



Initiatoren:



Kath.- Evang.
Sozialstation für
Füssen gGmbH



Hospizverein Kaufbeu-
ren/Ostallgäu Gruppe
Füssen

**In Zusammen-
arbeit mit:**



Kreiskliniken
Ostallgäu
Haus Füssen

ÄRZTLICHEM
KREISVERBAND
OSTALLGÄU/FÜSSEN

Pfarreien des Alt-
landkreises
Füssen

Pilotprojekt:
Palliativversorgung
im ambulanten Bereich

**EIN
NETZ
DER
BEGLEITUNG
KNÜPFEN**

Eine Handreichung
für Sozialstationen
und Hospizvereine

Gefördert durch:



Bayerische Stiftung **Hospiz**

**Verein Sozi-
alstation
Füssen**



KURATORIUM
DEUTSCHE
ALTERSHILFE



Projektentwicklung

In Zusammenarbeit
mit dem
Bayerischen Sozialministe-
rium



Bayerische Stiftung **Hospiz**

Träger des Pilotprojektes:

Kath.-Evang. Sozialstation für Füssen gGmbH
Ziegelstadel 12, 87629 Füssen
Tel. 08362 / 91710, Fax: 08362 / 9171128
Geschäftsführerin: Marianne Pfeiffer

Kooperation:

Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu, Gruppe Füssen
Spitaltor 4, 87600 Kaufbeuren
Tel. 08341 / 994443

Projektleitung:

Veronika Stich, Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu, Gruppe Füssen
Westendorfer Str. 1, 86869 Oberostendorf
Tel. 08344 / 555

Beratung / Moderation / Redaktion:

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste – DAA – mbH,
Martin Alsheimer
Große Rosengasse 1, 85049 Ingolstadt
Tel. 0841 / 34650, Fax: 0841 / 910827
E-Mail: bfsa.ingolstadt@gmx.de
Internet: www.GGSD.de

Palliativarzt:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen
08362 / 5000

Projektgruppe:

Rita Bühl, Rieden, Sozialstation Füssen
Hilde Erd, Nesselwang, Sozialstation Füssen
Veronika Gossler, Steingarden, Kurzzeitpflege Füssen
Elke Henne, Füssen, Sozialstation Füssen
Elisabeth Köpf, Hopferau, Sozialstation Füssen
Karin Müller, Seeg, Sozialstation Füssen
Beate Rehfeld, Schwangau, Sozialstation Füssen
Kerstin Rösel, Füssen, Sozialstation Füssen
Anna Maria Zellner, Pfronten, Sozialstation Füssen
Christa Lukes, PDL, Sozialstation Füssen
Veronika Stich, Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu, Gruppe Füssen
Brigitte Engelhard-Lechner, Einsatzleitung Gruppe Füssen, Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu
Dr. Peter Lechner, Palliativarzt, Krankenhaus Füssen
Martin Alsheimer, Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste – DAA - mbH

Die Leitlinien und Standards in dieser Dokumentation sind das Ergebnis eines umfassenden Prozesses, der sich von November 2003 bis März 2005 erstreckte. Sie wurden in Arbeitskreisen und Einzelarbeit entworfen, intensiv in den sieben Treffen der Projektgruppe diskutiert und redigiert und schließlich in den internen Fortbildungen von allen MitarbeiterInnen der Sozialstation Füssen bearbeitet und gesichert. Sie sind somit ein echtes Gemeinschaftswerk.

Inhalt

Überblick: Die Elemente der Handreichung	4
Fallbeispiel: Ein einzelner Fall, aber kein Einzelfall	7
Einführung: „Ein Netz der Begleitung knüpfen“ – Ein Pilotprojekt	8
• Die Fäden und Knotenpunkte	8
• Unser Ansatz: integrativ	9
• Ein breites Bündnis: die Initiatoren und Beteiligten	10
• Schaubild: Pilotprojekt: Palliativversorgung im ambulanten Bereich.....	11
• Das Projekt kurz gefasst.....	12
• Vier große Ziele	14
• Projektplanung: Stufen – Aufgaben	15
• Projektablauf: Aktionen im Überblick	16
• Die internen Fortbildungen – Das Netz nach innen verstärken.....	18
• Die flankierenden Veranstaltungen – Das Netz nach außen erweitern	20
• Unsere Vision: Palliativversorgung – Kein Glücksfall, sondern Regelfall	21
• Schaubild: Unser Palliativ-Netz	23
Ist-Analyse: Wie „gut“ ist unsere Sterbebegleitung? (Check)	23
Konzept: Leitlinien zur Sterbebegleitung	25
Standard: Sterbebegleitung im Team organisieren	30
Standard: Anbieten der ehrenamtlichen Hospizhilfe	33
Faltblatt: Hospizhelferdienst	35
Standard: Krisenvorsorge	37
Dokumentation: Notfallplan: Verfügungen / Ärztlicher Bericht.....	41
Entscheidungshilfe / Leitfragen: Krankenhaus: ja oder nein?	44
Standard: Symptomkontrolle in der Terminalphase	45
Standard für die Kurzzeitpflege: Versorgung und Aufbahrung Verstorbener	51
Standard für die ambulante Pflege: Versorgung und Aufbahrung Verstorbener....	56
Ritual: Abschied und Gedenken im Team	61
Literatur-Tipps	63

Die Elemente der Handreichung

Martin Alsheimer / Veronika Stich

Hilfen für ein eigenes Konzept zur ambulanten Palliativversorgung

Die Ergebnisse des Projektes sollen nicht nur lokale Bedeutung haben, sondern auch für andere Sozialstationen und Hospizvereine als Anregung verwendbar sein ... So lautete zusammengefasst der Auftrag, der mit dem Projekt und seiner Förderung durch die Bayerischen Stiftung Hospiz verbunden war. Diese Aufgabe erfüllen wir gerne. Ziel unseres Projektes ist, mit Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche ein tragfähiges Konzept für palliative Pflege und Behandlung, speziell im ambulanten Bereich zu entwickeln. Palliativmedizin kann damit flächendeckend damit für alle verfügbar werden. Die Publikation liegt nun vor. Sie ist als eine Art „Handreichung für Sozialstationen und Ideenbörse für Hospizvereine“ konzipiert. Wir wollen damit sowohl die Arbeit in entsprechenden Qualitätszirkeln unterstützen, als auch durch unsere Ergebnisse Material zum Einarbeiten in jeweils eigene Standards liefern. Natürlich kann dadurch nicht der eigene Weg zu einer gut organisierten und gelebten Palliativkultur ersetzt werden. Aber wir haben einiges an „Ausrüstung“ erstellt und hier zusammengepackt, das den Aufwand von „Nachfolgern“ für deren Planungen erleichtern könnte. Das ist unsere Hoffnung.

Das Fallbeispiel zum Einstieg mag Ihnen bekannt vorkommen, wenn Sie in einer Sozialstation arbeiten. Es ist zwar ein **„Ein einzelner Fall, aber kein Einzelfall ...“**. Wir schildern ein Schicksal mit einer Reihe unglücklicher Komplikationen am Lebensende. Eine gut durchdachte Palliativversorgung kann das Sterben natürlich nicht verhindern, aber sie kann den Absturz in ein leidvolles organisatorisches Chaos vorbeugen und Betroffene und ihre Angehörigen auffangen. Dafür steht unsere Metapher des Netzes – ein Netz, das dicht geknüpft ist und von vielen gehalten wird.

Die Einführung **„Ein Netz der Begleitung knüpfen ...“** gibt Ihnen einen Überblick über das Pilotprojekt mit seinen Zielen und Bedingungen. Die Initiatoren und Beteiligten werden kurz vorgestellt und der Projektablauf mit seinen Schritten und Aktionen übersichtlich in tabellarischer Form aufbereitet.

Mit den Fragen aus **„Wie gut ist unsere Sterbebegleitung?“** können Sie selbst die Organisation der Sterbebegleitung in Ihrer ambulanten Einrichtung prüfen. Wir haben diesen Bogen für die *Ist-Analyse* entwickelt und nutzen ihn, um systematisch an diese Fragen die Fäden für neue organisatorische Überlegungen zu knüpfen.

Die **Leitlinien zur Sterbebegleitung** formulieren das gemeinsame Konzept der Sozialstation Füssen und der Gruppe Füssen des Hospizvereines Kaufbeuren / Ostallgäu. In diesen Leitlinien wird sichtbar, wie wir die Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender zukünftig organisieren, welche Zielsetzungen diese Aufgabe orientieren und welche Grundhaltungen uns wichtig sind. *Inhaltliche Überschriften* sind:

- Ein Netz der Begleitung knüpfen für ein Sterben in Würde
- Sterbebegleitung ist Lebensbegleitung
- Im Mittelpunkt: Die Vorstellungen und Wünsche von Patienten
- Sterbebegleitung ist praktische Unterstützung für höhere Lebensqualität
- Sterbebegleitung ist Teamarbeit und persönliche Auseinandersetzung
- Sterbebegleitung ist Einbeziehung ehrenamtlicher HospizhelferInnen
- Sterbebegleitung ist gute palliativmedizinische Versorgung
- Nicht zuletzt: Sterbebegleitung ist partnerschaftliche Unterstützung der Angehörigen.

Wir haben im Pilotprojekt eine Reihe sehr detaillierter Standards für palliative Schlüsselsituationen entwickelt. In diese haben wir auch Formen der Ergebniskontrolle aufgenommen (z.B. über Gespräche, Telefonate mit Angehörigen, wie die Betreuung empfunden worden ist, oder durch fest terminierte Gesprächsrunden im Team).

Im **Standard „Sterbebegleitung im Team organisieren“** wird vor allem geregelt, wann wir von „Sterbephase“ sprechen, wann und wie welche Informationen eingeholt und dokumentiert werden (z.B. zu erwartende Problemlagen, Patientenverfügung, Biografisches). Es wird außerdem jeweils ein kleines palliatives Bezugpflegeteam (= besondere Beziehung zu Patienten und Angehörigen) gebildet, das in der letzten Lebensphase die Pflege übernimmt und so die „Zumutung“ wechselnder Pflegekräfte reduziert. Der Standard legt zudem fest, wie den Belastungen von MitarbeiterInnen vorgebeugt und wie „Sterbebegleitung“ zum Thema bei Bewerbungsgesprächen, Einarbeitung und Teambesprechungen wird.

Wann und wie kann zusätzliche ehrenamtliche Hospizhilfe angeboten werden? Es ist ja nicht einfach, diese Form der Hilfe in Familien zum Thema zu machen. In einem entsprechenden **Standard „Anbieten der ehrenamtlichen Hospizhilfe“** werden Indikationen und Möglichkeiten beschrieben, wann und wie Pflegekräfte ein Gespräch taktvoll eröffnen und führen können. Das **„Faltblatt: Hospizhelferdienst“** haben wir als Information zum Nachlesen entworfen.

Um auf Krisensituationen gut vorbereitet zu sein, Panikreaktionen vorzubeugen, sowie das Selbstbestimmungsrecht von Patienten zu wahren und ungewollte Einweisungen zu verhindern, haben wir einen umfangreichen **Standard „Krisenvorsorge treffen“** erarbeitet. Er umfasst kommunikative Hilfen für das medizinisch-ethische Beratungsgespräch vor Ort zwischen Patient bzw. Betreuer, Hausarzt und Pflegekraft. Als Anlage bieten wir Ihnen **Dokumentationsblätter**, welche die Vereinbarungen und Medikation für „Notfälle“ übersichtlich und schnell verfügbar festhalten. Eine **Entscheidungshilfe „Krankenhaus: ja oder nein?“** liefert ergänzend Gesichtspunkte für das individuelle Abwägen der Beteiligten im Gespräch vor Ort. Eine Reihe hilfreicher kleiner Standards für die **„Symptomkontrolle in der Terminalphase“** gibt den Pflegekräften und Angehörigen Sicherheit und „erste Hilfe“ bei Komplikationen und Begleiterscheinungen von Sterbeprozessen (Atemnot, Schluckstörungen, akute Blutungen, Schmerzen, Darmverschluss, Krampfanfällen).

Pilotprojekt Füssen: Ein Netz der Begleitung knüpfen -Palliativversorgung im ambulanten Bereich

.....
Ein ausführlicher **Standard „Versorgung und Aufbahrung Verstorbener“** beschreibt die Möglichkeiten der pflegerischen Unterstützung von Angehörigen in dieser für den Trauerprozess so wichtigen „Schleusenzeit“¹. In ihm haben wir trauerpsychologische und gesetzliche Informationen eingearbeitet. Flankierend wurden hier auch Gespräche mit dem örtlichen Standesbeamten geführt, um die knappe kommunale Zeitvorgabe für die Überführung zu entschärfen (Ergebnis noch offen). Bei diesen Standards finden Sie *zwei Varianten*: zum einen für die Versorgung Verstorbener in der ambulanten Pflege, zum anderen Regelungen in der Kurzzeitpflege des Betreuungszentrums St. Anna, zu dem die Sozialstation gehört.

Für das Gedenken Verstorbener haben wir ein kleines, aber hilfreiches **Ritual: Abschied und Gedenken im Team** kreiert. Es soll für die beteiligten Pflegekräfte einen guten Abschluss der Begleitung schaffen. Angehörigen wird außerdem bei dieser Gelegenheit schriftlich kondoliert („Wir denken an Sie ...“).

Kurz kommentierte Literatur-Tipps runden die Handreichung. Wir empfehlen Ihnen hier Literatur, die uns inspiriert hat.

Mit diesen Ergebnissen möchten wir Ihnen die Hand reichen.

¹ Smeding, Rm. E. W. / Heitkönig-Wilp, M. (2005): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospizverlag

Ein einzelner Fall, aber kein Einzelfall

Christa Lukes, PDL, Sozialstation Füssen

Die Situation: Entlassung eines 83-jährigen Patienten aus dem Krankenhaus nach Schlaganfall mit Hemiparese links und PEG-Sonde wegen Schluckbeschwerden.

In den Arztgesprächen (wechselnde Gesprächspartner) im Krankenhaus hatte die Ehefrau keinen klaren Eindruck über den Zustand ihres Mannes. Sie hatte die Hoffnung, dass sich seine Verfassung zu Hause bessern würde. Deshalb sah sie zunächst keine Notwendigkeit, einen Pflegedienst einzubeziehen.

So kommt ihr Mann an einem Dienstag nach Hause. Die Bedienung der PEG-Sonde war ihr gezeigt und erklärt worden. Alleingelassen im Alltag merkt sie jedoch, dass sie überfordert war. Die Tochter wohnte weit entfernt und konnte sie deshalb bei der Pflege nicht unterstützen.

Am Freitag spitzt sich die Situation zu. Anruf bei der Sozialstation am Freitagnachmittag: „Hier spricht Frau Meier. Meine Nachbarin hat gesagt, ich soll sie anrufen. Schwester, was soll ich tun? Mein Mann rasselt beim Atmen. Er ist ganz heiß am Kopf, stöhnt und reagiert nicht auf meine Fragen. Unser Hausarzt ist zurzeit nicht erreichbar. Soll ich ihn wieder ins Krankenhaus bringen oder können sie mir helfen? Mein Mann sagte nämlich gestern noch, er will nicht mehr ins Krankenhaus ...“

Die Sozialstation steigt mit hohem Aufwand sofort in die Pflege ein, stellt das Pflegebett auf, ordert alle Hilfsmittel und nimmt Kontakt mit AVD auf. Der Arzt reagiert reserviert: „Schwester, ich kenne diesen Patienten nicht. Bei diesen Beschwerden brauche ich gar nicht erst vorbeikommen, weisen sie ihn bitte gleich ins Krankenhaus ein. Ich schicke die notwendigen Papiere nach.“

Im Krankenhaus verschlechtert sich der Allgemeinzustand zusehends. Noch in der Nacht verstirbt der Mann im Krankenhaus.

Am Morgen wird die Ehefrau vom KH verständigt. Als sie auf die Station kommt, erklären ihr die Schwestern, dass ihr Mann bereits in die Prosektur gebracht wurde. Sie raten Frau Meier: „Behalten sie ihn doch so in Erinnerung wie sie ihn gekannt haben ...“

Beim letzten Gespräch mit der Ehefrau erzählt diese der PDL der Sozialstation: „Ich bin gar nicht zum Denken gekommen. Eigentlich kann ich gar nicht glauben, dass er tot ist. Meine Tochter und ich konnten ihn nicht mehr sehen, weil der Bestatter ihn gleich eingesargt hat und wir dem zugestimmt haben. Meine Tochter will mich auch damit trösten, dass es doch besser so war. Mich macht es sehr traurig, dass ich mich nicht von ihm verabschieden konnte ...“

Ein Netz der Begleitung knüpfen ...

Ein Pilotprojekt

Martin Alsheimer / Veronika Stich

Die Fäden und Knotenpunkte des Projektes für eine bessere Palliativversorgung

„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle ... Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu integrieren ...“ Dame Cicely Saunders 1983¹

Das Credo von Dame Cicely Saunders, der „Pionierin der modernen Hospizbewegung“, passt gut zu unserem Motiv im Projekt „Vernetzte Palliativversorgung im ambulanten Bereich“.

Die Situation: Auch über 20 Jahre nach dieser visionären Sicht von Cicely Saunders ist die deutsche Pflegewirklichkeit rau. Es gibt – trotz positiver Entwicklungen - in der letzten Lebensphase von Menschen immer noch eine dramatische Diskrepanz zwischen Wünschen, Bedarf, Möglichkeiten und der Wirklichkeit.

Wir werfen drei Schlaglichter auf den ambulanten Bereich, die sich auch mit unseren Erfahrungen vor Ort decken:

- 90 % der Deutschen möchten - Umfragen zufolge - zuhause sterben. **Fakt:** Fast 60-90 % verbringen aber ihre letzten Tage oder Stunden in Institutionen². Der Leitsatz „ambulant vor stationär“ gerät in der letzten, krisenreichen Lebensphase oft zur Farce oder zur heillosen Überforderung. Wenn es zu Einweisungen oder Entlassung kommt, zerreißt immer wieder die Versorgungskontinuität.³
- Wir stehen in der ambulanten Pflege vor völlig neuen fachlich-ethischen-organisatorischen Herausforderungen. 650 000 bis 800 000 PatientInnen benötigen eine spezielle palliative Behandlung. Für die meisten dieser Patienten wäre eine ambulante Betreuung ausreichend.⁴ **Fakt:** Deutschland ist mit 0,4 ambulanten Palliativdiensten pro eine Millionen Einwohner noch weit von dem veranschlagten Bedarf von sechs ambulanten Palliativdiensten entfernt (vgl. FAZ, 23.09.04). Palliative Care ist dabei oft nur auf isolierten institutionellen Inseln angesiedelt (Hospize, Palliativstation), die zudem oft unentdeckt bleiben. Dadurch kam es z.B. zum Abbau von Palliativbetten in unserer Region.

¹ Taylor, J. (1983): David Clark – Cicely Saunders. Selected papers (1959-99), London (Übersetzung M.A.)

² Es gibt noch keine bundesweite Statistik zu den Sterbeorten. Die Prozentzahlen in regionalen Einzeluntersuchungen für das Sterben in Institutionen schwanken zwischen 60 bis 90%. Vgl. Bickel, H. (1998): Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. In: Zeitschrift Gerontologische Geriatrie, s. 193-204.

³ Vgl. Ewers, M. / Schaeffer, D. (1999): „Juwelen der Pflege“ – Ergebnisse einer Evaluationsstudie zur ambulanten Pflege schwerkranker und sterbender Menschen. In: Die Hospiz-Zeitschrift, Heft 2, S. 3 ff.

⁴ Müller-Mundt, G. (2002): Schmerzpatienten in der ambulanten Pflege: Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität. In: Schaeffer, D. / Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, S. 233

- Das Wissen palliativ-medizinischer und pflegerischer Erleichterungen, die Lebensqualität bis zuletzt ermöglichen, ist hoch entwickelt (= „Palliative Care“). **Fakt:** Es fehlt aber die Verbreitung an der Basis, da diese Erkenntnisse erst seit Kurzem und nur zum Teil in die Ausbildung von ÄrztInnen und Pflegekräften Eingang findet¹.

Die Leitfrage für unser Projekt lautet deshalb:

Wie kann Palliative Care für alle PatientInnen in Anspruch genommen und wirksam werden?

