

HANDREICHUNG PiPiP 2020

Pilotprojekt 2018 bis 2020 zur
Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen
der Deutschen PalliativStiftung

von Thomas Plappert, Holle Redpath,
Kristina Schmidt, Thomas Sitte



HANDREICHUNG PiPiP 2020

Pilotprojekt 2018 bis 2020 zur
Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen
der Deutschen PalliativStiftung

von Thomas Plappert, Holle Redpath,
Kristina Schmidt, Thomas Sitte

Impressum

Herausgeber: Deutscher PalliativVerlag
(Verlag der Deutschen PalliativStiftung), Fulda 2021

1. Auflage
ISBN: 978-3-944530-56-7

Autoren: Thomas Plappert, Holle Redpath, Kristina Schmidt, Thomas Sitte
Gestaltung: Wolf-Marcus Haupt

© Deutsche PalliativStiftung

Druck: Rindt-Druck, Fulda
Gedruckt auf zertifiziertem Recyclingpapier
www.rindt-druck.de

Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Mail: info@palliativstiftung.de
Web: www.palliativstiftung.de
Telefon: 0661 4804 9797
Telefax: 0661 4804 9798

Wir danken dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration
für die tatkräftige Unterstützung.

Bildnachweise

Titelbild www.shutterstock.de/742067905/Chinnapong
Seite 5 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Seite 27 „Fasching – oder nicht“ von Christine Limmer

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Sprachen der Mitarbeiter:innen	S. 13
Tabelle 2	Broschüre in folgenden Sprachen erhältlich	S. 13

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	S. 2
Inhaltsverzeichnis.....	S. 3
Grußwort.....	S. 5
Ergebniszusammenfassung.....	S. 6
Ziele und Grundlagen.....	S. 7
Das Konzept für die Praxis.....	S. 8
Beteiligte Experten.....	S. 9
Sondierung, Problemerkhebung.....	S. 10
Beteiligte Einrichtungen.....	S. 14
Umsetzung.....	S. 14
1) Bedarfsanalyse.....	S. 14
2) Informationsschreiben an alle.....	S. 16
3) Impulsworkshops.....	S. 16
4) offene Sprechstunde.....	S. 17
5) Halbtagesworkshop.....	S. 17
6) Drohende Probleme bei Bewohner:innen.....	S. 17
7) Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen.....	S. 18
8) Option Poolmedikamente als Notfallvorrat in der Einrichtung.....	S. 18
9) Option Palliativ-Ampel.....	S. 20
10) Vorschläge für Modulgestaltung mit Konzept und Handout.....	S. 22
Modul 0: Vorstellung des Projekts/Bedarfserhebung.....	S. 22
Modul 1: Fallbesprechung.....	S. 23
Modul 2: Rechtliche Aspekte.....	S. 26
Modul 3: Medikamente.....	S. 30
Modul 4: Technik und Geräte.....	S. 32
Modul 5: Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co.....	S. 34
Modul 6: Versorgungsplanung.....	S. 36
Modul 7: Gesprächskultur.....	S. 38
Modul 8: Symptome und Maßnahmen I.....	S. 40
Modul 9: Symptome und Maßnahmen II.....	S. 42
Modul 10: Selbstfürsorge.....	S. 44
Modul 11: Netzwerke und Kooperationspartner:innen/Abschluss.....	S. 46
Copyright Deutsche PalliativStiftung 2021.....	S. 47

Grußwort



„Die Stärkung der hospizlich-palliativen Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiges Ziel, um Menschen in ihrer letzten Lebensphase an dem von ihnen gewählten Lebensort begleiten zu können.

Das durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration geförderte Pilotprojekt ist deshalb ein wichtiger Beitrag zur Erreichung dieses Ziels.“

Kai Klose

Hessischer Minister
für Soziales und Integration

Ergebniszusammenfassung

Das Projektziel war und ist, die pragmatische, am Patientenwunsch und Patientenwohl orientierte Versorgung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, die sich in verschiedenen Lebensphasen gesundheitlich verschlechtern. Dies gilt gerade auch, wenn für sie bislang kein palliativer Bedarf identifiziert wurde, denn gerade dann kann mit den Mitteln und Techniken der Palliativmedizin entscheidend positiv gewirkt werden.

Das Projektziel ist damit letztlich einen relevanten Baustein für die Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen beizutragen. Zugleich sind die Kernelemente nicht nur für stationäre Einrichtungen relevant, sondern gelten für den gesamten Bereich der Betreuung und Versorgung alternder Menschen, sei es zuhause, in Pflegeeinrichtungen oder der Klinikversorgung.

Denn, dass eine gute Hospizarbeit und Palliativversorgung Belastungen vermindert, ist wohl jedem klar. Weniger bewusst ist den Beteiligten die Reduktion von Futility (Fehl- und Überversorgung), wodurch die Lebenszeit nicht abnimmt, sondern im Gegenteil reicher und eher länger wird!

Damit geht zugleich immer einher die messbare Reduktion unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte. So konnten in einer Vorstudie bereits Klinikeinweisungen gegen die Vergleichs quartale um über 60 % vermindert werden.

Der wichtigste Baustein im Projekt ist, dass wirklich jede:r (!) Beteiligte:r für sich einen Mehrwert daraus ziehen kann.

Sei es das Wissen oder die Gewissheit ...

... der Bewohner:innen, dass Ihre Behandlungswünsche umgesetzt werden, auch wenn sie sich dazu nicht mehr äußern können.

... von Angehörigen, dass Ihre Verwandten bis zum Lebensende in der Einrichtung angemessen versorgt werden können,

... der Verwaltung, dass die Abläufe reibungsfreier gelingen

... der versorgenden Hausärzt:innen, dass ihre Patient:innen mit größerer Kompetenz gepflegt und die Symptome angemessen gelindert werden.

Sei es die deutlich größere Zufriedenheit der Pflegekräfte und aller anderen Mitarbeiter mit der eigenen Arbeit.

Die Rückmeldungen der beteiligten Einrichtungen, insbesondere von Mitarbeiter:innen verschiedenster Berufsgruppen, waren hervorragend.

Wir erfuhren diese Bestätigung im persönlichen Gespräch, als Mail, WhatsApp Nachricht, aus Fragebögen und auch einer Online-Befragung mittels SurveyMonkey. Immer wieder wurde auch der Wunsch nach „mehr“ geäußert. Wiederholung, Vertiefung, (ethische) Fallbesprechungen, weitere Themen und vielem mehr.

Als Fazit lässt sich deshalb zusammenfassen:

Wegen des großen Erfolges wird das Projekt PiPiP 2020 fortgeführt und weiterentwickelt.

Ziele und Grundlagen

Ziel: Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen – Vermeidung unerwünschter, bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte

Im Jahr 2013 bis 2015 wurde bereits eine größere Projektstudie in der Praxis durchgeführt, bei der es sich zeigte, dass ein enormes Potential zur verbesserten Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht, wenn ein Teil der Mitarbeiter:innen in den Grundlagen der Palliativversorgung geschult wird und parallel die bestehenden Strukturen der palliativen Versorgung besser in die Heimversorgung eingebunden werden. Es konnten im Evaluationszeitraum die Klinikeinweisungen um über 60% gegenüber den Vergleichsquartalen der Vorjahre gesenkt werden bei sehr hoher Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörigen.

Optimiert werden kann das Ergebnis durch vier wesentliche Punkte:

1. engagierte, kompetente und anerkannte **Kümmerer:innen** (Palliative Care Fachkraft)
2. **umfassend geschulte Mitarbeiter:innen** (Schwerpunkt Relevanz und Verständlichkeit. Angemessene Antworten auf alle Fragen)
3. **zeitnahe und fachkompetente Lösung** auftretender Probleme
4. konkrete **medizinische und juristische (!) Sicherheit** der Mitarbeiter:innen

Hieraus folgt:

- **Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen**
- **Vermeidung unerwünschter bzw. unnötiger Klinikeinweisungen**
- **Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase**
- **Steigerung der Kompetenz und Berufszufriedenheit der Pflegenden**

Eines der häufigsten schwerwiegenden Probleme in Seniorenheimen sind medizinisch fraglich indizierte und/oder von Bewohner:innen bei gegebener medizinischer Indikation unerwünschte Krankenaufweisungen. Gerade hier gab es die messbar regelrecht dramatisch guten Verbesserungen.

Die Optimierung einer (palliativ)medizinischen Versorgung soll und kann hier Abhilfe leisten. Die Grundlage dieser Versorgung ist der Zuwachs relevanten Wissens, der regelhaft zugleich zu einer Haltungsänderung beim einzelnen Mitarbeiter:in, wie auch der gesamten Einrichtung führt. Zugleich wird bei einer verbesserten Versor-

gung im Sinne des Bewohners der Durchführung von nutzlosen Maßnahmen (i.S. „Futility“) entgegengewirkt: damit wird Belastung und Einschränkung für den:ie Bewohner:in gemindert und vorhandene Ressourcen werden bewohner:ingerechter eingesetzt.

Das Konzept für die Praxis

Die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzt:innen ist unerlässlich.

Gerade das sichere Management in Vorhaltung und Umgang speziell in Palliativsituationen notwendiger, sonst teils weniger üblicher Medikamente, bzw. Zubereitungen zur Symptomkontrolle führt in Pflegeeinrichtungen zu einem großen Zugewinn an Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten wie das System und zu größerer Handlungskompetenz. Hierbei ist es wichtig, das Wissen über die natürlichen Vorgänge der letzten Lebensphase besser zu verankern und in den praktischen Auswirkungen zu verdeutlichen. Unsicherheiten in juristischen wie auch ethischen Fragen prägen in der täglichen Praxis nach wie vor die Arbeit.

Zu den Ursachen von unvermeidbaren Einweisungen gehören die Folgen schwerer Stürze bei palliativen, wie nicht palliativen Bewohner:innen, Nierenversagen, Infektionen wie Pneumonien und zerebrale Ischämien, wenn eine weitere Lebenserhaltung oder -verlängerung noch gewünscht wird, nicht jedoch bei fehlendem Behandlungswillen der Bewohner:innen.

Die bessere Schulung des Personals insbesondere in der geriatrischen und palliativen Schmerztherapie soll dabei die Einschätzung von Krisensituationen bei allen Bewohner:innen deutlich verbessern. Hierdurch können die notwendigen weiteren Schritte wesentlich beeinflusst werden. Informationsveranstaltungen zu Betreuungsvollmacht, Patient:inneninverfügung und individuellen Empfehlungen für das Vorgehen in Notfallsituationen sind ebenfalls Teil der Aufklärungsarbeit zum hospizlich-palliativen Wissen.

In den Einrichtungen wurden vermittelt und zur Verfügung gestellt:

- Grundlagenwissen zu hospizlich-palliativem Denken und Handeln, um im Sinne von „Advance Care Planning“ Risikobewohner:innen zu identifizieren
- Coaching im Umgang mit palliativen Fragestellungen
- angemessenes, allgemeinverständliches Informationsmaterial
- Sprechstunden für Angehörige, Bewohner:innen, Interessierte

Das Projekt erstreckte sich in jeder Einrichtung über etwa ein Quartal. Eine längere Intervention erwies sich als günstiger als eine kurze und intensive. Nur mit der Zeit kann Erlerntes angewendet, reflektiert, supervidiert und verstetigt werden.

