

# Hospizkultur und Palliativversorgung

Empfehlung des Arbeitskreises Palliativmedizin,  
Palliativpflege und Hospizarbeit  
in der stationären Alten- und Behindertenhilfe



Kommunale Konferenz  
Alter und Pflege

STADT  
ESSEN

## Impressum

- Herausgeberin** **Stadt Essen**  
**Der Oberbürgermeister**  
**Fachbereich Soziales und Wohnen**  
**Geschäftsstelle der Konferenz Alter und Pflege**  
Steubenstraße 53  
45121 Essen
- Ansprechpartner** **Netzwerk Palliativmedizin Essen (npe)**  
Arbeitsgruppe der ATZ gemeinnützige GmbH  
Henricistraße 40-42, 45136 Essen  
**Gesundheitsamt, Heimaufsicht**  
Hindenburgstraße 29, 45127 Essen
- Redaktion** **Annette Gräwer**  
Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, Evang. Altenzentrum am Emscherpark e.v.  
**Carmen Birkholz**  
Diplom -Theologin, Institut für Lebensbegleitung  
**Iris Bücking**  
Palliativfachperson für psychosoziale Berufe,  
Therapieleitung Betreuungszentrum Zollverein, GESBE  
**Susanne Gössling**  
Geschäfts- und Einrichtungsleitung, GESBE  
**Irene Lambrecht**  
Pfliegewissenschaftlerin BScN, Heimaufsicht, Gesundheitsamt  
**Marion E. Badem**  
Palliativfachperson, Zentrale Koordination und Organisation npe  
**Olaf Mesenbrock**  
Pflegedienstleitung, Ev. Senioren Zentrum Kettwig  
**Dorothea Mrisi**  
Dipl.-Pfleger. (FH) Pflegedienstleitung, Kurt-Schumacher-Zentrum, AWO  
**Olaf Trinath**  
Diplom Biologe, Luttermann GmbH  
**Brigitte Schönberger**  
Pflegefachkraft Heimaufsicht, Gesundheitsamt  
**Ros Waschke**  
Palliativkoordinatorin und stellvertretende Einrichtungsleitung,  
Kath. Alten- und Pflegeheim St. Anna  
**Gerhard Lindner**  
Pflegedienstleiter Otto Hue Haus, AWO
- Fachliche Beratung** **Arbeitskreis Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in der stationären  
Alten- und Behindertenhilfe des npe**  
**Frau Dr. Marianne Kloke**  
Direktorin der Klinik für Palliativmedizin und Institut für Palliative Care  
**Maria Degner**  
Krankenschwester, Palliativ Care Zertifikat, Algesiologische Fachassistenz
- Druck und Satz** **Stadt Essen, Amt für Zentralen Service**
- Auflage** **500**
- Oktober 2015**

## **Handlungsempfehlung zur Entwicklung einer Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe**

„Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“<sup>1</sup>

### **Hinweis**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir in der „Handlungsempfehlung zur Entwicklung einer Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe“ durchgängig männliche Ausdrucksformen verwendet. Sie sind jedoch immer im Sinne der männlichen als auch der weiblichen Form verwendet.

---

<sup>1</sup> WHO, 2002



## Einführung

Mit Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung werden prozentual auch mehr palliativ zu versorgende Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe betreut. Hier ist es dringend wünschenswert, vor Ort den Leitgedanken der Hospizkultur und Palliativversorgung zu implementieren. Dabei stellt u. a. der immer größer werdende Anteil der Menschen die an Demenz leiden, die stationäre Altenhilfe vor große Herausforderungen.

Diese Herausforderungen bestehen darin, dem Palliativpatienten den Erhalt oder die Wiederherstellung seiner Lebensqualität, die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die Respektierung seiner Integrität und Würde, psychosoziale Unterstützung, sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod zu bieten und die Angehörigen in diese Begleitung einzubeziehen.

Die Zielgruppe sind Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe mit einer nicht mehr heilbaren und rasch zum Tode führenden Erkrankung sowie einer begrenzten Lebenserwartung. Dazu gehören sowohl die Berücksichtigung der körperlichen Symptome dieser Erkrankung und der hiermit einhergehenden psychosozialen und spirituellen Probleme, als auch die Begleitung der Angehörigen. Bei dementiell Erkrankten im fortgeschrittenen Stadium leistet die effektive Behandlung interkurrenter Gesundheitsprobleme einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität.

### **Dieses soll erreicht werden durch:**

- Bestmögliche Linderung von Schmerz und anderen belastenden körperlichen und psychischen Symptomen ggf. im multiprofessionellem Ansatz
- Stärkung der Kompetenz und Haltung der Betreuenden in wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik
- Die palliative Begleitung im psychischen, sozialen und spirituellen Bereich für den Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe und seine Angehörigen in jeder Phase der Erkrankung sowie des Sterbens und der Trauer
- Eine der Würde des Menschen und seiner Individualität entsprechende Sterbebegleitung

Die Einführung und Umsetzung der „Handlungsempfehlung zur Entwicklung einer Hospizkultur und palliativen Versorgung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe“ muss als gemeinsame Aufgabe des Trägers der Einrichtung, der Geschäftsführung, des multiprofessionellen Leitungsteams, sowie allen Mitarbeitern des Hauses (intern) und allen an der Palliativversorgung beteiligten Personen (extern) verstanden werden.

