

caritas

## Ergebnisbericht

Projekt **Hospiz- und Palliativkultur** in  
katholischen Einrichtungen und Diensten  
des Gesundheits- und Sozialwesens  
in der Diözese Trier

Caritasverband  
für die Diözese  
Trier e. V.



*Mit freundlicher Unterstützung folgender Autor\*innen:*

**Bischof Dr. Stephan Ackermann**

**Esther Braun-Kinnen**

**Hildegard Eynöthen**

**Anja Hagel**

**Paul Herrlein**

**Dr. Sabine Kirchen-Peters**

**Stefan Nober**

**Bernd Ockfen**

**Dr. Michael Schröder**

## Impressum:

*Herausgeber:*

Caritasverband für die Diözese Trier e. V.  
Dietrichstraße 30a  
54290 Trier  
[www.caritas-trier.de](http://www.caritas-trier.de)

*Illustrationen und Fotos:*

Adobe Stock  
Canstockphoto  
Bistum Trier

*Gestaltung:*

zoradesign  
Dipl. Des. (FH) Stefanie Radtke  
Am Mäushecker Weg 3  
54317 Osburg

*Druck:*

Caritas Werkstätten  
Eifel-Maar-Park 17  
56766 Ulmen

Oktober 2022



# Inhalt

Vorwort Bischof Dr. Stephan Ackermann	5
<b>1</b>   Ausgangslage, Ziele und Entwicklung im Zeitverlauf	6
<b>2</b>   Die Bedeutung christlicher Hospiz- und Palliativkultur – theologischer Begründungshorizont	8
<b>3</b>   Projektergebnisse und Instrumente	10
3.1 Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur	
3.2 Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“	
3.3 Leitfaden zur Nutzung des Basis-Assessments	
3.4 Fragebogen für Patient*innen	
3.5 Einbindung der hospizlichen und palliativen Sorge ins Qualitätsmanagement	
<b>4</b>   Fallvignetten ambulante Pflege, Pflegeheim, Akutkrankenhaus	25
4.1 Praxisbeispiel Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“	
4.2 Praxisbeispiel Fragebogen für Patient*innen	
4.3 Fallvignette ambulante Pflege	
4.4 Fallvignette Pflegeheim	
4.5 Fallvignette Akutkrankenhaus	
4.6 Reflexion der Fallvignetten	
<b>5</b>   Seelsorgliche Begleitung als wesentliches Element der Hospiz- und Palliativkultur	38
5.1 Verbindlich, verlässlich, erreichbar – Umsetzung der Empfehlungen der Synode im Bistum Trier (2013 – 2016)	
5.2 Seelsorge als Teil des Netzwerkes im Pastoralen Raum	
5.3 Seelsorgliche Begleitung der Begleiter*innen Sterbender	
<b>6</b>   Weitere Handlungsbedarfe und Ausblick	40
Anhang	
Mitwirkende	
Literaturverzeichnis	42

Tue Gutes ...

„Was willst du, dass ich  
für dich tun soll?“

(Mk 10, 46-52)



# Vorwort



Als im Jahr 2017 auf meine Initiative hin das Projekt „Hospiz- und Palliativkultur in katholischen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens im Bistum Trier“, dessen Ergebnisbericht Sie in Händen halten, gestartet wurde, geschah dies noch auf der Grundlage des 2015 verabschiedeten Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Dem von einer breiten politischen Mehrheit getragenen Kompromiss ging eine sehr verantwortlich geführte gesellschaftliche und politische Debatte über mehrere Jahre hinweg voraus.

Zeitgleich mit der Veröffentlichung dieses Berichts ist die Diskussion nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 und der damit verbundenen Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung erneut offen. Wenngleich eine künftige Gesetzgebung derzeit noch ungewiss ist, zeichnet sich bereits ab, dass der sogenannte „assistierte Suizid“ in Grenzen zugelassen wird.

Damals wie heute kann es für uns als Katholische Kirche im Bistum Trier nicht darum gehen, die verschiedenen Positionen kritisch oder wertschätzend, aber doch nur passiv zur Kenntnis zu nehmen. Vielmehr braucht es, wie ich bei der Auftaktveranstaltung des Projektes betont habe, „Information und Engagement im Bereich der Hospiz- und Palliativkultur“, wenn wir uns als Kirche gegen Sterbehilfe aussprechen und für ein „Sterben in Würde“ eintreten.

Der vorliegende Ergebnisbericht zeigt neben der theologischen Auseinandersetzung auch konkrete Leitlinien und Handlungsoptionen einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur. Dem Bericht vorangestellt ist die Frage Jesu an den Blinden: „Was willst du, dass ich für dich tun soll?“ (Mk 10, 51) Die Frage Jesu verdeutlicht sein konkretes Angebot zur Fürsorge und Begleitung, das Jesus immer wieder Menschen in vulnerablen Situationen zuspricht, und ist damit Richtschnur für das Handeln in den sozialen und caritativen Einrichtungen, denn „die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich gerade in der Art und Weise, wie wir einander Hilfe und Unterstützung sind“, wie es die Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in ihrem Statement nach dem Urteil des Bundesverfassungsge-

richts im Februar 2020 zum Ausdruck bringen. Daraus ergibt sich, dass die Beschäftigung mit allen Fragen um das Ende des Lebens nicht ein Spezialthema ist, das auch irgendwie behandelt werden muss, sondern ein Thema ist, das auf das Ganze des Menschseins verweist. Erst wenn Krankheit, körperliche Gebrechen und Sterben nicht mehr als bedauernswerte Defizite, sondern als zum Menschsein zugehörig akzeptiert sind, werden wir dem Menschen in den unterschiedlichen Facetten seiner Existenz gerecht. Die in diesem Bericht aufgeführten Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur liefern wichtige Grundsätze, vulnerablen Menschen am Ende des Lebens mit einer verstehenden Haltung zu begegnen und sie zu begleiten.

Die Grundlage, sich den Herausforderungen solcher Situationen zu stellen, ist und bleibt die unverlierbare Würde des Menschen, die durch Artikel 1 unseres Grundgesetzes geschützt ist. Sie gründet nach christlichem Verständnis in der Gottebenbildlichkeit des Menschen (vgl. Gen 1, 26). Diese Würde kommt allen Menschen zu, unabhängig von der Einschätzung anderer oder ihrer Selbsteinschätzung: den Gesunden, den Kranken und Behinderten und auch den Sterbenden.

Herzlich bedanke ich mich bei allen, die in den vergangenen Jahren beharrlich an diesem Projekt mitgewirkt bzw. sich als Autor\*innen am vorliegenden Bericht beteiligt haben. Ich bin mir sicher, dass die Ergebnisse wichtige Impulse in der aktuellen Debatte für ein „Sterben in Würde“ darstellen. Zugleich wünsche ich mir, dass die Projektergebnisse zu einer immer tragfähigeren Struktur der Hospiz- und Palliativkultur in unserem Bistum beitragen.

Gleichzeitig möchte ich allen danken, die in unseren Kranken- und Alteneinrichtungen, in der christlichen Hospizbewegung oder in der Pflege von Angehörigen arbeiten und so dem Anspruch, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, ein konkretes Gesicht geben.

**Dr. Stephan Ackermann**  
*Bischof von Trier*

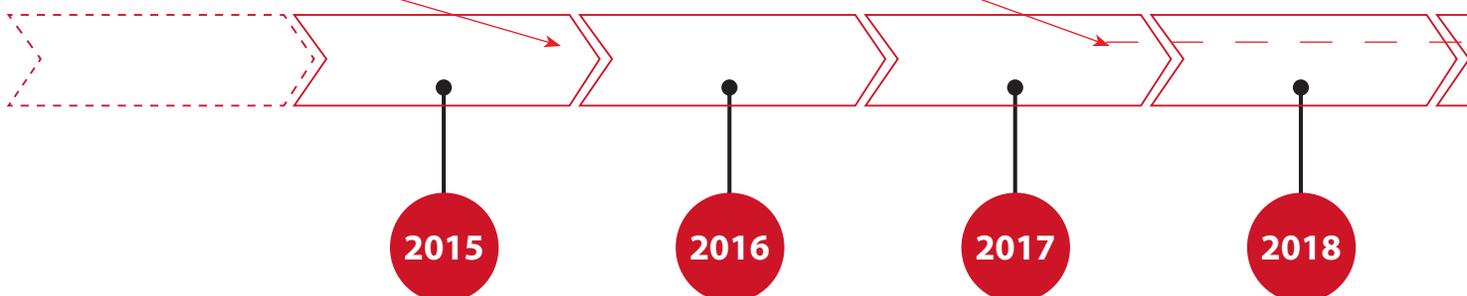
# 1 | Ausgangslage, Ziele und Entwicklung im Zeitverlauf

**Deutschland gehört zu den Ländern mit dem höchsten Anteil alter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung kontinuierlich an. Angesichts dieser demografischen Entwicklung nehmen auch Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität und als Konsequenz die Inanspruchnahme von Leistungen der Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens deutlich zu. Damit verbunden ist ein hoher und beständig wachsender Anteil palliativer und sterbender Menschen in den Krankenhäusern, den stationären Pflegeeinrichtungen und in der Häuslichkeit. Die Zunahme besonders pflege- und betreuungsintensiver Menschen stellt die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens vor hohe Anforderungen, auf die sie mit ihren begrenzten personellen Ressourcen kaum angemessen vorbereitet sind.**

Im Dezember 2015 traten das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) und das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Kraft. Vor diesem Hintergrund rückte die Verbesserung des Lebensschutzes besonders für katholische Einrichtungen in den Blick. Der Ständige Rat der Deutschen Bischofskonferenz diskutierte u.a. die Frage, ob Mindeststandards in der Palliativ- und Hospizversorgung vorgegeben werden sollten, um mit gutem Beispiel voranzugehen. Bischof Dr. Stephan Ackermann initiierte daraufhin mit dem Caritasverband für die Diözese Trier e.V. ein Projekt, um sich in einem gemeinsamen bereichsübergreifenden Diskurs über eine humane und dem christlichen Menschenbild verpflichtete Hospiz- und Palliativkultur in den katholischen Einrichtungen und Diensten zu verständigen.

Die katholischen Träger im Bistum wurden eingeladen, sich an diesem Projekt zu beteiligen und Expertinnen und Experten der unterschiedlichen Professionen zur Mitwirkung zu entsenden. Dieser Einladung sind die Träger zahlreich und gerne gefolgt. Im November 2017 ist das Projekt „Hospiz- und Palliativkultur in katholischen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens in der Diözese Trier“ gestartet. In einem ersten Schritt stand im Mittelpunkt, theoretische Grundlagen zu formulieren, deren Anwendung in einem sich anschließenden Pilotprojekt praktisch getestet werden sollte.

Viele Expert\*innen aus den beteiligten Einrichtungen erarbeiteten in unterschiedlichen Gremien und Gruppen Ergebnisse, die dem Leitziel dienen, im Sinne der Synode eine Kultur der Achtsamkeit für sterbende Menschen und ihre Angehörigen in den Einrichtungen zu fördern. Im Fokus stand eine gemeinsame, bereichsübergreifende, am „State of the Art“ orientierte Hospiz- und Palliativkultur in katholischen Einrichtungen und Diensten unter Zuhilfenahme der Charta und den dort formulierten Handlungsempfehlungen. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollten erkannt und bestmögliche Lösungsansätze und Strategien formuliert werden. Dies bezog sich sowohl auf körperliche als auch auf psychische und soziale Bedürfnisse. Es wurde ein bereichsübergreifendes Hospiz- und Palliativassessment (Basis-Assessment) entwickelt, das zuverlässig die Erfassung des Hilfebedarfs an medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und seelsorglicher Begleitung des sterbenden Menschen, unabhängig vom Sterbeort, ermöglicht und als Grundlage für eine verlässliche Organisation interdisziplinärer/einrichtungsübergreifender Hilfeplanung dienen kann. Durch sozialräumliche, netzwerkartige Kooperationen sollen die Expertise und Ressourcen der unterschiedlichen Akteure genutzt werden, um die notwendigen Hilfen zu ermöglichen.



Innerhalb von zwei Jahren wurden folgende Ergebnisse erarbeitet, die die Arbeit in regionalen Netzwerken unterstützen und damit dazu beitragen sollen, Kirche in diesem Kontext erfahrbar zu machen:

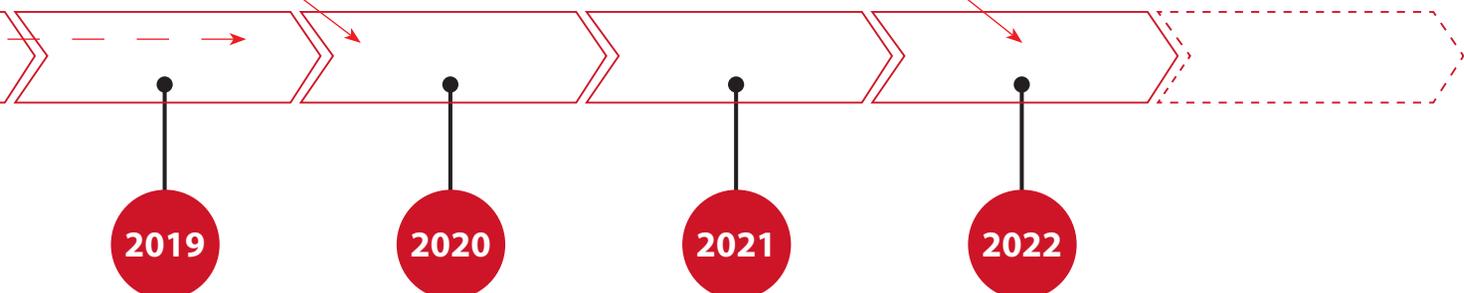
- 1. Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur**
- 2. Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“**
- 3. Leitfaden zur Nutzung des Basis-Assessments**
- 4. Fragebogen für Patient\*innen**
- 5. Einbindung der hospizlichen und palliativen Sorge ins Qualitätsmanagement**

Durch die Pandemie und die damit einhergehenden Belastungen und Einschränkungen (bis hin zu Betretungsverboten) in den Einrichtungen des Gesundheitswesens musste die ab Februar 2020 geplante Pilotierungsphase verschoben werden. Die Hoffnung auf eine Entlastung der Einrichtungen durch eine Normalisierung des Alltags hat sich bis zum heutigen Tag nicht in Gänze erfüllt.

Unter den erschwerten, vielfach restriktiven Bedingungen des Infektionsschutzes zur Bewältigung der Krise kam eine humane palliative und hospizliche Pflege oftmals an ihre Grenzen. Wesentliche Teile der Projektplanung mussten zugunsten einer strafferen und ressourcenorientierten Vorgehensweise mehrfach angepasst werden, um die Projektergebnisse in ihrer Praxisanwendung darstellen zu können.

Eine weitere wesentliche Determinante, die im Zeitverlauf des Projekts flankierend die Debatte über ein „gutes Sterben“ beeinflusst hat, ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, in dem das in § 217 StGB formulierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung als verfassungswidrig eingestuft wurde. Die ursprüngliche Idee des Gesetzgebers, mit der von Anfang an umstrittenen Norm des § 217 StGB eine Normalisierung von Sterbehilfe und auch deren Kommerzialisierung zu vermeiden, erfordert eine gesetzliche Neuregelung. Für die katholischen Einrichtungen und Dienste, die den Anspruch haben, sich bei ihrer Arbeit am christlichen Menschenbild zu orientieren, bedeutet diese Herausforderung einer humanen und qualifizierten Pflege und Betreuung bis an das Ende des Lebens geradezu eine Verpflichtung.

Mit der Veröffentlichung der Projektergebnisse in dieser Broschüre erhoffen sich die Projektbeteiligten einen Beitrag zu leisten, in den jeweiligen Settings die Erfassung und die Deckung des palliativen Bedarfs eines jeden uns anvertrauten Menschen zu verbessern und die Kommunikation zwischen den Sektoren zu erleichtern. Dabei wird – neben den fachlich hochwertigen Instrumenten – deren praktische Anwendung an konkreten Beispielen aufgezeigt.