Beteiligte Experten

Es wurden in die Umsetzung des Projektes dann insbesondere das folgende Projektteam eingebunden:

Experte: **Dr. med. Thomas PLAPPERT**
Facharzt für Innere Medizin, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Expertin: **Holle REDPATH**
Krankenschwester, Supervisorin, Palliative Care Fachkraft

Expertin: **Dipl. Soz.-Päd. Kristina SCHMIDT**
Sozialarbeiterin, Hospizkoordinatorin, Palliative Care Fachkraft
Ethikberaterin im Gesundheitswesen

Projektleitung: **Dr. med. Thomas SITTE**
Palliativmediziner für Kinder und Erwachsene

sowie das Büro-Team der Deutschen PalliativStiftung für den logistischen Support.

In der Findungsphase erfolgten zunächst erste Gespräche mit den Leitungen geeigneter Einrichtungen, die nicht immer zu einem positiven Ergebnis führten. Hierbei stellte sich insbesondere die Startphase als erstaunlich schwierig dar, da der Mehrwert zunächst oft nicht gesehen wurde. Die Resonanz am Ende hingegen war überwältigend gut.

Die Gründe, warum sich einzelne Einrichtungen (zunächst) gegen eine Beteiligung aussprachen, waren wohl salopp formuliert primär darin zu suchen, dass nichts taugt, was fremd ist. Interessant und sehr bezeichnend war es, dass mit dem Fortlauf der Umsetzung durch die Mund zu Mund Propaganda immer weniger Bedenken auch in den Erstgesprächen geäußert wurden und die Akzeptanz ganz enorm zunahm, so dass wir letztendlich mit PiPiP 2020 nur noch weit offenstehende Türen einrannten. Am Ende konnten wir nicht mehr alle Heime einschließen, die es gerne gewollt hätten, da wir mit unseren Kapazitäten die Grenze erreicht hatten!

Sondierung, Problemerhebung

Es gab eine Vielzahl von kleineren und größeren Veranstaltungen im regionalen Umfeld um über die Möglichkeiten hospizlich-palliativer Versorgung aufzuklären und zugleich über PiPiP zu informieren:

Projektvorstellung in Workshops, Vorträgen, Impulsveranstaltungen

Es gab im Vorfeld und begleitend immer wieder öffentliche und nicht-öffentliche Veranstaltungen in verschiedenster Form, um das Projekt bekannt zu machen.

Diese Fülle an externen Terminen ist sicher im Rahmen eines solchen Projektes eher unüblich. Durch die sehr intensive Netzwerkarbeit können aber die grundlegenden Gedanken, die Planungen, die Zwischenergebnisse in einer Weise in kleinen und großen persönlichen Begegnungen abgeglichen werden, was langfristig zu einer wesentlichen nachhaltigeren Umsetzung führt.

Dazu etablierten wir eine für alle Interessierten offene Vortragsreihe zum Thema „Möglichkeiten der Vorsorge für das Lebensende“. An jedem dritten Dienstag im Monat kamen meist jeweils 30 bis 50 wechselnde Teilnehmer.

Als zweite Vortragsreihe, parallel zu PiPiP etabliert, zog der „**Tod Reden Stammtisch**“ zweimonatlich etwa 20 Gäste an.

Beide Reihen hatten ebenfalls nicht direkt mit PiPiP zu tun. Sie trugen quasi als Framing aber ganz wesentlich zum Klima bei, unter dem PiPiP besser gedeihen kann. Dies sollte man bedenken, wenn eine Einrichtung PiPiP für ihre Zwecke anpassen möchte.

Im Nachgang zum Projekt wurde dann noch nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen der interdisziplinäre und multiprofessionelle Qualitätszirkel „Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“ gegründet, der nun einmal monatlich multiprofessionell zusammenkommt.

In verschiedenen **Sondierungsgesprächen** und auch weiteren Meetings konnten die Bedarfe und auch die Bereitschaft zu eigenem Engagement in den Einrichtungen mit jenen unseres Projektkonzeptes für den Start abgeglichen werden. Hierbei zeigte es sich, dass unsere ursprünglichen Vorstellungen doch weitgehend jenen der Gesprächspartner:innen übereinstimmend waren. Darüber hinaus bestanden vielfältige und noch deutlich stärkere Versorgungserschwernisse in der täglichen Arbeit der Pflegeeinrichtungen, die wir bei der Planung zunächst nicht im Fokus hatten. Auch im Verlauf der folgenden zwei Projektjahre konnten wir so immer wieder unsere

Vorstellungen und Planungen an die Ansprüche der Versorgungsrealität anpassen.

Insgesamt wurde und wird noch weiterhin ein **sehr hoher Beratungs- und Unterstützungsbedarf** von allen Mitarbeiter:innen gesehen und ist und bleibt noch deutlich höher als erwartet. Dies zieht sich als roter Faden durch wirklich alle Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder. Zudem besteht gerade bei den Mitarbeiter:innen, die von PiPiP subjektiv am meisten profitierten der größte Wunsch diesen Weg weiter zu gehen und PiPiP zu verstetigen.

Als grundlegende und immer wiederkehrende Probleme und Veränderungsbedarfe wurden von allen **Mitarbeiter:innen aus der Pflege** gesehen, ...

... die medikamentöse Verordnung erfolgt in der Regel von und mit vielen verschiedenen Behandlern ohne ausreichende Abstimmung.

... insbesondere auch und gerade in nicht-palliativen Versorgungssituationen bestehen große Unsicherheiten, wenn interkurrente gesundheitliche Verschlechterungen auftreten, wie passageres Fieber oder Schwächezustände.

... es erfolgt häufig keine dokumentierte Therapiezieländerung bei nahendem Lebensende.

... Maßnahmen für die veränderte Überwachung, Dokumentation, Medikation bei einer Versorgung am Lebensende werden nicht präemptiv getroffen.

... Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden bei Aufnahme angesprochen, aber nicht besonders aktiv. Ausreichend durchsetzungsstarke Muster hierfür werden von den Einrichtungen oft nicht bereitgestellt.

... die Beratungsprozesse hierzu sind nicht ausreichend strukturiert.

... gesetzliche Betreuer sind oft schlecht über die Patient:innen informiert. Insbesondere über ihren (mutmaßlichen) Behandlungswunsch. Betreuer:innen sind zur Unzeit und im Urlaub schlecht oder gar nicht erreichbar, es gibt keine Vertretungsregelung, obgleich diese gesetzlich vorgeschrieben ist.

... Angehörige können oftmals in ihrer Begleitung nicht ausreichend unterstützt werden. Dies gilt für die Entscheidungen für und gegen Therapien ebenso wie in der möglichen Symptomkontrolle und der allgemeinen Belastung durch das Versterben des/der Bewohner:in.

... die Hausärzt:innen sind oft nicht mehr diejenigen, die vor der Aufnahme ins Pflegeheim seit Jahren die Ärzt:innen des Vertrauens waren.

... Ärzt:innen, die die Patient:innen bereits kennen, sind aus Sicht der Einrichtungen viel zu wenig erreichbar, insbesondere außerhalb der Sprechzeiten.

... ein:e zuständige:r Heimarzt:in wäre zwar von Mitarbeiter:innen und der Verwaltung sehr erwünscht. Bislang gibt es aber keine Möglichkeiten durch die Einrichtungen Lösungen anbieten zu können und Niedergelassene damit anzusprechen. Hier werden nun seit 2020 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen innovative Lösungswege erarbeitet.

... muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, hat der/die diensthabende Ärzt:in zu oft keine Betäubungsmittelrezepte, und dazu auch keine ausreichende Erfahrung in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Symptomkontrolle und des Sterben Zulassens und ganz besonders keine ausreichende Befähigung aus palliativmedizinisch fachlicher Sicht in Symptomkontrolle und der Begleitung bis zum Lebensende.

... im Krisenfall steht kein:e qualifizierte:r Ansprechpartner:in zur Verfügung.

... es findet kein regelhaftes Angebot für die Reflexion und Supervision statt.

Grundlegend gilt ...

... muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, wird der/die Patient:in mit hoher Wahrscheinlichkeit ins Krankenhaus eingewiesen.

Auch in der Verwaltung in der **Verantwortung stehende Mitarbeiter:innen** sahen einen großen Bedarf. Dennoch gestaltete sich der Einstieg in die praktische Umsetzung schwieriger als vorher angenommen, denn ...

... die Mitarbeiter:innen sind zeitlich hoch belastet. Die zeitliche Inanspruchnahme durch Schulungsmaßnahmen wie PiPiP kommt dazu.

... hierdurch entstehen den Einrichtungen intern Kosten für die Arbeitszeit der Mitarbeiter:innen. Die Akzeptanz deshalb bei GF zunächst verhalten und erst im Verlauf der breit aufgestellten Aufklärungsarbeit konnte eine eindeutige Änderung hierbei erreicht werden.

... der Eigenanteil von 2.500 € an den Projektkosten wurde generell als sehr problematisch und als nicht durchsetzbar angesehen. Eine zeitliche Staffelung, z.B. in Form eines jährlichen Förderbeitrages für die Arbeit war eine wesentlich niederschwelligere Hürde.

... eine wie im Hospiz- und Palliativgesetz gemäß § 132g SGB V eingeführte Möglichkeit für die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ ist

weitgehend unbekannt. Es wurde entsprechend bislang in keiner angesprochenen Einrichtung angedacht, wie hier ein neuer Ansatz zur Versorgungsverbesserung implementiert werden könnte.

Interkulturelle Herausforderungen bei der palliativen Versorgung in der stationären Altenhilfe

Die personelle Situation in den Pflegeeinrichtungen ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund. Ein erheblicher Teil hat nicht nur die Sozialisation, sondern auch die berufsqualifizierende Ausbildung in Ländern eines anderen Kulturkreises erfahren. Neben unterschiedlichen Wahrnehmungen und Auffassungen des Themenbereiches Tod und Sterben gibt es gerade bei Personal, das aus weniger hochindustrialisierten Ländern kommt, auch erhebliche Unterschiede im Wissen um die Möglichkeiten der Palliativversorgung.

Im Rahmen des Projektes wurden die Muttersprachen der Teilnehmer:innen erfasst. Diese Muttersprachen der Mitarbeiter:innen waren neben dem Deutschen:

Tabelle 1: Sprachen der Mitarbeiter:innen

Albanisch	Arabisch	Dari/Farsi	Kroatisch
Mandarin	Mazedonisch	Moldawisch	Polnisch
Rumänisch	Russisch	Serbisch	Thailändisch
Türkisch	Vietnamesisch		

Als kurzfristige Reaktion auf den festgestellten Bedarf wurden auch im Rahmen des Projektes noch einmal die von der Deutschen PalliativStiftung seit 2010 verlegten „Pflegetipps – Palliative Care“, die mittlerweile in folgende Sprachen übersetzt wurden, ausgegeben.

