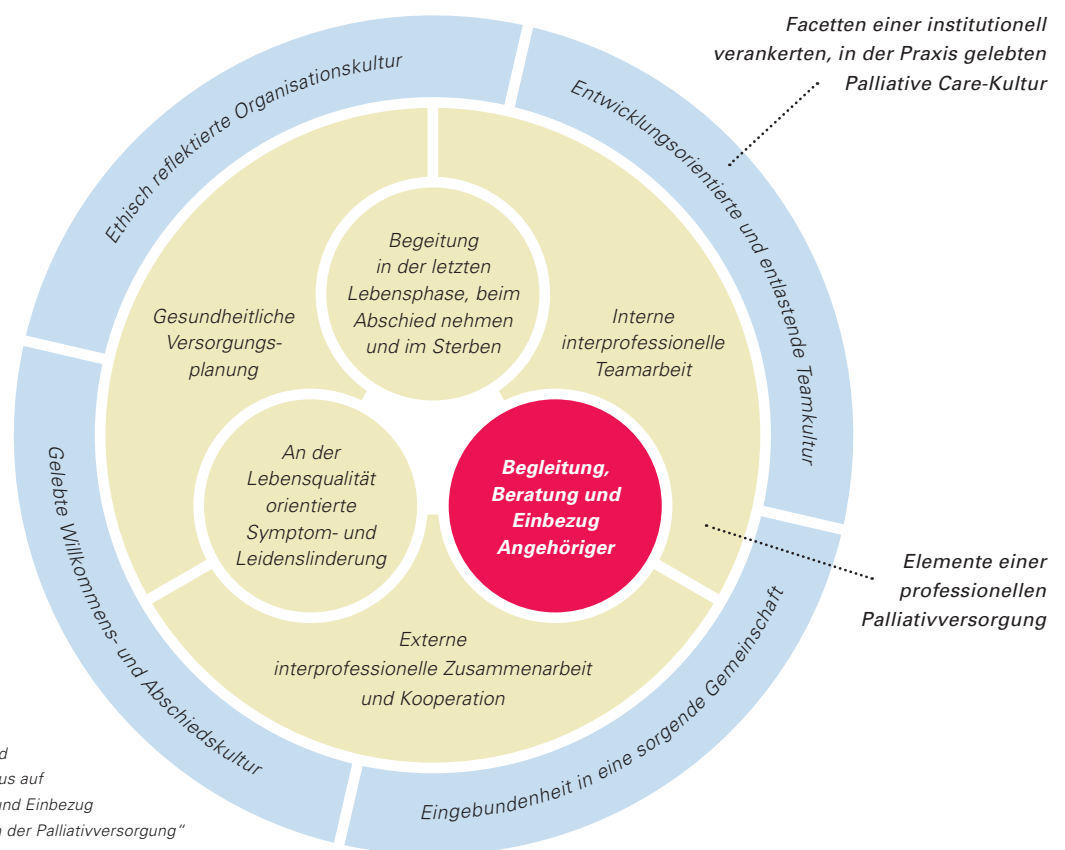


Abbildung 10:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Begleitung, Beratung und Einbezug
Angehöriger im Rahmen der Palliativversorgung“

BEGLEITUNG, BERATUNG UND EINBEZUG ANGEHÖRIGER ALS ELEMENT DER PALLIATIVVERSORGUNG

Angehörige sind eine bedeutsame Zielgruppe der Palliativversorgung [1 – 3]. „Angehörige sind alle Personen, zu denen eine besondere Bindung auf der Basis einer verwandtschaftlichen und/oder emotionalen Beziehung besteht, die im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Verpflichtung gelebt wird“ [4]. Sie können für die Bewohnerinnen und Bewohner wichtige Bezugspersonen sowie für die Mitarbeitenden wichtige Partnerinnen und Partner in der Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase sein [1,5,6]. Angehörige sind vielfach von den Belastungen und Abschieden der Bewohnerinnen und Bewohner mitbetroffen und haben eigene und spezifische Bedarfe an Begleitung und Beratung [7,8].

Die Begleitung, Beratung und der Einbezug Angehöriger ist eingebunden in einen kontinuierlichen Prozess der Beziehungsgestaltung und in die Kommunikation zwischen den Versorgenden, den Angehörigen und den Bewohnerinnen und Bewohnern [9]:

- > Die Begleitung Angehöriger umfasst die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung mit den Angehörigen sowie das frühzeitige Wahrnehmen von und Reagieren auf potentielle Belastungen [1];
- > Die Beratung Angehöriger bezieht sich auf die Information zur aktuellen und weiteren Palliativversorgung und auf die Unterstützung bei der Entwicklung individueller Handlungsfähigkeiten [10];
- > Der Einbezug Angehöriger umfasst die an der Lebensqualität und dem Willen der Bewohnerinnen und Bewohnern ausgerichtete Beteiligung Angehöriger in die Begleitung und Versorgung. Dies erfolgt unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Belastungen und individuellen Ressourcen [1].

ZIEL DER BEGLEITUNG, BERATUNG UND DES EINBEZUGS ANGEHÖRIGER

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Die Verbundenheit der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase und im Sterben zu ermöglichen;
- > Die Berücksichtigung und den Einbezug der sozialen Bezüge, Wertvorstellungen und des kulturellen Hintergrunds im Rahmen der Palliativversorgung zu realisieren.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN ...

... HINSICHTLICH DEREN BEGLEITUNG

- > Die Angehörigen in ihrer Verbundenheit zu den Bewohnerinnen und Bewohnern wahrzunehmen und in ihren individuellen Bedarfen zu begleiten;
- > Die Angehörigen in ihren Abschieden und in ihrer individuellen Trauer sensibel zu begleiten;
- > Die Angehörigen in das Miteinander in der Einrichtung einzubinden und Austauschmöglichkeiten in Belastungssituationen und Unsicherheit zu eröffnen.

... HINSICHTLICH DEREN BERATUNG

- > Das Vertrauen Angehöriger in eine qualitätsvolle und professionelle Palliativversorgung seitens der Mitarbeitenden zu stärken;
- > Die an den individuellen Bedarfen orientierte Beratung Angehöriger im Rahmen der Palliativversorgung zu ermöglichen.

... HINSICHTLICH DEREN EINBEZUG

- > Die Anerkennung der Angehörigen als wichtige Bezugspersonen für die Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren spezifischen Bedarfen erlebbar zu machen;
- > Die Eingebundenheit und die Sicherheit der Angehörigen in ihrer Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die Pflege und Versorgung gemeinsam mit den Angehörigen an der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten;
- > Die vertrauensvolle Beziehung und Kommunikation mit den Angehörigen zu gestalten.





ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Den Beitrag zur Wahrnehmung stationärer Pflegeeinrichtungen als gute Orte des Lebens und des Sterbens durch die Transparenz einer qualitativvollen Palliativversorgung zu leisten;
- > Das Vertrauen in die Einrichtung durch den zugewandten Einbezug der Angehörigen zu stärken.

MERKMALE DER BEGLEITUNG, BERATUNG UND DES EINBEZUGS ANGEHÖRIGER

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

- > Angehörige und mögliche Bezugspersonen werden entsprechend den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner in die Begleitung in der letzten Lebensphase eingebunden.

Das heißt: Zu einem für die Bewohnerinnen und Bewohner stimmigen Zeitpunkt wird in zugewandter Weise erfasst, welche Personen diesen nahestehen und wen sie in ihren letzten Tagen und Stunden gerne um sich haben möchten. Die geäußerten Wünsche werden dann zum gegebenen Zeitpunkt bestmöglich realisiert (siehe Kapitel 3.2.2). Zu diesen Bezugspersonen können für die Bewohnerinnen und Bewohner auch Mitarbeitende der stationären Pflegeeinrichtung zählen. Insbesondere dann, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner keine Angehörigen haben, wird mit ihnen besprochen, ob sie eine ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase wünschen.

- > Bewohnerinnen und Bewohner werden in ihren sozialen Bezügen, Werten und ihrem kulturellen Hintergrund wahrgenommen, versorgt und begleitet. Diesbezügliche Konfliktpotenziale zwischen Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern werden vorausschauend aufgegriffen [1].

Das heißt: Mitarbeitende gehen mit Angehörigen über die Vorlieben, Wünsche, Werthaltungen und kulturellen Prägungen der Bewohnerinnen und Bewohner ins Gespräch, insofern dies den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner entspricht. Mitarbeitende erfassen mögliche Wertekonflikte gemeinsam mit den Angehörigen und initiieren bei Bedarf ethische Fallbesprechungen [11] (siehe Kapitel 2.2.1).

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ANGEHÖRIGEN ...

... HINSICHTLICH DEREN BEGLEITUNG

- > Bei Verschlechterungen des Zustands der Bewohnerinnen und Bewohner werden auch die möglicherweise damit einhergehenden Belastungen für Angehörige berücksichtigt [1,5].

Das heißt: Bedarfsorientiert und insbesondere beim Einzug, bei Zustandsverschlechterungen, im Sterben sowie nach dem Versterben der Bewohnerinnen und Bewohner werden mögliche Belastungen Angehöriger (wie beispielsweise Schuldgefühle und mögliche Überforderungen) wahrgenommen, verständnisvoll und wertfrei anerkannt. Es werden entsprechende Unterstützungsangebote (wie therapeutische Hilfen, Trauergruppen oder Ähnliches) sensibel vermittelt. Hinweise auf den Beginn des Sterbeprozesses der Bewohnerinnen und Bewohner werden gegenüber den Angehörigen achtsam und zugewandt formuliert [1].



- > Angehörige werden in ihrem Abschied von den schwerstkranken und sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern und in ihrer Trauer taktvoll und individuell begleitet.

Das heißt: Mitarbeitende verfügen über ein Grundverständnis von Trauer. Hierunter fällt das Wissen, dass bereits der Einzug eine markante Abschiedssituation darstellen kann, dass die Trauer bereits vor dem Versterben der Bewohnerinnen und Bewohner beginnen kann, sie ein schrittweiser Prozess ist und die Abschiedsgestaltung nach dem Tod der Bewohnerinnen und Bewohner Auswirkungen auf das Weiterleben mit dem Verlust haben kann. Mitarbeitende erkennen den Bedarf an qualifizierter Trauerbegleitung und verweisen auf entsprechende Unterstützungsangebote (wie beispielsweise die Teilnahme an regionalen Trauergruppen oder Trauercafés) [1,5].

- > Angehörige sind in der Einrichtung grundsätzlich willkommen, sie können an unterschiedlichen Angeboten teilnehmen und sich miteinander vernetzen. Die Themen Sterben, Tod und Trauer wie auch die damit verbundenen, vielfältigen Abschiede werden mit Angehörigen thematisiert.

Das heißt: Angehörige können die Bewohnerinnen und Bewohner zu jeder Zeit besuchen. Die Vernetzung zwischen den Angehörigen wird ab dem Einzug der Bewohnerinnen und Bewohner gestärkt (beispielsweise werden Angehörigenabende gestaltet, an denen sich diese über Abschiede und mögliche Belastungen austauschen und sich gegenseitig unterstützen können). Angehörige werden bewusst angesprochen, um deren Unterstützungs-, Beratungs- und Informationsbedarf im Kontext von Sterben, Tod und Trauer zu erfassen.

...HINSICHTLICH DEREN BERATUNG

- > Die an der Situation der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Elemente der Palliativversorgung werden für Angehörige transparent dargestellt und anstehende Veränderungen der Versorgung offen kommuniziert sowie nachvollziehbar erläutert.

Das heißt: Angehörige werden über die Angebote und Möglichkeiten der Palliativversorgung in der stationären Pflegeeinrichtung achtsam und kontinuierlich informiert (insbesondere in der persönlichen Begegnung, aber auch über Informationsflyer, welche das Grundverständnis der Einrichtung darlegen und zu einem Gesprächsangebot einladen). Das Einverständnis der Bewohnerinnen und Bewohner vorausgesetzt, werden Absprachen mit Angehörigen getroffen, in welchem Rahmen und in welcher Form sie über den Zustand und möglicherweise eintretende Veränderungen informiert werden möchten.

- > Angehörige erhalten individuelle Beratungsangebote zum Umgang mit den eigenen Belastungen und Bedürfnissen.

Das heißt: Der Bedarf an Beratung, Entlastung und Unterstützung für Angehörige wird seitens der Mitarbeitenden im Rahmen der Begegnungen achtsam erfasst (beispielsweise in einem strukturierten und professionellen Beratungsgespräch). Entsprechend der Bedarfe der Angehörigen erbringen Mitarbeitende individuelle Beratung oder stellen passende Informationsmaterialien zur Verfügung (beispielsweise von kooperierenden und weiteren regionalen Diensten wie ambulanten Hospizdiensten oder Trauergruppen).



...HINSICHTLICH DEREN EINBEZUG

- > Angehörige werden durch die Mitarbeitenden als Partnerinnen und Partner in der Versorgung anerkannt. Eine ausgewogene Balance zwischen den Erfordernissen, Belastungen und Unsicherheiten der Angehörigen und ihrem Einbezug in die Pflege und Versorgung wird hierbei angestrebt.

Das heißt: Unter Einbezug aller Beteiligten wird abgesprochen, in welcher Weise Angehörige im Rahmen der Palliativversorgung und Begleitung mitwirken können. Die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sind dabei übergeordnet leitend.



- > Angehörige sind bei der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und in ihrem Einbezug in die Pflege und Versorgung konsequent professionell begleitet und unterstützt.

Das heißt: Angehörige haben während der Besuche eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner die oder der sie – wenn gewünscht – auch in das Zimmer begleitet. Die Bedürfnisse aber auch die Belastungen der Angehörigen während der Begleitung werden feinfühlig wahrgenommen und auch erfragt. Angehörige erhalten Unterstützung und Anleitung dahingehend, die Bewohnerinnen und Bewohner im Sterben zu begleiten und zur Leidenslinderung beizutragen (beispielsweise im Umgang mit Unruhe).

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Angehörige und Mitarbeitende bereichern sich gegenseitig dabei – in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse am Lebensende – die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.

Das heißt: Mitarbeitende wenden sich den Angehörigen bewusst zu, um mehr über die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfahren. Diese Perspektive wird insbesondere in Entscheidungssituationen bewusst eingenommen. Angehörige sind in der Folge Teilnehmende in ethischen und/oder palliativen Fallbesprechungen, falls dies dem Wunsch der Bewohnerin oder des Bewohners entspricht [11].



- > Professionell Pflegende gestalten mit den Angehörigen sorgsam eine vertrauensvolle Beziehung, beginnend mit dem Einzug der Bewohnerin oder des Bewohners in die stationäre Pflegeeinrichtung.

Das heißt: Alle Mitarbeitenden wirken darauf hin, dass Angehörige Vertrauen in die Pflege und Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner entwickeln können, indem sie die qualitätsvolle Palliativversorgung und die damit verbundenen Konsequenzen für Angehörige soweit als möglich transparent machen.

ZENTRALES MERKMAL IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die geleistete qualitätsvolle Palliativversorgung in der gesamten Pflegeeinrichtung wird für Angehörige transparent und erlebbar. Angehörige fühlen sich in der Organisation grundsätzlich willkommen.

Das heißt: Die Expertise und die Werteorientierungen, die für eine professionelle Palliativversorgung leitend sind, werden durch die Organisation für Angehörige transparent gemacht und durch Mitarbeitende in der Begleitung und Beratung Angehöriger gelebt und vermittelt. Angehörige können ihre erfahrene Unterstützung und Entlastung weitertragen und dadurch zur Wahrnehmung der Einrichtung – als guter Ort in der letzten Lebensphase – im Umfeld der Einrichtung beitragen.



VERWENDETE LITERATUR

- 1 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 2 DGP e.V. (2002): *WHO Definition Palliative Care*. übersetzt durch die DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.11.2019].
- 3 MDS, GKV-Spitzenverband (2019): *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI: Vollstationäre Pflege*. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-05-27_QPR_vollstationaer_2019.pdf [28.11.2019].
- 4 Bauernschmidt, D; Dorschner, S (2018): *Angehörige oder Zugehörige?: Versuch einer Begriffsanalyse*. In: *Pflege* 31 (6), S. 301 – 309.
- 5 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019*. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OL_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [28.11.2019].
- 6 Niedermann, E; Pflugshaupt, C; Rügger, H; Schär, B; Schmid, C (2017): *Palliative Care: Eine Einführung für Mitarbeitende in Institutionen der Altenpflege*. Zürich: Careum Verlag.
- 7 Kruse, A (2017): *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer Verlag.
- 8 Hasemann, W; Wiefels, S (2017): *Unterstützung pflegender Angehöriger in der Palliative Care*. In: Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher und S Monteverde (Hg): *Lehrbuch Palliative Care*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 440 – 449.
- 9 Kataoka-Yahiro, MR; McFarlane, S; Kealoha, M; Sy, A (2016): *Asian and native Hawaiian family caregiver satisfaction with palliative care services in nursing homes*. In: *International Journal of Palliative Nursing* 22 (3) S. 141 – 149.
- 10 Teufel, R; Lexa, N (2015): *Beratung und Begleitung Angehöriger in der Palliative Care*. Esslingen: der hospiz verlag.
- 11 Riedel, A; Lehmeier, S (Hg) (2016): *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: ein Konzept für die Pflegepraxis: Ethisch begründetes Handeln praktizieren, stärken und absichern*, 4., aktualisierte und ergänzte Auflage. Lage: Jacobs Verlag.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Daiker, A (2018): *Trauer*. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer, S. 151 – 159.
- Klumpp, M (2018): *Vom Wesen der Trauer*. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Berlin: Springer, S. 379 – 388.
- Smeding, R; Heitkönig-Wilp, M (2014): *Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

3.2.4 INTERNE INTERPROFESSIONELLE TEAMARBEIT



In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine interne interprofessionelle Teamarbeit als Element der Palliativversorgung ausmacht, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine interne interprofessionelle Teamarbeit als Element der Palliativversorgung erkennen.

Die nachfolgenden Kriterien dienen Ihnen als Grundlage und Rückversicherung für die Planung Ihrer einrichtungsbezogenen Implementierung von Elementen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4).

