

Einrichtungskonzept

“Palliativ Care“

im Caritas-Altenzentrum St. Maternus
des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V.

(Stand April 2015)



„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben können, sondern auch bis zuletzt, leben können“ (Cicely Saunders).

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|--|--------------|
| 1. Einleitung | 3 |
| 1.1. Definition nach WHO | 3 |
| 1.2. Der christliche Glaube und die Palliativversorgung | 3 |
| 1.3. Begleitung der Menschen unabhängig von Herkunft, Kultur oder Religion | 4 |
| 2. Zielsetzung in der palliativen Versorgung | 5 |
| 3. Palliativ-Geriatrie | 6 |
| 4. Symptomerfassung und Symptomkontrolle | 6 |
| 5. Unterstützende Maßnahmen in der palliativen Phase | 9 |
| 5.1. Orale Bedürfnisse | 9 |
| 5.2. Bedürfnisse nach Gerüchen und Entspannung | 10 |
| 6. Planung und Dokumentation | 11 |
| 6.1. Palliative Pflegeplanung | 11 |
| 6.2. Dokumentation | 13 |
| 7. Ethische Fallbesprechung | 13 |
| 8. Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner | 14 |
| 9. Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | 14 |
| 10. Struktur und Organisation in der Einrichtung | 14 |
| 11. Kooperation in der palliativen Versorgung in der stationären Einrichtung unter Berücksichtigung von gesetzlichen Bestimmungen | 15 |
| 11.1. Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln – Qualitätszirkel | 15 |
| 11.2. Freiwillige Mitarbeiter/innen | 16 |
| 12. Umgang mit Emotionen | 17 |
| 13. Abschiedskultur | 18 |
| 14. Quellenangaben | 19 |

1. Einleitung

Die höhere Lebenserwartung und die Veränderung der Familiensituationen hat eine Veränderung hinsichtlich der Orte des Sterbens mit sich gebracht. Starben früher alte Menschen vorwiegend zu Hause oder in einem Krankenhaus, sind heute stationäre Einrichtungen für einen großen Teil der älteren Bevölkerung zum Sterbeort geworden.

Uns ist bewusst, dass Palliative Care ein Betreuungskonzept und eine Lebenseinstellung für Menschen jeden Alters ist. Zwar ist hohes Alter keine Krankheit, geht aber mit vielen Beeinträchtigungen einher, die nicht mehr geheilt werden können. Vor allem Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) stellen für die Lebenssituation des alten Menschen und sein Wohlbefinden eine Belastung dar.

Palliative Care steht in St. Maternus für umfassende und angemessene Versorgung kranker und sterbender Menschen in ihrer aktuellen Lebensphase. Es geht darum, Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen und belastende Symptome zu lindern, Selbstbestimmung zu unterstützen und das Sterben als natürlichen Vorgang zu betrachten. Der Tod wird weder beschleunigt noch verzögert. Das Sterben soll menschlich, natürlich und frei von unnötigen Schmerzen und Belastungen ermöglicht werden.

Palliative Care integriert hierzu die psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse der Bewohner, der Angehörigen und des Betreuungsteams. Es begleitet über den Tod hinaus auch in der Phase der Trauer und der Verabschiedung. Palliative Care vernetzt unterschiedliche Akteure und Begleiter, wie Angehörige, Pflegende, ehrenamtliche Begleiter, hauptamtliche Mitarbeiter, Ärzte, Therapeuten und Seelsorger.

1.1. Definition nach WHO

Nach der im Jahre 2002 angepassten Definition ist Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, und zwar durch Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen sowie durch exzellentes Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen psychischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.¹

1.2. Die christliche Glauben und die Palliativversorgung

Die Auferstehung der Toten und das ewige Leben, wie sie im apostolischen Glaubensbekenntnis formuliert sind, führen in die personale Gemeinschaft mit dem lebendigen Gott und zugleich in die Gemeinschaft aller Menschen in einem »neuen Himmel und einer neuen Erde. Damit ist ein Leben in Fülle gemeint, das Gott in Jesus Christus denen verheißen hat, die ihn lieben, gerade auch den Armen und Notleidenden.

Für Christen hat die Zielrichtung ihres Hoffens einen Namen: Jesus Christus. Er hat uns Menschen ein Ende aller Tränen dieser Erde und ein Leben bei Gott verheißen. Dieses Leben ist jetzt schon in ihm angebrochen. Das Ziel christlicher Hoffnung weist so über alle irdischen Wege des Menschen hinaus. Es stellt sich in Jesus Christus dar, der als

¹ Knipping, Cornelia, Lehrbuch Palliative Care, 2008

unüberbietbare Selbstmitteilung Gottes an die Menschen von sich sagt: »Ich bin der Weg, die Wahrheit und das Leben². So leibhaftig der einzelne Mensch leidet und stirbt, so konkret ist seine Hoffnung auf den leidenden, sterbenden und auferstandenen Christus gegründet.

Wenn jedoch Menschen unter großen Leiden sterben, kann die Frage aufbrechen: Warum lässt Gott das zu? Die Bibel, insbesondere das Buch Hiob³, zeigt uns, dass sich das Schicksal der Menschen und der Lauf der Welt nicht mit direkten göttlichen Eingriffen erklären lassen. Die Spannung zwischen der Güte Gottes und dem von ihm zugelassenen Leiden der irdischen Existenz bleibt bestehen. Sie will im Leben und Leiden ausgehalten werden. Jesus ermutigt uns, an Gott zu glauben und trotz der scheinbaren Verborgenheit Gottes im Leben Sinn zu suchen und zu erleben. Gott bestätigt in Jesu Leben, Sterben und Auferstehen, dass er uns Menschen liebt und dass diese Liebe stärker ist als der Tod.