**Was kennzeichnet eine christliche Hospiz- und Palliativkultur?**

**Ein Mensch, der spürbar auf den Tod zugeht, ist in besonderer, ja existenzieller Weise verletzlich. Die Krise des Sterbens, die Zumutung, mit der eigenen Endlichkeit umgehen zu müssen, fordert den ganzen Menschen heraus. Existenziell herausgefordert sind zugleich alle, die mit dem sterbenden Menschen in Beziehung stehen. In dieser Situation wird in besonders dichter Form die paradoxe Spannung spürbar, die in dem Begriff der Menschenwürde liegt. Denn jetzt ist besonders wichtig, dass klar ist: Die Würde als einzigartiger Mensch ist dieser Person in allen Phasen unbedingt zu eigen und kann nicht verloren gehen, ganz gleich, was geschieht. Zugleich ist diese Würde in extremer Weise bedroht und gefährdet, und deshalb ist es so entscheidend, was jetzt geschieht: Was dieser Mensch jetzt will, was mit ihm und für ihn getan werden kann. Damit ist der Ort (das ‚Wo‘) umrissen, an dem eine christliche Hospiz- und Palliativkultur gefragt ist und sich zu bewähren hat.**

Ein christlicher Umgang mit dem Sterben und eine entsprechende Hospiz- und Palliativkultur bestehen darin, sich dieser konkreten Wirklichkeit zu stellen, die darin liegende Herausforderung nach besten Kräften anzunehmen und zu tun, was nötig ist. Das erfordert vor allem Achtsamkeit und Zuwendung. Im Zentrum stehen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen und auch die Not der Menschen, die zu ihm gehören. Damit wird klar, woran hier zu arbeiten ist: Es geht darum, die betroffenen Menschen bestmöglich darin zu unterstützen, diese herausfordernde Situation möglichst selbstbestimmt zu bestehen. Wenn eine solche Kultur besteht, dann bedeutet das eine enorme Erleichterung für die betroffenen Menschen, denn sie hilft ihnen, sich in ihrer eigenen Weise in die Situation des Sterbens einzufinden und – mit dem, was möglich ist – diese Lebens-Zeit für sich zu gestalten, oder anders gesagt: darin Leben zu gewinnen.

Aber inwiefern ist es eigentlich richtig, eine Hospiz- und Palliativkultur, die diesen Anliegen folgt, eine „christliche“ zu nennen? Die Christen und die Kirchen, die für eine solche Hospiz- und Palliativkultur eintreten und sie zu entwickeln und zu leben suchen, erfahren sich darin ja gerade mit Vielen verbunden, die das ohne Bezug auf den christlichen Glauben tun. Wichtig ist also, dass die Bezeichnung „christlich“ hier weder vereinnahmend noch abgrenzend und erst recht nicht andere abwertend gebraucht und verstanden wird. Ebenso wichtig ist aber für Christinnen und Christen, nach dem zu fragen, woraus dieses Engagement lebt und seine Orientierung und Motivation bezieht. Christlich verstanden, darf sich die Zuwendung der Helfenden verankern in der unbedingten Zuwendung Gottes und seiner Liebe zu jedem einzelnen Menschen. Von ihm her hat jeder Mensch seine unverlierbare Würde. Zugleich ist er als leib-seelisches, geschichtliches, soziales Wesen auf andere angewiesen, bedürftig

und verletzlich. Das Leid, das Menschen erleben, ist Gott nicht gleichgültig. In Leiden, Tod und Auferstehung Jesu liegt die Hoffnung, dass Gott im Leiden da ist und durch Sterben und Tod hindurch Rettung und Leben gibt. Diese Hoffnung überspielt nicht das Leiden, sondern ermutigt dazu, sich der konkreten Wirklichkeit zu stellen und in unbedingter Annahme den Weg dieses individuellen Menschen mitzugehen.

So verstanden, geht es bei dem „Christlichen“ in der Hospiz- und Palliativkultur um nichts anderes als darum, aus dieser Motivation und Rückbindung heraus zusammen mit allen, die hier ebenfalls einen Beitrag leisten wollen und können, nach dem guten Weg zu suchen. Der Begriff der „Kultur“ verweist darauf, dass es dabei nicht ausreicht, allein auf die Kompetenz und die Haltung der Einzelnen zu setzen, so wichtig diese sind, sondern dass es dazu ganz konkreter Orientierungen, Praktiken und Verfahrensweisen bedarf, die gemeinsam entwickelt, geteilt, getragen und gelebt werden. Damit ist der Gedankengang ausgehend vom Wo (dem entscheidenden Ort: der Situation sterbender Menschen, deren Würde bedroht ist) über das Woran (die Aufgabe, die sich hier stellt) und das Woraus (die Quelle, aus der das Handeln Motivation und Orientierung gewinnt) beim Wie angekommen. Von den einzelnen Orientierungen und Verfahrensweisen, die im Projekt entwickelt und erprobt wurden, geben die folgenden Abschnitte im Einzelnen Auskunft.

Die Grundfigur aus den vier Elementen **wo**, **woran**, **woraus** und **wie** hilft, den Charakter des Christlichen, also des theologischen Bezugs in der zu implementierenden Hospiz- und Palliativkultur, zu verdeutlichen: Dieser Rückbezug will für alle, die ihn wahrnehmen, eine wesentliche Quelle erschließen. Diese Quelle kann ermutigen, orientieren und inspirieren, viel mehr, als in diesen wenigen Zeilen angedeutet werden kann. Sie grenzt jedoch nicht ab, sondern verbindet vielmehr in der Zuwendung zu den betroffenen Menschen mit anderen zur Zusammenarbeit im gemeinsamen Einsatz, und zwar sowohl innerhalb der offiziell als christlich ausgewiesenen Einrichtungen und Dienste als auch darüber hinaus. Das Christliche wird also von allen getragen und eingetragen, die sich darauf beziehen wollen. Eine spezifische Aufgabe hat dabei die Seelsorge (vgl. 5).

Dieses Verständnis der Rolle des Christlichen ist für den Bereich von Hospiz und Palliative Care charakteristisch und aufgrund der Entwicklung der letzten Jahrzehnte in

diesem Bereich besonders gut nachvollziehbar. Zugleich hat eine christliche Hospiz- und Palliativkultur damit exemplarischen Charakter für eine diakonische Kirche insgesamt. Denn dieselbe Grundstruktur ist geeignet als Bild und Leitfigur für eine Kirche, die mehr und mehr diakonisch werden will. Das wird sie, wenn und indem sie sich an konkreten Orten den Menschen zuwendet, die um ihre Würde ringen (**wo**). Dort entdeckt sie mit anderen, was zu tun ist und gemeinsam getan werden kann: als konkrete Hilfe für den Einzelnen, als Einsatz für Teilhabe und als politischer Einsatz für gerechte Rahmenbedingungen (**woran**). Ein solches Handeln verweist zurück auf das Evangelium und hilft, es immer besser zu verstehen und fruchtbar zu machen (**woraus**). Daraus und darin entwickeln sich die Haltung der Einzelnen und die gemeinsam gelebte diakonische Kultur (**wie**). So entsteht eine Kultur des Lernens, die Christen und andere, aber auch unterschiedliche kirchliche Orte und Handlungsfelder miteinander verbindet (vgl. 5.2).



Abbildung 1: Vorzeichen

Die Grundfigur aus den vier Elementen **wo**, **woran**, **woraus** und **wie** ist dem Kapitel 1 „Vorzeichen“ des Konzepts zur diakonischen Kirchenentwicklung im Bistum Trier entnommen und kann dort nachgelesen werden (Teilprozessgruppe Diakonische Kirchenentwicklung 2022). Sie wurde im Nachgang zur Synode von der Teilprozessgruppe Diakonische Kirchenentwicklung entwickelt, als Verdichtung des Verständnisses, das die Synode im Bistum Trier 2013-2016 grundgelegt hat. Bischof Stephan Ackermann und die Bistumsleitung haben die Vorzeichen als verbindliche Grundlage für den Weg hin zu einer diakonischen Kirche im Bistum Trier bestätigt.

# 3 | Projektergebnisse und Instrumente

Die im Folgenden dargestellten Instrumente sind Ergebnisse eines Diskussionsprozesses in einer Expertengruppe aus den Reihen katholischer Dienste und Einrichtungen sowie der Pfarreien (vgl. 1).

Die in Kapitel 3.1 dargestellten „Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur“ bilden die Grundlage des Gesamtprojekts. Dabei lautet der Kerngedanke, dass alles Handeln am Willen und an den Bedürfnissen des sterbenden Menschen auszurichten ist. Hierbei geht es um Handlungsgrundsätze, die sich in erster Linie auf Fragen der Haltung und der Kultur im Umgang mit den betroffenen Menschen beziehen. Die Prinzipien sollen im Idealfall einen bereichsübergreifenden und alle katholischen Einrichtungen und Dienste verbindenden „palliativen Blickwinkel“ implementieren. Im Sinne einer barrierefreien Kommunikation wurde auch eine Fassung in leichter Sprache entwickelt (vgl. Seiten 12/13).

Das Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“ (vgl. 3.2) kann als zentrales Instrument zur Umsetzung der christlichen Hospiz- und Palliativkultur bezeichnet werden. Es erlaubt eine strukturierte Sammlung wichtiger Informationen zur Einordnung des palliativen Bedarfs. Darüber hinaus ist es geeignet, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Hilfeplanung

zu unterstützen. Dabei orientiert sich das Instrument an den vier Ebenen von Palliative Care: körperliches Befinden, soziales/berufliches Befinden, psychisches Befinden, spirituelles Empfinden.

Begleitend zum Basis-Assessment wurde ein „Fragebogen für Patient\*innen“ (vgl. 3.4) entwickelt, der den sterbenden Menschen und ggf. ihren Angehörigen eine Reflexion über ihre Situation sowie die eigenen Bedürfnisse und Wünsche ermöglicht. Dieses Instrument soll insbesondere zur Vorbereitung einer gemeinsamen Fallbesprechung dienen. Ebenso liegt ein „Leitfaden zur Nutzung des Basis-Assessments“ (vgl. 3.3) vor. Dieser Leitfaden enthält in erster Linie Hinweise zur personellen Umsetzung und erläutert die einzelnen Arbeitsschritte.

Damit sich eine palliative Haltung nachhaltig entfalten kann, ist eine Verankerung in bestehenden Strukturen und Prozessen erforderlich. Deshalb hat die Expertengruppe auch ein Instrument zur „Einbindung der hospizlichen und palliativen Sorge ins Qualitätsmanagement“ (vgl. 3.5) entwickelt. Das Instrument orientiert sich am Regelkreis des P-D-C-A-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) und hinterlegt dazu objektifizierbare Prüfindikatoren. Überdies werden Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Zielebenen definiert.

## 3.1 Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur

### 1. Vorrang des Sterbenden!

Die Situation des Sterbens ist für die Betroffenen, ihr persönliches Umfeld sowie die Organisation der Einrichtungen und Dienste eine absolute Herausforderung.

Dieser letzten großen Lebensaufgabe, dem Sterben eines einzigartigen Menschen in seiner Verletzlichkeit und gleichzeitig seinen Wünschen und Bedürfnissen fachlich qualifiziert und mitmenschlich gut zu begegnen, ist eine Verpflichtung für alle kirchlichen Einrichtungen und Dienste und ein gelebter Ausdruck ihrer Christlichkeit.

In der konkreten Situation der Unausweichlichkeit des Sterbens eines Menschen ist daher zwingend notwendig, frühzeitig eine ihm angemessene und von ihm gewünschte Begleitung zu organisieren.

Das bedeutet im verdichteten Arbeitsalltag unserer Einrichtungen und Dienste häufig, die Prioritäten von den Abläufen der Organisationsroutinen auf den individuellen Menschen und sein persönliches Umfeld hin zu fokussieren, ihm Vorrang einzuräumen.

Bei der Knappheit der vorhandenen personellen Ressourcen gelingt dies nur dann zuverlässig, wenn es für diese konkrete Situation vorausschauende Handlungsanweisungen als integrale Bestandteile der Konzepte von Sterbebegleitung gibt, die in der besonderen Bedarfssituation greifen (z. B. ähnlich einem Notfallkonzept) und qualifizierte Unterstützung verfügbar machen.

## 2. Es gilt der individuelle Mensch!

Im Sinne unseres Grundgesetzes und unseres christlichen Menschenbildes machen Freiheit und Selbstbestimmung die Würde des Menschen aus.

Auch im Sterben ist jeder Mensch als Persönlichkeit Expert\*in für das eigene Leben.

Dabei gilt es, die verbalen und nonverbalen oder auch schriftlich hinterlegten Willensäußerungen der Betroffenen soweit irgend möglich zu beachten und umzusetzen. Ist nichts hinterlegt, ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln und nach Möglichkeit und bestem Wissen und Gewissen zur Umsetzung zu bringen. Hierbei haben die An- und Zugehörigen eine besondere Bedeutung.

Dies gilt auch unter den Bedingungen von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterben sowie bei Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Beeinträchtigung. Die ganzheitliche Betrachtung umfasst körperliche, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse. Dies findet seinen Ausdruck in einer konsequenten Personenzentriertheit von Pflege, Betreuung und Behandlung und setzt qualifizierte Mitarbeiter\*innen sowie unterstützende Strukturen, Grundlagen und Ressourcen der Organisation voraus.

Die Orientierung an den ureigenen Bedürfnissen der Person schließt dabei auch die An- und Zugehörigen ein, die in ganz besonderer Weise herausgefordert sind und der Begleitung bedürfen.

## 3. Unbedingte Zuwendung!

Jeder Mensch verfügt ohne Unterschied über eine unbedingte und unverfügbare Personenwürde, die beachtet werden muss. Auch im Sinne des christlichen Menschenbildes sind alle Menschen vor Gott gleich, ungeachtet ihrer Herkunft, der sexuellen Identität und Orientierung, Abstammung, Ethnie, Sprache, Heimat und Herkunft, religiösen und politischen Anschauungen.

In Verbindung mit der besonderen Dringlichkeit und Einmaligkeit des Sterbens gilt es für christliche Einrichtungen und Dienste, dem Menschen die Zuwendung anzubieten, die situativ angemessen ist und die er wünscht. „Was willst Du, dass ich Dir tue?“ Dabei müssen persönliche Vorstellungen und Bewertungen der Mitarbeitenden zurückgestellt werden und alle Menschen gleichermaßen mitmenschlich behandelt werden. Dies setzt Akzeptanz, Aufmerksamkeit, Verlässlichkeit und angemessene Rahmenbedingungen sowie Teamstrukturen und Vernetzung nach innen und außen voraus.

## 4. Die Verantwortung ist eine gemeinsame!

Die vorrangige Betreuung sterbender bzw. palliativer Personen im Sinne des christlichen Menschenbildes kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten in den Einrichtungen und Diensten ihre jeweilige funktions- und aufgabenbezogene Verantwortung kennen, akzeptieren und gemeinsam als Team wahrnehmen.

Diese gemeinsame Verantwortung reicht über alle Hierarchieebenen und Bereiche der Organisation: vom Träger, der die Vorgaben macht, das Qualitätsmanagement definiert und die Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt, bis zu den Beteiligten in der konkreten Arbeit von Pflege, Medizin, Betreuung, Seelsorge und Hauswirtschaft, also den internen und externen Mitarbeitenden, Kooperationspartnern, Ehrenamtlichen sowie den An- und Zugehörigen.

Eine so verstandene, umfassende hospizliche und palliative Begleitung ist eine fachlich und aufwandsbezogen sowie persönlich hoch anspruchsvolle Aufgabe. Diese kann bewältigt werden, wenn in interdisziplinärer und interprofessioneller Kooperation alle verfügbaren internen und externen personellen und sachlichen sowie organisatorischen Ressourcen systematisch genutzt werden.



# Eine gute Begleitung am Lebensende

**Wir haben für uns selbst Regeln aufgeschrieben, um sterbende Menschen gut begleiten zu können – Prinzipien in leichter Sprache.**

## **1. Der sterbende Mensch steht nun an erster Stelle!**

Das Sterben ist eine ganz besondere Situation für den betroffenen Menschen und für seine persönliche Umgebung.

Hier wollen wir mit unseren kirchlichen Einrichtungen und Diensten Unterstützung bieten. Diese Unterstützung ist ein Zeichen unseres christlichen Handelns.

Jeder Mensch ist einzigartig und hat ganz eigene Wünsche und Bedürfnisse. Darauf wollen wir genau achten und unsere Fachkenntnisse gut einsetzen.