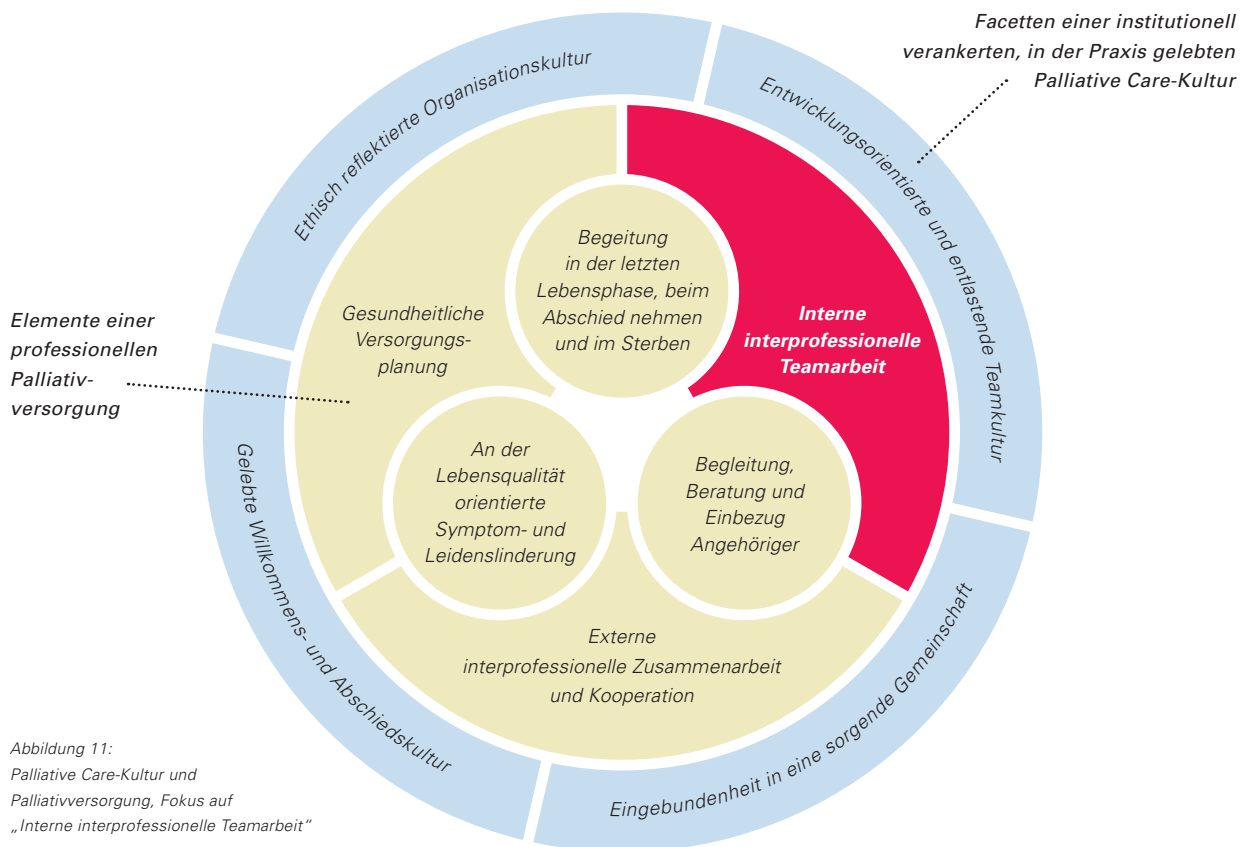


Abbildung 11:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Interne interprofessionelle Teamarbeit“

INTERNE INTERPROFESSIONELLE TEAMARBEIT ALS ELEMENT DER PALLIATIVVERSORGUNG

Eine ganzheitliche und an der Lebensqualität ausgerichtete Palliativversorgung erfordert die Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen. In diesem Leitfaden wird in Bezug auf das Setting der stationären Pflegeeinrichtungen zwischen interner interprofessioneller Teamarbeit und externer Zusammenarbeit und Kooperation (siehe Kapitel 3.2.5) unterschieden. Die interne interprofessionelle Teamarbeit ist das Zusammenwirken aller Berufsgruppen (und falls diese intern verortet sind auch der ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter) im Rahmen der Palliativversorgung innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung.

Die interne interprofessionelle Teamarbeit ist geprägt von:

- > Dem an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierten interprofessionellen Zusammenwirken, in welchem sich gemeinsame Kompetenzen entwickeln und wechselseitig stärken. Hierbei werden bestehende Kompetenzbereiche und Befugnisse verbindlich respektiert [1,2];
- > Dem gegenseitigen Wissen und Wertschätzen der Kompetenzen und Perspektiven der jeweils anderen Berufsgruppe und der ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter,
- > Dem gegenseitigen fachlichen und beratenden Austausch;
- > Den strukturierten Organisationsformen sowie klaren Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Palliativversorgung [3].

Pflegefachkräfte übernehmen diesbezüglich eine steuernde und koordinierende Funktion und Verantwortung [4,5].

ZIELE DER INTERNEN INTERPROFESSIONELLEN TEAMARBEIT

ZIEL IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND DEREN ANGEHÖRIGE

- > Die an der Lebensqualität orientierte Palliativversorgung – auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene – für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige zu realisieren.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Die eigene Expertise und Perspektive aktiv in die Palliativversorgung einzubringen sowie andere Expertisen und Perspektiven einzuholen und gemeinsam die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner einzubinden;
- > Das koordinierte und planvolle Zusammenwirken der unterschiedlichen Kompetenzen im interprofessionellen Team in Orientierung an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner umzusetzen [6].



ZIELE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

- > Das koordinierte und planvolle Zusammenwirken der unterschiedlichen Expertisen und Kompetenzen im interprofessionellen Team in Orientierung an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu steuern [6];
- > Den strukturierten und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Austausch im interprofessionellen Team zu ermöglichen.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Das gemeinsame Wirken von spezifischer interprofessioneller Expertise im Rahmen der Palliativversorgung in der Einrichtung zu etablieren und für externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner erfahrbar zu machen;
- > Die personelle Kontinuität und ein verlässliches Qualitätsniveau in der Palliativversorgung abzusichern.



ZENTRALE MERKMALE DER INTERNEN INTERPROFESSIONELLEN TEAMARBEIT

ZENTRALES MERKMAL IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND DEREN ANGEHÖRIGE

- > Die spezifischen Expertisen, Kompetenzen und Perspektiven aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen werden zur bestmöglichen Realisierung einer an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierten Palliativversorgung einbezogen. Dies erfolgt in Ausrichtung an den physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner [4,7].



Das heißt: Gemeinsam wird die ganz individuelle Sichtweise und das Erleben der Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich eingenommen bzw. erfasst und die Versorgung daran ausgerichtet. Im internen interprofessionellen Team wird gemeinsam überlegt, welche Berufsgruppe und welche Kompetenzen unterstützend wirkungsvoll sind, um die Bewohnerin oder den Bewohner würde- und qualitativ zu pflegen und zu begleiten sowie die Symptome und das Leiden bestmöglich zu lindern.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN

- > Alle an der Versorgung und Begleitung beteiligten Berufsgruppen bringen ihre Expertise in die Palliativversorgung ein. Sie holen sich weitere bedeutungsvolle Perspektiven aktiv ein, um die Palliativversorgung in Orientierung an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner würde- und qualitativ auszurichten.

Das heißt: Kollegialer Austausch zu Fragen der Palliativversorgung findet berufsgruppenübergreifend und innerhalb der gesamten Einrichtung statt. Beispielsweise holen Pflegende in spirituellen Fragen aktiv die Perspektive von Seelsorgenden ein oder tauschen sich über psychosoziale Themen mit Betreuungskräften aus. In gemeinsamen Austauschformaten (wie beispielsweise Übergaben, Teambesprechungen, ethischen Fallbesprechungen oder palliativen Fallbesprechungen) werden alle Berufsgruppen gleichwertig mit ihrer je spezifischen Perspektive und Expertise eingebunden (siehe Kapitel 2.2.2).



- > Pflegefachkräfte wissen um die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppen und binden diese in Orientierung an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in die Palliativversorgung ein [8].

Das heißt: Für Angehörige und für die Bewohnerinnen und Bewohner sind alle Mitarbeitenden in der Palliativversorgung grundsätzlich ansprechbar, ohne dass eine Berufsgruppe dabei ihre Kompetenzen überschreitet [1]. Pflegefachkräfte koordinieren den Einbezug weiterer, in der Regel intern angesiedelter Berufsgruppen bei der Realisierung individueller und an der Lebensqualität orientierter Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase (wie beispielsweise das Ermöglichen besonderer Speisewünsche oder weiterer Vorlieben).



ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

- > Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen sind entsprechend ihrer Qualifikationen und Kompetenzen in die Palliativversorgung eingebunden. Den professionell Pflegenden obliegt dabei die koordinierende Verantwortung.

Das heißt: Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen sind im Rahmen der Palliativversorgung geklärt. Beispielsweise sind die Aufgaben der Pflegefachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung definiert und für alle Mitarbeitenden transparent. Eine zentrale Aufgabe ist hier die Beratung und Anleitung weiterer Mitarbeitender in fachlichen Fragen [9]. Es ist transparent und strukturell geklärt, welche Aufgaben den externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern zukommen und wie diese eingebunden werden [3] (siehe Kapitel 3.2.5).

- > Es sind feste, interprofessionelle und wohngruppenübergreifende Austauschformate zur Palliativversorgung geschaffen, die gegebenenfalls an bestehenden Formate anschließen.

Das heißt: Es finden strukturierte und etablierte Austauschformate wie auch ethische und palliative Fallbesprechungen zu den Fragen der konkreten Ausgestaltung der Palliativversorgung einzelner Bewohnerinnen und Bewohner statt. In diesen Formaten werden die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebenen der Versorgung analysiert und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen [7,10].

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Spezialisierte Expertise und koordinierende Verantwortung in der Palliativversorgung ist im internen interprofessionellen Team verbindlich organisiert. Diese interne Klärung trägt dazu bei, bei Bedarf externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner gezielt einzubinden.

Das heißt: Es sind Organisationsformen innerhalb der Einrichtung geschaffen, welche die intern etablierten, spezialisierten Expertisen in der Palliativversorgung zusammenführen. Diese Organisationsformen sind allen Mitarbeitenden in der Einrichtung bekannt und für die externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner erfahrbar. Dies kann beispielsweise das Einsetzen einer oder eines Palliativbeauftragten sein [11] oder das Bilden von Palliative Care-Teams in der Einrichtung, welche aus Mitarbeitenden mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungen im Bereich Palliative Care bestehen [9].



- > Pflegefachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung werden von ihren Kolleginnen und Kollegen im Ausfüllen ihrer Rolle und ihrer Aufgaben unterstützt. Trotz einer steuernden Funktion der Pflegefachkräfte wird die Palliativversorgung als eine gemeinsame Leistung realisiert [2].

Das heißt: Eine Palliative-Care-spezifische Basisqualifizierung eines Großteils der Mitarbeitenden wird kontinuierlich gesichert und weitergeführt. Es wird berücksichtigt, dass Mitarbeitende, die im Bereich der Palliativversorgung eine besondere Verantwortung tragen (wie beispielsweise Pflegefachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung), strukturelle Unterstützung benötigen. So können durch die Beratung und Koordination der spezialisierten Fachpersonen und durch den strukturierten, gegenseitigen Austausch, durch den regelmäßigen Wechsel der Perspektiven und durch kontinuierliche (interprofessionelle/berufsgruppenübergreifende) Fort- und Weiterbildungen gemeinsam(e) Expertisen wachsen.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 DGP e.V. (2016): Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [28.11.2019].
- 2 Kränzle, S (2018): Qualität in Palliative Care. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung, Studium*, 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 161 – 164.
- 3 MDS, GKV-Spitzenverband (2019): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI: Vollstationäre Pflege. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-05-27_QPR_vollstationaer_2019.pdf [28.11.2019].
- 4 Radbruch, L; Payne, S (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: *Palliativmedizin* 12 (05), S. 216 – 227.
- 5 Krumm, N; Schmidlin, E; Schulz, C; Elsner, F (2015): Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. In: *Palliativmedizin* 16 (04), S. 152 – 167.
- 6 Robert-Bosch-Stiftung (2018): 360° Qualifikationsmix Pflege: stationäre Altenhilfe. Online verfügbar unter: https://www.qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user_upload/downloads/3.4/360%C2%B0%20Pflege%20-%20Station%C3%A4r_Aufgabe2%2B1d.pdf [28.11.2019].
- 7 Linde, A-C (2018): Lebensqualität. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 65 – 74.
- 8 Fliedner, MC; Eychmüller, S (2016): Ansprüche an die interprofessionelle Zusammenarbeit. In: *Der Onkologe* 22 (9), S. 631 – 637.
- 9 Radbruch, L; Müller, M; Pfister, D; Müller, S; Grützner, F (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf> [28.11.2019].
- 10 Gratz, M; Schwermann, M; Roser, T (2018): *Palliative Fallbesprechung etablieren: Ein Leitfaden für die Praxis, Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 11 DGP e.V. (2015): Stellungnahme zum Palliativbeauftragten. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150429_DGP_Stellungnahme_Palliativbeauftragte_1.pdf [28.11.2019].

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Bausewein, C; Roller, S (2015): Interdisziplinäres Team. In: C Bausewein und E Albrecht (Hg): *Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. 5. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 418 – 451.
- Seeger, C (2018): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 165 – 171.

3.2.5 EXTERNE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION

In diesem Teil des Leitfadens erfahren Sie, was eine externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation im Kontext der Palliativversorgung ausmacht, welche Ziele damit auf unterschiedlichen Ebenen verbunden sind und woran Sie eine externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation erkennen.

Die nachfolgenden Kriterien dienen Ihnen als Grundlage und Rückversicherung für die Planung Ihrer einrichtungsbezogenen Implementierung von Elementen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4).

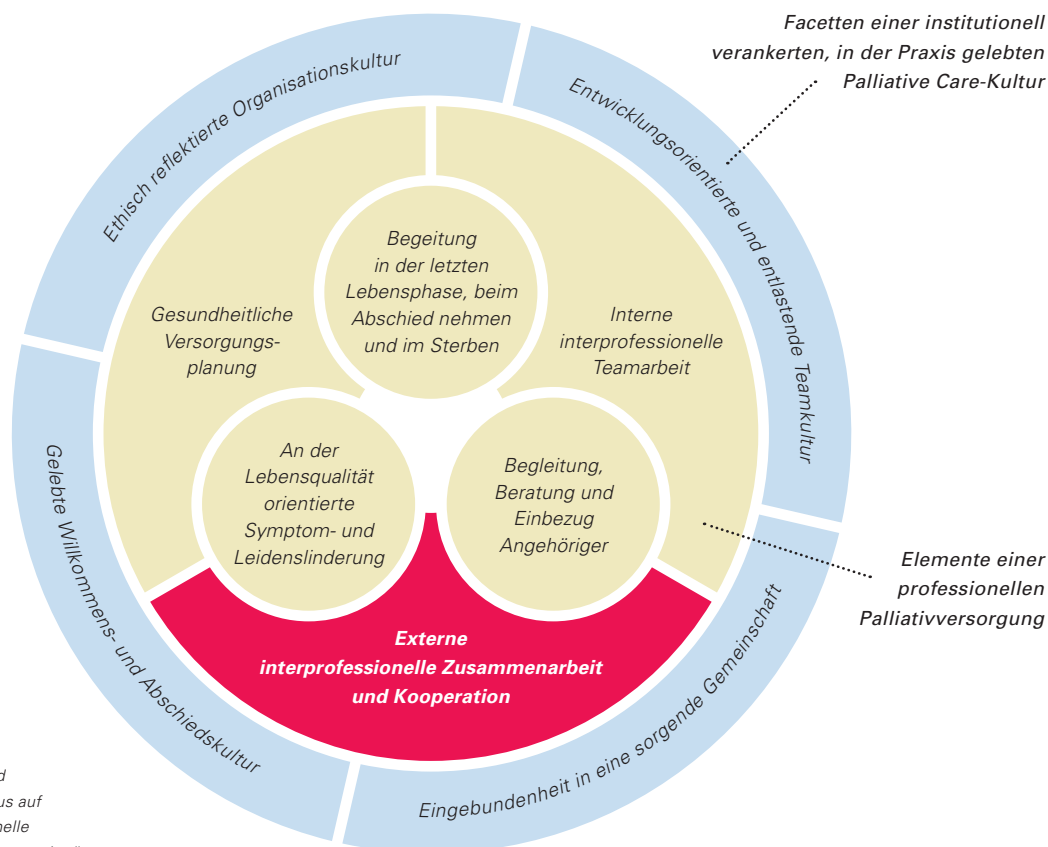


Abbildung 12:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Externe interprofessionelle
Zusammenarbeit und Kooperation“

EXTERNE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION ALS ELEMENT DER PALLIATIVVERSORGUNG

Die externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation ist das strukturierte und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierte Zusammenwirken der professionell Pflegenden innerhalb der Einrichtung mit den an der Palliativversorgung beteiligten externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern. Bedarfsorientiert werden weitere interne Mitarbeitende (beispielsweise aus dem Bereich Hauswirtschaft oder Betreuung) hinzugezogen [1]. Die externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation basiert auf

- > dem anerkennenden und wertschätzenden Umgang miteinander (siehe Kapitel 2.2.2) und
- > klaren, an den Kompetenzen und Befugnissen orientierten Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichen und richtet sich
- > an der Perspektive, dem Willen, den Bedarfen und der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner aus.

Damit soll eine bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung sowie eine individuelle, würde- und qualitätsvolle Begleitung – in der letzten Lebensphase, in Abschieden und im Sterben – an dem von den Bewohnerinnen und Bewohner bevorzugten und vertrauten Ort ermöglicht werden.

ZIELE DER EXTERNEN INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION



ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND IHRE ANGEHÖRIGEN

- > Die Letztverlässlichkeit durch bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung sowie Begleitung in der letzten Lebensphase zu ermöglichen [1 – 3];
- > Die vermeidbaren Krankenhauseinweisungen in der letzten Lebensphase zu reduzieren [4,5];

ZIELE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN ...

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTEN SOWIE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTEN

- > Die an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten, gemeinsam getragenen Versorgungs- und Behandlungsentscheidungen für die letzte Lebensphase zu treffen und zu vertreten;
- > Die individuelle Symptomlinderung der Bewohnerinnen und Bewohner frühzeitig und präventiv zu organisieren und einzufordern.

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT RETTUNGSFACHPERSONAL

- > Die am Willen und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierte Entscheidungsfindung von Notärztinnen und Notärzten zu unterstützen;
- > Ein an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientiertes Zusammenwirken mit Rettungsfachpersonal zu gestalten.

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN AMBULANTEN HOSPIZDIENSTEN

- > Die psychosoziale Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen durch ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter zu ermöglichen.

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT SAPV-TEAMS

- > Den Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen, zu vertreten und gemeinsam auszugestalten [4,6,7]

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT WEITEREN EXTERNEN BERUFSGRUPPEN

- > Entsprechend der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedarfslagen der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner in die Palliativversorgung einzubinden;
- > An einer kontinuierlichen, integrierten Symptomlinderung im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner mitzuwirken.

... IN KOOPERATION MIT REGIONALEN NETZWERKEN

- > Die Mitwirkung in regionalen Netzwerken an einer sektorenübergreifenden, integrativen Palliativversorgung zu fördern [8,9].



ZIELE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

- > Die Zusammenarbeit und Kooperation mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern im Rahmen der Palliativversorgung zu strukturieren und zu fördern;
- > Die interne Expertise in der Palliativversorgung in externer Zusammenarbeit und Kooperation weiterzuentwickeln.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

- > Die Kooperation mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern strukturell abzusichern.
- > Die Kontinuität und vertrauensvollen Beziehungen im Rahmen der externen interprofessionellen Zusammenarbeit und Kooperation zu stärken.



ZENTRALE MERKMALE EINER QUALITÄTSVOLLEN EXTERNEN INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND IHRE ANGEHÖRIGEN

- > Für die Bewohnerinnen und Bewohner wird in externer interprofessioneller Zusammenarbeit und Kooperation die bestmögliche individuelle Symptom- und Leidenslinderung realisiert.

Das heißt: Der Einbezug externer Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner richtet sich an den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohnern aus. Alle wirken darauf hin, die Perspektive, den Willen und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich im Blick zu behalten. Dies erfolgt auf der Basis eines anerkennenden und wertschätzenden Umgangs miteinander (siehe Kapitel 2.2.2) sowie durch eine strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit.

- > Die individuelle Symptom- und Leidenslinderung wird möglichst innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt. Leitend ist dabei stets der (vorausverfügte) Wille der Bewohnerinnen und Bewohner und die Ausrichtung an deren Lebensqualität.

Das heißt: Innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung ist die Kompetenz zu einer individuellen Symptom- und Leidenslinderung bestmöglich vorgehalten. Auch externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner wirken darauf hin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner an ihrem bevorzugten, ihrem vertrauten Ort bis zum Tod begleitet werden und verbleiben können.