Im Matthäus-Evangelium werden sechs Werke der christlichen Nächstenliebe genannt: Hungernde speisen, Durstige tränken, Fremde beherbergen, Nackte kleiden, Kranke und Gefangene besuchen. Schon früh kam in den urchristlichen Gemeinden ein siebentes Werk der Barmherzigkeit hinzu, nämlich die Toten zu begraben. Außerhalb der Zählung dieser klassischen »sieben Werke der Barmherzigkeit« galt die Tröstung der Trauernden als selbstverständliche seelsorgerliche Aufgabe.⁴

Heute wird die Grundhaltung aus der Sterbe- und Trauerbegleitung auch »Freundschaftsdienst« genannt: Menschen in existentiellen Herausforderungen durch Krankheit, Leiden, Sterben und Tod Begleiterin oder Begleiter zu sein und als Freundin oder Freund zuhörend und mitfühlend beizustehen. Ob es sich um Angehörige, Geistliche oder andere Helferinnen und Helfer handelt: Sie alle können ihren Dienst nur leisten, wenn sie selbst begegnungsfähig sind.

1.3. Begleitung der Menschen unabhängig von Herkunft, Kultur oder Religion

Der Umgang mit Krankheit, Tod, Trauer und Sterben ist in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen unterschiedlich geprägt. Im Sinne des Ziel- und Leitkonzeptes der Caritas-Altenzentren finden alle Menschen, die dem Gebot der Nächstenliebe und des wertschätzenden Miteinanders zustimmen, Platz in unseren Caritas-Altenzentren.

„Der Tod ist ein natürlicher Teil des Lebens und wir alle müssen uns ihm früher oder später stellen. Ich sehe zwei Möglichkeiten, wie wir mit dem Tod umgehen können, solange wir noch leben. Wir können ihn entweder ignorieren oder wir können uns die Aussicht auf unseren eigenen Tod stellen und beginnen – indem wir uns eingehend mit ihm befassen, das Leiden zu vermindern, das er uns bringen kann. Wir können ihn aber in keinen Fall umgehen.“⁵

² Neues Testament, Ev. Nach Johannes, 90 n.C.

³ Altes Testament, Buch Hiob, 200-500 v.C.

⁴ Matthäus, Neues Testament, Matthäus Evangelium, 60 n.C.

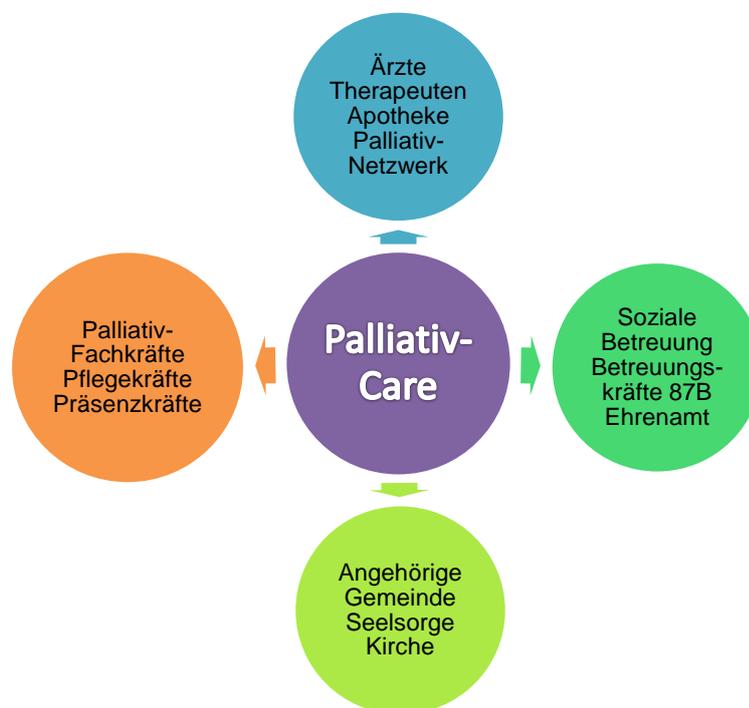
⁵ Dalai Lama, Das tibetische Buch vom Leben und Sterben, 2004

2. Zielsetzung in der palliativen Versorgung

Das Ziel ist es im Caritas- Altenzentrum St. Maternus, den dort lebenden Menschen

- durch eine fachlich kompetente, ganzheitliche und individuelle Pflege den Menschen, auch in einem fortgeschrittenen Stadium einer nicht kurativ behandelbaren Erkrankung, eine möglichst hohe Lebensqualität unter größtmöglicher Selbstbestimmung zu ermöglichen.
- Angehörige, Lebenspartner und Freunde in die Betreuung und Pflege einzubeziehen und sie in dieser besonderen Lebensphase des Abschiednehmens und der Trauer zu begleiten.
- Belastende Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Angst und Verwirrung optimal zu lindern.
- Unseren Bewohner/innen eine palliative Versorgung zukommen zu lassen und hinzu deren soziales Umfeld und auch die Menschen, die in unserer Einrichtung arbeiten, zu erreichen und palliative Standards in der Pflegeplanung wirksam werden zu lassen.

Um diese Ziele zu erreichen, legen wir in unserer Einrichtung besonderen Wert auf eine gute Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team:



3. Palliativ-Geriatrie

Sind hoch betagte Menschen überhaupt Palliativpatienten? Betrachtet man noch einmal die Definition von *Ewers* und *Schäffer* mit der WHO-Komponente, so lässt sich folgendes feststellen:

- Die Bewohner leiden größtenteils an chronisch fortschreitenden, unheilbaren Krankheiten, wie z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Demenzerkrankungen oder Tumoren.
- Häufig verursachen diese Erkrankungen chronische Schmerzen und symptomatische Beschwerden wie Atemnot, Obstipation oder Übelkeit.
- Die Lebenserwartung ist durch die Erkrankungen (Multimorbidität) an sich und durch das Alter erkennbar begrenzt, wobei Prognosen durch die individuelle Konstitution des Menschen immer unsicher sind.
- Heilung und Rehabilitation ist nur in wenigen Fällen möglich.⁶