Unser Ansatz ist integrativ: Kompetenz vor Ort

- Wir stärken die Palliativ-Kompetenzen vor Ort: Für uns sind die entscheidenden Schlüsselfiguren für eine bessere Palliativversorgung unsere MitarbeiterInnen in der Pflege und die betreuenden Hausärzte. Sie sind in Kontakt mit den Betroffenen. Deshalb setzen wir im Projekt nicht auf den Aufbau von weiteren, externen, zersplitterten Fachdiensten (z.B. Palliativer Hospizdienst), sondern auf die palliative Basisschulung der Pflegekräfte und Hausärzte, die bei Bedarf sich schnell und unkompliziert konsiliarische Unterstützung holen können.
- Wir wollten mit den örtlichen Institutionen für die Betroffenen ein unterstützendes Netz knüpfen mit festgelegten, verlässlichen „Kommunikationsfäden“ und diese strukturell verankern (Sozialstation, Krankenhaus, Hospizverein, Kirchengemeinde).
- Im Mittelpunkt der Patient: Wir wollten geeignete Verfahren schaffen, um palliative Pflege und Behandlung zu sichern und damit auch das Selbstbestimmungsrecht und Beziehungen von schwerkranken, sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen zu schützen.

¹ Auch der neueste Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Medizin und Recht“ fordert, „Palliative Care“ verstärkt in die Basisausbildung von ÄrztInnen und Pflegekräften zu integrieren. Siehe Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“, Juni 2005 (Bundesdrucksache 15/5858 (Download über www.dgpalliativmedizin.de))

Ein breites Bündnis: Die Initiatoren und Beteiligten

Das Projekt „Ein Netz der Begleitung knüpfen – Palliativversorgung im ambulanten Bereich“ war eine Art konzertierter Aktion folgender Partner:

- Initiiert wurde diese durch die **Kath.-Evang. Sozialstation Füssen** (75 MitarbeiterInnen, 220 PatientInnen) und der Gruppe Füssen des **Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu e.V.**
- Zum Kreis der Mitbeteiligten gehörten das **Krankenhaus Füssen**, die Gruppe Füssen des **Ärztlichen Kreisverbandes** und die **Pfarrgemeinden** des Altlandkreises Füssen.
- Das Projekt wurde beratend unterstützt durch die **Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste DAA mbH., Nürnberg** (= Bildungsexperten im Bereich Palliative Care und Projektmanagement), die auch einen Schulstandort in Kempten hat.
- Die **Bayerische Stiftung Hospiz** honorierte neben anderen Sponsoren, wie z.B. dem **Verein Sozialstation Füssen**, und dem **Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)** den „besonderen Modell-Charakter“ und förderte das Projekt und diese Publikation als Anregung für andere Sozialstationen und Hospizvereine.

Intern wurde das Projekt von den beteiligten KollegInnen der Sozialstation, des Hospizvereines, des Krankenhauses und der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Dienste (GGSD) mit hohem Engagement vorangetrieben. Viele Stunden Projektarbeit und Fortbildung wurden ehrenamtlich oder ohne Honorarforderung erbracht. Auch bei den extern beteiligten Personen (Seelsorge, PDL Krankenhaus Füssen, Ärztlicher Kreisverband Füssen) gab es eine hohe Bereitschaft, sich inhaltlich und zeitlich zu engagieren.



Das Netz als gestaltete Mitte begleitete uns durch den Kurs

Pilotprojekt: Palliativversorgung im ambulanten Bereich

Leitfaden

Abschlussdokumentation
Ergebnissicherung

Hospiz-Idee:

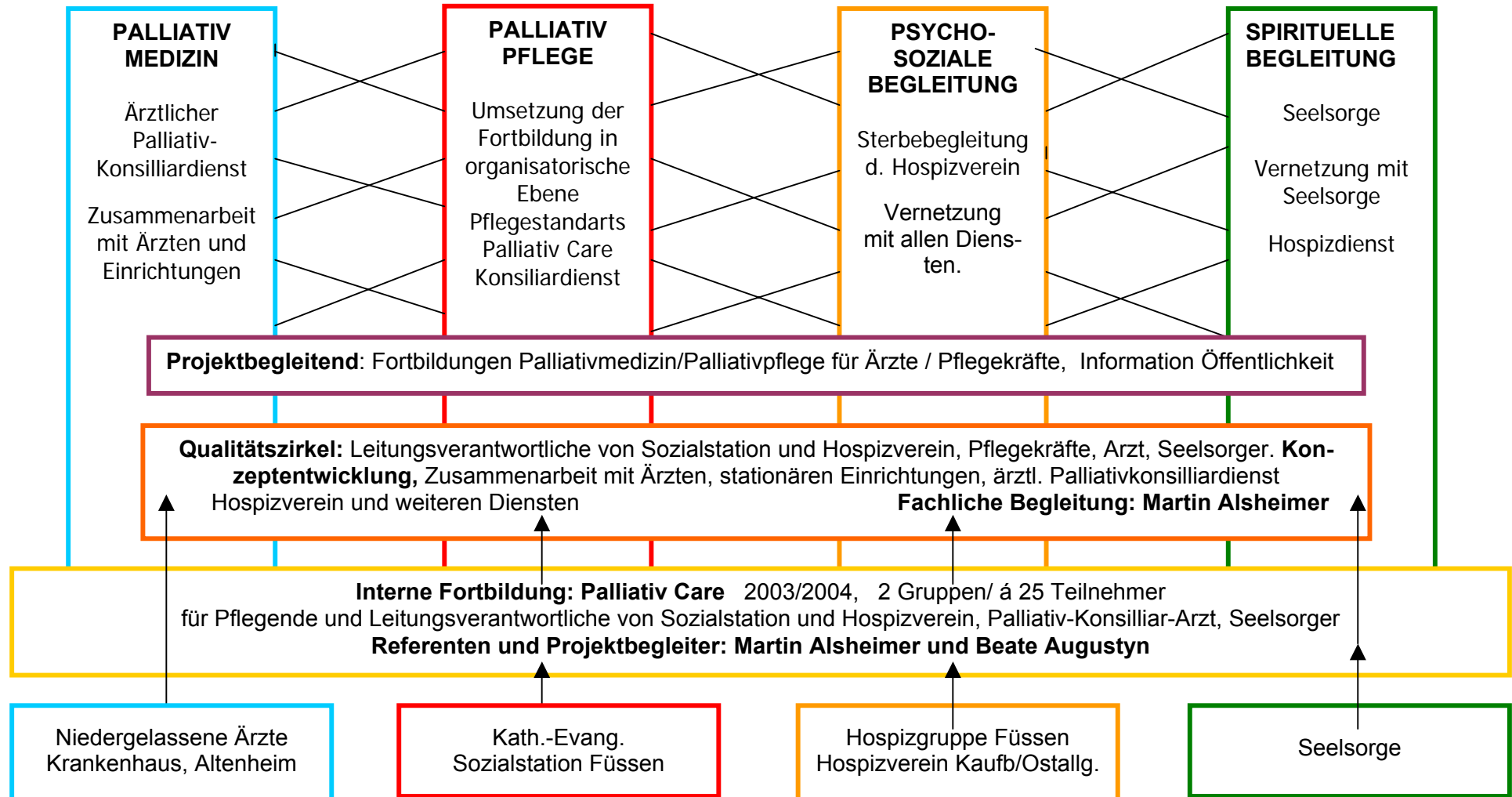
Die 4 Säulen der Hospizarbeit

Ein Netz der Begleitung knüpfen

Behandlung Schwerstkranker unter Beachtung ihrer körperlichen, seelischen, sozialen und religiösen Bedürfnisse

Palliativmedizin für alle verfügbar machen

Ziel: Mit Mitarbeitern der unterschiedlichen Arbeitsbereiche ein tragfähiges Konzept für palliative Pflege und Behandlung sowie Begleitung Sterbender, speziell im ambulanten Bereich zu entwickeln.



Das Projekt: kurz gefasst

Die Implementierung von Palliative Care in bestehende, „gewachsene“ Einrichtungen ist immer ein längerfristiger, sensibler Prozess (Laufzeit des Projektes: 08/2003 bis 05/2005).

Das Projekt umfasste eine **Ist / Soll-Analyse**. Sie war eingebettet in eine Teambesprechung der Sozialstation bei der das Projekt den Mitarbeitern vorgestellt und sie dafür motiviert wurden. Bei der ersten Basisschulung Palliativ Care wurde die vorhandene Kultur der Sterbebegleitung der Sozialstation gewürdigt und eine erste Vision der künftigen Formen der Sterbebegleitung entworfen.

Ausgehend von diesen gewonnenen Erkenntnissen und Visionen entwickelte und erprobte seit 11/2003 eine **Projektgruppe / Qualitätszirkel** (TN aus der ersten Kursgruppe) Schritt für Schritt **➤ Leitlinien** und detaillierte **➤ Standards** für eine vernetzte Sterbebegleitung. (z.B. Organisation der Sterbebegleitung im Team, Symptomkontrolle in der Terminalphase usw.)

➤ Siehe Projektablauf: Schritte, Aufgaben, viele Aktionen

Die **Projektgruppe** war interdisziplinär besetzt. Es gehörten zu ihr:

- ein Internist des Krankenhauses Füssen mit palliativmedizinischer Zusatzausbildung
- die Einsatzleiterin und die Leiterin der örtlichen Hospizgruppe,
- die Geschäftsführerin und eine der PDL der Sozialstation
- 10 MitarbeiterInnen aus ambulanter Pflege und Kurzzeitpflege
- ein Moderator (pädagogischer Leiter der Palliative-Care-Fortbildung der GGSD)

Punktuell wurden Vertreter aller genannten beteiligten Institutionen zu dieser Arbeit hinzugezogen, z.B. Geistliche der beiden Konfessionen, PDL und Überleitungskraft des Krankenhauses, Einsatzleitung BRK.

Projektbegleitende Maßnahmen

Flankiert wurde die Projektarbeit durch **Fortbildungen** für ÄrztInnen (Kooperation mit Ärztlichem Kreisverband) und Pflegekräfte anderer Dienste und Pflegeeinrichtungen. **Pressearbeit und Informationsveranstaltungen und Pressearbeit** für Angehörige und eine interessierte Öffentlichkeit sowie **Benefizkonzerte** und **Infostände**.

Das Herzstück des Projektes

Unser Ziel war, möglichst allen MitarbeiterInnen eine Basisschulung zu ermöglichen. Im Unterschied zu stationären Einrichtungen (im Team voneinander lernen, direkter Austausch) sind Pfleger im ambulanten Bereich meist auf sich allein gestellt. Der häusliche Bereich erfordert dazu von den Pflegekräften ein hohes Maß an Flexibilität und Eingehen auf sehr individuelle Situationen. Dazu kommt, dass Palliative Care innerhalb einer Einrichtung den notwendigen Raum und ein gemeinsames Verständnis braucht. In mehreren internen Fortbildungen und einem abschließenden „Trainingstag“ schulten wir die pflegerischen, kommunikativen und persönlichen Kompetenzen aller Pflegekräfte der Sozialstation, damit die entwickelten Standards optimal erbracht werden können (z.B. Palliative Pflege, Basiswissen Schmerztherapie, Rollenspiele Krisengespräch,). Wir können feststellen: (Fast) alle MitarbeiterInnen der Sozialstation Füssen und der in-

Pilotprojekt Füssen: Ein Netz der Begleitung knüpfen -Palliativversorgung im ambulanten Bereich
.....
tegrierten Kurzzeitpflege haben diese Basisschulung durchlaufen. Palliative Care ist so zum gemeinsamen Verständnis geworden.

In **gesonderten Gesprächen mit den Vertretern der ARGE der Krankenkassen, örtlicher AOK und Sozialministerium** wurden die Möglichkeiten ausgelotet, wie bei Bedarf unkompliziert der Hausarzt durch den Palliativmediziner des Krankenhauses beraten werden kann. Die AOK wagt nun im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung einen befristeten Versuch, bei dem der Palliativarzt des Krankenhauses ambulant beraten und abrechnen kann und auch die Palliativ-Fachkräfte der Sozialstation konsiliarisch tätig werden können (Kolleginnen der Sozialstation, Angehörige die selbst pflegen, andere Pflegeeinrichtungen).

Besondere Aufmerksamkeit wurde auf die „**Nachhaltigkeit**“ gelegt: Bereits im Projekt wurden Verfahren geschaffen, die auch nach Abschluss das Konzept sichern, fortlaufend evaluieren und anpassen helfen. Wir sind uns deshalb sicher: Was entwickelt wurde bleibt auch lebendig.



Erste Kursgruppe der palliativen Basisschulung der Fachkräfte,
dem Herzstück des Projektes

Vier große Ziele

Unsere Ziele lassen sich in vier Dimensionen auffächern:

1. Sozialpolitische Ziele

- **Flächendeckende Verfügbarkeit und Abrechenbarkeit palliativer Beratung:** Wir wollten Möglichkeiten ausloten, wie palliativ-medizinische Kompetenzen über die Schranken ambulant/stationär hinweg hinzugezogen werden können, um Krankenhausaufenthalte in der Sterbephase zu verhindern oder ohne Qualitätseinbußen zu verkürzen. Zielgruppe: Krankenkassen, Sozialministerium
- **Entwicklung eines übertragbaren Projektdesigns** (7-Stufen-Raster) mit methodisch bewährten Instrumenten (z.B. Ist-Analyse mit 20-Punkte-Check, Basisschulung Palliativ Care) und Präsentation eines anregenden Konzeptes (= Leitlinien) und erprobter Ergebnisse (z.B. Standards), die als Muster andere Sozialstationen bei ihrer Qualitätsentwicklung inspirieren können. Zielgruppe: Fachöffentlichkeit, andere Sozialstationen, Hospiz

2. Organisatorische Ziele:

- **Schaffung einer palliativen Expertise vor Ort** in der Einrichtung durch die Basisschulung von Pflegekräften und besondere Fortbildung von zwei bis drei Kolleginnen zur beratenden Palliative-Care-Fachkraft (160 Std.-Fortbildung). Zielgruppe: MitarbeiterInnen der Sozialstation, Hausärzte, weitere Pflegeeinrichtungen, pflegende Angehörige)
- **Herstellen von Synergien örtlicher Kräfte** für die Begleitung. Zielgruppe: Hausärzte, Verantwortliche MitarbeiterInnen im Hospizverein, Seelsorger
- **Verbesserung des Informationsaustausches** zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (= Aufnahme- und Entlassungsmanagement). Zielgruppe: Verantwortliche in den Kliniken der Region, Hausärzte
- **Qualitätsentwicklung:** Klären von organisatorischen Abläufen unter pflegfachlichen, kommunikativen, trauerpsychologischen und rechtlichen Gesichtspunkten und Fixierung in gut nachvollziehbare, zeitlich erfüllbare Standards. Zielgruppe: MitarbeiterInnen der Sozialstation

3. Kommunikative Ziele:

- **Stärkung von beratenden, unterstützenden Fähigkeiten** für Gespräche mit PatientInnen, Angehörigen, ÄrztInnen. Zielgruppe: MitarbeiterInnen der Sozialstation / Kurzzeitpflege.
- **Sensibilität für die notwendige Balance von menschlicher Nähe und professioneller Distanz** um existenzielle Krisensituationen aushalten zu können.

4. Personale Ziele:

- **Fachliche Sicherheit und Kreativität** durch Erweiterung der Kenntnisse und Fertigkeiten (= pallativ-pflegerische Basiskompetenz)
- **Reflexion der eigenen (spirituellen) Haltungen und Erfahrungen** mit Sterben, Tod, Trauer, die das persönliche und pflegerische Engagement tragen.

Projektplanung: Stufen und Aufgaben

Stufen		Aufgaben
Das Netz stetig verbessern, Bewährtes an andere weitergeben: Die Weiterentwicklung des Konzeptes in der Einrichtung zukünftig sichern (= Lebendige Palliativkultur“), Vernetzung stärken und ausbauen, Idee/ Wissen lebendig halten, Sozialpolitische Lobbyarbeit, Unterstützung anderer Einrichtungen durch die Veröffentlichung der Ergebnisse (= Handreichung),		7
Das neue Netz ausprobieren: Entworfen Standards im pflegerischen Alltag umsetzen, Zwischenbilanzen und Erfolgskontrollen machen		6 <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen einholen • Konsequenzen
Das Netz nach außen erweitern und verankern: Mit anderen Diensten die Zusammenarbeit regeln Fortbildungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit, Ärztlich-pflegerischer Palliativkonsiliardienst		5 <ul style="list-style-type: none"> • Notwendiges Wissen bei Partnern schulen • Öffentlichkeit informieren • Organisatorische und persönliche Verbindungen gezielt ausbauen
Das Netz nach innen verstärken und mit vielen Händen halten Alle MitarbeiterInnen ins Boot nehmen		4 <ul style="list-style-type: none"> • Entworfen Standards und ihre Umsetzung im gesamten Team diskutieren • Vorschläge aus dem Team einflechten • Notwendiges Wissen und Können schulen (= interne Fortbildungen)
Ein tragfähiges Netz entwerfen: Das Konzept entwickeln		3 <ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien ausformulieren • Vorhandene Standards überprüfen und verbessern • Neue Standards entwickeln • Auf Umsetzbarkeit (zeitlich, personell) überprüfen • Einzelne Elemente im Kleinen erproben
Das vorhandene Netz prüfen / Vision: Ist/Soll-Analyse, neue Fäden ziehen.		2 <ul style="list-style-type: none"> • Systematisch und umfassend bisherige Praxis reflektieren und würdigen: Womit sind wir zufrieden? Was belastet organisatorisch / persönlich? • Start-Kurs Palliative-Care (Mitarbeiter), Projektgruppe bilden • Zukunftsbild „Sterbebegleitung“ entwerfen (= Elemente für Leitlinien) • = Arbeitsprogramm für Projektgruppe, Themenabstimmung Fortbildung
Vorbereiten	1	<ul style="list-style-type: none"> • Projektentwurf, wer gehört "mit ins Boot"? Ähnliche Modelle sichten, Infos sammeln, Potentielle Partner/Träger sensibilisieren, ihre Bereitschaft erkunden, evtl. motivieren • Finanzierung des Projektes sichern, Zeitrahmen und Schritte abstecken • Instrumente des Projektes (z.B. Schulungsprogramm, Struktur Projektgruppe, Projektleitung, Besprechungen, Fortbildungen, begleitende Maßnahmen) klären • Mitarbeitern Projekt vorstellen und dafür motivieren, Öffentlichkeit informieren

.....
Projekttablauf: Aktionen im Überblick (2003 – 06/2004)

	2003		2004				
	April - August	September Oktober	November- Dezember	Januar Februar	März April	Mai - Juni	
7						Weitergabe des Konzeptes an interessierte Gruppen	
6				Palliative Praxis: Erprobung einzelner Maßnahmen	Palliative Praxis: Erprobung einzelner Maßnahmen	Palliative Praxis: Erprobung einzelner Maßnahmen	
5		Planung: Begleitende Veranstaltungen mit den Kooperationspartnern	Konzept- Vorstellung bei Seelsorgern	Offene Fortbildung f. Pflegefachkräfte in der Region „Palliativpflege heute“ Ref: Beate Augustyn	Projekt-Vorstellung: -Dekanatsrat/Pfarrbrief -Hausärzte, Fortbildung für Ärzte Ärztl.Kreisverb.+ KH "Schmerztherapie" Ref: Dr. Binsack	Gespräche: BRK (Schnittstellen) Standesamt (Verweildauer Toter zu Hause/Kurzzeitpflege) Bestatter	
4				Rückbindung ins Team, (Dienstbesprechung) Entwürfe vorstellen Erfahrungen / Anregungen einholen		Rückbindung ins Team (Dienstbesprechung) Leitlinien, Standards vorstellen, Erfahrungen Anregungen einholen	
3			Bildung Qualitätszirkel / Projektgruppe Projektgruppe 1. Treffen Themenliste Roh-Entwurf Leitlinien "Hausaufgaben"	Projektgruppe "Hausaufgaben"	Projektgruppe 2. Treffen Zwischenbilanz Umsetzungsschritte Projektgruppe 3. Treffen PDL KH, Schnittstellen Leitlinien / Standards	Projektgruppe 4. Treffen Leitlinien und Standards Projektgruppe 5. Treffen Zusammenarbeit Hospizverein	
2		Projektvorstellung im Team Ist-Analyse Start-Kurs: Palliativ-Kurs A1 Analyse und Vision Basis-Schulung		Palliativ-Kurs A2 Basis-Schulung 1. Gruppe		Palliativ- Kurs B1 Basis-Schulung 2. Gruppe	
1	Grobplanung , ähnliche Modelle sichten Suche nach finanzieller Unterstützung, rechtliche Klärung Gespräche mit Sozialministerium, Bayer. Stiftung Hospiz , Geronto-psychiatrischen Konsiliar-Fachdienst (ähnliches System) Feinplanung, Schulungsprogramm und Struktur des Qualitätszirkels festlegen, Kooperationspartner gewinnen, Gespräche mit Krankenhaus (Chefarzt PDL); Ärztlichem Kreisverband, Pfarreien/ Dekanat , Planung gemeinsamer Veranstaltungen, Projektbeschreibung erstellen, Gespräch mit AOK, ARGE der KK Mitarbeiter informieren und für Projekt begeistern, Pressearbeit Vorstellung Caritas-Hospizvereine				Gespräche: ARGE Krankenkassen Vertreter KVB, Ärztekammer, Ärztl. Kreisverband Krankenhausträger Sozialministerium Vorstellung im Expertenkreis des Ministeriums Presseartikel	Vorstellung: Caritas-Bundeskonzferenz Benefiz-Konzert "Woche für das Leben" Presse	Presseartikel