- > Pflegefachkräfte übernehmen die verantwortliche Steuerung der Pflege- und Versorgungssituation.

Das heißt: Der Einbezug unterschiedlichster Akteure verbleibt in der steuernden Koordination der Pflegefachkräfte. Sie koordinieren den Einbezug Angehöriger (siehe Kapitel 3.2.2), die interne interprofessionelle Teamarbeit (siehe Kapitel 3.2.4) und die externe Zusammenarbeit und Kooperation. Sie bündeln die Informationen und Perspektiven und gleichen diese kontinuierlich mit der Perspektive und den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner ab. Die Pflegefachkräfte der Einrichtung bringen die Bewohnerinnen- und Bewohnerperspektive, falls nötig, anwaltschaftlich in den interprofessionellen Dialog ein.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE MITARBEITENDEN ...

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN

- > Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte orientieren sich in Versorgungs- und Behandlungsentscheidungen gemeinsam an dem (vorausverfügten) Willen, den individuellen Vorstellungen und der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner.

Das heißt: Pflegefachkräfte vermitteln und vertreten die (vorausverfügten) Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner an die Palliativversorgung gegenüber Hausärztinnen und Hausärzten sowie gegenüber Fachärztinnen und Fachärzten. Hausärztinnen und Hausärzte wirken bei Bedarf an ethischen Fallbesprechungen, palliativen Fallbesprechungen und Fallbesprechungen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung mit [10 – 11].

- > Die Kommunikation mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Fachärztinnen und Fachärzten verläuft zielgerichtet und integriert Maßnahmen zur individuellen Symptomlinderung. Die Symptomlinderung wird möglichst präventiv, frühzeitig bzw. zeitnah abgestimmt, geplant und eingeleitet.

Das heißt: Pflegefachkräfte bereiten ärztliche Visiten unter Berücksichtigung aller Kenntnisse des interprofessionellen Teams, der Pflegedokumentation und ggf. der Angehörigenperspektive strukturiert vor und nach. Es werden situationsbezogene, präventive Absprachen über essentielle Medikamente zur Symptomlinderung und deren Einsatz getroffen. Fachärztinnen und Fachärzte werden frühzeitig und in Abstimmung mit der betreuenden Hausärztin oder des betreuenden Hausarztes hinsichtlich der individuellen Symptomlinderung hinzugezogen [4,12].



... IN ZUSAMMENARBEIT MIT RETTUNGSFACHPERSONAL

- > Pflegefachkräfte unterstützen Notärztinnen und Notärzte im Treffen von Entscheidungen in Notfall- und Krisensituationen, die sich am (vorausverfügten) Willen und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren.

Das heißt: Nur, wenn Bewohnerinnen und Bewohner dies ausdrücklich wünschen, werden Notfallplanungen mit den vorausverfügten Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner in Notfallsituationen – bei einer situativ nicht vorhandenen Einwilligungsfähigkeit – bereit- bzw. vorgehalten (siehe Kapitel 3.2.6) [11,13]. Pflegefachkräfte wissen um die Inhalte der Vorausverfügungen der Bewohnerinnen und Bewohner, sofern diese damit einverstanden sind. Sie können – mit Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner – den vorausverfügten Willen gegenüber den Notärztinnen und Notärzten vermitteln. Pflegefachkräfte vermitteln bei Bedarf und situationsbezogen den Kontakt zu den designierten Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der Bewohnerinnen und Bewohner.

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN AMBULANTEN HOSPIZDIENSTEN

- > Entsprechend den (vorausverfügten) Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner werden ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter der ambulanten Hospizdienste in die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen in der letzten Lebensphase eingebunden [12].

Das heißt: Mitarbeitende sind über die Bereiche und Möglichkeiten ehrenamtlicher Lebens- und Sterbebegleitung informiert. Mitarbeitende informieren Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige sensibel über die Möglichkeit des Einbezugs dieses Angebotes. Mitarbeitende und ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter stimmen sich hinsichtlich der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner ab und informieren sich wechselseitig [14].



... IN ZUSAMMENARBEIT MIT SAPV-TEAMS

- > Der situative Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung ist erkannt und wird gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt angesprochen und vertreten.

Das heißt: Pflegefachkräfte erkennen potentielle Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner an SAPV und kommunizieren diesen Bedarf mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt. Pflegefachkräfte übernehmen die regelmäßige Einschätzung der Symptomlagen der Bewohnerinnen und Bewohner und ziehen die Mitarbeitenden der SAPV-Teams unterstützend hinzu.

... IN ZUSAMMENARBEIT MIT WEITEREN EXTERNEN BERUFSGRUPPEN

- > Pflegefachkräfte binden externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner entsprechend der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen in die Palliativversorgung ein.

Das heißt: Die Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihrer Angehörigen an relevanter oder ergänzender externer Begleitung durch therapeutische Berufsgruppen (wie Psychologinnen und Psychologen, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten) wie auch durch Seelsorgerinnen und Seelsorger werden erkannt und entsprechend koordiniert.

- > Pflegefachkräfte wirken in externer Zusammenarbeit und Kooperation darauf hin, dass eine bestmögliche, individuelle und nahtlose Symptomlinderung bei Überleitungen aufrechterhalten bleibt.

Das heißt: Bei Überleitungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in das Krankenhaus sowie bei der Rückverlegung in die stationäre Pflegeeinrichtung und dem Einzug erfolgt eine enge Abstimmung mit den zuständigen Akteuren zur Sicherstellung der Kontinuität der Symptomlinderung [3].

... IN KOOPERATION MIT REGIONALEN NETZWERKEN

- > Pflegefachkräfte (bestenfalls mit Palliative Care-Weiterbildung) bringen sich in regionale, Palliative Care-bezogene Netzwerke ein.

Das heißt: Pflegefachkräfte (bestenfalls mit Palliative Care-Weiterbildung) nehmen an regionalen Palliative Care-bezogenen Netzwerktreffen (wie beispielsweise Runden Tischen) teil oder wirken mit darauf hin, dass solche Vernetzungen im Rahmen der Palliativversorgung in ihrer Region entstehen.

ZENTRALE MERKMALE IN BEZUG AUF DIE LEITUNGSPERSONEN

> Leitungspersonen strukturieren die Zusammenarbeit und die Kooperation mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern im Rahmen der Palliativversorgung in ihrer Einrichtung konzeptionell und unter Beteiligung der Mitarbeitenden.

Das heißt: Leitungspersonen klären konzeptionell den Einbezug von externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern in die interne Palliativversorgung [1]. Beispielsweise wird mit den Ärztinnen und Ärzten verbindlich geklärt, wann diese in palliative/ethische Fallbesprechungen einbezogen werden (wollen).



> Leitungspersonen binden die interprofessionelle externe Expertise in die einrichtungsinterne Kompetenz im Bereich der Palliativversorgung gezielt mit ein und tragen die interne Kompetenz und Fachlichkeit über die Einrichtung hinaus.

Das heißt: Bei einrichtungsinternen Qualitätsentwicklungsbedarfen wird ergänzend die Expertise externer Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern eingeholt (beispielsweise können interne Fortbildungen gemeinsam mit ambulanten Hospizdiensten oder durch Fachärztinnen und Fachärzte organisiert werden). Zudem werden externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner zur Teilnahme an Fortbildungs- und Informationsangeboten in der Einrichtung eingeladen [7,15] (siehe Kapitel 2.2.4).

ZENTRALES MERKMAL IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

> Die Kooperation mit externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern ist in der stationären Pflegeeinrichtung strukturell und konzeptionell abgesichert.

Das heißt: Es existieren Kooperationsvereinbarungen, beispielsweise mit ambulanten Hospizdiensten [16 – 18] und/oder Kooperationen mit externen Seelsorgerinnen und Seelsorgern, sofern diese nicht Teil des internen Teams sind. Die ärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten der Hausärztinnen und Hausärzte ist bestmöglich sichergestellt. Es werden grundsätzliche Absprachen zur Verfügbarkeit essentieller Medikamente für die akute Symptomlinderung und deren Einsatz bestmöglich (im Vorfeld) getroffen und dokumentiert [4]. Die Stärkung des Austausches von stationären Pflegeeinrichtungen untereinander (beispielsweise durch gemeinsame Projektwerkstätten oder gegenseitige Beratung) ist im Blick [12].



VERWENDETE LITERATUR

- 1 MDS, GKV-Spitzenverband (2019): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI: Vollstationäre Pflege. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-05-27_QPR_vollstationaer_2019.pdf [28.11.2019].
- 2 Schmitt-Mannhart, R (2016): Interprofessionalität in der Langzeitpflege. In: A Fringer und A Bischofberger-Lechmann (Hg): Palliative Versorgung in der Langzeitpflege: Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität. Bern: Hogrefe Verlag, S. 141 – 147.
- 3 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 4 Radbruch, L; Müller, M; Pfister, D; Müller, S; Grützner, F (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf> [28.11.2019].
- 5 Kada, O; Janig, H; Likar, R; Pinter, G; Cernic, K (2013): Versorgung optimieren, vermeidbare Krankenhaustransporte reduzieren. In: G Pinter (Hg): Geriatrische Notfallversorgung: Strategien und Konzepte. Wien: Springer Verlag, S. 227 – 252.
- 6 DGP e.V., BAG SAPV e.V. (2018): Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/2018/2018_Erlaeuterungen_Ambulante_Palliativversorgung.pdf [28.11.2019].
- 7 DHPV e.V. (2018): Ambulante Hospiz- und Palliativdienste: Orientierungshilfe für Vorstände sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 2. aktualisierte Auflage. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Broschuere_Orientierungshilfe_Ansicht.pdf [28.11.2019].
- 8 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [28.11.2019].
- 9 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg) (2014): Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg. Inhaltliche Verantwortung: Landesbeirat Palliativversorgung Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/HPV-Konzeption.pdf> [28.11.2019].
- 10 Gratz, M; Schwermann, M; Roser, T (2018): Palliative Fallbesprechung etablieren: Ein Leitfaden für die Praxis, Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 11 GKV-Spitzenverband et al. (2017): Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf [28.11.2019].
- 12 Schneider, W; Dill, H; Gmür, W; Hayek, J; Marek, S; Schneider, S; Stadelbacher, S (2018): Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege: Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf [28.11.2019].
- 13 in der Schmitt, J; Rixen, S; Marckmann, G (2016): Wahrung der Patientenselbstbestimmung in der Notfallmedizin durch vorausschauende Behandlungsplanung (Advance Care Planning). In: F Salomon, O Knesebeck und N Vonneilich (Hg): Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin: Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 85 – 99.
- 14 Seeger, C (2018): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 165 – 171.
- 15 Schwenk, G (2017): Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern. Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- 16 Kittelberger, F; Gratz, M; Rösch, E (2015): Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 17 DHPV e.V. (2017): Handreichung des DHPV Empfehlungen der Fachgruppe ‚Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen‘: zur Zusammenarbeit und Kooperationsgestaltung von Mitgliedseinrichtungen mit stationären Pflegeeinrichtungen. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/2017042.0_HR_Pflegeheime.pdf [28.11.2019].
- 18 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). In: Bundesgesetzblatt 2015 (Teil 1 Nr. 48), S. 2114 – 2119.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Fleckinger, S (2018): Hospizarbeit und Palliative Care. Zum wechselseitigen Arbeitsverhältnis von Haupt- und Ehrenamt. Wiesbaden: Springer VS.

3.2.6 GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG



In nachfolgendem Teil des Leitfadens erfahren Sie, welche Kernelemente das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V enthält und welche zentralen Ziele damit verfolgt werden. Sie erfahren zudem, warum die Etablierung einer Palliative Care-Kultur und die Weiterentwicklung der Palliativversorgung Bedingungen für die Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in den Pflegeeinrichtungen sind [1].

Zum Zeitpunkt der Publikation des Leitfadens haben stationäre Pflegeeinrichtungen die Verantwortung und Freiheit zu entscheiden, ob sie die gesundheitliche Versorgungsplanung einführen. Strukturierte Impulse zur Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung finden Sie beispielsweise bei Lehmeier et al. [2].

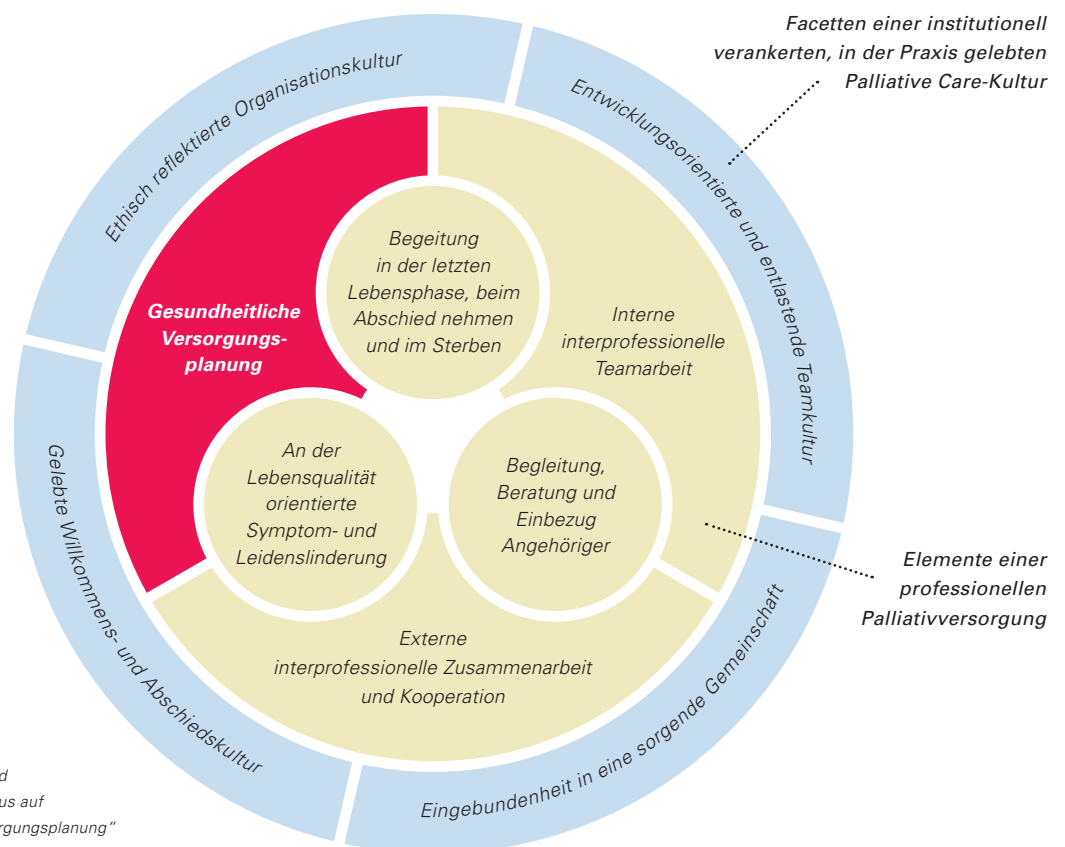


Abbildung 13:
Palliative Care-Kultur und
Palliativversorgung, Fokus auf
„Gesundheitliche Versorgungsplanung“

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG NACH § 132G ABS. 3 SGB V

Auf der Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde für stationäre Pflegeeinrichtungen der gesetzliche Rahmen zur Implementierung des internationalen Konzepts Advance Care Planning geschaffen. Advance Care Planning ist im Kern ein dialogischer Prozess zwischen einer qualifizierten Gesprächsbegleitung und der begleiteten Person (Bewohnerin oder Bewohner) sowie gegebenenfalls deren Patientenvertreterin und Patientenvertreter. Im Rahmen einer professionellen Gesprächsbegleitung werden individuelle Vorstellungen von Lebensqualität, persönliche Werthaltungen und Ansprüche an die eigene Versorgung und Begleitung – für mögliche Situationen der Einwilligungsunfähigkeit – thematisiert

und reflektiert. Das Angebot unterstützt somit Bewohnerinnen und Bewohner, sich über ihre Pflege und Behandlungswünsche am Lebensende und über ihren ganz persönlichen Willen in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit klarer zu werden [3,4].

Nach § 4 der Rahmenvereinbarung vom 13.12.2017 der Leistungspartner umfasst das Angebot insbesondere folgende Punkte:

- > Den **professionell begleiteten Gesprächsprozess** (gemäß § 5 Abs. (1)) für Leistungsberechtigte sowie ggf. Patientenvertreterin und Patientenvertreter und Angehörige;
- > Die **interne Vernetzung** innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung (gemäß § 10). Dies dient innerhalb der Einrichtung der Sicherstellung dahingehend, dass Mitarbeitende über bestehende Versorgungsplanungen informiert werden (soweit die Bewohnerin oder der Bewohner das wünscht) und der verfügte Wille und die dokumentierten Wünsche in den festgelegten Situationen beachtet und eingehalten werden;
- > Die **externe Vernetzung** in regionalen Netzwerken (gemäß § 11). Die externe Vernetzung dient der Information von relevanten Akteuren wie Rettungsdiensten, SAPV-Teams und Kliniken über das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung [5].

ZIELE DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNGSPLANUNG

ZIELE IN BEZUG AUF DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER UND DEREN ANGEHÖRIGE

- > Die Orientierung am Willen der Bewohnerinnen und Bewohner – auch in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit – sicher zu stellen [5,6];
- > Den geschützten und professionell begleiteten Rahmen für die persönliche Auseinandersetzung – angesichts der gesundheitlichen Versorgung, Behandlung und Therapie am Lebensende – zu eröffnen;
- > Die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner dabei, mehr Klarheit über ihre Wünsche und ihren Willen hinsichtlich der Versorgung, Behandlung und Therapie in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit zu entwickeln und diese zu reflektieren [5];
- > Den Austausch zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen über die Wünsche und Vorstellungen zur Versorgung, Behandlung und Pflege in der letzten Lebensphase zu stärken [7];
- > Die Möglichkeit der Aktualisierung von Dokumenten zur Vorausverfügung im Rahmen eines kontinuierlichen Begleitprozesses zu bieten;
- > Mögliche Überleitungen in andere Versorgungssettings an den Versorgungswünschen und am Willen der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten.



ZIELE IN BEZUG AUF DIE PATIENTENVERTRETERINNEN UND PATIENTENVERTRETER

- > Die Entscheidungssicherheit, die Orientierung an den Wünschen und dem Willen der Bewohnerin und des Bewohners in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit auf der Basis einer gesundheitlichen Versorgungsplanung zu erhöhen [8];
- > Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in ihrer Rolle zu stärken und im Rahmen von spezifischen Fallbesprechungen bei Bedarf zu unterstützen (beispielsweise bei der Erfassung des mutmaßlichen Willens der Bewohnerin oder des Bewohners) [9].



PALLIATIVE CARE-KULTUR UND PALLIATIVVERSORGUNG ALS BEDINGUNGEN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNGSPLANUNG

Nachfolgend wird jeweils ein zentrales Merkmal der Facetten der Palliative Care-Kultur und ein zentrales Merkmal der Elemente der Palliativversorgung beschrieben, das als Bedingung für die gesundheitliche Versorgungsplanung bedeutsam ist. Mit der Formulierung ‚das heißt‘ wird dargestellt, was dies für die verantwortungsvolle Ausgestaltung des Angebots der gesundheitlichen Versorgungsplanung heißt.