## Handlungsempfehlung zur Entwicklung einer Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Die stationäre Einrichtung verfügt über:</b></p>	<p><b>Das Palliativteam:</b></p>	<p><b>Erzieltes Ergebnis:</b></p>
<p><b>S1</b> - ein Leitbild, in welchem sie sich verpflichtet, ein handlungsleitendes Konzept zur Hospizkultur und Palliativversorgung zu verschriftlichen.</p>	<p><b>P1</b> - ist mit dem Leitbild und dem Handlungskonzept zur Hospizkultur und palliativen Versorgung vertraut.</p>	<p><b>E1</b> - ist eine Hospizkultur, die dem palliativ zu versorgenden-Bewohner und allen Beteiligten die bestmögliche <u>Unterstützung</u> und <u>Versorgung</u> sichert.</p>
<p><b>S2</b> - <b>Erhebungskriterien</b> zur Einstufung eines palliativ zu versorgenden Bewohners.</p>	<p><b>P2</b> - prüft an Hand der Erhebungskriterien, ob der Bewohner einen palliativen Bedarf hat, und koordiniert das weitere Vorgehen.</p>	<p><b>E2</b> - ist ein <u>rechtzeitiges Erkennen</u> des palliativen Versorgungsbedarfs und <u>frühzeitiges Einleiten</u> einer entsprechenden <u>Versorgung</u></p>
<p><b>S3a</b> - ein Palliativteam, welches als Multiplikator Wissen, Können und Haltung besitzt.</p>	<p><b>P3a</b> - steht in ständigen offenen Informationsaustausch untereinander, um Willensbekundungen, Ressourcen und Probleme des Bewohners zu erkennen. Des Weiteren wird die Zufriedenheit des palliativ zu versorgenden Bewohners durch standardisierte und kontinuierliche Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen festgestellt.</p>	<p><b>E3a</b> - ist die bestmögliche Unterstützung zum Erhalt und zur Verbesserung der Lebensqualität des Bewohners, unter Berücksichtigung seiner Autonomie.</p>
<p><b>S3b</b> - eine Dokumentation, welche die besonderen Bedürfnisse des palliativ zu versorgenden Bewohners festhält.</p>	<p><b>P3b</b> - dokumentiert die Ergebnisse der multiprofessionellen Zusammenarbeit für die Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter.</p>	<p><b>E3b</b> - ist eine koordinierte Aufgabenverteilung innerhalb eines multiprofessionellen Palliativteams.</p>
<p><b>S4</b> - einen <b>fallbezogenen Zeitplan</b> für die weitere Prozesssteuerung.</p>	<p><b>P4</b> - reflektiert in festgelegten Zeitintervallen und anhand der Dokumentation die bisherige Umsetzung des fallbezogenen Zeitplans.</p>	<p><b>E4</b> - die Palliativpflege und die Betreuung des palliativ zu versorgenden Bewohners ist der individuellen Situation optimal angepasst.</p>
<p><b>S5</b> - geeignete <b>Evaluationsinstrumente</b>.</p>	<p><b>P5</b> - evaluiert den gesamten Prozessverlauf und prüft die Kundenzufriedenheit.</p>	<p><b>E5</b> - die ständige Optimierung in der Versorgung, Betreuung und Unterstützung des palliativ zu versorgenden Bewohners.</p>

Die Handlungsempfehlungen sind Grundlage für eine fachgerechte und frühzeitige palliative Versorgung und hospizliche Begleitung von Palliativbewohnern und bilden den Rahmen für eine gelungene Arbeitsorganisation innerhalb der Betreuungseinrichtungen und beschreiben die Aufbau- und Ablaufqualität in den wesentlichen Qualitätsebenen von Struktur, Prozess und Ergebnis zum Wohle der Bewohner. Eine Erklärung der in der Palliativmedizin verwendeten Begriffe und Abkürzungen finden Sie in der Anlage 7.

### **Struktur**

Hospizkultur und palliative Versorgung beschreiben eine schützende und sorgende Grundhaltung, die im Pflegeleitbild / Pflege- und Betreuungskonzept verankert ist. Die Grundhaltung kommt allen Bürgern in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe, ob in Gesundheit, in Krankheit und/oder im Sterben zugute. Von dieser wertschätzenden Haltung profitieren sowohl die Mitarbeiter der Einrichtungen (intern) und als auch alle an der Palliativversorgung beteiligten Personen (extern), die im regelmäßigen Austausch miteinander stehen.

### **Prozess**

Begleitung und Betreuung bis zum Lebensende sind Aufgabe eines multiprofessionellen Palliativteams. Die Palliativfachperson(en) geben ihr Wissen an alle Beteiligten weiter und sind für die interne und regionale Vernetzung verantwortlich. Somit wird die bestmögliche Lebensqualität für den Palliativpatienten bis zuletzt gewährleistet. Allen Beteiligten wird Sicherheit vermittelt.

### **Ergebnis**

Alle an der Versorgung Beteiligten (intern und extern) haben ein gemeinsames Verständnis einer Hospizkultur und Palliativversorgung. Der palliativ zu versorgende Bewohner erfährt eine optimale und seinen aktuellen Bedürfnissen entsprechende Versorgung und Begleitung.

