

# *Implementierung einer Hospizkultur*

*Barbara Hartmann  
Institut für Hospizkultur  
und  
Palliative Care*

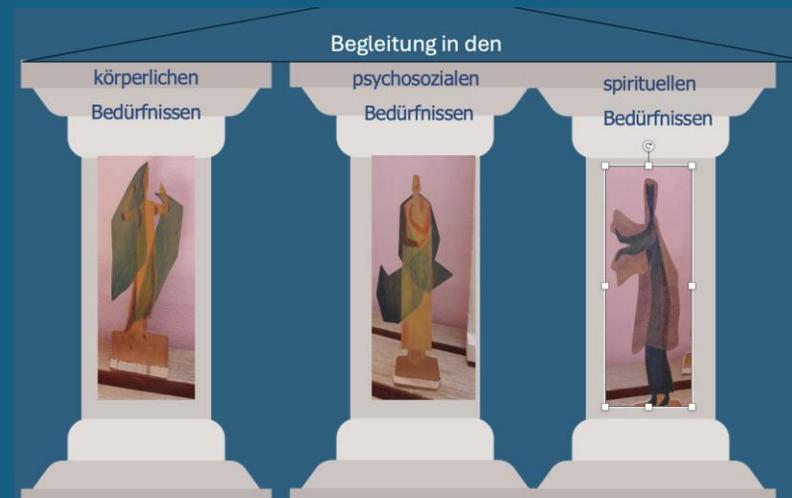


Definition der WHO 2002:

Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten **und deren Familien** verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.



Dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung, sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen auf **körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.**





Definition der WHO 2002:  
Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten **und deren Familien** verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang **mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung** konfrontiert sind.

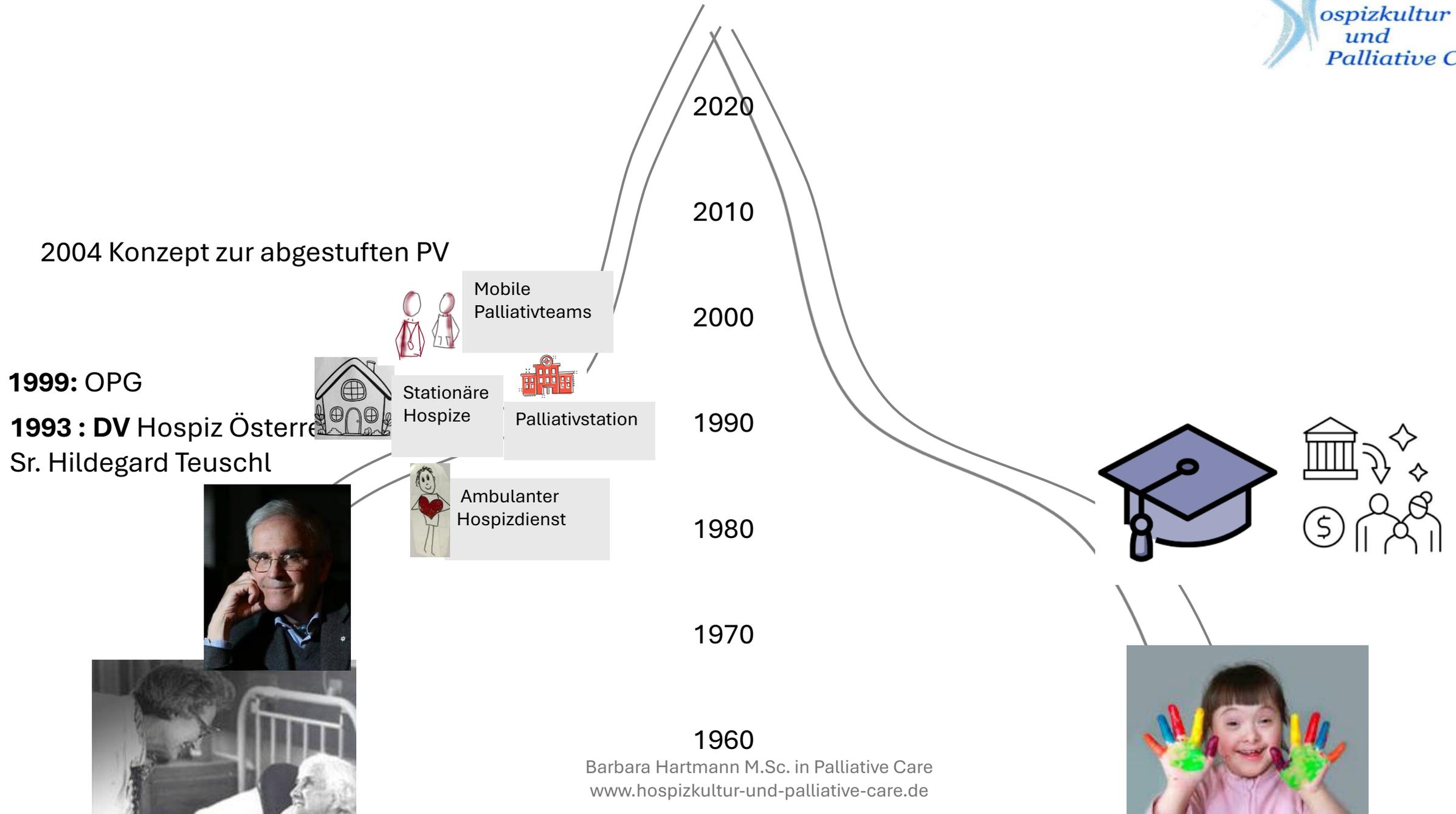
An welche Personengruppe denken Sie?





„Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die  
Gegenwart verstehen und die Zukunft  
gestalten.“

August Bebel (1840 bis 1913 – Gründer der SPD)



## Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

### Hospiz- und Palliativversorgung

Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
<b>Akut- bereich</b>	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ- konsiliardienste
<b>Langzeit- bereich</b>	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Stationäre Hospize
<b>Familien- bereich, Zuhause</b>	Niedergelassene (Fach)- Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutin- nen/Therapeuten ...		Mobile Palliativteams
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheits-system-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> 05.25

2022 Hospiz- und Palliativfondgesetz

2018 Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung

2010 Aufnahme der Versorgungsebenen  
in den Strukturplan

2020

2007: 10. Kongress  
der EAPC in Budapest –  
18 Länder.



2008 unterschreibt Österreich die  
UN-Behindertenkonvention

2010

2004 Konzept zur abgestuften PV



Mobile  
Palliativteams



Stationäre  
Hospize



Palliativstation



Ambulanter  
Hospizdienst



2006 Behindertengleichstellungsgesetz

1999: OPG

1993 : DV Hospiz Österreich  
Sr. Hildegard Teuschl



1980



1970

1960



# Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung

Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung von Hospiz- und Palliative Care in der Grundversorgung



## II. ZIELE

Ziel ist es, Menschen mit geistiger Behinderung zukünftig sowohl in ihrem gewohnten Lebensumfeld, das sind ggf. auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in denen sie seit Jahren leben, als auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens den gleichen Zugang zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung zu ermöglichen, der dem nicht behinderten Menschen entspricht. Dazu sind sowohl in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe als auch den ambulanten und stationären, allgemeinen und spezialisierten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung – d. h. in der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung, in Krankenhäusern, stationären Pflegeheimen, ambulanten und stationären Hospizen, SAPV-Teams u. a. – die Voraussetzungen sowohl hinsichtlich der Strukturen und Abläufe als auch hinsichtlich der Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schaffen. Ziel muss es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Autonomie und ihrem Wunsch- und Wahlrecht unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen persönlichen Lebenssituation Rechnung tragen.

Dabei sind alle Ressourcen zu mobilisieren, die es z. B. ermöglichen, dass Menschen mit geistiger Behinderung möglichst nicht in eine fremde Institution verlegt werden müssen, da eine Verlegung häufig in besonderer Weise als belastend empfunden wird. Mit dem HPG ist vorgesehen, die gem. § 132 g SGB V (neu) geplante „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ neben den stationären Pflegeeinrichtungen auch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung einzuführen – ein wichtiger Schritt, um zukünftig den individuellen Wünschen von Menschen mit geistiger Behinderung in dieser Lebenssituation besser Rechnung tragen zu können.