Tabelle 2: Broschüre in folgenden Sprachen erhältlich

Arabisch	Dari/Farsi	Englisch	Französisch
Italienisch	Kroatisch	Kurmandschi	Niederländisch
Polnisch	Portugisich	Rumänisch	Russisch
Serbisch	Slowakisch	Slowenisch	Spanisch
Türkisch	Thailändisch	Vietnamesisch	

Wahrscheinlich ist diese Liste noch nicht einmal komplett und es sind hier nicht alle Sprachen der Mitarbeiter:innen erfasst worden. Die Muttersprache der Bewohner:innen selber war in der Regel Deutsch. Zugewanderte Bewohner:innen sind im Vergleich mit deren Anteil in der Gesamtbevölkerung (noch) deutlich unterrepräsentiert. Diese sprachliche und kulturelle Vielfalt kann Probleme bedingen, jedoch überwiegen ganz eindeutig deren Vorteile.

Hier konnten wir bei der Zusammenstellung, Überarbeitung und Verteilung von Fortbildungs- und Unterrichtsmaterial gerade auch durch „Die Pflegetipps – Palliative Care“ in den einer großen Zahl der verschiedenen Muttersprachen doch eine erhebliche Erleichterung im Zugang zur Vermittlung von Handlungsänderungen erzielen. Die Effekte hierbei wurden allerdings nicht validiert und eine solide Validation dürfte auch sehr schwierig zu erreichen sein.

Beteiligte Einrichtungen

Im Jahre 2019 existierten in Stadt Landkreis Fulda in allen Einrichtungen insgesamt gut 2.200 Pflegebetten:

Es wurden wie geplant 20 Einrichtungen mit über **1.500 Bewohner:innen** ins Projekt eingeschlossen. Damit konnten deutlich mehr Bewohner:innen erreicht werden als bei der Projektplanung erwartet, insgesamt rund **65 % aller Pflegebetten** im Versorgungsgebiet.

Ein Anteil von 65 % entspricht einer sehr guten Durchdringung für die langfristige Etablierung der Projektziele.

Umsetzung

Konkret wurden in Abstimmung an die Bedarfe der jeweiligen Einrichtung angeboten:

1) Bedarfsanalyse

In Gesprächen mit der Einrichtungsleitung, Mitarbeiter:innen, Bewohnerfürsprecher:innen und anderen Entscheider:innen erfolgt zunächst eine Erstellung der **Bedarfsanalyse**.

Folgende Fragen wurden im Rahmen unseres Projektes identifiziert, angesprochen und geklärt. Zu empfehlen ist es, diese Analyse in jeder weiteren Einrichtung zu erstellen:

1.1 Problemfeld akute medizinische Hilfe

Wann und warum müssen Sie den Rettungsdienst alarmieren?

Wie trennen Sie, ob Sie den/die Hausärzt:in, den kassenärztlichen Notdienst oder den Rettungsdienst rufen?

Wie kann der Rettungsdienst den Bewohner:innen am besten helfen?

Was sind die Probleme mit dem Rettungsdienst?

Was sind die Probleme mit den Hausärzt:innen?

Was sind die Probleme mit dem kassenärztlichen Notdienst?

Wie hoch ist der Anteil der Bewohner:innen, die regelmäßig von ihrem/r Hausärzt:in besucht werden?

Wie gut ist die Erreichbarkeit der Hausärzt:innen im Vergleich zum Rettungsdienst im Falle unerwartet auftretender Probleme?

Wer löst die Probleme besser im Sinne des/r Bewohners:in: Hausärzt:in oder Rettungsdienst?

Wer entscheidet über das Involvieren des PNO oder des Hospizdienstes?

1.2 Problemfeld Klinikeinweisungen

Welche Probleme führen üblicherweise zu einer Klinikeinweisung?

Wie häufig sind geplante Krankenhauseinweisungen?

Gibt es einen Unterschied zwischen geplanten Einweisungen und Notfalleinweisungen?

Wie reagieren die Bewohner:innen, wie ihre Angehörigen auf geplante Klinikeinweisungen?

Wie reagieren die Bewohner:innen, wie ihre Angehörigen auf Notfalleinweisungen?

1.3 Problemfeld Begleitung am Lebensende

Wird mit allen Bewohner:innen und allen Angehörigen regelhaft über das beabsichtigte Vorgehen bei plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes gesprochen?

Wird mit allen Bewohner:innen und Angehörigen über den gewünschten Umfang medizinischer Maßnahmen gesprochen (Reanimation, Intensivtherapie, ...?)

Wer initiiert, wer führt diese Gespräche?

Wie werden diese Gespräche dokumentiert?

Ist diese Information im Notfall für alle Mitarbeiter:innen sofort zugänglich und verständlich?

Wie sieht das Dokument konkret aus?

Wer entscheidet über das Involvieren eines/ Palliativmediziners:in?

Ist die medizinische Versorgung der Bewohner:innen in der Sterbephase ausreichend? Wie ist die pflegerische Versorgung?

Wer kümmert sich um die Bedürfnisse sterbender Bewohner:innen und ihrer Familien?

Welche Möglichkeiten haben Sie, Luftnot, Schmerzen oder Übelkeit zu lindern?
 Wen können Sie anrufen, wenn ein:e Bewohner:innen in der Sterbephase Linderung des Leidens braucht?

Wie wurden Sie bereits in der Ausbildung oder im Rahmen von Fortbildung auf die Begleitung Sterbender vorbereitet?

Was verunsichert Sie am meisten, wenn Sie sterbende Bewohner:innen begleiten?

2) Informationsschreiben an alle

Erstellung und Versand von Informationsschreiben an alle Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen, betreuenden Ärzt:innen, Apotheker:innen. Siehe Anhang. Alle Beteiligten wurden vorab über das geplante Projekt informiert und in die Umsetzung eingebunden.

3) Impulsworkshops

Zwischen neun und zwölf kurze Impulsworkshops von je etwa 30 min. Dauer wurden erarbeitet und im Anschluss oder vor der mittäglichen Übergabe in allen Einrichtungen umgesetzt.

Themen der Impulse umfassten in der Regel:

Notfallmanagement, Notfallpläne

SAPV

Bewohnerverfügung, Vollmachten, Advance Care Planning

Gesprächsführung mit Angehörigen

Umgang mit und Linderung von Schmerz, Angst, Atemnot, Fieber, Unruhe

allgemeine, palliative Pflegetipps,

Umgang mit Technik, z.B. Schrittmacher, Defibrillator, Schmerzpumpen

Freie Themen nach Absprache mit den jeweiligen Einrichtungen

Zu Beginn kann von den Mitarbeitern ein aktueller Fall vorgestellt werden

Als DIE Kern-Themen der Impulse stellten sich heraus:

1. Kollegiale Beratung – Fallbesprechung
2. Rechtliche Aspekte rund um Krankheit und Tod
3. Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung
4. Technik & Geräte

5. Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co.
6. Versorgungsplanung & Palliativampel
7. Gesprächskultur
8. Symptome und Maßnahmen I
9. Symptome und Maßnahmen II
10. Selbstfürsorge

Hierzu wurden standardisierte 1seitige Kurzinformationen geschaffen und ein Lehrkonzept für Multiplikatoren. Beides findet sich im Anhang des Berichtes.

4) offene Sprechstunde

Vier- bis sechsmal wurde für jede Einrichtung eine Sprechstunde für Angehörige und Bewohner:innen angeboten, die auch allen anderen Interessierten offenstand. Oft an einem Wochentag von 13:30 bis 15:00 und nach Vereinbarung. Hier ging es in der Regel primär um Fragen der Symptomlinderung, Vorsorgevollmacht und Patient:innenverfügung. Ein Schwerpunkt ist stets auch die Vertreterverfügung für die vielen Bewohner die noch nichts geregelt hatten und jetzt entscheidungsunfähig unter Betreuung stehen. Allerdings war die Nachfrage erstaunlich gering, wenn man einerseits nicht intensiv dafür warb und andererseits die Unsicherheiten und Berührungssängste reduzierte.

5) Halbtagesworkshop

Als Mitarbeiter:innennachmittag z.B. von 16:00 bis 19:00 mit meist 4 UE
3mal ähnlich strukturiert, damit prinzipiell jede:r Mitarbeiter:in teilnehmen kann
Teils erfolgten Wiederholung und Vertiefung der vorgenannten Themen, teils wurden zusätzlich einige neue Inhalte vermittelt:

- Bewohnerverfügung: worauf sollte man achten, was heißt es übersetzt für die Pflege. (Notfallblatt als Palliativ-Ampel für Notärzt:innen?)
- Rechtliche Grundlagen: z. B. wenn Bewohner:innen etwas anders möchten wie die Angehörigen (auch Menschen mit Demenz)?
- Wann ist eine Palliativversorgung durch das SAPV-Team empfehlenswert?
- Notfallmedikamente im Heim, wie kann die Vorhaltung und Versorgung gestaltet werden?
- Wie lassen sich akute Krisen (z.B. Atemnot) vorausschauend verhindern, wie minimieren?

6) Drohende Probleme bei Bewohner:innen

Von Beginn an und kontinuierlich begleitend erfolgte eine Evaluation von möglicherweise drohenden Problemen bei Bewohner:innen.

Anhand der Akten lassen sich meist leicht Bewohner:innen identifizieren, bei denen

ein Behandlungswille noch sehr undeutlich dokumentiert ist und/oder die nicht unbedingt nach ihrem Behandlungswillen behandelt werden und/oder bei denen aufgrund der bestehenden Krankheiten und der notwendigen Medikation plötzliche Schwierigkeiten auftreten werden.

7) Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen

Von Beginn an und kontinuierlich erfolgte gemeinsam mit den Einrichtungen eine Optimierung der Dokumente und Handlungsanweisungen für **mehr Rechtssicherheit** im Pflegealltag. Primär wurden hier Vorschläge angeboten, die naturgemäß in diesem Projekt noch nicht umgesetzt werden konnten.

Hier gab und gibt es in allen Einrichtungen ähnliche und typische Schwachpunkte, die meist mit wenig Aufwand und großem Konsens verbessert werden können. Umgang mit BtM und anderen starken Medikamenten, Umgang mit Medikamenten am Lebensende, Dokumentation der Behandlungswünsche, fehlende Vollmachten bei nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohner:innen, Umgang mit Nahrung und Flüssigkeit bei zunehmender Schwäche und/oder Verweigerung durch Bewohner:innen und vieles andere mehr und die notwendige Dokumentation dazu und vieles andere mehr.

8) Option Poolmedikamente als Notfallvorrat in der Einrichtung

Die WHO empfiehlt für die Palliation unverzichtbare Medikamente mit einer größeren Anzahl von Medikamenten. Wir haben in enger Abstimmung mit den Pflegekräften hier diejenigen herausgesucht, deren schnelle Verfügbarkeit die Versorgung in Pflegeeinrichtungen deutlich erleichtert!