.....
Projekttablauf: Aktionen im Überblick (07/2004 – 2005)

	2004			2005		
	Juli August	September Oktober	November Dezember	Januar -- März	April – Juni	Juli - Oktober
7		Projektgruppe 6. Treffen Erste Besprechung der Arbeitshilfe	Projektgruppe 7. Treffen Redaktion des Gesamtkonzeptes	Feierlicher Abschluss der Schulung Gäste: u. a. Hausärzte Pflegerdienste Seelsorger	Präsentation auf Altenpflege Kongress Nürnberg Vorbereitung der Veröffentlichung – Beiträge in Fachzeitschriften	Veröffentlichung Bayerische Stiftung Hospiz
6	Palliative Praxis: Erprobung von Standards	Palliative Praxis: Erprobung von Standards	Gedenken der Von der Sozialstation betreuten Verstorbenen des vergangenen Jahres	2 Trainingstage (jede Gruppe 1 Tg.) Besprechung der Standards / Leitlinien mit allen Mitarbeiter, praktische Übungen	Vertrag zur Integrierten Palliativversorgung zwischen AOK Bayern, KH Füssen und Sozialstation Füssen	Auswertungstreffen Projektgruppe: Rückblick Erfahrungen Konsequenzen
5	Gespräche / Verhandlungen mit AOK Integrierte Versorgung? Suche nach Finanzierungsmöglichkeit für Konsiliardienst?	Fortbildung Ärzte Kommunikation in der palliativen Versorgung Dr. H. Kappauf mit Ärztlichem Kreisverband + KH	Verhandlungen mit AOK Bayern für Konsiliardienst	Einführung des palliativ-ärztlichen Konsiliardienstes	Fortbildungen: "Christliche Aspekte Sterbebegleitung" Prof. Städler-Mach "Palliativ Care" Dr. Peter Lechner "Schmerz- und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin" Dr. Thomas Binsack	Palliativ-Qualitätszirkel für Ärzte in Füssen und Umgebung ab September 2005
4		Teambesprechung zu neu entwickelten Leitlinien und Standards	Projektgruppe 7. Treffen Erfahrungen mit neuen Standards			
3	Projektgruppe 5. Treffen Zusammenarbeit Hospizverein und weitere Standards	Projektgruppe 6. Treffen Nacharbeit zu einzelnen Standards, Transfer nach Innen und nach Außen Präsentation	Projektgruppe 7. Treffen Nacharbeit zu einzelnen Standards Praxis-Erfahrungsaustausch			
2	Palliativ-Kurs B2 Basis-Schulung 2. Gruppe					
1	Gespräche Sozialministerium Benefizkonzert für Projekt Vorstellung	Infostand Welthospiztag Gespräche mit Kassen über Finanzierung Konsiliardienst	Pressegespräch mit Dekan über Abschiedskultur Und Aufbahrung	Pressebericht über Kurs-Abschluss	Pressebericht über Vertrag zur Integrierten Versorgung	

Die internen Fortbildungen – Das Netz nach innen verstärken

Fast alle MitarbeiterInnen der Sozialstation Füssen haben in zwei Gruppen einen einführenden Palliative-Care-Kurs durchlaufen. Diese interne Fortbildung war dreiteilig angelegt: Sie bestand aus zwei Schulungen mit je 12 U.-Std., in denen Basiswissen trainiert wurde, und einem Trainingstag zur Besprechung und Vertiefung der entwickelten Standards anhand eigener Praxissituationen.

Der Umfang der internen Fortbildung betrug pro Gruppe insgesamt 30 U.-Std..

Die Schwerpunkte wurden jeweils auf die Interessen der TeilnehmerInnen abgestimmt. In beiden Gruppen wurden folgende Themen in Form von Impulsreferaten, Rollenspielen, kleinen praktischen Demonstrationen, Besprechungen und Übungen behandelt:

Organisatorische Themen

- Leitlinien zur Sterbebegleitung
- Integration der Palliativpflege in die ambulante Pflege
- Zusammenarbeit mit den örtlichen Seelsorgen
Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen HospizhelferInnen

Palliativ-medizinische und –pflegerische Themen

- Basiswissen Schmerztherapie
- Übelkeit / Erbrechen
- Obstipation
- Ernährung
- Flüssigkeitssubstitution pro und contra in der Terminalphase
- Mundpflege
- Palliative Wundversorgung

Rechtlich-ethische Themen

- Rechtliche Fragen (Sterbehilfe, Vorsorgemöglichkeiten)
- Vorstellungen zur letzten Lebensphase erfahren
- Einweisung ins Krankenhaus - Beratungshilfen

Psycho-soziale und spirituell-religiöse Themen

- Persönliche Leitbilder in der Sterbebegleitung
- Unterstützende Gespräche bei Schuldgefühlen
- Krisengespräche bei Lebensmüdigkeit
- Grundhaltung in der Begleitung (Nähe / Distanz-Probleme)
- Persönliche Abgrenzungen vor Überforderung
- Spirituelle Fragen der Sterbebegleitung
- Trauer und Trauerbegleitung
- Umgang mit Verstorbenen (Versorgung, Transfer, Aufbahrung)
- Rituale entwickeln und anbieten

TrainerIn:

- Beate Augustyn, Krankenschwester, Weiterbildung: Master of Palliative Care (Universität Bonn), Trauerbegleitung, arbeitet im palliativ-medizinischen Konsiliardienst am Klinikum Großhadern in München, Kursleiterin von verschiedenen Palliative Care-Kursen u. a. an der Christopherus-Akademie, München, Vorstandmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Martin Alsheimer, Diplom-Pädagoge, Weiterbildung: Trauerberater, Socialmanagement, arbeitete lange Jahre als Praxisanleiter für stationäre Sozialarbeit in einem Pflegeheim, päd. Leiter von Palliative Care-Kursen in Ingolstadt, Kempten, München, Nürnberg, Ausbildungsleiter in verschiedenen Hospizvereinen, Kursleiter an der Christopherus-Akademie, Leitung diverser Modellprojekte in der stationären Pflege, Buchautor

Gäste:

- Dekan Knebel, Katholische Pfarrei Füssen
- Pfarrer Spengler, Evangelische Pfarrei Füssen

Gestaltung:

Veronika Stich, Projektleitung

.....
TeilnehmerInnen der Palliative Care-Fortbildung (30 U.-Std.)

Kurs A

Rita Bühl, Rieden, Sozialstation Füssen
Hilde Erd, Nesselwang, Sozialstation Füssen
Dagmar Falger, Elbigenalp, Sozialstation Füssen
Angela Faß, Füssen, Sozialstation Füssen
Veronika Gossler, Steingaden, Sozialstation Füssen
Elke Henne, Füssen, Sozialstation Füssen
Elisabeth Köpf, Hopferau, Sozialstation Füssen
Stefan Löckher, Schwangau, Sozialstation Füssen
Karin Müller, Seeg, Sozialstation Füssen
Elvira Peterek, Nesselwang, Sozialstation Füssen
Oktavia Prozowski, Füssen, Sozialstation Füssen
Beate Rehfeld, Schwangau, Sozialstation Füssen
Kerstin Rösel, Füssen, Sozialstation Füssen
Rita Schweiger, Schwangau, Sozialstation Füssen
Anna Maria Zellner Pfronten, Sozialstation Füssen
Theresia Zweng, Eisenberg, Sozialstation Füssen
Christa Lukes, PDL Sozialstation Füssen

Veronika Stich, Oberostendorf, Projektleitung
Dr. Peter Lechner, Roßhaupten, Krankenhaus Füssen
Brigitte Engelhard-Lechner, Roßhaupten, Einsatzleitung Hospizverein
Marianne Pfeiffer, Geschäftsführerin der Sozialstation Füssen

Kurs B

Susanne Büchl, Trauchgau, Sozialstation Füssen
Alexandra Endreß, Füssen, Sozialstation Füssen
Ingrid Heinzinger, Halblech, Sozialstation Füssen
Karin Hipp, Halblech, Sozialstation Füssen
Ute Kaptein, Roßhaupten, Sozialstation Füssen
Anne Keller, Nesselwang, Sozialstation Füssen
Christian Lehmann, Roßhaupten, Sozialstation Füssen
Gabi Meier, Füssen, Sozialstation Füssen
Sr. Resita, Nesselwang, Sozialstation Füssen
Conny Ruf, Roßhaupten, Sozialstation Füssen
Jutta Schäfer, Schwangau, Sozialstation Füssen
Manuela Schwarz, Lechbruck, Sozialstation Füssen
Renate Schweiger, Lengenwang, Sozialstation Füssen
Melanie Steinhauer, Schwangau, Sozialstation Füssen
Gordana Stevig, Füssen, Sozialstation Füssen
Silvia Weidenberg, Füssen, Sozialstation Füssen
Gisela Lehmayr, Marktoberdorf, Einsatzleitung Hospizverein Kaufbeuren
Peter Richter, PDL Sozialstation Füssen

Veronika Stich, Oberostendorf, Projektleitung
Dr. Peter Lechner, Roßhaupten, Krankenhaus Füssen
Brigitte Engelhard-Lechner, Roßhaupten, Einsatzleitung Hospizverein
Marianne Pfeiffer, Geschäftsführerin der Sozialstation Füssen

Die flankierenden Veranstaltungen – Das Netz nach außen erweitern

Neben den internen Schulungen gab es im Rahmen des Projektes eine ganze Reihe von Vorträgen, Pressegespräche und Fortbildungen. Auch künftig werden im Sinne des "Weiterknüpfens" und Verstärkens dieses "Netzes der Begleitung" spezifische Weiterbildungen für alle Berufsgruppen angeboten, die in der Behandlung, Betreuung und Begleitung sterbenskranker Menschen stehen. Dies ist auch Bestandteil unseres Vertrages zur Integrierten Versorgung.

27. Oktober 2003 Pressegespräch;

Erstes Vorstellen des Projekts in der Öffentlichkeit

10. Februar 2004

Palliative Care - Fortbildung für Pflegefachkräfte

aus ambulanten und stationären Einrichtungen

incl. Projektvorstellung

Referentin: Frau Beate Augustyn, München

März 2004

Projektvorstellung beim Stammtisch der Hausärzte (Ärztlicher Kreisverband)

Referent: Dr. Peter Lechner, Palliativarzt KH Füssen

25. April 2004

Benefizkonzert Franziskanerklosterkirche Füssen

Bläserensemble Marktoberdorf und Motettenchor "Alte Musik" Füssen, Projektvorstellung

In Verbindung mit der "Woche für das Leben 2004"

28. April 2004

"Schmerztherapie in der Palliativmedizin"

Fortbildung für Ärzte

In Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreisverband und Krankenhaus Füssen

Einführend Projektvorstellung - Referent: Dr. Thomas Binsack, Leiter Johannes-Hospiz München

12. Mai Pressegespräch zum Projekt

15. August 2004

Benefizkonzert in der Kirche "Acht Seligkeiten"

Füssen-West mit kurzer Vorstellung des Projektes

14. Oktober 2004

Präsentation beim Infostand zum Welthospiztag

20. Oktober 2004

"Kommunikation als Qualitätsmerkmal in der Palliativmedizin"

In Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreisverband und Krankenhaus Füssen

Referent: Dr. Herbert Kappauf, Onkologe, Psychotherapeut, Starnberg

Projektvorstellung: Dr. Peter Lechner,

22. März 2005

Abschlussfeier der Palliativschulung der Sozialstation, Präsentation des Projekts

Gäste: u. a. Ärzte des Einzugsbereichs, Pflegedienste, Seelsorger, Presse

12. April 2005

Präsentation beim Kongress "Altenpflege + Pro Pflege" in Nürnberg

Dr. Peter Lechner, Christa Lukes, Brigitte Engelhard-Lechner, Martin Alsheimer, Veronika Stich

Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums der Sozialstation fanden mehrere Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen im Betreuungszentrum St. Anna in Füssen statt, drei davon zur Thematik Palliativ Care:

18. Mai 2005

"Würde am Lebensende - Christliche Aspekte zur Sterbebegleitung"

Ref.: Frau Prof. Dr. Städler-Mach, Nürnberg, Vortrag

8. Juni. 2005

"Palliative Care"

Referent: Dr. Peter Lechner, öffentlicher Vortrag

20. Juni 2005

"Schmerz- und Symptomkontrolle in der palliativen Behandlung"

Offene Fortbildung für alle Pflegefachkräfte - ambulant und stationär

Ref. Dr. Thomas Binsack, Leiter der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München.

Ab September 2005

Angebot "Palliativmedizinischer Qualitätszirkel"

Leitung: Dr. Peter Lechner, Palliativarzt, KH Füssen

Noch ohne Termin 2005:

Info-Nachmittag für pflegende Angehörige

Wir möchten unserem Angehörigen ein Sterben zu Hause ermöglichen - wie kann er bestmögliche Hilfe erfahren? Ref. Christa Lukes, PDL Sozialstation und Brigitte Engelhard-Lechner, Leiterin Hospizgruppe Füssen

Unsere Vision: Palliativversorgung - kein Glücksfall, sondern Regelfall

Die Wochenzeitung „Die Zeit“ gibt sich in ihrer Reihe „Leben in Deutschland“ 2004 euphorisch-strahlend: „Palliativ ist ein schönes Wort. Hell und klar steht es, wenn einer Glück hat, am Ende einer unheilbaren Krankheit. Und verspricht Linderung, wenn Heilung nicht mehr möglich ist. ... Die häusliche Betreuung schwerstkranker Patienten ist eine Revolution des Sterbens in Deutschland, wie sie zuletzt in den fünfziger Jahren stattfand, als Intensivmediziner das Leben in vitale Funktionen aufteilen und dies apparativ ersetzen.“¹

Unser Modell-Projekt will und wird dafür sorgen, dass in unserer Region die ambulante Palliativversorgung in der Sterbebegleitung nicht nur „Glücksfall“ bleibt, sondern zum „Regelfall“ wird. Ein gutes Stück haben wir für unseren Bereich bereits geschafft.

Wir verwirklichen punktuell, was das Expertengremium des Deutschen Bundestages in ihrem Zwischenbericht allgemein fordert:

„Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Möglichkeiten der ambulanten Pflege am Lebensende bedarfsgerecht zu verbessern. Dies sollte durch eine Erweiterung der anerkannten zusätzlichen Betreuungsleistungen in der Pflegeversicherung gemäß § 45 SGB XI erfolgen, wo analog zur Pflege der Demenzkranken auch die Indikation der Palliativversorgung aufgenommen werden sollte. (...)

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, zur Gewährleistung einer fachlich abgesicherten bedarfsgerechten Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Patienten den Aufbau ambulanter Palliativdienste im Sinne multiprofessioneller Palliative-Care-Teams. Diese können auch aus bestehenden Hospizdiensten und anderer dazu fachlich geeigneter ambulanten oder stationären Diensten hervorgehen. (...)²

Wie beschrieben war ein Ziel des Pilotprojektes von Beginn an, rechtliche Voraussetzungen für einen konsiliaren palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Dienst zu schaffen. Von der Projektplanung an wurden deshalb Gespräche mit der örtlichen AOK, Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, Vertretern der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung geführt. Dieses Anliegen wurde von uns auch immer wieder in den Expertenkreis zur Palliativversorgung im Bayerischen Sozialministerium eingebracht. Nachdem wir gemeinsam verschiedene Alternativen ausgelotet hatten, wurde mit der AOK Ostallgäu ein Erprobungsvertrag im Sinne der Integrierten Versorgung abgeschlossen. Damit kann von uns in den nächsten zwei Jahren regulär ein praktischer Konsiliardienst angeboten werden über die bisherigen Schranken von ambulant und stationär hinweg. Über Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen werden wir bei anderen Pflegediensten, Hausärzten, Angehörigen auf diese neue Möglichkeit aufmerksam machen. Die Erfahrungen und Ergebnisse aus dieser Erprobung bilden dann die Grundlage für eine eventuelle künftige Regelversorgung!

¹ Faller, H. (2004): Wie man in Deutschland stirbt. In: Sommer, Th. (Hg.): Leben in Deutschland - Anatomie einer Nation. Ein ZEIT-Buch. Köln: Kippenheuer & Witsch

² Siehe Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“, Juni 2005 (Bundesdrucksache 15/5858, S. 7 ff. (Download über www.dgpalliativmedizin.de))

Presseartikel

Allgäuer Zeitung, 02. Juli 2005

Schwerstkranken besser helfen

AOK nimmt Vorreiterrolle ein - Vertrag zur "integrierten Versorgung" abgeschlossen Füssen

(aw) Die AOK Bayern spielt eine Vorreiterrolle bei der Finanzierung einer besseren Versorgung schwerstkranker Palliativ-Patienten. Ein Vertrag zur "integrierten Versorgung" wurde jetzt für Palliativ-Patienten im südlichen Landkreis Ostallgäu abgeschlossen.

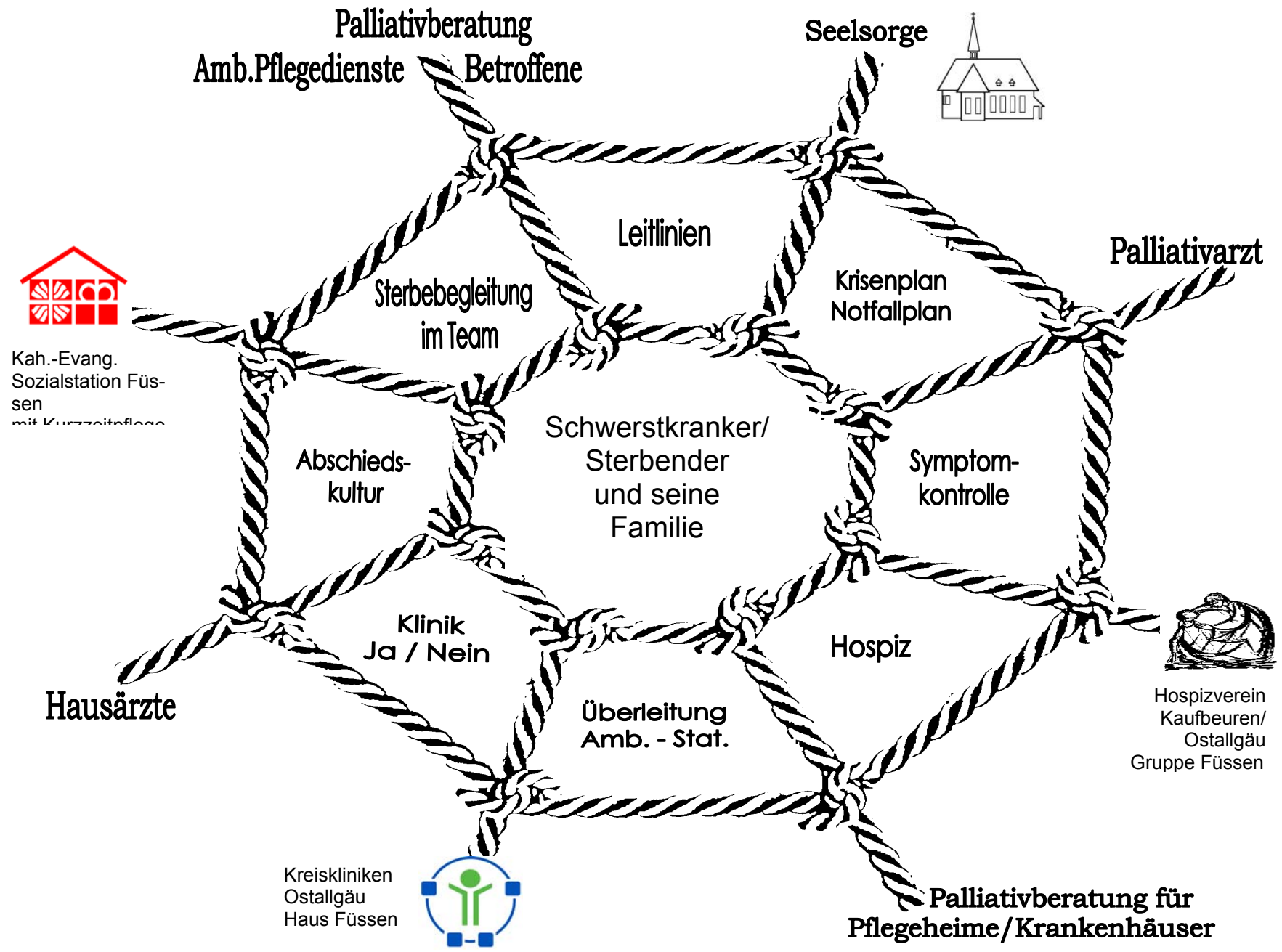
Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) schloss den Vertrag mit den Kreiskliniken Ostallgäu, Haus Füssen, und der Katholisch-Evangelischen Sozialstation Füssen gGmbH. Dieses Modellprojekt hat die Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Palliativ-Patienten zum Ziel. Seine Grundlage ist das von Sozialstation Füssen und Hospizverein Kaufbeuren/Ostallgäu, Gruppe Füssen, gemeinsam durchgeführte Pilotprojekt "Palliativversorgung im ambulanten Bereich".