Viele Bewohner, die sich in stationären Einrichtungen befinden, haben ein oder mehrere Symptome, die eine Palliative Pflege nötig und sinnvoll machen. Jeder einzelne Mensch ist von der Bezugspflegefachkraft zu befragen, wie er seine verbleibende Lebenszeit gestalten möchte und was er sich an Unterstützung (medizinisch, pflegerisch, sozial, spirituell) wünscht, um Lebensqualität erlebbar und spürbar zu machen. Bei Demenzerkrankten ist die verbale Bedürfnisäußerung in der Regel schwieriger, daher muss besonders auf nonverbale Mitteilungen (Gesichtsmimik etc.) geachtet werden. Biografiearbeit und validierendes Verhalten im Umgang mit sterbenden Demenzerkrankten sind eine Voraussetzung für die erfolgreiche Palliative Versorgung von dementen Bewohner/innen. Die multiprofessionellen Teams im St. Maternus setzen hierfür auch das Instrument der Fallbesprechung ein. Hiermit werden Bedürfnisse ermittelt und professionelles Handeln abgeleitet. Weitere Informationen siehe Kapitel 6.3. Fallbesprechung.

4. Symptomerfassung und Symptomkontrolle

Die Lebensqualität kann durch Schmerzen, Atemnot, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung oder Durchfall, Infektionen, Inkontinenz, Kräftezerfall, Schlaflosigkeit, Depression, Angst und weiteren Symptomen stark beeinträchtigt werden.

Mit geeigneten Instrumenten wie z.B. der ECPA - Schmerzeinschätzung in Kombination mit einer Fallbesprechung werden Symptome erfasst, gezielt und interdisziplinär angegangen. Dabei beachten wir die biologischen, physiologischen, sozialen oder spirituellen Ursachen der Symptome sowie auch mögliche Bewältigungsstrategien des Betroffenen. Unser Ziel ist die bestmögliche Linderung von belastenden Symptomen im Bewusstsein, dass dies nicht immer ausreichend gelingen kann.

⁶ Schaeffer, Doris, Ewers, Michael, Case-Management in Theorie und Praxis, 2005
A.02.B – MGU – 1 – St. Maternus – Konzept Palliative Care

Die Symptomerfassung ist in allen Phasen des Krankheitsverlaufes stets neu bzw. wiederholt durchzuführen. Durch vorausschauendes Denken ist es möglich, Krisen abzuwenden oder zumindest darauf vorbereitet zu sein.

In diesem Kapitel beschreiben wir kurz die wichtigsten Symptome und Behandlungsmethoden in der letzten Lebensphase

1. Schmerzen
2. Total Pain (Physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz)⁷
3. Dyspnoe / Tachypnoe (Atemnot)
4. Übelkeit und Erbrechen
5. Verstopfung und Durchfall
6. Fatigue (chronische Erschöpfung)
7. Mundtrockenheit / Mundpflege
8. Delir (Form akuter organischer Psychose)⁸
9. Rasselatmung
10. Schlaflosigkeit
11. Juckreiz
12. Angst

1. Schmerzen / Therapie

Der erste Schritt zur Schmerzbehandlung ist das Erkennen und Ernstnehmen der Schmerzen, diese müssen möglichst genau erfasst werden. Die Schmerzerfassung beinhaltet folgende Fragen:

- Wo schmerzt es?
- Wann schmerzt es, sind es Dauerschmerzen oder intermittierende?
- Wie äußert sich der Schmerz (kolikartig, klemmend, brennend, bohrend...)?
- Wodurch wird der Schmerz ausgelöst oder verstärkt (Mobilisation, Bewegung etc.)?
- Wie stark ist der Schmerz? Auf einer Analogskala kann der Schmerz ausgedrückt werden, sofern dies kognitiv noch möglich ist.
- Gab es frühere Schmerzepisoden und wie wurde damit umgegangen?

Grundsätze der Schmerztherapie sind:

- Chronische Schmerzen benötigen eine Dauertherapie
- Es soll eine möglichst einfache Verabreichungsart gewählt werden
- Die Auswahl der Substanzen erfolgt nach ärztlicher Anordnung gemäß der Stufenleiter der WHO:
 1. Nicht-opioide Schmerzmittel wie z.B. Aspirin, Paracetamol, Antirheumatika (NSAR)
 2. Schwache Opiate wie Tramadol, Codein

⁷ Frick, Eckhard, Vogel, Ralf, Den Abschied vom Leben verstehen, 2011

⁸ Pschyrembel, 2000

3. Opiate wie Morphin, Hydromorphon, Fentanyl -wichtig ist hierbei nicht zu vergessen, dass die Nebenwirkungen wie Verstopfung und Übelkeit von Anfang an mit behandelt werden müssen.

Grundsätzlich gilt jedoch: Ist sich die Pflegekraft nicht sicher, ob der Bewohner Schmerzen hat oder ob die Symptome wie Unruhe usw. eine andere Ursache haben, werden Schmerzmittel gegeben. In dieser Lebensphase ist eine evtl. Fehlinterpretation oder Abhängigkeit von Medikamenten nebensächlich.

2. Total pain

Zu beachten ist auch eine Schmerzverstärkung, die durch „Total pain“ (übergreifenden Schmerz) verursacht werden kann. Schmerzen verstärkt durch soziale, psychologische und spirituelle Komponenten, sind nur schwer in den Griff zu bekommen.

Wir erleben immer wieder, dass die Sorgen um Angehörige, Verlust der sozialen Kontakte, Angst, Verzweiflung, Sinnkrisen, Ärger oder Abhängigkeit schon bestehende Schmerzen massiv verstärken können.

3. Atemnot

Atemnot ist ein belastendes Symptom und oft begleitet von Angst. Daher sollen primär die Ursachen der Atemnot behandelt werden. Hinzu sind lindernde Maßnahmen wie frische Luft, richtige Lagerung, Zuwendung und Ablenkung für das physische und psychische Wohlbefinden wichtig. Zusätzlich kann auf ärztliche Anordnung mit Sauerstoff, Temesta oder Morphin das subjektive Empfinden gesenkt werden.