Wenn ein Mensch von uns eine Begleitung beim Sterben wünscht, dann wollen wir das so früh wie möglich planen. Ab jetzt soll der sterbende Mensch an erster Stelle stehen.

Wir wollen den Ablauf unserer alltäglichen Arbeiten ganz darauf einstellen. Wichtig ist, dass wir Anleitungen haben, mit denen wir in verschiedenen Situationen passend handeln können.

## **2. Die ganz eigene Persönlichkeit eines Menschen beachten!**

Ein Grundrecht von Menschen ist ihre Würde. Das heißt: Menschen sollen in Freiheit und Selbstbestimmung leben können. Das sagt das Grundgesetz, und das ist auch unsere christliche Meinung.

Zu der Würde gehört auch die ganz eigene Persönlichkeit eines jeden Menschen. Das bedeutet: Jeder Mensch weiß selbst am besten, was ihm im Leben und im Sterben wichtig ist.

Deshalb müssen wir darauf achten, was ein Mensch sich für seine letzte Lebenszeit wünscht. Vielleicht hat der Mensch dazu etwas aufgeschrieben. Aber es gilt genauso das, was der Mensch darüber sagt oder gesagt hat. Und es gilt auch das, was der Mensch vielleicht nur durch Körpersprache oder Verhalten ausdrücken kann. Wenn nichts über die Wünsche des Menschen bekannt ist, dann müssen wir sie herausfinden. Dabei helfen Gespräche mit Familie, Freunden oder anderen Personen, die den Menschen gut kennen.

Bei unserer Begleitung schauen wir auf den ganzen Menschen. Das heißt: Es geht nicht nur um die körperlichen Bedürfnisse. Wichtig sind zum Beispiel auch Personen, mit denen sich der Mensch wohl fühlt, oder besondere Gegenstände. Wichtig ist auch, dass der Mensch über seine Ängste und Hoffnungen und seine Fragen oder Ansichten zum Tod sprechen kann.

Deshalb bereiten wir uns gut vor.

Zum Beispiel durch

- ▶ gute Möglichkeiten für Pflege und Betreuung,
- ▶ genügend Fachkräfte,
- ▶ andere Personen, die uns unterstützen können.

Bei unserer Arbeit denken wir auch an die Personen, die dem sterbenden Menschen nahestehen, und bieten auch ihnen unsere Unterstützung an.

*Das nennen wir:*

# Christliche Hospiz- und Palliativkultur



### 3. Für den sterbenden Menschen da sein!

Wir beachten die Würde des Menschen. In unserer christlichen Einstellung heißt das: Alle Menschen sind vor Gott gleich.

Es ist egal,

- ▶ woher ein Mensch kommt,
- ▶ welche Hautfarbe ein Mensch hat,
- ▶ welche Sprache ein Mensch spricht,
- ▶ welchen Glauben ein Mensch hat,
- ▶ welche Meinung ein Mensch hat,
- ▶ welchen Menschen ein Mensch liebt.

Das bedeutet: Wir müssen alle Menschen gleich gut behandeln. Wir dürfen den einzelnen Menschen nicht bewerten. Unsere Meinung über den Menschen darf nicht wichtig sein.

Wenn wir einen sterbenden Menschen begleiten, dann wollen wir ihm das geben, was er braucht. Seine Wünsche stehen im Vordergrund. Dafür müssen wir aufmerksam sein, und unser Handeln muss zuverlässig sein.

### 4. Gemeinsam handeln!

Für die Begleitung von sterbenden Menschen sind viele verschiedene Fachleute wichtig. Es ist wichtig, dass sie als Team gut zusammenarbeiten.

Zu diesem Team gehören:

- ▶ Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte,
- ▶ Personen, die sich um Seelsorge und Betreuung kümmern,
- ▶ ehrenamtliche Helferinnen und Helfer,
- ▶ Personen aus der Hauswirtschaft,
- ▶ andere Personen, die uns unterstützen,
- ▶ Personen, die den sterbenden Menschen gut kennen und ihm nahe sind.

Verantwortlich sind auch

- ▶ die Personen, die in unseren Einrichtungen und Diensten entscheiden,
- ▶ Personen aus der Verwaltung,
- ▶ Fachleute, die sich um die Qualität unserer Arbeit kümmern.

Die Begleitung von sterbenden Menschen fordert von ALLEN einen großen Einsatz. Wichtig ist, dass die verschiedenen Fachleute regelmäßig miteinander sprechen und zusammen entscheiden, wie sie den sterbenden Menschen so gut wie möglich unterstützen können.

### 3.2 Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“

#### Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen

Leitfaden zum Erkennen von Personen, denen eine hospizliche und palliative Sorge zukommen soll

Name/Vorname Patient/-in bzw. Bewohner/-in				Geburtsdatum				
Datum Ersteinschätzung		Einrichtung/ Zugangsdaten						
Datum Fallbesprechung/ Maßnahmenplanung								
Datum Re-Assessment								
		Kontaktperson		Tel.				
<b>Wichtige Kontaktpersonen/Funktion:</b> z. B. Angehörige/Betreuung/bevollmächtigte Person, Arzt/Ärztin/Pflege								
Name		Funktion		Tel.				
Name		Funktion		Tel.				
Name		Funktion		Tel.				
Name		Funktion		Tel.				
<b>Schritt 1: Ersteinschätzung und Bestätigung durch Fachkraft</b>								
<b>1.1 Ersteinschätzung</b>								
Benennung der bedeutsamen Diagnosen (Bsp. nächste Seite) sowie Anzeichen für eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes - wahrnehmbare Veränderungen, bitte jeweils benennen bzw. ankreuzen								
	<b>Diagnosen</b>							
	<b>Fortbestehende schwere Symptomatik, trotz krankheitsspezifischer Therapie</b>							
	Körperliche Symptome		Psychische Symptome		Spirituelle Symptome		Soziale Symptome	
	<b>Essen und Trinken deutlich reduziert/eingestellt</b>							
	<b>Verschlechterter Allgemeinzustand (AZ)</b>							
	<b>Betroffene wünschen palliative Sorge, Änderung des Therapieziels</b>							
	<b>Häufigere nicht geplante Klinikaufenthalte</b>							
<b>1.2 Bestätigung durch fachlich-kollegiale Beratung mit weiterer Fachkraft*</b>								
Einschätzung durch (Name)	ja	nein	Datum	Unterschrift(en)				
Bedarf liegt vor								
Bestätigung der Ersteinschätzung (Name)								

\*Bei Dissens vertiefende Fallbesprechung

Anlage zu Basis-Assessment

**Supportive and Palliative Care – Indicators Tool (SPIC<sup>TM</sup>)**

SPIC-DETM ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patient\*innen, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basis-Assessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen		
<b>Krebserkrankung</b>	<b>Kardiovaskuläre Erkrankung</b>	<b>Nierenerkrankung</b>
Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen	Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung	Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung
Patient ist zu schwach für eine Tumortherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle	Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung	Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/ Behandlungen
<b>Demenz/Gebrechlichkeit</b>	<b>Atemwegserkrankung</b>	<b>Lebererkrankung</b>
Multiple Beeinträchtigung, z. B.	Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe / bei geringer körperlicher Belastung	Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen
Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich	Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie	Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z. B.
Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen	Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend	- Diuretikum-resistente Aszites - hepatische Enzephalopathie - hepatorenales Syndrom - bakterielle Peritonitis - rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen
Harn- und Stuhlinkontinenz		
Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich		Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend
Wiederholte Sturzereignisse; Femurfraktur	<b>Andere lebenslimitierende Erkrankungen</b>	
Wiederholte fieberhafte Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie(n)	AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist	
<b>Neurologische Erkrankung</b>	<b>Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte</b>	
Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie	Überprüfung der medikamentösen/nicht medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung	
Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion	Überprüfung, ob ein palliatives Konsil / eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z. B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen	
Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien, Atemnot und/oder Lungenversagen	Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie	
Anhaltende Lähmung nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung	Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige	
	Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz	
	Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans	



## Vertiefende, interdisziplinäre Fallbesprechung und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der vier Dimensionen von Palliative Care

Beispielhafte Symptome bzw. Beschwerden, angelehnt an NCPPC Needs Assessment Guidance (Irland)

Körperliches Befinden	Soziales/berufliches Befinden
<p><b>Schmerzen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Somatische, viszerale, neuropathische Schmerzen, Total Pain?</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzassessment durchgeführt? (Intensität, Lokalisation, Häufigkeit, entlastende bzw. belastende Faktoren)</p> <p><b>Schwäche</b></p> <p><input type="checkbox"/> Erschöpfung ist durch Ausruhen und Schlaf nicht zu beheben</p> <p><b>Respiratorische Symptome</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnoe, Husten, erhöhte bronchiale bzw. oropharyngeale Sekretion</p> <p><b>Gastrointestinale Symptome</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe</p> <p><b>Zentrales Nervensystem</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Delir, Angst, Unruhe, depressive Verstimmung</p> <p><b>Andere</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung, Ödeme, Hautdefekte (Wunden), Sturzgefährdung, Dekubitusgefährdung, Inkontinenz</p>	<p><b>Wille der betroffenen Person</b></p> <p><input type="checkbox"/> Willensäußerung möglich?</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Vorausschauende Versorgungsplanung?</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Therapieziele sind gewünscht?</p> <p><input type="checkbox"/> Wurde eine Beratung nach § 132g SGB V angeboten bzw. durchgeführt? Ist das Ergebnis bekannt?</p> <p><b>Familiäre Unterstützung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Familienstrukturen sind vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es minderjährige oder erwachsene Personen, die in einem Abhängigkeitsverhältnis zur betroffenen Person stehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Macht sich die betroffene Person Sorgen um die Familie?</p> <p><b>Emotionale und soziale Unterstützung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kontaktwunsch zu _____?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es Freunde, Nachbarn, private Pflegepersonen o. ä., die helfen können?</p> <p><input type="checkbox"/> Braucht die betroffene Person mehr Unterstützung oder Hilfe? Wenn ja, was? Und wer könnte dafür in Frage kommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Wichtige Haustiere?</p> <p><b>Praktische Sorge</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wie kommt die betroffene Person zurecht?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist das Zuhause baulich/räumlich zu bewältigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Wer kümmert sich um die alltäglichen Arbeiten in der Familie und im Haushalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es finanzielle Sorgen? Was muss geregelt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Wurde eine Beurteilung der Pflegebedürftigkeit beantragt/durchgeführt? Ist der Pflegegrad passend?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist die Pflege gewährleistet?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es Wünsche auf einen letzten Ort?</p>
Psychisches Befinden	Spirituelles Befinden
<p><b>Stimmung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wie ist die Stimmung der betroffenen Person?</p> <p><input type="checkbox"/> Leidet die Person unter depressiver Verstimmung, Angst, Unruhe, Panikattacken?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es etwas, worauf die Person sich freut?</p> <p><b>Einstellung zur Erkrankung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Versteht die Person ihre Diagnose?</p> <p><input type="checkbox"/> Seit wann besteht die Diagnose? Hat die betroffene Person sich mit der Erkrankung auseinandersetzen können, oder ist alles sehr frisch?</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Erwartungen oder Ziele hat die Person?</p> <p><b>Ressourcen/Stärken</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Ressourcen oder Stärken sind vorhanden (z. B. Hobbys, andere Personen, Glaube...)?</p> <p><b>Total Pain</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leidet die Person unter unkontrollierten, multidimensionalen Schmerzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Tragen psychische, emotionale, spirituelle, soziale Aspekte zur Symptomlast bei?</p> <p><b>Vorhandensein einer geistigen Erkrankung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leidet die betroffene Person unter einer geistigen Erkrankung, die zu gesteigertem psychischen Stress führen könnte?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist eine solche Erkrankung in der Vergangenheit bekannt?</p>	<p><b>Persönliche Spiritualität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Elemente der individuellen, persönlichen Spiritualität erlebt die betroffene Person als hilfreich?</p> <p><input type="checkbox"/> Was bedeutet Spiritualität für die Person?</p> <p><b>Religionszugehörigkeit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ist die Person Mitglied einer Religionsgemeinschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> Wird dies als hilfreiche Ressource angesehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Möchte die Person seelsorgliche Unterstützung?</p> <p><b>Wünsche für das Lebensende</b></p> <p><input type="checkbox"/> Was gibt der betroffenen Person Stärke/Frieden/Trost in Zeiten der Erkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es bestimmte Wünsche für das Lebensende?</p> <p><b>Auswirkungen der Spiritualität auf medizinische Behandlung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Relevanz hat die individuelle Spiritualität/der Glaube der Person für die medizinische Behandlung (z. B. Blutkonserven...)?</p>

### 3.3 Leitfaden zur Nutzung des Basis-Assessments (in Anlehnung an SPICT.DE)

#### 1. Allgemeine Vorbemerkungen

Das vorliegende Dokument ist ein bereichsübergreifendes Basis-Assessment, das sowohl in der Häuslichkeit als auch in der Klinik und in der Langzeitpflege anwendbar ist. Es ermöglicht mit einer überschaubaren Anzahl definierter Kriterien festzustellen, ob die betreffende Person einen hospizlich-palliativen Bedarf hat und ob ihr eine hospizlich-palliative Sorge angeboten werden soll.

Das Basis-Assessment wird grundsätzlich von einer Fachkraft (Pflege/Medizin) durchgeführt und von einer zweiten Fachkraft evaluiert und ggf. bestätigt. Eine Zuordnung zur Zielgruppe erfolgt daher grundsätzlich fachlich abgestimmt.

Initiiert werden kann das Basis-Assessment von jeder Person im Umfeld des Betroffenen, die eine entsprechende Wahrnehmung äußert (das heißt Angehörige, Bevollmächtigte, Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten, Besucher\*innen, Gäste, u. a.)

Es konzentriert sich auf fachlich überprüfte und daher zuverlässige Indikatoren, die bereichsübergreifend Gültigkeit haben. Das Basis-Assessment kann daher mit einem hohen Maß an Sicherheit einfach und zügig bearbeitet werden. Es ermöglicht dadurch eine zeitnahe hospizlich-palliative Bedarfsplanung.

Die bereichsübergreifende Einsetzbarkeit unterstützt die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen hospizlich-palliativen Verständnisses. Es schafft eine gemeinsame Grundlage zur Erkennung hospizlich-palliativen Bedarfes. Darauf aufbauend kann ein individuelles hospizlich-palliatives Angebot geplant werden.

#### 2. Zur praktischen Anwendung des Basis-Assessments

##### Schritt 1:

Ersteinschätzung durch eine Fachkraft und Überprüfung durch eine zweite Fachkraft.

Im ersten Schritt wird auf Grundlage der Kriterien kollegial überprüft, ob die betroffene Person einen hospizlich-palliativen Bedarf hat. Dabei ist anzukreuzen, ob ein entsprechender Bedarf besteht (ja) oder nicht besteht (nein).

##### Schritt 2:

Sofern ein Bedarf festgestellt und durch eine zweite Fachkraft bestätigt wurde, erfolgt eine Fallbesprechung mit Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der vier Dimensionen von Palliative Care. In die Fallbesprechung ist immer auch ein Arzt/eine Ärztin einzubeziehen.

Eine vertiefte Planung erfolgt mit den jeweils gebräuchlichen, bereichsspezifischen Instrumenten und Dokumenten. Die beiden Innenseiten 2 und 3 bieten dabei jeweils Erläuterungen und Anregungen zu spezifischen Indikatoren für Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium bzw. zu den vier Dimensionen von Palliative Care. Diese können im Bedarfsfall, z. B. insbesondere in der Einführungsphase des Basis-Assessments zum hospizlich-palliativen Bedarf, genutzt werden. Der Bogen bietet auf der 4. Seite die Möglichkeit, konkrete Maßnahmen und die hierfür verantwortlichen Personen zu benennen.



### 3.4 Fragebogen für Patient\*innen

Es ist uns wichtig zu wissen, wie es Ihnen geht! Der Fragenbogen ist ein Angebot an Sie und enthält wichtige Fragen bei schwerer Erkrankung. Er soll Sie unterstützen in der Vorbereitung auf ein gemeinsames Gespräch und verbleibt zu Ihren Händen.

## Fragebogen für Patient\*innen

### Körperliches Befinden

#### Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?