## Kommentierung der Kriterien

Dem palliativ zu versorgenden Bewohner fehlen über den normalen Alterungsprozess hinaus Funktionsreserven. Er hat Einschränkungen, die ihn im Alltag beeinträchtigen, ist konfrontiert mit drohendem oder bereits eingetretenem Verlust von Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit, hat in der Regel Rehabilitationsbedarf und -potential, ist multimorbide und multidimensional betroffen (körperlich, psychisch und sozial). Fragilität, Multimorbidität und Polypharmazie stellen auch für den palliativ zu versorgenden Bewohner grundsätzliche Risikofaktoren dar. Darüber hinaus bestehen häufig Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, schwere Verstopfung, Durchfall, Mangel- und Unterernährung, Austrocknung, innere Unruhe, Verwirrtheit (agitiertes und stummes Delir), Depression und Angst. Diese Symptome können gleichzeitig bestehen und sich gegenseitig verstärken. Hinzu kommen (oftmals rasch zunehmend) Immobilität und der Verlust an Selbstständigkeit. Bei einem Bewohner mit einer dementiellen Erkrankung ist ab der Stufe VI nach Reisbergskala (Anlage 2) zu prüfen, ob eine palliative Behandlung/Betreuung erforderlich ist, da hier eine adäquate Symptomerkennung erschwert ist oder eine Symptomverkennung vorliegen kann.

### S1/S2

Wird in der Handlungsempfehlung der Begriff palliativ zu versorgender Bewohner verwendet, so ist der Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe gemeint, bei dem mindestens zwei der fünf erstgenannten **Erhebungskriterien** erfüllt sind oder Punkt sechs zutrifft (in der AG konsentierete Empfehlung auf der Basis vorhandener Literatur).

#### **Erhebungskriterien:**

1. Barthel-Index (BI) von 30 oder weniger Punkten (Anlage 1)
2. Auffällige Tagesschläfrigkeit
3. Durchgehende Bettlägerigkeit während des Tages in den letzten vier Wochen
4. Äußerungen von Schmerzen und anderen Problemen psychischer, physischer und spiritueller Natur (Anlage 3a/3b/3c)
5. Reisbergskala (Anlage 2)
6. Aufgrund der subjektiven Einschätzung des Teams

### S3a

Wird in der Handlungsempfehlung der Begriff **Palliativteam** verwendet, so ist die Gesamtheit der Personen, die an der Versorgung eines Bewohners mit palliativem Bedarf beteiligt sind, gemeint. Dazu zählen z. B. Pflegende, Mitarbeiter der sozialen Betreuung, Pflegedienst- und Einrichtungsleitung, Verwaltungsmitarbeiter, Mitarbeiter der Küche, Hauswirtschaft und Haustechnik sowie Therapeuten und Ehrenamtliche. Mindestens ein Mitglied des Palliativteams hat das Palliative Care Zertifikat (DGP).

### S4

Zum **fallbezogenen Zeitplan** empfehlen wir einen täglichen Austausch über den aktuellen Handlungsbedarf und schriftlich dokumentierte, dem Bedarf zeitlich angepasste multiprofessionelle Fallbesprechungen. (Anlage 4)

### S5

Als **Evaluationsinstrument** wird das hausinterne Dokumentationssystem bzw. die Pflege- und Betreuungsplanung angewendet. Zur vertiefenden Evaluation empfehlen wir die zeitliche individuelle Aktualisierung des Prozessverlaufs sowie die Anwendung von Kriterien zur Überprüfung des gesamten Prozessverlaufs. (Anlage 3a/3b/3c)

## E1 Hospizkultur in der palliativen Versorgung

Mit der Einführung der palliativen Versorgung und der Entwicklung einer Hospizkultur in den Einrichtungen werden qualifizierte Sterbe- und Trauerbegleitung mit Abschiedsritualen neben der Orientierung an Pflege, Wohnen und Rehabilitation, fester Bestandteil in der multiprofessionellen Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohner.

### **Als zentrale Qualitätsmerkmale einer Abschiedskultur gelten nach Wilkening/Kunz<sup>2</sup>:**

- Das Ermöglichen von Gesprächen über den Tod im Heimalltag, möglichst schon bei Heimeinzug.
- Vorbereitungen zur Gestaltung einer Abschiedskultur für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter sind seitens der Organisation getroffen.
- Zur unterstützenden Begleitung kann eine Ambulante Hospizgruppe hinzugezogen werden.
- Eine würdige Verabschiedung Verstorbener sowie Zeit und Raum für Trauernde ist gewährleistet.

Wertschätzender Umgang und offene Kommunikation aller Beteiligten mit- und untereinander sind Merkmale einer gelebten Hospizkultur.

Zur Implementierung einer qualitätsgesicherten Hospizkultur und palliativen Versorgung in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe gilt es, über die Geschäftsleitung des Hauses Fort- und Weiterbildung für alle an der Palliativversorgung beteiligten Personen und Berufsgruppen sicherzustellen. Grundsätzlich benötigt das multiprofessionelle Palliativteam in seiner täglichen Arbeit Unterstützung in Form von Nachbesprechungen und/oder Supervision.

Ziel ist es, alle an der palliativen Versorgung Beteiligten zu stärken und so den Entwicklungsprozess kontinuierlich zu optimieren.