4. Übelkeit und Erbrechen

Ständiger Brechreiz kann eine massive Einschränkung der Lebensqualität bedeuten und muss behandelt werden. Hier können Medikamente zur Unterdrückung von Brechreiz/ Übelkeit nach ärztlicher Anordnung zum Einsatz kommen. Übelkeit und Brechreiz können auch als Nebenwirkung des Einsatzes von Schmerzmittel, auftreten.

5. Verstopfung / Durchfall

Verstopfung ist oft eine Nebenwirkung der Schmerztherapie und sollte gleichzeitig mit Beginn der Therapie nach ärztlicher Anordnung behandelt werden. Durchfall kann unter anderem durch Antibiotika ausgelöst werden und ist ebenso belastend. Neben natürlich wirkenden Mitteln und einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr können leichte Abführmittel zum Einsatz kommen.

6. Fatigue

Fatigue ist ein Syndrom, das oft bei terminalen Erkrankungen auftritt und sich sehr belastend auf die Betroffenen auswirkt. Nach der kleinsten Anstrengung sind sie völlig erschöpft. Hier müssen die Betroffenen darauf aufmerksam gemacht werden, Kräfte zu sparen, um sie gezielt einsetzen zu können.

7. Mundtrockenheit/ Mundpflege

Auf eine gute Mundpflege ist zu achten, um Pilzinfektionen und Austrocknung vorzubeugen. Im terminalen Stadium kann Mundpflege auch mit dem Lieblingsgetränk ausgeführt werden.

8. Delir

Ein plötzlich auftretendes Delir kann verschiedene Ursachen wie z.B. Flüssigkeitsmangel, Hirnödeme bei Metastasen, Medikamentenunverträglichkeit oder Elektrolytverschiebung haben. Dies gilt es, mit dem behandelnden Arzt zwecks Therapie abzuklären.

9. Terminales Rasseln

Durch Flüssigkeitsansammlungen im Rachen und Bronchialbereich kann das terminale Rasseln entstehen. Hier kann der Betroffene nicht mehr abhusten. Ärztliche Begleitung und Therapie ist zwingend erforderlich.

10. Schlaflosigkeit

Schlaflosigkeit beeinträchtigt die Lebensqualität und sollte symptomatisch in Unterstützung mit dem Arzt (ggfls. Neurologen) in Behandlung gebracht werden. Es muss aber auch beachtet werden, dass ältere Personen generell weniger Schlaf brauchen, und dass dieser durch Schlafphasen am Tage nochmals verkürzt wird.

11. Juckreiz

Es ist zu unterscheiden zwischen lokalem und diffusem Juckreiz. Letzterer tritt oft bei Leber- und Nierenerkrankungen auf und kann nur lindernd behandelt werden, durch Kühlung, Einreibungen oder Ablenkung.

12. Angst

Angst verschlimmert jedes Symptom. Die Betreuenden handeln und wirken beruhigend auf den Bewohner ein. Sedativa sollen nur nach Abwägung aller Begleiterscheinungen dieser Medikamente zum Einsatz kommen, da diese auch das Bewusstsein eintrüben. Hier bedarf es einer guten Absprache zwischen Hausarzt/ Palliativarzt und Facharzt für Neurologie/ Psychiatrie.

5. Unterstützende Maßnahmen in der palliativen Phase

5.1. Orale Bedürfnisse

Die Bewohner im palliativen Zustand haben oft Heißhunger auf Lieblings Speisen. Sie reagieren sehr erfreut, wenn diese Wünsche erfüllt werden können. Da es nicht immer möglich ist in der Einrichtung den Wunsch zeitnah zu erfüllen, werden hierbei nach Möglichkeit die Angehörigen miteinbezogen. Die Mitarbeiter reagieren zeitnah und sind im regelmäßigen Austausch mit den Angehörigen. Hierbei geht es nicht darum, dass der Bewohner eine komplette Mahlzeit isst. Es passiert auch oft, dass die/der Bewohner/in vom Geruch gesättigt wird, sie/er teilweise nur einen Bissen isst oder nur auf etwas kaut und es wieder ausspuckt. Diese orale Stimulation sorgt dennoch für eine Art Wohlbefinden. Diese

„Glücksmomente“ des Wohlbefindens sind für die Bewohner unerlässlich als unterstützenden Maßnahmen in der palliativen Versorgung.

5.2. Bedürfnisse nach Gerüchen und Entspannung

Im St. Maternus wohnen, hochbetagte Menschen mit größtenteils chronischen Erkrankungen mit unterschiedlichen Beschwerden wie Angst, Schmerz, Atemnot.

Die Symptomerfassung und Symptomkontrolle spielt bei unserer Arbeit somit eine große Rolle, wir bieten mit Hilfe der Basalen Stimulation und der Aromatherapie eine Alternative zu der medikamentösen Therapie an.

Es gibt viele Möglichkeiten, im Rahmen der palliativen Versorgung in Kontakt mit den Menschen zu treten. Das Gebiet der „Basalen Stimulation“ ist eine bestimmte Art der Kommunikation, die die Wahrnehmung in unterschiedlichen Bereichen fördert. Dieses Konzept wurde im Jahr 1975 von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischem Psychologen Prof. Anders Fröhlich entwickelt, ursprünglich zur Förderung schwerst und mehrfach behinderter Kinder. Mit Christel Bienstein hat er das Konzept in den 80er Jahren weiterentwickelt und in die Pflege übertragen.⁹

Die Basale Stimulation versucht bei Menschen, Wahrnehmungserfahrungen zu ermöglichen. Sie richtet sich an Menschen, die körperliche Nähe brauchen und die in ihrer Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation gestört sind. Menschen die z. B. nach einem Schlaganfall immobil sind oder sich verbal nicht mehr äußern können, Menschen mit einer Demenz oder Menschen, die sich in der Sterbephase befinden, können damit angesprochen werden. Die Wahrnehmung des Menschen findet auf verschiedenen Ebenen statt und wir versuchen, die unterschiedlichen Sinne anzuregen z.B. visuell, olfaktorisch (Geruch), taktil-haptisch (Berührung) oder gustatorisch (Geschmack).