**CHARTA** zur Betreuung  
schwerkranker und sterbender  
Menschen in Deutschland

**Handlungsempfehlungen**  
im Rahmen einer Nationalen Strategie

Träger und Herausgeber



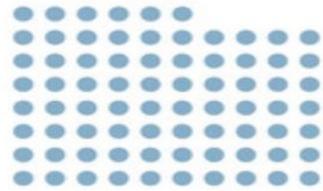
DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.



WUNSCH



76%



10%



2%

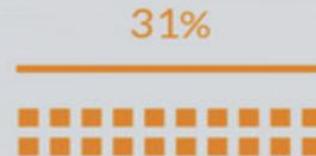


6%



# Sterbeorte Wunsch und Wirklichkeit

Bertelsmann Stiftung  
02.11.2015



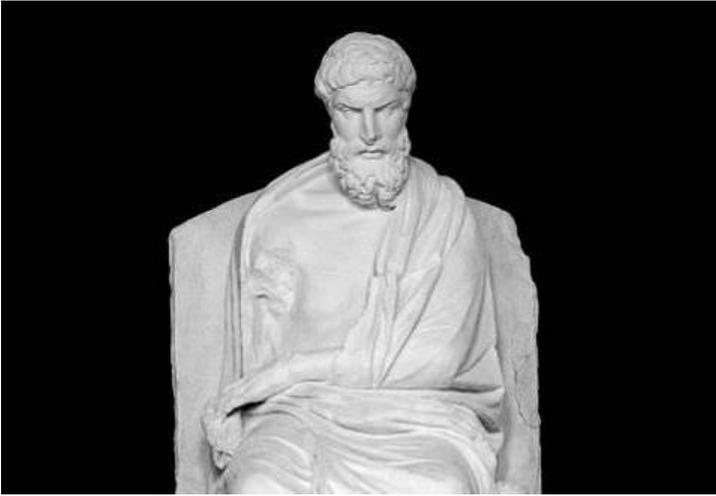
WIRKLICHKEIT

„Die meisten der befragten Mmgb  
würden auch im Alter gerne in  
ihrem Zuhause bleiben,...“

(Prävention und Gesundheitsförderung 4.2023 S.563)  
Lotte Habermann-Horstmeier,  
Larissa Breininger (2022): Vorstellung vom Altsein bei Menschen mit  
geistiger Behinderung – Ergebnisse einer Public-Health-Studie;  
Springer Verlag







*„Der Tod kann mir nichts!*

*Wenn ich da bin, ist er nicht da.*

*Wenn er da ist, bin ich nicht da.“*

(Epicur 341 v. Chr. auf Samos; † 271 oder 270 v. Chr. in Athen)



*Es ist nicht, dass ich  
Angst zu sterben hätte,  
ich möchte einfach nicht  
dabei sein, wenn ´s  
passiert (Woody Allen)*



Lat:

Pallium – der Mantel

palliare – bedecken, “ummanteln“

care: sorgen, pflegen, begleiten, versorgen.....

**Ziel:**  
Lebensqualität/Wohlbefinden





„Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die  
Gegenwart verstehen und die Zukunft  
gestalten.“

August Bebel (1840 bis 1913 – Gründer der SPD)

## Fragen der Gegenwart:

Wann beginnt eine Palliativversorgung?

Ziel: Heilung

Ziel: Lebenszeit?!

Ziel: Lebensqualität/  
Wohlbefinden



Ziel: Heilung

Ziel: Lebenszeit

instabil---stabil---instabil---stabil---instabil---stabil---instabil---stabil---verschlechternd---sterbend