---

<sup>2</sup> Wilkening, Kunz, 2003, S. 120 ff.

# Anlage 1

## Barthel-Index

### Essen

Unfähig, allein zu essen	0
Braucht etwas Hilfe, z. B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

### Baden

Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbständig, benötigt keine Hilfe	5

### Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)

Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbständig, benötigt keine Hilfe	5

### An- und Auskleiden (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)

Unfähig, sich allein an- und auszuziehen	0
Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50 % allein durchführen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

### Stuhlkontrolle

Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)	5
Ständig kontinent	10

### Urinkontrolle

Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)	5
Ständig kontinent	10

### Toilettenbenutzung

Abhängig von fremder Hilfe	0
Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

### Bett- bzw. Stuhltransfer

Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance	0
Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbständig	5
Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	10
Selbständig, benötigt keine Hilfe	15

**Mobilität**

Immobil bzw. Strecke < 50 m	0
Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m	5
Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m	10
Selbständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m	15

**Treppensteigen**

Unfähig, allein zu Treppen zu steigen	0
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
Selbständiges Treppensteigen möglich	10

**Der maximal erreichbare Scorewert beträgt 100 Punkte.**

## Anlage 2

### Reisbergskala<sup>3</sup>

Ein Verfahren zur Beurteilung des Schweregrades der Alzheimer Demenz: Modifizierte, verkürzte Fassung

I	keine Symptome	normales Altern	Aktivierung
II	Vergesslichkeit	normales Altern	Aktivierung, beruhigendes Gespräch
III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft (z.B. Reisen an neuen Ort)	leicht	Taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben
IV	benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)	leicht	überwachte Selbständigkeit, Finanzüberwachung
V	benötigt Hilfe bei Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	mittelschwer	organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen
VI a b c d e	Hilfe beim Ankleiden Hilfe beim Baden Hilfe bei Toilette Urininkontinenz Stuhlinkontinenz	schwer	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Hilfe an Betreuer)
VII a b c d e f	Sprechvermögen 6 Worte kann nicht mehr sprechen kann nicht mehr gehen kann nicht mehr sitzen kann nicht mehr lachen kann Kopf nicht mehr halten	sehr schwer	Langzeitpflege

<sup>3</sup>B. Reisberg, 1986

## Anlage 3a

### Checkliste zur Versorgung von Bewohnern mit palliativem Bedarf

#### Erhebungskriterien zur Einstufung eines palliativ zu versorgenden Bewohners

Barthel Index (BI):	ja, am _____	Hdz. _____
Auffällige Tagesschläfrigkeit:	ja, am _____	Hdz. _____
Durchgehende Bettlägerigkeit während der letzten vier Wochen:	ja, am _____	Hdz. _____
Äußerungen von Schmerzen und anderen Problemen psychischer, physischer und spiritueller Natur:	ja, am _____	Hdz. _____
Reisbergskala:	ja, am _____	Hdz. _____
Subjektive Einschätzung des Teams:	ja, am _____	Hdz. _____

## Anlage 3b

### Assessment zur Feststellung palliativen Handlungsbedarfes und zur Evaluierung der Pflegeprozessplanung

Name: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Symptom (bei Mehrfachnennung in einer Rubrik Betreffendes ankreuzen)	Nein	Ja
<b>Schmerz</b> Gibt der Patient Schmerzen an, oder weist sein Verhalten, Mimik, Gesten und Körperhaltung auf eine Schmerzsymptomatik hin? ( Schmerzassessment, ggf. BESD Bogen durchführen)		
<b>Unruhe</b> Zeigt der Patient unruhiges Verhalten (z.B. Nesteln, Schaukeln, ständiges Rufen)?		
<b>Trachealsekret</b> Ist der Patient verschleimt?		
<b>Übelkeit</b> Klagt der Patient über Übelkeit, oder lässt sich durch sein ablehnendes Verhalten gegenüber von Speisen und Getränken eine Übelkeit vermuten?		
<b>Erbrechen</b> Kommt es bei dem Patienten in den letzten Tagen häufig /regelmäßig zum Erbrechen?		
<b>Dyspnoe</b> Klagt der Patient über Luftnot? Hat sich die Atmung hinsichtlich Tiefe, Atemzughäufigkeit oder Geräusch verändert?		
<b>Miktion</b> Sind Menge, Aussehen, Geruch des Urins oder die Häufigkeit des Wasserlassens verändert? Bei Katheträgern: gibt es Probleme mit dem Katheter?		
<b>Stuhlgang</b> Setzt der Patient unregelmäßig Stuhlgang ab? Ist der Stuhlgang schmerzhaft /erschwert? Leidet der Patient unter Durchfall?		
<b>andere Symptome</b> Gibt es weitere Symptome/Umstände unter denen der Bewohner leidet?		
<b>Medikation</b> Gibt es Hinweise auf Unverträglichkeiten / Nebenwirkungen von Medikamenten? Kann der Patient die Medikamente schlecht oder gar nicht schlucken?		
<b>Hydratation</b> Hat der Patient Durst? Gibt es Hinweise auf Austrocknung (Rückgang der Urinproduktion, Zunahme der Verwirrtheit)?		
<b>Mundpflege</b> Ist der Mund trocken? Gibt es Einschränkungen in der Kaufähigkeit (kranke Zähne, schlecht sitzende Prothese)? Liegt eine Mundentzündung vor?		
<b>Haut</b> Hat der Patient Hautjucken (Kratzspuren)? Gibt es wunde Stellen? Gibt es nicht heilende Wunden?		
<b>Körperpflege</b> Werden die besonderen Gewohnheiten des Patienten ausreichend berücksichtigt?		
<b>Umgebung</b> Gibt es Umgebungsbedingungen, die den Patienten belasten?		