Die Aromatherapie ist ein Fachbereich für sich, es handelt sich um eine auf naturwissenschaftlicher Basis begründete und ergänzende Heilmethode.

Diese Therapie bedarf der Zustimmung des behandelnden Arztes. Vor dem Beginn einer Anwendung werden Vorlieben und Abneigungen erfragt und ein Allergietest wird durchgeführt. Es wird ein Tropfen des Öls in der Armbeuge verrieben und nach 30 Minuten die Reaktion abgewartet. Danach wird entschieden, ob eine Therapie erfolgt.

Die Methoden der „Basalen Stimulation“ und die Aromatherapie helfen, Beschwerden zu lindern, leisten einen Beitrag zum Wohlbefinden und können auch prophylaktisch wirken. Wir bieten Waschungen mit Ölen an, kurze Teilmassagen bei Anspannung oder Ängsten, atemstimulierende Einreibungen, Lagerungen zur Förderung der Körperwahrnehmung und helfen bei jahreszeitlicher Orientierung mit Hilfe verschiedener Aromaöle.

⁹ Fröhlich, Anders, Basale Stimulation – Das Konzept, 2008
A.02.B – MGU – 1 – St. Maternus – Konzept Palliative Care

6. Planung und Dokumentation

6.1. Palliative Pflegeplanung (PPP)

Bei der Erstellung einer palliativen Pflegeplanung kommt es nicht auf Fähigkeiten des Bewohners an, sondern auf symptomorientierte Maßnahmen und Lebensqualität in der letzten Lebensphase.

Die Pflegeplanung muss nicht alle „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (AEDLs) abbilden. Daher sind die folgenden Punkte zur Erleichterung angedacht. Sie helfen, die palliative Pflegeplanung von einer kurativen zu unterscheiden.

Für sichere Umgebung sorgen:

- Wünscht der Bewohner einen Zimmerschlüssel?
- Wünscht der Bewohner einen Bettseitenschutz (teilweise oder vollständig)?
- Möchte der Bewohner die Rollos hoch oder unten haben?

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

- Welche Erfahrungen haben das Leben geprägt? (Verfolgung, Gefangenschaft...)
- Hat der Bewohner Angst vor dem Tod?
- Hat der Bewohner selbst viel Tod in der Familie erfahren?
- Ist ihm Religion wichtig?

Kommunikation

- Kann der Bewohner sich äußern?
- Ist die Selbstbestimmung erkennbar?
- Wie ist die Sprache?

Vitale Funktionen aufrechterhalten

- Welche Symptome sind durch Medikamente minimiert?
- Sind Formulare wie „Bedarfsmedikation“ und „Alternative Maßnahmen“ angelegt?
- Welche Symptome sind durch alternative Maßnahmen minimiert?

Sich bewegen können

- Legt der Bewohner Wert auf Erhalt der Beweglichkeit?
- Möchte der Bewohner in Ruhe gelassen werden?
- Möchte der Bewohner mobilisiert werden?
- Möchte der Bewohner im Bett rausgefahren werden?

Sich pflegen können

- Ist die tägliche Grundpflege dem Bewohner wichtig?
- Wünscht der Bewohner eine Ölwaschung?
- Legt der Bewohner Wert auf Hautpflege?
- Wünscht der Bewohner eine Teilwaschung?
- Benutzt der Bewohner besondere Pflegemittel?

Sich kleiden können

- Wünscht der Bewohner Bett-oder Tageskleidung?
- Möchte der Bewohner täglich frische Wäsche?
- Möchte der Bewohner tagsüber Tageskleidung und zur Nacht einen Schlafanzug?

Sich als Mann/ Frau fühlen

- Wünscht der Bewohner tägliche Rasur?
- Wünscht der Bewohner tagsüber Schmuck?
- Wünscht der Bewohner Deo/ Parfüm?

Essen und Trinken

- Wünscht der Bewohner Hilfe beim Essen und Trinken?
- Hat der Bewohner besondere Vorlieben?
- Wie werden die Wünsche erfüllt? Wer beschafft es?
- Wünscht der Bewohner ein Glas/ einen Becher?
- Wünscht der Bewohner angedickte Getränke bei Schluckstörungen?
- Akzeptiert der Bewohner die PEG und benötigt Geschmacksstimulation
- Verträgt er die Nahrung?

Ausscheiden können

- Akzeptiert der Bewohner Inkontinenzmaterial?
- Wünscht der Bewohner Toilettengang oder Steckbecken?
- Wie geht es dem Bewohner mit der Inkontinenz?
- Wünscht der Bewohner größere Einlagen, damit die Wechselinterwalle größer sind?
- Wie geht es dem Bewohner mit dem ggfls. Katheter?
- Neigt er zu Durchfällen oder Verstopfung?

Soziale Bereiche des Lebens sichern

- Kann der Bewohner Kontakte selbst pflegen?
- Welche Hilfe braucht er?
- Wünscht er ein Telefon und benötigt er Hilfe dabei?
- Erhält er Besuch?
- Wie ist das Wohlbefinden nach dem Besuch?

Ruhen und schlafen können

- Schläft der Bewohner im Dunkel oder im Hellen?
- Schläft der Bewohner mit offener Zimmertür?
- Wünscht der Bewohner zur Nacht Aromatherapie?
- Benötigt der Bewohner Schlafmedikamente?

Sich beschäftigen können

- Hat der Bewohner ein vollständiges Biografieformular?
- Wünscht er Radio oder Fernsehen?

- Möchte er im Bett bei Veranstaltungen teilnehmen?
- Was ist der Person noch wichtig (Karneval, Gottesdienst, etc.)?