- Schmerzen
- Schwäche
- Bewegungseinschränkungen
- Sturzgefährdung
- Wassereinlagerungen
- Wunden (wo, welche?)
- Druckgeschwüre
- Blasenschwäche
- Stuhlinkontinenz
- ...

#### Gibt es Besonderheiten mit dem Schlafen und/oder der Orientierung?

- Schlaflosigkeit
- Müdigkeit
- Unruhe
- Verwirrtheit
- Vergesslichkeit
- ...

#### Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung und/oder der Verdauung?

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit/Erbrechen
- Schluckstörungen
- Verstopfung
- Durchfall
- ...

#### Gibt es Besonderheiten bei der Atmung?

- Luftnot
- Husten
- Schleimbildung
- Auswurf
- ...

### Seelisches Befinden

#### Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?

- „normal“
- angespannt
- niedergeschlagen
- traurig
- ängstlich
- unruhig
- panisch
- wütend
- wechselhaft
- ...

#### Was gibt Ihnen in Ihrer Erkrankung Zuversicht und Kraft?

#### Wer und was kann Sie dabei unterstützen?

## Spirituelles Befinden

- Was gibt Ihnen Stärke, Frieden und Trost im Leben?
- Ist der Glaube für Sie eine Kraftquelle?
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die kommende Lebenszeit?
- ...

## Soziales Leben

### Fragen zum häuslichen Umfeld:

- Wie kommen Sie persönlich Zuhause zurecht?
- Ist Ihre Wohnung baulich/räumlich für Ihre Lebenssituation geeignet?
- Wer kümmert sich um die alltäglichen Arbeiten in Ihrer Familie und im Haushalt?
- Sind für Sie alle finanziellen Fragen beantwortet? Muss noch etwas geklärt werden?
- ...

### Welche familiären und/oder anderen Unterstützungen haben Sie?

- Wer unterstützt Sie?
- Wo fehlt Unterstützung? Wer könnte dafür in Frage kommen?
- Zu wem haben Sie besonderen Kontakt?
- Welche weiteren Personen, Freunde, Nachbarn, private Pflegepersonen könnten Ihnen helfen?
- Welche Dienstleistungen bekommen Sie?
- Haben Sie Haustiere, um die man sich kümmern muss?
- ...

### Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung:

- Wurde für Sie die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit beantragt?
- Ist der Pflegegrad passend oder ist eine Höherstufung notwendig?
- Wie ist Ihre Pflege derzeit gewährleistet?
- ...

### Welche Vorsorgeregelungen liegen vor?

- Haben Sie eine Patientenverfügung?
- Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und/oder weitere Vorsorgeregelungen?
- Wem liegen diese vor?
- ...

## Fragen zur Erkrankung

- Sind Ihnen die Krankheitsbilder und die Diagnosen bekannt und verständlich?
- Haben Sie noch weitere Fragen zur Erkrankung?
- Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Behandlung?
- Was ist Ihnen besonders wichtig?
- Was möchten Sie nicht?
- ...

Vertretungspersonen, die für die erkrankte Person antworten, sind hier selbstverständlich mit gemeint.

### 3.5 Einbindung der hospizlichen und palliativen Sorge ins Qualitätsmanagement

Warum ist eine Integration der wichtigsten Regelungsbereiche palliativer Sorge (mit den entsprechenden Indikatoren) in die PDCA-Logik sinnvoll?

Der PDCA-Zyklus (= Qualitätskreislauf, auch Deming-Zyklus oder Regelkreis genannt) ist Grundlage der meisten anerkannten QM-Systeme (wie z. B. DIN ISO, EFQM u. a.)

- ▶ Alle beteiligten Bereiche (von den ambulanten Diensten in der Häuslichkeit, den Krankenhäusern, Hospizen und Hospizdiensten bis hin zu den stationären Altenhilfeeinrichtungen) haben jeweils spezifische gesetzliche Vorgaben zur Umsetzung eines internen Qualitätsmanagementsystems zu erfüllen (SGB XI und Heimgesetze der Länder, SGB V u. a.)
- ▶ Für die spirituelle und seelsorgliche Begleitung im Rahmen der hospizlichen und palliativen Sorgeskultur in der Diözese Trier liegt die Verantwortung für die Qualitätssicherung auf Grundlage der Prinzipien bei den Pastoralen Räumen und den Pfarreien im Verbund mit der Seelsorge in Einrichtungen.
- ▶ Die daraus folgende Orientierung am PDCA-Zyklus zur systematischen Entwicklung der Qualität verbindet über die Bereichsgrenzen hinaus alle Akteure im Gesundheitssystem und kann dadurch eine integrative Wirkung zur Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen Verständnisses palliativer Pflege entfalten.
- ▶ Die Beschreibung in PDCA-Zyklen mit Hinterlegung objektivierbarer Prüfindikatoren
  - ▶ leitet an zu einer systematischen Beschreibung der Prozesse und macht diese damit überprüfbar und Qualität nachweisbar
  - ▶ bietet Orientierung zur Bewertung des eigenen Entwicklungsstandes
  - ▶ bietet Orientierung zum Aufbau und zur Weiterentwicklung entsprechender Konzepte und Strukturen, Verfahren, Abläufe, ...
  - ▶ ist Voraussetzung zur Integration der palliativen Sorge in das bestehende QM-System der Organisation.
- ▶ Letztlich werden die vier gemeinsamen und bereichsübergreifenden Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur als wichtiger Bestandteil des gesamten Managementsystems bzw. Gesamtkonzeptes der Einrichtungen und Dienste operationalisiert und praktisch umsetzbar.



**PDCA leitet sich ab von PLAN, DO, CHECK, ACT und beschreibt den Kreislauf einer zielorientierten, kontinuierlichen Verbesserung in vier Schritten.**

### **ACT = Verbesserungsmaßnahmen**

Darstellung von - sich aus dem CHECK ergebenden - Handlungsaufträgen (Verbesserungsmaßnahmen oder Fortsetzung der bestehenden Praxis, sofern es keine Verbesserungspotentiale gibt).

### **PLAN = Ziel- und Prozessplanung**

Welches Ziel verfolgt die Einrichtung in Bezug auf diesen Prozess/dieses Qualitätsmerkmal?

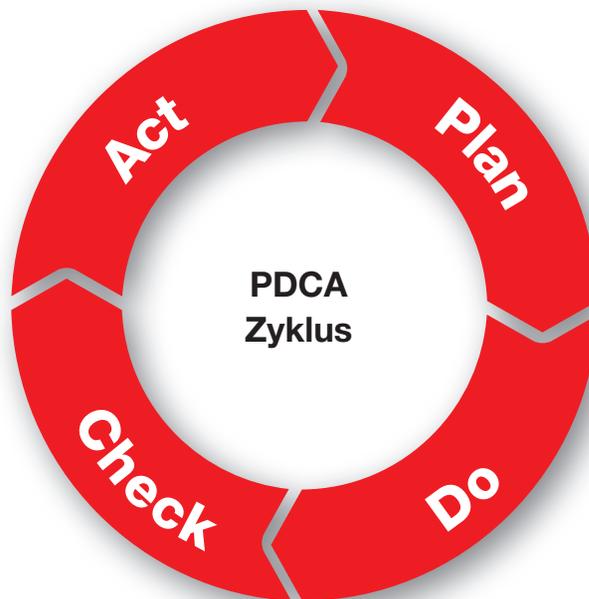
Welche Regelungen, Konzepte, Anweisungen gibt es bzw. sind in Vorbereitung/Umsetzung (nachweisbar, keine Absichtserklärungen)?

Sind Verantwortlichkeiten geklärt?

Umfassen die Planungen Qualifizierungsmaßnahmen und Informationen der Mitarbeiter\*innen?

Ist bereits eine systematische Überprüfung des Prozesses/Sachverhalts nachweislich geplant?

Sind Messkriterien und Messinstrumente benannt?



### **CHECK = Evaluation**

Darstellung der konkreten Ergebnisse der systematischen Überprüfung des PLAN und des DO mittels der im PLAN benannten Prüfkriterien und Prüfinstrumente. Die Beantwortung sollte so konkret wie möglich sein (konkrete Beispiele; wer hat was, wann, mit welchem Ergebnis überprüft?).

### **DO = Umsetzung in die Praxis**

Hier wird die gelebte Praxis dargestellt. Inwieweit sind die im PLAN benannten Vorgaben in allen relevanten Bereichen, ggf. durch Verfahrensanweisungen oder Standards nachweisbar, umgesetzt?

### Verantwortung auf Ebene des Trägers

Nr.	Frage
Plan 1.1.1	Beschreiben Sie die aus den Prinzipien der christlichen Hospiz- und Palliativkultur und Ihres Leitbildes abgeleiteten Ziele und Vorgaben für Ihre Einrichtungen und Dienste zur hospizlichen und palliativen Sorge!
Do 1.1.2.01	Wie haben Sie die Ziele und Vorgaben unter Einbeziehung Ihrer Dienste und Einrichtungen entwickelt?
1.1.2.02	Wie sichern Sie die multiprofessionelle Zusammenarbeit über alle Hierarchieebenen und -bereiche sowohl intern und als auch extern?
1.1.2.03	Wie sichern Sie die notwendigen personellen und sächlichen Ressourcen?
1.1.2.04	Wie sichern Sie die Umsetzung der Ziele und Vorgaben sowie deren Nachhaltigkeit?
Check 1.1.3	Welche Ergebnisse haben die konkreten Überprüfungen des Zielerreichungsgrades der Leistungen der Einrichtung auf Grundlage Ihrer Ziele und Vorgaben?
Act 1.1.4	Wie werden Erkenntnisse aus der Überprüfung in Verbesserungen eingebracht?

### Verantwortung auf Ebene der Dienste und Einrichtungen

Nr.	Frage
Plan 1.1.1	Beschreiben Sie Ihre Zielsetzungen, Konzepte und Planungen zur christlichen Hospiz- und Palliativkultur!
Do 1.1.2.01	Wie haben Sie Ihr Selbstverständnis und Konzept zur hospizlichen und palliativen Sorge entwickelt und erarbeitet?
1.1.2.02	Wie haben Sie dabei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer Funktion und Qualifikation beteiligt/integriert?
1.1.2.03	Wie haben Sie im Hospiz- und Palliativkonzept die Kompetenzen und Zuständigkeiten verlässlich geregelt, qualitativ und quantitativ (Pflege/Medizin/Seelsorge/Therapie/Ehrenamt...)?
1.1.2.04	Wie haben Sie die potentiellen Kooperationen im Hospiz- und Palliativnetzwerk grundsätzlich identifiziert, benannt und geregelt?
1.1.2.05	Wie sind Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Sorge identifiziert und Übergänge im Einzelfall verbindlich geregelt?
1.1.2.06	Wie berücksichtigen und sichern Sie die Anliegen und Wünsche der Angehörigen zur hospizlichen und palliativen Sorge der betroffenen Personen?
1.1.2.07	Wie stellen Sie eine nachhaltige Begleitung der Mitarbeitenden sicher?
Check 1.1.3.01	Welche Ergebnisse haben die konkreten Überprüfungen Ihrer Planungen und Umsetzungen auf Grundlage der Prüfkriterien und -instrumente erbracht?
Act 1.1.4.01	Wie werden Erkenntnisse aus der Überprüfung in Verbesserungen eingebracht?

### Personenorientierung – es gilt der individuelle Mensch!

Nr.	Frage
Plan 1.1.1.01	Beschreiben Sie Ihre Zielsetzungen, Konzepte und Planungen zur Identifikation der Betroffenen und zur Sicherstellung einer hospizlichen und palliativen Sorge, orientiert an deren Willen!
Do 1.1.2.01	Wie stellen Sie die Durchführung des basalen/initialen Assessments sicher?
1.1.2.02	Wie erfassen Sie die patienten- und bewohnerbezogenen Bedürfnisse und das Vorhandensein von Vorsorgedokumenten?
1.1.2.03	Wie stellen Sie sicher, dass die Bedürfnisse der Zielgruppe nach hospizlicher und palliativer Sorge geplant und umgesetzt werden unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen sowie der Bevollmächtigten?
1.1.2.04	Wie stellen Sie den notwendigen internen und externen interdisziplinären Austausch sowie die Organisation der internen und externen Vernetzung sicher?
1.1.2.05	Wie werden letzte Anliegen der Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen in den Prozessen berücksichtigt?
Check 1.1.3.01	Welche Ergebnisse haben die konkreten Überprüfungen Ihrer Planungen und Umsetzungen auf Grundlage der Prüfkriterien und -instrumente erbracht?
Act 1.1.4.01	Wie werden Erkenntnisse aus der Überprüfung in Verbesserungen eingebracht?

### Verantwortung auf Ebene der Pfarrei und des Pastoralen Raumes

Nr.	Frage
Plan 1.1.1	Beschreiben Sie Ihre Zielsetzungen, Konzepte und Planungen zur spirituellen und seelsorglichen Begleitung im Pastoralen Raum und den zugehörigen Pfarreien auf Grundlage der „Prinzipien zum Verständnis einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur“ in der Diözese Trier!
Do 1.1.2.01	Wie stellen Sie sicher, dass die spirituellen und seelsorglichen Bedürfnisse der Schwerstkranken und Sterbenden in der hospizlichen und palliativen Sorge erfasst werden und eine Begleitung gewährleistet ist?
1.1.2.02	Wie sind die Zuständigkeiten verlässlich geregelt, qualitativ und quantitativ?
1.1.2.03	Wie ist die Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten verbindlich geregelt?
Check 1.1.3.01	Welche Ergebnisse haben die konkreten Überprüfungen Ihrer Planungen und Umsetzungen auf Grundlage der Prüfkriterien und -instrumente erbracht?
Act 1.1.4.01	Wie werden Erkenntnisse aus der Überprüfung in Verbesserungen eingebracht?

# 4 | Fallvignetten ambulante Pflege, Pflegeheim, Akutkrankenhaus

## Einleitung/Überblick

**Der Begriff „Vignette“ stammt aus dem Französischen und ist vom Wortursprung eine Verkleinerungsform von Vigne, dem Weinstock. Historisch tauchte die Vignette dann zunächst im Buchdruck auf und wurde dort als Ausdruck für eine Randverzierung verwendet (Rosenberger 2016). Heute wird der Ausdruck „Fallvignette“ in vielen Berufsfeldern genutzt und in Medizin und Pflege im Sinne von exemplarischen Beschreibungen einer Patientenkarriere gebraucht. Dabei kann diese Beschreibung rein fiktiv sein oder sich auf einen realen Menschen beziehen.**

Fallvignetten eignen sich in besonderer Weise, komplexe Fallverläufe zu beschreiben und zu reflektieren. Eine solche Komplexität tritt insbesondere in der Hospiz- und Palliativversorgung auf, in die neben den Sterbenden und den Angehörigen unterschiedliche Berufs- und Personengruppen sowie verschiedene Sektoren eingebunden sind. Dadurch entstehen an den jeweiligen Schnittstellen viele Kommunikationsbedarfe und Abstimmungserfordernisse, die im Rahmen der Vignetten verdeutlicht werden können.

Darüber hinaus spielen in der Hospiz- und Palliativversorgung professionsethische Fragestellungen eine große Rolle. Es sind mitunter schwierige Entscheidungen zu treffen, um im jeweiligen Einzelfall den Willen des betroffenen Menschen zu erkunden und umzusetzen. Überdies rücken die Angehörigen in ihrer verletzlichen Situation in den Fokus, die einer emotionalen Unterstützung und fachkundigen Beratung bedürfen. Die Vignetten zeigen in diesem Zusammenhang ethische Dilemmata auf und dienen als Grundlage für ethische Reflexionen und Entscheidungen.

Aus den Reihen der ins Projekt eingebundenen katholischen Einrichtungen haben drei Verantwortliche auf der Grundlage des Basis-Assessments solche Fallvignetten aus ihrer realen Arbeitspraxis zur Verfügung gestellt. Es handelt sich jeweils um ein Beispiel aus der ambulanten Pflege, aus dem Pflegeheim und aus dem Akutkrankenhaus. Für die Fallvignette aus der ambulanten Pflege wurden exemplarisch auch die zugrunde liegenden Instrumente (Basis-Assessment, Fragebogen für Patient\*innen) mit angefügt. Die folgenden Beispiele sollen Verantwortlichen und Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens einen praxisnahen Eindruck vom Nutzen eines strukturierten Vorgehens anhand der erarbeiteten Instrumente vermitteln.