<b>Psyche</b> (nicht dementiell bedingtes Syndrom) Macht der Patient einen traurigen Eindruck? Macht der Patient einen ängstlichen Eindruck? Ist der Patient verwirrt / hat er Halluzinationen?		
<b>Angehörige</b> Gibt es Gesprächsbedarf seitens Angehörigen? Gibt es besondere Belastungen in der Familie?		
<b>Liegt eine gesetzliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht vor?</b>		
<b>Liegt eine Patientenverfügung vor?</b>		
<b>Wenn Ja, ist der Inhalt der Verfügung bekannt?</b>		
<b>Wünscht der Patient lebensverlängernde Maßnahmen?</b>		
Wünscht der Patient eine PEG-Anlage?		
Wünscht der Patient bei nicht ausreichender Trinkmenge eine Infusion?		
Lehnt der Patient auf Grund seiner Erkrankung eine Herz-Kreislaufwiederbelebung ab?		
Lehnt der Patient eine intensivmedizinische Behandlung ab?		
Lehnt der Patient eine Krankenhauseinweisung grundsätzlich ab?		
<b>Liegt ein Palliativausweis vor?</b>		
<b>Sind spirituelle, religiöse, kulturelle Wünsche zur Sterbebegleitung bekannt?</b>		
<b>Werden Erkenntnisse aus der Biographie berücksichtigt?</b>		
<b>Sind Angehörige in die Begleitung eingebunden?</b>		
<b>Liegt ein Wunsch zu ehrenamtlicher Sterbebegleitung vor?</b>		

**Aus der Einschätzung ergeben sich folgende Maßnahmen:**

- Beratungsgespräch mit Angehörigen / Zugehörigen
- Arzt konsultieren
- Hinzuziehen einer palliativen Fachkraft
- Hinzuziehen eines Seelsorgers
- Hinzuziehen weiterer Therapeuten (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)
- Sonstiges
- Keine

## Anlage 3c

### Evaluationskriterien zur Überprüfung des gesamten Prozessverlaufs

1. multiprofessionelles Team bestehend aus:

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Mediziner:                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b. Pflegende:                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| c. Psychotherapeuten:              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| d. Physiotherapeuten:              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| e. Seelsorger:                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| f. Ehrenamtliche intern:           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| g. Ehrenamtliche extern            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Angehörige:                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| h. weitere Personen/Berufsgruppen: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

i. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |   |              |            |
|---|--------------|------------|
| 2. Klärung der Ressourcen:                                      | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 3. Kennzeichnung der Probleme:                                  | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 4. Erfassung wesentlicher Symptome:                             | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 5. Willensbekundung:<br>(Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 6. Angehörigengespräch:   | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 7. Multiprofessionelle Palliative Fallbesprechung:              | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 8. Hinzuziehung von SAPV:                                       | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 9. Aufgabenverteilung im Team:                                  | ja, am _____ | Hdz. _____ |
| 10. Fallbezogener Zeitplan:                                     | ja, am _____ | Hdz. _____ |

**Evaluation des gesamten Prozessverlaufs erfolgt:** ja, am \_\_\_\_\_ Hdz. \_\_\_\_\_

**8. Gerechtigkeit**

8.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pflegende, Angehörige) zu verantworten?  
8.2 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand gerechtfertigt?

**9. Blick auf das Team / die Beteiligten / die Institution**

9.1 Welche Werte und Einstellungen werden jetzt vertreten?  
9.2 Gibt es Einstellungen und Werte, die bisher nicht berücksichtigt wurden?  
9.3 Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen?  
9.4 Welche Wertekonflikte werden deutlich?  
9.5 Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Innerhalb des Teams und nach außen)?

**VOTUM**

**10. Votum**

10.1 Wie lautet nun die ethische Frage?  
10.2 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche?  
10.3 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgegeben werden?  
10.4 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

**10.5 Wie wird das Votum (einschließlich evt. Minderheitenvotum) formuliert?**

10.6 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein?

© Fachbereich Ethik, Philosophie und Geschichte der Medizin  
Katholische Universität Nimwegen

© Überarbeitung 10/2009  
Diözesanbeauftragte für Ethik im Gesundheitswesen, Erzbistum Köln  
Marzellenstr. 32, 50668 Köln  
Fon 0221/ 1642-1552 Fax 0221/ 1642-1556  
Email: ethik-beauftragte@erzbistum-koeln.de

Falls Sie diese Methode anwenden wollen oder mehr Information darüber erhalten möchten, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

**KÖLN-NIMWEGER**

**INSTRUMENTARIUM**

**FÜR**

**ETHISCHE FALLBESPRECHUNG**

**FÜR DEN BEREICH  
ALTENHEIME**

## ETHISCHE FRAGE

1. Was ist die ethische Frage?

## FAKTEN

### 2. Medizinische Dimension

- 2.1 Welche Diagnosen sind bekannt?
- 2.2 Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund?
- 2.3 Wie sieht die aktuelle Behandlung aus?
- 2.4 Welche alternativen Behandlungen sind möglich?
- 2.5 Wie sieht die medizinische Prognose aus?
- 2.6 Inwieweit haben die aktuelle und die alternativen Behandlungen einen positiven Effekt auf die Prognose?
- 2.7 Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird?