6.2. Dokumentation

Die palliative Dokumentation wird täglich im Berichtsblatt unter Berücksichtigung dreier Aspekte geschrieben:

1. Medizinische Aspekte
2. Pflegerische Aspekte
3. Soziale Aspekte

7. Ethische Fallbesprechung

Während der palliativen und pflegerischen Begleitung eines Bewohners müssen sich Mitarbeitende, Ärzte, Angehörige und Therapeuten häufig der Frage stellen, was ein gutes, gerechtes, würdevolles und somit ethisch.¹⁰ korrektes Handeln im Zusammenhang mit Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod ausmacht.

Diese Frage resultiert aus der Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten, die die palliative Versorgung bietet, die aber nicht immer von allen Bewohnern gewollt sind. Dabei ist die wichtigste Frage, welche Maßnahmen für die betroffenen Patienten vor dem Hintergrund ihrer individuellen Werteüberzeugungen am besten sind. Damit eine nachhaltige Entscheidung zum Wohle des Bewohners getroffen werden kann, wird eine Ethische Fallbesprechung einberufen.

Somit ist das Hauptziel der ethischen Fallbesprechung u.a. eine ethisch optimal verantwortete Versorgung des Bewohners aufgrund einer ausführlichen Analyse der Situation sicherzustellen. Nebenziele können größere Transparenz und Partizipation in Entscheidungsabläufen, Verbesserung der Kommunikation und des Betriebsklimas sein.

Ablauf einer ethischen Fallbesprechung:

1. Vertraute des Bewohners bitten die leitende Pflegefachkraft des Wohnbereiches um Durchführung einer ethischen Fallbesprechung.
2. Die leitende Pflegefachkraft des Wohnbereiches lädt die Beteiligten zur ethischen Fallbesprechung ein.
3. Kriterien zur Teilnahme sind persönliche Kenntnisse über den Bewohner und zur Fallsituation.
4. Die ethische Fallbesprechung wird von einer neutralen und nicht situationengebundenen Person (z.B. Palliativ-Care-Fachkraft oder leitende Pflegefachkraft eines anderen Wohnbereiches) unter Berücksichtigung der Abwägung und Gewichtung der vier Prinzipien einer ethischen Fallbesprechung: **Gerechtigkeit, Schaden vermeiden, Wohltun und Autonomie** moderiert.

¹⁰ Definition von Ethik: Ethik im Bereich Pflege beschäftigt sich mit den Fragen und Problemen, die sich aus dem Aufgabenbereich ergeben. Sie fragt danach, was ein gutes, gerechtes pflegerisches Handeln ausmacht, liefert Hilfestellungen bei Entscheidungen und definiert Ziele für Pflegepersonen, die Orientierung bzw. Sicherheit im täglichen Tun geben sollen.

5. In der ethischen Fallbesprechung wird der Bewohner anfangs durch einen Teilnehmer vorgestellt.
6. Unter Berücksichtigung der Gefühle, Wertüberzeugungen aller Beteiligten und nach einer detaillierten Analyse der Situation werden innerhalb der rechtlichen Möglichkeiten gemeinsam individuelle Ziele und Maßnahmen festgelegt und dokumentiert.

8. Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner

Oberstes Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität - formuliert aus Sicht des Bewohners. Diese wird individuell verschieden definiert und muss erfragt und fortlaufend dokumentiert werden.

Jede/r Bewohner hat auf Verlangen das Recht auf Aufklärung über ihre/seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmaßnahmen. Sie/er und ihre/seine Handlungsbevollmächtigten oder rechtliche Betreuer/in, bestimmen wesentlich über den weiteren Therapieverlauf oder auch den Verzicht hierauf. Ist der/die Bewohner/in urteilsunfähig, so ist es eine gemeinsame Aufgabe aller an der Betreuung Beteiligten, nach dem Wunsch und Anspruch des Sterbenden zu suchen und hiernach zu entscheiden, soweit dies rechtlich zulässig ist. Soweit eine Patientenverfügung vorliegt, können wir unsere Handlungen daran ausrichten. Ist dieser Wille nicht dokumentiert, so ist das Ziel, den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person gemeinsam mit Angehörigen, Bezugspersonen und Ärzten zu suchen und, je nach Situation, die Handlungen hierauf auszurichten.

Möchte sich ein Bewohner nicht realistisch mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt ihm, Hoffnung zu hegen und eine schwierige und existenzielle Situation besser auszuhalten.

9. Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Zur Umsetzung dieses Konzeptes, wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine palliative Grundhaltung vorausgesetzt. Die Grundprinzipien sind allen Mitarbeitern bekannt, damit sie ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care haben. Sie werden mit den Grundlagen intern vertraut gemacht und geschult. Hinzu fördern wir die regelmäßigen Fachweiterbildungen im Rahmen der Palliativ Care Ausbildung unserer Pflegefachkräfte, um das fachliche Profil Palliativ Care im St. Maternus langfristig zu schärfen. Regelmäßige Schulungen für Ehrenamtliche und Informationsveranstaltungen für Angehörige schaffen ein gemeinsames Verständnis der Betreuung.

10. Struktur und Organisation in der Einrichtung

Zur Sicherstellung der Umsetzung der Palliativen Pflege wurde ein internes Palliative-Care-Team (PCT) gebildet und in einem Wohnbereich fachlich angesiedelt. Dieses umfasst mindestens vier ausgebildete Pflegefachkräfte, die über eine Fachqualifikation in Palliative Care verfügen und mehrfach im Jahr in einem internen Qualitätszirkel die fachliche palliative Arbeit in der Einrichtung bewertet, Schwerpunkte setzt, Maßnahmen ausarbeitet und Standards in der Einrichtung implementiert.

Dieses Team ist übergreifend beratend im gesamten Haus tätig, um die dortigen Pflorgeteams zu unterstützen und anzuleiten. Dies erfolgt u.a. durch die Teilnahme an Fallbesprechungen und Teambesprechungen.