EINE ETABLIERTE PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS VORAUSSETZUNG FÜR DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG

Eine etablierte Palliative Care-Kultur ist als Bedingung für die Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung bedeutsam, um die gesundheitliche Versorgungsplanung mit ihren benannten Zielen verantwortungsvoll umsetzen zu können. Hierzu gehören:

- > Die **Etablierung einer ethisch reflektierten Organisationskultur** (Kapitel 2.2.1). Sie schafft den notwendigen Rahmen für die Absicherung der Freiwilligkeit und weiterer ethischer Prämissen (wie Verschwiegenheit, Verantwortung, Gerechtigkeit) an die Ausgestaltung des Gesprächsprozesses und des Angebots der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der Einrichtung [1].

Das heißt: Ethische Fragen, die im Umgang mit dem vorausverfügten Willen auftreten können, werden strukturiert bearbeitet und verantwortungsvoll reflektiert (beispielsweise im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen).

- > Die **Etablierung einer entwicklungsorientierten und entlastenden Teamkultur** (Kapitel 2.2.2). Sie ermöglicht es – in einem sorgenden Miteinander – vorausverfügte Wünsche zu respektieren, diese einzuordnen und umzusetzen. Eine fundierte Palliative Care-Expertise, ein sorgender Umgang miteinander und eine gefestigte Palliative Care-Haltung ermöglichen es dem Team, die professionelle Versorgung und Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner an den gesundheitlichen Versorgungsplanungen auszurichten.

Das heißt: Mitarbeitende sind dahingehend unterstützt und eingebunden, ergebnisoffene Entscheidungsprozesse der Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu respektieren (Palliative Care-Haltung), die Geduld zu haben, Offenes offen zu lassen und die Gesprächsbegleitenden im Ausgestalten ihrer Rolle zu unterstützen.

- > Die **Etablierung einer gelebten Willkommens- und Abschiedskultur** (Kapitel 2.2.3). Sie ermöglicht es allen Bewohnerinnen und Bewohnern eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie sie sich ihren Abschied wünschen.

Das heißt: Gemeinsame Abschiedsfeiern und die Einbindung des Sterbens als Teil des Lebens in der stationären Pflegeeinrichtung können durch die Bewohnerinnen und Bewohner erlebt werden. Damit kann das Vertrauen wachsen, am Lebensende gut begleitet zu sein und auch über den Tod hinaus einen individuellen Abschied zu erfahren.

- > Die **Etablierung der Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft** (Kapitel 2.2.4). Sie schafft das notwendige Netzwerk zur Umsetzung des (vorausverfügten) Willens der Bewohnerinnen und Bewohner in Notfällen und gesundheitlichen Krisensituationen.

Das heißt: Stationäre Pflegeeinrichtungen sind mit anderen regionalen Diensten in Kontakt und verfügen damit über die notwendige Voraussetzung, die Umsetzung des (vorausverfügten) Willens in einer sorgenden Gemeinschaft zu realisieren.

EINE PROFESSIONELLE PALLIATIVVERSORGUNG ALS VORAUSSETZUNG FÜR DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG

- > Die **an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung** (Kapitel 3.2.1) und die Palliative Care-Expertise sichern die würdevolle, qualitätsvolle, und kompetente Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflegeeinrichtung am Lebensende und im Sterben ab. Sie sind die Voraussetzung für eine individuelle und einflussfreie Entscheidung.

Das heißt: Für die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung müssen Kompetenzen und Ressourcen zur Symptom- und Leidenslinderung in der Einrichtung vorhanden sein. Nur so kann abgesichert werden, dass (vorausverfügte) Versorgungswünsche (wie etwa der Verzicht auf eine Krankenhauseinweisung in der letzten Lebensphase) ohne Einbußen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner umgesetzt werden können. Erst wenn Bewohnerinnen und Bewohner auf diese Kompetenzen vertrauen können, sind die Grundlagen und Voraussetzungen für eine einflussfreie, individuelle und letztgültige gesundheitliche Vorausverfügung durch die Bewohnerinnen und Bewohner geschaffen. Das Erleben einer an der Lebensqualität orientierten Symptom- und Leidenslinderung bei anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern stärkt das Vertrauen in eine professionelle Palliativversorgung und schafft damit die notwendige Sicherheit, möglichst einflussfreie Entscheidungen für das eigene Lebensende zu treffen.

Und das heißt auch: In der stationären Pflegeeinrichtung sind die notwendigen Materialien und Utensilien für die Entsprechung der vorausverfügten Wünsche (beispielsweise der Wunsch in der vertrauten Umgebung zu sterben) in ausreichender Form vorhanden (beispielsweise Lagerungsmaterialien, Schmerzpumpen etc.).

- > Eine professionelle Beziehungsgestaltung im Rahmen der **Begleitung in der letzten Lebensphase und im Sterben** (Kapitel 3.2.2) eröffnet den Rahmen persönliche Sinnfragen zu thematisieren.

Das heißt: Sinnfragen und Auseinandersetzungen mit der Endlichkeit sind Teil des Austausches und des Lebens in der stationären Pflegeeinrichtung. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben somit auch über den Gesprächsprozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung hinaus die Möglichkeit, in diesen Themen Ansprechpersonen zu finden.

- > Die **Begleitung, Beratung und der Einbezug Angehöriger** (Kapitel 3.2.3) sichert – entsprechend der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner – deren Einbezug in Entscheidungsprozesse ab und unterstützt das Verständnis Angehöriger für die Situation der Bewohnerinnen und Bewohner.

Das heißt: Wenn Angehörige Hintergründe von Versorgungsentscheidungen und -maßnahmen verstehen, können sie diese auch in ihrer Bedeutsamkeit einordnen und zu deren Umsetzung aktiv beitragen. Hierzu werden sie – auf Wunsch der Bewohnerin oder des Bewohners – in die Gesprächsprozesse der gesundheitlichen Versorgungsplanung eingebunden bzw. entsprechend informiert.

- > Die Weiterentwicklung der **internen interprofessionellen Teamarbeit** (Kapitel 3.2.4) trägt zur ganzheitlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase bei. Die Vernetzung der Mitarbeitenden und im Team innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung ist eine wichtige Grundlage für die interne Vernetzung gemäß § 10 der Rahmenvereinbarung. Sie ist zugleich grundlegend dafür, ergebnisoffene Gesprächsprozesse der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu akzeptieren und sich gemeinsam am vorausverfügten Willen der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten [5].

Das heißt: Innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung sind bereits Strukturen und Kompetenzen vorhanden, die einerseits den möglichen Gesprächsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner an gesundheitlicher Versorgungsplanung erkennen und andererseits die notwendige gegenseitige Beratung und Vernetzung für die Umsetzung des vorausverfügten Willens ermöglichen.

- > Die **externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation** (3.2.5) ist ein zentraler Aspekt der Reduktion von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase und zudem ein Kernbestandteil im Sinne der externen Vernetzung gemäß § 11 der Rahmenvereinbarung [5].

Das heißt: Es findet eine strukturierte Zusammenarbeit und Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten im Rahmen der Palliativversorgung statt. Die Beachtung und Umsetzung von Vorausverfügungen werden durch externe Vernetzung (insbesondere auch mit Rettungsdiensten und Kliniken) abgesichert.

DER BEITRAG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNGSPLANUNG ZUR ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR UND ZUR WEITERENTWICKLUNG DER PALLIATIVVERSORGUNG

Die gesundheitliche Versorgungsplanung kann sowohl zur Etablierung der Palliative Care-Kultur als auch zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung einen Beitrag leisten.

DER BEITRAG GESUNDHEITLICHER VERSORGUNGSPLANUNG ZU DER ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR

- > Das (freiwillige) Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern trägt zu Offenheit in der Einrichtung im Umgang mit Fragen der Endlichkeit und des Sterbens bei [7, 10],
- > Die regionale Vernetzung der Gesprächsbegleitenden trägt zur Einbindung der Einrichtung in die sorgende Gemeinschaft über Netzwerkbildung und -festigung bei [8].

DER BEITRAG GESUNDHEITLICHER VERSORGUNGSPLANUNG FÜR EINE PROFESSIONELLE PALLIATIVVERSORGUNG

- > Die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner werden erfragt und nachfolgend berücksichtigt. Dies trägt zur Stärkung der Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner bei [7],
- > Der Einbezug der Angehörigen in den Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung kann Zielkonflikte in der Versorgung reduzieren,
- > Die Zufriedenheit der Angehörigen kann steigen, da die vorausverfügten Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit aufgegriffen und abgebildet werden und sie ihrerseits in Entscheidungsprozesse eingebunden werden [7].

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Riedel, A; Lehmeier, S; Linde, A-C; Treff, N (2020): *Advance Care Planning – Ethische Implikationen und der damit verbundene professionelle Auftrag im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der stationären Altenhilfe*. In: A Riedel und S Lehmeier: *Ethik im Gesundheitswesen*. Springer Reference live. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 1 – 16.
- 2 Lehmeier, S; Riedel, A; Linde, A-C; Treff, N (2019): *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe: Eine curriculare Konzeption zur Weiterbildung von Gesprächsbegleitenden nach § 132g Abs. 3 SGB V und Implementierungsanregungen für die Versorgungspraxis*. Lage: Jacobs Verlag.
- 3 Coors, M (2018): *Von „Advance Care Planning“ zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung“ – Anfänge, Entwicklungen und Adaptionen eines neuen Konzepts*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64 (3), S. 195 – 211.
- 4 in der Schmitt, J; Marckmann, G (2015): *Theoretische Grundlagen von Advance Care Planning. Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition*. In: M Coors, RJ Jox und J in der Schmitt (Hg): *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 75 – 94.
- 5 GKV-Spitzenverband et al. (2017): *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017*. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf [28.11.2019].
- 6 Rixen, S (2019): *Umsetzung von Advance Care Planning im Rahmen der GKV: Kritische Analyse der Vereinbarungen nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017*. In: W Höfling, T Otten und J in der Schmitt (Hg): *Advance Care Planning: Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos, S. 41 – 53.
- 7 Halbmayr-Kubicsek, U (2015): *Autonomie am Lebensende trotz Hochaltrigkeit und kognitiver Beeinträchtigung*. In: *HeilberufeSCIENCE* 6 (4), S. 102 – 108.
- 8 Marckmann, G; in der Schmitt, J; Feddersen B; Götze, K; Nauck, F; Rixen, S (2018): *Plädoyer für eine regionale Implementierung: Behandlung im Voraus Planen für stationäre Einrichtungen gemäß §132G SGB V*. In: *Dr. med. Mabuse* 236 (6), S. 25 – 28.
- 9 Brazil, K; Carter, G; Cardwell, C; Clarke, M; Hudson, P; Froggatt, K; McLaughlin, D; Passmore, P; Kernohan, W G (2018): *Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial*. In: *Palliative Medicine* 32 (3), S. 603 – 612.
- 10 BAGFW (Hg) (2018): *Handreichung: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase: Umsetzung der Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g Abs. 3 SGB V*. Online verfügbar unter: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/2018-04-20_BAGFW_Handreichung___132g_Abs_3_SGB_V_final.pdf [28.11.2019].

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Bundesärztekammer (2018): *Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung*. Stand: 16.03.2018. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115 (19), A952 – A956.
- Bundesärztekammer (2018): *Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag*. Stand: 25.10.2018. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115 (51-52), A2434 – A2441.
- Bundesärztekammer (2019): *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. „Advance Care Planning (ACP)“*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 116 (50), A1 – A9.
- DHPV e.V. (2016): *Advance Care Planning (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)*. Online verfügbar unter: http://www.dhpe.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf [28.11.2019].
- GKV-Spitzenverband et al. (2018): *Fragen-/Antworten-Katalog zur Umsetzung der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 durch die Vereinbarungspartner nach § 132g Abs. 3 SGB V*. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029_FAQ_letzte_Lebensphase_Umsetzung_132g_SGB_V.pdf [28.11.2019].
- Höfling, W; Otten, T; in der Schmitt, J (Hg) (2019): *Advance Care Planning/Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos.
- Riedel, A; Lehmeier, S (2020): *Die Perspektive wechseln. Die Fallbesprechung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung*. In: *Dr. med. Mabuse* 45, 246 (Juli/August), S. 55 – 57.
- Voß, H; Kruse, A (2019): *Advance Care Planning im Kontext von Demenz. Entwicklung eines Instruments zur Exploration von Perspektiven der Betroffenen*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (Supplement 4), S. 282 – 290.

3.3 ZENTRALE ELEMENTE EINER PROFESSIONELLEN PALLIATIVVERSORGUNG IN BEZUG ZUR PALLIATIVE CARE-KULTUR STELLEN

Im Folgenden wird verdeutlicht, wie die in Kapitel 3.2 dargestellten Elemente der professionellen Palliativversorgung miteinander in Bezug stehen. Dies unterstützt Sie dabei, die einzelnen Elemente in der Gesamtheit der professionellen Palliativversorgung zu betrachten.

In einem weiteren Schritt wird für Sie deutlich, in welchem Bezug die professionelle Palliativversorgung (siehe Kapitel 3) zu einer in der Praxis gelebten und institutionell verankerten Palliative Care-Kultur (siehe Kapitel 2) steht.

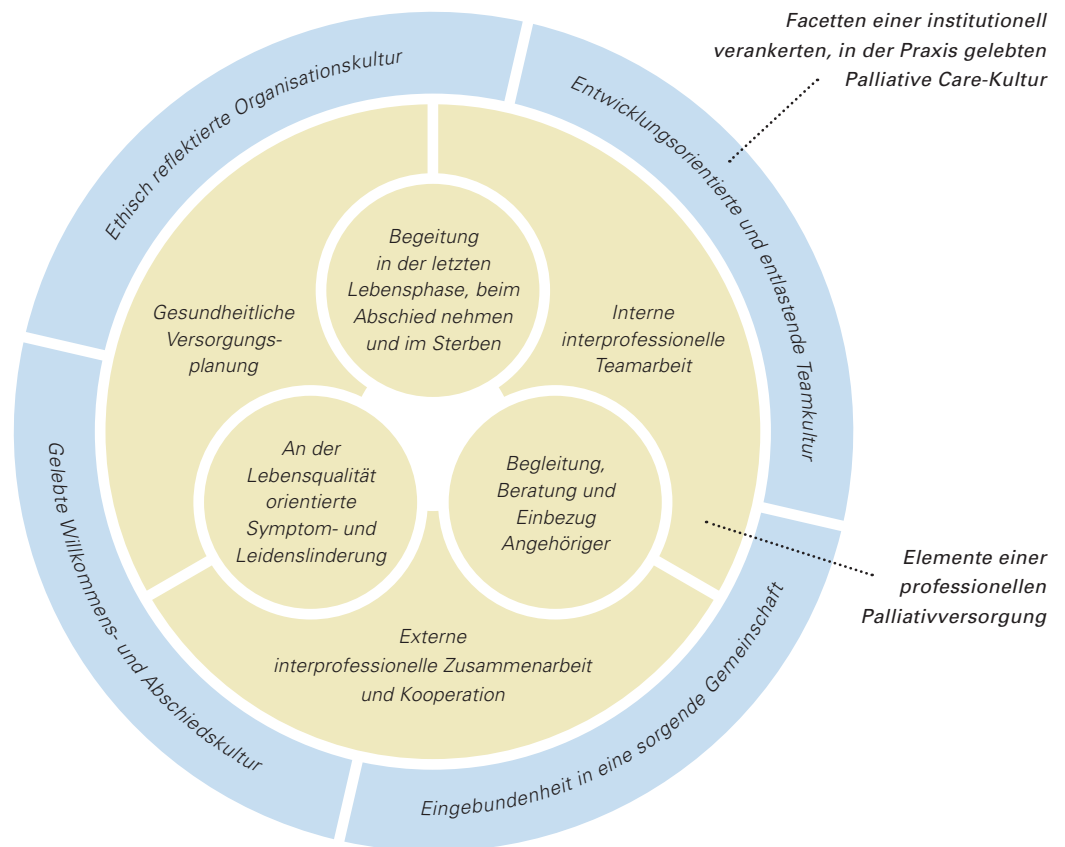


Abbildung 14:
Palliative Care-Kultur
und Palliativversorgung

DIE GEGENSEITIGE BEZOGENHEIT DER ELEMENTE DER PALLIATIVVERSORGUNG IN IHRER GESAMTHEIT ERFASSEN

Die professionelle Palliativversorgung wird im vorliegenden Leitfaden verstanden als die an der Selbstbestimmung und der Lebensqualität orientierte und durch eine spezifische, Palliative Care-bezogene Haltung geprägte interprofessionelle Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen. Die professionelle Palliativversorgung wird hierbei ab dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung einbezogen [1 – 3].

Im Mittelpunkt der professionellen Palliativversorgung stehen folgende, unmittelbar an der Zielgruppe ausgerichtete, zentrale Elemente:

- > Die an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung (siehe Kapitel 3.2.1);
- > Die Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben (siehe Kapitel 3.2.2);
- > Die damit eng verbundene Begleitung, die Beratung und der Einbezug der Angehörigen im Rahmen der Palliativversorgung (siehe Kapitel 3.2.3).

Zu deren Realisierung und Gelingen ist eine interne interprofessionelle Teamarbeit (siehe Kapitel 3.2.4) sowie die externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation (siehe Kapitel 3.2.5) erforderlich, welche sich konsequent an der individuellen Lebensqualität und der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung gemäß § 132g Abs. 3 SGB V ist ebenfalls ein Element der professionellen Palliativversorgung. Die Besonderheit ist hier, dass deren Realisierung an die vorausgehend benannten Elemente der professionellen Palliativversorgung gebunden ist (siehe Kapitel 3.2.6). Diese gegenseitige Bezogenheit der Elemente einer professionellen Palliativversorgung wird in Abb. 14 verdeutlicht. Alle Elemente stehen in einer engen Verbindung miteinander, im Mittelpunkt stehen hierbei die an der unmittelbaren Zielgruppe ausgerichteten Elemente.

DIE PROFESSIONELLE PALLIATIVVERSORGUNG IN BEZUG ZU EINER GELEBTEN UND INSTITUTIONELL VERANKERTEN PALLIATIVE CARE-KULTUR STELLEN

Eine professionelle Palliativversorgung beinhaltet die Orientierung der professionell Pflegenden und aller Mitarbeitenden an den in der Palliative Care-Kultur etablierten Werten [4]. Daran wird die unmittelbare Verbundenheit der Palliativversorgung mit der Palliative Care-Kultur deutlich: Eine Palliative Care-bezogene Haltung aller Mitarbeitenden kann sich im gemeinsamen Miteinander, in der gelebten Praxis der Begleitung, des Abschieds und der Versorgung sowie in der Eingebundenheit in die Kultur der Organisation entfalten. Eine Palliative Care-bezogene Haltung wird in der Palliative Care-Kultur getragen und kann darin wirksam und erlebbar werden [5,6].

Eine Palliative Care-Kultur als Organisationskultur, die Palliative Care-bezogene Werteorientierungen und Haltungen bewusst reflektiert und in Prozessen und Strukturen erlebbar abbildet [3,6 – 10], schafft so den Raum für eine würdevolle, qualitätsvolle und professionelle Palliativversorgung. Gleichzeitig trägt die Weiterentwicklung der professionellen und werteorientierten Palliativversorgung dazu bei, eine Palliative Care-Kultur in der stationären Pflegeeinrichtung zu etablieren.

Die stationäre Pflegeeinrichtung ist dabei als der Raum zu verstehen, der durch die professionelle Palliativversorgung ausgefüllt wird und dieser zugleich den Raum eröffnet. Die einzelnen Elemente der professionellen Palliativversorgung benötigen ihrerseits wiederum eine Einbettung in die gelebte professionelle Palliativversorgung, in gemeinsame Werteorientierungen und Verhaltensweisen und in institutionelle Strukturen.