### 3. Pflegedimension

- 3.1 Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners?
- 3.2 Inwieweit ist der Bewohner in der Lage, sich selbst zu versorgen?
- 3.3 Bei welchen ATL/ AEDL braucht er/ sie Unterstützung?
- 3.4 Welche Fakten aus der Bewohnerbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund?
- 3.5 Gibt es besondere Pflegeprobleme bzw. sind sie zu erwarten?
- 3.6 Welche pflegerischen Maßnahmen können vorgeschlagen werden?
- 3.7 Inwieweit haben diese Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf den Verlauf?

### 4. Lebensanschauliche und soziale Dimension

- 4.1 Was ist über die Lebensanschauung des Bewohners bekannt?
  - 4.2 Welche Aussagen des Bewohners gibt es zu Alter, Pflegebedürftigkeit, Krankheit, Sterben und Tod?
  - 4.3 Gibt es Hinweise darauf, dass die Situation und die Maßnahmen die Kräfte des Bewohners übersteigen?
  - 4.4 Welche wichtigen Lebensereignisse sind zu bedenken?
  - 4.5 Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt?
  - 4.6 Gehört der Bewohner einer Glaubensgemeinschaft an?
  - 4.7 Hat er ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?
  - 4.8 Welches soziale Umfeld hat der Bewohner? Wie gestaltet er sein soziales Leben?
  - 4.9 Welche Auswirkungen haben die benannten Maßnahmen auf sein soziales Leben?
  - 4.10 Welche Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld sind dazu bekannt?
  - 4.11 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners?
- ### 5. Organisatorische, ökonomische und juristische Dimension
- 5.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners organisatorisch nachgekommen werden?

- 5.2 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten?
- 5.3 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten?
- 5.4 Liegt eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung vor?
- 5.5 Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

## BEWERTUNG

### 6. Wohltun / Schaden vermeiden

- aus der Sicht der Pflegenden und Betreuenden
- 6.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:
    - 6.1.1 Lebenserhalt,
    - 6.1.2 körperliches Wohlbefinden (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit),
    - 6.1.3 geistiges Wohlbefinden (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit),
    - 6.1.4 seelisches Wohlbefinden (z.B. Angstminderung, Lebensfreude),
    - 6.1.5 spirituelles Wohlbefinden (z.B. Sinn erleben),
    - 6.1.6 soziale Integration,
    - 6.1.7 persönliche Entfaltung?
  - 6.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden?
  - 6.3. Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?

### 7. Autonomie des Bewohners

- #### 7.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig? (Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur Einwilligungsunfähigkeit)
- Maßnahmen?
- 7.1.1 Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Situation bzw. der Maßnahmen?
  - 7.1.2 Ist der Bewohner über seine Situation der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt? (Wahrhaftigkeit)
  - 7.1.3 Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit einbezogen?
  - 7.1.4 Was ist der (geäußerte) Wille des Bewohners bzw. gibt es eine Patientenverfügung?
  - 7.1.5 Welche Werte und Auffassungen des Bewohners sind relevant?
  - 7.1.6 Welche Haltung vertritt der Bewohner gegenüber lebensverlängernder Intensivtherapie?
- #### 7.2 Ist der Bewohner einwilligungsunfähig?
- 7.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner einwilligungsunfähig ist?
  - 7.2.2 In welcher Hinsicht ist er einwilligungsunfähig?
  - 7.2.3 Ist die Einwilligungsfähigkeit durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Bewohner die Situation klar erfassen kann?
  - 7.2.4 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen?
  - 7.2.5 Ist eine Betreuung eingerichtet oder muss sie eingerichtet werden?  
Gibt es einen Vorsorgebevollmächtigten?
  - 7.2.6 Gibt es eine Patientenverfügung?  
Welche Relevanz hat sie für die zu planenden Maßnahmen?

## Anlage 5

Auszug aus dem Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i.V. m. § 37 b SGB V, Palliative-Care-Team – KV Nordrhein – nordrheinische Krankenkassenverbände

### § 3

#### Anspruchsvoraussetzungen der SAPV

- (1) Die Leistungserbringung setzt gemäß SAPV-Richtlinie voraus, dass Versicherte
  - a) an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist und
  - b) unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

# Anlage 5a

## SAPV Formular 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom         bis

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

Beratung       a. des behandelnden Arztes       Koordination der Palliativversorgung  
 b. der behandelnden Pflegefachkraft  
 c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

**Antrag des Versicherten**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

**Angaben des Leistungserbringers für die SAPV**

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom TTMMJJ bis TTMMJJ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