Sinnvoll, prinzipiell mit Energie und Kreativität möglich, ist es für die Patient:innen im Notfall die richtigen Medikamente auch in Einrichtungen verfügbar zu haben. Hier wäre aus unserer Sicht für Palliativsituationen der unbedingte Mindestbedarf sofort verfügbarer Medikamente.

Die genannten Medikamente sind seit Jahrzehnten gut etabliert und in Indikation und Wirkung bekannt, sie wären preiswert vorzuhalten:

Haloperidol 0,1 mg/Tropfen, 30 ml
Unruhe (3mal 3-5 mg) , Übelkeit (3mal 0,3-0,5 mg)

Diazepam Rectiole 10 mg 20 Stück
Unruhe, Angst (**Rektal, oral, per PEG möglich**)

Lorazepam expidet 1,0 mg, 50 Stück
Unruhe, Angst (**Oral, per PEG möglich, NICHT sublingual**)

Metamizol 500 mg/20 Tropfen 50 ml
Schmerzen, Fieber

Metoclopramid Lösung 1 mg/ml, 100 ml
Übelkeit

Morphin 2% 1,2 mg/Tropfen oder **Morphin Ampullen** 10 mg 20 Ampullen
Schmerzen, Atemnot, Unruhe

Scopolamin Pflaster 1 mg/3 Tage, 3 Pflaster
Atemnot mit Hypersekretion, Hypersalivation, bei RASSELATMUNG!!!

Sehr sinnvoll für die Praxis wären auch **Fentanyl- oder Buprenorphinpflaster**.

Doch das große Problem bleibt zunächst die praktische Umsetzung dieser Verfügbarkeit, da fachlich völlig überholt und in der aktuellen Situation unverständlich in Einrichtungen der stationären Pflege anders als in Hospizen und Krankenhäusern keine Vorräte an Notfallmedikamenten (bzw. unter gewissen Bedingungen nur für Betäubungsmittel) angelegt werden dürfen!

Dies ist ein Punkt, der bei einer einfach umsetzbaren Lösung ein enormes Potenzial zur Erleichterung der Symptomlinderung bringen würde. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind schwierig und definitiv verbesserungswürdig. Jedoch werden selbst die bestehenden Möglichkeiten letztlich nicht ausgeschöpft. Dies geschieht wohl in erster Linie aus dem Grund nicht, da sie Vorschriften viel zu kompliziert und die daraus folgende Verantwortung eines/r Zuständigen relativ hoch sind.

Sinnvoll, rechtlich möglich und fast nicht genutzt wäre bereits seit 2012 die Möglichkeit einen Medikamentenvorrat von Betäubungsmitteln jeder Art in Pflegeeinrichtungen anzulegen.

Eine rechtskonforme und zugleich einfach praktikable Lösung des Problems erscheint derzeit zwar möglich, aber relativ umständlich. Hier sind nach genauer Analyse eine grundlegende strukturelle Anpassung gerade der rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Dies ist ein für uns so deutlich nicht erwartetes Ergebnis unserer Evaluationen.

9) Option Palliativ-Ampel

Aus den Erfahrungen wurde ein eigenes Ampelsystem mit den beteiligten Einrichtungen entwickelt, das nun im Nachgang im Jahre 2020 in fünf Einrichtungen für über 700 Bewohner:innen etabliert werden wird. Es gibt dazu etliche Ansätze in den Fachpublikationen, die sich aber allesamt bislang nicht durchsetzen konnten.

Der Kerngedanke ist eine Maßnahme, die es in Notsituationen erlaubt, auch bei den Beteiligten relativ unbekanntem Bewohner:innen doch schnell und effektiv die Hilfe und die Maßnahmen zukommen zu lassen, die sie wünschen.

Dieses Ampelsystem besteht aus:

Einem **Infoplakat** für die Pflegestützpunkte und ev. auch die Patientenzimmer (z. B. auf eine Innenseite einer Schranktüre).

Drei verschiedenen **Aufklebern** in den Ampelfarben rot, gelb, grün.

Die Ampel hat einen eindeutigen Symbolcharakter. Rot bedeutet „Halt“, grün „Freie Fahrt“. Wobei jedem Führerscheininhaber klar sein sollte, dass man auch bei grün darauf achten muss, dass kein anderer widerrechtlich die Vorfahrt nimmt und es zu einem für sich schuldlosen Unfall kommen kann.

In einem Notfall kann man bei jedem auch unbekanntem Patient:innen auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von grün für Freie Fahrt oder „Volles Programm“ über gelb, „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist, bis rot „bitte Innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.

Denn im Notfall ist es sonst nicht möglich ohne einen Schaden für den:die Patient:in in Kauf zu nehmen vor lebenserhaltenden Erstmaßnahmen nach einem orientierenden Aktenstudium zu entscheiden wie weiter vorzugehen ist.

Mit dem Ampel-System ist im Idealfall eine Schulung aller Mitarbeiter:innen verbunden, die im direkten Patientenkontakt stehen. Dazu reicht nach unseren Erfahrungen eine kurze schriftliche Information und eine Präsenzveranstaltung mit einer Dauer von 20 bis 30 Minuten aus, die aber jede:r (!) Mitarbeiter:in mit Patientenkontakt durchlaufen sollte.

Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente



Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~ Ja
 und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Nein

Patienten- oder Vertreterverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Gerichtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten

Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter

PATIENT Name

Geburtsdatum

Zimmernummer

Rot („Halt! Erst nachdenken, nachlesen, dann handeln.“)



Therapieziel: Symptomlinderung
 Ausreichende Schmerztherapie,
 Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot usw.
Keine Krankenhauseinweisung

Gelb („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)



Therapie gut/einfach zu erreichender Zustände und Erkrankungen mit

Flüssigkeit/Nahrung PEG/PEJ Ja Nein
 Flüssigkeit/Nahrung s.c./ i.v. Ja Nein
 Antibiotika Ja Nein
 Dialyse Ja Nein
 Beatmung Ja Nein
 Wiederbelebung Ja Nein
 implantiertem Herzschrittmacher/Defibrillator Ja Nein

Grün („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



Therapieziel: Uneingeschränkte Maximaltherapie
 Ambulant oder stationär

Ort, Datum, Unterschrift (z. B. Patient, Bevollmächtigter, Arzt, ...)

**Nicht Zutreffendes streichen
 und Zutreffendes ankreuzen**

Seite 1 von 2
 Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.de



10) Vorschläge für Modulgestaltung mit Konzept und Handout

Die Module sind jeweils konzipiert für 30 min in der Übergabezeit. Sie untergliedern sich in einen 2- bis 3minütigen Einstieg (E). Eine 25minütige Arbeitsphase (A) und eine 2- bis 3 minütige Zusammenfassung mit Ausblick (Z).

Modul 0: Vorstellung des Projekts/Bedarfserhebung

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema	Plenum	
Vorstellung der durchführenden Personen/Ansprechpartner/Erreichbarkeiten		Fipchart
Darstellung der Inhalte und Ziele des PiPiP2020 Projekts		Stifte
- Wünsche von Menschen am Lebensende		Präsentation PiPiP 2020 (Powerpoint)
- Bedürfnisse von Menschen am Lebensende		Fragebogen
- Ziele des Projekts (bessere Versorgung von Menschen am Lebensende; Reduktion der unerwünschten Krankenhauseinweisungen)		Stifte
- Darstellung der genauen Inhalte und Klärung des individuellen Bedarfs in der jeweiligen Einrichtung		
Erörterung der Erwartungen des Personals an das Projekt		
Themenwünsche des Personals werden erfragt und in der Gesamtkonzeption berücksichtigt		
Klärung offener Fragen		
Fragebögen zur Evaluation zum Ausfüllen		
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Übersicht über alle Termine und Themen (Handout)

Modul 1: Fallbesprechung

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema	Plenum	
I. Darstellung des Settings/Ablaufs eines Gesprächs mit Bewohnern und Angehörigen:	Plenum	Flipchart
<p>SPIKES-Empfehlung</p> <p>Setting (Vorbereiten der Situation/Umgebung in der das Gespräch stattfinden soll; ausreichendes Zeitfenster einplanen; Bezugspersonen ggf. mit einbeziehen; Unterbrechungen vermeiden)</p> <p>Perception (Kenntnisstand Bewohner:in, Angehörige bezüglich der Situation/des Gesundheitszustands erfragen)</p> <p>Invitation (Einschätzung der Bereitschaft, über Punkte der Gesundheitsplanung/Vorsorge zu sprechen; Fragen wieviel Information im Moment gegeben werden soll)</p> <p>Knowledge (Vermittlung von Wissen entsprechend den Bedürfnissen des Gegenübers; kurze verständliche Sätze; keine Fachwörter; Verständnis abfragen)</p> <p>Emotions (Wie geht es dem/r Bewohner:in während/nach dem Gespräch? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er/sie jetzt verkraften? Muss man das Gespräch ggf. abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführen?)</p> <p>Summary (Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Festlegung in Gesundheitsfragen aussehen? Wie geht es nun weiter?)</p>		<p>Begriffe: SPIKES auf Moderationskarten</p> <p>Stifte</p>

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
<p>II. Vorstellung des Ablaufs einer Fallbesprechung im Rahmen der kollegialen Beratung</p> <p>Kollegiale Beratung Phase 1: Vorstellung des Falles Vorstellung durch die Bezugspflegerkraft (eine:r spricht, alle hören zu) Phase 2: Klärung Fragen dürfen gestellt und durch Bezugspflegerkraft beantwortet werden Phase 3: Phantasie-Phase Alle Teilnehmer:innen entwickeln Ideen, Vermutungen und Ratschläge, Bezugspflegerkraft hört zu Phase 4: Ergebnis Womit konnten Sie etwas anfangen? Bezugspflegerkraft spricht, alle hören zu Phase 5: Umsetzungsplanung Was machen Sie konkret mit diesen Erkenntnissen?</p> <p>Ziel: Sensibilisierung und Darstellung der Wichtigkeit regelmäßiger Gespräche mit Bewohner:innen, Angehörigen und im Team zur fachlichen Abstimmung und Erarbeitung möglicher Vorgehensweisen zum Wohle der Bewohner:innen. Grundlage hierfür ist immer die Ermittlung des (mutmaßlichen) Bewohner:innenwillens aufgrund seiner/ihrer bisherigen Lebenseinstellung sowie seiner/ihrer Werte und Normen. Neben der konkreten Ausarbeitung und Planung medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Maßnahmen für den/die Bewohner:in ist auch die mögliche Entlastung aller Mitarbeiter:innen durch die Fallbesprechung in der Gemeinschaft ein wichtiger Aspekt.</p> <p>Diskussion über die Umsetzungs- und Anwendungsmöglichkeiten im Plenum</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	Flipchart Stifte
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

1 - Kollegiale Beratung - Fallbesprechung

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Palliative Fallbesprechungen sind eine große Hilfe, um gemeinsam im Team sich zum Wohl des Bewohners auszutauschen. Hier sollten auch Wertvorstellungen und Behandlungswünsche dokumentiert werden, um den Patientenwillen zu kennen. So kann die medizinische, pflegerische und psychosoziale Behandlung in einer bestimmten Situation später besser umgesetzt werden.