Das Projekt wird zwei Jahre lang getestet. Nach dem neuen Versorgungskonzept arbeitet ein neu eingerichteter ärztlicher Palliativ-Konsiliardienst intensiv mit dem Hausarzt des Patienten und dem palliativ-geschulten Pflegedienst der Sozialstation zusammen. Künftig steht dem Hausarzt und der Pflegestation ein Krankenhausarzt beratend zur Seite. Fragen zur ärztlichen Behandlung, zu Arzneimitteln und zur ambulanten Krankenpflege können bei Bedarf gemeinsam anhand der individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt werden. Die medizinische Versorgung der schwerstkranken und multimorbiden Patienten wird so zur gemeinsamen Aufgabe aller beteiligten Mediziner. Bei der AOK versicherte Patienten können diese neue Versorgungsform wählen. Die Teilnahme ist freiwillig. Die AOK erwartet dadurch eine Qualitätsverbesserung und intensivere medizinische Betreuung dieser Schwerstkranken. Der neue Vertrag kann auch von Palliativ-Patienten in Anspruch genommen werden, die von ihren Angehörigen gepflegt werden. Die Anmeldung dazu ist bei der Sozialstation möglich. Zudem können die pflegenden Angehörigen bei einem palliativen Beratungsgespräch offene Fragen klären.

Nähere Informationen hierzu gibt's bei der Sozialstation Füssen unter der Telefonnummer 08362/9171102.



Im Beisein von Dr. Thomas Binsack, Vorsitzender des Stiftungsrates der Bayerischen Stiftung Hospiz erfolgte am 20. Juni 2005 in den Räumen der Sozialstation Füssen die offizielle Bekanntgabe und Übergabe der Vertrages zur Integreirten Versorgung für Palliativpatienten v.li.: Siegfried Gust, Verwaltungsleiter Krankenhaus Füssen, Renate Siegert, PDL Krankenhaus Füssen, Brigitte Engelhard-Lechner, Hospizgruppe Füssen, Palliativarzt Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen, Dr. Thomas Binsack, Bayer. Stifung Hospiz, Ingeorg Rietzler, Direktorin AOK Ostallgäu, Marianne Pfeiffer und Andrea Mahler, Leitung der Sozialstation, Veronika Stich, Hospizgruppe Füssen und Projektleitung und Dr. Heiko Thiele vom Ärztl. Kreisverband als Vertreter der Hausärzte, freuen sich damit ein wichtiges Etappenziel innerhalb ihres Projektes erreicht zu haben.



Wie „gut“ ist unsere Sterbebegleitung?

Ein 20 Punkte-Check

Martin Alsheimer

1. Gibt es ein schriftliches Leitbild oder Leitlinien zur Sterbebegleitung in der Sozialstation? Wenn ja: Sind dieses oder diese den MitarbeiterInnen bekannt? Wird es von allen getragen? Macht es Aussagen darüber, wo Sterbebegleitung beginnt und was es alles umfasst?
2. Wird die Sterbegleitung in Prospekten über die Arbeit der Sozialstation angesprochen? Wenn ja: wie?
3. Werden gezielt Informationen über Wünsche oder Vorstellungen zur letzten Lebensphase gesammelt? Wenn ja: wie? Werden diese Wünsche gesichert? Werden Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen für die Sterbebegleitung besonders ermittelt? Wenn ja: wie?
4. Werden PatientInnen unterstützt bei Lebensbewältigung und Lebensrückschau? Wenn ja: wie? Gibt es besondere Verfahren für demenziell erkrankte Menschen, die die MitarbeiterInnen anwenden?
5. Werden Angehörige in die Sterbebegleitung gezielt miteinbezogen und unterstützt? Wenn ja: wie?
6. Werden Angehörige beim Abschiednehmen von Verstorbenen unterstützt? Wenn ja: wie?
7. Haben ehrenamtliche HospizhelferInnen in der Sozialstation Bedeutung? Wenn ja: welche? Ist eine eventuelle Kooperation befriedigend geregelt (z.B. Wann werden die ehrenamtlichen HelferInnen angefordert? Von wem? Wie schnell und zuverlässig ist der Einsatz? Wie wird bei Konfliktfällen verfahren?) Wenn ja: wie?
8. Verläuft die Zusammenarbeit mit Hausärzten gut? Wird in Konfliktfällen befriedigend verfahren? (Konfliktfall z.B. Schmerztherapie, PEG-Versorgung, Einweisungen)
9. Praktizieren die Pflegekräfte in der Sterbebegleitung besondere pflegerische Maßnahmen und Aufmerksamkeiten? Wenn ja: welche?
10. Sind die Entscheidungen in der Regel nachvollziehbar, ob jemand noch in eine andere Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim) verlegt wird?
11. Ist die Überleitung zwischen Krankenhaus und Sozialstation gut geregelt? Wenn ja: wie?
12. Wird der Verstorbene durch die Sozialstation noch versorgt / aufgebahrt? Werden Angehörige dabei unterstützt?
13. Wird die Sterbebegleitung im Team besonders abgesprochen? Wenn ja: wie?
14. Wird den Gefühlen von Pflegekräften Raum und Zeit gegeben? Wenn ja: wie?
15. Wird Zeit geschaffen für die Sterbebegleitung? Wenn ja: wie?
16. Werden neue MitarbeiterInnen herangeführt und angeleitet bei der Sterbebegleitung? Wenn ja: wie?
17. Werden in der Sozialstation Formen der Erinnerung an Verstorbene gepflegt? Wenn ja: wie?
18. Ist Sterben, Tod, Trauer Thema in Bewerbungsgesprächen? Wenn ja: in welcher Form?
19. Gibt es eine Nachsorge für Angehörige? Wenn ja: in welcher Form?
20. Ist die Zusammenarbeit mit Seelsorgern befriedigend geregelt? Wenn ja: wie?

Leitlinien für die Sterbebegleitung

Kath.-Evang. Sozialstation Füssen und Gruppe Füssen des Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 09/2004
Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer

Unsere Aufgabe:

Ein Netz der Begleitung knüpfen für ein Sterben in Würde

Sterben ist ein ganz individueller Prozess. Sterbebegleitung lässt sich zeitlich und inhaltlich nicht detailliert im Voraus festlegen. Aber: Wir können einen verlässlichen Rahmen schaffen, der diese Individualität ermöglicht und schützt. Darin sehen wir unsere besondere Herausforderung.

In unserem christlichen Grundverständnis hat jeder Mensch und jede Lebensphase - und gerade auch die Phase der Krankheit und des Sterbens - einen eigenen Wert und eine eigene Würde.

Die Würde eines Menschen wurzelt in seiner Gottesebenbildlichkeit. Im praktischen Handeln der Sterbebegleitung muss die Menschenwürde durch folgende beiden Aspekte, die sich gegenseitig bedingen, von uns verwirklicht werden:

- Wir möchten den schwerkranken Menschen durch die Art unserer Pflege und Begleitung erleben lassen, dass er mit und trotz seiner Krankheit und Gebrechlichkeit wertvoll um seiner selbst willen ist (= Beziehungs-Aspekt der Menschenwürde).
- Wir achten das unbedingte Selbstbestimmungsrecht des schwerkranken Menschen und versuchen, es immer wieder zu sichern (= Autonomie-Aspekt der Menschenwürde).

Die folgenden Leitlinien zur Sterbebegleitung formulieren Überzeugungen der MitarbeiterInnen der kath.-evang. Sozialstation und Kurzzeitpflege Füssen und des Hospizvereines Kaufbeuren / Ostallgäu. Wir halten fest, was wir unter Sterbebegleitung verstehen, was diese alles umfasst und welche Grundhaltungen uns wichtig sind. Nach innen bieten die Leitlinien uns Orientierung und weisen uns den Weg für detailliertere organisatorische Überlegungen und Vereinbarungen (= Standards). Nach außen sind sie unser Versprechen für die Betroffenen und ihre Familien.

Sterbebegleitung ist Lebensbegleitung

Sterbebegleitung verstehen wir als Lebensbegleitung. Im Mittelpunkt steht deshalb alles, was das Leben bewegt: Traurigkeiten und Heiterkeiten, Rückblicke und Hoffnungen, Glaubensfragen und Zweifel, Schmerzen und Wohlbefinden - kurz: die "kleinen Dinge" des Alltags und die großen Fragen des Lebens ... Um hier unterstützender Partner sein zu dürfen, braucht es Vertrauen. Dieses kann entstehen über unser Interesse am Leben des anderen, unsere Verlässlichkeit, unsere Achtsamkeit. Biografiearbeit ist deshalb für uns ein wertvoller Schlüssel für eine individuelle Pflege und Sterbebegleitung. Wir blicken zurück auf das, was jemand geprägt hat (= Unterstützung bei der Lebensbilanz), beachten, was den Menschen im Augenblick besonders beschäftigt (= Lebensbewältigung) und erkunden, mit welchen Ängsten und Hoffnungen er seine Zukunft sieht (Lebensplanung). Mit Erlaubnis des Betroffenen halten wir bedeutsame Informationen fest, um eine biografie-orientierte Pflege zu sichern (**↗ Siehe Biografiebogen Sozialstation**).

Unsere Grundhaltung: Wir respektieren die Gefühle und Gedanken der PatientInnen und versuchen, diese nicht auszureden, abzulenken oder zu verharmlosen.

Im Mittelpunkt: Die Vorstellungen und Wünsche von PatientInnen

Sterbebegleitung bedeutet für uns, Wünsche zur letzten Lebensphase zu erspüren und zu respektieren. Wir sind hellhörig für entsprechende Signale. Je nach Verfassung und Bereitschaft der PatientInnen suchen wir auch das direkte Gespräch (z.B. über persönliche Wünsche und Sorgen, Behandlungsziele, lebensverlängernde Maßnahmen), (**↗ Leitfaden für Gespräch: Vorstellungen zur letzten Lebensphase**). Wir erkunden, ob Patientenverfügungen existieren, ermutigen dazu, sich damit auseinanderzusetzen und vermitteln bei Interesse entsprechende Information (**↗ Vorstellungen sichern - Informationen zu Vorsorgedokumenten, Adressen für Info / Beratung zur Patientenverfügung.**) Wir sind offen für Glaubensfragen, knüpfen - wenn gewollt - den Kontakt zur Seelsorge und informieren den Kranken über die Möglichkeiten, zusätzliche Unterstützung durch den Hospizdienst zu bekommen. Geäußerte Wünsche zur letzten Lebensphase oder zur Behandlung nach dem Versterben werden mit Einverständnis des Betroffenen entsprechend in der Dokumentation gesichert.

Unsere Grundhaltung: Der kranke Mensch führt Regie! Nur er weiß letztendlich, was für ihn gut und wichtig ist. Wir stehen lediglich unterstützend und beratend zur Seite.

Sterbebegleitung ist praktische Unterstützung für höhere Lebensqualität

Es ist uns ein wichtiges Anliegen, den Sterbenden in seiner gewohnten Umgebung zu belassen. Wir stellen bei Bedarf die notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung und geben Anleitung, um sie sicher und effizient einzusetzen. Betroffene und Angehörige können wir zusätzlich zur Pflege gezielt entlasten durch unser breites Leistungsangebot bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (Einkauf, Wäsche, Wohnungsreinigung, Essen auf Rädern).

Sterbebegleitung ist Teamarbeit und persönliche Auseinandersetzung

Das Sterben von Menschen führt uns oft an Grenzen - im Team und persönlich. Bei der Begleitung sollten wir uns selbst nicht mit zu hohen Erwartungen überfordern (z.B. Vorstellung einer ständigen Betreuung rund um die Uhr durch die Pflegekräfte).

Sterbebegleitung braucht nicht nur persönliches Engagement einzelner Pflegekräfte, sondern erfordert vor allem Teamarbeit. (**➤ Übersichtstandard: Sterbebegleitung im Team organisieren**) Entscheidend ist ein guter Informationsaustausch zwischen den Beteiligten (Leitung, MitarbeiterInnen der Pflege und Hauswirtschaft, Angehörige, BetreuerInnen, ÄrztInnen, Seelsorge, Hospizdienst). Wo immer möglich, werden wir flexibel sein und Unterstützung für die Betroffenen und die beteiligten Teammitglieder organisieren (z.B. HospizhelferInnen, Springer im Team). Wir achten und nutzen dabei die unterschiedlichen und besonderen persönlichen Beziehungen, die im Team zum jeweiligen kranken Menschen und seiner Familie entstanden sind. Entsprechend stellen wir ein kleines Pflegeteam zusammen, das mit dem Sterbenden und seiner Situation vertraut ist. Das gesamte Pflegeteam unterstützt diese Gruppe, so dass die KollegInnen möglichst ohne Zeitnot arbeiten können.

Das nahe Sterben von Menschen, die wir betreuen, konfrontiert uns als MitarbeiterInnen in der Pflege persönlich mit unserer eigenen Endlichkeit und Zerbrechlichkeit. Deshalb brauchen und schaffen wir im Team Aufmerksamkeit und Raum für Gefühle und Gedanken. "Der Tod unterbricht bei uns die Tagesordnung". Wir pflegen im Team das gemeinsame Gedenken an Verstorbene und fördern Möglichkeiten für einen persönlichen Abschied. Bei Belastungen einzelner KollegInnen suchen wir im Gespräch nach guten Lösungen. (**➤ Ritual: Gedenken im Team**)

Wir nutzen für die eigene Selbstpflege z.B. die verschiedenen Fortbildungen in diesem Bereich. Hospizverein und Sozialstation organisieren hier regelmäßige Angebote. Das Thema Sterbebegleitung ist auch Teil des Bewerbungsgesprächs und einer guten Einarbeitung.

Sterbebegleitung heißt für uns auch, dass wir uns immer wieder unserer eigenen christlichen Grundhaltung vergewissern (z.B. Was gibt mir Halt angesichts von Krankheit und Leiden?). Für diese Auseinandersetzung gibt es in unserer Einrichtung entsprechend Raum und Zeit (z.B. Fortbildungen, Besinnungstage). Dies ermöglicht uns, mit Offenheit und Wertschätzung anderen Glaubensrichtungen oder Weltanschauungen zu begegnen.

Unsere Grundhaltung: In die Sterbebegleitung fließen immer eigene Überzeugungen ein. Als BegleiterInnen sind wir bereit, unsere Einstellungen immer wieder zu klären, uns der eigenen "unerledigten Geschäfte" (Elisabeth Kübler-Ross) zu stellen und für einen gesunden Ausgleich und für die Selbstpflege zu sorgen.

Sterbebegleitung ist Einbeziehung ehrenamtlicher HospizhelferInnen

Schwere Krankheit hat nicht nur körperliche Auswirkungen, sondern bringt sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen große Verunsicherung und Ängste mit sich. Sterbebegleitung bedeutet für uns, im Sinne der Betroffenen ein Netzwerk zu knüpfen und zu nutzen. Deshalb arbeitet die Kath.-Evang. Sozialstation Füssen sehr eng mit dem Hospizverein Kaufbeuren / Ostallgäu zusammen.

Die Hospizbegleitung ist ein Angebot für Menschen, die von einer voraussichtlich unheilbaren Erkrankung getroffen sind und bei denen die Lebenserwartung begrenzt erscheint. HospizhelferInnen ersetzen nicht Pflegedienst und Haushaltshilfe, aber sie ergänzen und entlasten die professionellen HelferInnen.

Wir empfehlen den Betroffenen, Hilfe und Unterstützung durch die geschulten, ehrenamtliche HospizhelferInnen in Anspruch zu nehmen. (➤ **Standard: Anbieten der ehrenamtliche Hospizhilfe**) Dazu informieren wir über die Tätigkeit der HelferInnen und ihre vielfältigen Möglichkeiten der Unterstützung. (➤ **Infoblatt: Hospizhelferdienst**). Auf Wunsch stellen wir den Kontakt zur Einsatzleitung des Hospizvereines her.

Unsere Grundhaltung: Sozialstation und Hospizverein verstehen ihre Leistungen als wichtige wechselseitige Ergänzungen zum Wohle der Schwerkranken und der betroffenen Familien. Wir kooperieren ohne Konkurrenzgefühle in gegenseitiger Loyalität durch dichten Informationsaustausch und klare Absprachen.

Sterbebegleitung ist gute palliativmedizinische Versorgung

Sterbebegleitung bedeutet für uns, den PatientInnen ein Leben bis zuletzt und ein Sterben möglichst ohne physische Schmerzen zu ermöglichen. Dies ist ein wichtiges Element menschlicher Würde.

Voraussetzung dafür ist die kollegiale, unvoreingenommene Zusammenarbeit mit vielen Berufsgruppen, insbesondere der enge Kontakt mit den HausärztInnen. Wir klären, ob und wie weit der jeweilige Hausarzt über Wünsche und eventuelle Entscheidungen des / der PatientIn informiert ist. Wichtig ist uns auch gutes Krisenmanagement: Um die Wünsche von PatientInnen zu respektieren und ➤ **Krisenvorsorge zu treffen**, werden vorbeugend mit den behandelnden Ärzten und den Angehörigen möglichst frühzeitig Handlungsweisen bei absehbaren Komplikationen besprochen und dokumentiert und eine entsprechende Notfallmedikation bevorratet. (➤ **Notfallplan: Verfügungen - Ärztlicher Bericht**) Damit bei Einweisungen und Entlassungen aus dem Krankenhaus keine wichtige Informationen vergessen werden, haben wir mit den regionalen Krankenhäusern ein entsprechendes Überleitungsmanagement vereinbart.

Durch Gespräch, sorgfältige Beobachtung und Dokumentation erhalten wir Auskunft über den jeweiligen Schmerzzustand. (➤ **Leitfaden: Beobachtung von Schmerzen bei demenziell erkrankten Menschen¹**)

~ Wenn notwendig, drängen wir darauf, palliativ-medizinisch ausgebildete ÄrztInnen konsiliarisch

¹ Beobachtungsbogen abgedruckt in: Wilkening, K. / Kunz, R. 2003: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vanderhoeck u. Ruprecht, S. 235 ff.)

Pilotprojekt Füssen: Ein Netz der Begleitung knüpfen -Palliativversorgung im ambulanten Bereich
.....
hinzuzuziehen. Wir verstehen uns hier als "Anwalt von PatientInnen". In Kooperation von Pflegedienst und Hospizverein haben wir uns für den Aufbau eines palliativmedizinischen Beratungsdienstes in der Region eingesetzt.

Unsere Grundhaltung: Wir praktizieren interdisziplinäre Zusammenarbeit und fühlen uns verantwortlich für eine optimale Kooperation im Sinne der PatientInnen.

Nicht zuletzt: Sterbebegleitung ist partnerschaftliche Unterstützung der Angehörigen

Sterben trifft nicht nur eine Person. Es betrifft Familie und Freunde. Diese sind besonders vertraut mit dem Sterbenden, aber auch besonders betroffen von der Situation. Wir sehen unser Verhältnis zu den Angehörigen als eine Art Partnerschaft zum Wohle des Patienten. Es ist uns deshalb besonders wichtig, Angehörige in der Pflege auf die Sterbebegleitung vorzubereiten, sie anzuleiten und einzubeziehen. Wir unterstützen und beraten sie fachlich, brauchen und nutzen aber auch umgekehrt deren Sicht und Kenntnisse für eine individuelle Pflege des Patienten. Wir zeigen Offenheit für Fragen von Angehörigen zur letzten Lebensphase und weisen frühzeitig auf weitere Möglichkeiten der Unterstützung in unserem ambulanten Netzwerk hin (z.B. HospizhelferInnen, Seelsorge). Wenn es gewünscht und es der jeweiligen Pflegekraft auch möglich ist, ermutigen und unterstützen wir Angehörige beim Verabschieden von Verstorbenen.