ZUSAMMENFASSUNG

- > Eine **ethisch reflektierte Organisationskultur** (siehe Kapitel 2.2.1) schafft den Boden, auf dem Mitarbeitende mögliche Unsicherheiten ansprechen können (beispielsweise, welche Maßnahme im Rahmen der Palliativversorgung sich bestmöglich an der subjektiv erlebten Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichtet). So kann durch eine institutionelle Verankerung gemeinsamer Reflexion eine Sicherheit in Situationen der Unsicherheit im Rahmen der Palliativversorgung erfahrbar werden;
- > Eine **entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur** (siehe Kapitel 2.2.2) stützt eine gemeinsame Ausrichtung der Palliativversorgung an der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese Form der Teamkultur bietet Halt in eigener Betroffenheit, in Abschieden und in möglicher Trauer um die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der Palliativversorgung;
- > Eine **gelebte Willkommens- und Abschiedskultur** (siehe Kapitel 2.2.3) öffnet Rückzugs- und Besinnungsorte für bewusstes Abschiednehmen der Mitarbeitenden und schafft so Platz und Offenheit für die Begleitung in der letzten Lebensphase im Rahmen der Palliativversorgung und ist zugleich grundlegend für nachfolgende palliative Versorgungssituationen;
- > Eine **Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft** (siehe Kapitel 2.2.4) weitet die institutionsbezogene Palliativversorgung in zivilgesellschaftliche Strukturen aus und lässt damit Verbundenheit und Eingebundenheit in der letzten Lebensphase spürbar werden. Dadurch kann sich ein gemeinsames Zusammenwirken von professioneller Versorgung und zivilgesellschaftlicher und ehrenamtlicher Begleitung auch über die Einrichtung hinaus ausdehnen.

Die Etablierung einer Palliative Care-Kultur ist die Basis für die Implementierung einer professionellen Palliativversorgung und trägt gleichzeitig zu deren Etablierung bei:

- > Die aufgezeigte **gegenseitige Bezogenheit der Elemente der Palliativversorgung** unterstützt Sie bei der Strukturierung Ihrer einrichtungsspezifischen Entwicklungsbedarfe hinsichtlich der professionellen Palliativversorgung;
- > Die aufgezeigte **Bedingtheit und Wechselseitigkeit von Palliativversorgung und Palliative Care-Kultur** macht deutlich, dass die Implementierung von einzelnen Elementen der Palliativversorgung immer in einen Prozess der Kulturentwicklung eingebunden ist und diesen wechselseitig unterstützt. Wie Sie eine strukturierte Implementierung der Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung gestalten und realisieren können, erfahren Sie im nachfolgenden Kapitel 4.

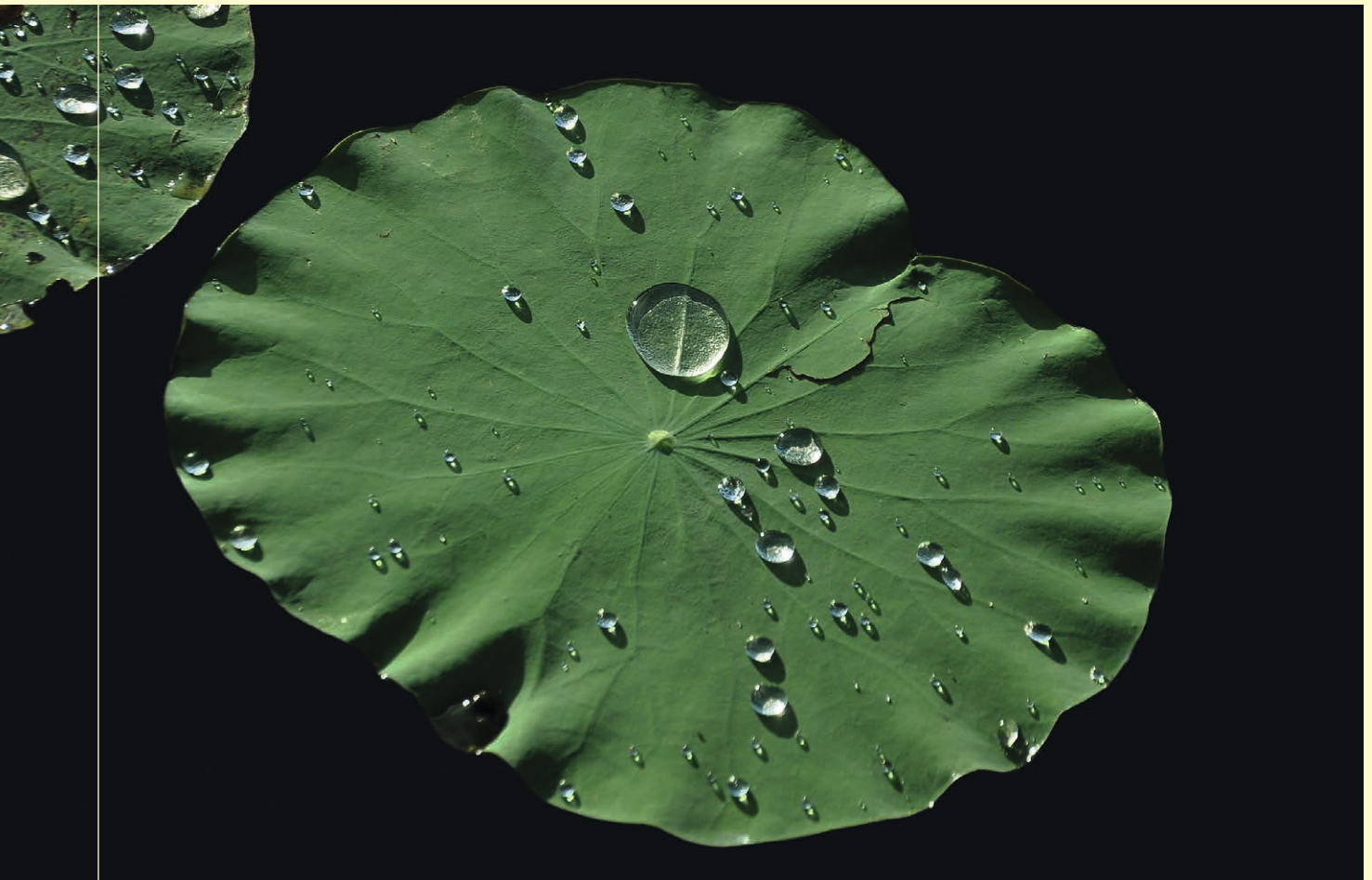
VERWENDETE LITERATUR

- 1 Radbruch, L; Payne, S (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (E-APC). In: *Palliativmedizin* 12 (05), S. 216 – 227.
- 2 DGP e.V. (2002): WHO Definition Palliative Care. Übersetzt durch die DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.11.2019].
- 3 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 4 Baumann, M; Kohlen, H (2019): Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge. In: S Kreutzer, C Oetting-Roß, M Schwermann (Hg): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 88 – 114.
- 5 Dinges, S (2018): Pflegeethik organisieren und implementieren. In: A Riedel und A-C Linde (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 199 – 203.
- 6 Heller, A; Knipping, C (2017): *Palliative Care Haltungen und Orientierungen*. In: B Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher und S Monteverde (Hg): *Lehrbuch Palliative Care*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 50 – 58.
- 7 DGP e.V.; DHPV e.V. (Hg): (2012): *Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerstkranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebensalter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf [28.11.2019].
- 8 Heimerl, K (2018): Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim – organisationsethische Perspektiven. In: L Ulrich, W Beer, E Droste und A Giebel (Hg): *Würde und Selbstbestimmung sichern. Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung sterbender alter Menschen*. Esslingen: der hospiz verlag, S. 222 – 232.
- 9 Wegleitner, K; Heller, A; Heimerl, K; Reiter, S (2017): *Hospiz und Palliative Care in der stationären Altenhilfe*. In: B Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher und S Monteverde (Hg): *Lehrbuch Palliative Care*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 70 – 81.
- 10 Kränzle, S (2018): *Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care*. In: S Kränzle, U Schmid und C Seeger (Hg): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 3 – 16.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Schnell, M-W; Schulz-Quach, C (Hg) (2019): *Basiswissen Palliativmedizin*. 3., völlig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer Verlag.

4. Den Implementierungsprozess
zur Realisierung einer
professionellen und qualitätsvollen
Palliativversorgung
planen, steuern und absichern



4.1 DIE BEDEUTUNG EINER GEPLANTEN, STRUKTURIERTEN VORGEHENSWEISE FÜR DIE NACHHALTIGKEIT DER ANGESTREBTEN VERÄNDERUNGEN

In diesem vierten Teil des Leitfadens erfahren Sie, welche Bedeutung eine geplante und strukturierte Implementierung der Palliativversorgung für deren nachhaltige Absicherung im Versorgungsalltag Ihrer Pflegeeinrichtung einnimmt.

Sie erhalten durch die Erläuterung zentraler, systematisch angelegter Schritte der Implementierung nach dem Modell „Implementation of change“ nach Grol und Wensing [1] eine handlungsleitende Unterstützung für die Planung, Steuerung und Absicherung des Implementierungsprozesses der professionellen Palliativversorgung.



Palliative Care umfasst zum einen Facetten, die sich auf der Ebene der Kultur der Einrichtung bewegen:

- > Die ethisch reflektierte Organisationskultur;
- > Die entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur;
- > Die gelebte Willkommens- und Abschiedskultur;
- > Die Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft (Kapitel 2).

Palliative Care umfasst zum anderen auch Elemente, die sich konkret auf der Handlungsebene der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner bewegen:

- > Die an der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung;
- > Die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen am Lebensende und im Sterben;
- > Die Begleitung, Beratung und der Einbezug der Angehörigen;
- > Die interne und externe Zusammenarbeit und Kooperation;
- > Die gesundheitliche Versorgungsplanung (Kapitel 3).

Um die Elemente der Palliativversorgung nachhaltig in Ihrer Einrichtung implementieren zu können, bedarf es einer strukturierten Vorgehensweise, da die notwendigen Veränderungen verbindlich, transparent und nachhaltig in den unterschiedlichen Strukturen und Prozessen der Einrichtung abgebildet werden müssen. Diese Verbindlichkeit und Transparenz wie auch die strukturierte Vorgehensweise sind notwendig, um eine qualitätsvolle Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner – über alle Mitarbeitenden und Schnittstellen hinweg sowie in allen Ebenen und Settings der Zusammenarbeit – abzusichern. Ebenso ist es möglich, Konzepte mit dem Gegenstand der Kulturentwicklung regelhaft zu implementieren. Nachfolgend wird die Implementierung von Elementen der Palliativversorgung fokussiert.

Grundlegend sind bei einer strukturierten Implementierung im Kontext von Palliative Care folgende Prinzipien zu beachten:

- > **Partizipation aller Mitarbeitenden:** Die Veränderungen betreffen die gesamte Einrichtung mit allen Mitarbeitenden. Dies bedeutet, dass bei der Implementierung auch alle Mitarbeitenden, entsprechend ihres Verantwortungsbereiches, ihrer Qualifikation, ihres Tätigkeitsfeldes oder ihres Stellenumfangs zielgerichtet informiert und angemessen beteiligt werden müssen. Dies ist über entsprechend zu besetzende Lenkungs- und Arbeitsgruppen und unter Berücksichtigung interner wie externer Bezüglichkeiten und Bedarfe des Implementierungsanliegens zu begleiten [2,3];
- > **Information aller beteiligten Personen:** Grundlegend beachtlich ist das Verständnis der Notwendigkeit der Implementierung und der Bedeutung der eingeführten Neuerungen bei allen beteiligten Personen. Dies wird durch Information über die anstehenden Änderungen und Transparenz des Prozesses für alle Beteiligten erreicht. Es sollten alle Mitarbeitenden partizipativ in die Veränderungsprozesse und in die Einführung von Neuerungen eingebunden werden, beispielsweise in Arbeitskreisen oder Qualitätszirkeln [2,3]. Dies jedoch unter verantwortungsvoller Abwägung von Angemessenheit, Zeitpunkt der Information und der zielgruppenspezifischen Abstimmung der einzelnen Aspekte und Themen, die transportiert werden sollen;
- > **Verantwortliche Steuerung:** Leitungskräfte tragen im Implementierungsprozess Verantwortung auf vielen Ebenen und Bereichen (beispielsweise Planung, Steuerung, Ressourcenbereitstellung, Strukturierung). Die Unterstützung der Leitungsebene ist für alle Mitarbeitenden und die meisten Themen essenziell, ebenso wie eine Leitungskraft für Implementierungsvorhaben auf die Mitarbeitenden und deren Engagement vertrauen und bauen können muss. Dieser Gegenseitigkeit sollten sich Leitungskräfte wertschätzend und anerkennend bewusst sein [2].

Durch die grundlegende Beachtung dieser Punkte wird sichergestellt, dass sowohl die Planung und Steuerung des Implementierungsprozesses als auch die Evaluation des Implementierungserfolges strukturiert erfolgen kann.

Implementierungsprozesse im Bereich der Palliativversorgung müssen immer an den individuellen Zielsetzungen, Voraussetzungen und Rahmungen der jeweiligen Einrichtung ausgerichtet sein. Um zu einer einrichtungsspezifischen Einschätzung zu kommen und zu entscheiden, in welchen Bereichen Sie sich weiterentwickeln wollen und ansetzen möchten, betrachten Sie alle im Leitfaden genannten Elemente vor dem Hintergrund der bestehenden Strukturen und Prozesse in Ihrer Einrichtung. Gegenstand der Implementierung können beispielsweise Instrumente, Verfahrensanweisungen, Konzepte oder Besprechungsformate sein. Wie Sie diese Bereiche detailliert betrachten können und die Implementierung strukturiert durchführen können, erfahren Sie im Abschnitt 4.2 dieses Kapitels.

4.2 DAS MODELL „IMPLEMENTATION OF CHANGE“ NACH GROL UND WENSING

Stationäre Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, kontinuierlich die Implementierung neuer fachlich oder rechtlich geforderter Wissensbestände, Verfahren, Methoden oder Praktiken zu gestalten, um ihr gewünschtes und gefordertes Qualitätsniveau zu halten und zu verbessern. Umso bedeutsamer ist vor diesem Hintergrund eine strukturierte, auf die jeweiligen Voraussetzungen und Erfordernisse abgestimmte Vorgehensweise. Das Modell „Implementation of change“ nach Grol und Wensing [1] unterstützt die Einführung von Neuerungen und Veränderungen durch eine klare Gliederung und eine logische Abfolge von aufeinander aufbauenden Schritten. Das Modell lässt sich dabei – ausgehend von einem bestimmten Initiierungsanlass – auf verschiedene Settings und Themenbereiche adaptieren. Das Modell ist für umfassende, komplexe und längerfristige Implementierungsvorhaben, wie etwa die der Implementierung der Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit geeignet. Gleichsam kann das Modell für die Implementierung einzelner Teilelemente der Palliativversorgung grundgelegt werden, etwa für die Implementierung von Konzepten zur Angehörigenintegration, die Implementierung von ethischen Fallbesprechungen oder neuer Versorgungskonzepte und Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Bereich der Symptomkontrolle. Die Intensität der einzelnen Schritte ist je nach Gegenstand der Implementierung unterschiedlich. Weiterhin spricht für die Grundlegung dieses Modells für Implementierungsvorhaben im Bereich der Palliative Care die zielgerichtete Einbindung aller von der Veränderung angesprochenen Mitarbeitenden, aber auch der extern betroffenen Personengruppen und Kooperationspartnerinnen und -partner. Eine Arbeit mit dem Modell unterstützt somit den partizipativen und interdisziplinären Ansatz der Palliative Care und fördert zugleich die Palliative Care-Kultur in den jeweiligen Einrichtungen.

4.2.1 GRAFISCHE DARSTELLUNG DES MODELLS IN BEZUG AUF DIE PALLIATIVVERSORGUNG

Nachfolgende grafische Darstellung des Modells „Implementation of change“ nach Grol und Wensing [1] bietet eine Übersicht über die zentralen Schritte des Modells in ihrer Abfolge und gegenseitigen Bezugnahme. Damit wird die strukturierte Abfolge der zentralen Schritte der Implementierung deutlich.

**ÜBERGEORDNETER
INITIIERUNGSANLASS**

- > Pflegefachlicher Konsens über die Notwendigkeit von Verbesserungen im Bereich der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- > Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner, in vertrauter Umgebung unter Achtung ihrer Autonomie und individuellen Bedürfnisse sterben zu können
- > Verkürzte Verweildauern der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen bei gleichzeitigem Anstieg der Komplexität der Versorgungsbedarfe

**EINRICHTUNGSSPEZIFISCHER
INITIIERUNGSANLASS**

- > Wunsch, die Palliativversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern
- > Erkennen eines Bedarfs für Verbesserungen im Bereich der Palliativversorgung

1.

Sammlung von Veränderungsvorschlägen

2.

Analyse des Ist-Standes und Beschreibung der Veränderungsziele

3.

Analyse von Schwierigkeiten mit Blick auf die Zielgruppe und die Rahmenbedingungen

4.

Auswahl von Strategien und Maßnahmen zur Einführung der Veränderungen

5.

Durchführung der Implementierung

6.

Integration der Veränderungen in die Routineabläufe

7.

Kontinuierliche Evaluation, bei Bedarf Anpassungsmaßnahmen

Abbildung 15: Darstellung der Implementierungsschritte nach Grol und Wensing

4.2.2 SCHRITTE ZUR IMPLEMENTIERUNG VON VERÄNDERUNGEN

Das Modell zur Einführung von Veränderungen nach Grol und Wensing [1] umfasst sieben Schritte, die nachfolgend hinsichtlich der zentralen Umsetzungspunkte für die Implementierung der professionellen Palliativversorgung exemplarisch dargelegt sind. Zu beachten ist, dass es sich bei den folgenden Ausführungen um die strukturelle Darstellung grundsätzlich wichtiger Implementierungsphasen mit deren übergeordneten Bearbeitungsinhalten handelt. In der konkreten Umsetzung in den einzelnen Einrichtungen sind aller Voraussicht nach Anpassungen, Erweiterungen und oder Vertiefungen der einzelnen Prozessschritte sowie deren inhaltlicher Ausgestaltung individuell angezeigt und erforderlich. Beachtlich ist zudem: Das Modell kann ebenfalls für die Implementierung einzelner Teilelemente der Palliativversorgung grundgelegt werden, etwa für die Implementierung von Konzepten zur Angehörigenintegration, die Implementierung von ethischen Fallbesprechungen oder neuer Versorgungskonzepte und Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Bereich der Symptomkontrolle.

1. SAMMLUNG VON VERÄNDERUNGSVORSCHLÄGEN

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES ERSTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem ersten Schritt sammeln Sie (als Leitungskraft, eventuell mit Unterstützung einer projektbezogenen Steuerungsgruppe oder einer Arbeitsgruppe), auf Basis der Beschreibung der Elemente der Palliativversorgung aus Kapitel 3, Ideen und Vorschläge für angezeigte und/oder gewünschte Veränderungen und Verbesserungen in Ihrer Einrichtung. Zu verbessernde Bereiche können unter Anderem sein:

- > Neue Besprechungsmethoden oder -formate im Rahmen der internen interprofessionellen Teamarbeit (siehe Kapitel 3.2.4);
- > Pflegestandards oder -techniken im Rahmen der an der Lebensqualität orientierten Symptom- und Leidenslinderung (siehe Kapitel 3.2.1);
- > Konzepte im Bereich der Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben (siehe Kapitel 3.2.2) oder der Begleitung, Beratung und des Einbezugs der Angehörigen (siehe Kapitel 3.2.3).