Verschiedenes Vorgehen ist möglich. Am besten geeignet ist für uns die „**Kollegiale Beratung**“, sie dauert nur 20 – 30 Minuten und gelingt nach einem einfachen Schema. Es geht auch anders, immer braucht es Anleitung und Übung, z.B. für die Einbindung von Angehörigen oder des Hausarztes.



Kollegiale Beratung (der Bezugspflegekraft)

Phase 1: Vorstellung des Falles

Vorstellung durch die Bezugspflegekraft (einer spricht, alle hören zu)

Phase 2: Klärung

Fragen werden gestellt und durch die Bezugspflegekraft beantwortet.

Phase 3: Phantasie-Phase

Alle Teilnehmer entwickeln Ideen, Vermutungen und Ratschläge. Die Bezugspflegekraft hört zu.

Phase 4: Ergebnis

Womit konnten Sie etwas anfangen? Die Bezugspflegekraft spricht, alle hören zu.

Phase 5: Umsetzungsplanung

Was machen Sie konkret mit diesen Erkenntnissen?



Durch die Kollegiale Beratung bekommt das Team gemeinsam eine Vorstellung, welche Maßnahmen im Sinne des Bewohners sind.

Es hilft dabei strittige Punkte auch mit Angehörigen, dem Hausarzt und/oder anderen Behandlern zu besprechen.



Fallbesprechungen als Kollegiale Beratung entlasten oftmals sehr. Die Ergebnisse können einfach und gut dokumentiert und für Ihre Akte angepasst werden. So kann der mutmaßliche Patientenwille auch in kritischen Situationen gut umgesetzt werden.

Modul 2: Rechtliche Aspekte

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
<p>Hinführung zum Thema: jeweils einen der Oberbegriffe (siehe Inhalte Erarbeitungsphase) auf Moderationskarten austeilten und zum gemeinsamen Austausch in der Murmelgruppe bitten</p>	<p>Murmelngruppe</p>	<p>Oberbegriffe auf Moderationskarten</p>
<p>Jeder der ausgeteilten Oberbegriffe wird nun gemeinsam im Plenum erarbeitet: („Was sind Ihre Gedanken zu Oberbegriff xy?“)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innenverfügung („Was will ich für mich?“ Wille der Bewohner:innen wird abgebildet? Nach Vorlage? Vom/von Rechtsanwält:in? Vom/von Hausärzt:in? Festlegung für die Situation zutreffend? Klar genug formuliert?) - Vorsorgevollmacht („Wer vertritt mich/meinen Willen wenn ich es nicht mehr kann?“ Wille des:r Patient:in bekannt? Geschäftsfähigkeit? Liegt Patientenverfügung vor? Umfang und Inhalt?) - Gesetzliche Betreuung („Was darf wer entscheiden?“ Wann nötig und gültig? Definierte Betreuungsbereiche? Wille des:r Patient:in bekannt? Angehörige oder unabhängige Dritte?) - Vertreter:innenverfügung („Wenn nichts festgelegt ist, wird nach mutmaßlichem Bewohner:inwillen verfasst.“ Von wem und wie erarbeitet? Wille des Patient:in glaubhaft erkannt? Festlegung für die Situation zutreffend?) - Hinweis auf eigenen Workshop zum Thema Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht, Vertreter:innenverfügung und Betreuungsverfügung - Unterlassene Hilfeleistung („Was wollte Patient:in/ Bewohner:in?“ Verpflichtung Hilfe zu leisten im Kontext der Patient:innenwünsche) - Körperverletzung (Welche Maßnahmen sind nötig und im Sinne des/der Bewohner:in? Welche Maßnahmen sind in Patient:innenverfügung gewünscht/abgelehnt?) 	<p>Plenum</p>	<p>Oberbegriffe auf DIN- A4-Blättern</p> <p>Flipchart</p> <p>Glossar für die Diskussion zur Suizidassistenz (Hrsg. DPS)</p>

<p>- Freiheitsberaubung (Bettgitter: ja/nein? RTW-Transport gegen Patient:innenwillen ja/nein?)</p> <p>- Aktive Sterbehilfe (VERBO-TEN! Jedoch Analgesie und Sedierung bei entsprechender Symptomlast in palliativer Situation unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung sind KEINE aktive Sterbehilfe.)</p> <p>Diskussion über die Wichtigkeit standardisierter Vorgehensweisen innerhalb der Einrichtung in Punkto Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht und Vertreter:innenverfügung.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>		
<p>Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit</p>	<p>Plenum</p>	<p>Handout</p>

Vordrucke, PDFs zu allen Vorsorgeunterlagen können kostenfrei heruntergeladen werden unter

<https://www.palliativstiftung.de/de/downloads-publikationen/gedrucktes/vorsorgemappe>



2 - Rechtliche Aspekte rund ums Sterben

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Wenn sich der Zustand eines Bewohners unerwartet verschlechtert, stellen sich immer Fragen: Was ist jetzt zu tun? Darf man Sterben zulassen? Das ängstigt Familien und Pflegende. Wie kann man helfen? Wann ist es „**Sterbehilfe**“? Wer darf entscheiden? Wie darf man Leiden lindern? Und wie können Sie rechtlich sicherer arbeiten?



Was lebt, das stirbt. Am Lebensende müssen Medikamente angepasst werden. Meist ist „weniger mehr“! Oft ist **Linderung** durch morphiumähnliche Medikamente sinnvoll. Lindern verbessert Lebensqualität, es verlängert das Leben auch eher, als es zu verkürzen! **Lindern ist also eine wunderbare Hilfe beim Sterben.**



Am Lebensende darüber nachdenken:

Was will der Patient?

Gibt es **Vorsorgevollmacht (VV)** und **Patientenverfügung (PV)**?

Sind alle Beteiligten gut informiert?

Welche Beschwerden, welche Leiden liegen vor?

Will der Patient, dass sie gelindert werden?

Wie können wir Leiden und Linderung dokumentieren?



„**Sterbehilfe**“ meint in Deutschland meistens Lebensverkürzung durch (Selbst)Tötung.

Selbsttötung und die Beihilfe dazu sind in Deutschland erlaubt.

Eine **Tötung** auf Wunsch des Patienten ist aber eine Straftat.

Das gilt erst recht für eine Tötung z.B. aus Mitleid mit einem Bewohner, der sich nicht mehr klar äußern kann.



Beachte: Einigkeit zwischen Patient, Familie und Pflorgeteam sind wichtig – rechtlich und menschlich.

Sterben zulassen ist richtig, wenn es dem Patientenwillen entspricht.

Lassen Sie sich nicht verleiten „ein paar Tröpfchen zu viel zu geben!“

Dokumentieren Sie, warum ein Medikament nötig ist und wie es wirkt!

Modul 3: Medikamente

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Individuelle Heranführung zum Thema	Plenum	
<p>Sammlung aller, in der letzten Lebensphase evtl. wichtigen - und dem Personal bekannten- Medikamente im Plenum. Zuordnung zu den jeweiligen Symptomen. Vorstellung der analog WHO Liste empfohlener Medikamente zur Palliativversorgung, Medikamente:</p> <p>Unruhe: Haloperidol Diazepam Lorazepam</p> <p>Schmerzen: + Fieber: Metamizol + Unruhe/Atemnot: Morphin 2% oder Morphin Amp. 10 mg</p> <p>Übelkeit: Metoclopramid</p> <p>Salivation: Scopolamin Pflaster</p> <p>Hinweis auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Festlegung der Bedarfsmedikation in Absprache mit dem behandelnden Arzt (SAPV-Versorger oder Hausarzt).</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Flipchart Moderationskarten</p> <p>Stifte</p> <p>Medikamententipps (Hrsg: DPS)</p> <p>Muster SAPV Verordnung</p>
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

3 - Wichtige Medikamente in der Palliativversorgung

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Damit Bewohner auch bis zum Lebensende bei Ihnen bleiben können, sollte frühzeitig mit dem Hausarzt eine **Bedarfsmedikation** festgelegt werden. Die WHO empfiehlt für die Palliation Medikamente vorrätig zu halten, von denen hier die Wichtigsten genannt werden. Sie sind leicht erhältlich, einfach zu handhaben und preisgünstig.



Unabhängig von der Grunderkrankung treten in der Sterbephase oft **Unruhe, Schmerzen, Übelkeit und Atemnot** auf.

Für die Symptombehandlung sind neben richtiger Pflege oft einige der folgenden, anwendungssicheren Medikamente nötig.



Unruhe: **Haloperidol** (0,1 mg/Tropfen, 30 ml)
Übelkeit: 3x 3-5 Trpf, **Verwirrung/Unruhe:** 3x 15-50 Trpf.
Diazepam (Rectiole 10 mg, 20 Stück) oral, PEG, rektal
Lorazepam expidet (1,0 mg, 50 Stück) oral, PEG
 wirkt nicht durch die Mundschleimhaut!
Schmerzen: und Fieber: Metamizol (500 mg/20 Tropfen, 50 ml)
 u/o **Unruhe/Atemnot: Morphin 2 %** (1,2 mg/Trpf)
 und **Morphin Ampullen** 10 mg (20 Ampullen)
Übelkeit: Metoclopramid 10 mg Tabletten
Speicheln: Scopolamin Pflaster (3 Pflaster) auch gegen **Übelkeit**



Ein **Vorrat dieser Medikamente** für alle Bewohner macht die Arbeit viel sicherer. Nachts und am Wochenende können sonst die Rezepte nicht schnell genug vorliegen, Medikamente fehlen und Patienten leiden.

Engagement und Kreativität sind gefragt!



Zur Vorbereitung für Notfälle sind Planung und Absprachen nötig:

Gerade nachts und an Wochenenden, wenn der Hausarzt nicht erreichbar und die Apotheke geschlossen ist, wird bei Krisen sonst oft (!) wegen Unterversorgung in die Klinik eingewiesen.

Modul 4: Technik und Geräte

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Individuelle Hinführung zum Thema. KERNAUSSAGE: Geräte weiter zu benutzen braucht eine fortwährende Einwilligung!	Plenum	
Angst vor der Technik abbauen. Wer ist zuständig, was kann geschehen? Welche Technik ist (lebens)wichtig, welche verzichtbar, welche könnte schaden? Kurz anreißen: 1) PEG-Sonden, 2) Infusionen, Port, 3) Intravenöse Medikamente, 4) Absauggeräten, 5) Drainagen, 6) Herzschrittmacher, 7) Defibrillator, 8) Überwachung Sauerstoffsättigung, EKG, Blutdruck? Was kann wie vorher schriftlich festlegt werden? Was muss ich vielleicht für den Gebrauch vorhalten Klärung offener Fragen	Plenum	Flipchart Moderationskarten Stifte Muster: Defibrillator Schrittmacher Med. Pumpe Magnet
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

4 - Technik und Geräte

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Auch am Lebensende gibt es Maschinen und Geräte. Welche sind **(Lebens)wichtig**, welche **verzichtbar**, welche können **schaden**?
Und wann?
Was muss ich vorher schriftlich festlegen? Was muss ich vielleicht für den Gebrauch vorhalten?