Unsere Grundhaltung: Wir betrachten unsere Rolle als "Gäste" im Haus und sehen Angehörige als wichtige PartnerInnen in der Pflege. Allerdings sehen wir auch unsere Grenzen. Wo Angehörige fehlen oder ausgefallen sind, können wir sie nicht ersetzen - trotz der vielleicht entstandenen Vertrautheit zwischen PatientInnen und uns. Der sterbende Mensch steht außerdem manchmal in einem familiären Beziehungsgeflecht, das Konflikte birgt. In solchen Konfliktfällen können wir zwar als Außenstehende in Gesprächen entlastend und wertvoll sein, aber erfahrungsgemäß nur gelegentlich und begrenzt vermitteln.

Unser Leitgedanke: In diesen Situationen müssen wir besonders achtsam sein, nicht zu werten und zu verurteilen, sondern eine verständnisvolle Distanz zu allen Konfliktparteien zu wahren.

Sterbebegleitung im Team organisieren

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 03/2004

Entwurf: Kerstin Rösel, Elke Henne, Christa Lukes, Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer

Ziele

Maßnahmen

1. Zentraler Informationsaustausch im Team:

Die wichtigen Informationen werden zentral erfasst und entsprechende Maßnahmen getroffen, sofern diese nicht schon eingeleitet wurden. (Pflege- team - Palliativarzt – Hospizverein)

- Die vor Ort eingesetzten Mitarbeiterinnen informieren sich gegenseitig und die PDL, wenn sie den Eindruck haben, die akute Sterbephase beginnt.
- Die PDL bzw. verantwortliche Pflegekraft klärt die Maßnahmen zur **↗ Krisenvorsorge** ab, sofern diese nicht schon getroffen sind.
- Das gesamte Team wird über Entwicklungen in der Dienstbesprechung informiert

2. Sicherheit für die Betroffenen (PatientInnen, Angehörige)

PatientIn und den pflegenden Angehörigen wird Geborgenheit und Sicherheit vermittelt

- Die PDL berät mit den MitarbeiterInnen vor Ort, wie viele und welche MitarbeiterInnen eingesetzt werden sollen (= **palliatives Bezugspflegeteam**)
- Die PDL klärt mit dem Bezugspflegeteam und den pflegenden Angehörigen, ob die Anzahl der Pflegebesuche erhöht werden soll und es weiterer Hilfen bedarf.
- Die PDL klärt mit dem Bezugspflegeteam, ob zusätzlich die Unterstützung ehrenamtlicher HospizhelferInnen angeboten werden soll. **↗ Anbieten der ehrenamtlichen Hospizhilfe**

Ziele

Maßnahmen

3. Sicherheit und Verständnis für die eingesetzten MitarbeiterInnen

Die MitarbeiterInnen fühlen sich persönlich und fachlich unterstützt.

- Die ausgebildeten Palliative-Care-Fachkräfte der Sozialstation stehen den Pflegekräften bei Bedarf beratend zur Seite.
- Die vor Ort eingesetzten MitarbeiterInnen suchen bei Überlastung das Gespräch mit der PDL. Ein eventueller Rückzug aus der Betreuung ist möglich.

4. Begleitung der Angehörigen nach dem Tod des / der Patienten/in

Die Angehörigen fühlen sich auch nach dem Tod unterstützt.

- Die PDL schickt einen Kondolenzbrief an die pflegenden Angehörigen.
- Die MitarbeiterInnen nutzen das Abholen von ausgeliehenen Pflegemitteln für ein Gespräch und sondieren den Bedarf an weiterer Unterstützung (z.B. Trauerbegleitung durch Hospizverein).
- Die Pflegekräfte weisen Angehörige auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch weitere Trauerbegleitung hin. Termine, Ansprechpartner sind in der Sozialstation bekannt; entsprechende Faltblätter sind vorrätig.

5. Verarbeitung von Erlebnissen der MitarbeiterInnen

Die MitarbeiterInnen haben einen sicheren Rahmen, um Erfahrungen auszutauschen.

- Die PDL / Geschäftsführung ermöglicht im Rahmen des **↗ Rituals: Abschied- und Gedenken im Team** den Austausch über positive und belastende Erfahrungen.

Ziele

Maßnahmen

6. Stetige Verbesserung der Sterbebegleitung und Konzeption („Nachhaltigkeit“)

Die Sozialstation überprüft regelmäßig die Qualität der Maßnahmen und entwickelt diese kontinuierlich weiter.

- Die PDL / Geschäftsführung organisiert in vereinbarten, regelmäßigen Abständen eine Überprüfung des Konzeptes und der einzelnen Maßnahmen in Teambesprechungen oder entsprechenden Fortbildungen.
- Interessenten werden im Bewerbungsgespräch nach ihren Haltungen und Erfahrungen zur Sterbe- und Trauerbegleitung befragt.
- Neue MitarbeiterInnen, PraktikantInnen und Auszubildende werden im Rahmen eines Anleitungskonzeptes gezielt mit der Palliativkultur der Einrichtung und den einzelnen Standards vertraut gemacht.
- Die Geschäftsführung stellt sicher, dass MitarbeiterInnen mit der Zusatzqualifikation "Palliative Care und Hospizarbeit" (Curriculum Bonn) im Team sind.
- Die Geschäftsführung / PDL sorgt dafür, dass MitarbeiterInnen die Möglichkeit haben, das Basiswissen zu Palliative-Care aufzufrischen oder - bei neuen Kräften - zu schulen. Neben internen und externen Fortbildungen können Angebote des Hospizvereins dafür genutzt werden. Über entsprechende Angebote werden die MitarbeiterInnen informiert.

Anbieten der ehrenamtlichen Hospizhilfe

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 06/2004

Entwurf: Brigitte Lechner, Veronika Stich

Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer

Ziele

1. **Klare Indikation:** Die Pflegekräfte wissen, wann der Hospizverein in den betroffenen Familien als Unterstützung ins Gespräch gebracht werden kann.
2. **Kompetente Information:** Die Pflegekräfte kennen die Einsatzmöglichkeiten der HospizhelferInnen.
3. **Taktvolles Gespräch:** Die Pflegekräfte kennen mögliche Hemmschwellen, die Hospizhilfe anzunehmen, und wissen entsprechende Anregungen, wie sie das Angebot einbringen können.
4. **Wirkungsvolle Hilfe:** Die Angehörigen / der Schwerkranke empfinden die Unterstützung als entlastend und nicht belastend. Einsatz und Änderungswünsche werden unkompliziert geregelt.

Durchführung

Vorbereitung

- **Indikation:** Die Hospizhilfe wird ins Gespräch gebracht, ...
 - wenn Angehörige über Überforderung klagen (Fall 1). Das Angebot ist auch nur für Angehörige als Entlastung möglich.
 - wenn das Sterben / der Tod zum Thema durch die Betroffenen gemacht wird (Fall 2)
 - wenn die Pflegekräfte, die in der betroffenen Familie eingesetzt sind, zur Einschätzung kommen, dass die Lebenszeit des Patienten deutlich begrenzt ist und sein Tod sie in den nächsten Wochen nicht überraschen würde (Fall 3)
- **Abklärung:** Bevor die Pflegekräfte den Hospizdienst anbieten, klären sie telefonisch ab, ob HospizhelferInnen verfügbar sind.

Durchführung

Beratungsgespräch

Das Angebot der ehrenamtlichen Hilfe kann von der Pflegekraft situativ angemessen ins Gespräch mit dem Betroffenen und / oder den (pflegenden) Angehörigen eingebracht werden. (Siehe auch ↗ **Krisenvorsorge treffen**). Das Angebot wird in der Regel noch nicht im Erstgespräch besprochen, weil es erfahrungsgemäß sonst überfordernd sein könnte und eine schnelle Ablehnung provoziert.

- **Einstieg** über praktisches Hilfsangebot an Angehörige: „Sie haben geäußert, dass Sie bei ... mehr Unterstützung oder Entlastung bräuchten. Wir als Schwestern können das leider nicht bieten, aber es gibt die Möglichkeit von ehrenamtlichen HospizhelferInnen ...“
- Übersicht über die Hilfen. Hinweis: Einsatz nach Bedarf; Hilfe kostenlos; keine Mitgliedschaft notwendig, speziell ausgebildete und erfahrene Frauen und Männer; Schweigepflicht.
- Zur Ermutigung positive Erfahrung einbringen: „Ich kann bestätigen, dass HospizhelferInnen schon oft geholfen haben. Und es erleichtert mich auch als Pflegekraft, wenn ich weiß, dass Sie noch zusätzlich unterstützt werden ...“ Oder: „Ich kenne einige HelferInnen persönlich ...“
- **Hemmschwelle "unbekanntes Angebot"**: Hinweisen auf telefonische Beratung. „Soll ich der Hospiz-Einsatzleitung Bescheid geben, dass sie bei Ihnen anruft, um Sie zu beraten? Das ist völlig unverbindlich ...“ Weitergeben des ↗ **Faltblattes "Hospizhelferdienst"**. "Sie können das, was ich gesagt habe, noch einmal in Ruhe nachlesen und sich durch den Kopf gehen lassen ..."
- Auf Offenheit des Angebotes hinweisen: „Es lässt sich alles besprechen und abklären ..."
- **Hemmschwelle "fremder Mensch im Haus"**: Darauf hinweisen: „Ich kann mir vorstellen, dass man einen fremden Menschen zunächst nur ungern im Haus hat ... Die Hilfe ist immer erst einmal auf Probe zum Beschnuppern. Sie müssen den Helfer auch nicht unterhalten. Und es ist auch in Ordnung, wenn Sie ihn nicht (mehr) brauchen. Das ist völlig unkompliziert.“
- Daran erinnern: „Ich war als Pflegekraft auch einmal eine Fremde für Sie ..."

Auswertung (bezogen auf Ziele)

- PDL fragt in Teamgesprächen nach, ob Pflegekräfte den Einsatz von HospizhelferInnen erwägen. Es wird geklärt, wie man konkret das Angebot einbringen könnte und welche Hemmschwellen in der betroffenen Familie gesehen werden. Das ↗ **Faltblatt "Hospizhelferdienst"** liegt in der Sozialstation zum Mitnehmen auf.
- Der persönliche Kontakt zwischen den Pflegekräften der Sozialstation / Kurzzeitpflege und den HospizhelferInnen wird durch gemeinsame Fortbildungen gepflegt. Bei diesen Fortbildungen werden auch auftauchende sachliche Fragen und persönliche Erfahrungen zum Einsatz von HospizhelferInnen ausgetauscht.
- Wenn es zur praktischen Begleitung durch Hospizhelferinnen kommt, achten die Pflegekräfte aufmerksam darauf, wie die Hilfe ankommt. Auffallende Störungen werden an die Einsatzleitung des Hospizvereines weitergegeben.
- Bei praktischen Einsätzen suchen die eingesetzten Pflegekräfte nach Bedarf telefonisch oder persönlich den Kontakt mit den jeweiligen HospizhelferInnen / Einsatzleitung, um sich über die Hilfe oder Änderungen abzustimmen.

Wenn Sie nähere Information über unseren Dienst oder eine Begleitung wünschen, wenden Sie sich bitte an die Einsatzleitung der Hospizgruppe Füssen:

Frau Brigitte Engelhard-Lechner
87672 Roßhaupten
Telefon: 08367-913 91 91
Fax: 08367-913 91 92

Die Einsätze der Hospizhelfer werden durch die Einsatzleitung vorbereitet.

Oft laufen Begleitungen auch über das Telefon; vor allem die Beratung der Angehörigen durch die Einsatzleitung.

Wenn sie darüber hinaus die Begleitung durch eine/n Hospizhelfer/in in Anspruch nehmen möchten, werden in einem unverbindlichen Erstbesuch Wünsche, notwendige Hilfe u. ä. des Kranken/ der Angehörigen besprochen.

Zunächst wird die Vorstellung eines Hospizhelfers vereinbart.

Erst nach diesem ersten Kennenlernen treffen Sie die Entscheidung, ob und in welchem Umfang Sie eine Begleitung wollen. Dies ist jederzeit wieder änderbar. Mitunter ist zunächst eine Beratung ausreichend und wird eine Begleitung erst für einen späteren Zeitpunkt ins Auge gefasst.

Sie müssen nicht Mitglied im Hospizverein sein oder werden, um unsere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Hospizdienst finanziert sich aus den Beiträgen der Vereinsmitglieder und aus Spenden.

"Sie sind wichtig,
weil Sie eben Sie sind.

Sie sind
bis zum letzten Augenblick
Ihres Lebens wichtig!

Wir werden alles tun,
damit Sie nicht nur
in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt
leben können"

Dame Cicely Saunders
Ärztin, Krankenschwester, Sozialarbeiterin in London.
Begründerin der heutigen Hospizbewegung

Hospizbüro:
Hospizverein Kaufbeuren/Ostallgäu e.V.,
Ökumenische Initiative
"Lebensbegleitung für Sterbende"
87600 Kaufbeuren, Spitaltor 4
Haus St. Martin
Tel. 08341 - 99 44 43

Hospizhelferdienst

für Schwerstkranke, Sterbende
und deren Angehörige

Sei ohne Furcht -



- Ich bin bei dir

**Hospizverein
Kaufbeuren/Ostallgäu e.V.**

**Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Angehörige,**

mit diesem Faltblatt möchten wir Sie über den Hospizhelferdienst informieren.

Die Hospizbewegung hat es sich zur Aufgabe gemacht, schwerstkranke und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen auf ihrem schweren Weg zu begleiten und zu unterstützen.

Sie möchte mithelfen, körperliche und seelische Leiden und Belastungen zu lindern, so dass für Sie Leben bis zuletzt möglich ist.

Hospizarbeit

* schenkt Aufmerksamkeit, Zuwendung und Hilfe in der Bewältigung dieser besonderen Lebenssituation.

* schließt Angehörige und Freunde in ihre Begleitung und Fürsorge mit ein und entlastet sie.

* tritt ein für die Würde und Selbstbestimmung der Kranken. Sie lehnt jegliche Art künstlicher Lebensverlängerung bzw. Lebensverkürzung ab.

* informiert über weitere Hilfemöglichkeiten (z. B. Schmerztherapie, psychologische Beratung, Haushaltshilfen usw.)

* geschieht aus einer christlichen Grundhaltung für alle Menschen, unabhängig von Religion, Weltanschauung, Nationalität, Alter oder der Art der Erkrankung.

Ambulanter Hospizdienst

Hospizhelfer und Hospizhelferinnen begleiten und betreuen Schwerstkranke und Sterbende, zu Hause, in der Kurzzeitpflege, im Krankenhaus oder Altenheim

* Sie orientieren ihren Dienst an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Kranken und ihrer Angehörigen

* Helfen mit, die Lebensqualität bestmöglich zu erhalten

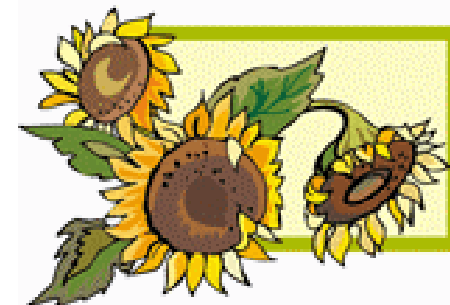
Geben Hilfestellung in vielfältiger Form:

- Da-sein für den Kranken
- Zuhören, vorlesen, Musik hören
- schöne Erinnerungen aufleben lassen (Fotos, Bilder anschauen)
- schweigen, Stille aushalten.
- Nahe sein und Geborgenheit schenken
- den Weg der Krankheit in seinem Auf und Ab mitgehen.

Hospizhelfer und Hospizhelferinnen unterliegen der Schweigepflicht!

Für diesen Dienst erhalten sie eine intensive Schulung, sowie regelmäßige Begleitung und Fortbildung.

Unsere Arbeit ist ehrenamtlich, den Betroffenen entstehen keine Kosten! Sie ist kein Ersatz für Pflegedienst oder Haushaltshilfe.



Leisten kleine pflegerische Hilfen:

- zu Trinken/ Essen geben,
- Mundpflege,
- aus und ins Bett helfen, Toilettengänge
- Erleichterung schaffen, z.B. mit Einreibungen
- Erfrischen (Gesicht, Hände waschen)
- wenn es sich aus der Begleitung ergibt, auch mal nachts da-sein

Geben Unterstützung für die Angehörigen:

- Ablösung in der Präsenz beim Kranken
- und damit Zeit für eigene Bedürfnisse geben (Erholung, Erledigungen, eigene Arztbesuche)
- Den Angehörigen Gesprächspartner sein - zuhören, trösten, beraten.

Helfen zu einem guten Abschiednehmen und begleiten auf Wunsch die Familie über den Tod hinaus.

Als Hospizhelfer sind wir offen für religiöse/ spirituelle Bedürfnisse der Kranken. Wir stellen uns ihren Fragen und Zweifeln, sind bereit für Gebet mit oder für den Kranken und vermitteln auf Wunsch einen Seelsorger Ihrer Glaubensgemeinschaft.

Krisenvorsorge treffen

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 16.09.2004

Entwurf: Rita Bühl, Beate Rehfeldt, Hilde Erd, Dr. Peter Lechner

Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer

Ziele

- 1. Offene Kommunikation:** Die Betroffenen (PatientIn, Angehörige) und Beteiligten (Pflegerkräfte, ÄrztInnen, evtl. HospizhelferIn) kommen frühzeitig in eine offene Kommunikation. Das Thema "Krisenvorsorge" und die Gesprächspartner sind vom Patienten gewünscht.
- 2. Sorgfältig abwägende Abklärung:** Das Vorgehen bei erwartbaren Krankheitsverläufen und möglichen Komplikationen sind mit ihren Folgen und Alternativen mit dem Patienten verständlich abgesprochen. Die Beratung wird von den Betroffenen und Beteiligten als hilfreich und einfühlsam bewertet.
- 3. Informiertes Einverständnis:** Die geplanten Maßnahmen (umfasst auch Abbruch und „Nichts tun“) für Krisen oder Notfälle entsprechen dem informiert-erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten.
- 4. Sicherheit der Beteiligten:** Die MitarbeiterInnen und die betroffenen Angehörigen fühlen sich sicher im Umgang mit den erwartbaren möglichen Krisen. Sie können die geplanten einzelnen Maßnahmen fachlich nachvollziehen, sie persönlich mittragen und - soweit notwendig - praktisch ausführen.
- 5. Keine ungewollte Einweisung:** Die ungewollte Einweisung in ein Krankenhaus wird vermieden.
- 6. Klare Dokumentation:** Die Entscheidungen sind klar und korrekt dokumentiert. Die wichtigen Dokumente sind am richtigen Ort hinterlegt.
- 7. Organisierter Rahmen:** Die Erreichbarkeit notwendiger HelferInnen ist organisiert. Die notwendigen Hilfsmittel sind vorhanden und die benötigten Medikamente ausreichend bevorratet.

Vorgehensweise / Vorbereitung

Im Aufnahmegespräch (= aktives Abklären im Vorfeld)

1. Im Aufnahmegespräch wird durch die PDL (oder aufnehmende Fachkraft) abgeklärt, ob bereits Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten und / oder Betreuungsverfügung vorliegen, wer davon weiß und wo diese hinterlegt sind.
2. Falls die Möglichkeiten der Vorsorge unbekannt sind, werden sie kurz erläutert. Sofern sich die Betroffenen darüber hinaus näher informieren wollen, gibt die PDL die ➤ **Adressen für Informationsgespräche** weiter und weist auf anerkannte Patientenverfügungen hin. (Die PDL hat Muster dabei.) Falls das Thema die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt überfordert, signalisiert die PDL, dass sie auch zukünftig dafür ansprechbar ist und klärt ab, ob sie die Betreffenden noch einmal darauf ansprechen darf.
3. Je nach Offenheit und Interesse kann bereits im Erstgespräch das Thema („Wünsche zur letzten Lebensphase“) vertieft werden.
4. Wenn der Patient sich nicht mehr dazu äußern kann, kann mit den Angehörigen dessen mutmaßlicher Wille rekonstruiert werden. (**Siehe auch ➤ "Krankenhaus - ja oder nein?"**)
5. Die PDL klärt je nach Bereitschaft und Dringlichkeit ab, ob ein beratendes Gespräch mit dem Hausarzt zum Thema "Krisenvorsorge-Notfall" vermittelt werden soll. Wenn ja, wird besprochen, wer bei einem Gespräch dabei sein soll.