Soweit bei Einzug in das Haus der besondere Palliative Versorgungsbedarf erkennbar ist, wird bei Einzug bereits das interne Palliativ-Care-Team informiert.

Die Leitung und die Mitarbeitenden des Hauses, insbesondere die Fachdienstleitung Pflege und Soziale Betreuung, fühlen sich in besonderem Maße den Grundsätzen palliativer Pflege und des Hospizgedankens verpflichtet, und richten ihre Bemühungen auf deren Umsetzung aus. Kooperationen mit den ambulanten Hospizdiensten, Fachärzten, Krankenhäusern und den Caritas-Hospizen fördern dieses Konzept.

11. Kooperation in der palliativen Versorgung in stationären Einrichtung unter Berücksichtigung von gesetzlichen Bestimmungen

Die SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) ist ein Leistungsanspruch nach § 337b und 132d des SGB V für krankenversicherte Personen. Hierfür müssen sie unter einer unheilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung leiden, wodurch ihre Lebenszeit begrenzt ist und sie dementsprechend einen besonders hohen Versorgungsaufwand haben.

Durch die SAPV soll ein ergänzendes Versorgungsangebot zur Verfügung stehen, das Bewohnern mit hohem Versorgungsaufwand und mit ausgeprägten, komplexen Symptomen ermöglicht, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Das Palliativ-Care-Team (PCT) besteht aus besonders qualifizierten Ärzten, Pflegenden und einer Koordinationskraft.

Die Feststellung der Notwendigkeit der Leistung erfolgt u.a. durch die Pflegefachkräfte. Diese kommunizieren mit dem Bewohner und dem Betreuer, kontaktieren den Hausarzt und führen in Form einer Fallbesprechung das Gespräch durch. Der Hausarzt kontaktiert das SAPV-Team und schickt den Versorgungsvertrag der Institution zu. Der ggfls. Betreuer/Bevollmächtigte unterschreibt ergänzend den Versorgungsvertrag.

Das SAPV-Team bekommt vom Arzt/ der Einrichtung den aktuellen Medikamentenplan und die Diagnosen des Bewohners übermittelt. Hierauf folgt der Kontakt zum Wohnbereich/Bewohner, um einen Termin zu vereinbaren.

Der Hausarzt kann eine additiv unterstützende Teilversorgung oder eine vollständige Versorgung an das SAPV-Team in Auftrag geben. Der Hausarzt beschreibt und unterscheidet die notwendigen Maßnahmen.

11.1. Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln – Qualitätszirkel

Die zuständige leitende Pflegefachkraft nimmt einmal im Quartal aktiv am Qualitätszirkel des Palliativ-Netzwerkes Köln teil. Dort können neben den aktuellen Informationen zur Palliativversorgung durch gemeinsame Fallbesprechungen die Arbeitsfelder der einzelnen Teilnehmer transparent und durch kollegiale Beratung offene Fragen geklärt werden.

Qualitätszirkel Palliativnetzwerk Köln Nord : Mortsiefer@web.de

Qualitätszirkel Palliativnetzwerk Köln Süd – West : info@praxis-haastert.de

Qualitätszirkel des Palliativnetzwerks Köln rechtsrheinisch : Frau Dr. Kreuz

11.2. Freiwillige Mitarbeiter

Zur Optimierung der Begleitung sterbender Menschen integrieren wir freiwillige Mitarbeiter. Diese unterstützen die Pflegenden, indem sie dort anwesend sind, wo der Bewohner es wünscht, und sein persönliches Umfeld nicht ausreicht, um sein Bedürfnis nach Zuwendung zu stillen.

Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten Hospizdiensten, die Einsätze im Caritas-Altenzentrum St. Maternus nach Bedarf leisten.

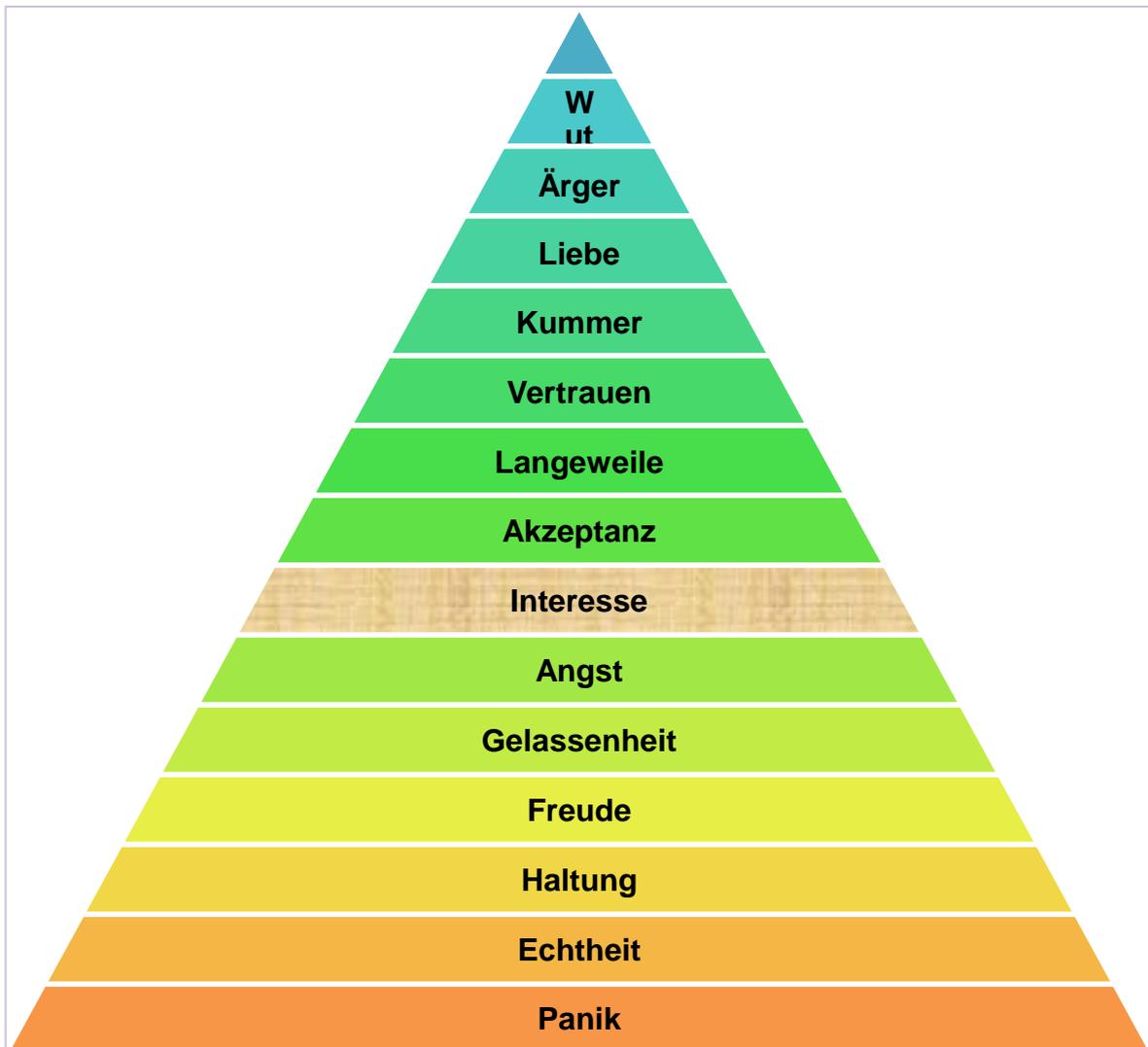
Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Palliativarbeit.