Ziel: Lebensqualität/  
Wohlbefinden







Ziel: Heilung

Ziel: Lebenszeit

instabil---stabil---instabil---stabil  
instabil---stabil---instabil---stabil

Instabil-stabil -verschlechternd-sterbend

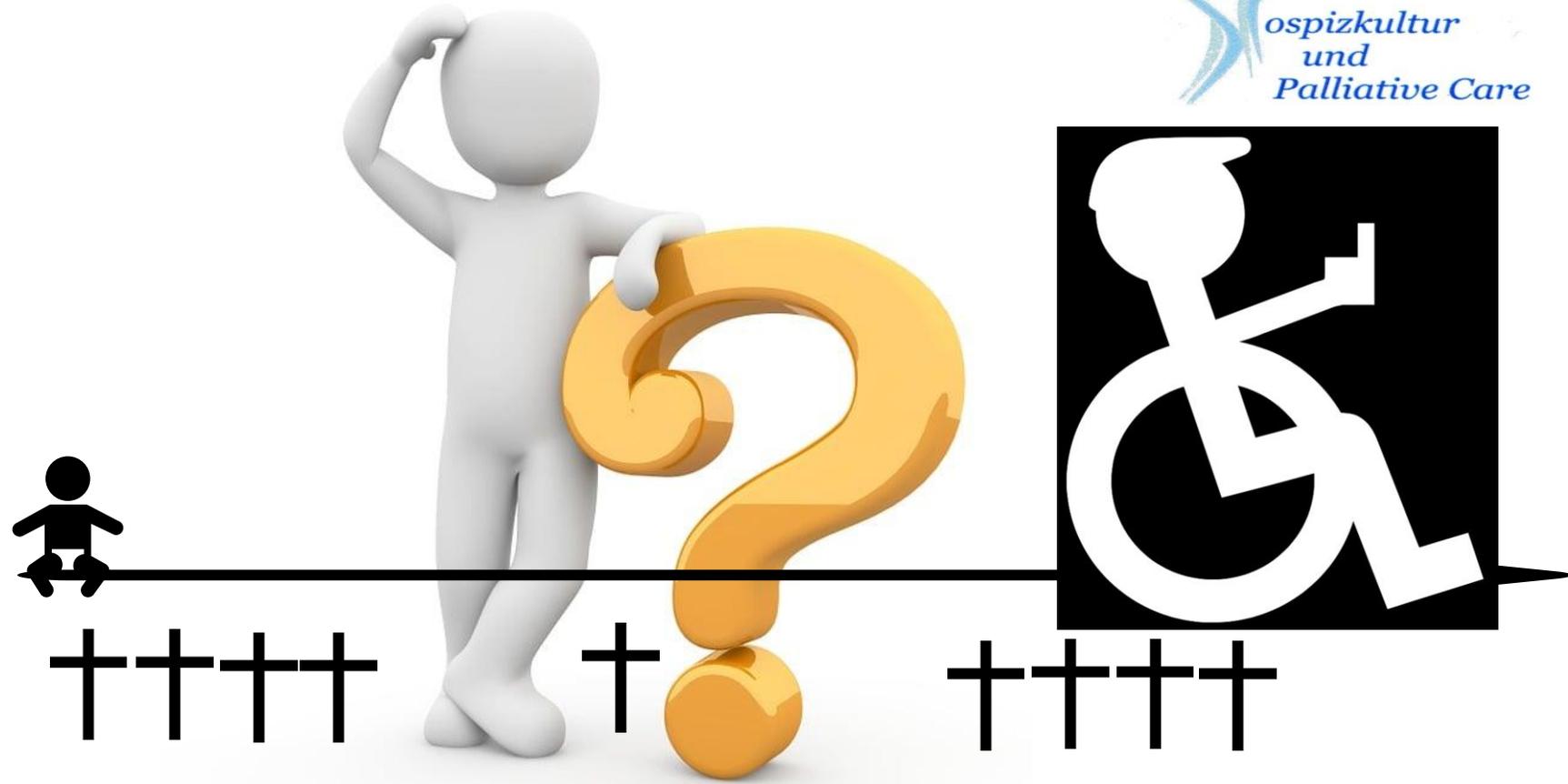
Ziel: Lebensqualität/  
Wohlbefinden

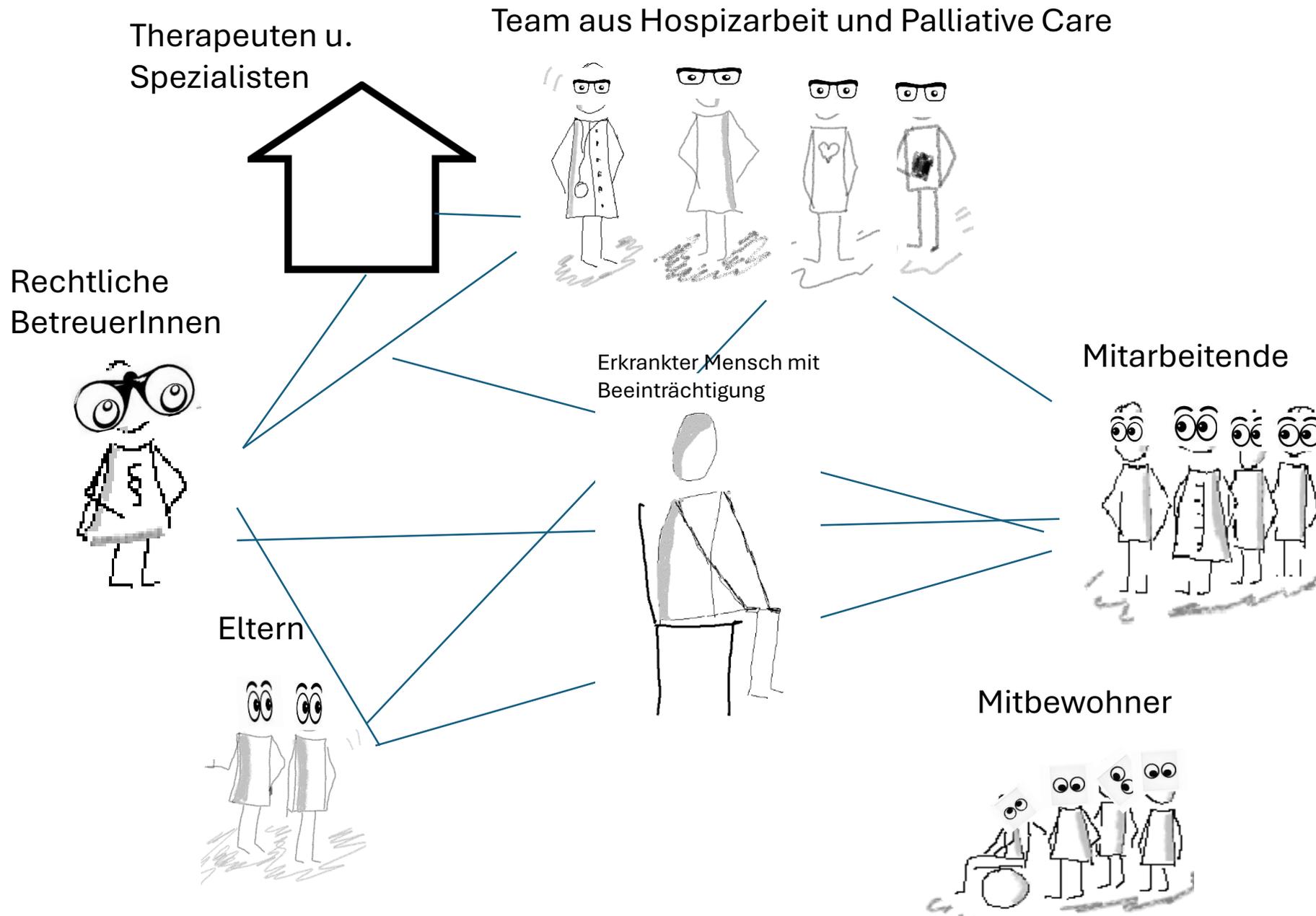


Im  
Jetzt!

*„....., so liegt die Sinnhaftigkeit einer frühen Integration von Palliative Care auch bei voranschreitenden unheilbaren internistischen, neurologischen und geriatrischen Erkrankungen auf der Hand und gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit.“*

<https://www.hospiz.at/fachwelt/ab-wann-hospiz-und-palliative-care/> 05.25







„Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die  
Gegenwart verstehen und die Zukunft  
gestalten.“

August Bebel (1840 bis 1913 – Gründer der SPD)

## Zukunftsgestaltung:

 Bundesministerium  
Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Konsumentenschutz

*„Hospiz und Palliative Care sind ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in Einrichtungen der Grundversorgung (Betreuung zu Hause, Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser) zu fördern.“*

Auszug:

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> 05.25

# Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung

Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung von Hospiz- und Palliative Care in der Grundversorgung

Der Leitfaden wurde als Expertenpapier ohne Beteiligung der Länder erstellt und wird nach Kenntnisnahme durch die Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur veröffentlicht.

## Kernteam der Expertinnen und Experten

Dr. Johann Baumgartner, Koordination Palliativbetreuung Steiermark  
Dr. Karl W. Bitschnau, Leiter Hospizbewegung Vorarlberg  
Karin Böck, MAS, Pflegedienstleiterin Mobiles Caritas Hospiz Wien  
Mag. jur. Andrea Bramböck PLL.M., Österreichische Ärztekammer  
MMag. Christof Eisl, Geschäftsführer Hospizbewegung Salzburg  
Regina Ertl, ehemals Lebenswelt Heim, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs  
Dr. Ludwig Gruber, Bundeskurie angestellte Ärzte  
MR Dr. Norbert Jachimowicz, Bundeskurie niedergelassene Ärzte  
Dr. Michael Lang, Präsident der Bundeskurie angestellte Ärzte  
Dir. Mag. Therese Lutnik, MSc, MAS, Pflegedirektorin Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien  
Markus Mattersberger, Lebenswelt Heim, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs  
Dir. PhDr. Hildegard Menner, Pflegedienstleiterin, Pflegewohnhaus Rudolfsheim-Fünfhaus  
Mag. Claudia Nemeth, Projektleiterin Dachverband Hospiz Österreich  
Mag. Leena Pelttari MSc, Geschäftsführerin Dachverband Hospiz Österreich  
DGKP Bettina Pernsteiner, Mobiles Palliativeam Mürzzuschlag/Bruck  
Dr. Harald Retschitzegger MSc, Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft  
Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Medizinische Universität Wien  
Dr. Wolfgang Wiesmayr, Vorsitzender des Landesverbandes Hospiz Oberösterreich

## Konzeption, Entwurf und Aufbereitung

Barbara Schleicher, Gesundheit Österreich GmbH  
Elisabeth Pochobradsky, Gesundheit Österreich GmbH  
Ingrid Rottenhofer, Gesundheit Österreich GmbH (Prozesssteuerung und Moderation)

## Projektassistenz

Verena Paschek

Wien, im Februar 2018  
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Gesundheit Österreich  
GmbH

- × **Leesezeichen**
- ✓ **1 Entwicklung von Hospiz- und Palliative Care in Österreich**
  - 1.1 Prinzipien und Ziele
  - 1.2 Grund- und spezialisierte Versorgung
- ✓ **2 Kernleistungen von Hospiz- und Palliative Care in der Grundversorgung**
  - 2.1 Identifikation des Bedarfs an Hospiz- und Palliative Care
  - 2.2 Frühzeitige Integration von Hospiz- und Palliative Care
  - 2.3 Symptom-Management
  - 2.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Netzwerke
  - 2.5 Nahtstellenmanagement für kontinuierliche Patientenversorgung
  - 2.6 Kommunikation mit Palliativpatientinnen und -patienten sowie Angehörigen und Nahestehenden
  - 2.7 Berücksichtigung des Patientenwillens
  - 2.8 Abschied und Trauerbegleitung
- **3 Juristische Grundlagen zu Entscheidungsfindung und Patientenwillen**
- 4 Ausgewählte Praxisbeispiele**
- 5 Symptombezogene Einschätzungs- und Erfassungsinstrumente**
- 6 Erläuterung von Begriffen**



Quelle der beschriebenen Kernleistungen: Zehn geforderte Kernkompetenzen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) aus dem

Weißbuch der European Association for Palliative Care (EAPC 2011) zur Lehre in der Palliativversorgung beschrieben (Gamondi et al.: 2013)

Deutsche Übersetzung von Krumm 2015

## *Bildungsebenen der Europäischen Gesellschaft für Palliativversorgung (EAPC) – Weiterbildungskonzept in Deutschland*

Palliative Care Ansatz (Schulung von allen Mitarbeitenden 40 UE\*)