Geräte lenken durch die Technik vom Patienten ab!

Will der Patient gut umsorgt sterben dürfen, sind alle lebenswichtigen Geräte verzichtbar. Die Weiterbenutzung darf Leiden nicht vermehren oder verlängern. Der Nicht-Gebrauch ist meist nötig!



Kurz aufgelistet, man sollte im Vorfeld schriftlich klären, was tun mit:

- 1) PEG-Sonden,
- 2) Infusionen, Port,
- 3) Intravenösen Medikamenten,
- 4) Absauggeräten,
- 5) Drainagen,
- 6) Herzschrittmacher,
- 7) Defibrillator,
- 8) Überwachung von Sauerstoffsättigung, EKG, Blutdruck?



Hier ist oft Expertenwissen wichtig, fragen Sie ein SAPV-Team oder auch unsere Spezialisten.

Will man einen Schrittmacher Defibrillator vor Ort inaktivieren, braucht man dazu z.B. einen passenden Magneten. Den kann man über PiPIP bekommen und leicht vorhalten.
Rechtzeitig umprogrammieren ist besser!



Alles was elektrisch ist und piepen kann ist störanfällig. Leiden lindern, gelingt nahezu immer ohne Technik. Defis und Herzschrittmacher können in manchen Fällen sehr (!) belasten, künstliche Nahrung und Infusionen ebenso.

ACHTUNG: Schnell kommt der Vorwurf, dass der Patient ja umgebracht würde. Da braucht es starken Rückhalt.

Der Rückhalt ist gut möglich!

Modul 5: Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht & Co

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Individuelle Hinführung zum Thema	Plenum	
<p>Vorstellung der Vorsorgemappe der Deutschen PalliativStiftung als Grundlage für Gespräche zur Klärung möglicher Vorgehensweisen im Falle akuter Krankheit und gesundheitlichen Verschlechterung.</p> <p>Kurze Darstellung der inhaltlichen Unterschiede und Besonderheiten folgender Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innenverfügung („Was will ich für mich?“ Wille Bewohner:in/Patient:in wird abgebildet? Nach Vorlage? Vom:n Rechtsanwält:in? Vom Hausarzt:in? Festlegung für die Situation zutreffend? Klar genug formuliert?) + Wertevorstellung - Vorsorgevollmacht („Wer setzt meinen Willen durch, wenn ich es nicht mehr kann?“ Wille des/r Patient:in bekannt? Geschäftsfähigkeit? Liegt Patient:innenverfügung vor? Umfang und Inhalt?) - Betreuungsverfügung („Wer soll meine Betreuung übernehmen?“ Wann nötig und gültig? Wille des Patienten bekannt? Angehörige oder unabhängige Dritte?) - Vertreter:innenverfügung („Wenn nichts festgelegt ist nach mutmaßlichem Patient:innen/Bewohner:innenwillen verfasst.“ Von wem und wie erarbeitet? Wille Patient:in glaubhaft erkannt? Festlegung für die Situation zutreffend?) <p>Empfehlung Vorsorgevollmacht und Patient:innenverfügung (wenn möglich) in Kombination auszufüllen/ ausfüllen zu lassen und eine vertrauenswürdige Bezugsperson zur Durchsetzung Patient:innen/Bewohner:innenwillens einzusetzen.</p> <p>Darstellung der Möglichkeit bei nicht mehr geschäftsfähigen Bewohner:innen die Angehörigen eine Vertretervollmacht ausfüllen zu lassen, um den (mutmaßlichen) Willen der Bewohner:innen für bestimmte med. Situationen festzulegen.</p> <p>Gemeinsame Überlegungen zu Möglichkeiten der Umsetzung in den Einrichtungen.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Vorsorgemappe für alle Teilnehmer</p> <p>(Hrsg. DPS)</p>
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung Ort und Zeit	Plenum	Handout

5 - Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung & Co.

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Kann ein Bewohner unerwartet nicht mehr verständlich sprechen, werden Familien, auch Pflegende unsicher über die richtige Behandlung. Darf man Sterben zulassen? Soll der Notarzt kommen? Soll der Bewohner ins Krankenhaus – auch wenn er eigentlich nicht will? Wer darf da eigentlich was entscheiden? Über Patientenwünsche rechtzeitig reden entlastet uns alle!



Sie kennen den Bewohner gut! Helfen Sie, den **Patientenwillen** zu ermitteln, damit danach gehandelt werden kann! Bewohner, Angehörige, Betreuer und Ärzte sollten Festlegungen **möglichst rechtzeitig und gemeinsam und IMMER schriftlich** treffen. Übrigens: Verfügung und Vollmacht gelten auch über den Tod hinaus!



Beim Einzug und später regelmäßig:

- 1) Regen Sie zum Nachdenken und Reden an.
- 2) Erfragen Sie nach etwa zwei Wochen ob für **Patientenverfügung (PV)** und **Vorsorgevollmacht (VV)** Hilfe gebraucht wird.

Beim einer Gesundheitskrise überlegen Sie:

- 1) Gibt es schon Festlegungen für die möglichen Behandlungen?
- 2) Passen die Festlegungen jetzt für diese Situation?
- 3) Ist die Familie über die Verschlechterung des Zustandes informiert?
- 4) Was denkt die Familie zum Patientenwillen in DIESER Situation?
- 5) Leidet der Bewohner? Benötigt er jetzt (schnell) ärztliche Hilfe?
- 6) Welche Erleichterung bringt eine Krankenhauseinweisung JETZT für den Bewohner? Was kann auch in der Einrichtung geleistet werden?



Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder **Vertreterverfügung** helfen im Notfall. Dokumentieren Sie sauber und verständlich. Unterlagen und unabhängige Beratung gibt es bei der PalliativStiftung und in Palliativversorgung und rechtlichen Fragen erfahrenen Experten.

Unterlagen sollten schnell verfügbar, verständlich und übersichtlich sein.



Beachte: Die Umsetzung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens ist das oberste Ziel. Einigkeit zwischen Bewohner, Angehörigen und Pflege sind eine gute Grundlage für die gelungene Umsetzung. Sie sollten mögliche **Bedenken** und, was Sie als problematisch ansehen oder nicht verantworten können **frühzeitig offen ansprechen!**

Modul 6: Versorgungsplanung

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Individuelle Hinführung zum Thema.	Plenum	
<p>Rahmenbedingungen des Hospiz- und PalliativGesetz zu § 132g SGB V</p> <p>Bewohnern in Pflegeeinrichtungen in gesünderen Tagen bei Planung ihrer (Behandlungs)Wünsche für die letzte Lebensphase unterstützen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sind Vorsorgevollmacht (VV) und Patient:innenVerfügung (PV) vorhanden? 2) Sind VV und PV verständlich und gültig? 3) Welche besonderen Behandlungswünsche gibt es noch? 4) Wer soll und wer darf über den Patienten informiert werden? 5) Wie können weitere Wünsche dokumentiert werden? 6) Welche Anordnungen muss ein Arzt jetzt treffen, um die Versorgung später für die Mitarbeiter angemessen zu ermöglichen? 7) Welche Medikamente müssen vorgehalten werden? 8) Sind diese Medikamente schon für den Bewohner verfügbar? 9) Welche Maßnahmen sollten nicht fortgeführt werden? <p>Basiswissen kann vermittelt werden, bei Detailfragen Expertenrat einholen und diese hinzuziehen.</p>	Plenum	<p>Infomaterial</p> <p>Muster: PV VV</p> <p>Flipchart</p> <p>Stifte</p>
Diskussion offener Fragen.	Plenum	

6 - Gesundheitliche Versorgungsplanung

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Das Hospiz- und PalliativGesetz empfiehlt nach § 132g SGB V ausdrücklich, dass Bewohnern in Pflegeeinrichtungen unterstützt werden in gesünderen Tagen ihre (Behandlungs)Wünsche für die letzte Lebensphase zu planen.

Hier finden Sie eine Übersicht über mögliche Themen und Probleme.



Diese Versorgungsplanung ist mehr als eine Patientenverfügung.

Es sollen frühzeitig konkrete Probleme angesprochen werden.

Es sollen auch konkrete Lösungswünsche besprochen werden.

Die möglichen Lösungen für DIESEN Bewohner sollen verständlich dokumentiert werden.



Es sollten z. B. folgende Fragen bearbeitet werden:

- 1) Sind Vorsorgevollmacht (VV) und PatientenVerfügung (PV) vorhanden?
- 2) Sind VV und PV verständlich und gültig?
- 3) Welche besonderen Behandlungswünsche gibt es noch?
- 4) Wer soll und wer darf über den Patienten informiert werden?
- 5) Wie können weitere Wünsche dokumentiert werden?
- 6) Welche Anordnungen muss ein Arzt jetzt treffen, um die Versorgung später für die Mitarbeiter angemessen zu ermöglichen?
- 7) Welche Medikamente müssen vorgehalten werden?
- 8) Sind diese Medikamente schon für den Bewohner verfügbar?
- 9) Welche Maßnahmen sollten nicht fortgeführt werden?



Ein Teil der Beratung muss von jedem abgedeckt werden. Ein Teil braucht mehr Wissen. Sie können es bei uns erwerben. Sie können Vordrucke, Bücher und Ratgeber der PalliativStiftung gut für den Einstieg und besondere Probleme nutzen. Viele Fragen brauchen besondere palliative Kenntnis, zusammen mit langer Erfahrung im Umgang mit rechtlichen Problemen. Dann fragen Sie die Experten.



Achtung, oft gibt es verschiedene Auffassungen und dadurch verborgene Konflikte, was für den Patienten angemessen wäre. **Benennen Sie solche Probleme, wenn Sie davon erfahren.** Dokumentieren Sie die Probleme. Und holen Sie sich einen Experten als Vermittler dazu. Gerne können Sie uns ansprechen.

Modul 7: Gesprächskultur

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema.	Plenum	
<p>I. Darstellung des Settings/Ablaufs eines Gesprächs mit Bewohnern und Angehörigen:</p> <p>SPIKES-Empfehlung</p> <p>Setting (Vorbereiten der Situation/Umgebung in der das Gespräch stattfinden soll; ausreichendes Zeitfenster einplanen; Bezugspersonen ggf. mit einbeziehen; Unterbrechungen vermeiden)</p> <p>Perception (Kenntnisstand des Bewohners/der Angehörigen bezüglich der Situation/des Gesundheitszustands erfragen)</p> <p>Invitation (Einschätzung der Bereitschaft, über Punkte der Gesundheitsplanung/Vorsorge zu sprechen; Fragen wieviel Information im Moment gegeben werden soll)</p> <p>Knowledge (Vermittlung von Wissen entsprechend den Bedürfnissen des Gegenübers; kurze verständliche Sätze; keine Fachwörter; Verständnis abfragen)</p> <p>Emotions (Wie geht es dem Bewohner während/nach dem Gespräch? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er/sie jetzt verkraften? Muss man das Gespräch ggf. abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführen?)</p> <p>Summary (Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Festlegung in Gesundheitsfragen aussehen? Wie geht es nun weiter?)</p> <p>Klärung offener Fragen.</p>	Plenum	<p>Flipchart</p> <p>Begriffe SPIKES auf Moderationskarten</p> <p>Denkdeckel</p> <p>Stifte</p> <p>Flipchart</p> <p>Stifte</p>

7 - Gesprächskultur

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Mit dem Einzug in ein Pflegeheim beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Es gibt für Angehörige und Bewohner viel zu regeln. Die Grundlage sind zahlreiche Gespräche. Dabei bietet sich eine gute Gelegenheit, zu zeigen, dass Sie bei Fragen der Begleitung am Lebensende kompetent unterstützen können.