Im pflegerischen Alltag (= reaktives Abklären)

1. Die beteiligten Pflegekräfte sind bei der pflegerischen Versorgung hellhörig für angedeutete oder geäußerte Ängste oder Vorstellungen der Betroffenen (PatientIn / wichtige Angehörige) zum weiteren Krankheitsverlauf. Sie greifen entsprechende Äußerungen auf und fragen nach. (...siehe auch Gesprächshilfe: Menschen in Krisen begleiten)
2. Bei Bedarf bieten die eingesetzten Pflegekräfte an, den Hausarzt über die Unsicherheiten zu informieren und ein entsprechendes Gespräch zu vermitteln. Es wird abgeklärt, wer bei einem Gespräch noch dabei sein soll. (Einverständnis des Patienten!) Leitfragen: Wer ist von Entscheidungen wie betroffen? Wer muss sie eventuell mittragen?
3. Die PDL oder Pflegefachkraft informiert den Hausarzt über den Wunsch der Krisenvorsorge und klärt ab, ob, wann und wie ein gemeinsames Gespräch zwischen PatientIn, den pflegenden oder wichtige Angehörige, dem behandelnden Arzt und einer ausgewählten Pflegekraft möglich ist. (Empfehlung: gemeinsame Runde direkt vor Ort!)

Durchführung

Das Beratungsgespräch zur Krisenvorsorge

1. Zu Beginn wird das Ziel betont: Es gilt gemeinsam vorsorgliche Lösungen zu überlegen, die im Sinne des betroffenen Patienten sind und die die pflegenden Angehörigen mittragen können.
2. Der Patient / die Angehörigen werden darauf hingewiesen, dass Änderungen und Ergänzungen jederzeit möglich sind. Das festgelegte Verfahren in Krisen gilt nur, wenn der Patient sich in der akuten Situation nicht mehr direkt äußern kann. Ansonsten gilt immer sein aktueller Wille
3. Das Vorgehen im Gespräch wird kurz abgesprochen. Als Leitfaden für das Gespräch können eventuell auch Punkte aus der jeweiligen Patientenverfügung dienen, sofern eine erstellt wurde.
 - Krankheitsgeschichte und Diagnose
 - Grundsätzliche Überlegungen zu Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, Wünsche zur Wiederbelebung, PEG-Versorgung und die dahinter stehenden persönlichen Werte. (Was führt Sie dazu?)
 - Falls Einweisung notwendig werden sollte: Wünsche zur Pflegeeinrichtung / Krankenhaus, Station
 - Seelsorgerlicher Beistand und Hospizbegleitung werden erörtert.
 - Die momentane Medikation wird durchgegangen und die Indikation und Dosierung von Notfallmedikamenten besprochen. Der Arzt stellt die entsprechenden Rezepte aus.

Auswertung (bezogen auf Ziele)

1. **Wichtig:** Die Pflegekraft achtet darauf, dass der Patient Entscheidungen ohne Druck trifft („Was meinen Sie dazu?“) und vergewissert sich immer wieder im Gespräch, ob die davon sonst Betroffenen (z.B. pflegende Angehörige) diese mittragen können. Sie klärt, von wem eventuell vielleicht Bedenken oder Widerstände kommen könnten (z.B. andere Mitglieder der Familie).
2. Der Protokoll führende Hausarzt / die Pflegekraft fasst immer wieder laut die Ergebnisse zusammen und vergewissert sich, ob er / sie diese richtig verstanden hat und sie so eintragen darf.
3. Die (wichtigsten) schriftlich fixierten Vereinbarungen werden noch einmal laut im Wortlaut vorgelesen.
4. Die angelegten Dokumente werden von allen entsprechend ihrer Funktion unterschrieben. Der entsprechende Platz für die jeweilige Unterschrift ist auf den Dokumenten angegeben.

5. Mit dem Hausarzt wird abgesprochen: Wann und wo ist er erreichbar in Notfällen, besonders an Wochenenden, Feiertagen, Nachtstunden, Urlaub. Wer ist der Vertretungsarzt? Ist er informiert? Wann ist dieser erreichbar? Entsprechendes wird dokumentiert.
6. Die Dokumentation wird so hinterlegt, dass sie jeder Zeit schnell verfügbar ist (z.B. als ärztliche Information für den Notarzt).
7. **Wichtig:** Die Pflegekraft / Palliativarzt lässt abschließend das Gespräch zusammenfassen und bewerten ("Was war Ihnen besonders wichtig? Gibt es noch praktische Unsicherheiten?)
Wo braucht es noch Zeit für Entscheidungen? Wie haben Sie das Gespräch empfunden?)
8. Der Hausarzt und die beteiligten Pflegekräfte besprechen unter Umständen mit den pflegenden Angehörigen separat eventuelle Symptome, die sie beunruhigen könnten (z.B. Rasselatmung, Blutungen, Atemnot) und gehen ihr Verhalten in Notfällen durch. Es wird nachgefragt, was sie besonders belasten könnte und wo für die pflegenden Angehörigen Grenzen erreicht wären.

Notfallplan: Verfügungen / Ärztlicher Bericht

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 16.09.2004, Entwurf: Rita Bühl, Beate Rehfeldt, Hilde Erd, Dr. Peter Lechner
Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer

1. Personalien

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Patientenverfügung vorhanden, hinterlegt: nicht vorhanden

2. Wichtige Adressen

Hausarzt:

Tel. Praxis

Tel. außerhalb

Vertretungsarzt:

Tel. Praxis

Tel. außerhalb

Palliativarzt:

Tel. Praxis

Tel. außerhalb

.....

3. Krankheitsgeschichte / Diagnosen

.....

.....

.....

4. Ausgesprochener / mutmaßlicher Wille des / der Patienten/in

z.B. zu Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, künstlicher Ernährung, persönliche Werte in der Situation

.....

.....

.....

Besondere Hinweise:

Der Wunsch des / der Patienten/in ist es, zu Hause zu bleiben. Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant nicht durchgeführt werden können.

Sollte das nicht gehen, möchte er / sie nach Möglichkeit in folgende Pflegeeinrichtung / folgendes Krankenhaus (Station) eingeliefert werden:

.....

Name der gewünschten Einrichtung, Anschrift, Telefon

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des / der Patienten/in oder des / der Bevollmächtigten

5. Notfallplan

Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder einer Palliativpflegekraft ausgefüllt werden!

Pilotprojekt Füssen: Ein Netz der Begleitung knüpfen -Palliativversorgung im ambulanten Bereich

.....

Mögliche Komplikationen	Vom Patienten gewünschte Behandlung <input type="checkbox"/> geäußert <input type="checkbox"/> ermittelt	Vom Arzt verordnete Maßnahmen
Akute Atemnot / Rasselatmung		
Schluckstörungen		
Akute Blutungen		
Darmverschluss		
Schmerzen		

Siehe auch pflegerische Maßnahmen zu einzelnen Komplikationen im Standard „Symptome in der Terminalphase kontrollieren“

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Krankenhaus: ja oder nein?

Leitfaden: Albrecht, E. / Orth, Ch. / Schmidt, H. (1997): Hospizpraxis. Herder. Erweiterung durch Projektgruppe

Ziel

Sorgfältig abgewogene Entscheidung, falls Betroffener nicht mehr selbst entscheiden kann: Die Entscheidung wird nicht eindimensional getroffen, sondern es werden viele Gesichtspunkte berücksichtigt.

Leitfragen

Die Fragen können von der Pflegekraft situativ angemessen ins Gespräch mit Hausarzt und Angehörigen eingebracht werden. (**↗ Krisenvorsorge treffen**):

- Lehnt der Betroffene eine Behandlung ab oder fordert er diese? *Info:* Wenn er eine Entscheidung treffen kann bzw. getroffen hat, ist diese verbindlich!
- Was würde derjenige vermutlich dazu sagen? *Frage an Angehörige:* Was würde Ihr Vater / Ihre Mutter zu der Frage 'Krankenhaus - ja oder nein?' sagen?
- Ist die aufgetretene Komplikation auf ein nicht mehr behandelbares Leiden zurückzuführen oder auf eine behandelbare Zusatzerkrankung? *Hinweis:* Dies erfordert ein hohes Maß an ärztlichem Können und ist häufig nicht eindeutig zu entscheiden.
- Ist zu erwarten, dass der Betroffene die behandelbare Erkrankung übersteht?
- Was erhoffen Sie und die anderen Beteiligten sich von der Behandlung im Krankenhaus? Ist diese Hoffnung realistisch? Werden die Möglichkeiten im Krankenhaus überbewertet?
- Was wäre im Krankenhaus möglich, das zu Hause / in der Kurzzeitpflege in dieser Weise nicht möglich wäre?
- Wie stark belastet die Behandlung im Krankenhaus den Menschen?
- Wie stark beeinträchtigt den Betroffenen der Transport und der Wechsel der Umgebung (z.B. Krankenhaus = unbekanntes Personal, unvertraute Umgebung)? Wie stark ist der Patient bereits verwirrt? Welche Bedürfnisse hat er im Vorfeld der Entscheidung geäußert?
- Wie stark quält die zusätzliche Erkrankung den Schwerkranken? (Beispiel: Lungenentzündung verstärkt Atemnot) Wären entsprechende (palliative) Maßnahmen auch zu Hause leistbar? Was würden Sie als Angehörige / Pflegekräfte an Unterstützung brauchen, damit der Betroffene in seiner vertrauten Umgebung bleiben könnte? Ist diese Hilfe leistbar?
- Gibt es unterschiedliche Sichtweisen zu diesen Fragen (z.B. zwischen einzelnen Angehörige, Arzt, Pflegepersonal) oder wird die Entscheidung gemeinsam verantwortet oder getragen? *Frage an Beteiligte:* "Welche Bedenken oder Ängste haben Sie?"

Symptomkontrolle in der Terminalphase

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: 28.06.2004

Entwurf: Rita Bühl, Beate Rehfeldt, Hilde Erd, Dr. Peter Lechner

Redaktionelle Überarbeitung: Martin Alsheimer / Beate Augustyn

Ziele

1. **Linderung von Leiden:** Auftretende Komplikationen sollen optimal gemindert werden.
2. **Sicherheit der Beteiligten:** Die MitarbeiterInnen und die betroffenen Angehörigen fühlen sich sicher im Umgang mit den erwartbaren Krisen. Sie können die geplanten einzelnen Maßnahmen nachvollziehen, sie persönlich mittragen und – soweit notwendig – praktisch ausführen.
3. **Keine ungewollte Einweisung:** Die ungewollte Einweisung in ein Krankenhaus wird vermieden.
4. **Organisierter Rahmen:** Die Erreichbarkeit notwendiger HelferInnen ist organisiert. Die notwendigen Hilfsmittel sind vorhanden und die benötigten Medikamente ausreichend bevorratet.

Symptome (Übersicht)

- Schluckstörungen
- Akute Blutungen
- Atemnot / Rasselatmung
- Schmerzen
- Darmverschluss
- Krampfanfälle

Palliativarzt für die Beratung:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen

Tel. 08362 / 5000

Symptomkontrolle: Schluckstörungen

Vorbereitung

- Im Vorfeld abklären, ob der Kranke künstlich ernährt werden möchte oder nicht (**↗ Standard Krisenvorsorge treffen**)
- Das Pro und Contra einer künstlichen Ernährung gemeinsam abwägen lassen (**↗ Entscheidungshilfe Pro und Contra PEG-Versorgung**).
- Auf Alternativen zur PEG (z.B. Infusion) hinweisen
- Aufklären des Patienten / Angehörigen bei Angst vor dem "Verhungern".
- Regelmäßiges Beobachten oder Befragen des Betroffenen / der Angehörigen, in welchen Zusammenhängen die Schluckstörungen auftreten

Symptome

- Schmerzen beim Schlucken
- Nahrung, Flüssigkeit, Speichel bleiben in Mund und Rachenraum hängen
- Patient verschluckt sich oft
- Völlegefühl, Sodbrennen

Maßnahmen

- Erhöhte Aufmerksamkeit bei Mundpflege: Diese ist entscheidend für das Entstehen von Durstgefühl
- Darreichungsform überprüfen und umstellen. Regel: Flüssiges geht besser als Festes, Dickflüssiges geht besser als Düninflüssiges
- Säfte andicken, Breie verdünnen
- Gefrorenes zum Abschwellen geben
- Strohhalm zum Trinken erleichtert den Schluckakt
- Aufrecht im Sitzen essen lassen
- Langsam mit kleinem Löffel essen
- Anhalten, sorgfältig zu kauen

Palliativarzt für die Beratung:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen

Tel. 08362 / 5000

Symptomkontrolle: Akute Blutungen

Vorbereitung

- Im Vorfeld abklären, ob mit akuten Blutungen zu rechnen ist. (Kann auftreten z.B. bei Tumoren im HNO-Bereich, Bronchialkarzinomen, Gesichtstumore, bei Leberkarzinom, Darmdivertikel)
- Aufklären des Patienten / Angehörigen bei Angst vor dem „Verbluten“.
Info: "Für einen Patienten, der sterben will, kann eine (erwartete) akute Blutung ein gnädiges Ende bedeuten." (Bausewein 2000, S. 294).
- Dunkle Handtücher mildern den dramatischen Eindruck, den starke Blutungen hervorrufen können
- Kompressen bevorraten

Lokalisation

- Oberer und unterer Gastrointestinaltrakt
- Mund, Hals, Nase
- Pulmonal
- Urogenitaltrakt

Maßnahmen

- Eine Person muss bei dem Kranken bleiben
- Angehörige evtl. aus dem Zimmer schicken
- Vorbereitete dunkle oder bunte (nicht weiße) Handtücher zum Abdecken des Kranken nehmen, damit Blut nicht dramatisch sichtbar wird.
- Eventuell Kompression durchführen, z.B. bei HNO-Tumor im Halsbereich Arterie abdrücken.
- Seitenlagerung (wegen Erstickungsgefahr) durchführen, damit Atemwege frei bleiben.

Medikamentöse Therapie

- Medikamente, z.B. Tavor-Blättchen (angstlösend, beruhigend), Valium (beruhigend)
- Arzt informieren
- ↗ **Notfallplan beachten**

Palliativarzt für die Beratung:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen

Tel. 08362 / 5000

Symptomkontrolle: Atemnot / Rasselatmung

Vorbereitung

- Im Vorfeld abklären, ob der Kranke beatmet werden soll oder nicht ➤ **Standard Krisenvorsorge treffen.**
- Angehörige informieren über terminale Rasselatmung: diese ist ein Normalfall und für den Patienten keine lebensbedrohliche Situation.
Info: Inwieweit der Patient selbst durch die Rasselatmung beeinträchtigt wird und sie ihn belastet, ist ungeklärt.
- Prüfen, ob vorgesehene Medikamente bevorratet sind (➤ **Notfallplan**)

Symptome

- Atmung ist häufig erschwert
- Atmung ist unregelmäßig.
- Atmung rasselt. Sie ist mit Bronchialsekret versetzt. Dies geschieht oft bei zu hoher Flüssigkeitszufuhr oder Wassereinlagerung.
- Die Atmung wird schneller oder flacher werden.
- Zeitweise entstehen Atempausen oder Schnappatmung.
- Die Atmung kann auch langsamer und schwächer werden, so dass wir denken mit jedem Atemzug, es könnte der letzte sein (Lungenödem).

Maßnahmen

- Es braucht oft nicht abgesaugt zu werden, da der Schleim in der Regel tiefer in den Bronchien sitzt und man mit dem Absauggerät (Schlauch) nicht bis dahin kommt. Dieser könnte im ungünstigsten Fall Verletzungen an der Luftröhre verursachen. Überprüfen, ob das Absaugen eine Linderung bringt. Es gibt Situationen, in denen es notwendig ist.
- Überprüfen, ob Infusion oder Wassereinlagerung Atmung belasten.
- Oberkörper hoch lagern und bei starker Sekretbildung in eine Halbseitenlage bringen, um die Sekretion leichter abfließen zu lassen.
- Frische Luft zuführen, beengende Kleidung öffnen.
- Beruhigend auf den Patienten einwirken, z.B. mit ihm atmen und ihn so in einen ruhigeren Rhythmus führen.

Medikamentöse Therapie

- Medikamente, z.B. Buscopan senkt die Schleimproduktion.
- Morphin (Schmerzbekämpfung) erleichtert das Gefühl von Atemnot). Tavor nimmt panikartige Atemnot-Attacken. (Kleine Blättchen lösen sich schnell auf der Zunge auf.)
➤ **Notfallplan beachten**

Palliativarzt für die Beratung:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen
Tel. 08362 / 5000

Symptomkontrolle: Schmerzen

Grundsätze der Schmerztherapie

- Schmerzen sind häufigstes Problem von Menschen in der Terminalphase.
- Gute Schmerztherapie ist mit der wichtigste Ansatz palliativ-medizinischer Behandlung.
- Schmerzen bestehen immer, wenn der Patient es sagt!
- **Wichtig:** ganzheitliche Schmerzbetrachtung. Schmerzen können vielerlei Ursachen haben. Gute Schmerztherapie setzt voraus, dass mögliche Zusammenhänge von körperlichen, sozialen, seelischen und spirituellen Schmerzen beachtet werden. Interdisziplinäres Konzept!
- Eine Behandlung der Schmerzursache ist anzustreben
- Schmerzmedikamente, die ein Betäubungsmittelrezept brauchen, sind nicht gefährlicher als andere Schmerzmittel. Langfristig sind sie sogar verträglicher und wirksamer.
- Diese Medikamente betäuben den Schmerz und nicht den Verstand! Im Gegenteil: Durch Schmerzfreiheit wird Lebensfreude wieder geweckt. Patient erfährt wieder Lebensqualität!
- Morphin oder andere Opioide zur Schmerztherapie machen nicht süchtig oder abhängig! Das gilt auch, wenn hohe Dosen zur Linderung notwendig sind

Vorbereitung

- Schmerzbeobachtung mit geeigneter Dokumentation, z.B. Schmerzskala, **↗ Schmerzerfassung bei demenziell erkrankten Menschen – Beobachtungsbogen¹**
- Schmerzmedikamente möglichst lange oral verabreichen. Patienten gut darüber aufklären.
- Schmerzmedikation durch Injektion hat keine stärkere Wirkung, sondern sie setzt lediglich schneller ein, hält dafür jedoch kürzer an.
- Darauf achten, dass der Patient eine geeignete Bedarfsmedikation verschrieben bekommt und diese auch ausreichend vor Ort bevorratet ist. (**Siehe ↗ Notfallplan – Medikation**)

Maßnahmen

- Schmerzmedikamente müssen regelmäßig nach genauem Zeitplan entsprechend der Wirkungsweise eingenommen werden. Wirkung der nächsten Schmerzmittelgabe muss einsetzen bevor die des vorher eingenommenen Medikaments abgeklungen ist.
- Medikamente mit langer Wirkungsdauer (Retard-Medikamente) bilden Basis der Behandlung.
- Bei Dauerschmerzen Medikamente mit verzögerter Wirkstofffreigabe einsetzen, um einen gleichmäßigen Wirkstoffspiegel im Blut zu halten.
- Bei akut auftretenden Schmerzen - Durchbruchsschmerzen - ist zusätzliches Schmerzmittel mit schnell einsetzender, aber nicht lang anhaltender Wirkung notwendig.
- Um Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit und Erbrechen zu verhindern, werden stets vorbeugend geeignete Begleitmedikamente verordnet.
- Darauf achten, ob die Form der Medikamentengabe noch situationsgerecht ist (oral, Pflaster, Injektion, rektal, über PEG, Infusion) und Arzt benachrichtigen, wenn Form nicht mehr passt oder möglich ist (z.B. Schluckstörungen, Einsatz von Schmerzpumpe).
- Bei Bedarf **Palliativarzt** anrufen:
Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen
Tel. 08362 / 5000

¹ Beobachtungsbogen abgedruckt in: Wilkening, K. / Kunz, R. 2003: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht, S. 235 ff.)

Symptomkontrolle: Darmverschluss / Krampfanfälle

Maßnahmen bei Darmverschluss

- Eine Person sollte dabei bleiben.
- Vorbereitete bunte Tücher verwenden.
- Zusammen mit Hausarzt Angehörige darauf vorbereiten und aufklären, dass in diesem Stadium eventuell Stuhlgang erbrochen werden kann und wie sie sich verhalten sollen.
- Mit dem Hausarzt Medikamentengabe abklären, z.B. Paspertin supp., MCP gtt, Tavor expidet, Vomex supp.