Modulare Weiterbildungsmöglichkeiten für  
Personen in der Pflege und Assistenz v.  
Menschen mit intellektueller und komplexer  
Beeinträchtigung – auch als Inhouse-  
Schulung unter [www.Palliativmedizin.de](http://www.Palliativmedizin.de) –  
Weiterbildungen



# Palliative Care Ansatz (Schulung von allen Mitarbeitenden 40 UE\*)

## Modul 1

### „Palliative Care Ansatz“

Weiterbildung Palliative Care für Fachkräfte in der Assistenz und Pflege von Menschen mit einer intellektuellen, komplexen und/oder psychischen Beeinträchtigung nach Hartmann, Kern und Reigber



Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09.00 – 09.45	Kennenlernen (Reflexion) 1 UE	Ethische Grundlagen am Beispiel von Ernährung und Flüssigkeit	Schmerzassessment: 4 UE		Umgang mit Verstorbenen 2 UE
09.45-10.30	Nationale und internationale Entwicklung 1 UE	2 UE	Grundlagen des Schmerzassessment Schmerzassessment in leichter Sprache	Begleitung in den letzten Lebenstagen 2 UE	
Pause					
10.45 – 11.30	Formen von Palliative Care und Hospizarbeit sowie deren Interventionsmöglichkeiten 2 UE	Ethische Grundlagen am Beispiel von Ernährung und Flüssigkeit –	Besonderheiten von Schmerzerleben bei M. m. i. B. Schmerzassessment durch Beobachtung (EDAAP-Skala)	Begleitung in den letzten Lebenstagen 2 UE	Begleitung von Familie und sozialem Umfeld: Begleitung von Bewohnern im angehörig sein. Begleitung von Mitbewohnern 2 UE
11.30 – 12.15		Dokumentation 2 UE			
Pause					
13.15-14.00	Grundlagen zur Allgemeinen Palliativen Versorgung in der Eingliederungshilfe 1 UE	Mundpflege 2 UE	Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit 1 UE	Pflegerische Praxis 2 UE	Begleitung von nahen Angehörigen, z.B. Eltern 2 UE
14.00-14.45	Werteerfassung und Biografiearbeit bei Menschen mit intellektueller B. 1 UE		Nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten 1 UE		
Pause					
15.00-15.45	Werteerfassung und Biografiearbeit bei Menschen mit intellektueller B. 2 UE	Umgang mit der Wahrheit bei Menschen mit unterschiedlichstem Verstehen 2 UE	Nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten 1 UE	Pflegerische Praxis 2 UE	Reflexion /Abschluss 2 UE
15.45-16.30			Selbstpflege 1 UE		

Zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. bei einer Teilnahme von 36 UE von 40 UE.  
 Institut für Hospizkultur und Palliative Care; [www.hospizkultur-und-palliative-care.de](http://www.hospizkultur-und-palliative-care.de)



Zertifizierte Kursleitung

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Zum zweiten und dritten Punkt:  
Schulung der Mitarbeitenden

*Bildungsebenen der Europäischen Gesellschaft für Palliativversorgung (EAPC):*

Palliative Care Ansatz (Schulung von allen Mitarbeitenden 40 UE\*)

Allgemeine Palliativkompetenz (120  
UE zur internen beratenden  
Palliativkraft\*)

Modulare Weiterbildungsmöglichkeiten für  
Personen in der Pflege und Assistenz v.  
Menschen mit intellektueller und komplexer  
Beeinträchtigung – auch als Inhouse-  
Schulung unter [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de) –  
Weiterbildungen



Vertiefung in der pflegerischen und medizinischen Behandlung von Körperlichen Beschwerdebildern

Erstellung von Krisenplänen; Dokumentation und Kommunikation in Zusammenarbeit mit Teams und Ärzten.

Kommunikation mit Angehörigen

Psychosoziale und spirituelle Begleitung

Begleitung in der Trauer

Gestaltung von Ritualen

Umgang mit Verfügungen, Vollmachten und Vertreterdokumentationen

Willensentstehung und Klärung ethischer Fragestellungen

Vernetzung

Team- und Selbstpflege

**Wachsmalblöcke**

**Flipchartmarker auffüllbar**

**Angeheftet**

- Bögen zur Erstaufnahme (Empfehlung der DGP)**
- Allgemeine Erfassung**
- Fragebogen für erkrankten Kunden**
- DOCX**
- POS v1 Fragebogen für Patienten**
- Fragebogen für die Assistenzkräfte**
- DOCX**
- POS v1 Fragebogen für Betreuendes**
- Fragebogen für Angehörige/rechtl. Betreuer**
- DOCX**
- POS v1 Fragebogen für Betreuende**

**Angeheftet**

- Biografische Erfassung und ethische Fragestellungen**
- Biografische Fragen**
- DOCX**
- Erster Schritt Fragen Tech-Riild**
- Vertreterdokumentation und Protokoll**
- DOCX**
- Ethische Entscheidungsfindung**
- SEHER-MODELL**
- PDF**
- SEHER-Modell 23 Zusammenfassung**
- PDF**
- Genogramm Herr Kraus 24**

**Angeheftet**

- Umgang mit der Wahrheit**
- Fragen zur Erfassung des Verstehens**
- PDF**
- HANDOU 1**
- Todesverständnis bzw. Begleitung in den unterschiedlichen Bedürfnissen**
- PDF**
- Moegl. Verstehen Übersicht**

**Angeheftet**

- Beratung von Teams zur Begleitung im Sterben**
- Zusammenfassung Verlauf**
- PDF**
- Zusammenfassung 24**
- DOC**
- NOTFAL 1**
- Empfehlungen für Medikamentenblatt**
- PDF**
- Empfehlungen für Notfallplan**
- Bitte beachten, dass die Dosierungen von der bisherigen medikamentösen Therapie abhängig ist.**
- Symptomkontrolle**
- PDF**
- Blatt zur Symptomkontrolle 2014**
- PDF**
- 150520 1**

**Angeheftet**

- Ablehnung von Essen und Trinken**
- Beratung im Bereich Ernährung und Flüssigkeit**
- PDF**
- Beratung Hilfestellung**
- Assessmentbogen zum Ausschluss behandelbarer Ursachen**
- PDF**
- PEMU Assessmentbogen**
- Mundpflege**
- PDF**
- Mundpflege Handout**

**Angeheftet**

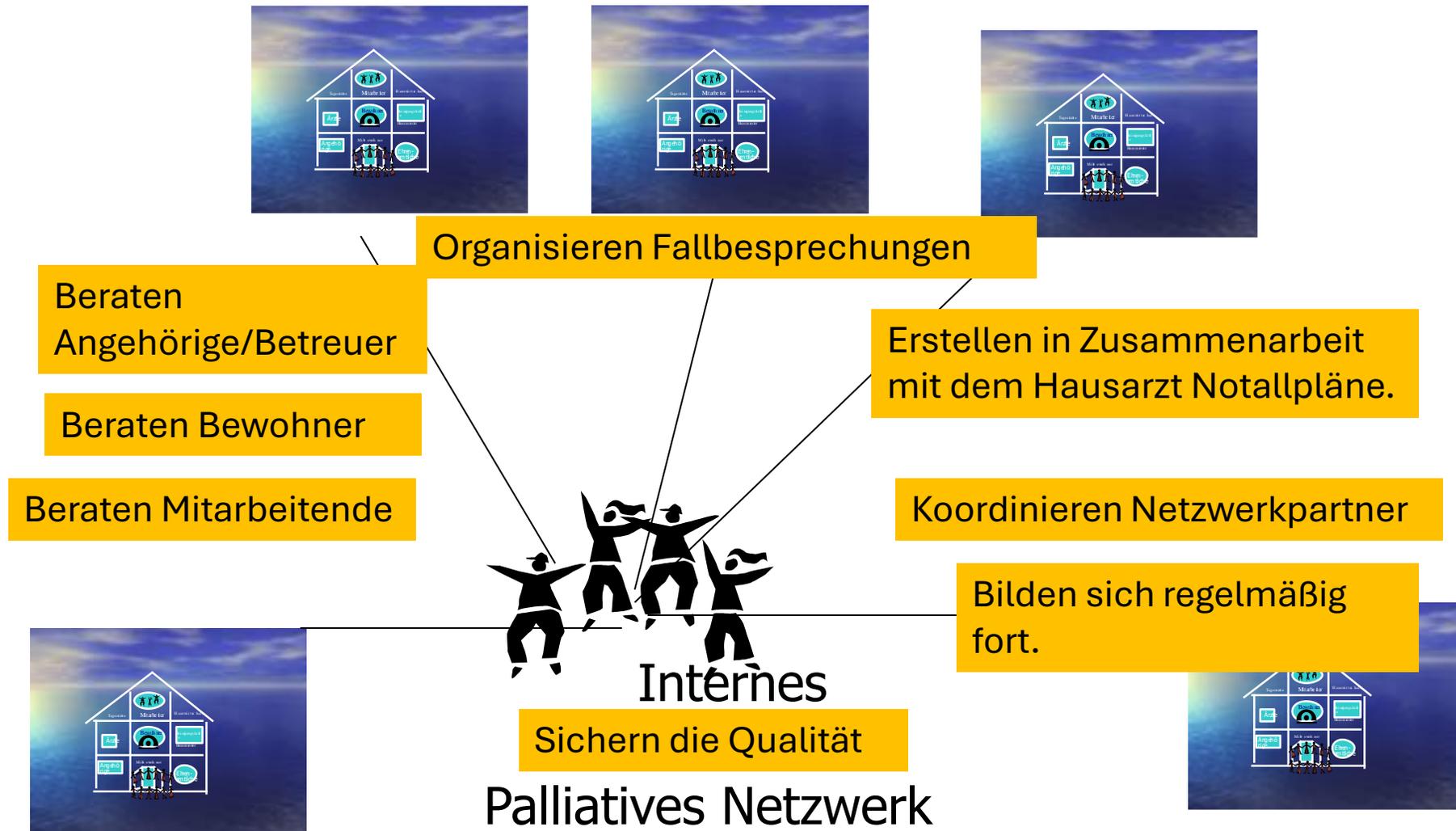
- Schmerz erfassung bei Menschen, die sich dazu äußern können**
- Verbales Assessment bei Menschen mit leichter B.**
- DOCX**
- Assessment**
- Schmerztagebuch Gelhaus**
- PDF**
- Schmerz Tage Buch**
- PDF**
- Schmerztagebuch Gelhaus**
- Schmerz erfassung durch Beobachtung**
- EDAAP-Skala zur Beobachtung**
- PDF**
- EDAAPA 1**

**Schmerzbehandlung**

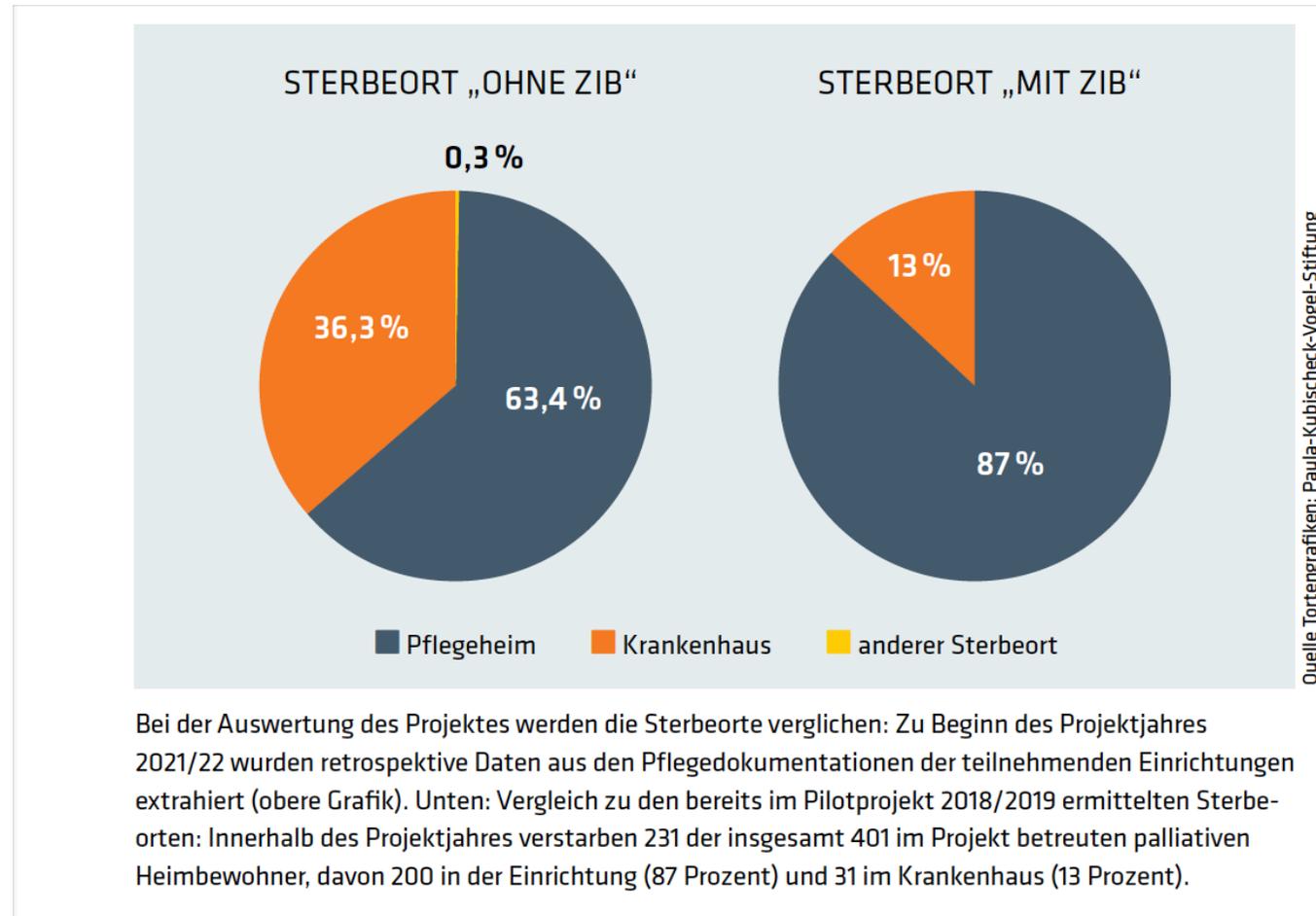
- Medikamententabelle und Informationen zu Medikamenten**
- PDF**
- Medikamententabelle**
- Matrix zur SchmerzEinstellung (Titrierung)**
- XLSX**
- Titrierung**

**Weitere Erfassungsbögen**

- Erfassungsinstrument Obstipation**
- DOCX**
- Instrument zur Erfassung einer Obstipation**
- auch zur Weiterleitung an den Arzt**
- Erfassungsbogen Übelkeit und Erbrechen**
- DOCX**
- Instrument zur Erfassung der Übelkeit**
- auch zur Weiterleitung an den Arzt**



## Zeitintensive Betreuung – ein Projekt der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung in Bayern





Viel Freude beim Eintauchen in die Themenwelten!



# Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung

Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung von Hospiz- und Palliative Care in der Grundversorgung

## II. ZIELE

Ziel ist es, Menschen mit geistiger Behinderung zukünftig sowohl in ihrem gewohnten Lebensumfeld, das sind ggf. auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in denen sie seit Jahren leben, als auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens den gleichen Zugang zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung zu ermöglichen, der dem nicht behinderten Menschen entspricht. Dazu sind sowohl in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe als auch den ambulanten und stationären, allgemeinen und spezialisierten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung – d. h. in der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung, in Krankenhäusern, stationären Pflegeheimen, ambulanten und stationären Hospizen, SAPV-Teams u. a. – die Voraussetzungen sowohl hinsichtlich der Strukturen und Abläufe als auch hinsichtlich der Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schaffen. Ziel muss es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Autonomie und ihrem Wunsch- und Wahlrecht unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen persönlichen Lebenssituation Rechnung tragen.

Dabei sind alle Ressourcen zu mobilisieren, die es z. B. ermöglichen, dass Menschen mit geistiger Behinderung möglichst nicht in eine fremde Institution verlegt werden müssen, da eine Verlegung häufig in besonderer Weise als belastend empfunden wird. Mit dem HPG ist vorgesehen, die gem. § 132 g SGB V (neu) geplante „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ neben den stationären Pflegeeinrichtungen auch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung einzuführen – ein wichtiger Schritt, um zukünftig den individuellen Wünschen von Menschen mit geistiger Behinderung in dieser Lebenssituation besser Rechnung tragen zu können.



 **CHARTA** zur Betreuung  
schwerstkranker und sterbender  
Menschen in Deutschland

**Handlungsempfehlungen**  
im Rahmen einer Nationalen Strategie

Träger und Herausgeber

 DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

 Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.



# „Die Einrichtungen sind aufgerufen.....

Organisationsentwicklungsprozess zu initiieren mit dem Blick auf folgende Aspekte:

Vernetzung mit Hospiz- und Palliativdiensten

Eine palliative Grundbefähigung möglichst aller MitarbeiterInnen

In größeren Einrichtungen interne beratende Palliativkräfte

Auf die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden zu achten

Einen verstärkten Blick auf die Trauerbegleitung zu richten

Umsetzung des §132g Gesundheitliche Versorgungsplanung

Entwicklung von Konzepten zur palliativen und ethischen  
Fallbesprechung

Träger und Herausgeber

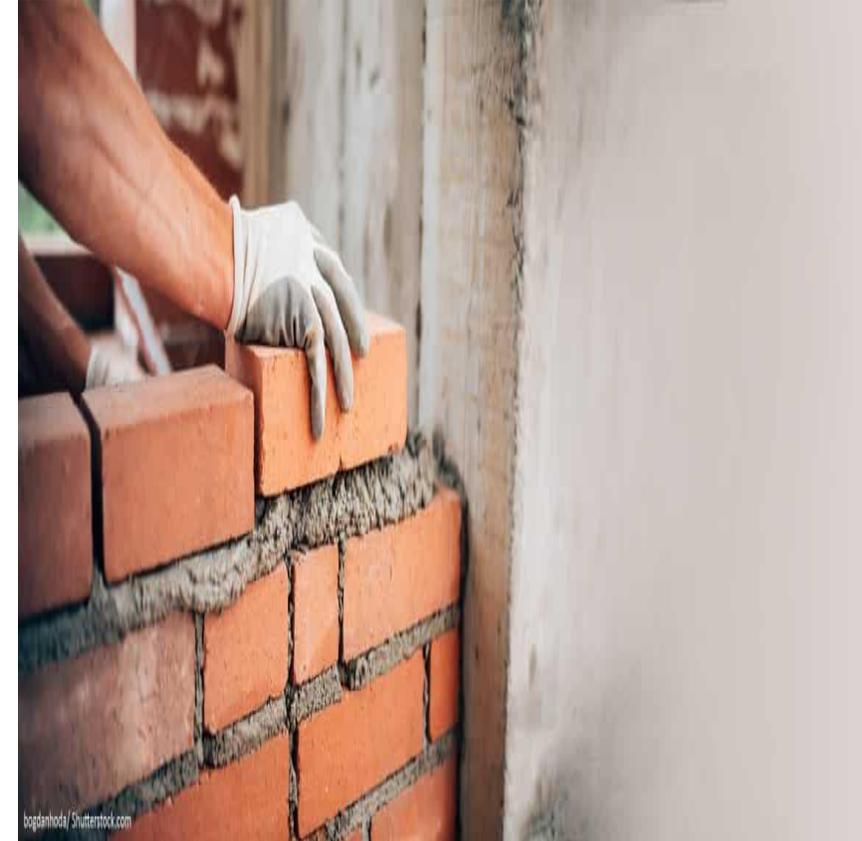


## Geforderte Kernkompetenzen der EAPC

- Das körperliche Wohlbefinden erhalten und fördern.
- Den psychischen und sozialen Bedürfnissen des Pat. gerecht werden.
- Den spirituellen Bedürfnissen des Pat. gerecht werden.
- Auf die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen reagieren.
- Auf die ethischen u. rechtlichen Herausforderungen reagieren.
- Versorgungskoordination und Teamarbeit umsetzen.
- Entwicklung kommunikativer Fertigkeiten.
- Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.
- Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im häuslichen Setting des Patienten anwenden.

## Kernkompetenz: Das körperliche Wohlbefinden erhalten und fördern

- Müdigkeit
- Ablehnung von Essen und Trinken
- Mundtrockenheit
- Schmerzen
- Atembeschwerden
- Verstopfung
- Unruhe
- Rasselatmung
- Umgang mit Dekubitalgeschwüren



Name:

Geb. am

Anordnung am :



Mögliche Komplikationen	Medikamente	Dosierung mg/µg in 24 Std. + Applikationsart	Besondere Hinweise z.B. Zeitabstände; <u>Titrierungsmöglichkeiten</u>
Schmerzen			
Unruhe			
Atemnot			
Rasselatmung			
Epileptische Anfälle			
*Übelkeit und Erbrechen			
*Akute Blutung			
*Delir			

\*auszufüllen, falls für das Krankheitsbild relevant

Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

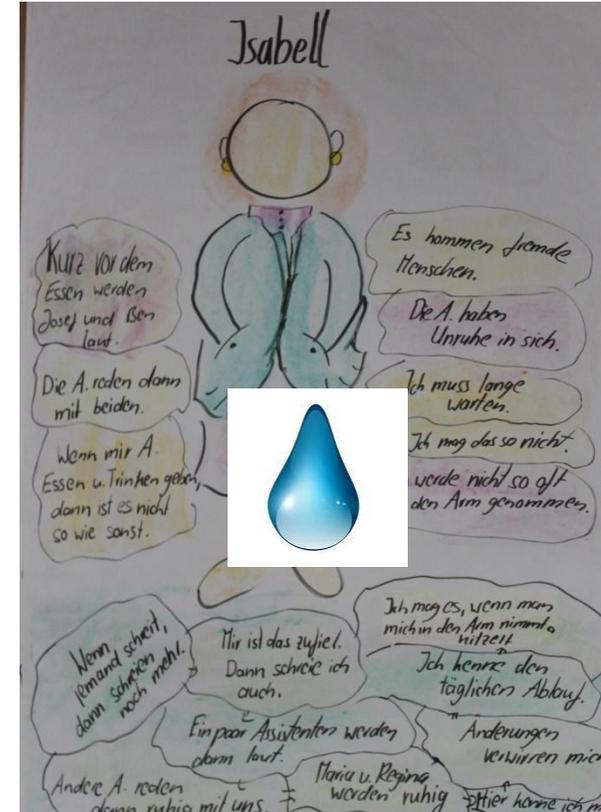
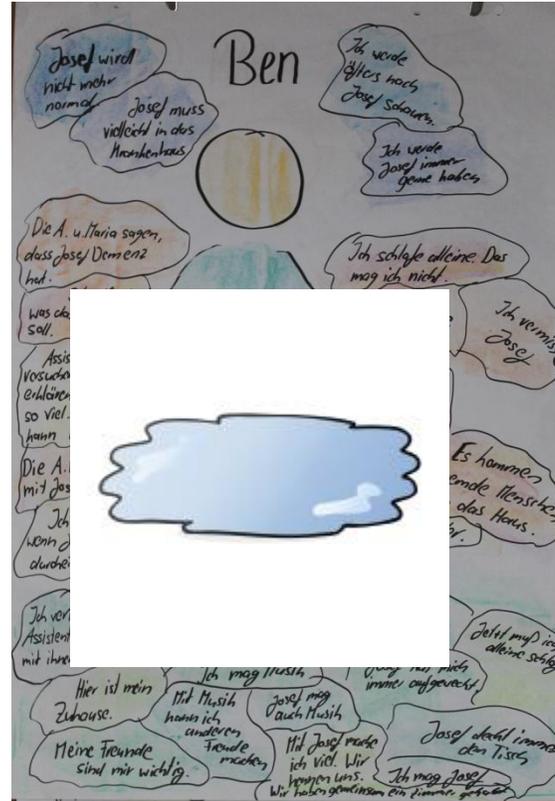
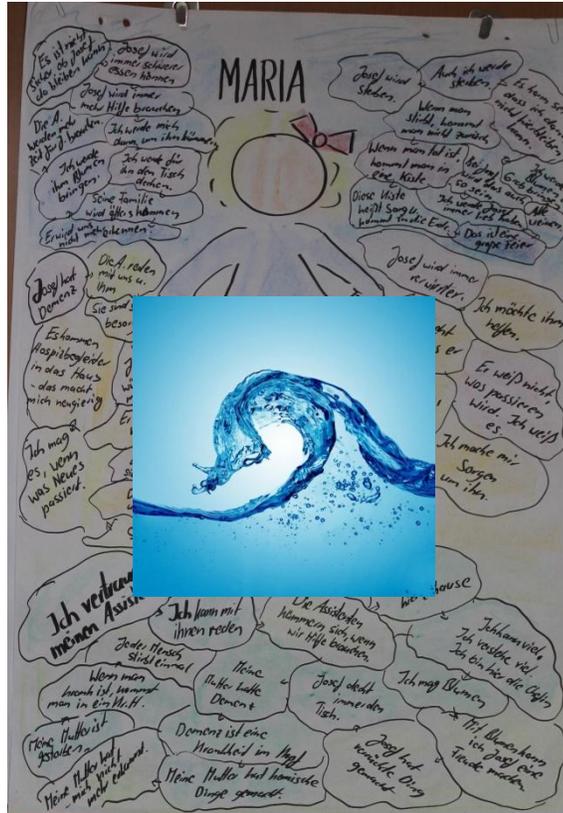
© Barbara Hartmann; [www.hospizkultur-und-palliative-care.de](http://www.hospizkultur-und-palliative-care.de) Februar 2022

## Kernkompetenz: Den psychosozialen Bedürfnissen gerecht werden

- Das Würdeempfinden wieder herzustellen oder zu erhalten
- Selbst entscheiden zu können
- Sich in die Fürsorge anderer begeben dürfen
- Die Gegenwart als sicher zu empfinden
- Sich verabschieden können
- Dinge noch regeln können
- Alleine sein können – nicht einsam sein müssen
- Menschen, die die Ambivalenz aushalten
- Menschen, die nicht lügen - Menschen, die die Hoffnung nicht nehmen
- Menschen, die mitfühlend sind
- Menschen, die es mit aushalten können
- .....16:05.2025



- Abhängig von der kognitiven, sozioemotionalen Entwicklung und von der Lebenserfahrung:



# Kernkompetenz: Den spirituellen Bedürfnissen gerecht werden

Aushalten in den Fragen:

„Wo geht es hin?“

“Was ist dann da?“

Gemeinsame Antworten finden

Zugang zu Stärkendem, zu Haltendem



Kernkompetenz: Auf die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen eingehen können.



Kernkompetenz: Auf die ethischen und rechtlichen Herausforderungen reagieren



Sollen wir noch eine Krankenhauseinweisung zumuten, weil damit ihr Leben verlängert werden kann, obwohl sie diese ablehnt und sie belastenden Faktoren (körperliche Eingriffe, fremde Menschen, fremder Ort, fremde Struktur) ausgesetzt ist?



## Kernkompetenz: Entwicklung kommunikativer Fertigkeiten





## Geforderte Kernkompetenzen der EAPC

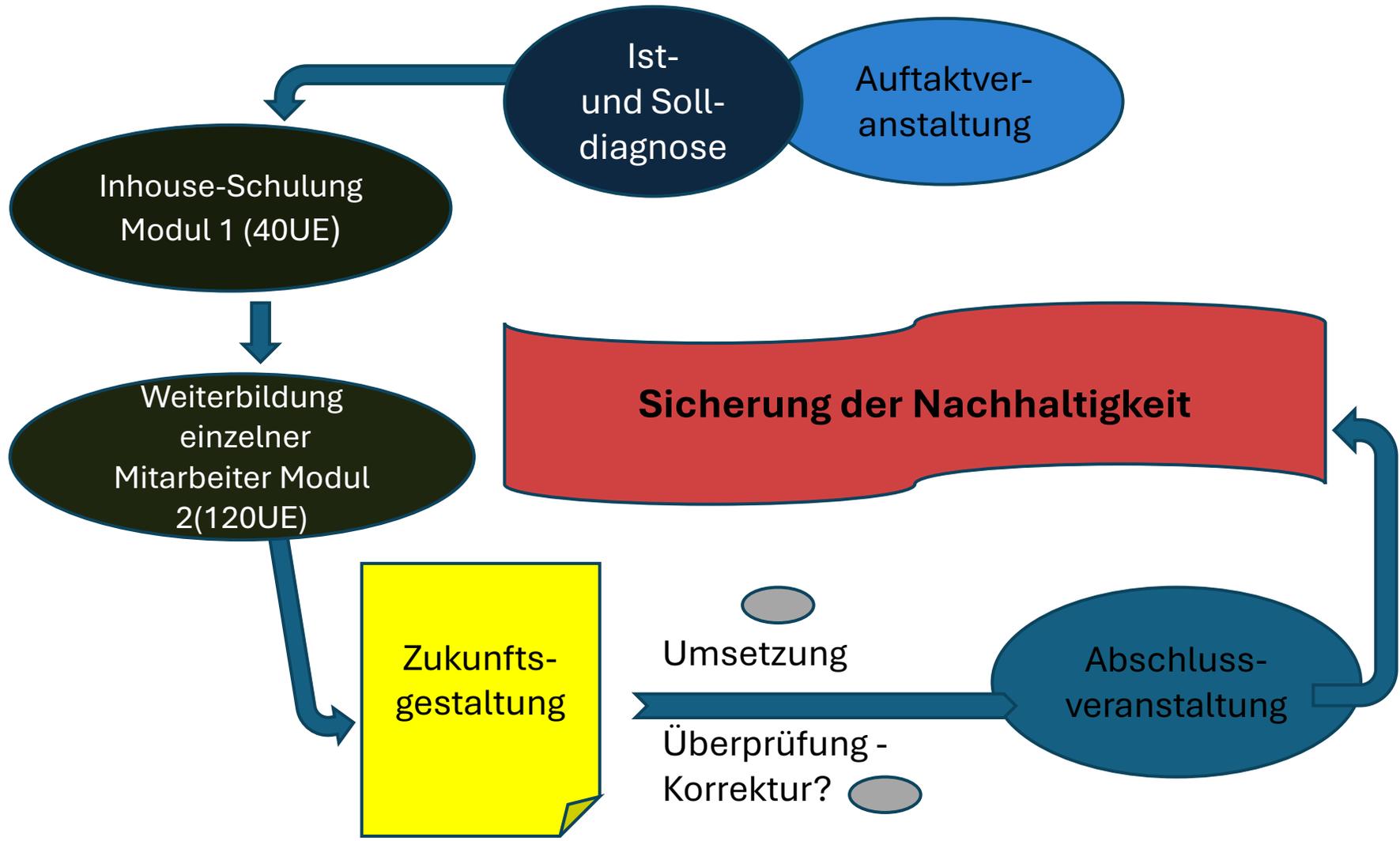
- Das körperliche Wohlbefinden erhalten und fördern.
- Den psychischen und sozialen Bedürfnissen des Pat. gerecht werden.
- Den spirituellen Bedürfnissen des Pat. gerecht werden.
- Auf die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen reagieren.
- Auf die ethischen u. rechtlichen Herausforderungen reagieren.
- Versorgungskoordination und Teamarbeit umsetzen.
- Entwicklung kommunikativer Fertigkeiten
- Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.
- Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im häuslichen Setting des Patienten anwenden.

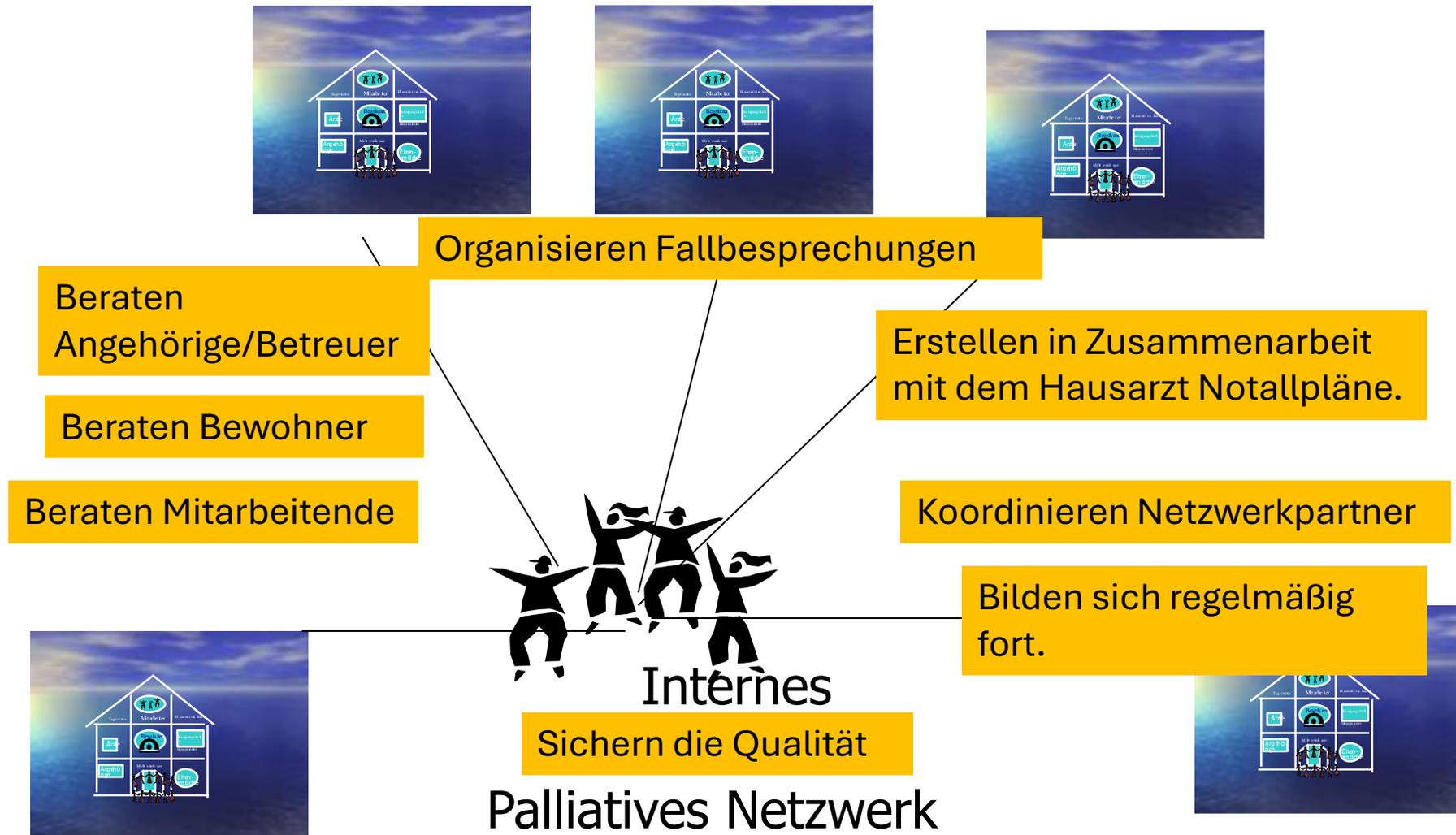
Ist-  
und Soll-  
diagnose

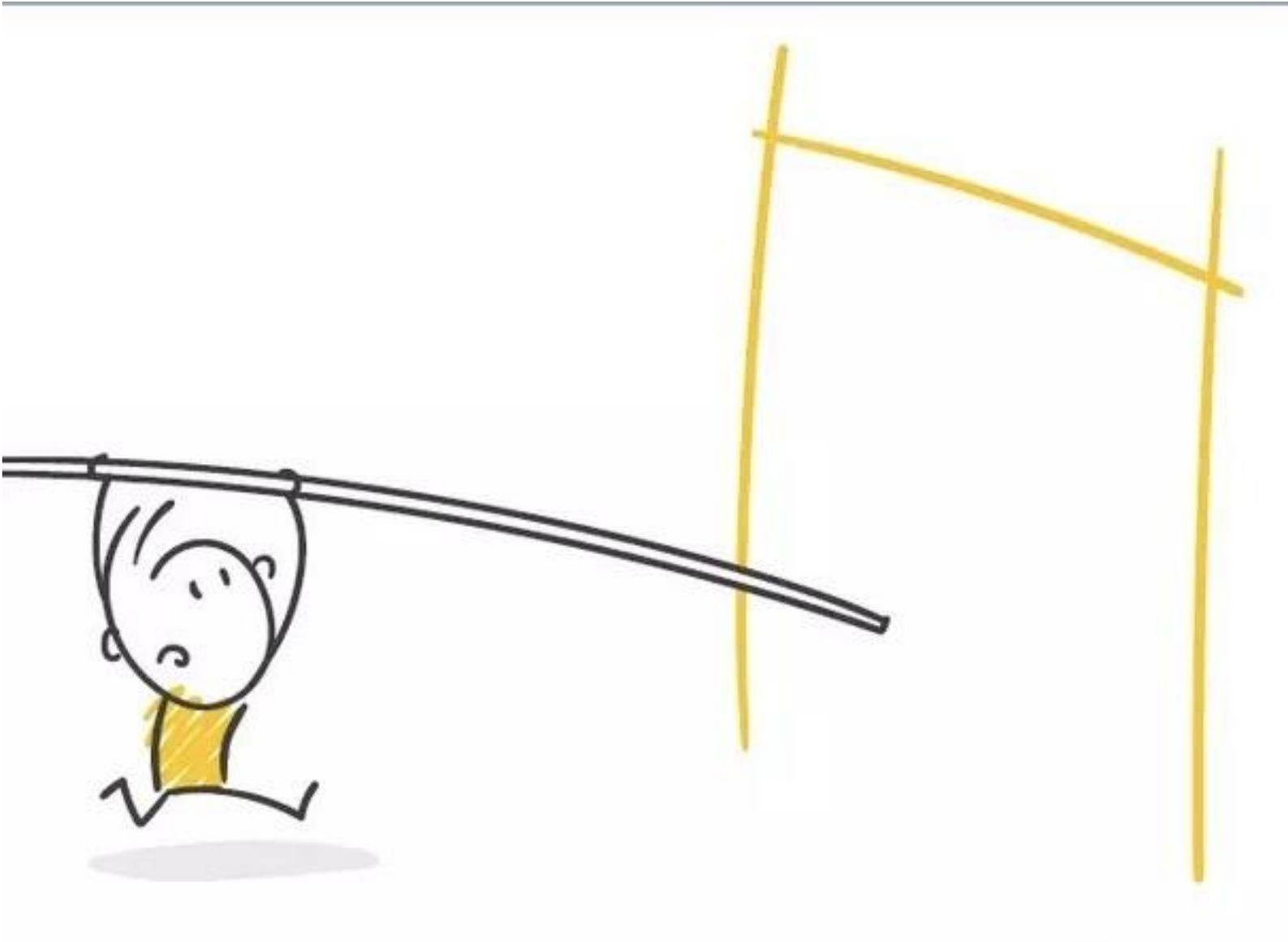
Auftaktver-  
anstaltung

**Mitarbeitende werden  
zum  
Auftraggeber!**











# Literatur und Links

C. Bausewein, S. Roller (2020): Leitfaden Palliative Care;  
Elsevier

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:

<https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/startseite/>

Arbeitsgemeinschaft „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“

<https://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/2015-02-21-08-00-53.html>

Charta-Stelle: <https://www.charta-sterbende.de/gute-praxis?res=Dokumente&hf=Geistige%20Behinderung>

Zentralstelle Off-label-use:

<https://lmu-klinikum.de/palliativmedizin/palliativpharmazie/zentralstelle-off-label-use/221c776d2daff731>

Barbara Hartmann M.Sc. in Palliative  
Care [www.hospizkultur-und-palliative-care.de](http://www.hospizkultur-und-palliative-care.de)

Welche Fragen haben Sie?

Welche dieser Herausforderungen kennen Sie?

Welche Maßnahmen wurden als hilfreich erkannt?

Weitere Gedanken?

Gerne auch in den Impulsrunden – vielen Dank!

*„Im Tod sind alle gleich, aber im Sterben wiederholen  
sich die Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten der Gesellschaft“  
(Heller A.; 2007)*