#### 4.1 Praxisbeispiel Basis-Assessment „Hospizlich-palliativen Bedarf erkennen und benennen“

### Hospizlich palliativen Bedarf erkennen und benennen

Leitfaden zum Erkennen von Personen, denen eine hospizliche und palliative Sorge zukommen soll

Name/Vorname Patient/-in bzw. Bewohner/-in	<i>Frau A.</i>			Geburtsdatum	<i>00.00.0000</i>		
Datum Ersteinschätzung	<i>06.10.2021</i>	Einrichtung/ Zugangsdaten	<i>Sozialstation</i>				
Datum Fallbesprechung/ Maßnahmenplanung	<i>07.10.2021</i>						
Datum Re-Assessment	<i>14.10.2021</i>						
Datum Re-Assessment		Kontaktperson	<i>Frau K.</i>	Tel.	<i>0000</i>		
<b>Wichtige Kontaktpersonen/Funktion:</b> z. B. Angehörige/Betreuung/bevollmächtigte Person, Arzt/Ärztin/Pflege							
Name	<i>Herr A.</i>	Funktion	<i>Ehefrau</i>	Tel.			
Name	<i>Frau S.</i>	Funktion	<i>Tochter</i>	Tel.			
Name	<i>Dr. G.</i>	Funktion	<i>Hausarzt</i>	Tel.			
Name	<i>SAPV</i>	Funktion	<i>Palliative Versorgung</i>	Tel.			
<b>Schritt 1: Ersteinschätzung und Bestätigung durch Fachkraft</b>							
<b>1.1 Ersteinschätzung</b>							
Benennung der bedeutsamen Diagnosen (Bsp. nächste Seite) sowie Anzeichen für eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes - wahrnehmbare Veränderungen, bitte jeweils benennen bzw. ankreuzen							
<b>Diagnosen:</b> <i>Chronische Niereninsuffizienz, Diabetes Mellitus, Polyarthritits, Rheuma, pulmonale Hypertonie, koronare Herzerkrankung</i>							
<b>Fortbestehende schwere Symptomatik, trotz krankheitsspezifischer Therapie</b>							
Körperliche Symptome	<input checked="" type="checkbox"/>	Psychische Symptome	<input checked="" type="checkbox"/>	Spirituelle Symptome	<input type="checkbox"/>	Soziale Symptome	<input type="checkbox"/>
<b>Essen und Trinken deutlich reduziert/eingestellt</b> <i>Ja</i>							
<b>Verschlechterter Allgemeinzustand (AZ)</b> <i>Ja</i>							
<b>Betroffene wünschen palliative Sorge, Änderung des Therapieziels</b> <i>Ja</i>							
<b>Häufigere nicht geplante Klinikaufenthalte</b> <i>Ja</i>							
<b>1.2 Bestätigung durch fachlich-kollegiale Beratung mit weiterer Fachkraft*</b>							
Einschätzung durch (Name) <i>Frau K.</i>	ja	nein	Datum:	Unterschrift(en):			
Bedarf liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bestätigung der Ersteinschätzung (Name) <i>Frau P., Frau U.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

\*Bei Dissens vertiefende Fallbesprechung

Anlage zu Basis-Assessment

**Supportive and Palliative Care – Indicators Tool (SPIC<sup>TM</sup>)**

SPIC-DETM ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patient\*innen, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basis-Assessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen		
<b>Krebserkrankung</b>	<b>Kardiovaskuläre Erkrankung</b>	<b>Nierenerkrankung</b>
Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen	Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung	Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung
Patient ist zu schwach für eine Tumortherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle	Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung	Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/ Behandlungen
<b>Demenz/Gebrechlichkeit</b>	<b>Atemwegserkrankung</b>	<b>Lebererkrankung</b>
Multiple Beeinträchtigung, z. B.	Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe / bei geringer körperlicher Belastung	Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen
Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich	Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie	Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z. B.
Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen	Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend	- Diuretikum-resistente Aszites - hepatische Enzephalopathie - hepatorenales Syndrom - bakterielle Peritonitis - rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen
Harn- und Stuhlinkontinenz		
Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich		Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend
Wiederholte Sturzereignisse; Femurfraktur	<b>Andere lebenslimitierende Erkrankungen</b>	
Wiederholte fieberhafte Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie(n)	AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist	
<b>Neurologische Erkrankung</b>	<b>Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte</b>	
Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie	Überprüfung der medikamentösen/nicht medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung	
Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion	Überprüfung, ob ein palliatives Konsil / eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z. B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen	
Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien, Atemnot und/oder Lungenversagen	Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie	
Anhaltende Lähmung nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung	Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige	
	Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz	
	Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans	

## Schritt 2: Vertiefende, interdisziplinäre Fallbesprechung und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der vier Dimensionen von Palliative Care

### Maßnahmenplanung

Stichwortartige Kurzbeschreibung der erforderlichen Maßnahmen, z.B.:

Überprüfung aller therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zur Symptomlinderung

Beratung nach § 132 SGB V organisieren (stationäre Pflegeeinrichtungen)

Organisation der häuslichen Sorge  Einbezug der Seelsorge  Stärkung des familiären Umfeldes

ambulantes Hospiz  SAPV  stationäres Hospiz  weiterführende/notwendige Kooperationen

Maßnahme:	Verantwortliche Person/en:
<i>Anpassung Körperpflege/Lagerung</i>	<i>Sozialstation</i>
<i>Organisation Pflegehilfsmittel</i>	<i>Sozialstation</i>
<i>Schmerzeinschätzung</i>	<i>SAPV, Sozialstation</i>
<i>Medikamentöse Therapie</i>	<i>SAPV</i>
<i>Bearbeitung von Unruhe und Ängsten</i>	<i>SAPV, Sozialstation</i>
<i>Kontaktaufnahme zum Hausarzt</i>	<i>Sozialstation</i>
<i>Stärkung der Familie (Besprechung Therapieziele, Versorgungsplanung)</i>	<i>SAPV, Sozialstation</i>
<i>Einbindung Seelsorge</i>	<i>Tochter</i>

### Re-Assessment

Re-Assessment erforderlich in ca.	<b>5</b>	Tage/Wochen/Monate:	
Erforderliche, zu beteiligende Personen:	<i>Ehemann, Tochter, Sohn</i>		
	<i>Sozialstation</i>		
	<i>SAPV</i>		
Verantwortlich für die Organisation des Termins:	<i>Sozialstation, SAPV</i>		

## Vertiefende, interdisziplinäre Fallbesprechung und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der vier Dimensionen von Palliative Care

Beispielhafte Symptome bzw. Beschwerden, angelehnt an NCPPC Needs Assessment Guidance (Irland)

Körperliches Befinden	Soziales/berufliches Befinden
<p><b>Schmerzen</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Somatische, viszerale, neuropathische Schmerzen, Total Pain?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Schmerzassessment durchgeführt? (Intensität, Lokalisation, Häufigkeit, entlastende bzw. belastende Faktoren)</p> <p><b>Schwäche</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Erschöpfung ist durch Ausruhen und Schlaf nicht zu beheben</p> <p><b>Respiratorische Symptome</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dyspnoe, Husten, erhöhte bronchiale bzw. oropharyngeale Sekretion</p> <p><b>Gastrointestinale Symptome</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe</p> <p><b>Zentrales Nervensystem</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Delir, Angst, Unruhe, depressive Verstimmung</p> <p><b>Andere</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung, Ödeme, Hautdefekte (Wunden), Sturzgefährdung, Dekubitusgefährdung, Inkontinenz</p>	<p><b>Wille der betroffenen Person</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Willensäußerung möglich?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Vorausschauende Versorgungsplanung?</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Therapieziele sind gewünscht?</p> <p><input type="checkbox"/> Wurde eine Beratung nach § 132g SGB V angeboten bzw. durchgeführt? Ist das Ergebnis bekannt?</p> <p><b>Familiäre Unterstützung</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Welche Familienstrukturen sind vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es minderjährige oder erwachsene Personen, die in einem Abhängigkeitsverhältnis zur betroffenen Person stehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Macht sich die betroffene Person Sorgen um die Familie?</p> <p><b>Emotionale und soziale Unterstützung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kontaktwunsch zu _____?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es Freunde, Nachbarn, private Pflegepersonen o. ä., die helfen können?</p> <p><input type="checkbox"/> Braucht die betroffene Person mehr Unterstützung oder Hilfe? Wenn ja, was? Und wer könnte dafür in Frage kommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Wichtige Haustiere?</p> <p><b>Praktische Sorge</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wie kommt die betroffene Person zurecht?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist das Zuhause baulich/räumlich zu bewältigen?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Wer kümmert sich um die alltäglichen Arbeiten in der Familie und im Haushalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es finanzielle Sorgen? Was muss geregelt werden?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Wurde eine Beurteilung der Pflegebedürftigkeit beantragt/durchgeführt? Ist der Pflegegrad passend?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist die Pflege gewährleistet?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es Wünsche auf einen letzten Ort?</p>
Psychisches Befinden	Spirituelles Befinden
<p><b>Stimmung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wie ist die Stimmung der betroffenen Person?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Leidet die Person unter depressiver Verstimmung, Angst, <b>Unruhe</b>, Panikattacken?</p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es etwas, worauf die Person sich freut?</p> <p><b>Einstellung zur Erkrankung</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Versteht die Person ihre Diagnose? <b>Ja</b></p> <p><input type="checkbox"/> Seit wann besteht die Diagnose? Hat die betroffene Person sich mit der Erkrankung auseinandersetzen können, oder ist alles sehr frisch?</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Erwartungen oder Ziele hat die Person?</p> <p><b>Ressourcen/Stärken</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Welche Ressourcen oder Stärken sind vorhanden (z.B. Hobbys, <b>andere Personen</b>, <b>Glaube</b>...)</p> <p><b>Total Pain</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leidet die Person unter unkontrollierten, multidimensionalen Schmerzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Tragen psychische, emotionale, spirituelle, soziale Aspekte zur Symptomlast bei?</p> <p><b>Vorhandensein einer geistigen Erkrankung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leidet die betroffene Person unter einer geistigen Erkrankung, die zu gesteigertem psychischen Stress führen könnte?</p> <p><input type="checkbox"/> Ist eine solche Erkrankung in der Vergangenheit bekannt?</p>	<p><b>Persönliche Spiritualität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Elemente der individuellen, persönlichen Spiritualität erlebt die betroffene Person als hilfreich?</p> <p><input type="checkbox"/> Was bedeutet Spiritualität für die Person?</p> <p><b>Religionszugehörigkeit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ist die Person Mitglied einer Religionsgemeinschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> Wird dies als hilfreiche Ressource angesehen?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Möchte die Person seelsorgliche Unterstützung? <b>Ja</b></p> <p><b>Wünsche für das Lebensende</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Was gibt der betroffenen Person Stärke/Frieden/Trost in Zeiten der Erkrankung? <b>Familie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gibt es bestimmte Wünsche für das Lebensende?</p> <p><b>Auswirkungen der Spiritualität auf medizinische Behandlung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Welche Relevanz hat die individuelle Spiritualität/der Glaube der Person für die medizinische Behandlung (z. B. Blutkonserven...)?</p>

## 4.2 Praxisbeispiel Fragebogen für Patient\*innen

Es ist uns wichtig zu wissen, wie es Ihnen geht! Der Fragenbogen ist ein Angebot an Sie und enthält wichtige Fragen bei schwerer Erkrankung. Er soll Sie unterstützen in der Vorbereitung auf ein gemeinsames Gespräch und verbleibt zu Ihren Händen.

### Fragebogen für Patient\*innen

#### Körperliches Befinden

##### Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?

- Schmerzen
- Schwäche
- Bewegungseinschränkungen
- Sturzgefährdung
- Wassereinlagerungen
- Wunden (wo, welche?) *Hautläsionen Arme und Hände*
- Druckgeschwüre
- Blasenschwäche
- Stuhlinkontinenz
- ...

##### Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung und/oder der Verdauung?

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit/Erbrechen
- Schluckstörungen
- Verstopfung
- Durchfall
- ...

##### Gibt es Besonderheiten mit dem Schlafen und/oder der Orientierung?

- Schlaflosigkeit
- Müdigkeit
- Unruhe
- Verwirrtheit
- Vergesslichkeit
- ...

##### Gibt es Besonderheiten bei der Atmung?

- Luftnot *Manchmal*
- Husten
- Schleimbildung
- Auswurf
- ...

#### Seelisches Befinden

##### Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?

- „normal“
- angespannt
- niedergeschlagen
- traurig
- ängstlich
- unruhig
- panisch
- wütend
- wechselhaft
- ...

##### Was gibt Ihnen in Ihrer Erkrankung Zuversicht und Kraft?

*Kontakt zu Ehemann und Kindern, Gespräche, Glaube*

##### Wer und was kann Sie dabei unterstützen?

*Familie*

## Spirituelles Befinden

- Was gibt Ihnen Stärke, Frieden und Trost im Leben? *Familie, Glaube*
- Ist der Glaube für Sie eine Kraftquelle? *Ja*
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die kommende Lebenszeit? *Keine Schmerzen, mit Appetit essen*
- ...

## Soziales Leben

### Fragen zum häuslichen Umfeld:

- Wie kommen Sie persönlich Zuhause zurecht? *Nur mit Hilfe*
- Ist Ihre Wohnung baulich/räumlich für Ihre Lebenssituation geeignet?
- Wer kümmert sich um die alltäglichen Arbeiten in Ihrer Familie und im Haushalt? *Ehemann*
- Sind für Sie alle finanziellen Fragen beantwortet? Muss noch etwas geklärt werden?
- ...

### Welche familiären und/oder anderen Unterstützungen haben Sie?

- Wer unterstützt Sie? *Ehemann, Tochter*
- Wo fehlt Unterstützung? Wer könnte dafür in Frage kommen?
- Zu wem haben Sie besonderen Kontakt? *Tochter*
- Welche weiteren Personen, Freunde, Nachbarn, private Pflegepersonen könnten Ihnen helfen?
- Welche Dienstleistungen bekommen Sie? *SST, SAPV*
- Haben Sie Haustiere, um die man sich kümmern muss?
- ...

### Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung:

- Wurde für Sie die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit beantragt?
- Ist der Pflegegrad passend oder ist eine Höherstufung notwendig? *Höherstufung ist beantragt*
- Wie ist Ihre Pflege derzeit gewährleistet? *Sichergestellt*
- ...

### Welche Vorsorgeregelungen liegen vor?

- Haben Sie eine Patientenverfügung? *Ja*
- Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und/oder weitere Vorsorgeregelungen? *Ja*
- Wem liegen diese vor? *Ehemann, Kindern*
- ...

## Fragen zur Erkrankung

- Sind Ihnen die Krankheitsbilder und die Diagnosen bekannt und verständlich? *Ja*
- Haben Sie noch weitere Fragen zur Erkrankung?
- Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Behandlung? *Nicht so viele Schmerzen*
- Was ist Ihnen besonders wichtig? *Bei meiner Familie zuhause zu sein*
- Was möchten Sie nicht? *Ins Krankenhaus*
- ...

Vertretungspersonen, die für die erkrankte Person antworten, sind hier selbstverständlich mit gemeint.

### 4.3 Fallvignette ambulante Pflege

Frau A. ist 85 Jahre alt, ist verheiratet und lebt mit ihrem Ehemann im eigenen Haus. Sie leidet unter Diabetes Mellitus, chronischer Niereninsuffizienz, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Polyarthrit und Rheuma, ist aber noch sehr selbständig und kommt gut zurecht. Das Ehepaar hat eine Tochter und einen Sohn, die die Eltern regelmäßig besuchen. Ehemann und Tochter sind im Besitz einer Vorsorgevollmacht für alle Bereiche. Es herrscht eine herzliche und verbundene Stimmung innerhalb der Familie.

Nachdem die Sozialstation ursprünglich nur zur Insulingabe über eine längere Zeit ins Haus kam, baut Frau A. körperlich zunehmend ab und verliert an Alltagskompetenzen. Die nun erforderliche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erfolgt über die Familie. Ebenso übernimmt die Tochter die Administration und Koordination der Hilfen, z. B. die Kommunikation mit dem Hausarzt. Die Sozialstation passt ihre Leistungen an den veränderten Pflegebedarf an und übernimmt neben der Insulingabe die Kompressionstherapie wegen der starken Wassereinlagerungen sowie einmal wöchentlich Hilfe bei der Körperpflege. Dadurch wird insbesondere der Ehemann entlastet, der selbst schon hochbetagt ist.