TTMMJJ

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

**Genehmigung der Krankenkasse**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen \_\_\_\_\_

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

**Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht**

Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

TTMMJJJJJJ

Datum

TTMMJJ

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

# Anlage 6

## Anlage zur Essener Patientenüberleitung

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

### Palliativmedizinische Hauptdiagnose

### Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

### Vorsorgedokumente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung       | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht (Gesundheitsfürsorge) |
| <input type="checkbox"/> Essener Palliativausweis | <input type="checkbox"/> Betreuung (Gesundheitsfürsorge)         |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____           |  |

### Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- |            |                               |                                    |  |  |
|------------|-------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Patient    | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nicht möglich | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| Angehörige | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nicht         | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |

### Für welche Symptome erhielt der Patient bereits Medikamente?

- |                         |                                     |                                     |   |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Schmerz                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Übelkeit / Erbrechen    | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verstopfung / Durchfall | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Luftnot                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Angst / Unruhe          | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verwirrtheit            | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Schlafstörungen         | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Andere _____            | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |

### Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> akute Blutung         | <input type="checkbox"/> Erstickungsanfall | <input type="checkbox"/> psychosoziale Überforderung |
| <input type="checkbox"/> Querschnitt / Fraktur | <input type="checkbox"/> Krampfanfall      | <input type="checkbox"/> Schluckstörung              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____        |  |  |

### aufwendige Versorgung

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe          | <input type="checkbox"/> PEG auf Ablauf (Ileus) | <input type="checkbox"/> Drainage (Aszites, Pleura, Wunde) |
| <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Portversorgung         | <input type="checkbox"/> Andere _____                      |

### weitere Dienste

- Ambulantes Hospiz
- Palliativarzt
- Palliativpflagedienst
- Ambulanter Pflegedienst
- SAPV
- Therapeuten (welche?)
- Sonstige

### falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Datum .....

Unterschrift (Arzt) .....

Unterschrift (Pfleger).....

Stempel
---------

## Anlage 7

### Erklärung der Begriffe und Abkürzungen

#### **Allgemeine Ambulante Palliativ Versorgung (AAPV)**

Freiwillige Leistung der Krankenkassen für Menschen mit einer rasch fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung, die eine die Regelversorgung überschreitende palliative/ hospizliche Versorgung benötigen. Träger der AAPV sind Ärzte, die an entsprechenden Verträgen der KV teilnehmen, von den Kostenträgern anerkannte Palliativpflegedienste (APD) und Ambulante Hospizdienste. In den stationären Einrichtungen der Altenpflege besteht nicht die Möglichkeit der Hinzuziehung eines APD, lediglich qualifizierte Palliativärzte können (nach Überweisung durch den Hausarzt) hinzugezogen werden.

#### **Ambulante Hospizdienste**

Geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter begleiten unter der Supervision von hauptamtlichen Koordinatoren schwerstkranken Menschen in vertrauter Umgebung in der letzten Lebensphase. Sie unterstützen auch in der Sterbephase und nach Eintritt des Todes. Der Dienst ist für die Betroffenen kostenfrei. Die Refinanzierung der Lohnkosten der Koordinatoren ist für die nach § 39a SGB V anerkannter Dienste nach Antrag durch die Kostenträger möglich.

#### **Der Ambulante Palliativ Dienst (APD)**

bietet palliativ-pflegerische Behandlungspflege an. Grundvoraussetzung für die Teilnahme an den entsprechenden Rahmenverträgen sind eine 24 stündige Bereitschaft, mindestens vier Mitarbeiter mit Palliative Care Zertifikat (DGP anerkannt), vertragliche Kooperation mit einem anerkannten ambulanten Hospizdienst, Absolvierung von jährlich mindestens 30 h fachbezogener Weiterbildung jedes Mitarbeiters sowie Nachweis einer entsprechenden Dokumentation. Er wird auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung durch den behandelnden Haus-, Fach- oder Palliativarzt tätig und versteht sich als Ergänzung zu den bereits bestehenden und begleitenden Diensten.

#### **Qualifizierte an den Verträgen teilnehmender Arzt (nur in NRW möglich)**

Facharzt, der eine 40 Stunden Kurs-Weiterbildung (Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer) in Palliativmedizin absolviert hat, und an den Verträgen der zur ambulanten Palliativversorgung teilnimmt.

#### **Die Ethische Fallbesprechung (EFB)**

ist ein strukturiertes und moderiertes, zeitlich begrenztes, Gespräch, in dem eine konkrete (ethische) Fragestellung bzw. ein konkretes (ethisches) Dilemma bearbeitet wird: Die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten werden zusammengetragen und auf die relevanten Werte hin analysiert. Das Ziel einer (ethischen) Fallbesprechung besteht darin, eine gemeinsame begründete Empfehlung/Maßnahmen abzugeben. Es gibt verschiedene Methoden zur Führung eines (ethischen) Fallgespräches, z. B. Köln-Nimwegener Methode (Anlage 4).

#### **Qualifizierter Palliativarzt (QPA) (nur in NRW möglich)**

ist ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (im Bereich der Ärztekammer Nordrhein bedeutet das: einjährige Weiterbildung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte oder anteilig Teilnahme an anerkannten supervidierten Fallseminaren von insgesamt 120 h und erfolgreiche Ablegung der Prüfung an der Ärztekammern), der an den Verträgen teilnimmt und eine 24 stündige Hinfahrbereitschaft für den Patienten sicher stellt (Vernetzungen und Absprachen sind erwünscht).