Nachdem Sie alle Ideen und Vorschläge für Verbesserungen und Veränderungen festgehalten haben, überlegen Sie, welches der gesammelten Elemente der Palliativversorgung Sie zum aktuellen Zeitpunkt konkret in Ihrer Einrichtung verändern oder verbessern möchten. Hierzu formulieren Sie übergeordnete Vorstellungen im Sinne eines Idealbildes, wie die verbesserte Versorgung nach Abschluss der Implementierung aussehen und durch was sie charakterisiert sein soll. Diese Vorstellungen sollten Sie gut verständlich, nachvollziehbar und optisch ansprechend schriftlich festhalten. Grundsätzlich sind alle unter Kapitel 3.2 beschriebenen Ziele und Merkmale für eine professionelle und qualitätsvolle Palliativversorgung bedeutsam. Im Rahmen des ersten Schrittes dieses Modells wählen Sie einen für Ihre Einrichtung passenden Bereich eines Elements oder ein gesamtes Element der professionellen Palliativversorgung aus, um zunächst deren Ziele und Merkmale entsprechend einzuführen.

IN DIESEM ERSTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITT UNTERSTÜTZEN SIE DIE FOLGENDEN LEITENDEN FRAGESTELLUNGEN:

Fragen zur [Sammlung von Ideen und Vorschlägen zur Verbesserung der Palliativversorgung](#):

- > Welche Akteure und Zielgruppen, die im Rahmen der Palliativversorgung angesprochen oder beteiligt sind, wünschen sich welche Veränderung in Bezug auf welche Elemente (oder darin enthaltene Teilbereiche) der professionellen Palliativversorgung? Welche Gründe und Anliegen sind für die jeweiligen Akteure und Zielgruppen in Bezug auf die Veränderung vorhanden?
- > Was erleichtert oder erschwert die geplante Umsetzung der Veränderungen im Rahmen der Palliativversorgung hinsichtlich welcher Elemente (oder darin enthaltene Teilbereiche) der professionellen Palliativversorgung?

Fragen zur [Konkretisierung und Auswahl der zu verbessernden Elemente und Bereiche der professionellen Palliativversorgung](#):

- > Worum geht es in dem zu verändernden Element der professionellen Palliativversorgung genau (beispielsweise eine bestimmte Pflorgetechnik im Bereich der an der Lebensqualität orientierten Symptom- und Leidenslinderung, eine Besprechungsform im Rahmen der internen Zusammenarbeit oder ein Konzept zur Angehörigenintegration)?
- > Welche notwendigen Investitionen oder Ressourcenaufwendungen sind mit der Durchführung der jeweils möglichen Veränderung verbunden (wie beispielsweise die Weiterbildung von Mitarbeitenden oder die Anschaffung von Materialien)?
- > Welchen Personen sollten die angedachten Veränderungs- und Verbesserungsvorhaben wann und wie vorgestellt werden (Geschäftsführung, Mitarbeitende, Kooperationspartnerinnen und -partner)? Welche Anforderungen sind mit der Präsentation hinsichtlich der jeweiligen Zielgruppe verbunden bzw. was soll gemeinsam mit der Zielgruppe erreicht werden?
- > Welche Personen sollten bei der Durchführung der geplanten Veränderungen wann und wie beteiligt werden (Wer verbreitet Informationen? Wer dient als Informationsquelle?)?
- > Entsprechen die Verbesserungen oder Veränderungen in diesem Element der professionellen Palliativversorgung den grundgelegten Werten und Haltungen der Palliative Care und in welcher Weise kann die Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung dadurch unterstützt werden (beispielsweise in Bezug auf den Erhalt oder die Verbesserung von Autonomie und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner)?

ZENTRALE ERGEBNISSE DES ERSTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Ihnen liegt eine Sammlung von Ideen und Vorschlägen zu Veränderungen und Verbesserungen in definierten Elementen der professionellen Palliativversorgung Ihrer stationären Einrichtung vor. Sie können auf dieser Basis begründete Entscheidungen für bestimmte Implementierungsthemen und -gegenstände treffen und transparent machen. Ein konkreter und praktikabler Vorschlag für Verbesserungen und Veränderungen in einem bestimmten Element der bestehenden Praxis der Palliativversorgung ist erstellt;
- > Die Zustimmung von relevanten Beteiligten und Akteuren (Geschäftsführung, Einrichtungsleitung, u. a.) ist für die Umsetzung der geplanten Veränderungen eingeholt;
- > Übergeordnete Vorstellungen bezüglich der idealen Ausgestaltung des zu verbessernden Elements der Palliativversorgung sind entwickelt und gut verständlich, nachvollziehbar und optisch ansprechend schriftlich festgehalten.

2. ANALYSE DES IST-STANDES UND BESCHREIBUNG DER VERÄNDERUNGSZIELE

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES ZWEITEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem Schritt führen Sie zunächst eine Analyse des Ist-Standes in Ihrer Einrichtung bezüglich des ausgewählten, zu verändernden/verbessernden Elements der Palliativversorgung durch. Im Anschluss an die Analyse des Ist-Standes und der aktuell gelebten Praxis in diesem Element der professionellen Palliativversorgung beschreiben Sie Ihre mit der Implementierung verfolgten Ziele. Die Beschreibung dieser Veränderungsziele entwickeln Sie auf der vorausgegangenen Analyse des Ist-Standes. Die für Sie leitende Fragestellung lautet hierzu: **Wo stehen wir im Moment und was wollen wir erreichen?**

Für die Durchführung der Ist-Stand-Analyse prüfen Sie alle bestehenden Dokumente, Standards, Handlungsanweisungen oder Ähnliches auf ihren Bezug zu den zu verbessernden Elementen der Palliativversorgung. Analysieren Sie beispielsweise die Fort- und Weiterbildungsbedarfe und -wünsche Ihrer Mitarbeitenden und notieren Sie, welche Kooperationen mit externen Partnerinnen und Partnern bereits bestehen. Orientieren Sie sich bei dieser Analyse an den in Kapitel 3 beschriebenen Merkmalen der jeweiligen Elemente der Palliativversorgung. Vergleichen Sie, was Sie in Bezug auf die Palliativversorgung bereits implementiert haben und welcher Umsetzungsstand aktuell vorliegt. Schätzen Sie zudem ein, wie sich dies auf die tatsächliche Versorgungsgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner in Ihrer Einrichtung auswirkt.

Für die Beschreibung der Veränderungsziele gilt ebenso wie für die Vorstellungen des Idealbildes aus Schritt 1: Sie sollten realistisch erreichbar, klar und verständlich formuliert sowie überprüfbar sein.

IN DIESEM ZWEITEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITT UNTERSTÜTZEN SIE DIE FOLGENDEN LEITENDEN FRAGESTELLUNGEN:

Fragen zur **Analyse des Ist-Standes**:

- > Wie gestaltet sich unsere tägliche Praxis in Bezug auf dieses Element der professionellen Palliativversorgung?
- > Welche Dokumente, Standards, Instrumente oder weitere Verfahren wenden wir in diesem Element der professionellen Palliativversorgung an?
- > Welche Personen(gruppen) sind an Tätigkeiten in diesem Element der professionellen Palliativversorgung beteiligt?
- > Welche Qualifikation und welchen Auftrag haben die beteiligten Personen?
- > Welches Ziel verfolgen wir aktuell mit den durchgeführten Maßnahmen in diesem Element der professionellen Palliativversorgung?

Formulieren Sie nun Ihre angestrebten Veränderungsziele auf dem analysierten Ist-Stand Ihrer Einrichtung, den Sie unter Bezugnahme auf die Elemente der Palliativversorgung (Kapitel 3) erhoben haben.

Fragen zur **Formulierung und Prüfung der Eignung und Erreichbarkeit der Veränderungsziele:**

- > Sind mit den formulierten Zielen grundsätzlich Qualitätsverbesserungen in der Palliativversorgung für unsere Bewohnerinnen und Bewohner zu erwarten?
- > Entsprechen die Ziele unseren Palliative Care-bezogenen Haltungen und Werteorientierungen in der Pflege und Versorgung unserer Bewohnerinnen und Bewohner?
- > Sind die Ziele realistisch erreichbar, bedeutsam und für alle Beteiligten erstrebenswert?
- > Gehen die Ziele mit unserem in Schritt 1 formulierten und fokussierten Idealbild einher?

ZENTRALE ERGEBNISSE DES ZWEITEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Ihr Ist-Stand der bisher in Ihrer Einrichtung gelebten Praxis bezüglich des zu verändernden Elements der Palliativversorgung ist erhoben;
- > Ihre einrichtungsspezifischen Veränderungsziele, die Sie mit der Implementierung von Veränderungen und Verbesserungen im ausgewählten Element der Palliativversorgung erreichen wollen, sind auf der Basis Ihres Ist-Stands realistisch, klar verständlich und überprüfbar formuliert.

3. ANALYSE VON SCHWIERIGKEITEN MIT BLICK AUF DIE ZIELGRUPPE UND DIE RAHMENBEDINGUNGEN

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES DRITTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem Schritt analysieren Sie genau die bestehenden, mit der Implementierung in Verbindung stehenden Schwierigkeiten im ausgewählten Element der professionellen Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung. Bei der Problemanalyse fokussieren Sie die jeweils betroffene Zielgruppe der Veränderung, also beispielsweise Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeitende, Angehörige oder externe Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partner. Verbinden Sie mit der Analyse von Schwierigkeiten in Bezug auf die Zielgruppen auch die genaue Betrachtung der Rahmenbedingungen, unter welchen die identifizierten Schwierigkeiten auftreten. Nur durch eine detaillierte Betrachtung dieser Einflussfaktoren können Sie die Schwierigkeiten in den weiteren Implementierungsschritten gezielt bearbeiten und auflösen.

In diesem dritten Implementierungsschritt unterstützen Sie die folgenden leitenden Fragestellungen:

- > Welche Erwartungen, Gründe und Motivationen sind mit den geplanten Veränderungen im Element der Palliativversorgung – aus der Perspektive der beteiligten Personen – verbunden [1]? Inwieweit lassen sich hier unterschiedliche Erwartungen erkennen, die für den weiteren Prozess bedeutsam sind?
- > Welche Anforderungen stellen sich uns bei der Implementierung in Bezug auf die Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase? Inwieweit ergeben sich hieraus zu beachtende Schwierigkeiten oder Hürden im Rahmen der Implementierung?

ZENTRALES ERGEBNIS DES DRITTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Ihnen liegt eine detaillierte Analyse von Schwierigkeiten im zu verändernden Element der Palliativversorgung mit Blick auf die jeweilig adressierte Zielgruppe und die analysierten Rahmenbedingungen vor.

4. AUSWAHL VON STRATEGIEN UND MASSNAHMEN ZUR EINFÜHRUNG DER VERÄNDERUNGEN

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES VIERTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem Schritt wählen Sie die Strategien und Maßnahmen aus, die Sie zur Einführung der geplanten Veränderungen und Verbesserungen benötigen. Richten Sie die Auswahl Ihrer Strategien und Maßnahmen an den von Ihnen analysierten Problemen und Schwierigkeiten und Ihren angestrebten Veränderungszielen aus (siehe dritter Implementierungsschritt). Ihre Strategien und Maßnahmen können folgende Veränderungs- und Verbesserungsbereiche betreffen:

- > Die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie Zuständigkeiten Ihrer Mitarbeitenden;
- > Die Partizipation Ihrer Mitarbeitenden;
- > Die Fort- und Weiterbildung bzw. Qualifikation Ihrer Mitarbeitenden;
- > Der Ausbau Ihrer externen Kooperation und Vernetzung;
- > Die Förderung der internen Zusammenarbeit in Ihrer Einrichtung;
- > Die Information der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen;
- > Die Überarbeitung/Erarbeitung von Instrumenten, Verfahren, Standards und Konzepten in Ihrer Einrichtung.

In diesem vierten Implementierungsschritt unterstützen Sie die folgenden leitenden Fragestellungen:

- > Welche Mitarbeitenden tragen in dem von unseren geplanten Veränderungen betroffenen Bereich besondere Verantwortung in Bezug auf die Palliativversorgung?
- > Welche Besprechungsformen möchten wir in unserer Einrichtung zur Beteiligung aller Mitarbeitenden in Bezug auf das zu verändernde Element der Palliativversorgung einführen?
- > Welche Fort- und Weiterbildungsbedarfe ergeben sich für unsere Mitarbeitenden?
- > Welche Maßnahmen sind notwendig, um unsere externe Kooperation und Vernetzung in Bezug auf das zu verbessernde Element der Palliativversorgung zu stärken und auszubauen?
- > Wie können unsere Mitarbeitenden in ihrer Zusammenarbeit unterstützt werden? Was wünschen sie sich hierzu?
- > Wie stellen wir sicher, dass die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen über die anstehenden Veränderungen und Neuerungen barrierefrei informiert werden?
- > Welche unserer Strukturen, Prozesse und Verfahren betrifft die geplante Veränderung? Was müssen wir überarbeiten? Gibt es Instrumente, Konzepte oder Formulare, die wir neu erstellen müssen?

ZENTRALES ERGEBNIS DES VIERTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Ihnen liegt eine Übersicht über alle notwendigen Strategien und Maßnahmen zur Einführung der Veränderungen im ausgewählten Element der Palliativversorgung in Form eines Implementierungsplanes vor. Dieser Implementierungsplan ist die Zusammenführung aller bisher erfolgten Implementierungsschritte. Er enthält zudem Aussagen zu den von Ihnen
 - a) geplanten zeitlichen Vorgaben für die Implementierungsverabfolge.
 - b) benannten verantwortlichen Personen für einzelne Implementierungsmaßnahmen.

5. DURCHFÜHRUNG DER IMPLEMENTIERUNG

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES FÜNFTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem Implementierungsschritt setzen Sie ganz konkret die vorher geplanten Schritte zur Veränderung um. Leitend ist für Sie dabei der von Ihnen entwickelte Implementierungsplan. Bedeutsam ist in dieser Phase die Information aller Mitarbeitenden über den Beginn der Implementierung (beispielsweise im Rahmen einer Kick-off-Veranstaltung). Steuern Sie den Implementierungsprozess durch fortlaufende formative Evaluationsmaßnahmen. Dokumentieren Sie dabei die den Implementierungsprozess unterstützenden und hinderlichen Faktoren. Dieses Vorgehen unterstützt Sie darin, wichtige Erkenntnisse über Ihre Implementierungsplanung und deren erfolgreiche Umsetzung zum Abschluss des Gesamtprozesses zu sammeln. Dieses Wissen können Sie für die Planung und Umsetzung kommender Implementierungsprozesse heranziehen und nutzen.

In diesem fünften Implementierungsschritt unterstützen Sie die folgenden leitenden Fragestellungen:

- > Sind alle unsere Mitarbeitenden Teil der Veränderungen und diesbezüglich auf dem aktuellen Informationsstand?
- > Haben wir die Ziele, die wir mit den Veränderungen erreichen wollen, kontinuierlich im Blick?
- > Halten wir den vereinbarten Zeitplan und die verfügbaren Ressourcen für die Implementierung ein?
- > Kommen die beteiligten Personen ihren Aufgaben und ihrer Verantwortung nach?
- > An welchen Stellen des Implementierungsplanes müssen wir Anpassungen vornehmen und warum?

ZENTRALES ERGEBNIS DES FÜNFTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Sie haben die Implementierung der Veränderungen und Verbesserungen im ausgewählten Element der Palliativversorgung abgeschlossen.

6. INTEGRATION DER VERÄNDERUNGEN IN DIE ROUTINEABLÄUFE

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES SECHSTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem Schritt überführen Sie die zuvor eingeführten Neuerungen und Veränderungen in die Routineabläufe Ihrer Einrichtung, so dass sie selbstverständlicher Teil der alltäglich gelebten und erfahrbaren Praxis werden. Die eingeführten Veränderungen prägen somit den (Tages-)Ablauf Ihrer Einrichtung.

In diesem sechsten Implementierungsschritt unterstützen Sie die folgenden leitenden Fragestellungen:

- > Stellen die eingeführten Neuerungen und Veränderungen noch Schwierigkeiten für uns dar?
- > Sind die eingeführten Neuerungen und Veränderungen in die tägliche Entscheidungs-, Arbeits- und Evaluationsroutine unserer Einrichtung übergegangen?

ZENTRALES ERGEBNIS DES SECHSTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Die eingeführten Neuerungen und Veränderungen im ausgewählten Element der Palliativversorgung sind in die (Routine-)Abläufe Ihrer Einrichtung übergegangen.

7. KONTINUIERLICHE EVALUATION, BEI BEDARF ANPASSUNGSMASSNAHMEN

SO GEHEN SIE IM RAHMEN DES SIEBTEN IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES VOR:

In diesem abschließenden Schritt der Implementierung überprüfen Sie die Wirksamkeit der umgesetzten Implementierungsmaßnahmen zur Verbesserung des ausgewählten Elements der Palliativversorgung. Sie kontrollieren, ob Ihre durchgeführten Maßnahmen (vierter Schritt) unter Berücksichtigung der analysierten Schwierigkeiten (dritter Schritt) für das Erreichen Ihrer formulierten Veränderungsziele (zweiter Schritt) erfolgreich waren. Wenn Sie definierte Zielsetzungen nicht im angestrebten Umfang oder in der erforderlichen Qualität erreicht haben, analysieren Sie die dafür möglichen Ursachen und nehmen Sie eine entsprechende Nachsteuerung bzw. Korrektur vor.

In diesem siebten Implementierungsschritt unterstützen Sie die folgenden leitenden Fragestellungen:

- > Welche Veränderungsziele haben wir mit der Implementierung erreicht? Was hat uns dabei besonders unterstützt?
- > Welche Veränderungsziele haben wir mit der Implementierung nur zu Teilen oder nicht erreicht, welche Gründe können wir hierfür benennen?
- > Was hat uns geholfen, identifizierte Implementierungsschwierigkeiten zu beheben?
- > Welche Qualitätsverbesserungen im ausgewählten Element unserer Palliativversorgung haben wir erreicht? Woran erkennen wir das?
- > Entspricht unsere Arbeit nun dem Idealbild, das wir im ersten Schritt des Implementierungsprozesses formuliert haben? Wenn nein: Welche Themen wollen/müssen wir nochmals in den Blick nehmen?

ZENTRALE ERGEBNISSE DIESES IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTES:

- > Der Implementierungsprozess ist hinsichtlich seiner unterstützenden und hemmenden Faktoren evaluiert. Die Erkenntnisse können Sie für kommende Implementierungsprozesse in Ihrer Einrichtung nutzen;
- > Die Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung hat im ausgewählten Element eine Qualitätsverbesserung erfahren, die sich jetzt auf dem Niveau Ihres definierten Idealbildes befindet. Kontinuierliche Anpassungsmaßnahmen werden auch nach Abschluss der Implementierung bei Bedarf durchgeführt;
- > Die Palliativversorgung Ihrer Einrichtung orientiert sich an den Werten und Haltungen der Palliative Care. Die Palliative Care-Kultur Ihrer Einrichtung ist durch die Implementierung positiv unterstützt;
- > Die Handlungssicherheit Ihrer Mitarbeitenden im Bereich der professionellen Palliativversorgung ist erhöht.

Am Ende dieser sieben Implementierungsschritte haben Sie nun entweder alle Elemente, ein einzelnes Element oder einen Teilbereich eines Elements der Palliativversorgung in Ihre Einrichtung individuell abgestimmt implementiert. Die Palliative Care-Kultur, die Sie in Ihrer Einrichtung pflegen bzw. anstreben, wird durch die Implementierung von Elementen der Palliativversorgung oder von ihren Teilbereichen eine Bereicherung und Weiterentwicklung erfahren.