In der Folge verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Frau A. weiter. Sie ist nicht mehr in der Lage zu gehen, ist bettlägerig, und ein Transfer vom Bett in den Stuhl kann nicht mehr ohne fachliche Unterstützung durchgeführt werden. Die durch die Herzschwäche ausgelösten Wassereinlagerungen behindern die Atmung und sie steht in Gefahr, Druckgeschwüre zu entwickeln.

Frau A. äußert eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und klagt über Appetitlosigkeit. Zudem entstehen immer wieder Pilzinfektionen. In der Folge kommt es zu vermehrten Krankenhausaufenthalten innerhalb kurzer Intervalle.

Der Ehemann kann die Pflegesituation nicht richtig einschätzen und zeigt einen erhöhten Beratungsbedarf. Immer wieder finden Gespräche mit der Bezugspflegekraft statt. Er hofft darauf, dass es seiner Frau nach den jeweiligen Krankenhausaufenthalten wieder besser geht, was sich jedoch nicht einstellt. Die Familie findet Trost und Halt im Glauben und sieht diesen als Kraftquelle. Aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Situation wünscht sich Frau A. in erster Linie Schmerzfreiheit und dass sie wieder mit Appetit essen kann.

Die Bezugspflegekraft veranlasst nach einem weiteren Krankenhausaufenthalt, der mit gravierenden Verschlechterungen des Allgemeinzustandes einhergeht, eine Prüfung des palliativen Bedarfs. Alle therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zur Symptomlinderung werden überprüft und angepasst. Die Planung bezieht sich vor allem auf die Organisation der häuslichen Sorge, auf die Stärkung des familiären Umfeldes und auf den Einbezug der SAPV. Ebenso erfolgt eine Beratung der Angehörigen über einzuleitende Maßnahmen, und ein gemeinsamer Versorgungsplan wird erstellt.

Tue Gutes ...

„Ich bin krank gewesen  
und ihr habt mich  
besucht“

(Mt 25, 36)

Der Pflegedienst erweitert seine Leistungen, um dem neu entstandenen Bedarf zu entsprechen. Es erfolgt täglich morgens und abends eine Unterstützung bei der Pflege, wobei die Einsätze jeweils an das Schichtende gelegt werden, um zeitliche Spielräume für besondere Situationen zu haben. Nach Beratung durch die Sozialstation organisieren die Angehörigen die erforderlichen Pflegehilfsmittel. Die Pflegefachkraft nimmt Kontakt mit dem Hausarzt auf und informiert über den gesundheitlichen Zustand von Frau A. mit der Bitte, die SAPV in das Versorgungsarrangement aufzunehmen. Dadurch soll insbesondere die Schmerztherapie optimiert und die Angehörigen unterstützt werden. Der Hausarzt sieht

nach einem Hausbesuch diesbezüglich jedoch noch keinen Handlungsbedarf und lehnt eine Verordnung der SAPV ab. Die Kontaktaufnahme zur Seelsorge der Kirchengemeinde erfolgt durch Angehörige.

Aufgrund der zunehmenden Atemnot von Frau A. erfolgt ein weiterer Krankenhausaufenthalt. Da von Seiten des Krankenhauses keine therapeutischen Optionen mehr gesehen werden, wird von deren Seite die SAPV eingeschaltet. Frau A. wird entlassen und kann mit Unterstützung der Sozialstation und des SAPV-Teams im Kreise ihrer Angehörigen würdevoll sterben.



#### 4.4 Fallvignette Pflegeheim

Frau M. ist 88 Jahre alt und verwitwet. Mit Unterstützung von Tochter und Sohn lebt sie in ihrer Wohnung allein. Neben der Tochter, die die rechtliche Betreuung übernommen hat und sie versorgt, ist ein ambulanter Pflegedienst eingebunden. Frau M. leidet unter einer dekompensierten Herzschwäche mit typischen Nebenerscheinungen wie Wassereinlagerungen und Atemnot. Darüber hinaus besteht eine chronische Niereninsuffizienz. Aufgrund kontinuierlicher Verschlechterungen ihres gesundheitlichen Zustandes kommt es in der häuslichen Versorgung immer häufiger zu Stürzen und Krankenhauseinweisungen. Daraufhin erfolgt auf Anraten der Kinder ein Umzug ins Pflegeheim. Die Familie verspricht sich dadurch eine höhere Versorgungssicherheit und eine bessere fachliche Betreuung. Der Einzug erfolgt im Juli 2021.

Frau M. zeigt nach der Aufnahme anfängliche Anpassungsschwierigkeiten. Sie findet sich nicht zurecht, kann nachts nicht schlafen und reagiert mit Abwehrverhalten und Aggressivität. Die Angehörigen erwägen eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik. Nach Diskussionen mit dem Pflegeteam kommt man jedoch zu der gemeinsamen Einschätzung, dass die Patientin sich nach der Eingewöhnung sicher beruhigen wird und sich ein erneuter Ortswechsel eher nachteilig auswirken könnte.

Die Situation entspannt sich zwar in der Folge, der Allgemeinzustand von Frau M. verschlechtert sich jedoch fortlaufend. Sie leidet zunehmend unter Atemnot und Wassereinlagerungen und sie hat nur wenig Appetit. Die Hausärztin verabredet mit den Angehörigen eine Krankenhauseinweisung, mit der geklärt werden soll, ob therapeutische Optionen für eine Verbesserung des Zustandes gesehen werden. Der Aufenthalt wird nach kurzer Zeit ohne weitere Maßnahmen beendet. Die Kinder möchten zunächst nicht akzeptieren, dass sich die Situation ihrer Mutter zum Sterben hin entwickelt hat. Nach vielen Beratungsgesprächen mit dem Pflegeteam und der Hausärztin können jedoch Ängste abgebaut und Verständnis geschaffen werden. Die Tochter beschließt schließlich als Betreuerin im Sinne ihrer Mutter, dass keine stationären Aufenthalte mehr stattfinden sollen und auch keine lebensverlängernden Maßnahmen durchgeführt werden.

Zunehmende Atemnot und Appetitlosigkeit erschweren Frau M. in der nachfolgenden Zeit den Alltag. In einer Teambesprechung wird deshalb beschlossen, dass schnellstmöglich die Hausärztin und die Kinder hinzugezogen werden müssen, um sich über das weitere Vorgehen zu verständigen. Gemeinsam wird im Rahmen einer Fallbesprechung beschlossen, dass eine palliative Versorgung umgesetzt wird. Hier erweist sich als Vorteil, dass die Hausärztin eine palliative Zusatzausbildung hat und dadurch in der Lage ist, eine adäquate Symptomkontrolle einzuleiten. Diese konzentriert sich auf die Atemnot und die Schmerzen von Frau M., aber auch auf von der Patientin geäußerte Ängste und ihre Unruhe. Bei der Bedarfsmedikation arbeiten die Ärztin und die Pflegekräfte eng und jeweils zeitnah an den veränderten Bedarfslagen zusammen.

Auch die pflegerischen Maßnahmen, wie z. B. die Lagerung, werden an die palliative Situation angepasst. Die Essenswünsche von Frau M. werden erfasst und umgesetzt. Die Tochter hat durch die Beratung von Pflegekräften und Ärztin ihre Ängste vor der Situation abgebaut und bringt sich nun aktiv in die Sterbebegleitung ihrer Mutter ein. Sie kommt jeden Tag und bringt jeweils Leckereien mit, die von Frau M. jedoch nur noch in geringem Umfang angenommen werden. Weil die Patientin gerne Saft trinkt, wird dies in die Mundpflege eingebunden.

Da Frau M. sich ängstigt, alleine zu sein, wird zur emotionalen Unterstützung eine palliativ fortgebildete Mitarbeiterin des Sozialdienstes hinzugezogen, die Frau M. bei Abwesenheit der Kinder Gesellschaft leistet und ihr aus ihrer Lieblingsillustrierten vorliest. Dies wirkt sich beruhigend auf Frau M. aus. Nach vier Monaten Aufenthalt im Pflegeheim verstirbt Frau M. schließlich ohne weiteren Krankenhausaufenthalt. Die Angehörigen äußern sich sehr zufrieden mit der Unterstützung durch die Einrichtung und sind dankbar für den positiven Verlauf der palliativen Phase.



## 4.5 Fallvignette Akutkrankenhaus

Herr Z. wird nach der operativen Versorgung einer Densfraktur vom Universitätsklinikum in die Geriatrische Abteilung eines Klinikums überwiesen. Herr Z. ist 92 Jahre alt und leidet seit längerer Zeit unter einer Herzschwäche sowie unter Angststörungen nach seinen jeweiligen depressiven Episoden. Vor seinem Sturz, der zu der Fraktur geführt hatte, lebte er mit Unterstützung der Sozialstation und seines Sohnes im eigenen Haushalt. Hier kam er noch gut allein zurecht und war vergleichsweise mobil. Die Sozialstation, zu der ein tiefes Vertrauensverhältnis besteht, unterstützte ihn morgens und abends bei der Körperpflege und beim Richten der Mahlzeiten.

Der hochaltrige Patient ist nun sowohl körperlich als auch mental in einem schlechten Allgemeinzustand. Er ist extrem abgemagert, stark pflegebedürftig und stuhlinkontinent und benötigt Hilfe beim Anziehen und bei der Nahrungsaufnahme. Nach einem akuten Blaseninfekt sind delirante Symptome zu erkennen, so dass er sich bei der Pflege und Behandlung oft ablehnend und herausfordernd zeigt. Wegen seiner Herzschwäche sind Wassereinlagerungen entstanden, die dazu führen, dass er schlecht Luft bekommt. Diese werden mit Diuretika behandelt, um dem Patienten Erleichterung zu verschaffen. Insgesamt wirkt Herr Z. antriebschwach, müde, verwirrt und depressiv. Er lehnt Essen und Trinken ab, und auch den Angehörigen gelingt es nicht, ihn dazu zu motivieren. Auch die Einbindung von therapeutischem Personal scheitert an seiner mangelnden Compliance. Auf der Grundlage des Basis-Assessments im interdisziplinären Team kommt man zu dem Schluss, dass sich Herr Z. in einem palliativen Zustand befindet. Auslösend für diese Einschätzung sind in erster Linie die progredient verlaufende neurologische Erkrankung, die schwere Herzinsuffizienz mit Atemnot, die Erschöpfungssymptome sowie die nicht reversible und ausgeprägte Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Der Sohn ist mit der Zustandsveränderung seines Vaters überfordert und kann diese nicht einordnen. Er will nicht wahrhaben, dass sein Vater nicht mehr allein zurechtkommen wird und dass man sich auf eine palliative Situation einstellen muss. Dennoch besteht die Anforderung, eine Entscheidung zu treffen, ob nach dem Krankenhaus eine Heimunterbringung angestrebt wird oder ob Herr Z. mit entsprechender Unterstützung wieder nach Hause gehen soll. Dieser Entscheidungsprozess wird dadurch erschwert, dass weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht vorliegt.

Um den Sohn zu unterstützen und ihm die Situation zu verdeutlichen, führt die Bezugspflegekraft mehrere Gespräche durch. Diese Gespräche werden in der interdisziplinären Teamsitzung mit Fachärzten, Pflegenden, Therapeuten, Psychologen und der Stationsleitung ergänzt. In der darauffolgenden Besprechung mit dem Sohn wird der palliative Zustand nochmals erläutert und eine Therapiezieländerung festgelegt. Darüber hinaus erhält der Sohn psychosoziale Unterstützung und ihm wird angeboten, den Sozialdienst für die Entlassungsplanung einzubinden. Darüber hinaus erfolgt eine Anleitung für die zukünftig erforderlichen pflegerischen Maßnahmen. In Folge des Termins kommt der Sohn nach und nach mit sich ins Reine und findet seinen inneren Frieden im Umgang mit der veränderten Lage. Man einigt sich darauf, auf weitere invasive Behandlungsmaßnahmen zu verzichten und neue Ziele zu verabreden. Im Vordergrund soll stehen, dass Herr Z. keine Schmerzen und keine Atemnot hat. Man wird ihn nicht zwingen, zu essen oder zu trinken, und insgesamt soll sein eigener Wille respektiert werden und maßgeblich sein.

Mit Unterstützung des Sozialdienstes wird die Entlassung nach Hause vorbereitet. Die Mitarbeiterin organisiert ein Krankenbett und nimmt mit Sanitätshäusern Kontakt auf, um die nötigen Hilfsmittel für die Versorgung zu beschaffen. Im Verlauf der Beratung wird ein Hinzuziehen des ambulanten Hospizdienstes oder der SAPV empfohlen. Der Sohn möchte darauf aufgrund der langen Verbundenheit zur Sozialstation aber zunächst noch verzichten. Die Besuchsfrequenz des ambulanten Dienstes wird auf dreimal täglich ausgeweitet. Zwischen den Besuchen wird der Sohn nach dem Vater schauen. Das Krankenhaus kümmert sich in Kooperation mit dem Hausarzt um die Rezeptierung der Sauerstoff- und Schmerzmittelversorgung.

Der Patient verbleibt so lange im Krankenhaus, bis alle notwendigen Schritte in die Wege geleitet sind. Vor der Entlassung wird nochmals mit dem Sohn gesprochen. Er äußert sich sehr zufrieden mit der Unterstützung durch das Krankenhaus und ist beruhigt, dass die Symptomkontrolle zu Hause durch den Hausarzt weitergeführt werden kann. Es wird abschließend nochmals auf die Möglichkeiten einer palliativen Versorgung durch den allgemeinen Hospizdienst oder die SAPV hingewiesen, wenn sich die Situation verändert und ein Beratungsbedarf entsteht.

## 4.6 Reflexion der Fallvignetten

In der Reflexion der Fallvignetten werden zunächst Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Verläufen nachgezeichnet und begründet. Anschließend steht im Zentrum darzustellen, welche allgemeinen Erkenntnisse zur Hospiz- und Palliativversorgung sich aus den Fallvignetten ableiten lassen.

### Alter und soziale Situation

Alle beschriebenen Fallverläufe beziehen sich auf Hochaltrige zwischen 85 und 92 Jahren. Dies ist nicht erstaunlich, handelt es sich doch um die typische Klientel von Pflegeeinrichtungen und Geriatrischen Krankenhausabteilungen. Zwei von drei Personen sind verwitwet, in allen Fällen sind auch Kinder in die Versorgung eingebunden. Unter den Verwitweteten ist eine Person in ein Pflegeheim umgezogen, weil die Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet war. Eine mögliche Unterversorgung deutet sich auch in der Fallvignette aus dem Akutkrankenhaus an. Für den alleinlebenden Herrn Z. wird eine palliative häusliche Versorgung mit Unterstützung der Sozialstation und des andernorts wohnenden Sohns voraussichtlich nicht ausreichend sein. Wie sich die Situation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus entwickelt hat und welche zusätzlichen Hilfen von der Familie hinzugezogen wurden, ist jedoch nicht bekannt. Zum Zeitpunkt der Entlassung bestand die Tendenz, zunächst auf zusätzliche Unterstützung zu verzichten, auch wenn die Mitarbeitenden des Krankenhauses dies angeraten hatten. Dazu kann man den Schluss ziehen, dass eine gute palliative Versorgung bei allein zu Hause Lebenden schwerer umzusetzen ist.

### Assessment und Hilfeplanung

Die Anlässe, den palliativen Bedarf zu ermitteln, sind in den drei Beispielen ähnlich. Meist handelt es sich um multimorbide Menschen, bei denen nach einer längeren stabilen Phase eine akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes eintritt. Hinzu kommen typische Symptome wie Appetitlosigkeit, Wassereinlagerungen und Atemnot, starker Abbau von Selbstsorgefähigkeit, Schmerzen, Erschöpfung und Schwäche sowie mentale Probleme wie Ängste, Unruhe oder Niedergeschlagenheit. Zeitgleich mit den Verschlechterungen finden häufig Sturzereignisse und Krankenhauseinweisungen statt.