In sachlichen Gesprächen mit Bewohnern und Angehörigen werden die Fragen zur Versorgung am Lebensende besprochen und Wünsche dazu dokumentiert. Gute Zeitpunkte sind die Aufnahme, immer bei Gesprächsbedarf und jede Verschlechterung des Zustands.



S: Setting: ausreichend Zeit einplanen; Unterbrechungen vermeiden, Bezugspersonen und Angehörige mit einbeziehen;
P: Patientenwahrnehmung: Was wird wahr genommen? Was wissen der Bewohner/Angehörige? Bereitschaft, mehr zu erfahren.
I: Individuell: Sind wir eingeladen, jetzt und hier über unangenehme Themen (Krankheit, Tod) zu reden?
K: Know How: Wissen an den Gesprächspartner angepasst vermitteln!
E: Emotion: Wie geht es dem Bewohner? Welche Gefühle treten auf? Wie viel kann er jetzt verkraften? Sollte man später weiterreden?
S: Summe: Planen und Zusammenfassen: Wie soll/kann die Behandlung aussehen? Dokumentation der Ergebnisse!



Erfassen Sie Weltbild und Wünsche des Bewohners. Binden Sie frühzeitig Experten mit ein. Hausärzte, Palliative-Care-Fachkräfte, ambulanter Hospizdienst und das PalliativNetz oder auch wir können hilfreiche Ansprechpartner für Sie sein.



Ein Gespräch darf nicht zu lange dauern. Dann dreht es sich im Kreis. Das Wichtigste sind die ersten Minuten und die letzten Sätze. Manchmal haben Sie oder der Gesprächspartner auch nicht viel Zeit. Sprechen Sie die Dauer zu Beginn ab. Signalisieren, dass „Tod und Sterben“ und die Wünsche am Lebensende für uns zum Leben gehören und darüber gesprochen werden darf und soll.

Modul 8: Symptome und Maßnahmen I

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema.	Plenum	
<p>Sammeln der häufigsten Symptome (im palliativen Kontext) auf dem FlipChart, eine Auswahl wird zum Workshop „Symptome und Maßnahmen I“.</p> <p>Anschließend die Maßnahmen zur Symptomlinderung im Plenum gemeinsam erarbeiten („Sie sind die Profis – was können Sie anderen raten?“)</p> <p>Durst, Hunger: Unklarheiten, Ängste, Vorurteile thematisieren! Symptome Verschwinden im Sterbeprozess. Sterbende wollen und müssen nichts mehr essen oder trinken.</p> <p>Künstliche Ernährung: Eigene Erfahrungen erfragen. Im Sterbeprozess belastet sie. Erbrechen und Atemnot sind die Folge. Künstliche Ernährung deshalb täglich überdenken, nicht bis zum Lebensende fortführen.</p> <p>Schwäche, Müdigkeit: Gehören zum Sterben als normaler Teil dazu. Schlafen am Tag und Wachphasen nachts sind normal.</p> <p>Mundpflege: Wichtigste Maßnahme! Hier sollte sich liebevoll Zeit genommen werden. Erkundigen Sie sich, was der Patient gerne mochte. Passen Sie Ihre Maßnahmen an.</p> <p>Konkret: Mindestens alle zwei Stunden nach dem Patienten sehen. Mund befeuchten (Sprühflasche mit Lieblingsgetränk möglich!). Danach Mundpflege mit z. B. mit Oliven- oder Mandelöl oder Butter</p> <p>Wichtigkeit der frühzeitigen Kontaktaufnahme mit Hausarzt oder SAPV-Versorger zur Festlegung einer Bedarfsmedikation müssen thematisiert werden!</p> <p>Vorstellung der Möglichkeiten der symptomorientierten Aroma-Therapie zur Entlastung der Bewohner/ Patienten.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Flipchart</p> <p>Stifte</p> <p>Pflegetipps (Hrsg. DPS)</p> <p>verschiedene Aroma-Öle</p> <p>Mundpflegegestäbchen</p>
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

8 - Symptome und Maßnahmen I

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Am Lebensende leiden Menschen meist unter **ähnlichen Beschwerden**. Eine Behandlung ist gut möglich. Doch ist es zu wenig bekannt, so kommt es gerade „nach Feierabend“ oft zur Einweisung in die Klinik. Also:

Jeder muss wissen, wie Beschwerden behandelt werden können.



Fast jeder möchte sterben, wo er lebt.

Auch bei hoher Symptomlast ist Linderung durch gute Palliativpflege und einfache Palliativmedizin möglich. Mit wirksamer Behandlung kann die unerwünschte Klinikeinweisung vermieden werden.



Durst, Hunger: Verschwinden im Sterbeprozess.

Sterbende wollen und müssen nichts mehr essen oder trinken.

Künstliche Ernährung: Im Sterbeprozess belastet sie.

Erbrechen und Atemnot sind die Folge. Künstliche Ernährung deshalb nicht bis zum Ende fortführen.

Schwäche, Müdigkeit: Gehören zum Sterben dazu.

Schlafen am Tag und Wachphasen nachts sind normal.

Mundpflege: Wichtigste Maßnahme!

Hier sollte sich liebevoll Zeit genommen werden. Erkundigen Sie sich, was der Patient gerne mochte. Passen Sie Ihre Maßnahmen an. Konkret: Mindestens alle zwei Stunden nach dem Patienten sehen. Mund befeuchten (Sprühflasche mit Lieblingsgetränk möglich!). Danach Mundpflege mit z. B. mit Oliven- oder Mandelöl oder Butter.



Borken im Mund sind die für den Patienten sehr unangenehm!

Sie können gut mit Sahne, Butter, kleinen Stückchen Brause, Ananas- oder Kiwi-Stücken abgelöst werden, die der Patient zum Kauen bekommt.

Der Speichel durch kleine, gefrorene Fruchtstücken (Ananas, Orange, Kiwi) anregen. Viele Patienten finden gefrorene Getränke (in kleinen Eiswürfelformen) als sehr angenehm.



Bei der **Mundpflege** immer von hinten nach vorne wischen!
Immer den Zustand des Patienten beachten:

Material und Methode anpassen, um eine Aspiration zu vermeiden.

Modul 9: Symptome und Maßnahmen II

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema	Plenum	
<p>Sammeln der häufigsten Symptome (im palliativen Kontext) auf dem FlipChart, ergänzend zum Workshop „Symptome und Maßnahmen I“. Anschließend die Maßnahmen zur Symptomlinderung im Plenum gemeinsam erarbeiten („Sie sind die Profis - was können Sie anderen raten?“)</p> <p>Atemnot: Oft Ausdruck einer psychischen Not und stark durch Emotionen beeinflusst. Umso mehr spielen Lagerung, Zuwendung und Begleitung durch Bezugspersonen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus können Maßnahmen wie das Öffnen von Fenstern sowie die gezielte Anwendung von Ventilatoren in Gesichtsnähe eine gute Unterstützung sein. Sauerstoffgabe ist in der Regel nicht hilfreich, so dass bei schwerer Luftnot stark wirksame Medikamente (etwa: Fentanyl-Nasenspray oder Morphin) verabreicht werden sollten.</p> <p>Angst, Unruhe: sind normale Reaktionen in der Sterbephase. Zuwendung und Anwesenheit von vertrauten Personen hilft mitunter, Haldol, Diazepam oder Tavor expidet sind oft erforderlich.</p> <p>Fieber: Wadenwickel und Metamizol</p> <p>Schmerz: eine adäquate Schmerzbehandlung ist Menschenrecht – und möglich! Stark wirksame Medikamente für Schmerzspitzen (z.B. Fentanyl-Nasenspray) und eine gute Basisabdeckung (z.B. Metamizol, Ibuprofen, Opiat-Pflaster oder Tropfen, ...) sind eine häufige Kombination. Wichtig: Bedarfsmedikation nicht vergessen!</p> <p>Wichtigkeit der frühzeitigen Kontaktaufnahme mit Hausarzt oder SAPV-Versorger zur Festlegung einer Bedarfsmedikation müssen thematisiert werden!</p> <p>Vorstellung der Möglichkeiten der symptomorientierten Aroma-Therapie zur Entlastung der Bewohner:innen/Patient:innen.</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Flipchart</p> <p>Stifte</p> <p>Pflegetipps (Hrsg. DPS)</p>
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	Handout

9 - Symptome und Maßnahmen II

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Hier wollen wir Ihnen als Teil II in ganz kurzer Form hochwirksame Hilfen zeigen. DENN: **Alle Beschwerden am Lebensende sind gut und sicher zu behandeln.**



Sie müssen keine Angst vor Erstickung oder unerträglichen, unbehandelbaren Schmerzen haben..
Mit wirksamer Behandlung kann bei schwersten Symptomen die unerwünschte Einweisung vermieden werden.



Atemnot: Ist das, was der Patient empfindet! Häufige Ursache: zuviel Flüssigkeit, Aspiration, Angst. Lösung: Lagerung, Beruhigung, leichter Luftzug als erste Schritte. **Sauerstoffmangel macht KEINE Atemnot!!!**

Medikamente der ersten Wahl sind Opioide (z.B.: Fentanyl nasal, Morphintropfen) oder Benzodiazepine (z.B. Lorazepam oral oder PEG).

Angst, Unruhe: sind beim Sterben normal. Zuwendung, Seelsorge, vertraute Personen sind dann 1. Wahl.

Lorazepam (Angst) oder Haldol (Unruhe) sind oft erforderlich.

Fieber: Wadenwickel (bei warmen Beinen) und Metamizol

Schmerz: eine angemessene Schmerzbehandlung ist möglich – und Menschenrecht! Stark + schnell wirksame Medikamente für die Spitzen (z.B. Fentanyl nasal) PLUS als Grundlage z.B. Metamizol, Ibuprofen PLUS Opioid retard, bzw. Pflaster sind eine häufige Kombination.



Sprechen Sie mit Angehörigen über deren Sorgen.

Leiden die Angehörigen oder der Patient?

Hier kann der ambulante Hospizdienst Sie sehr gut unterstützen.

Wichtig: **Immer vorbeugend Bedarfsmedikation anordnen lassen!**

Der Hausarzt kann die wichtigsten Fragen klären, wie die Unterstützung durch PalliativNetz, vermeiden von Klinikeinweisung, Einweisung ins stationäre Hospiz. Sprechen Sie ihn konkret an. Bei speziellen Fragen sind auch wir für Sie erreichbar.