Die ehrenamtlichen Helfer sorgen und engagieren sich regelmäßig für die Menschen, die nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Es gibt Möglichkeiten, mit den Bewohnern zu basteln, spazieren zu gehen, Gespräche zu führen, kleine Einkäufe zu erledigen, ihnen etwas vorzulesen, aber auch Krankenbesuche zu machen.

Es können ehrenamtliche Betreuungen, Einzelbesuche oder Aktionen wie z.B. singen, basteln in einer Gruppe oder ähnliches angeboten werden.

12. Umgang mit Emotionen

„Palliativ Care“



Palliativ Care verlangt die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen, sowie eine hohe Kommunikationskompetenz. Für uns bedeutet dies: Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, eine wertschätzende Haltung, aktives Zuhören, Offenheit, Einfühlungsvermögen.

Eine offene Haltung im Team ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von größter Wichtigkeit ist. In regelmäßigen Abständen wird den Teams die Gelegenheit geboten, über belastende Situationen zu sprechen und Rückschau zu halten. Bei Bedarf kann jederzeit mit der Fachdienstleitung oder den beteiligten Fachkräften das Gespräch gesucht werden, um belastende Situationen zu klären. Bei besonders belastenden Situationen, die intern nicht gelöst werden können, besteht die Möglichkeit, eine externe Fachkraft zur Unterstützung hinzu zuziehen.

13. Abschiedskultur

Für unsere Tätigkeit in St. Maternus ist es uns wichtig, bewohnerorientiert zu arbeiten.

Unser Ziel ist es, schwerstkranken Bewohnern, die durch eine langwierige chronische Erkrankung oder eine akute Krise im Sterben liegen, ein möglichst angst- und schmerzfreies Sterben zu ermöglichen.

Die Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger und Angehörige arbeiten gemeinsam mit dem Sterbenden an diesem Ziel.

Der Bewohner bleibt während der Sterbephase und nach dem Tod in seinem Zimmer und verbleibt dort auch zum Abschied.

In den Dienstzimmern befinden sich „Abschiedskoffer“ mit nötigen Utensilien zur Begleitung Sterbender. Nach dem Tod sollte der Verstorbene nicht sofort versorgt werden, sondern in Achtung der Persönlichkeit einige Zeit in Stille ruhen dürfen.

Bei der Versorgung beachten wir die geäußerten Wünsche des Verstorbenen wie z.B. Kleidung oder religiöse Gebräuche.

Der Raum wird ggfls. mit Blumen, Blättern, ätherischen Ölen oder religiösen Symbolen geschmückt.

Wir halten eine Abschiedsfeier am Bett ab, dabei spricht ein Mitarbeiter ein Gebet oder es wird ein passender Text vorgelesen.

Dieses Ritual soll allen Beteiligten genug Zeit geben, um sich an den Verstorbenen zu erinnern und sich von ihm in Respekt und Achtung zu verabschieden.

Wir stellen eine Kerze und evtl. ein Bild des Verstorbenen auf den Tisch im Speisesaal, wo er die meiste Zeit verbracht hat.

(Siehe hierzu auch C.06.02.B-Altenzentren-Leitfaden zur Sterbe-, Abschieds- und Trauerbegleitung sowie A.02.A-MGU-1-Seelsorgekonzept)

„Denn auch, wenn die Menschen von uns gehen, bleiben sie weiterhin ein Teil in unserem Herzen“.



14. Quellenangaben

Altes Testament, Buch Hiob, 200-500 v.C

Dalai Lama, Das tibetische Buch vom Leben und Sterben, 2004

Frick, Eckhard, Vogel, Ralf, Den Abschied vom Leben verstehen, 2011

Fröhlich, Anders, Basale Stimulation – Das Konzept, 2008

Lubatsch, Heike, Pflegeethik,

http://www.ekd.de/sozialethik/download/Pflegeethik_red-1_24_8_.pdf

Knipping, Cornelia, Lehrbuch Palliative Care, 2008

Matthäus, Neues Testament, Matthaus Evangelium, 60 n.C.

Neues Testament, Ev. Nach Johannes, 90 n.C.

Pschyrembel, 2000

Schaeffer, Doris, Ewers, Michael, Case-Management in Theorie und Praxis, 2005