Zur Prüfung des palliativen Bedarfs wird in allen drei Fällen mit dem Basis-Assessment gearbeitet. Im Akutkrankenhaus findet auf der Grundlage der Ergebnisse eine interdisziplinäre Abstimmung zwischen den Funktionsbereichen Medizin, Pflege und Sozialdienst statt. Im Pflegeheim wird der interne Kreis der Pflegekräfte um die Ange-

hörigen und die Hausärztin erweitert. In der ambulanten Versorgung sind insbesondere die zuständigen Pflegekräfte für die gemeinsame Bedarfsermittlung maßgeblich, die sich mit den Angehörigen intensiv verständigen. Die Einbindung des Hausarztes gelingt in diesem Fall jedoch nicht. Es scheint so zu sein, dass die interdisziplinäre Kommunikation im Krankenhaus am ausgeprägtesten ist, weil hier auch mehr Berufsgruppen beschäftigt sind. Dafür bleiben diese kollegialen Beratungen meist intern. In ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind die dort beschäftigten Pflegekräfte maßgeblich für die Abstimmungsgespräche. Diese werden – wenn möglich – unter Hinzuziehung externer Personen, darunter insbesondere Angehörige und zuständige Ärzte, geführt.

Die in den drei Fällen vereinbarten Maßnahmen sind auf die individuellen Versorgungsbedarfe abgestimmt und deshalb zwangsläufig unterschiedlich. Abzudecken sind in der Regel erweiterte pflegerische Bedarfe sowie die Unterstützung der Angehörigen. In allen Fällen zeichnet sich ab, dass die Angehörigen bei der Einschätzung und Verarbeitung der Situation Hilfe brauchen. Allerdings stellen sich die Gespräche mit den Angehörigen häufig als schwierig dar, weil das Thema Sterben in den Familien tabuisiert ist. Durch die fachliche Beratung wird es den Angehörigen erleichtert, loszulassen und einen inneren Frieden mit der Situation zu erlangen. Im Hinblick auf die Symptomkontrolle werden vor allem Maßnahmen der Schmerz- und Atemregulierung geschildert. Die mentalen Bedürfnisse des Sterbenden spielen insbesondere in der Fallvignette des Pflegeheims eine wichtige Rolle. Mit verschiedenen Maßnahmen wirkt man den Ängsten und der Unruhe von Frau M. entgegen. In allen Fällen wird auf die zusätzliche Einbindung des ambulanten Hospizdienstes oder der SAPV hingewiesen.

### Allgemeine Erkenntnisse

In allen drei Fällen wurden durch das strukturierte Vorgehen der Verantwortlichen anhand der entwickelten Instrumente die Weichen für eine erfolgreiche hospizlich-palliative Versorgung gestellt. Die Fallverläufe in der ambulanten Versorgung und im Pflegeheim können im Gegensatz zum Krankenhaus bis zum Ende verfolgt werden. Frau A. und Frau M. sterben gut versorgt in ihrer gewohnten Umgebung, ohne dass eine erneute belastende Krankenhauseinweisung in die Wege geleitet wird.

Durch die Beschreibungen können folgende, vom Einzelfall abstrahierende Erkenntnisse abgeleitet werden:

- ▶ Die hospizlich-palliative Sorge ist nicht nur eine Aufgabe von darauf spezialisierten Diensten und Einrichtungen, sondern sie betrifft alle Versorgungssegmente. Deshalb müssen Sozialstationen, Pflegeheime und Krankenhäuser personell und strukturell dazu in die Lage versetzt werden, Menschen am Ende ihres Lebens so zu begleiten, dass sie in Würde sterben können.
- ▶ Die Grundlage einer hospizlich-palliativen Arbeit ist die Sensibilität und Fachlichkeit der involvierten Mitarbeitenden. Dabei steht eine Haltung aller Beteiligten im Sinne einer Hospiz- und Palliativkultur an vorderster Stelle, die sich in dem Ziel ausdrückt, den Menschen eine letzte Lebensphase ohne vermeidbares Leid zu ermöglichen.
- ▶ Als bedeutsame „Gedankenstütze“ für das konkrete Vorgehen hat sich das so genannte Basis-Assessment (vgl. 3.2) herausgestellt, auf dessen Grundlage die Fallverläufe erstellt wurden. Die Praxisbeispiele veranschaulichen, wie das Basis-Assessment dabei unterstützt, einen palliativen Bedarf zu erkennen und die Hilfeplanung zu strukturieren. Das Assessment strukturiert dabei den Blick, mit dem auf den Einzelfall geschaut wird.
- ▶ Das wichtigste Vehikel einer Hospiz- und Palliativarbeit ist die Kommunikation. Dazu gehört insbesondere die Offenheit, im Bedarfsfall mit weiteren Professionen und Institutionen vertrauensvoll und im Sinne der betroffenen Menschen zusammenzuarbeiten. Nur in einem solchen kooperativen Ansatz wird es möglich, die Expertise und Sichtweisen aller Beteiligten mit einzubinden.

- ▶ Damit eine überinstitutionelle Kooperation gelingen kann, sind jedoch in der Regel Vorarbeiten notwendig. Die Vernetzung mit regional zuständigen Einrichtungen und Ärzten stellt in diesem Zusammenhang eine kontinuierliche Aufgabe für Dienste und Einrichtungen dar. Als günstig für die Vernetzung hat es sich herausgestellt, Einblicke in andere Arbeitsfelder zu gewinnen, um die Logik der dort Beschäftigten nachvollziehen zu können.
- ▶ In den Fallvignetten werden auch Erschwernisse und Hürden deutlich, die einen idealtypischen Hilfeverlauf behindern können. Dies ist z. B. der Fall, wenn Angehörige aus emotionalen Gründen ablehnen, dass hospizlich-palliative Dienste eingebunden werden (vgl. 4.5), oder wenn zuständige Ärztinnen und Ärzte einer palliativen Spezialversorgung nicht zustimmen (vgl. 4.3).

Zur seelsorglichen Begleitung Sterbender werden in den Fallvignetten nur wenige Aussagen getroffen. Nur in der Fallvignette zur ambulanten Versorgung wird eine Seelsorge eingebunden und dies nach Rücksprache mit der Sozialstation von der Familie selbst organisiert. In Kapitel 5 finden sich weitere Auskünfte zur Bedeutung von Seelsorge sowie zu Anforderungen an deren Ausgestaltung.



Im Projekt Hospiz- und Palliativkultur in katholischen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens in der Diözese Trier haben aus gutem Grund hauptamtliche Seelsorger\*innen, überwiegend aus dem Bereich der Palliativseelsorge der Kliniken, in der Steuerungs- und in der Projektgruppe sowie in den Pilotprojekten mitgearbeitet. Dies geschah auch, weil es eine Reihe guter Kooperationen mit Palliativseelsorger\*innen in multiprofessionellen Teams in Kliniken und Einrichtungen gab und gibt. Ihre konkrete Rolle und ihr spezifischer Beitrag zum würdevollen und angemessenen Umgang mit Sterbenden ist eine zusätzliche Ressource, die es zum Aufbau einer Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der Caritas und darüber hinaus, etwa für den Pastoralen Raum, zu nutzen gilt. Seelsorge war und wird ein wichtiges pastorales Handlungsfeld sein. Zu den Aufgaben gehören unter anderem die Begleitung der Patient\*innen und ihrer Angehörigen, die Begleitung der Mitarbeitenden, die Mitarbeit in Aus- und Fortbildung der Mitarbeitenden, die Sorge für spirituell-liturgische Angebote und Riten sowie die Qualifizierung und Begleitung Ehrenamtlicher. Auch ethische Fallbesprechungen und ethische Beratung sowie die Sorge um innerkirchliche und interreligiöse Vernetzungen sind Aufgaben der Seelsorge. Grundvoraussetzung ist, dass Seelsorger\*innen in der Palliativ- und Hospizseelsorge entsprechende Kompetenzen und spezifische Qualifizierungen mitbringen oder erwerben. Kriterien hierfür finden sich in den Empfehlungen der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

### 5.1 Verbindlich, verlässlich, erreichbar – Umsetzung der Empfehlungen der Synode im Bistum Trier (2013 – 2016)

Die Diözesansynode hält in ihren Ergebnissen fest, dass es in Zukunft vor allem mehr Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und Erreichbarkeit in der seelsorglichen Begleitung von Menschen geben soll. Dies wird an vielen Stellen des Synodenpapiers benannt, an denen es unter anderem darum geht, dass Christen Not sehen, sich betreffen lassen, da sind, um dann angemessen und respektvoll zu handeln. Deutlich ist dies im 1. Perspektivwechsel „Vom Einzelnen her denken“ begründet: „Eine Kirche, die vom Einzelnen her denkt, sucht den einzelnen Menschen in seiner Lebenswirklichkeit auf und möchte ihn darin verstehen lernen. Vom Einzelnen her denken meint eine fragende, sich interessierende, sich solidarisierende und eine zugewandte Kirche“ (Bistum Trier 2016, S 15). Zu einer diakonischen Kirche gehört wesentlich, dass die Seelsorge für die Menschen erreichbar ist (Teilprozessgruppe Diakonische Kirchenentwicklung 2022, S 106f). Für den Bereich Palliativseelsorge heißt das: Wenn ein sterbender Mensch, seine Angehörigen oder auch die Pflegenden eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger zur Begleitung wünschen, sollen diese auch für sie erreichbar sein. In den letzten 15 Jahren wurde genau hier deutlich, dass man in den Dekanaten und Pfarreien nur noch vereinzelt diesem Anspruch nachkommen konnte. Die Gründe sind vielfältig. Deshalb wurden im Kontext der Synode im Bistum Trier und vor allem im Abschlussbericht der Teilprozessgruppe Diakonische Kirchenentwicklung einige wichtige Maßnahmenvorschläge benannt, um die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Akteure in der Seelsorge zu verbessern. Dies könnte etwa durch eine Konzeptentwicklung „Erreichbarkeit“ in den Pastoralen Räumen, neue Formen der Begegnung, Möglichkeiten gemeinsam

zu lernen oder durch neue Dienste, Einrichtungen, Austauschforen und gemeinsame Projekte im sozialen Raum geschehen. In diesem Sinne haben sich in einigen Dekanaten und Pastoralen Räumen bereits Netzwerke (z.B. Netzwerk Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in Saarbrücken) aus haupt- und ehrenamtlichen Seelsorger\*innen zusammengefunden, die den Bedürfnissen nach Begleitungen in Krankheit, Sterben und Trauer nachkommen wollen. Dazu müssen einige organisatorische und planerische Hürden genommen werden. Ein effizienter und effektiver Umgang mit vorhandenen Ressourcen ist nötig (ebenda). Wegen hoher Arbeitsbelastung und durch den deutlichen Rückgang des pastoralen Personals wird es ohne Schwerpunktsetzung und ausdrückliche Priorisierung des Aufgabefeldes Palliativseelsorge schwer werden, dem Anspruch gerecht zu werden. Es braucht neue Rollen und weitere Zugänge zur Seelsorge, z. B. durch die Qualifizierung von interessierten Mitarbeitenden der Einrichtungen für die Seelsorge, wie dies schon in einem Projekt im Kontext der Altenhilfe geschieht. In Zukunft wird die Qualifizierung von Ehrenamtlichen zur Mitarbeit in den verschiedenen Handlungsfeldern der Seelsorge in den Pastoralen Räumen, ähnlich wie jetzt schon bei den Palliativdiensten, eine größere Rolle spielen (Bistum Trier 2016, S 18f). Im Sinne der Intensivierung der Zusammenarbeit von Caritas und Seelsorge könnte die Qualifizierung in Zukunft gemeinsam von Caritas, Palliativdiensten und den Seelsorger\*innen getragen werden (aktuell mancherorts bereits umgesetzt).

## 5.2 Seelsorge als Teil des Netzwerkes im Pastoralen Raum

Palliativseelsorge braucht, um verlässlich und verbindlich angeboten werden zu können, die Vernetzung von Seelsorge in den Einrichtungen und Kliniken mit der Seelsorge im Pastoralen Raum. Parallelstrukturen sollten vermieden werden und Synergien und Kooperation zwischen Einrichtungen und Kliniken, der Seelsorge in Einrichtungen und Kliniken und dem Pastoralen Raum können ausgebaut und so stärker genutzt werden. An einigen Orten, besonders in Kliniken und Einrichtungen der Altenhilfe sowie in Hospizen, konnte bereits eine verlässliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit aufgebaut werden. Zumeist gut geregelt und verlässlich ist die Begleitung Sterbender in Kliniken durch die Klinikseelsorge, unterstützt durch Seelsorger\*innen aus den Pfarreien, sofern es deren Belastungsgrenze zulässt. Auch hier könnten in Zukunft Ehrenamtliche für die Mitarbeit in der Klinikseelsorge qualifiziert werden. Die Netzwerke „Krankheit, Sterben, Tod und Trauer“ könnten die geeignete Plattform bieten, Kontakt zu schaffen und zu halten und unterschiedlichste Formen der Kooperation zu entwickeln. Das Konzept zur diakonischen Kirchenentwicklung führt weitere Möglichkeiten auf, wie zwischen den örtlichen Einrichtungen, Kliniken und den pastoral Tätigen die Zusammenarbeit in Zukunft aussehen könnte (Teilprozessgruppe Diakonische Kirchenentwicklung 2022, S. 95-101). Dabei geht es auch um gemeinsame Lernprozesse. Kennenlernen, Themenfindung und Zusammenarbeit sollen in lokalen Foren, an denen Haupt- und Ehrenamtliche teilnehmen, gefördert werden. Seelsorger\*innen könnten zudem die Rollen als Koordinator\*innen und Organisator\*innen von Angeboten aus dem Palliativbereich übernehmen.

## 5.3 Seelsorgliche Begleitung der Begleiter\*innen Sterbender

Mitarbeitende in Pflege und Medizin leisten viel für eine gute Begleitung Sterbender im Sinne der Palliativ- und Hospizkultur. Seelsorger\*innen bieten hier Unterstützung und Begleitung an; besonders nach belastenden Ereignissen, in persönlichen Krisen, bei ethischen Fragen und religiösen Fragen. Zu den Angeboten gehören Gespräche und die Begleitung in ritueller und spiritueller Form.

Die Mitarbeit von Seelsorger\*innen in Fort- und Weiterbildung, unter anderem auch zu den Themen der Palliativ Care/Palliativseelsorge und der Hospiz- und Palliativkultur, ist in einigen Kliniken, Hospizen und Einrichtungen bereits etabliert. Für ambulante Dienste könnte dies auch angeboten und ausgeweitet werden. Der Bereich der ambulanten Dienste ist ein ständig wachsender Bereich. Parallel wächst der Bedarf an seelsorglicher Begleitung, die als wirksame und entlastende Ergänzung der multi-professionellen Teams erlebt wird. Deshalb wird es eine Aufgabe der Verantwortlichen sein, dieses Handlungsfeld weiter im Blick zu behalten und tragfähige Personalisierungskonzepte zu entwickeln, denn Palliativseelsorge ist immer ein personales Beziehungs- und Gesprächsangebot. So wurde die seelsorgliche Begleitung im Rahmen ambulanter Dienste in Saarbrücken und Völklingen in Abstimmung zwischen Pfarreien, Dekanaten, Trägern und dem Bistum Trier bereits entsprechend personalisiert.



# 6 | Weitere Handlungsbedarfe und Ausblick

Eine hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung ist eine dringende Entwicklungsaufgabe aller Bereiche der Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens, der Gesamtgesellschaft und der Politik. Dabei geht es insbesondere um folgende Anforderungen:

- ▶ Palliative Bedarfe müssen frühzeitig erkannt, qualifiziert beurteilt und mit den betroffenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen besprochen werden, um umfassende unterstützende Hilfen und Begleitung anzubieten.
- ▶ Hilfeplanung, Angebot und Unterstützung müssen in gemeinsamer Verantwortung interdisziplinär und zwischen den beteiligten Akteuren abgestimmt und zuverlässig auf der Grundlage einer eingeübten Kommunikation erfolgen.
- ▶ Lücken im System müssen erkannt, thematisiert und geschlossen werden. Alle Alternativen zur Suizidhilfe sind aufzuzeigen und im Einvernehmen mit den betroffenen Personen auszuschöpfen.

Die benannten Ziele müssen auch nach Abschluss dieses Projektes handlungsleitend für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen bleiben. Damit dies gelingen kann, bedarf es der Etablierung einer Hospiz- und Palliativkultur, die sich an den in diesem Papier dargestellten Prinzipien ausrichtet. Darüber hinaus ist die erforderliche Achtsamkeit und Zuwendung in Organisationen, die einer Vielzahl unterschiedlichster An- und mitunter auch Überforderungen ausgesetzt sind, zu gewährleisten. Es gilt also, den begonnenen Bedeutungs- und Kulturwandel in den Einrichtungen und Diensten fortzusetzen, um dieser besonderen Haltung und dem ethischen Anspruch zu entsprechen.

Gerade die katholischen Einrichtungen haben, wie das Projekt gezeigt hat, bereits viel unternommen und eine besondere Fachkompetenz aufgebaut, um den Anforderungen gerecht zu werden. Allerdings sind Herausforderungen wie der Fachkräftemangel deutlich gewachsen und Wunsch und Wirklichkeit häufig nicht deckungsgleich und immer schwieriger übereinzubringen. Nun ist mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zu § 217 StGB „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid“ eine weitere schwierige Aufgabe hinzugetreten.

Diese erfordert nicht nur eine Positionierung der katholischen Träger, sondern eine weitere Intensivierung aller der Selbsttötungsoption präventiv entgegenwirkenden palliativmedizinisch und -pflegerisch, psychosozial und seelsorglich begleitenden Maßnahmen (Katholische Träger 2015). Der Anspruch „Wir haben bessere Möglichkeiten“ als den assistierten Suizid (Scharf/Juch 2021) muss

für die Menschen in dieser extremen Ausnahmesituation erfahrbar sein. Nur auf diese Weise können die katholischen Dienste und Einrichtungen dem Lebensschutz beispielgebend verpflichtet sein.

Die Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens palliativer Bedarfe und der qualifizierten Kommunikation zwischen den zahlreichen multiprofessionellen Akteuren in der Unterstützung und Versorgung erfordert daher von den Trägern vor allem weitere Investitionen in die Qualifikation der Mitarbeitenden und in die Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitssensibilisierung für die besonderen Bedarfe in der letzten Lebensphase. „Palliativgeriatrische Kompetenz – fachliche, inhaltliche, soziale, emotionale und ethische Kompetenz – kann zwar nicht die Probleme lösen, die durch defizitäre Rahmenbedingungen entstehen, aber sie kann die Reibungsverluste im Alltag erheblich reduzieren“ (FGPG 2022).

Die Intensivierung und Verstetigung einer verlässlich abgestimmten, bereichsübergreifenden Kommunikation und Kooperation in den regionalen Hospiznetzwerken ist angesichts der Tatsache, dass die benötigten Kompetenzen nicht von einem und schon gar nicht von allen Akteuren vorgehalten und bereitgestellt werden können, von entscheidender Bedeutung.

Voraussetzung hierfür sind eine strukturierte und regelmäßige Kommunikation und ein offener Dialog in den regionalen Kooperationen und Netzwerken, aber darüber hinaus auch auf der Spitzenverbandlichen Ebene. Dadurch kann der Erfahrungsaustausch zwischen und innerhalb der Bereiche organisiert, weitere Handlungsbedarfe gemeinsam formuliert und gegenüber Sozialleistungsträgern und Politik eingefordert werden.

Innerhalb der Caritas stehen für diesen strukturierten Austausch geeignete Strukturen mit den auf der Landesebene etablierten Caritas-Arbeitsgemeinschaften der Krankenhäuser, der Altenhilfeeinrichtungen, der Sozialstationen sowie der Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe zur Verfügung. Mit der Gründung des „Caritasforums Hospiz“ als Arbeitsgemeinschaft der katholischen Hospizeinrichtungen und Dienste können nunmehr auch explizit die besonderen Fachkompetenzen und Erfahrungen gebündelt und in den Austausch mit den anderen Sektoren eingebracht werden. Die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativkultur sollte regelmäßiges Thema in allen Arbeitsgemeinschaften und im Austausch der Arbeitsgemeinschaften miteinander sein.

Da die ambulante ärztliche Versorgung und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase ein zentraler Knotenpunkt im Netzwerk und damit die Haus- und Fachärzte wichtige Kooperationspartner in der Hospiz- und

Palliativversorgung sind, muss darüber hinaus auch der Austausch und die Zusammenarbeit mit den Ärztekammern sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen in beiden Bundesländern als auch der Pflegekammer in Rheinland-Pfalz im Sinne einer „Sorgegemeinschaft“ (Gebert 2020) fortgesetzt und intensiviert werden. Auch hier kann das „Caritasforum Hospiz“ zusammen mit dem Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Saarland eine koordinierende Rolle übernehmen.

Bestärkt durch die Ergebnisse der Bistumssynode und durch den Auftrag den Bischofs zur diakonischen Kirchenentwicklung im Bistum Trier, ergibt sich zudem eine Relevanz für die Entwicklung der Pastoralen Räume. Dadurch wird es notwendig, durch gute Vernetzung dafür zu sorgen, die Haltungen und Spezifika einer guten Begleitung Sterbender so zu implementieren, dass sie überall im Pastoralen Raum gelebt werden können. Durch Verbindlichkeit, Verlässlichkeit und Erreichbarkeit von Seelsorger\*innen und ihrer Bereitschaft, Menschen in existenziellen Lebensereignissen zu begleiten, durch das Bilden von Netzwerken und Schaffen von Synergien, durch die qualifizierte Arbeit von haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgenden in der Palliativseelsorge, muss die Hospiz- und Palliativkultur an den unterschiedlichsten Orten des Pastoralen Raums (weiter) implementiert werden.

Bezüglich der Entwicklungsperspektiven der palliativen Versorgung sind darüber hinaus weitere Ansatzpunkte auch für gesetzliche Weiterentwicklungen, eine intensive Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen und schließlich eine stärkere Öffnung der Einrichtungen in den Sozialraum anzustreben (Frischhut 2022).

Die Notwendigkeit eines frühzeitigen Einsatzes palliativer Maßnahmen und eine aus christlicher Sicht gebotene bedingungs- und vorbehaltlose Zuwendung, die die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen einbezieht, verlangt von den Mitarbeitenden neben der fachlichen Expertise auch eine der Situation und Aufgabe angemessene Gesprächskompetenz, insbesondere im Umgang mit Sterbewünschen. Auch diese muss von den Trägern in Aus, Fort- und Weiterbildung verstärkt vermittelt werden. Eine Zusammenarbeit und Kooperation der verschiedenen interdisziplinären Akteure ist hier sinnvoll und ressourcenschonend.

Festzustellen ist zudem, dass die durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung eröffneten Möglichkeiten auch von den katholischen Trägern noch nicht ausgeschöpft werden (konnten). So wurden trotz gesicherter Finanzierung beispielsweise bislang nur von einer Minderheit der Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe Stellen für die gesund-

heitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase geschaffen. Eine solche Versorgungsplanung würde eine frühzeitige Befassung mit der Frage, was die betroffenen Menschen in dieser Situation noch wünschen und was nicht mehr, ermöglichen. Auch wenn es hierfür nachvollziehbare Gründe wie Personalknappheit, Qualifikationsanforderungen und die Corona-Pandemie gibt, sollte diese Chance der rechtzeitigen Thematisierung der Sterbephase genutzt und auf der Grundlage der Erfahrungen weiterentwickelt werden. Natürlich sollte eine solche Beratung auch den Menschen, die zu Hause leben, offenstehen, wobei hier die gesetzliche Grundlage noch zu erweitern wäre.

Die Corona-Pandemie hat uns besonders schmerzlich verdeutlicht, dass Sterbebegleitung ohne menschliche Nähe nicht möglich ist. Im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung sind Patient\*innen besonders anfällig für einen schweren Verlauf von Covid-19, und notwendige Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung des Virus haben die notwendige Nähe äußerst erschwert. Die Einrichtungen und Dienste müssen sich auf diese neue Versorgungsrealität einstellen und Konzepte entwickeln, die den damit verbundenen pflegerischen, rechtlichen, sozialen und ethischen Dilemmata Rechnung tragen.

In der Corona-Krise hat sich gezeigt, dass Hospiz- und Palliativversorgung eine wichtige gesellschaftliche Ressource ist, weil sie die Sicht, die in der Krise auf die medizinische Dimension konzentriert ist, auch auf die psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse und auf bürgerschaftliches Engagement weitet (Schmude/Kern 2020)

Die sich mit der Etablierung der Sterbebegleitung als Regelversorgung abzeichnende Entwicklung zu einem von ökonomischer und technologischer Leistungslogik dominierten Wettbewerbsfeld konterkariert eine funktionierende Kooperation und das Interesse und die Präferenzen der Sterbenden, soweit möglich in ihrer Häuslichkeit und nicht im Krankenhaus oder einem anderen Versorgungsort zu sterben. Letztlich muss es zentrales Anliegen der katholischen Kirche und ihrer seit vielen Jahrzehnten in der Hospiz- und Palliativversorgung engagierten Dienste und Einrichtungen sein, dass dieser Bereich weiterhin von einer christlichen Kultur und Haltung geprägt wird.

# Mitwirkende

## Projektleitung

**Dr. Michael Schröder** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Hildegard Eynöthen** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Anja Hagel** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

## Steuergruppe

**Hanne Benz** | St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe GmbH

**Esther Braun-Kinnen** | Bischöfliches Generalvikariat

**Christoph Drolshagen** | Marienhaus Hospize

**Hildegard Eynöthen** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Michael Groß** | Caritasverband für Saarbrücken und Umgebung e. V.

**Anja Hagel** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Paul Herrlein** | St. Jakobus Hospiz

**Ursula Kaspar** | Caritasklinik St. Theresia, Seelsorgerin

**Elke Kirsch** | Klinikum Mutterhaus Mitte

**Ruth Klein** | BBT-Gruppe

**Dr. Stephan Kremers** | Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen

**Bernhard Ockfen** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Brigitte Pistorius** | Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken

**Dr. Michael Schröder** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Winfried Wülferath** | Caritasverband Westeifel e. V.

## Projektgruppe

**Klaus Aurnhammer** | Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis

**Wolfgang Berg** | Alten- und Pflegeheim St. Anna

**Sabine Birkenbach** | Ambulantes Hospiz Neuwied

**Thea Börsch** | AHZ Zell

**Hildegard Domenghino** | Krankenhaus Maria Hilf

**Hildegard Eynöthen** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**David Fitzpatrick** | cts SeniorenHaus Haus am See

**Marianne Gaspers** | Caritas-Sozialstation Gerolstein

**Sr. Elena Gröhsges** | Krankenhaus Maria Hilf

**Karin Jacobs** | AHPZ +Palliativberatungszentrum

**Marianne Karda** | Caritas Sozialstation

**Gertrud Kiefer** | St. Jakobus Hospiz

**Judith Köhler** | St. Barbara Hospiz Bous

**Rita Krebsbach** | Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur

**Renate Langenbach** | Klinikum Mutterhaus Mitte

**Irmgard Layes** | Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur

**Thomas Löffler** | Hospiz Emmaus

**Bernhard Ockfen** | Caritasverband für die Diözese Trier e. V.

**Christa Rausch** | Seniorenzentrum St. Josef

**Werner Richarz** | Klinikum Mutterhaus Mitte

## Feedbackgruppe

**Margareta Backes** | Stiftung Hospital St. Wendel

**Birgitt Brink** | Dekanat Andernach

**Elisabeth Conrad-Opel** | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

**Dr. Thomas Dyong** | Stiftungshospital Andernach

**Steffi Gebel** | cts Senioren Haus Haus am See

**Sandra Gorges** | Altenzentrum St. Josef

**Sandra Kneip** | Caritasverband Mosel-Eifel-Hunsrück e. V.

**Irmgard Layes** | Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur

**Alice Muenz** | St. Jakobus Hospiz

**Anne Pütz** | Klinikum Mutterhaus Mitte, Seelsorgerin

**Magdalena Stillemunke** | Dekanat Dillingen

**Melanie Velten** | Caritas-Zentrum

**Sabine Weykam-Mahlberg** | Klinikum Mutterhaus Mitte

## Expertengruppe

**Dr. Frauke Backes** | CaritasKlinikum Saarbrücken

**Jürgen Burkhardt** | Dekanat Merzig

**Jutta Colle-Schneider** | CaritasKlinikum Saarbrücken

**Dr. Ludwig Distler** | CaritasKlinikum Saarbrücken

**Dr. Thomas Dyong** | Stiftungshospital Andernach

**Rolf Friedsam** | Dekanat Saarlouis

**Michaele Günter** | Waldbreitbacher Hospizakademie

**Claudia Hennrich** | SAPV-Team St. Jakobus Hospiz

**Br. Antonius Joos** | Barmherzige Brüder Trier

**Brigitte Protzmann** | Ambulantes Hospiz Andernach

# Literaturverzeichnis

- Afshar, K.; Feichtner, A.; Boyd, K.; Murray, S.; Jünger, S.; Wiese, B.; Schneider, N.; Müller-Mundt, G. (2018): Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC Palliative Care*, 17, [online] <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0283-7> [27.07.2022].
- Bistum Trier (2016): Herausgerufen. Schritte in die Zukunft wagen. Abschlussdokument der Synode im Bistum Trier, [online] [https://www.bistum-trier.de/fileadmin/user\\_upload/docs/abschlussdokument\\_final.pdf](https://www.bistum-trier.de/fileadmin/user_upload/docs/abschlussdokument_final.pdf) [28.07.2022].
- Deutsche Bischofskonferenz (2021): Die Deutschen Bischöfe – Pastoralkommission, Nr. 51: „Bleibet hier und wacht mit mir“ (Mt 26,38) – Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden
- Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (2020): Stellungnahme des Ethikrates. Suizidhilfe. Eine ethische Orientierung nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020 zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Vallendar: Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule.
- FGPG (2022): Fachgesellschaft Palliative Gesellschaft. Unser Anliegen in der Palliativen Geriatrie, [online] <https://www.fgpg.eu/die-fgpg/> [27.07.2022].
- Frischhut, E. (2022): Es gibt Alternativen zum assistierten Suizid, in: *Neue Caritas*, 5, S. 9-12.
- Gebert, F.-J. (2020): Wir brauchen eine sorgende Gemeinschaft, in: *Caritas Concret*, 4, S. 1.
- Katholische Träger (2015): An der Seite des Lebens. Positionierung katholischer Träger von Krankenhäusern, Senioreneinrichtungen und Behinderteneinrichtungen in Deutschland zur Frage des assistierten Suizids. Waldbreitbach: Stabsstelle Ethik und Werte Marienhaus Stiftung.
- Medizinische Hochschule Hannover (2019): SPICT-DE™ 2019 Indikatoren in der unterstützten und palliativen Pflege SPICT-DE™ 2019, [online] [https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/allgemeinmedizin/downloads/weitere\\_Downloadelemente/SPICT\\_APR2019\\_DE.pdf](https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/allgemeinmedizin/downloads/weitere_Downloadelemente/SPICT_APR2019_DE.pdf) [27.07.2022].
- Rosenberger, K. (2016): Fall-Vignetten. Ein methodisches Instrument in der Bildungsforschung, in: Fridrich, C.; Klingler, R.; Potzmann, R.; Greller, W.; Petz, R.: *Forschungsperspektiven*, 8, S. 203-214.
- Scharf, C.; Juch, M. (2021): Wir haben bessere Möglichkeiten, in: *Neue Caritas*, 16, S. 20-22.
- Schmude, A.; Kern, M. (2020): Hospiz- und Palliativversorgung in Krisenzeiten, in: *Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen*, 84, S. 25.
- Teilprozessgruppe diakonische Kirchenentwicklung (2022): Konzept zur diakonischen Kirchenentwicklung im Bistum Trier, [online] [https://www.bistum-trier.de/fileadmin/user\\_upload/TPG\\_DKE-Abschlussbericht\\_Konzept\\_Anlagen\\_2018-01-09\\_red.pdf](https://www.bistum-trier.de/fileadmin/user_upload/TPG_DKE-Abschlussbericht_Konzept_Anlagen_2018-01-09_red.pdf) [28.07.2022].

Tue Gutes ...

„Seid gewiss:  
Ich bin bei euch  
alle Tage bis zum  
Ende der Welt“

(MT 25, 36)



Caritasverband  
für die Diözese  
Trier e. V.