Statt Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung **am Lebensende** regelmäßig **Unruhe + Schmerzen + Atemnot + Atemfrequenz** dokumentieren. Frühzeitig vom Arzt Bedarfsmedikation anordnen und verordnen lassen!

Modul 10: Selbstfürsorge

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema	Plenum	
<p>Kurze Einführung zum Thema Stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution (Sympathikus/Parasympathikus/"Fight-or-Flight-Reaktion") - Erklärung physiologische und psychische Stressreaktion - Kapazitätenmodell nach Richter: Erklärung rote/grüne Kügelchen = belegte/freie Kapazitäten; psychologische und physiologische Faktoren; Ressourcen (Abhängigkeit von vielen Faktoren: Tagesform, Art der Zusammenarbeit, Teamfaktoren, Art der Arbeitsumgebung, Organisationsstruktur, etc.) - Stressfaktoren im Alltag <p>Notwendigkeit zur Selbstfürsorge „Nur wer gut zu sich selbst ist, kann auch gut zu anderen sein.“</p> <p>Frage: Was sorgt für grüne Kügelchen?</p> <p>Sammlung am Flipchart und gemeinsames Erarbeiten im Plenum:</p> <p>„Was tut Ihnen gut wenn es stressig wird?“ (Faktoren im Kontext des Arbeitsalltags sammeln)</p> <p>„Was kann auf körperlicher Ebene und seelischer Ebene Ausgleich sein?“</p> <p>Denkanregungen im Kontext Selbstfürsorge auf körperlicher Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlafe ich genug? - Esse ich regelmäßig und „gut“? - Trinke ich ausreichend? - Sorge ich für Ruhepausen an der Arbeit und im Alltag? <p>Denkanregungen im Kontext Selbstfürsorge auf seelischer Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nehme ich Zeit für das, was mir wichtig ist? - Pflege ich Kontakte oder nable ich mich ab? - Gestatte ich anderen mir nahe zu kommen? - Bin ich selbst „gut“ zu mir? <p>Bearbeitung des Handouts/Persönliche Auseinandersetzung der Teilnehmer zu den beiden Fragen:</p> <p>„Was tut mir an der Arbeit gut?“</p> <p>„Was tut mir im Alltag gut?“</p> <p>Klärung offener Fragen</p>	Plenum	<p>Grüne und rote Kügelchen</p> <p>Glasbehälter</p> <p>Flipchart</p> <p>Stifte</p> <p>Handout</p>
Kurze Zusammenfassung des Themas; Ausblick auf die Inhalte des nächsten Workshops; Klärung von Ort und Zeit	Plenum	

10 - Selbstfürsorge

Dr. Thomas Sitte - Holle Redpath - Kristina Schmidt - Dr. Thomas Plappert



Als Pflegekraft leisten Sie eine großartige Arbeit. Bewohner und Angehörige sind sehr dankbar. Sie sind rund um die Uhr für Menschen da. Sie helfen, wo die Not am größten ist.

Sie heben, tragen und ertragen, was anderen unerträglich ist. Manchmal ist es schwer, das alles zu meistern. Merken Sie, dass wir im Dienst für die anderen vergessen, uns um uns selbst zu kümmern?



Gerade in der Betreuung schwer kranker oder sterbender Patienten ist es wichtig, neben Fachwissen und guten Arbeitsbedingungen auch für sich selber gut vorbereitet zu sein.

Um für andere stark zu bleiben, müssen wir für uns selber sorgen!



Selbstfürsorge für den Körper:

- Schlafe ich genug?
- Esse und trinke ich regelmäßig und „gut“, nicht zu wenig oder zuviel?
- Kann ich essen und trinken in Ruhe genießen?
- Sorge ich für Ruhepausen an der Arbeit und im Alltag?
- Sorge ich für körperlichen Ausgleich? Bewege ich mich angemessen?

Selbstfürsorge für die Seele:

- Nehme ich mir Zeit für das, was mir wirklich wichtig ist?
- Pflege ich Kontakte oder ziehe ich mich von anderen zurück?
- Gestatte ich anderen mir nahe zu kommen?
- Bin ich selbst „gut“ zu mir?



Notieren Sie es nur für sich alleine oder tauschen Sie sich darüber aus.

Das tut mir an der Arbeit gut:

Das tut mir im Alltag gut:

Überlegen Sie sich, wie Sie das, was IHNEN gut tut, vermehren können.



Gerade in „helfenden Berufen“ ist der Weg ins Burn-out kurz und wird lange verdrängt. Deshalb ist es wichtig, dass **Sie auf sich und Ihre Kollegen** achten. Mit der gleichen Fürsorge, die Sie Ihren Bewohnern schenken, sollten Sie sich selbst und Ihren Kollegen begeben.

Modul 11: Netzwerke und Kooperationspartner:innen/Abschluss

Handlungsschritte/Inhalte	Methode	Material
Hinführung zum Thema	Plenum	
<p>Vorstellung möglicher Netzwerke und Kooperationspartner im jeweiligen Wirkungsbereich/Landkreis:</p> <p>(Bitte lokale Strukturen umfassend und aktuell erfassen und Handout erstellen!)</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAPV-Team (ambulante palliativmedizinische Versorgung, Verordnung SAPV, Erreichbarkeiten, etc.) - amb. Hospizdienst (kostenfreies Angebot, palliative Beratung, psychosoziale Begleitung für Menschen am Lebensende und deren Angehörige, sowohl ambulant als auch stationär, etc.) - Deutsche PalliativStiftung (Beratung & Ansprechpartner in Fragen der palliativen und hospizlichen Versorgung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) - Palliativstation (stationäre med. Versorgung innerhalb eines Krankenhauses, ganzheitliches und multiprofessionelles Behandlungskonzept, Ziel der Stabilisierung und Symptomkontrolle, etc.) - Hospiz (stationäre Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, - <p>Klärung (noch) offener Fragen aus dem gesamten Projekt</p> <p>Feedbackrunde</p> <p>Fragebogen zur Evaluation</p>	Plenum	<p>Übersicht Netzwerkpartner (Handout)</p> <p>Muster SAPV Verordnung</p> <p>Fragebogen</p> <p>Stifte</p>
Zusammenfassung aller behandelten Themen; Dank an alle Teilnehmer; Verabschiedung aus dem Projekt	Plenum	

© Copyright Deutsche PalliativStiftung 2021

Alle Inhalte dieses Buches sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet bei der Deutschen PalliativStiftung. Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie Inhalte verwenden und/oder vervielfältigen wollen. Wir werden einer Verwendung und/oder Vervielfältigung unter Angabe des Urhebers großzügig zustimmen.

Wer gegen das Urheberrecht verstößt (z.B. Texte oder Bilder oder Grafiken unerlaubt kopiert), macht sich gemäß §§16 ff UrhG strafbar, wird zudem kostenpflichtig abgemahnt und muss Schadenersatz leisten (§97 UrhG).

Bücher, Flyer und Ratgeber



Im Rahmen des **Deutschen PalliativVerlages** und der **Deutschen PalliativStiftung** sind zahlreiche Bücher, Flyer und Ratgeber zum Themenkomplex Palliativversorgung erschienen. Hier finden Sie eine Übersicht aller Titel, die Sie bequem unter www.palliativstiftung.de bestellen können.



Die Pflegetipps
85 Seiten, mit Anmerkungen aus islamischer Sicht, in 22 Sprachen erhältlich, kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



Demenz und Schmerz
70 Seiten, 5 €, innerhalb Hessens kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



Ambulante Palliativversorgung
283 Seiten, 10 € (zzgl. Versandkosten)



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung
137 Seiten, 10 € (zzgl. Versandkosten)



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung
112 Seiten, 5 € (zzgl. Versandkosten)



Medikamententipps
195 Seiten, 10 € (zzgl. Versandkosten)



Forum Kinderhospiz
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



„Sterbehilfe“ und Bedarfe beim Sterben
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)

Über die Deutsche PalliativStiftung erhältlich



Letzte Zeiten
von Sabine Mildnerberger
132 Seiten, 15 € (zzgl. Versandkosten)



Repetitorium Palliativmedizin
376 Seiten, 39,99 €



Ratgeber Lebendige und Sterben
292 Seiten, 27,99 € (zzgl. Versandkosten)



Palliativversorgung
582 Seiten, 79,99 € (zzgl. Versandkosten)



Sinnvolle Ernährung bei Krebserkrankungen
Ein Arbeitsbuch für Patienten
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)

Dank wechselnder Spender sind die Titel so preiswert oder sogar kostenlos. Bestellungen und Download unter www.palliativstiftung.de

Stand: August 2021



T-Shirt-Tage von Julia Weber
64 Seiten, 10 €
(zzgl. Versandkosten)



Informationsflyer
Die Zukunft planen:
Wissenswertes über Demenz
und die Pflege am Lebensende
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



Informationsflyer
KinderPalliativStiftung
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



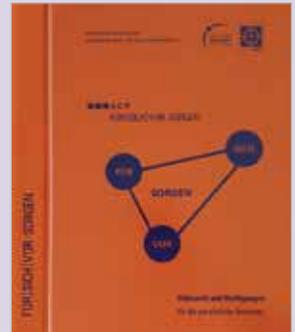
Informationsflyer
Erfahrung Patientenverfügung
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



Ratgeber Hospizarbeit
und Palliativversorgung
52 Seiten
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



Informationsbroschüre Hospizarbeit
und Palliativversorgung für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene in Hessen
15 Seiten
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)



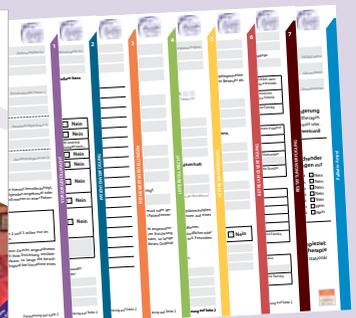
Die Notfallmappe des FÜR[SICH]VOR-
SORGEN-Programms
15,90 € (zzgl. Versandkosten)



Am Start das Ziel im Blick haben – Unterrichts-
material zum Themenkomplex Sterben, „Sterbe-
hilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung
242 Seiten, 20 €, innerhalb Hessens kostenfrei
(zzgl. Versandkosten)



Die VORSORGEN! Mappe
Verfügungen, Vollmachten, Palliativ-Ampel, Organspende-
ausweis und vieles mehr. Version 2021 nach aktuellster
Rechtslage
kostenfrei (zzgl. Versandkosten)





Wir danken dem Hessischen Ministerium
für Soziales und Integration für die tatkräftige
Unterstützung.

HESSEN



**Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration**

Deutsche PalliativStiftung
www.palliativstiftung.de
Spendenkonto Genossenschaftsbank Fulda
IBAN: DE74 5306 0180 0000 0610 00
BIC: GENODE51FUL

VK 20,00 € (D)



978-3-944530-56-7

WWW.CHARTA-FUER-STERBENDE.DE

Wir
unterstützen
die **Charta**