Maßnahmen bei Krampfanfällen

- Eine Person sollte dabei bleiben.
- Zahnprothesen entfernen (Verschluckungsgefahr).
- Decken, Kissen vorbereiten.
- Gegenstände in der Nähe des Kranken entfernen (Verletzungsgefahr).
- Mit dem Hausarzt Medikamentengabe abklären, z.B. Diazepam-Rektiole. (Im Kühlschrank aufbewahren!)

Palliativarzt für die Beratung:

Dr. Peter Lechner, Krankenhaus Füssen

Tel. 08362 / 5000

Versorgung und Aufbahrung Verstorbener

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: Nov. 2004

Entwurf: Martin Alsheimer, Rohentwurf: Veronika Gossler

Ziele

- **Achten der Würde:** Der Umgang mit Verstorbenen wird von allen Beteiligten als würdig empfunden und entspricht der Persönlichkeit und Kultur des Verstorbenen.
- **Sicherheit:** Die MitarbeiterInnen fühlen sich sicher im Umgang mit Verstorbenen und können die einzelnen Maßnahmen fachlich und persönlich nachvollziehen.
- **Abschiednehmen der MitarbeiterInnen:** Die MitarbeiterInnen empfinden Versorgung und Aufbahrung als gute Möglichkeit für den eigenen Abschied und können Angehörige entsprechend ermutigen.
- **Achten der gesetzlichen Vorgaben:** Die gesetzlichen Vorgaben zur ärztlichen Leichenschau werden erfüllt.
- **Unterstützung der Angehörigen:** Angehörige fühlen sich unterstützt in der für den Trauerprozess so wichtigen "Schleusenphase" (Smeding, R.)¹, d.h. in den Tagen zwischen Tod und Beerdigung. Sie erleben das Verhalten der Pflegekräfte auch im Rückblick als hilfreich für ihren Abschied. (Aufgabe: Den Tod be-greifen können)
- **Auslegung im Sinne einer Palliativkultur:** Versorgung und Aufbahrung werden im Sinne einer Palliativ- oder Abschiedskultur ausgelegt, d.h. es wird alles getan, genutzt und angeboten, was den individuellen Trauerprozess der Beteiligten fördert. Die Beteiligten fühlen sich dabei nicht gezwungen.
- **Gute Zusammenarbeit:** Die Zusammenarbeit wird von den Beteiligten (Angehörigen, Arzt, Bestatter) als klar abgesprochen und störungsfrei erlebt.

¹ Smeding, Rm. E. W. / Heitkönig-Wilp, M. (2005): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag

Durchführung

Vorbereitung

- Die persönlichen und / oder kulturellen Wünsche und Besonderheiten zum Umgang mit dem verstorbenen Bewohner können Thema eines entsprechenden Gespräches zur "letzten Lebensphase" sein, das mit dem Bewohner oder seinen Angehörigen geführt wird. ("Gibt es etwas, auf das wir nach dem Tod achten sollen?"). Entsprechende Wünsche sind dokumentiert und nachzulesen. Wenn möglich, versuchen wir die Angehörigen auf den Todeseintritt und die Zeit danach vorzubereiten und geben ihnen zusätzlich hilfreiche schriftliche Informationen (z. B. Werkblatt „Hinüberschauen“; in der Sozialstation vorrätig) an die Hand. Sind Kinder in der Familie, ermutigen wir die Eltern, diese in das Abschiednehmen einzubeziehen.
- Wenn keine Vitalzeichen mehr feststellbar sind, wird der Hausarzt benachrichtigt (Vertretung: Arzt vom Dienst). Die Pflegefachkraft klärt für das weitere Vorgehen ab, wann der Arzt kommen wird. (Je nach Umständen: zur Feststellung des Todes, zur ärztlichen Leichenschau.) Es wird mit dem Arzt besprochen, welche medizinischen Hilfsmittel vor der ärztlichen Leichenschau eventuell entfernt werden dürfen (Infusion, PEG, Katheter, Ausschalten von Wechselladungsmatratze u.a.). Dies wird dokumentiert.

Info: Zeichen des nahenden Todes: unregelmäßige, schnappende oder rasselnde Atmung - unregelmäßiger, aussetzender Pulsschlag - abfallender Blutdruck - sinkende Temperatur in Armen und Beinen (Ausnahme: Infekt) - kalte, blasse oder bläulich marmorierte Haut an Händen und Füßen - weißes Dreieck um Nase und Mund - Eintrübung der Augen - schwindendes Bewusstsein. **Unsichere Zeichen des eingetretenen Todes:** Bewusstlosigkeit - Atemstillstand - keine Bewegung - kein wahrnehmbarer Herzschlag oder Puls - keine Reaktion auf sprachlichen oder körperlichen Kontakt - leicht geöffnete Augenlider mit Fixierung auf Punkt - entspannter Kiefer - eventuell Abgang von Urin und Stuhl durch Muskelentspannung (Schaffler, u.a. 2000: Pflege heute - Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe)

- Falls Angehörige / BetreuerIn / HospizhelferIn nicht bereits anwesend sind, wird - wie im Vorfeld abgesprochen - diese entsprechenden Ansprechpartner von der leitenden Pflegefachkraft informiert. Es wird abgeklärt, wann und wie der jeweilige Angehörige kommen kann. Bei Aufgeregtheit wird ein sicheres Verkehrsmittel empfohlen (z.B. Taxi, Mitfahrgelegenheit). Den Angehörigen wird zur Beruhigung versichert, dass der Sterbende, bzw. der Tote besondere Aufmerksamkeit erfährt, bis der Angehörige kommen kann.

Durchführen der Versorgung

- Wenn der Bewohner verstorben ist, wird im Pflegebericht eingetragen: "Keine Vitalzeichen feststellbar!

Info: Den Tod darf nur der Arzt feststellen. Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, so dürfen an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit dringend erforderlich sind. Ansonsten darf der Verstorbene vor der ärztlichen Leichenschau wie unten beschrieben versorgt werden (Siehe: Bayerische Bestattungsverordnung, §2). Natürlich: Folge von vorausgegangener Erkrankung. Nicht natürlich: Selbsttötung, Unfall (z.B. Sturz), Behandlungsfehler, Vergiftung, Gewalteinwirkung. (Siehe: Klingshorn, H. 2001: Erläuterungen zur Bayerischen Bestattungsverordnung II, S. 20) Bei nicht natürlichem Tod ist die Leichenschau auch zur Nachtzeit zu veranlassen (Bayerische Bestattungsverordnung §1)

- **Wichtig:** Die Pflegekräfte lassen nach dem Versterben des Bewohners sich und anwesenden

Angehörigen eine Zeit der Besinnung und / oder des Gebetes in diesen wichtigen Augenblicken des Lebens. ⇨ Zur Unterstützung sind Texte, Kerzen, Musik vorhanden. Die folgenden Handlungen haben nicht nur funktionellen, sondern vor allem rituellen Charakter. Entscheidend ist hier das achtsame Tun, das einen Abschied und den Trauerprozess fördert.

- Die Pflegekraft informiert die Angehörigen über die einzelnen Schritte der Versorgung und klärt ab, ob und wie sich die Angehörigen beteiligen wollen. Die Angehörigen werden dabei ermutigt, bei der ersten Versorgung des Verstorbenen vor der ärztlichen Leichenschau und / oder der Aufbahrung danach mitzuwirken. ("Nach unserer Erfahrung tut das vielen Angehörigen gut ...") Was im Einzelnen getan wird und was dem jeweiligen Angehörigen möglich ist, wird im Geschehen immer wieder erneut abgesprochen. Auf Hemmungen ohne Drängen eingehen: "Wie könnten wir Sie unterstützen?" Eventuell Bedenkzeit lassen, z.B. bis zur Aufbahrung. Auf mögliche Irritationen vorbereiten: eventuell seufzerähnliche Laute, weil Luft beim Umlagern entweicht, und möglicherweise Entleerung von Darm und Blase, weil die Muskulatur sich entspannt.

Info: Es gibt kein "Leichengift"! Es ist den Angehörigen und den Pflegekräften freigestellt, ob sie Handschuhe und Plastikschrürze anziehen wollen. Besonderer Schutz ist eigentlich nur bei Verstorbenen nötig, wenn vorher bereits übertragbare Krankheiten bekannt waren. Hier müssen dann entsprechende Schutzmaßnahmen fortgesetzt werden, bzw. eingehalten werden (Näheres siehe Bayerische Bestattungsverordnung § 7). "Bei jedem Neugeborenen strecken die Menschen die Hände aus. Auch die Grablegung sollte wieder eine Aufgabe der Angehörigen und Freunde werden." (Sitzmann, F. 2002: Gerade noch Mensch - jetzt nicht mehr? In: Burgheim, W. (Hg.) (2002): Qualifizierte Begleitung von Trauernden und Sterbenden, Kap. 5.7, S. 10.)

- Die Augen werden geschlossen. Ein leichtes Massieren mit einem feuchten Wattebausch kann dabei helfen. Gerade dieser Akt ist sehr persönlich und sollte auf jeden Fall den engsten Angehörigen angeboten werden.
- Falls erforderlich wird der Intimbereich gereinigt und mit einer Einlage und Netzhose versorgt. Die Pflegekräfte bereiten Zellstoff zum Schutz vor. Eventuelle offene Stellen werden mit geeignetem Verbandsmaterial abgedeckt.
- Das Gesicht wird gewaschen und - wenn möglich - das Gebiss eingesetzt.
- Bis zur ärztlichen Leichenschau wird ein frisches, leicht zu öffnendes Flügelhemd oder persönliches Nachthemd angezogen, das hinten aufgeschnitten ist. Beim Drehen des Verstorbenen wird vorsorglich ein feuchtes Tuch (haftet besser) auf das Gesicht gelegt (Flüssigkeit kann aus Gesicht und Nase austreten). Die Verstorbenen werden bis zum Bauch zugedeckt. Die Hände liegen über der Decke.

Info: Bei der ärztlichen Leichenschau muss der Verstorbene vollständig entkleidet werden (Bayerische Bestattungsverordnung §3). Deshalb sollte die Bekleidung auch im Zustand der Totenstarre leicht auszuziehen sein.
- Der Oberkörper wird leicht erhöht gelagert.

Info: Hochlagern vermeidet entstellende Verfärbungen am Kopf durch rotviolette Totenflecken. Diese entstehen durch Blut, das durch die Schwerkraft in die tiefer gelegenen Körperteile sickert und so zu Hautverfärbungen führt.
- Der Mund wird - nur wenn möglich - durch eine Kinnstütze geschlossen (z.B. durch feuchtes, gerolltes Handtuch)

Info: Nicht hochbinden, weil es den Anblick entstellt! Der Brauch, den Mund zu schließen, folgt zwar ästhetischen Empfindungen, wurzelt aber in der alten Annahme und Furcht vieler Religionen, dass die "Seele durch den Mund wieder eintreten könne".

- Die Hände werden übereinander gelegt, die Arme körpernah angewinkelt.
Info: Hände nicht falten, da sonst die ärztliche Leichenschau bei Totenstarre erschwert wird. Das Anlegen der Arme erleichtert die spätere Aufbahrung und Einsargung.
- Falls Angehörige nicht anwesend sind: Wie verfügt werden Wertgegenstände (Ringe, Schmuck) am Körper belassen oder entfernt und gesichert. Beides wird dokumentiert (Liste!) Falls Schmuck entfernt wird, wird der eingetütete Schmuck bei der Verwaltung abgegeben und quittiert (werktags) oder im Stationstresor eingeschlossen.
- Das Bett wird so gestellt, dass es von beiden Seiten zugänglich ist. Stühle werden dazugestellt.
- Wir drehen die Heizung zurück und lüften den Raum. Eventuell stellen wir eine elektrisch betriebene Duftlampe auf.
- Pflegeutensilien werden vom Nachtkästchen geräumt. Wenn gewünscht, werden Symbole (Kerze, Rosenkranz, Blume) aufgestellt und / oder persönliche Dinge (Brille, Bilder, "Lieblingsgegenstände") arrangiert.
- **Ärztliche Leichenschau:** Bei der ärztlichen Leichenschau bieten wir an, den Arzt zu unterstützen. Der Arzt füllt den Totenschein aus (Personalien des Toten, Todeszeitpunkt, Todesart, evtl. Hinweise auf übertragbare Erkrankung usw.)
Info: Die ärztliche Leichenschau ermittelt die Todesart und sichtet die **sicheren Todeszeichen:** Totenflecke (zeigen sich in der Regel nach ca. 1 -4 Std. nach dem Versterben, Ursache: siehe oben. Todesstarre (beginnt nach 2 - 12 Std., abhängig von Temperatur, Medikamenten, Anstrengungen des Todeskampfes.) Sie beginnt zunächst an der Muskulatur von Unterkiefer, Hals und Nacken und breitet sich zu den Extremitäten hin aus. Je nach Umständen löst sie sich in umgekehrter Reihenfolge nach ca. 1 - 6 Tagen. Ursache: Die Totenstarre entsteht durch Kontraktion der Muskulatur, die so ihre Energievorräte aufbraucht.

Durchführen der Aufbahrung

- Nach der ärztlichen Leichenschau kann der Tote in den Räumen der Kurzzeitpflege aufgebahrt werden. Wohnte die/der Verstorbene in einem Einzelzimmer, geschieht dies dort; ansonsten im Abschiedsraum. Der Tote kann nach Absprache mit den Angehörigen bis zu ... Std. in den Räumlichkeiten bleiben. Die Pflegekräfte weisen die Angehörigen darauf hin, dass auch die Möglichkeit einer häuslichen Aufbahrung besteht.
Info: Die Aufbahrung ist die Zeit des Abschieds. Dieser braucht Zeit und möglichst wenig Reglementierung. "Die menschenwürdige Aufbahrung eines Verstorbenen kann helfen bei der Trauerarbeit der nahen Angehörigen und der professionellen Helfer." (Sitzmann, F. 1999: Aufbahrung unserer Toten - ein längst vergessener Brauch. Bingen: IGSL, S. 12.) An die Einrichtung des Aufbahrungsraumes werden vom Gesetz keine besonderen Anforderungen gestellt.
- Für die Aufbahrung kann der Tote eingekleidet werden. Eventuell geäußerte oder übermittelte persönlichen Wünsche werden dabei berücksichtigt (z.B. Lieblingskleid, Hochzeitsanzug). Empfohlen wird das Einkleiden durch mindestens drei Personen auszuführen. Schwierige Kleidungsstücke können am Rücken aufgeschnitten werden.
Info: Bei der Bekleidung von Toten ist leicht vergängliches Material zu verwenden (Bayerische Bestattungsverordnung § 30 Abs. 4). Straßenkleider oder -anzüge sind als solche anzusehen (Siehe: Klingshorn, H. 2001: Erläute-

.....
rungen zur Bayerischen Bestattungsverordnung IV, S. 9) "Ein Verstorbener sollte von mindestens drei Personen eingekleidet werden. Eine Person sollte den Verstorbenen statisch heben und halten, damit die beiden anderen Personen ihn problemlos ankleiden können." (Sitzmann, F. 1999: Aufbahrung unserer Toten - ein längst vergessener Brauch. Bingen: IGSL, S. 29.)

- Der Verstorbene wird aufgebahrt. Ist Kühlung (Sommer) notwendig, eventuell Trockeneis in den Sarg legen (Kann von Brauereien bezogen werden.)
- Der Verstorbene kann noch von den Angehörigen und / oder Pflegekräften rasiert und gekämmt werden. Empfehlung: Angefeuchteter, weitzahniger Kamm; keine Bürste!
- **Wichtig:** Die Pflegekräfte informieren über die Möglichkeiten der Aussegnung oder von Abschiedsritualen (Werkblatt „Hinübergehen“; in der Station vorrätig) Sie ermutigen zur "Totenwache" und bieten Kaffee / Tee an. Eltern werden ermutigt, auch ihre Kinder in dieses Abschiednehmen einzubeziehen.
- Wenn Pflegekräfte oder Angehörige nicht anwesend sind, wird der Raum verschlossen.

Auswertung (bezogen auf Ziele)

- Die Pflegekräfte vergewissern sich in dieser Zeit der Versorgung / Aufbahrung immer wieder, wie es den Angehörigen geht und welche Unterstützung sie brauchen.
- Die Pflegekräfte besprechen bei der Übergabe das Vorgehen mit den geglückten und den eventuell schwierigen Ereignissen und Prozessen.
- Die Verantwortliche Pflegefachkraft (Stationsleitung) erkundigt sich regelmäßig, wie die Art der Zusammenarbeit von den Beteiligten gesehen wird (Ärzte, Bestatter).
- Die Stationsleitung ruft ca. drei Monate nach dem Versterben den Ansprechpartner unter den Angehörigen an und erkundigt sich, wie die Unterstützung rückblickend bewertet wird.

Versorgung und Aufbahrung Verstorbener

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: Nov. 2004

Rohentwurf: Elisabeth Köpf, Karin Müller, Anna-Maria Zellner; Entwurf: Martin Alsheimer,

Ziele

- **Achten der Würde:** Der Umgang mit Verstorbenen wird von allen Beteiligten als würdig empfunden und entspricht der Persönlichkeit und Kultur des Verstorbenen.
- **Sicherheit:** Die MitarbeiterInnen fühlen sich sicher im Umgang mit Verstorbenen und können die einzelnen Maßnahmen fachlich und persönlich nachvollziehen.
- **Abschiednehmen der MitarbeiterInnen:** Die MitarbeiterInnen empfinden Versorgung und Aufbahrung als gute Möglichkeit für den eigenen Abschied und können Angehörige entsprechend ermutigen.
- **Achten der gesetzlichen Vorgaben:** Die gesetzlichen Vorgaben zur ärztlichen Leichenschau werden erfüllt.
- **Unterstützung der Angehörigen:** Angehörige fühlen sich unterstützt in der für den Trauerprozess so wichtigen "Schleusenphase" (Smeding, R.)¹, d.h. in den Tagen zwischen Tod und Beerdigung. Sie erleben das Verhalten der Pflegekräfte auch im Rückblick als hilfreich für ihren Abschied. (Aufgabe: Den Tod begreifen können)
- **Auslegung im Sinne einer Palliativkultur:** Versorgung und Aufbahrung werden im Sinne einer Palliativ- oder Abschiedskultur ausgelegt, d.h. es wird alles getan, genutzt und angeboten, was den individuellen Trauerprozess der Beteiligten fördert. Die Beteiligten fühlen sich dabei nicht gezwungen.
- **Gute Zusammenarbeit:** Die Zusammenarbeit wird von den Beteiligten (Angehörigen, Arzt, Pflegekraft, Bestatter) als störungsfrei erlebt.

¹ Smeding, Rm. E. W. / Heitkönig-Wilp, M. (2005): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag

Durchführung

Vorbereitung

- Die persönlichen und / oder kulturellen Wünsche und Besonderheiten zum Umgang mit dem verstorbenen Patienten können Thema eines entsprechenden Gespräches zur "letzten Lebensphase" sein, das mit dem Patienten oder seinen Angehörigen geführt wird. ("Gibt es etwas, auf das wir nach dem Tod achten sollen?"). Entsprechende Wünsche sind dokumentiert. Wenn möglich, versuchen wir die Angehörigen auf den Todeseintritt und die Zeit danach vorzubereiten und geben ihnen zusätzlich hilfreiche schriftliche Informationen (z. B. Werkblatt „Hinüberschauen“; in der Sozialstation vorrätig) an die Hand. Sind Kinder in der Familie, ermutigen wir die Eltern, diese in das Abschiednehmen einzubeziehen.
- Wenn keine Vitalzeichen mehr feststellbar sind, wird der Hausarzt benachrichtigt (Vertretung: Arzt vom Dienst). Die Pflegefachkraft klärt für das weitere Vorgehen ab, wann der Arzt kommen wird. (Je nach Umständen: zur Feststellung des Todes, zur ärztlichen Leichenschau.) Es wird mit dem Arzt besprochen, welche medizinischen Hilfsmittel vor der ärztlichen Leichenschau eventuell entfernt werden dürfen (Infusion, PEG, Katheter, Ausschalten von Wechselluftmatratze u.a.). Dies wird dokumentiert.
Info: Zeichen des nahenden Todes: unregelmäßige, schnappende oder rasselnde Atmung - unregelmäßiger, aussetzender Pulsschlag - abfallender Blutdruck - sinkende Temperatur in Armen und Beinen (Ausnahme: Infekt) - kalte, blass oder bläulich marmorierte Haut an Händen und Füßen - weißes Dreieck um Nase und Mund - Eintrübung der Augen - schwindendes Bewusstsein. **Unsichere Zeichen des eingetretenen Todes:** Bewusstlosigkeit - Atemstillstand - keine Bewegung - kein wahrnehmbarer Herzschlag oder Puls - keine Reaktion auf sprachlichen oder körperlichen Kontakt - leicht geöffnete Augenlider mit Fixierung auf Punkt - entspannter Kiefer - eventuell Abgang von Urin und Stuhl (Schaffler, u.a. 2000: Pflege heute - Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe)
- Die Pflegekraft vor Ort meldet das Ereignis telefonisch der PDL. Falls Angehörige / BetreuerIn / HospizhelferIn nicht bereits anwesend sind, werden - wie im Vorfeld abgesprochen - diese entsprechenden Ansprechpartner von der leitenden Pflegefachkraft informiert. Falls der Angehörige nicht vor Ort ist, wird telefonisch abgeklärt, wann und wie der jeweilige Angehörige kommen kann. Bei Aufgeregtheit wird ein sicheres Verkehrsmittel empfohlen (z.B. Taxi, Mitfahrgelegenheit). Die PDL bespricht mit den Angehörigen, wie bis zum Eintreffen verfahren werden soll. Die PDL hält Rücksprache mit der Pflegekraft vor Ort. Die weitere Tour kann verändert werden, so dass Zeit für die Unterstützung bei der Versorgung und / oder der späteren Aufbahrung geschaffen wird.