Wie die beiden Prozesse, die Etablierung der Palliative Care-Kultur einerseits und die Implementierung der (Elemente) der Palliativversorgung andererseits miteinander in Verbindung stehen, erfahren Sie im nun abschließenden Teil dieses Leitfadens.



4.3 DIE ETABLIERUNG DER PALLIATIVE CARE-KULTUR IN DEN KONTEXT DER IMPLEMENTIERUNG DER PALLIATIV-VERSORGUNG STELLEN



Im abschließenden Teil des Leitfadens erfahren Sie, wie die Etablierung der Palliative Care-Kultur und die Implementierung der (Elemente) der Palliativversorgung miteinander in Verbindung stehen.

Dies dient Ihnen dazu, diese beiden bedeutsamen Bereiche der Ausgestaltung von Palliative Care in Ihrer Einrichtung bewusst aufzugreifen und erfolgreich zu realisieren.

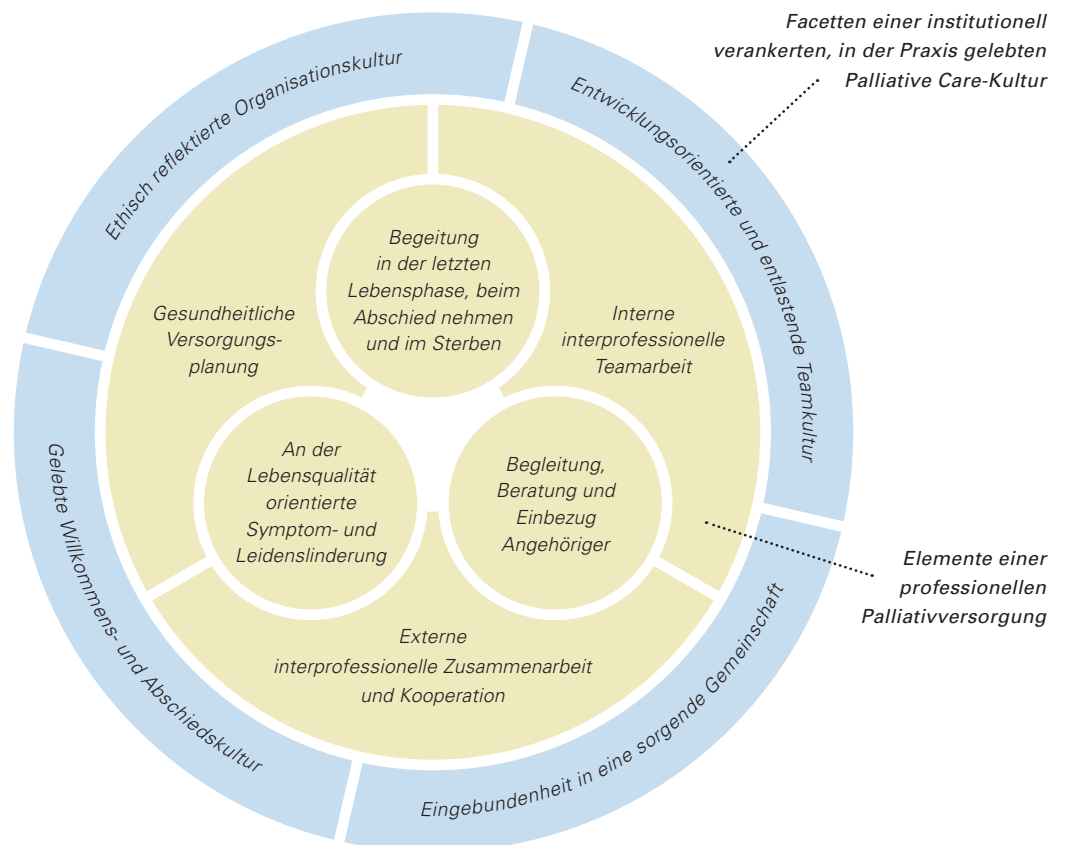


Abbildung 16:
Palliative Care-Kultur
und Palliativversorgung

DIE ETABLIERUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR ALS BASIS FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG DER PALLIATIVVERSORGUNG

Die Etablierung einer Palliative Care-Kultur ist als ein kontinuierlicher Prozess der ethisch reflektierten und an den professionellen Werten einer Palliative Care-orientierten Pflege ausgerichteten Organisations- und Personalentwicklung zu betrachten. Hierbei werden, wie in Kapitel 2.3 dargestellt, Bereiche der gelebten Praxis in Ihrer Einrichtung auf der Basis Palliative Care-bezogener Haltungen und Werteorientierungen weiterentwickelt und in veränderter, gemeinsam getragener Weise neu ausgestaltet. Die gelebten Praktiken in der Organisation und die darin verankerten Prozesse und Strukturen stehen dabei in einer engen Verbindung mit der von einem professionellen Werteverständnis geleiteten Pflege.

Die Etablierung einer Palliative Care-Kultur stellt daher einen zentralen Bezugspunkt für die gesamte Palliative Care-Entwicklung Ihrer Einrichtung dar. Dieser Zusammenhang und diese wechselseitige Bezogenheiten machen Folgendes erforderlich:

- > Alle beteiligten Personen für eine Ausrichtung am Konzept der Palliative Care zu gewinnen, indem ein gemeinsamer Prozess zur Etablierung einer Palliative Care-Kultur begonnen oder weitergeführt wird;
- > Den Implementierungsprozess einer verbesserten bzw. veränderten Palliativversorgung zu beginnen, indem eine bewusste, institutionell verankerte und sichtbare Öffnung für Abschiede, das Lebensende und das Sterben in der Einrichtung vollzogen wird und die damit verbundenen Fragestellungen und Herausforderungen aufgegriffen werden;
- > Die grundlegende Ausrichtung der Palliativversorgung an der Lebensqualität und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner vorzunehmen und dies in einer gemeinsam gelebten Haltung zum Ausdruck zu bringen;
- > Die Palliative Care-bezogenen Haltungen und Wertorientierungen der stationären Pflegeeinrichtung für die Ausgestaltung der professionellen Palliativversorgung grundzulegen und institutionell zu verankern;
- > Strukturelle Voraussetzungen für konkrete palliative Versorgungsmaßnahmen in der Organisation zu schaffen.

Die Palliative Care-Kultur in der Einrichtung rahmt daher die professionelle Palliativversorgung, bietet dieser eine Basis und wird von dieser in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess beeinflusst und bereichert.

DIE IMPLEMENTIERUNG DER PALLIATIVVERSORGUNG ALS TEIL DER ETABLIERUNG UND VERSTETIGUNG EINER PALLIATIVE CARE-KULTUR

Die Implementierung der Palliativversorgung trägt wiederum explizit zur fortschreitenden Etablierung einer Palliative Care-Kultur bei. Das bedeutet für die Verbundenheit der beiden benannten Prozesse:

- > Die Implementierung von Elementen der Palliativversorgung trägt dazu bei, gemeinsame Praktiken zu entwickeln, welche wiederum zu Bestandteilen der Palliative Care-Kultur werden. Haben Sie beispielsweise ein Konzept zur Begleitung Angehöriger in Ihrer Einrichtung implementiert, wird sich bestenfalls das ‚Willkommen-heißen‘ Angehöriger in Ihrer Einrichtung verändern und somit als Teil der (veränderten) Palliative Care-Kultur Ihrer Einrichtung erfahrbar;
- > Innerhalb des Prozesses zur geplanten und strukturierten Implementierung von Elementen der Palliativversorgung können Sie immer auch Aspekte zur fortschreitenden Etablierung einer Palliative Care-Kultur einbinden. Beispielsweise können Sie zentrale Analysefragen aus dem „Analyse- und Reflexionsinstrument zur einrichtungsspezifischen Standortbestimmung und Identifikation künftiger Entwicklungsansätze gelebter Palliative Care-Kultur“ für den Implementierungsprozess zur Palliativversorgung heranziehen. Mittels solcher Verknüpfungen unterstützen Sie die kontinuierliche, gemeinsam getragene Etablierung einer Palliative Care-Kultur in Ihrer Einrichtung.



Aufgrund der konstanten fachlichen Weiterentwicklung und der vielen praktischen Neuerungen in der Palliativversorgung – welche einer fachlichen Bearbeitung und ggf. Implementierung bedürfen – sind kontinuierliche, gezielt abgestimmte und gesteuerte Weiterentwicklungsprozesse erforderlich. Auch in diesen fortlaufenden Prozessen finden Sie durch den vorliegenden Leitfaden eine unterstützende Begleitung.

Die Themen des Leitfadens können somit unter veränderten Voraussetzungen Ihrer Einrichtungen und/oder veränderten Rahmungen der Handlungsspielräume einer neuerlichen, vertieften Betrachtung zugeführt werden.

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Kapitel haben Sie erfahren, welche Bedeutung eine geplante und strukturierte Vorgehensweise im Implementierungsprozess hat. Die Elemente der professionellen Palliativversorgung können Sie in Ihrer Einrichtung strukturiert anhand des vorgestellten Modells implementieren. Zu jedem Implementierungsschritt wurden die jeweiligen zentralen Ergebnisse und unterstützenden Fragestellungen dargestellt.

Es wurde deutlich, dass die Palliative Care-Kultur die Basis und ein zentraler Bezugspunkt für die Implementierung der Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung ist und beide Teile in gegenseitiger Bezogenheit und Bedingung die lebendige und nachhaltige Umsetzung in Ihrer Einrichtung tragen.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Grol, R; Wensing, M; Eccles, M; Davis, D (Hg) (2013): *Improving patient care: The implementation of change in health care*. 2. Auflage. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell/BMJ Books.
- 2 DGP e.V.; DHPV e.V.; BÄK (2016): *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [28.11.2019].
- 3 Radbruch, L; Müller, M; Pfister, D; Müller, S; Grützner, F (2014): *Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis*. Online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf> [28.11.2019].

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Hoben, M; Bär, M; Wahl, H-W (Hg) (2016): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – ein Handbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Lehmeyer, S; Riedel, A; Linde, A-C; Treff, N (2019): *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe: Eine curriculare Konzeption zur Weiterbildung von Gesprächsbegleitenden nach § 132g Abs. 3 SGB V und Implementierungsanregungen für die Versorgungspraxis*. Lage: Jacobs Verlag.

GLOSSAR

Das Glossar fasst die für den „Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz“ leitenden Definitionen zusammen. Die Definitionen sind für den gesamten Leitfaden grundgelegt, das Glossar enthält keine neuen Begriffe.

Grundlegende Definitionen zu den Facetten der Palliative Care-Kultur und der Elemente der Palliativversorgung sind in die jeweiligen Unterkapitel integriert und werden demzufolge im Glossar nicht aufgegriffen.



ADVANCE CARE PLANNING (ACP)

Advance Care Planning ist ein dialogischer Prozess zwischen einer qualifizierten Gesprächsbegleitung und der begleiteten Person sowie gegebenenfalls deren Patientenvertreterin und Patientenvertreter. Im Rahmen einer professionellen Gesprächsbegleitung werden individuelle Vorstellungen von Lebensqualität, persönliche Wertehaltungen und Ansprüche an die eigene Versorgung und Begleitung – für mögliche Situationen der Einwilligungsunfähigkeit – thematisiert und reflektiert. Das Angebot kann Bewohnerinnen und Bewohner dabei unterstützen, sich über ihre Pflege und Behandlungswünsche am Lebensende und über ihren ganz persönlichen Willen in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit klarer zu werden [1, 2]. Siehe auch „Vorausverfügter Wille“ und „Gesundheitliche Versorgungsplanung“.

ANGEHÖRIGE

Unter Angehörigen werden all diejenigen Personen verstanden, zu denen die Bewohnerinnen und Bewohner eine verwandtschaftliche Beziehung haben, wie auch Personen zu denen auf emotionaler Ebene eine Beziehung besteht. Diese Beziehung ist gekennzeichnet von Fürsorge und Verpflichtung [3].

BEDARF

Ein Bedarf stellt einen „objektiv erkennbare(n), nachvollziehbare(n), nicht durch eigene Ressourcen zu behebende(n) Mangel- und Belastungszustand“ [4] dar.

BEDÜRFNIS

Ein Bedürfnis ist ein „subjektiv-individueller Anspruch oder Wunsch [...] bzw. ein erlebter Mangel- und Belastungszustand verbunden mit dem Wunsch nach Abhilfe und Befriedigung“ [4].

EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

Die Einwilligungsfähigkeit ist ein rechtlicher Begriff, welcher das „erforderliche Mindestniveau der Entscheidungsfähigkeit zur Einwilligung“ [5] in eine „konkrete Entscheidung zu einem konkreten Zeitpunkt im Rahmen einer medizinischen Behandlung oder eines Forschungsvorhabens“ [6] umfasst. Die Einwilligungsfähigkeit ist damit stets dahingehend zu bewerten, ob eine Person situativ in der Lage ist, „Wesen, Bedeutung und Tragweite [...] [der aktuell zu treffenden Entscheidung] zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten.“ [6]

ETHISCHE FALLBESPRECHUNG

Bei einer ethischen Fallbesprechung geht es darum, „im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu kommen“ [7 – 10].

ETHISCH REFLEKTIERTE ORGANISATIONSKULTUR

Eine ethisch reflektierte Organisationskultur liegt dann vor, wenn eine stationäre Pflegeeinrichtung Palliative Care-bezogene Haltungen und Werte reflektiert und diese in ihre Organisationsstrukturen aktiv einbindet. Zugleich macht die Organisation die Haltungen und Werte für Bewohnerinnen und Bewohner, für die Angehörigen und die Mitarbeitenden erleb- und erfahrbar [11, 12].

EVALUATION

Unter Evaluation wird eine systematische Überprüfung von Ergebnissen oder der Qualität eines bestimmten Gegenstands, wie beispielsweise einer Pflegeintervention, auf der Basis von empirischen Daten und/oder anhand von definierten Kriterien verstanden [13].

EXTERNE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION

Die externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation ist das strukturierte und an der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner orientierte Zusammenwirken der professionell Pflegenden innerhalb der Einrichtung mit den an der Versorgung beteiligten externen Versorgungs- und Kooperationspartnerinnen und -partnern [14].

FORMATIVE UND SUMMATIVE EVALUATION

Eine Evaluation wird als ‚formativ‘ bezeichnet, wenn diese parallel zum Prozess der zu evaluierenden Maßnahme durchgeführt wird. Sie dient im Unterschied zur ‚summativen‘ Evaluation – welche die zu evaluierende Maßnahme abschließend betrachtet und ergebnisbezogen ausgerichtet ist – dazu, bereits während der Durchführung Verbesserungen abzuleiten, abzuwägen und umzusetzen [13].

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG (GVP)

Gesundheitliche Versorgungsplanung wird gemäß § 132g Abs. 3 SGB V als ein freiwilliges Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen definiert, welches darauf zielt, die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit bestmöglich aufrecht zu erhalten [15 – 17]. Siehe auch „Advance Care Planning“ und „Vorausverfügter Wille“.

IMPLEMENTIERUNG

Unter Implementierung wird ein systematisches, aktives und prozesshaftes Vorgehen verstanden, um Interventionen oder Innovationen in die Praxis zu überführen [18].

INTERDISZIPLINARITÄT

Interdisziplinarität bedeutet die „strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Spezialisierungen [...] innerhalb einer [...] Berufsgruppe“ [4]. Im Rahmen einer interdisziplinären Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern können demnach unter anderem Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, nephrologische Fachpflegerinnen und Fachpfleger und/oder Pain Nurses u.v.m. beteiligt sein.

INTERNE INTERPROFESSIONELLE TEAMARBEIT

Die interne interprofessionelle Teamarbeit ist das Zusammenwirken aller Berufsgruppen innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung [19, 20].

INTERRELIGIOSITÄT

Unter Interreligiosität wird das gemeinsame, gleichberechtigte und das jeweils gegenseitig wertschätzende Vorhandensein und Miteinander unterschiedlicher Religionen und Weltanschauungen verstanden [21].

LEBENS- UND STERBENSBEGLEITERINNEN UND -BEGLEITER

Als Lebens- und Sterbensbegleiterinnen und -begleiter werden qualifizierte, ehrenamtlich tätige Personen verstanden, die auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase „lebensweltlich fundierten Bedürfnissen und Interessen“ [22] Beachtung schenken, wie beispielsweise durch zugewandte Gesprächsangebote, durch Gespräche mit Angehörigen und/oder dem Angebot von Sitzwachen [19, 23].

LEBENSQUALITÄT

Lebensqualität wird verstanden als ein subjektives, multidimensionales und dynamisches Konzept, das in der letzten Lebensphase vor allem von der individuellen Symptom- und Leidenslinderung abhängig ist. Die individuellen Dimensionen von Lebensqualität kann ausschließlich die betroffene Person selbst definieren [4, 20, 24, 25].

LETZTE LEBENSPHASE

Die letzte Lebensphase ist als Überbegriff für die gesamte Zeitspanne zu verstehen, in welcher sich die Bewohnerinnen und Bewohner möglicherweise in zunehmender Angewiesenheit auf Unterstützung befinden [26–28], Abschied nehmen, sich mit ihrem Sterben und dem Tod auseinandersetzen und individuelles Leiden erleben [29]. Häufig ist auch der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung aus Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner der Beginn der letzten Lebensphase [30]. Die Selbstbestimmung und die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sind in der letzten Lebensphase besonders zu achten [31]. Siehe auch „Sterbephase“.

MEHRDIMENSIONALITÄT

Mehrdimensionalität im professionellen Pflegehandeln wird verstanden als eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen. Diese bildet sich in vier Dimensionen, der physischen/körperlichen Dimension, der psychischen Dimension, der sozialen Dimension sowie der spirituellen Dimension ab [4, 20].

MULTIPROFESSIONALITÄT

Unter Multiprofessionalität wird „die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Berufsgruppen innerhalb eines Teams“ [4] verstanden. Im Rahmen einer multiprofessionellen Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern können demnach unter anderem Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger beteiligt sein.

MUTMASSLICHER WILLE

Als mutmaßlicher Wille wird bezeichnet, was eine Bewohnerin oder ein Bewohner in einer bestimmten Situation auf Basis von Hinweisen, früheren Äußerungen oder bisheriger persönlicher Wünsche und Vorstellungen allem Anschein nach gewollt hätte. „Der mutmaßliche Wille dient als Ersatzinstrument [dann], wenn der aktuelle und der vorausverfügte Wille nicht feststellbar sind und somit nur Willensäußerungen gegenüber Dritten als Indizien des mutmaßlichen Willens vorliegen“ [32]. Beachtlich ist, dass der mutmaßliche Wille „[...] immer eine Interpretation Dritter darstellt“ [5] und damit eine besondere Sorgfalt in der Erfassung und bestmögliche Interpretationsabsicherung erforderlich macht, um Fehleinschätzungen oder unerwünschte Einflussnahmen zu vermeiden.

PALLIATIVE CARE

Palliative Care wird in Orientierung an der Definition der WHO (2002) verstanden als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ [33]. Palliative Care umfasst dabei sowohl eine evidenzbasierte Versorgungspraxis als auch die Ausrichtung an ethischen Prämissen und Haltungen [34], wie

- > die Bejahung des Lebens;
- > die Anerkennung des Sterbens als normalen Prozess;
- > die Unterstützung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen, die letzte Lebensphase unter größtmöglicher Selbstbestimmung und unter Respekt der individuellen Wünsche und Bedürfnisse zu gestalten;
- > die Betreuung, Beratung und Versorgung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen durch ein multiprofessionelles Team;
- > den Beginn der Umsetzung des Konzepts zu einem frühen Zeitpunkt [4].