### **Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV)**

Entsprechend dem § 37b SGB V haben Patienten bei komplexen Symptomeschehen und/oder besonders aufwendiger Betreuung einen Rechtsanspruch auf eine spezialisierte Ambulante Betreuung. Das gilt ausdrücklich auch für Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe (Anlage 5). Die Ausgestaltung dieser Versorgungsform ist regional (zumeist in Anlehnung an die Ärztekammergebiete) sehr unterschiedlich.

#### **Gemeinsame Merkmale sind:**

- Nur Beschäftigung von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Nur Beschäftigung von Fachpflegepersonen mit Palliative Care Zertifikat und Erfahrung in diesem Bereich
- Ärzte und Pflegende bilden zusammen das Palliative Care Team (PCT bestehend aus mindestens drei Ärzten und vier Pflegenden)
- Vertragliche Kooperation mit mindestens einem Ambulanten Hospizdienst sowie mit speziellen Apotheken, Vernetzung mit Sanitätshäusern und Therapeuten
- 24 Stunden Hinfahrtbereitschaft
- Verpflichtend mindestens einmal pro Woche dokumentierte multiprofessionelle Fallbesprechungen
- Dokumentation entsprechend vorgegebenen Standards
- Verordnung durch Haus- / Fach- und Notärzte sowie für die erste Woche nach Entlassung auch durch Krankenhausärzte möglich (im Bereich der KV NO Verwendung des Formulars 63)
- Verordnung der SAPV auch in Ergänzung der AAPV möglich
- (Anlage 6)

## **Im Zusammenhang stehende Begriffserklärungen**

### **Klinisches Ethik-Komitee (KEK)**

ist ein interdisziplinäres Team, welches dazu beiträgt, Verantwortung, Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als moralische Werte die Entscheidungen und den Umgang mit Menschen in einem Krankenhaus oder einer stationären Einrichtung zu prägen.

### **Stationäres Hospiz**

ist eine Pflegeeinrichtung für Schwerstkranke und Sterbende, deren verbleibende Lebenszeit absehbar, ca. 3 bis 6 Monate, ist und die auch unter Ausschöpfung aller ambulanten Versorgungsmöglichkeiten nicht zu Hause betreut werden können und bei denen keine Krankenhausbehandlungspflicht gegeben ist. Zur Aufnahme in ein stationäres Hospiz wird die Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V benötigt, damit das Hospiz den entsprechenden Antrag zur Kostenübernahme an die Krankenkasse stellen kann (Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI). Die Verordnung und die entsprechende Antragsbewilligung gelten für zunächst 28 Tage und werden vor Ablauf dieser Frist ggf. verlängert, wenn die Voraussetzungen weiter gegeben sind. Für Regelversicherte ist der Aufenthalt in einem stationären Hospiz kostenfrei. Privatversicherten wird empfohlen, eine Kostenzusage ihrer Kasse vor der Aufnahme im stationären Hospiz einzuholen, da nicht jede Versicherung die in Rechnung gestellten Kosten übernimmt.

### **Supervision**

ist eine praxisorientierte Beratungsform, die wissenschaftlich begründet ist. Supervisoren klären kritische Situationen, Probleme mit Rollen, Konflikte mit Kollegen, Knackpunkten in Veränderungsprozessen. Supervision fördert die Kommunikation untereinander, in Teams sowie in Projekten und gestaltet die Zusammenarbeit erfreulicher.

## Literaturangaben

Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., 2012

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer, 2. Auflage 2010

F. Mahoney, D. Barthel: Functional evaluation: The Barthel-Index. Maryland State Medical Journal, 1965, Ausgabe 14, Seiten 56-61

Formular 63, <http://www.palliativ-portal.de/SAPV-Formulare>

Dingerkus, Gerlinde, Schlottbohm, Brigitte, Den letzten Weg gemeinsam gehen, Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung, 2002, 3. überarbeitete Auflage 2013

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in NRW, Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, 2014

Kloke, M. u.a., Netzwerk Palliativmedizin, Arbeitskreis „Palliativversorgung in der Alten- und Behindertenhilfe“ Hrsg. (2006): Besonderheiten in der Betreuung geriatrischer Palliativpatienten. Zeitschrift für Palliativmedizin, 2/2006, S. 38-40

Köln-Nimwegener Instrumentarium für ethische Fallbesprechung. Für den Bereich Altenheim, Überarbeitung 10/2009, Diözesanbeauftragte für Ethik im Gesundheitswesen, Erzbistum Köln

Liverpool Care Pathway for the dying Patient (LCP), Marie Curie Palliative Care Institute, <http://www.liv.ac.uk/mcpcil/liverpool-care-pathway/>

Reisberg, B, Die Reisbergskala nach dem Arzt B. Reisberg unterteilt die Schweregrade der Demenz in sieben Klassen von I bis VII anhand von Leitsymptomen, 1986

Sterben, Tod und Trauer in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim, 2015

Wilkening, Karin, Kunz, Roland: Sterben im Pflegeheim Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, 2. aktualisierte Auflage 2005, Vandenhoeck & Ruprecht (2003, S. 120 ff.)

World Health Organization (WHO), 2002, World Health Organization (WHO), 2002, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/30.11.2009>