Durchführen der Versorgung

- Wenn die / der PatientIn verstorben ist, wird im Pflegebericht eingetragen: "Keine Vitalzeichen feststellbar!"
Info: Den Tod darf nur der Arzt feststellen. Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, so dürfen an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit dringend erforderlich sind. Ansonsten darf der Verstorbene vor der ärztlichen Leichenschau wie unten beschrieben versorgt werden (Siehe: Bayerische Bestattungsverordnung, §2). Natürlich: Folge von vorausgegangener Erkrankung. Nicht natürlich: Selbsttötung, Unfall (z.B. Sturz), Behandlungsfehler, Vergiftung, Gewalteinwirkung. (Siehe: Klingshorn, H. 2001: Erläuterungen zur Bayerischen Bestattungsverordnung II, S. 20) Bei nicht natürlichem Tod ist die Leichenschau auch zur Nachtzeit zu veranlassen (Bayerische Bestattungsverordnung §1)
- **Wichtig:** Die Pflegekräfte lassen nach dem Versterben des Kranken sich und anwesenden Angehörigen eine Zeit der Besinnung und / oder des Gebetes in diesen wichtigen Augenblicken des Lebens. Die folgenden Handlungen haben nicht nur funktionellen, sondern vor allem rituellen Charakter. Entscheidend ist hier das achtsame Tun, das einen Abschied und den Trauerprozess fördert.
- Die Pflegekraft informiert die Angehörigen über die einzelnen Schritte der Versorgung und klärt ab, ob und wie sich die Angehörigen beteiligen wollen. Die Angehörigen werden dabei ermutigt, bei der ersten Versorgung des Verstorbenen vor der ärztlichen Leichenschau und / oder der Aufbahrung danach mitzuwirken. („Nach unserer Erfahrung tut das vielen Angehörigen gut ...“) Was im Einzelnen getan wird und was dem jeweiligen Angehörigen möglich ist, wird im Geschehen immer wieder erneut abgesprochen. Auf Hemmungen ohne Drängen eingehen: „Wie könnten wir Sie unterstützen?“ Eventuell Bedenkzeit lassen, z.B. bis zur Aufbahrung. Auf mögliche Irritationen vorbereiten: eventuell seufzerähnliche Laute, weil Luft beim Umlagern entweicht, und möglicherweise Entleerung von Darm und Blase, weil die Muskulatur sich entspannt hat.
Info: Es gibt kein "Leichengift"! Es ist den Angehörigen und den Pflegekräften freigestellt, ob sie Handschuhe und Plastikschürze anziehen wollen. Besonderer Schutz ist eigentlich nur bei Verstorbenen nötig, wenn vorher bereits übertragbare Krankheiten bekannt waren. Hier müssen dann entsprechende Schutzmaßnahmen fortgesetzt werden, bzw. eingehalten werden (Näheres siehe Bayerische Bestattungsverordnung § 7). "Bei jedem Neugeborenen strecken die Menschen die Hände aus. Auch die Grablegung sollte wieder eine Aufgabe der Angehörigen und Freunde werden." (Sitzmann, F. 2002: Gerade noch Mensch - jetzt nicht mehr? In: Burgheim, W. Hg.: Qualifizierte Begleitung von Trauernden und Sterbenden, Kap. 5.7, S. 10.)
- Die Augen werden geschlossen. Ein leichtes Massieren mit einem feuchten Wattebausch kann dabei helfen. Gerade dieser Akt ist sehr persönlich und sollte auf jeden Fall den engsten Angehörigen angeboten werden.
- Falls erforderlich wird der Intimbereich gereinigt und mit einer Einlage und Netzhose versorgt. Die Pflegekräfte bereiten Zellstoff zum Schutz vor.
- Eventuelle offene Stellen werden mit geeignetem Verbandsmaterial abgedeckt.
- Das Gesicht wird gewaschen und - wenn möglich - das Gebiss eingesetzt.
- Bis zur ärztlichen Leichenschau wird ein frisches, leicht zu öffnendes Flügelhemd oder persönliches Nachthemd angezogen, das hinten aufgeschnitten ist. Beim Drehen des Verstorbenen wird vorsorglich ein feuchtes Tuch (haftet besser) auf das Gesicht gelegt (Flüssigkeit kann aus

Gesicht und Nase austreten). Die Verstorbenen werden bis zum Bauch zugedeckt. Die Hände liegen über der Decke.

Info: Bei der ärztlichen Leichenschau muss der Verstorbene vollständig entkleidet werden (Bayerische Bestattungsverordnung §3). Deshalb sollte die Bekleidung auch im Zustand der Totenstarre leicht auszuziehen sein.

- Der Oberkörper wird leicht erhöht gelagert.
Info: Hochlagern vermeidet entstellende Verfärbungen am Kopf durch rotviolette Totenflecken. Diese entstehen durch Blut, das durch die Schwerkraft in die tiefer gelegenen Körperteile sickert und so zu Hautverfärbungen führt.
- Der Mund wird - nur wenn möglich - durch eine Kinnstütze geschlossen (z.B. durch feuchtes, gerolltes Handtuch)
Info: Nicht hochbinden, weil es den Anblick entstellt! Der Brauch, den Mund zu schließen, folgt zwar ästhetischen Empfindungen, wurzelt aber in der alten Annahme und Furcht vieler Religionen, dass die "Seele durch den Mund wieder eintreten könne".
- Die Hände werden übereinander gelegt, die Arme möglichst körpernah angewinkelt.
Info: Hände nicht falten, da sonst die ärztliche Leichenschau bei Totenstarre erschwert wird. Das Anlegen der Arme erleichtert die spätere Aufbahrung und Einsargung.
- Falls Angehörige nicht in der Wohnung anwesend sind: Wertgegenstände am Körper werden belassen und dokumentiert.
- Das Bett wird - wenn möglich - so gestellt, dass es von beiden Seiten zugänglich ist, Stühle werden dazu gestellt. Wir drehen die Heizung zurück und lüften den Raum.
- Pflegeutensilien werden vom Nachtkästchen geräumt. Wenn gewünscht, werden Symbole (Kerze, Rosenkranz, Blume) aufgestellt und / oder persönliche Dinge (Bilder, "Lieblingsgegenstände") arrangiert.
- **Ärztliche Leichenschau:** Wenn die Pflegekraft vor Ort ist, bietet sie bei der ärztlichen Leichenschau an, den Arzt zu unterstützen. Der Arzt füllt den Totenschein aus (Personalien des Toten, Todeszeitpunkt, Totesart, evtl. Hinweise auf übertragbare Erkrankung usw.)
Info: Die ärztliche Leichenschau ermittelt die Todesart und sichtet die **sicheren Todeszeichen:** Totenflecke (zeigen sich in der Regel nach ca. 1 -4 Std. nach dem Versterben, Ursache: siehe oben. Todesstarre (beginnt nach 2 - 12 Std., abhängig von Temperatur, Medikamente, Anstrengungen des Todeskampfes.) Sie beginnt zunächst an der Muskulatur von Unterkiefer, Hals und Nacken und breitet sich zu den Extremitäten hin aus. Je nach Umständen löst sie sich in umgekehrter Reihenfolge nach ca. 1 - 6 Tagen. Ursache: Die Totenstarre entsteht durch Kontraktion der Muskulatur, die so ihre Energievorräte aufbraucht.

Durchführen der Aufbahrung

- Nach der ärztlichen Leichenschau kann der Tote im eigentlichen Sinne aufgebahrt werden. Der Tote kann nach Absprache mit den Angehörigen bis zu 24 Std.¹ in der Wohnung bleiben.

Info: Die Aufbahrung ist die Zeit des Abschieds. Dieser braucht Zeit und möglichst wenig Reglementierung. "Die menschenwürdige Aufbahrung eines Verstorbenen kann helfen bei der Trauerarbeit der nahen Angehörigen und der professionellen Helfer." (Sitzmann, F. 1999: Aufbahrung unserer Toten - ein längst vergessener Brauch. Bingen: IGSL, S. 12.) An die Einrichtung des Aufbahrungsraumes werden keine besonderen Anforderungen gestellt.

- Für die Aufbahrung kann der Tote eingekleidet werden. Eventuell geäußerte oder übermittelte persönliche Wünsche werden dabei berücksichtigt (z.B. Lieblingskleid, Hochzeitsanzug). Empfohlen wird das Einkleiden durch mindestens drei Personen auszuführen. Schwierige Kleidungsstücke können am Rücken aufgeschnitten werden.

Info: Bei der Bekleidung von Toten ist leicht vergängliches Material zu verwenden (Bayerische Bestattungsverordnung § 30 Abs. 4). Straßenkleider oder -anzüge sind als solche anzusehen (Siehe: Klingshorn, H. 2001: Erläuterungen zur Bayerischen Bestattungsverordnung IV, S. 9) "Ein Verstorbener sollte von mindestens drei Personen eingekleidet werden. Eine Person sollte den Verstorbenen statisch heben und halten, damit die beiden anderen Personen ihn problemlos ankleiden können." (Sitzmann, F. 1999: Aufbahrung unserer Toten - ein längst vergessener Brauch. Bingen: IGSL, S. 29.)

- Der Verstorbene kann noch von den Angehörigen und / oder Pflegekräften rasiert und gekämmt werden. Empfehlung: Angefeuchteter, weitzahniger Kamm; keine Bürste!
- **Wichtig:** Die Pflegekräfte informieren über die Möglichkeiten der Aussegnung oder von Abschiedsritualen (Werkblatt „Hinübergehen“; in der Station vorrätig) Sie ermutigen zur "Totenwache" und bieten Kaffee / Tee an. Eltern werden ermutigt, auch ihre Kinder in dieses Abschiednehmen einzubeziehen.

Auswertung (bezogen auf Ziele)

- Die Pflegekraft vergewissert sich während der Versorgung und Aufbahrung immer wieder, wie es den Angehörigen geht und welche Unterstützung sie brauchen.
- Die Pflegekräfte besprechen bei der Übergabe das Vorgehen mit den geglückten und den eventuell schwierigen Ereignissen und Prozessen.
- Die PDL erkundigt sich regelmäßig, wie die Art der Zusammenarbeit von den Beteiligten gesehen wird (Ärzte, Bestatter).
- Die beteiligte Pflegekraft ruft ca. drei Monate nach dem Versterben den Ansprechpartner unter den Angehörigen an und erkundigt sich, wie die Unterstützung rückblickend bewertet wird.

¹ Die Zeiten für eine häusliche Aufbahrung variieren. Sie werden von der jeweiligen Kommune festgelegt.

Abschied und Gedenken im Team

Entwickelt von: Projektgruppe "Palliativversorgung im ambulanten Bereich", Stand: Nov. 2004

Hinweis: Rituale sind symbolische Handlungen, die mit hoher Aufmerksamkeit vollzogen werden. Sie helfen, Gefühle auszudrücken. Das folgende kleine Gedenkritual wurde mit Hilfe der „drei Phasen eines Übergangsrituals“ entwickelt.

Ziele

- **Entlastung der Pflegekräfte:** Gefühle finden einen offiziellen Platz.
- **Nachsorge für Angehörige:** Angehörige erhalten in der Zeit der Trauer Aufmerksamkeit und Zeichen der Solidarität.

Durchführung

Verantwortlich

Pflegedienstleitung

Vorbereitung / Rahmen

- Zeitraum: Teambesprechung
- Kerze(n) vorbereiten
- Eventuell Sterbebilder besorgen
- Gong / Klangschale

1. Phase: Loslösung / Rückblick

- Gong / Klangschale anschlagen.
- Ritual einleiten: „Der Tod unterbricht bei uns die Tagesordnung. Ich möchte heute an ... erinnern, der / die am ... gestorben ist ...“
- Kerze anzünden
- „Was gab es für Rückmeldungen der Angehörigen?“
- „Vielleicht möchte noch jemand im Rückblick auf die Zeit der Pflege und Betreuung von Herrn / Frau ... etwas sagen oder erzählen ... An was erinnere ich mich gerne?“
- „Was war vielleicht schwierig?“
- „Wenn niemand etwas laut sagen möchte, bitte ich um eine Minute des stillen Gedenkens an Herrn / Frau ...“

2. Phase: Höhepunkt

- Gebet oder Text¹

Phase: Neuanbindung / Ausblick

- Eventuell wird eine Gedenkkarte für den Angehörigen reihum unterschrieben.
- Der Klang des Gongs / der Klangschale beendet das Gedenken
- Die Kerze brennt noch bis zum Ende der Sitzung.

Hinweis: Die vor Ort eingesetzten MitarbeiterInnen kondolieren auf ihre Weise. Die PDL / Geschäftsleitung schickt eine Kondolenzkarte. Es gibt zusätzlich eine jährliche Gedenkfeier für MitarbeiterInnen und Angehörige, in der an die verstorbenen PatientInnen / Gäste der Kurzzeitpflege gedacht wird

¹ Textsammlung:

Literatur-Tipps

- **Schaeffer, D. / Ewers, M. (2002):** Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
Hervorragend zusammengestellter und gut lesbarer Forschungsband mit vielen empirischen Forschungsfakten, z.B. zur Patientenerwartung, Ansatzpunkte häuslicher Schmerztherapie, die Dringlichkeit einer besseren ambulanten Palliativversorgung belegt und unterstreicht. Außerdem: Blick über die Grenzen auf die ambulante Versorgung bei unseren Nachbarn.
- **Curriculum zur Implementierung von Hospizarbeit und Palliativmedizin in Sozialstationen,** Pallia Med Verlag Bonn, Von-Hompesch-Str. 1, 53123 Bonn
- **Lilie, U. / Zwierlein (Hg.) (2004):** Handbuch Integrierte Sterbebegleitung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
Ein Streifzug mit 43 Fachartikeln durch alle wichtigen Gebiete der Sterbebegleitung. Ein Schwerpunkt sind Beiträge, wie Palliative Care in verschiedene Institutionen integriert werden könnte.
- **Heller, A. / Heimerl, K. / Husebö, S. (Hg.) (1999):** Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Br.: Lambertus
Ein Sammelband mit Beiträgen zur palliativen Organisationskultur und Projekten. Viele praktische Anregungen.
- **Stich, V. (5/2004):** Hinüberschauen. Begleitung in der Sterbestunde. -Hilfe in den letzten Tagen und Stunden, für das Sich-Verabschieden vom und Versorgen des Verstorbenen. Mit praktischen Hinweisen, was im Todesfall alles zu erledigen ist. (Reihe: Werkblätter der Katholischen Landvolkbewegung Deutschlands). Bestelladresse: Kath. Landvolkbewegung Deutschlands - Bundesstelle, Drachenfelsstr. 23, 53604 Rhöndorf, Tel 02224 / 71031
Hilfreiche kleine Handreichung für Angehörige für die letzten Tage mit praktischen Anregungen und Übersicht der zu tätigen Formalitäten. Gut geeignet auch als kleines Geschenk.
- **ACK Baden Württemberg** (Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen):
„Krankheit, Leiden, Sterben, Tod in den Weltreligionen und Religionsgemeinschaften.
Handreichung für MitarbeiterInnen in sozialen Einrichtungen
Staffenbergstrasse 4, 70184 Stuttgart, Tel. 0711-24 31 14
Kompakte Zusammenstellung was in der der Begleitung Sterbender in den verschiedenen Religionen zu beachten ist.

Hospizarbeit allgemein

- **Albrecht, E. / Orth, Ch. / Schmidt, H. (1995):** Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen die Sterbenden helfen wollen. Freiburg im Br.: Herder
Eine Hausärztin, eine Hospizreferentin und eine Klinikseelsorgerin liefern aus erster Hand Basisinformationen, Beispiele und praktische Anregungen für die Sterbebegleitung zu Hause. Auch als Hilfe für Angehörige gut geeignet.

Unterstützung bei palliativpflegerischen und palliativmedizinische Fragen

- **Bausewein, C. / Roller, S. / Voltz, R. (2004):** Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München, Jena: Urban und Fischer
Gut aufbereitete Informationen zum schnellen Nachschlagen
- **Husebo / Klaschik, E. (2003):** Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. Berlin u.a.: Springer
Klassiker! Sachinformation kompakt und anschaulich durch viele Beispiele.
- **Christophorus Hospizverein e.V. (Hg.) (2004):** Konzept zur Schmerzbehandlung. Broschüre für Fachkräfte, Patienten und Angehörige (Reihe Palliativmedizin / Palliativpflege). Bestelladresse: CHV, Rotkreuzplatz 2a, 80634 München, Preis: 10.- €
Die Broschüre fasst die wichtigsten Ergebnisse der Tumorschmerzforschung zusammen und unterstützt den Hausarzt bei einer individuell abgestimmten und optimalen Schmerztherapie. Tipp: Sollte in jeder Sozialstation vorrätig sein, um Hausärzte bei dieser Aufgabe gegebenenfalls nachdrücklich und diplomatisch zu unterstützen.
- Download: Leitlinien Palliativpflege: www.dgpalliativmedizin.de (z.B. palliative Mundpflege)

Unterstützung bei Versorgung und Aufbahrung

- **Stich, V. (4/2004):** Hinübergehen. Eine Tür ist Dir geöffnet. Den Abschied gestalten - Anregungen, Gebete und Gottesdienste für die Zeit zwischen Tod und Beerdigung. (Reihe: Werkblätter der Katholischen Landvolkbewegung Deutschlands). Bestelladresse: Kath. Landvolkbewegung Deutschlands - Bundesstelle, Drachenfelsstr. 23, 53604 Rhöndorf, Tel 02224 / 71031
Hilfreiche kleine Handreichung für Angehörige mit verschiedenen Gestaltungsvorschlägen. Gut geeignet auch als kleines Geschenk. Tipp: Vorrat in der Sozialstation!
- **Tausch-Flammer, D. / Bickel, L. (1995):** Wenn ein Mensch gestorben ist - Wie gehen wir mit dem Toten um? Freiburg i. Br.: Herder
Praktischer Ratgeber für die schwierige Zeit der Trauer und alle Formen der Bestattung.
- **Kugler, N. (6/2003):** Wenn Kinder trauern. Ist Oma jetzt bei Gott? Eine Hilfe für Eltern mit ihren Kindern mit Tod und Trauer umzugehen. (Reihe: Werkblätter der Katholischen Landvolkbewegung Deutschlands). Bestelladresse: Kath. Landvolkbewegung Deutschlands - Bundesstelle, Drachenfelsstr. 23, 53604 Rhöndorf, Tel 02224 / 71031
Kinder werden oft vergessen. Die Broschüre ermutigt Angehörige, Kinder in den Abschied einzubeziehen und zeigt zahlreiche Möglichkeiten dafür. Tipp: Vorrat der Broschüre zum Weitergeben und Verschenken in der Sozialstation!

Weitere Dokumente aus der „Projekt-Werkstatt“

Auf eine ausführliche Projektdokumentation haben wir bewusst verzichtet, um die Broschüre nicht mit Details zu überladen. Wenn Sie an folgenden Materialien interessiert sind, wenden Sie sich bitte an die **Bayerische Stiftung Hospiz** (E-Mail: info@bayerische-stiftung-hospiz.de oder telefonisch unter 0921/605 3350)

- Projektbeschreibung (2003) für die Beantragung von Fördermitteln
- Schaubild: Struktur der Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste
- Ausschreibung: Interne Fortbildung Palliative Care
- Protokolle und Tagesordnung der Projektgruppen-Treffen / des Qualitätszirkels
- Ausschreibungen diverser flankierender Maßnahmen
- Presseartikel
- Falblatt mit Kurz-Information über das Projekt