Siehe auch „Palliativmedizin“ und „Palliativversorgung“.

PALLIATIVE CARE-KULTUR

In diesem Leitfaden wird der Begriff der ‚Palliative Care-Kultur‘ verwendet. Diese Begriffsverwendung hat zum Ziel, zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um eine Kultur handelt, die in direkter Verbindung mit dem grundlegenden, professionellen Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtung steht, schwerstkranken und sterbende Menschen bis an ihr Lebensende zu versorgen und zu begleiten [35]. Der Begriff Palliative Care-Kultur soll einen gemeinsamen, übergeordneten Bezugsrahmen zwischen zentralen Errungenschaften der Hospizbewegung und dem Anknüpfen an den Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtungen schaffen [36].

PALLIATIVE FALLBESPRECHUNG

Eine Palliative Fallbesprechung ist eine besondere Form der (pflege-)fachlichen Fallbesprechungen in interprofessioneller Besetzung. Das zentrale Ziel der palliativen Fallbesprechung ist es, eine an der Selbstbestimmung und der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete, ganzheitliche Vorgehensweise in der Versorgung für eine bestimmte Fragestellung, in einem strukturierten und moderierten Prozess zu entwickeln, festzulegen und zu dokumentieren [37, 38].

PALLIATIVMEDIZIN

Die Palliativmedizin „verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und ihren Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten“ [4]. Siehe hierzu auch „Palliative Care“ und „Palliativversorgung“.

PALLIATIVVERSORGUNG

Die professionelle Palliativversorgung wird in dem vorliegenden Leitfaden als die an der individuellen Lebensqualität orientierte und durch eine spezifische, Palliative Care-bezogene Haltung geprägte, interprofessionelle Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner verstanden. Die professionelle Palliativversorgung ist in ihren unterschiedlichen Elementen und Ausprägungsgraden ein Versorgungsansatz, der neben anderen Ansätzen (z.B. kurativer, rehabilitativer Ansatz) bereits ab dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung, in Abstimmung mit der individuellen Situation der Bewohnerinnen und Bewohner, auf dynamische Weise angewandt wird [12, 33, 39]. Siehe auch „Palliative Care“ und „Palliativmedizin“.

PATIENTENVERFÜGUNG

Siehe „Vorausverfügter Wille“.

PATIENTENVERTRETERINNEN UND -VERTRETER

Als Patientenvertreterinnen oder -vertreter werden Personen verstanden, die entweder von der betroffenen Person selbst durch eine Vorsorgevollmacht oder im Rahmen einer Betreuungsverfügung zu ihren rechtlichen Vertreterinnen oder Vertretern bestimmt wurden und/oder die gerichtlich dafür bestellt wurden. Patientenvertreterinnen und -vertreter sind dafür zuständig, die Wünsche, Vorstellungen und Entscheidungen der vertretenen Person gegenüber Ärztinnen und Ärzten oder Pflegenden geltend zu machen und für ihre Rechte und Interessen einzustehen [40 – 42].

RETTUNGSFACHPERSONAL

Unter Rettungsfachpersonal werden Berufsgruppen verstanden, die im Not- und Rettungsdienst tätig sind. Es wird zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Rettungsfachpersonal unterschieden [43]. Darunter werden gefasst: Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Notärztinnen und Notärzte [44, 45].

SORGENDE GEMEINSCHAFT

Unter einer sorgenden Gemeinschaft wird ein Netzwerk aus professionellen und bürgerschaftlichen Unterstützungs- und Hilfeangeboten mit unterschiedlichen Kooperationen und Austauschmöglichkeiten verstanden. Im Kontext der Palliative Care-Kultur ist die Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen, der Kommune, Nachbarschaften, Ehrenamtlichen und auch Angehörigen bedeutsam [46].

SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ein besonderes Angebot für Menschen, die diese Versorgung in ihrer letzten Lebensphase wünschen und benötigen. Der Anspruch darauf ergibt sich aus § 37b SGB V: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung [...] in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen“.

STATIONÄRE PFLEGEINRICHTUNG

Der Leitfaden versteht darunter insbesondere stationäre Einrichtung gemäß dem SGB XI. Hierunter werden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege subsumiert – die sich explizit von stationären akut-klinischen Einrichtungen und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterscheiden. Die Unterschiede beziehen sich hierbei nicht nur auf die organisatorisch-strukturellen Aspekte, die Finanzierung und Qualitätsanforderungen, sondern ganz wesentlich hinsichtlich der Zielgruppe derer, die über einen längeren Zeitraum in den Einrichtungen wohnen, leben und zumeist auch dort sterben. Diese institutionelle und zielgruppenspezifische Fokussierung war notwendig, um die Empfehlungen des Leitfadens möglichst konkret, zielgruppen- und praxisorientiert formulieren zu können.

STERBEPHASE

Der Begriff der Sterbephase „beschreibt die letzten Tage des Lebens, in denen durch die Erkrankung die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Sterbenden zunehmend eingeschränkt sind [...]. Die Sterbephase [...] ist in der Regel von einer dynamischen Entwicklung mit unterschiedlichen Herausforderungen an die physische, psychische, soziale und/oder spirituelle Begleitung [...] gekennzeichnet“ [4]. Siehe auch „Letzte Lebensphase“.

SYMPTOM- UND LEIDENSLINDERUNG

Die Symptom- und Leidenslinderung ist ein wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung [11, 33]. Bewohnerinnen und Bewohner leiden in ihrer letzten Lebensphase und im Sterben häufig unter belastenden Symptomen, wie zum Beispiel Atemnot oder Schmerzen. Eine bestmögliche Linderung dieser Symptome und des individuellen Leidens (beispielsweise Angst, Hoffnungslosigkeit, Trauer) trägt zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und im Sterben bei [47]. Die Symptom- und Leidenslinderung orientiert sich an der subjektiven Lebensqualität der betroffenen Person.

TRAUER

Unter Trauer wird ein höchst individueller Prozess der emotionalen Auseinandersetzung als persönliche Reaktion auf Abschiede und Verluste unterschiedlicher Art verstanden. Dies sind beispielsweise Abschiede aus dem Leben seitens der Bewohnerinnen und Bewohner, emotionale Reaktionen Angehöriger und Mitarbeitender nach dem Tod einer Bewohnerin oder eines Bewohners wie auch emotionale Auseinandersetzungen mit Verlusten anderer Art, wie beispielsweise der Verlust der gewohnten Umgebung beim Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung [48–50]. Trauer verläuft dabei in individuellen Phasen, welche unterschiedlich lange anhalten und sich wechselseitig überschneiden können. Im Rahmen von Palliative Care werden Trauernde professionell begleitet und unterstützt [51].

VORAUSSVERFÜGTER WILLE

Unter dem vorausverfügten Willen einer Person werden Festlegungen verstanden, die für einen späteren Zeitpunkt gelten sollen und beispielsweise Wünsche und Bestimmungen in Bezug auf bestimmte medizinische Notfallsituationen oder Behandlungswünsche umfassen. Diese Festlegungen können in Form einer schriftlichen „Patientenverfügung [nach §1901a BGB] erfolgen oder im Gespräch mit einem designierten Bevollmächtigten, der diesen Willen später beglaubigen und durchsetzen kann und muss“ [32]. Auch im Rahmen eines Gespräches zur gesundheitlichen Versorgungsplanung werden schriftliche Dokumente zur Vorausverfügung des Willens erstellt. Siehe auch „Advance Care Planning“ und „Gesundheitliche Versorgungsplanung“.

VERWENDETE LITERATUR

- 1 Coors, M (2018): Von „Advance Care Planning“ zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung“ – Anfänge, Entwicklungen und Adaptionen eines neuen Konzepts. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64 (3), S. 195 – 211.
- 2 in der Schmitt, J; Marckmann, G (2015): Theoretische Grundlagen von Advance Care Planning. Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition. In: Coors, M; Jox, R.J; in der Schmitt, J (Hg): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 75 – 94.
- 3 Bauernschmidt, D; Dorschner, S (2018): Angehörige oder Zugehörige? Versuch einer Begriffsanalyse. In: *Pflege* 31 (6), S. 301 – 309.
- 4 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2019): *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019*. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OL_S3_Palliativmedizin_2019-09.pdf [24.01.2020].
- 5 Bundesärztekammer (2018): *Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung. Bekanntmachungen*. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung_Demenz.pdf [24.01.2020].
- 6 Snellgrove, B.J; Steinert, T (2017): Einwilligungsfähigkeit vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 11 (3), S. 234 – 243.
- 7 Riedel, A; Lehmeier, S (Hg) (2016): *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren, stärken und absichern*. 4. Auflage. Lage: Jacobs Verlag.
- 8 Steinkamp N, Gordijn B (2010) *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch*. Luchterhand, Köln.
- 9 AEM e.V. (2010): *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. In: *Ethik in der Medizin* 22 (2), S. 149 – 153.
- 10 Neitzke G (2019): *Ethik in der Palliativmedizin*. In: Thöns M, Sitte T (Hg): *Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin*, 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, S. 23 – 242.
- 11 DGP e.V.; DHPV e.V.; Bundesärztekammer (2015): *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf [24.01.2020].
- 12 DGP e.V.; DHPV e.V.; Bundesärztekammer (2016): *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Online verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf [24.01.2020].
- 13 DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V. (2017): *Standards für Evaluation: Erste Revision 2016*. Online verfügbar unter: https://www.degeval.org/fileadmin/Publikationen/DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf [24.01.2020].
- 14 MDS; GKV-Spitzenverband (2019): *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI: Vollstationäre Pflege*. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-05-27_QPR_vollstationaer_2019.pdf [24.01.2020].
- 15 GKV-Spitzenverband (2017): *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017*. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf [24.01.2020].
- 16 GKV-Spitzenverband (2018): *Fragen-/Antwort-Katalog zur Umsetzung der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 durch die Vereinbarungspartner nach § 132 g Abs. 3 SGB V*. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029_FAQ_letzte_Lebensphase_Umsetzung_132g_SGB_V.pdf [24.01.2020].
- 17 Lehmeier, S; Riedel, A; Linde, A-C; Treff, N (2019): *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe. Eine curriculare Konzeption zur Weiterbildung von Gesprächsbegleitenden nach § 132g Abs. 3 SGB V und Implementierungsanregungen für die Versorgungspraxis*. Lage: Jacobs Verlag.
- 18 Hoben, M; Bär, M; Wahl, H-W (2016): *Grundlagen der Implementierungswissenschaft im Kontext der Pflege und Gerontologie*. In: Wahl, H-W; Hoben, M; Bär, M (Hg): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 25 – 43.
- 19 Seeger, C (2018): *Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care*. In: Kränzle, S; Schmid, U; Seeger, C (Hg): *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, S. 165 – 171.
- 20 DGP e.V. (2016): *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung*. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [24.01.2020].
- 21 Merkt, H; Schweitzer, F; Biesinger, A (2014): *Interreligiöse Kompetenz in der Pflege. Pädagogische Ansätze, theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Glaube, Wertebildung, Interreligiosität, Band 7*. Münster: Waxmann.
- 22 Remmers, H (2019): *Philosophische Dimensionen. Die Endlichkeit personalen Lebens*. In: Kreuzer, S; Oetting-Roß, C; Schwermann, M (Hg): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Basel: Beltz Juventa, S. 20 – 48.
- 23 DHPV e.V. (2018): *Ambulante Hospiz- und Palliativdienste: Orientierungshilfe für Vorstände sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter*. Online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Broschuere_Orientierungshilfe_Ansicht.pdf [24.01.2020].
- 24 Linde A-C (2018): *Lebensqualität*. In: Riedel, A; Linde, A-C (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 65 – 74.

- 25 Aulbert, E (2012): *Lebensqualität bei inkurablen Krankheiten*. In: Aulbert, E; Pichlmaier, H; Albrecht, H (Hg): *Lehrbuch der Palliativmedizin: Mit 204 Tabellen*. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 13 – 33.
- 26 Kruse, A; Tesch-Römer, C (2007): *Das letzte Lebensjahr: Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 27 Kruse, A (2017): *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer Verlag.
- 28 Kruse, A (2017): *Die besonderen Anforderungen des hohen Alters im Hinblick auf das Sterben*. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 18 – 25.
- 29 Schmidl, M; Kojer, M (2016): *Die letzte Lebensphase*. In: Kojer, M; Schmidl, M (Hg): *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Wien: Springer Verlag, S. 97 – 113.
- 30 Mischke, C; Koppitz, A; Dreizler, J (2015): *Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner*. In: *QuPuG – Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheit* 1 (2): S. 72 – 81.
- 31 Bundesministerium für Gesundheit (2016): *Hospiz- und Palliativversorgung: Fragen und Antworten zum Hospiz- und Palliativgesetz*. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/fragen-und-antworten-zum-hospiz-und-palliativgesetz.html> [24.01.2020].
- 32 Jömann, N; Schöne-Seifert, B (2013): *Patientenautonomie und Patientenverfügungen in der Palliativmedizin*. In: Pott, G (Hg): *Integrierte Palliativmedizin: Leidensminderung, Patientenverfügungen, Sterbebegleitung, intuitive Ethik*. Stuttgart: Schattauer, S. 43 – 57.
- 33 DGP e.V. (2002): *WHO Definition Palliative Care: Übersetzt durch die DGP*. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [24.01.2020].
- 34 Baumann, M; Kohlen, H (2019): *Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge*. In: Kreuzer, S; Oetting-Roß, C; Schwermann, M (Hg): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Basel: Beltz Juventa, S. 88 – 114.
- 36 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. *Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)*. In: *Bundesgesetzblatt 2015 (Teil 1 Nr. 48)*, S. 2114 – 2119.
- 36 Heller, A; Kittelberger, F (2010): *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter: Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- 37 Gratz, M; Schwermann, M; Roser, T (2018): *Palliative Fallbesprechung etablieren: Ein Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- 38 Lexa, N (2015): *Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln*. Hannover: Schlüters.
- 39 Radbruch, L; Payne, S (2011): *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC)*. In: *Palliativmedizin* 12 (05), S. 216 – 227.
- 40 Lipp, V (2018): *Der rechtliche Rahmen der Hospiz- und Palliativmedizin*. In: *Medizinrecht* 36 (10), S. 754 – 764.
- 41 Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2018): *Vorsorge und Patientenrechte: Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung*. Online verfügbar unter: [https://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht.html;jsessionid=43B1B9F4AB3D387102C0E76570DB7120_2_cid289?nn=6765634#\[Thema1\]](https://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht.html;jsessionid=43B1B9F4AB3D387102C0E76570DB7120_2_cid289?nn=6765634#[Thema1]) [24.01.2020].
- 42 Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2018): *Betreuungsrecht: Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht*. Online verfügbar unter: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publicationen/DE/Betreuungsrecht.pdf?__blob=publicationFile&v=28 [24.01.2020].
- 43 Bundestag (2013): *Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG)*. In: *Bundesgesetzblatt (Teil I Nr. 25)*, S. 1348 – 1357.
- 44 Landtag Baden-Württemberg (2010): *Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)*. Online verfügbar unter: <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=RettDG+BW&psml=bsbawueprod.psm1&max=true&aiz=true> [24.01.2020].
- 45 Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2019): *Berufsbilder im Rettungsdienst*. Online verfügbar unter: <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/sicherheit/rettungsdienst/berufsbilder-im-rettungsdienst/> [24.01.2020].
- 46 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): *Siebter Altenbericht: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung*. Online verfügbar unter: https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [24.01.2020].
- 47 Hübner, J (2016): *Palliative Care in stationären Pflegeeinrichtungen*. In: Dibelius, O; Offermanns, P; Schmidt, S (Hg): *Palliative Care für Menschen mit Demenz*. Bern: Hogrefe, S. 105 – 114.
- 48 Daiker, A (2018): *Trauer*. In: Riedel, A; Linde, A-C (Hg): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte Werte Phänomene*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 151 – 159.
- 49 Daiker, A; Hummler-Antoni, B (2018): *Hülle und Fülle: Palliative Spiritualität in der Hospizarbeit*. Ostfildern: Patmos Verlag.
- 50 Smeding, REW; Heitkönig-Wilp, M (2014): *Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- 51 Wilde, A; Wilde, E (2019): *Trauer*. In: Thöns, M; Sitte, T (Hg): *Repetitorium Palliativmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, S. 203 – 214.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung</i>	11
Abbildung 2:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Ethisch reflektierte Organisationskultur“</i>	12
Abbildung 3:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Entwicklungsorientierte und entlastende Teamkultur“</i>	16
Abbildung 4:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Gelebte Willkommens- und Abschiedskultur“</i>	21
Abbildung 5:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Eingebundenheit in eine sorgende Gemeinschaft“</i>	26
Abbildung 6:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung</i>	30
Abbildung 7:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung</i>	43
Abbildung 8:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „An der Lebensqualität orientierte Symptom- und Leidenslinderung“</i>	44
Abbildung 9:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Begleitung in der letzten Lebensphase, beim Abschied nehmen und im Sterben“</i>	49
Abbildung 10:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Begleitung, Beratung und Einbezug Angehöriger im Rahmen der Palliativversorgung“</i>	54
Abbildung 11:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Interne interprofessionelle Teamarbeit“</i>	60
Abbildung 12:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Externe interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation“</i>	65
Abbildung 13:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung, Fokus auf „Gesundheitliche Versorgungsplanung“</i>	72
Abbildung 14:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung</i>	78
Abbildung 15:	<i>Darstellung der Implementierungsschritte nach Grol und Wensing</i>	86
Abbildung 16:	<i>Palliative Care-Kultur und Palliativversorgung</i>	94

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<i>Abs.</i>	<i>Absatz</i>
<i>GKV-Spitzenverband</i>	<i>Spitzenverband Bund der Krankenkassen</i>
<i>HPG</i>	<i>Hospiz- und Palliativgesetz</i>
<i>SAPV</i>	<i>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</i>

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Ministerium für Soziales und Integration Baden Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart
www.sm.baden-wuerttemberg.de

TEXT UND REDAKTION

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel, M.Sc.
Studiengangleitung Pflegepädagogik an der Hochschule Esslingen, Altenpflegerin, Sozialpädagogin, Gerontologin, Master Palliative Care,
Ethikberaterin im Gesundheitswesen

Prof. Sonja Lehmeyer, M.A.
Vertretungsprofessorin an der Hochschule Esslingen, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegepädagogin, Pflegewissenschaftlerin

Caroline Baumann, M.A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen, Altenpflegerin, Pflegemanagerin, Pflegewissenschaftlerin

Anne-Christin Linde, M.A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegepädagogin, Pflegewissenschaftlerin

INHALTLICHE VERANTWORTUNG

Landesbeirat
Palliativversorgung Baden-Württemberg

GESTALTUNG

Fixtreme, Freiberg a. N.
www.fixtreme.de

DRUCK

Druckstudio GpZ Überlingen gGmbH
www.druckstudio.g-p-z.de

BILDNACHWEISE

stock.adobe.com, Seite 1: ©apithana; Seite 8: ©SasinParaksa; Seite 40: ©terry carpenter; Seite 82: ©nirut

STAND

Juli 2020

VERTEILERHINWEIS

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Es ist den Parteien jedoch erlaubt, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

INTERNETVERFÜGBARKEIT

Diese Broschüre kann auch als PDF-Datei im Internet bezogen werden unter:
www.sozialministerium-bw.de/de/service/publikationen/



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION