

Herausgeber

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin
www.dhpv.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin
www.palliativmedizin.de

Gestaltung

MEIRA | www.meira.de

Bildnachweis

Titel: iStock.com/ArtMarie
S. 2 + S. 27: iStock.com/fesoj

Stand

3. Auflage / Februar 2016



Der Druck wurde von der
Unionhilfswerk-Stiftung finanziert.

Herausgeber



**Betreuung schwerstkranker und
sterbender Menschen im hohen Lebensalter
in Pflegeeinrichtungen**

*Grundsatzpapier zur Entwicklung
von Hospizkultur und Palliativversorgung
in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.



Jedes Alter hat seine Weise.

Deutsches Sprichwort

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	4
2	Ausgangssituation	7
3	Ziele und Aufgaben	9
3.1	Grundsatzziel	9
3.2	BewohnerInnen	9
3.3	Die Angehörigen	10
3.4	Pflegeheim	10
3.5	Gemeinwesen/Kommunen	11
3.6	Politik und Verbände	11
4	Organisationskultur	12
5	Organisationsentwicklung	13
5.1	Qualifikation	14
5.1.1	Grundqualifikation aller Mitarbeiter	14
5.1.2	Qualifikation für allgemeine Palliativversorgung	14
5.1.3	Qualifikation für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	15
5.1.4	Qualifikation ehrenamtlicher Mitarbeiter	15
5.1.5	Altenpflegeausbildung	15
6	Personalmanagement und -entwicklung	16
7	Medizinische Versorgung	17
8	Qualitätssicherung	18
9	Vernetzung	20
10	Finanzierung/Rahmenbedingungen	21
11	Ausblick	22
12	Mitwirkende und Autoren	23
13	Literatur	24

1

Präambel

Pflegeeinrichtungen haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten infolge veränderter Familienstrukturen, der Demografie wie auch infolge von Fortschritten der Medizin als Sterbeorte an Bedeutung gewonnen; Hospizarbeit und Palliativversorgung haben sich zu einer zentralen Herausforderung für Einrichtungen der stationären Altenhilfe entwickelt, der mit der Schaffung geeigneter institutioneller Rahmenbedingungen und Kooperationsstrukturen, aber auch mit der Weiterentwicklung einer fachlich und ethisch fundierten Sterbekultur begegnet werden muss.

Die Versorgung von Menschen am Lebensende führt nicht nur zur Aufgabe, die Voraussetzungen für ein „würdiges Sterben“ zu schaffen. Hospizarbeit und Palliativversorgung lassen sich auch und vor allem vom Ziel leiten, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen bei der Auseinandersetzung mit der Verletzlichkeit, der Endlichkeit und der Vergänglichkeit der menschlichen Existenz zu helfen und ein würdiges Leben im Vorfeld des Todes zu ermöglichen. Sterben und Tod gehören zum menschlichen Leben. Sie sind nicht nur zu verstehen als dessen unausweichliches Ende, sondern darüber hinaus als ein das Leben strukturierendes Prinzip, im Sinne einer „Ordnung des Todes“, die es mit einer „Ordnung des Lebens“ zu verbinden gilt. Bei schwerer Krankheit, bei Pflegebedürftigkeit oder bei fortgeschrittener Demenz tritt die Ordnung des Todes mehr und mehr in den Vordergrund, dies bedeutet aber nicht, dass eine lebendige Gedanken-, Affekt- und Emotionswelt, ein differenziertes emotionales Erleben nicht mehr vorhanden, eine an den individuellen Bedürfnissen, Interessen und Wünschen des Menschen orientierte Gestaltung des Lebens nicht mehr möglich oder nicht mehr notwendig wäre. Respekt, Achtung und Anerkennung der Würde des Menschen, die Sicherung von Lebensqualität, die Ermöglichung von Bezogenheit und Teilhabe stellen unabhängig vom jeweils vorliegenden Ausmaß körperlicher und geistiger Einbußen und Schädigungen grundlegende Zielsetzungen in der Betreuung und Versorgung von Menschen am Lebensende dar. Dabei ist nicht nur der unbedingte Respekt vor der Menschenwürde wichtig, sondern es sind auch Möglichkeiten zu schaffen, damit sich diese Würde in konkreten Situationen verwirklichen, damit sie sich leben kann. Auch dann, wenn sich Menschen nicht mehr deutlich vernehmbar artikulieren können, ist es möglich, auf dem Wege des nonverbalen Ausdrucks (Mimik, Gestik) deren emotionales Befinden zu erkennen und auf dieses differenziert zu antworten. Auch bei fortgeschrittener Demenz – die gerade bei hochbetagten Menschen das Krankheitsspektrum im Vorfeld des Todes bestimmt – sind Reste, sind Inseln des Selbst erkennbar.

Und wenn sich individuelle Vorlieben und Abneigungen nicht mehr erfragen lassen, so sind diese doch vielfach aus der Biografie und aus der Beobachtung emotionaler Reaktionen ableitbar. Die Achtung vor der Würde des Menschen gebietet es, derartige Vorlieben und Abneigungen bei der Planung und Realisierung eines individualisierten Versorgungskonzepts ausdrücklich zu berücksichtigen.

Hospizarbeit und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen haben anspruchsvolle Voraussetzungen. Zu diesen zählen ausreichende Qualifikation und kontinuierliche Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als eine bedeutende Komponente von Personalmanagement und Personalentwicklung. Zu diesen Voraussetzungen zählen weiterhin die auf die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtete Gestaltung institutioneller Abläufe und Sicherung von Versorgungsqualität. Und schließlich ist – im Sinne einer „geteilten Verantwortung“ – die Zusammenarbeit zwischen professionellen Akteuren, ehrenamtlich tätigen Menschen und Angehörigen zu fördern.

Die Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschränkt sich dabei nicht auf die – eine angemessene medizinische Versorgung ergänzende – Grundpflege. Die Betreuung und Versorgung von Menschen am Lebensende erfordert eine hohe Sensibilität für die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, für die jeweils bestehenden und sich im Verlauf der Begleitung nicht selten verändernden Vorstellungen eines guten und erfüllten Lebens am Lebensende. Hospizarbeit und Palliativversorgung stellen die für die Betreuung und Versorgung Verantwortlichen nicht selten vor tiefgreifende ethische Entscheidungen mit Blick auf die weitere Behandlung und Pflege, möglicherweise auch mit Blick auf eine Therapiezieländerung, bei der die bisherige Behandlung nicht fortgeführt und eine Behandlung im Sinne der Palliativversorgung mit umfassender Symptomkontrolle eingeleitet wird. Nicht selten kann sich der schwerkranke oder sterbende Mensch nicht mehr direkt, unmittelbar, deutlich vernehmbar in dieser Entscheidungssituation und zu den verschiedenen Handlungsalternativen äußern. Und auch die Angehörigen können in solchen Situationen nicht immer weiterhelfen. Gerade hier erweist sich die Forderung nach ausreichender Qualifikation und nach kontinuierlicher Weiterqualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als sehr wichtig. Aber es kommt noch eine weitere Forderung hinzu: Nämlich jene nach einem hohen Maß an Kontinuität in der Pflege, Betreuung und Begleitung. Diese Kontinuität bildet eine Voraussetzung dafür, dass die Stimme des schwerstkranken und sterbenden Menschen auch dann gehört wird, wenn sich diese nicht mehr direkt, unmittelbar äußern können.

Hospizarbeit und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen erfordern dabei eine Organisationsstruktur und Diskussionskultur, die ermöglicht, über diese existentiellen Fragen in Offenheit zu sprechen und vor diesem Hintergrund die gegebenen Versorgungskonzepte kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Hospizarbeit und Palliativversorgung sind gesetzlich verankerte Aufgaben von Pflegeeinrichtungen, die nur in gleichberechtigter Kooperation zahlreicher Professionen bewältigt werden können. Eine angemessene medizinische Versorgung macht dabei die intensive Zusammenarbeit mit Hausärzten und -ärztinnen erforderlich, des Weiteren müssen entsprechende kommunale Versorgungsstrukturen einbezogen werden.

Im Rahmen des Aufbaus geeigneter Kooperationsnetzwerke ist auch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen eine wesentliche Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Dies nicht zuletzt auch deswegen, weil dadurch die Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe deutlich wird und ein gesellschaftlicher Diskurs über Sterben, Tod und Trauer angeregt werden kann. Diese Zusammenarbeit bildet den Kern sorgender, fürsorglicher Gemeinschaften (caring communities), die sich – wie bereits dargelegt – vom Prinzip der „geteilten Verantwortung“ zwischen professionell Tätigen, Familienangehörigen und ehrenamtlich engagierten Menschen leiten lassen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die familiären Ressourcen zur Betreuung und Begleitung sterbender Menschen in Zukunft weiter zurückgehen werden – dies hat auch mit der deutlich erhöhten räumlichen Mobilität der Angehörigen zu tun –, werden solche Gemeinschaften, und zwar im Sinne einer Mischung von Kern- und erweiterter „Familie“, mehr und mehr an Bedeutung gewinnen.

Das vorliegende Grundsatzpapier gibt Anregungen für den fachlich und ethisch fundierten Umgang der mit Hospizarbeit und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen verbundenen Anforderungen. Wenn hier auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Qualifikationen und Organisationsstrukturen und der Entwicklung einer Kommunikationskultur hingewiesen wird, so soll damit keinesfalls in Abrede gestellt werden, dass bereits jetzt in vielen Pflegeeinrichtungen eine fachlich und menschlich anspruchsvolle, ansprechende und engagierte Kooperation zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen, ehrenamtlich tätigen Menschen und Familienangehörigen zum Wohle des Menschen am Lebensende verwirklicht ist. Das entscheidende Ziel aller Arbeit ist dem Verständnis dieses Positionspapiers zufolge darin zu sehen, dass Menschen ihr Sterben leben, das heißt, ihren Werten und Bedürfnissen folgend gestalten können.

2 Ausgangssituation

Pflegeeinrichtungen sind Orte, an denen viele Menschen in unserer Gesellschaft den letzten Lebensabschnitt verbringen, ihre letzte Wohnstätte finden und schließlich sterben. Der Bereich der stationären Altenpflege ist aufgrund der demografischen Entwicklung und eines sich dramatisch verändernden Gesundheits- und Sozialsystems, nicht nur in Deutschland, einem heftigen Wandel unterzogen. Angesichts der Zunahme der Anzahl hochbetagter Menschen mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen werden Pflegeeinrichtungen immer mehr zu Institutionen, in denen Palliativversorgung und Hospizkultur entwickelt und umgesetzt werden müssen. Das relativ hohe Aufnahmealter und eine zunehmend kurze Aufenthaltsdauer der HeimbewohnerInnen bei einem häufig zeitnah eintretenden Sterbeprozess machen diese Entwicklung dringend notwendig. Besonders die Gruppe der Hochaltrigen ist aufgrund der demografischen Entwicklung die größte in der Inanspruchnahme von stationärer Pflege.

Aber nicht nur das Alter an sich ist ein Faktor, der die Situation bestimmt. Weiterhin kommt der medizinischen, der sozialen bzw. gesellschaftlichen Entwicklung eine bedeutende Rolle zu. Immer mehr ältere Menschen leben in einem Einpersonenhaushalt oder als kinderloses Paar. Durch die Zunahme der Lebenserwartung ist eine lange nacherlittene Gefolgschaft gegeben. Somit sind die Nachkommen selber längst in festen Strukturen, wenn die Eltern hilfebedürftig werden. Dies alles hat ein Wegbrechen der sozialen Unterstützungsnetzwerke zur Folge. Ein weiterer Effekt ist in der Struktur unseres Gesundheitssystems zu sehen. So ist die Abnahme der Verweildauer in den Krankenhäusern durch Einführung der DRG sicher auch ein Grund für die gestiegene Nachfrage an stationären Heimleistungen. Die Gesundheits- und Todesstatistiken zeigen, dass vornehmlich die älter werdende Bevölkerung an chronisch verlaufenden Mehrfacherkrankungen leidet, die kumulativ (durch komplexe Symptomgeschehen) die Lebensqualität beeinträchtigen, insbesondere, wenn der Fokus auf den Lebenserhalt gesetzt wird.

Dies alles hat zur Folge, dass sich der Pflege- und Betreuungsbedarf der BewohnerInnen in der stationären Altenpflege im Hinblick auf ihr Alter, ihre Erkrankungen und die damit einhergehende Pflegeintensität geändert hat und noch weiter ändern wird. Besondere Bedeutung haben dabei die Menschen mit demenziellen Erkrankungen mit den daraus erwachsenden besonderen Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; durchschnittlich 2/3 der BewohnerInnen sind inzwischen davon betroffen¹.

¹ Weyerer, Bickel 2007/ Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMG) 2006

2
Isfort, Weidner, Messner,
Zinn 2003

3
Die europäische NEXT-Stu-
die (nurses' early exit study)
untersucht die Ursachen,
Umstände und Folgen des
vorzeitigen Berufsausstiegs
aus dem Pflegeberuf. In:
Hasselhorn, Müller, Tack-
enberg, Kümmerling, Simon
2005

4
Gronemeyer R 2007

5
Davies, Higginson 2008

6
Ebenda

7
Ebenda

Viele Quellen beschreiben die Zunahme der Arbeitsverdichtung und der Belastung des Personals in der Altenpflege². Ergebnisse der NEXTStudie³ zeigen, dass in Deutschland fast jeder Fünfte, insbesondere in der Altenpflege, ernsthaft daran denkt, den Pflegeberuf zu verlassen. Dabei handelt es sich insbesondere um Jüngere und Besserqualifizierte. Aus einer Befragung von Heimen in Hessen geht hervor, dass für 69,1%⁴ der BewohnerInnen das Altenheim der Sterbeort ist. Der Tod findet also längst in den Einrichtungen statt. Viele Heime haben sich schon auf den Weg gemacht und das Thema bearbeitet. So hatten bereits 2005 93,2% der Heime interne Regelungen zur Sterbebegleitung (82,8% mit Aussagen im Leitbild). Eine internationale Übersichtsarbeit⁵ über palliative Betreuung älterer Menschen zeigt allerdings, dass ältere Menschen, insbesondere mit Tumorerkrankungen, dennoch unzureichend symptomkontrolliert sind.

Bei alten Menschen liegen häufig chronisch verlaufende, nicht zwangsweise und unmittelbar zum Tode führende Erkrankungen vor. Dies macht ein Umdenken in der palliativen/hospizlichen Begleitung notwendig⁶. Palliativversorgung wurde ursprünglich für Menschen entwickelt, die unter einer eindeutig lebenslimitierenden Erkrankung leiden (vorwiegend Menschen mit Tumorerkrankungen) mit akuten Symptomlagen und/oder einer relativ geringen Lebenserwartung. Für die palliative/hospizliche Begleitung in Pflegeeinrichtungen bedarf es einer dem besonderen Bedarf von alten, hochaltrigen, pflegebedürftigen, mehrfach-chronisch erkrankten Menschen angepassten Konzeption. Die Betroffenen müssen meist einen fortwährenden Abbau ihrer Leistungskraft hinnehmen und/oder leiden an entsprechend der Erkrankungsphase wechselnden Symptomlasten und Krisen, die ggf. längerfristig zu einer weiteren Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität führen⁷. Erschwerend können die altersbedingten kognitiven Veränderungen und die dadurch veränderte Wahrnehmung auf den Begleitungsprozess einwirken.

Hospizarbeit und Palliativmedizin müssen diese vulnerablen Pflegebedürftigen neu in den Blick nehmen und die Arbeit an deren Bedürfnissen und deren Bedarf anpassen. Dazu ist jedoch politische Unterstützung notwendig, um die Rahmenbedingungen dafür zu setzen.

Ein Schritt in diese Richtung ist durch die letzte Gesundheitsreform mit der Einführung des § 37b im SGB V gegangen worden, wonach auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) haben.

Ziele und Aufgaben 3

Angesichts der einleitend beschriebenen aktuellen Situation und der zu erwartenden demografischen Entwicklung ist es erforderlich, dass sich stationäre Pflegeeinrichtungen in der Zukunft für einen wachsenden Anteil von Menschen in unserer Gesellschaft als Orte des Lebens und des Sterbens verstehen. Eine hospizliche Haltung und Palliativkompetenz müssen integrativer Bestandteil eines solchen Selbstverständnisses sein, sie sind eine wesentliche Voraussetzung für ein gelingendes Leben ihrer BewohnerInnen und Bewohner bis zuletzt. Vor diesem Hintergrund müssen die stationären Pflegeeinrichtungen ihre Entwicklung an folgenden Zielen ausrichten:

3.1 Grundsatzziel

Die Begleitung, Pflege und Behandlung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollte als eine der wichtigsten Säulen der Arbeit von Pflegeeinrichtungen in die grundlegende Philosophie der Einrichtungen integriert und von den Mitarbeitern auf allen Ebenen der Versorgung gelebt werden.

Politik, Selbstverwaltung und Träger der Einrichtungen schaffen hierfür geeignete Rahmenbedingungen und stellen die erforderlichen finanziellen Mittel bereit, damit die Leistungserbringer ihren gesellschaftlichen und zugleich gesetzlichen Versorgungsauftrag adäquat wahrnehmen können. Die Expertise aus (Modell-) Projekten des vergangenen Jahrzehnts wird dabei genutzt.

3.2 BewohnerInnen

Die BewohnerInnen in den Einrichtungen werden entsprechend ihrer Lebenssituation und den sich daraus ergebenden individuellen Bedürfnissen und Bedarfen begleitet und versorgt. Zielführende Aufgabe ist es, dass die „Versorgungslogik, die Dienstleistungsorientierung, die Koordination und Kooperation intern wie extern“ hierfür ausgerichtet wird.⁸ Die Betroffenen sollen eine angemessene palliative Versorgung, die die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Nöte und Bedürfnisse wahrnimmt und angemessen beantwortet, erhalten. Eine umfassend verstandene Schmerzerfassung („total pain“) und die Linderung von Symptomen sind dabei in den Fokus zu nehmen.

3.3 Die Angehörigen

Angehörige von BewohnerInnen einer Pflegeeinrichtung und die ihnen Nahestehenden sind selbst Betroffene. Sie brauchen Entlastung und Unterstützung im Umgang mit ihrem/ihrer Angehörigen, bei dem/der sie realisieren, dass ihnen nur noch eine kurze gemeinsame Zeit bleibt. Sie benötigen ausreichende und ehrliche Informationen und werden in Entscheidungen und Diskussionen, z. B. auch über das Heimgeschehen, über die gesundheitliche Situation ihres Angehörigen oder über diagnostische und therapeutische Maßnahmen einbezogen. Auch auf ihre Bedürfnisse ist einzugehen, wenn es um das Sterben ihres angehörigen Heimbewohners geht.

3.4 Pflegeheim

Hospizkultur und Palliativversorgung werden im Rahmen dieser Zielsetzung zum integrativen Bestandteil des Versorgungsauftrages jeder Einrichtung. Sie bestimmen dadurch Kultur, Haltung und Organisationsstrukturen. Alle Mitarbeiter werden angemessen geschult⁹. Strukturen einer „lernenden Organisation“ ermöglichen durch die angestrebte Implementierung die Umsetzung individuell erworbenen Wissens. Die sich entwickelnde hospizlich/palliative Haltung findet sich in der grundlegenden Organisationsethik der Einrichtung durch diese Zielorientierung wieder.

Zur Hospizkultur gehören dementsprechend Palliativ-Care-Pflegefachkräfte (160 Stunden Fortbildung) sowie ein Casemanagement, das die jeweiligen Netzwerkpartner (zum Beispiel Palliativmedizin, Offizin Apotheke und Hospizdienste) mit einbezieht. Ethische Konsile sind ebenso Bestandteil der Organisationskultur wie auch Fallbesprechungen zur Krisenintervention. In die jeweiligen Prozesse müssen kontinuierlich Angehörige und/oder Betreuer integriert werden, um eine Vorsorgevollmacht beziehungsweise Patientenverfügung in das Geschehen mit einzubeziehen. Das Pflegeheim strebt an, innerhalb der Region Kooperationspartner von zum Beispiel Hospizdiensten, ambulanten Palliativdiensten, Krankenhäusern, Fachärzten, Palliativstationen und Kirchengemeinden zu gewinnen. Die Begleitung durch befähigte ehrenamtliche Hospizhelfer unterstützt die Qualität der Organisation Pflegeheim. Dabei werden die Ehrenamtlichen der Hospizbewegung die Ziele der Gerontotherapie widerspiegeln und die Organisation durch ihr bürgerschaftliches Engagement unterstützen.¹⁰

⁹
Petzold, Horn, Müller 2010,
S. 220–221

¹⁰
Bödiker, Graf, Schmidtbauer
2010

3.5 Gemeinwesen/Kommunen

Die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und bedarf einer ausreichenden sozialen Infrastruktur. Die Kommunen tragen dafür im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge auf gemeindlicher Ebene besondere Verantwortung, konkretisiert in verschiedenen Gesetzen (Pflegegesetze der Länder, Heimgesetze, Betreuungsgesetz u.a.). Die kommunale Ebene hat dabei in besonderer Weise Koordinationsaufgaben wahrzunehmen, um die Zusammenarbeit aller Akteure (Leistungsanbieter, Verwaltung, Kostenträger, Bürgerinnen und Bürger), die Entwicklung regionaler Netzwerke zur palliativ-hospizlichen Versorgung und für die Bürgerinnen und Bürger Transparenz und Möglichkeiten zur Beratung sicherzustellen.

3.6 Politik und Verbände

Bund und Länder tragen die Verantwortung für die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Grundlage sind für die weitere vertragliche Ausgestaltung durch Kostenträger und Leistungsanbieter im Rahmen der Selbstverwaltung. Sie müssen so gestaltet sein, dass sie es den Trägern der Einrichtungen ermöglichen, ihren Aufgaben, orientiert an den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen, gerecht zu werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesverbände der Träger von Altenpflegeeinrichtungen, die ihre Expertise in die politische Diskussion einbringen. Gemeinsam mit der Gesundheits- und Familienpolitik der Bundesregierung und den Organisationen und Institutionen des selbstverwalteten Gesundheitssystems entwickeln sie die konzeptionellen Grundlagen für die notwendige Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen einschließlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen und integrieren so die Einrichtungen der stationären Altenhilfe in die vernetzte Versorgung sterbender und schwerstkranker Menschen als gesamtgesellschaftlichen Auftrag. Gemeinsam entwickeln sie Indikatoren und unterstützen die politische Arbeit, um Palliativversorgung und Hospizarbeit verstärkt in die Richtlinien zur Qualitätskontrolle zu integrieren (MDK, Heimaufsicht).

Organisations- kultur **4**

Davon ausgehend, dass das Pflegeheim eine „lernende Organisation“ ist, sind Kulturfragen essenziell. Die Leitungsebene hat in diesen Fragen eine zentrale Rolle und eine hohe Verantwortung („top-down“) gegenüber den MitarbeiterInnen, BewohnerInnen sowie deren Angehörigen. Die Leitung hat die Aufgabe, die Implementierungsprozesse der Hospizkultur und Palliativversorgung zu steuern, zu unterstützen und zu evaluieren. Das Handeln und die Haltung den BewohnerInnen sowie den MitarbeiterInnen gegenüber spiegeln sich in einem kontinuierlichen ethischen Reflexionsprozess wider, der Einfluss auf die Umsetzungsprozesse der Ziele einer Organisation hat und somit die Organisationsentwicklung beeinflusst. Dabei wird die Einbindung der MitarbeiterInnen „bottom-up“ (mit Einbezug derselbigen) gesteuert, damit sie einen hohen Identifizierungsgrad entwickeln können.

Dazu gehören weiterhin die Fachlichkeit aller Beteiligten sowie die ökonomische Betrachtung der Mittelverwendung. Erkennbar muss sein: Pflegeeinrichtungen haben einen gesellschaftlichen Auftrag und erfüllen eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe in dieser Frage. Wesentlich für die Entwicklung einer palliativ ausgerichteten Organisationskultur ist eine kontinuierliche Reflexion der Haltungen, Kompetenzen, des Qualitätsverständnisses und aufgestellter Erfolgskriterien. Das bedeutet auch ein Aushalten, ein Abstandnehmen von der Aktion, dem Eifer, standardisiert alles unter Kontrolle zu bringen und Leiden eliminieren zu wollen. Dafür hin zur Interaktion mit dem Betroffenen und seinen Zugehörigen, um gemeinsam mit ihnen entsprechend der individuellen Beurteilung des realen Zustands auf der Grundlage vorhandener Ressourcen, Perspektiven und Probleme die Behandlungs- und Versorgungsgestaltung individuell auszuhandeln.¹¹ Grundlage hierfür ist der Runde Tisch, eine kontinuierliche grenzüberschreitende, interprofessionelle, organisations- und kontextübergreifende Kommunikation. Der Runde Tisch ist hierfür das Bild, die Grundlage für ein Aushandeln und Prozesse der Verständigung mit den Betroffenen und ihren Zugehörigen – sofern sie dieses können und wollen.¹²

¹¹ Pleschberger 2005. In: Heller, Knipping. 2006. S. 40

¹² Heller et al. 2005 & Dinges et al 2005. In: Heller, Knipping. 2006. S. 40

5 Organisations- entwicklung

Die Expertise der vergangenen 10 Jahre zeigt, dass solche Organisationsentwicklungsprozesse dem Paradigma der Palliative Care Philosophie entsprechen können, wenn sie grundsätzlich interprofessionell, interdisziplinär, interkompetent und radikal bewohnerInnenzentriert und mitarbeiterInnenorientiert sind.

Die zentralen Themen (Angehörige bzw. unit of care; Würde; Schmerz; Trauer; Demenz; Ethik; Spiritual Care; Krisen- und Vorsorgeplanung, Integration Ehrenamtlicher, Kooperation und Vernetzung; et.al.) bleiben im Blick, ohne dass „standardisierte Sterbeverläufe“ angestrebt werden.

Schritte und Kennzeichen solcher Bemühungen sind ein Mix aus

- Qualifikation von Individuen,
- Projekten zur Organisationsentwicklung
- sowie die entsprechende Vernetzung mit regionalen und kommunalen Strukturen der Hospiz- und Palliativszene.

Letztere dient allen Partnern, da Altenhilfe und Palliativarbeit (noch) voneinander lernen (müssen).

Bereits die Enquetekommission des Bundestages weist in ihrem Abschlussbericht von 2005 auf die Notwendigkeit solcher Entwicklungen hin. Die Umsetzung von Palliative Care in Pflegeeinrichtungen wurde in den letzten Jahren in vielen Einrichtungen vorangetrieben. Eine erfolgreiche Implementierung von Palliative Care basiert auf einer fundierten Bestandsaufnahme des Status quo, bei der die vorhandene Organisationskultur gewürdigt wird. Darauf aufbauend werden systematisch verschiedene Instrumente entwickelt und eingesetzt, um durch Sensibilisierung, Qualifizierung, Einbindung der BewohnerInnen und durch eine Auseinandersetzung mit „relevanten Umwelten“¹³ (z.B. mit Bestattern, Haus- und Notärzten bzw. der Mobilisierung vorhandener und benötigter Ressourcen). Dies kann nur durch projektorientierte Implementierungsansätze sowie den Aufbau einer fruchtbaren Kooperation zwischen Anbietern aus der Hospizarbeit, spezialisierten Palliative Care Teams und der Pflegeeinrichtung erfolgen.¹⁴

¹³ Heimerl, Heller, Pleschberger 2006. S. 54

¹⁴ Ebenda

5.1 Qualifikation

Generell stellt die Qualifikation der MitarbeiterInnen einer Pflegeeinrichtung das Kernelement der Entwicklung von Strukturen der „Palliativkompetenz“ dar. Sie stellt sicher, dass die durch Wissen erworbene Fachkompetenz und die sich als veränderte Haltung darstellende persönliche Kompetenz in der unmittelbaren, alltäglichen und lebensnahen Versorgung und Begleitung der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen wirksam werden. Entsprechend unterschiedlicher Versorgungsstufen und Bedarfe scheint ein abgestuftes Konzept sinnvoll:

5.1.1 Grundqualifikation aller Mitarbeiter

Basisqualifikation für alle (hauptamtlichen) Mitarbeiter muss zum Thema einer grundlegenden Hospizkultur und Palliativversorgung werden. Darin müssen die speziellen Anforderungen an die Palliativbetreuung kognitiv veränderter BewohnerInnen (z.B. mit Demenz) integriert sein.

5.1.2 Qualifikation für allgemeine Palliativversorgung

Zentrale Rollenträger, insbesondere Heimleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitungen sowie weitere Pflegenden sollten nach einem anerkannten Curriculum qualifiziert sein, um eine adäquate allgemeine Palliativversorgung im Pflegeheim zu gewährleisten. Sie nehmen damit neben der kompetenten Versorgung der betroffenen BewohnerInnen eine wichtige Multiplikatorenfunktion ein und beraten die Pflegeteams in den Wohnbereichen in palliativen bzw. hospizlichen Fragestellungen. Solche Weiterbildungen in Palliative Care gibt es inzwischen für (fast) alle relevanten Berufsgruppen. Die in einem Altenheim tätigen MedizinerInnen sollten den Basiskurs Palliativmedizin nach den Vorgaben der Bundesärztekammer absolviert haben.

5.1.3 Qualifikation für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Wenn die Einrichtung selbst Leistungserbringer der SAPV ist und so die spezialisierte Palliativversorgung intern sicherstellt, müssen im vorhandenen Palliative Care Team (PCT) die gesetzlichen bzw. vertraglich festgelegten Qualifizierungsvoraussetzungen¹⁵ der SAPV erfüllt sein.

Kooperiert die Einrichtung mit einem externen Leistungserbringer der SAPV, ist damit die notwendige Qualifikation durch das hinzugezogene PCT sichergestellt. In diesem Fall muss einerseits auf die notwendige geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Qualifikation des PCT und andererseits auf die Fähigkeit zur Kooperation beider Partner geachtet werden.

5.1.4 Qualifikation ehrenamtlicher Mitarbeiter

Auch für die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen im Altenheim gilt, dass sie für die Begegnung mit Sterbenden und Schwerstkranken sowie deren Angehörigen vorbereitet sein sollten. Hierfür ist eine entsprechende Schulung vorzusehen (z.B. nach den Vorgaben des DHPV). Für die in der psychosozialen, ehrenamtlichen Begleitung schwerstkranker und sterbender BewohnerInnen tätigen Ehrenamtlichen ist eine Befähigung zur HospizhelferIn nach anerkannten Vorgaben unerlässlich. Die Kooperation mit einer ortsansässigen Hospizgruppe kann hierfür eine gute Grundlage sein. Sie fördert auch die weitere Vernetzung in der Region. Auch die Einrichtung einer eigenen Hospizgruppe ist jedoch eine Möglichkeit, die Qualifikation der Ehrenamtlichen sicherzustellen.

5.1.5 Altenpflegeausbildung

Mit der Novellierung der Gesetzgebung für die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege im Jahr 2004 wurde der Bereich Palliative Care auch in der Berufsausbildung berücksichtigt und als Bestandteil integriert, allerdings wenig konkret beschrieben. Sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung, insbesondere in der Altenpflege, ist es daher notwendig, Aspekte der Hospizarbeit und Palliativversorgung in die Lern- und Themenfelder zu integrieren.

6 Personalmanagement und -entwicklung

Im Rahmen der Qualitätssicherung müssen in regelmäßigen Abständen Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt werden. Dabei ist die Tätigkeit der entsprechenden Mitarbeiter in den o. g. Versorgungsstufen und in ihren Funktionen zu berücksichtigen. Neben den verpflichtend durchzuführenden Fortbildungen ist darauf zu achten, dass Themen aus der Hospizarbeit und Palliativversorgung entsprechend Eingang finden. Wegweisend ist die Einbindung der Themen aus der Fort- und Weiterbildung, die von den MitarbeiterInnen im Rahmen von Qualitätszirkeln in die Arbeitsbereiche eingeführt werden können. Im Rahmen von Jahres- und Mitarbeitergesprächen können individuelle Kompetenzen, aber auch Entwicklungsbedürfnisse der MitarbeiterInnen ermittelt und im Rahmen von Zielvereinbarungen fixiert und umgesetzt werden. Das erhöht die (Berufs-) Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und fördert eine qualifizierte Personalpolitik. Verbände und Träger sollten die Palliative Care Qualifikation in ihr Qualitätsmanagement einbinden.

Schon im Bewerbungsgespräch einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters können individuelles Wissen, Haltung und persönliche Kompetenz zum Umgang mit Sterben und Tod angesprochen werden. Zielführend ist es des Weiteren, entsprechende Anforderungen in Stellenausschreibungen zu formulieren und zum Bestandteil von Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen zu machen.

Medizinische Versorgung 7

Um dem Bewohner/der Bewohnerin eine stabile Versorgung zu gewährleisten, ist die hausarztzentrierte Versorgung vorrangig. Der Hausarzt ist Garant für ein Kontinuum in der Versorgung, basierend auf einer fundierten Anamnese, die auch den biografischen Anteil berücksichtigt (siehe hierzu auch Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 15.9.011). Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte palliativmedizinische Versorgung, die auch der Hospizidee entspricht, ist die Basisqualifikation für Haus- und Fachärzte: ein Grundkurs Palliativmedizin. Regelmäßig strukturierte und vorbereitete Visiten erleichtern die Zusammenarbeit und notwendigen Konsile mit Fachärzten vor Ort. Die radikale Bewohnerorientierung beinhaltet Haltung, Kommunikation, Respekt und Vorbildfunktion einer Hospizkultur und palliativen Versorgung.

Die bedarfs- und bewohnerorientierte Hinzuziehung von Palliativmedizinern (mind. 160 Std. Befähigungskurs) sowie Palliative Care Pflegefachkräften (mind. 160 Std. Basiskurs) – ggf. als Palliative Care Team (PCT) – sind wichtige Bestandteile einer qualitativen Hospizstruktur. Die Therapie im Pflegeheim beinhaltet einen regelmäßigen interdisziplinären Austausch, wie auch die Krisenintervention bei Konflikten unterschiedlicher Therapieauffassungen. Eine vorausschauende Notfallplanung – in dem Fall, dass der Hausarzt nicht zur Verfügung steht – ist ebenso zu gewährleisten, wie auch ein zentrales Medikamentendepot, für voraussehbare Ereignisse und Situationen. Eine adäquate Sicherstellung benötigt auch eine adäquate Finanzierung.

8

Qualitätssicherung

Die BewohnerInnen und Bewohner stehen – wie bereits ausgeführt – im Mittelpunkt der Versorgung und Begleitung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen und haben das Recht auf eine ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechende qualitativ hochwertige Versorgung. Was palliative und hospizliche Qualität in Pflegeeinrichtungen im Besonderen ausmacht, ist, neben dem notwendigen Fachwissen, die Haltung derer, durch die Hospizkultur gelebt und Palliativversorgung erbracht wird. Diese Form der Haltung zeichnet sich dadurch aus, dass den Betroffenen ein großes Maß an Selbstbestimmung zugestanden und fachlich kompetente Hilfe bedürfnisgerecht zu jeder Zeit angeboten wird.

Durch QM-Systeme werden Prozesse und Abläufe transparent und damit überprüf- und steuerbar. Die Weiterentwicklung und die kontinuierliche Verbesserung der QM-Prozesse in den Einrichtungen werden durch die Einrichtungsleitung bzw. den Träger sichergestellt. Die weitere Verbesserung der Versorgung ist Aufgabe aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen.

Der Gesetzgeber stellt das Recht der BewohnerInnen in Bezug auf die hier beschriebene Versorgung und Begleitung dar, indem er u.a. Regelungen zum Qualitätsmanagement (QM) vorgibt. Der palliative und hospizliche Ansatz ist aber in der Gesetzgebung für Pflegeeinrichtungen und in den Expertenstandards¹⁶ bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Die aktuellen Transparenzkriterien, für die „Benotung“ von Pflegeeinrichtungen durch den MDK, lassen die Relevanz palliativpflegerischer Aspekte zu, benennen palliative und hospizliche Aspekte nicht explizit. Dies gilt besonders für die Prüfkriterien zur Sterbebegleitung und zur Schmerztherapie. Gerade bei der Risikobeurteilung ist es notwendig, die Lebenssituation der BewohnerInnen zu berücksichtigen. Lebensphase, Schwere der Erkrankung, Prognose und aktueller Wille der BewohnerInnen sollten in der palliativen Situation Maßstab sein. Hierbei sind die erfolgreiche Behandlung von Symptomen und menschliche Nähe durch eine hohe und kontinuierliche Personalpräsenz wesentliche Qualitätsmerkmale. Das Engagement von Einrichtungen, die Qualität der Versorgung sterbender Menschen zu verbessern, darf nicht dazu führen, dass bei entsprechender Auslegung der gültigen Transparenzkriterien, die Benotung einer Einrichtung schlechter ausfällt, weil die Kriterien für die Beurteilung nach palliativen/hospizlichen Gesichtspunkten nicht ausreichen, bzw. wichtige Punkte bei der Risikobewertung nicht im palliativen Kontext gesehen werden. Für eine entsprechende Handhabung der Kriterien ist eine grundlegende palliative und hospizliche Kompetenz der MitarbeiterInnen des MDK Voraussetzung. Der DHPV und die DGP stehen hierbei gern beratend zur Seite.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen basiert bislang häufig auf den Prinzipien der Aktivierung, Rehabilitation und Risikovermeidung. Qualität in der Versorgung entsteht aber nicht allein dadurch, dass vorgeschriebene Strukturen und Prozesse buchstabengetreu umgesetzt werden. Eine hohe Qualität kann nur erreicht werden durch das Zusammenwirken aller Beteiligten.

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen darf aus ethischen Gründen nicht als ein Produkt gesehen werden, das auf dem Gesundheitsmarkt gehandelt wird.

Der sich auf der Seite der Leitungserbringer derzeit vollziehende Paradigmenwechsel in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender muss auch von Seiten der Qualitätsprüfung eine Entsprechung erfahren, wie dies in Ansätzen bereits geschehen ist, aber deutlich verbessert und erweitert werden muss.

9

Vernetzung

Einrichtungen der stationären Altenpflege sind integraler Bestandteil des vernetzten Gesundheits- und Sozialwesens. Mit der Integration von Hospizkultur und Palliativversorgung in ihren Versorgungsauftrag werden sie auch in diesem Versorgungsbereich Teil vernetzter Versorgungsstrukturen. Auch durch die Entwicklung der SAPV, die vom Gesetzgeber ausdrücklich als Teil regionaler Netzwerke vorgesehen ist und sich auf der Basis von gewachsenen Strukturen entwickeln soll, kommt auf die Pflegeeinrichtungen eine besondere Herausforderung zu. Indem sie die Möglichkeit haben, die SAPV von externen Anbietern zu nutzen oder ggf. selbst Anbieter von SAPV für ihre BewohnerInnen zu sein, sind sie zur Netzwerkarbeit verpflichtet. Diese muss sowohl in ein regionales Gesamtkonzept eingebunden werden, aber auch durch ein eigenes Konzept untermauert sein.

Bewährte, bestehende Versorgungsstrukturen müssen anerkannt und in die Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes nach innen und außen einbezogen werden. Die Einbindung der Einrichtungen in Netzwerke trägt zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der regionalen und internen Hospiz- und Palliativversorgung bei und gibt gleichzeitig die Möglichkeit, gestaltend auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen Einfluss zu nehmen.

Grundsätzlich müssen zeitliche und personelle Ressourcen durch den Träger bereitgestellt werden, um die Koordination der Netzwerkleistungen sowie die nötige Kontinuität und Effizienz zu gewährleisten.

Interne und externe Vernetzung

Es ist zwischen interner und externer Vernetzung zu unterscheiden. Unter interner Vernetzung sind Abläufe zu verstehen, die die Kommunikation und den Informationsaustausch innerhalb der Einrichtung sicherstellen, mit dem Ziel, alle Mitarbeiter und Professionen zu erreichen und in den Versorgungsprozess mit einzubeziehen (z.B. Qualitätszirkel, ethische Fallbesprechungen, Pflegekonferenzen, multiprofessionelle Arbeitsgemeinschaften usw.). Unter externer Vernetzung sind Kommunikationswege und Informationsflüsse nach außen zu verstehen, um durch die Zusammenarbeit mit anderen Diensten nahtlose Abläufe und Multiprofessionalität zu gewährleisten.

10

*Finanzierung/
Rahmenbedingungen*

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen gehört grundsätzlich zum Versorgungsauftrag von Pflegeeinrichtungen. Hierzu ist eine enge Zusammenarbeit mit versorgenden niedergelassenen Haus- und Fachärzten unerlässlich. Mit der SAPV ist für den Fall einer besonders aufwändigen Versorgung eine ergänzende spezialisierte palliativärztliche und -pflegerische Versorgung möglich und hierfür eine zusätzliche Finanzierung gesichert.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass etwa 10% aller Sterbenden der SAPV bedürfen. Geht man weiter davon aus, dass ein weiter wachsender Teil der Sterbenden in Deutschland in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wird und die Intensität der Versorgung in den Einrichtungen weiter zunimmt, besteht hier vor allem außerhalb der SAPV dringend Nachbesserungsbedarf. In der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung ist die Verlegung von BewohnerInnen eines Pflegeheims in ein stationäres Hospiz nur im Einzelfall möglich und bedarf der Zustimmung des MDK. Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung müssen also auch in Heimen und von diesen selbst erbracht werden können, wozu eine angemessene Vergütung unabdingbar ist. Insbesondere der erhöhte Bedarf an palliativ und hospizlich qualifizierten Fachkräften stellt für die Einrichtungen einen erheblichen Kostenfaktor dar. Hinzu kommen die zur Vernetzung und Koordination benötigten personellen Ressourcen.

11

Ausblick

Demografische Veränderungen werden in naher Zukunft neue Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland stellen. Der Zunahme der alten und hochaltrigen Menschen in der Alterspyramide kann nur dann durch die besondere Haltung und den ethischen Anspruch von Hospizkultur und Palliativversorgung entsprochen werden, wenn wir den begonnenen Bedeutungs- und Kulturwandel in den Einrichtungen der Altenhilfe fortsetzen. Sie sollen Orte für ein lebbares Alter und ein würdevolles Sterben sein und werden. Dafür müssen die Rahmenbedingungen mit Unterstützung der Politik verbessert werden, damit der gesellschaftliche Beitrag weiter entwickelt werden kann.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband möchten mit dieser Stellungnahme diesen Prozess weiter gestalten und mit der dialogischen Expertise und der langjährigen Erfahrung als Partner zur Verfügung stehen. Denn Hospizkultur und Palliativversorgung sieht auch den alten und bedürftigen Menschen, der unseres besonderen Schutzes bedarf. Ihm gilt unsere Fürsorge gerade in Institutionen wie Pflegeeinrichtungen. Damit der Wunsch nach individueller Lebens- und Sterbensqualität realisiert werden kann, ist eine besondere Fokussierung auf die bedürftige Person im Sinne einer „radikalen“ BewohnerInnenorientierung erforderlich. Die Organisation muss ihre Kultur so formen können, dass der bedürftige Mensch und nicht die funktionellen Abläufe im Vordergrund stehen.

Mitwirkende **12** und Autoren

Überarbeitung in der Arbeitsgruppe 2011/ 2012

- Isabel Althoff
- Benno Bolze
- Gerda Graf
- Dr. Christoph Gerhard
- Prof. Dr. Katharina Heimerl
- Frank Kittelberger
- Prof. Dr. Andreas Kruse
- Prof. Dr. Friedemann Nauck
- Heiner Melching
- Meike Schwermann
- Dr. Birgit Weihrauch

TeilnehmerInnen des Workshops am 16.12.2011

- Isabel Althoff
- Benno Bolze
- Franziska Emrich
- Dr. Christoph Gerhard
- Gerda Graf
- Prof. Dr. Katharina Heimerl
- Frank Kittelberger
- Prof. Dr. Andreas Kruse
- Heiner Melching
- Prof. Dr. Friedemann Nauck
- Dr. Klaus Maria Perrar
- David Pfister
- Dr. Matthias Pfisterer
- Dr. Rainer Prönnecke
- Prof. Dr. Lukas Radbruch
- Prof. Dr. Nils Schneider
- Horst Schmidbauer
- Dr. Erhard Weiher
- Dr. Birgit Weihrauch
- Petra Weritz-Hanf

Gemeinsame Arbeitsgruppe 2009

- Franziska Emmrich
- Dr. Martin Franke
- Dr. Martin Fuchs
- Dr. Christoph Gerhard
- Gerda Graf
- Stephan Lange
- Thomas Montag
- Dr. Matthias Pfisterer

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der BewohnerInneninnen und BewohnerInnen (Heimbericht): Berlin

Davies, Elizabeth, Higginson Irene J.(Hrsg.) (2008). Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen. Übersetzung der deutschen Fassung: Nauck, F. & Jaspers, B.; WHO Europe & Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Pallia Med Verlag: Bonn. [Internet] Unter: http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Materialien/Better_Pall_Care_Deutsche_Endfassung.pdf (ges. 12.12.2011)

Gronemeyer, R. (2007). Versorgung am Lebensende – Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, Hessisches Sozialministerium und Justus-Liebig Universität – Institut für Sozialforschung: Gießen

Hasselhorn, H. M. Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. – Übersetzung- Ü15. Dortmund, Berlin, Dresden

Heimerl, K., Heller, A., Pleschberger, S. (2006). Implementierung von Palliative Care im Überblick. In: Knipping, C. (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. Huber: Bern

Heller, A., Knipping, C. (2006). Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: In: Knipping, C. (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. Huber: Bern

Isfort, M.; Weidner, F.; Messner, T.; Zinn, W. (2003). Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) e.V., Köln

Weyerer, S., Bickel, H. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Kohlhammer: Stuttgart.

Weiterführende Literatur

Alsheimer, M., Orth, C. (2005). „nicht sang- und klanglos gehen“, Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus in München. [Internet] Unter: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft5.pdf> (ges. 18.11.2011)

AWO Bundesverband e.V. (Hrsg.)(2009). TUP Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Juventa Verlag GmbH. Heft 01

BAG Hospiz (Hrsg.) (2005). Qualitätsanforderungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit. Hospiz-Verlag. 05/2005

BAG Hospiz (Hrsg.) (2006). Hospizkultur im Pflegeheim. Empfehlungen und Indikatoren zur Palliativkompetenz. [Internet] Unter: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/broschue-re_hospizkultur-im-alten-u-pflegeheim.pdf (ges. 18.11.2011)

Bödiker, M.L., Graf, G., Schmidtbauer, H. (Hrsg.) (2011). Hospiz ist Haltung - Kurshandbuch Ehrenamt. Der Hospizverlag: Ludwigsburg

Beckers, D.(2006). Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. [Internet] Unter: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf> (ges. 18.11.2011)

Brüll, H.-M. (2004). Sterbebegleitung im Heim. Eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und zu Werteeinstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe. In: Schriften des Instituts für Bildung und Ethik IBE. Nr. 4: Pädagogische Hochschule Weingarten

Bundesanzeiger (2008). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20. Dezember 2007/BAnz. Nr. 39 vom 11.03.2008, S. 911

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation (4. Altenbericht). Berlin

Davies, Elizabeth, Higginson Irene J.(ED) (2008). THE SOLID FACTS – Palliative Care. WHO Europe. [Internet] Unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf (ges. 12.12.2011)

Deutscher Bundestag (2002). Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (Drucksache 14/8800): Berlin

Deutscher Bundestag (2005). Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin – Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“. Drucksache 15/5858. Berlin

DW-Hannovers (Hrsg.) (2006). Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur. [Internet] Unter: www.diakonie-hannovers.de/meta.../33786/lebenamlebensende.pdf (ges. 18.11.2011)

Feldhammer et al. (2008). Wenn Daheim ein Heim ist. Pallia Med: Bonn

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG vom 26. März 2007 G. v. 26.03.2007 BGBl. I S. 378 (Nr. 11); zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 28.07.2011 BGBl. I S. 1622; Geltung ab 01.04.2007

Graf, G. (2006). HolDe®-Konzept der Wohnanlage Sophienhof gGmbH, Niederzier. [Internet] Unter: <http://www.wohnanlage-sophienhof.de/konzept/holde.html> (ges. 14.12.2011)

Heller, A., Kittelberger, F. (2010). Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Lambertus: Freiburg

Heller A., Heimerl K., Husebø S. (Hrsg.) (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus

Heimerl K. (2011): Palliative und Dementia Care im Pflegeheim. Die Hospizzeitschrift, Jg.13 H.46, 16–19

Kämmer, K. (2008). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen, Schlütersche: Hannover

Kittelberger, F.(2002). Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. [Internet] Unter: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf> (ges. 18.11.2011)

Lange, S. (2007). Palliative Care in der stationären Altenhilfe - Veränderungen der palliativ pflegerischen Versorgung in der stationären Altenhilfe aufgrund des GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Katholische Fachhochschule Köln, Abteilung Gesundheitswesen: Köln

Michelsen, G., Froese, G. (2009). Praxiskommentar Wohn- und Teilhabegesetz. AOK: Remagen

Orth, C., Alsheimer, M., Koppitz, M., Isfort, M. (2002). Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim, München-Haidhausen (Abschlussbericht). [Internet] Unter: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/texte2/vortrag6.htm> (ges. 18.11.2011)

Petzold, H.G., Horn, E., Müller, L. (Hrsg.) (2010). Hochaltrigkeit – Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. VS Verlag: Wiesbaden

Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005). Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Düsseldorf

Reitinger Elisabeth, Beyer Sigrig (Hrsg.) (2010): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt a.M.: Mabuse

Warnken, C. (2007). Palliativpflege in der stationären Altenpflege. Hannover

