

Der geriatrische Palliativpatient

Empfehlung des Arbeitskreises Palliativmedizin,
Palliativpflege und Hospizarbeit
in der stationären Alten- und Behindertenhilfe

STADT
ESSEN



Pflegekonferenz
Essen



IMPRESSUM

- Herausgeber:** **Stadt Essen**
Amt für Soziales und Wohnen
Geschäftsstelle der Pflegekonferenz
Steubenstraße 53
45121 Essen
- Ansprechpartner:** **Marion E. Badem**
Netzwerk Palliativmedizin Essen,
Arbeitsgruppe der ATZ gemeinnützige GmbH,
Henricistraße 40-42, 45136 Essen
- Autoren:** **Marion E. Badem**
Palliativfachpflegeperson, Netzwerk Palliativmedizin Essen
- Carmen Birkholz**
Diplom -Theologin, Institut für Lebensbegleitung
- Iris Bücking**
Therapieleitung, Betreuungszentrum Zollverein, GESBE
- Bettina Goll**
Palliativkoordinatorin, Altenheim St. Monica
- Susanne Gössling**
Heimleitung Haus Barbara, GESBE
- Manuela Krienen – Schräpler,**
Hausleitung, Heimstatt Engelbert
- Irene Lambrecht,**
Pflegerwissenschaftlerin BScn, Heimaufsicht, Gesundheitsamt
- Marina Lehmann,**
Heimleitung und Pflegedienstleitung, Haus Abendfrieden
Adolphi-Stiftung, Senioreneinrichtungen GmbH
- Dorothea Mrisi,**
Pflegedienstleitung, Kurt Schuhmacher Seniorenzentrum, AWO
- Karin Rustemi,**
Pflegedienstleitung, Haus Barbara
- Svenja Seelbach,**
Leiterin Therapiezentrum Medi fit
- Olaf Trinat,**
Diplom Biologe, Luttermann Home Care
- Ros Waschke,**
Palliativkoordinatorin, Kath. Alten- und Pflegeheim St. Anna,
- Fachliche Beratung:** **Arbeitskreis Palliativmedizin/ -pflege und Hospizarbeit in der stationären
Alten- und Behindertenhilfe**
- Druck:** **Amt für Zentralen Service**
2. Auflage: 2010, 200 Exemplare

Handlungsempfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten nach Qualitätskriterien in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe

„Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“¹

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir in der „Handlungsempfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten nach Qualitätskriterien in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe“ durchgängig männliche Ausdrucksformen verwendet. Sie sind jedoch immer im Sinne der männlichen als auch der weiblichen Form verwendet.

¹ WHO, 2002

Einführung

Mit Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung werden prozentual auch mehr speziell palliativmedizinisch und -pflegerisch zu versorgende Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe betreut. Hier ist es dringend wünschenswert vor Ort den Leitgedanken der Palliativkultur zu implementieren. Dabei stellt u. a. der Anstieg der Menschen, die an Demenz leiden, die stationäre Altenhilfe vor große Herausforderungen.

Diese Herausforderungen bestehen darin, dem Palliativpatienten für den Erhalt oder die Wiederherstellung seiner Lebensqualität die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die Respektierung seiner Integrität und Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod zu bieten und die Angehörigen mit einzubeziehen.

Die Zielgruppe sind Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung sowie einer begrenzten Lebenserwartung.

Dazu gehört die Berücksichtigung der körperlichen Symptome dieser Erkrankung und den mit ihnen einher gehenden psychosozialen und spirituellen Problemen sowie die Begleitung der Angehörigen.

Dieses soll erreicht werden durch:

- Symptomkontrolle und optimierte Therapie
- Stärkung der Kompetenz und Haltung der Betreuenden in wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik
- die palliative Begleitung im psychischen, sozialen und spirituellen Bereich für den Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe und seinen Angehörigen in jeder Phase der Erkrankung sowie des Sterbens und der Trauer
- explizite Ablehnung aktiver Sterbehilfe

Die Einführung und Umsetzung der „Empfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten nach Qualitätskriterien in der stationären Altenpflege und der Behindertenhilfe“ muss als gemeinsame Aufgabe des Trägers der Einrichtung, der Geschäftsführung, des multiprofessionellen Leitungsteams sowie den gesamten Mitarbeitern des Hauses (intern) und allen an der Palliativpflege beteiligten Personen (extern) verstanden werden.

**Handlungsempfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten
nach Qualitätskriterien in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe**

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die stationäre Einrichtung verfügt über:</p> <p>S1 - eine Handlungsempfehlung als Teil des Pflegeleitbildes / Pflegekonzeptes für den Umgang mit geriatrischen Palliativpatienten, in dem eine Definition des Begriffs „geriatrischer Palliativpatient“ und eine Vernetzungsanalyse enthalten ist.</p> <p>S2a - eine Palliativfachperson, die als Multiplikator Wissen, Können und Haltung besitzt.</p> <p>S2b - eine Dokumentation, welche die Ergebnisse der Vernetzungsanalyse festhält.</p>	<p>Die Pflegefachperson/Palliativfachperson</p> <p>P1 - ist von der bestehenden Handlungsempfehlung für den Umgang mit geriatrischen Palliativpatienten unterrichtet.</p> <p>P2a - führt im multiprofessionellen Team eine Vernetzungsanalyse durch, um Willensbekundungen, Ressourcen und Probleme des Bewohners zu erkennen und die Pflege um weitere Professionen (z.B. Therapeuten, Seelsorger etc.) zu ergänzen. Des Weiteren wird die Kundenzufriedenheit durch standardisierte und kontinuierliche Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen festgestellt.</p> <p>P2b - dokumentiert die Ergebnisse der Vernetzungsanalyse und koordiniert.</p> <p>P2c - wendet das fachliche Wissen in der Versorgung des geriatrischen Palliativpatienten in Beachtung der n.g. Punkte an und gibt diese weiter.</p>	<p>Erzieltes Ergebnis:</p> <p>E1 - ist eine Kultur, die dem geriatrischen Palliativpatienten und allen Beteiligten die bestmögliche Versorgung sichert. Hierzu gehören u.a. Abschiedsrituale sowie die Sterbe- und Trauerbegleitung.</p> <p>E2a - ist die bestmögliche Unterstützung bzw. Erhöhung der Lebensqualität des geriatrischen Palliativpatienten, unter Berücksichtigung seines Selbstbestimmungsrechts.</p> <p>E2b - ist eine koordinierte Aufgabenverteilung innerhalb eines multiprofessionellen Teams.</p> <p>E2c – ist ein innerhalb des multiprofessionellen Teams stattfindender Lernprozess.</p> <p>E2d – ist die fachgerechte Umsetzung des speziellen Wissens des eingebundenen Teams.</p>
<p>S3 - Erhebungskriterien zur Einstufung eines betroffenen Bewohners als „geriatrischer Palliativpatient“.</p>	<p>P3 - unternimmt bei der Aufnahme des Bewohners und in genau terminierten Zeitabständen anhand von festgelegten Kriterien eine Einschätzung des Bewohners hinsichtlich der Notwendigkeit einer Palliativbetreuung.</p>	<p>E3 - ist eine rechtzeitige Einstufung als geriatrischer Palliativpatient.</p>
<p>S4 - einen fallbezogenen Zeitplan, um die Vernetzungsanalyse zu gewährleisten.</p>	<p>P4 - reflektiert im Team, anhand der Dokumentation, die bisherige Umsetzung der Vernetzungsanalyse und nimmt gegebenenfalls Änderungen in der Planung der weiteren Palliativbetreuung und Aufgabenverteilung vor.</p>	<p>E4 – ist die situationsbezogen angepasste und optimierte Palliativpflege und die Betreuung des geriatrischen Patienten ist</p>
<p>S5 - ein Evaluationsinstrument der fallbezogenen Vernetzungsanalyse.</p>	<p>P5 - evaluiert den gesamten Prozessverlauf und prüft die Kundenzufriedenheit.</p>	<p>E5 – ist eine ständige Optimierung der Versorgung und Betreuung ist erzielt.</p>

Die Handlungsempfehlungen bilden den Rahmen für eine gelungene Arbeitsorganisation innerhalb der Betreuungseinrichtungen und beschreiben die Aufbau- und Ablaufqualität in den wesentlichen Qualitätsebenen von Struktur, Prozess und Ergebnis zum Wohle der Bürger.

Struktur

Palliative Care ist eine schützende und sorgende Grundhaltung, die im Pflegeleitbild/Pflege- und Betreuungskonzept verankert ist.

Die Grundhaltung kommt allen Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe, ob in Gesundheit, in Krankheit und/oder im Sterben zugute.

Von dieser wertschätzenden Haltung profitieren insbesondere die gesamten Mitarbeiter der Einrichtungen (intern) und alle an der Palliativpflege beteiligten Personen (extern), welche im regelmäßigen Austausch miteinander stehen.

Prozess

Die Versorgung und Betreuung bis zum Lebensende ist die Aufgabe eines multiprofessionellen Teams. Die Palliativfachperson setzt in der direkten Versorgung ihr Fachwissen ein und gibt ihr Wissen an alle Beteiligten weiter. Somit kann die bestmögliche Lebensqualität für den Palliativpatienten bis zuletzt gewährleistet werden. Den Beteiligten wird Sicherheit vermittelt.

Ergebnis

Alle an der Versorgung Beteiligten (intern und extern) haben ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care. Der geriatrische Palliativpatient erfährt eine optimierte, situationsangepasste Versorgung.

Die Ergebnisse werden in einem vorgegebenen Rahmen regelmäßig überprüft und den neusten Erkenntnissen angepasst.

Kommentierung der Kriterien

Nicht jeder alte Mensch ist ein geriatrischer Patient.

Nicht jeder geriatrische Patient ist ein Palliativpatient.

Dem geriatrischen Patienten fehlen über den normalen Alterungsprozess hinaus Funktionsreserven. Er hat Behinderungen, die ihn im Alltag beeinträchtigen, ist konfrontiert mit drohendem oder bereits eingetretenem Verlust von Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit und hat in der Regel Rehabilitationsbedarf und –potential.

Er ist multimorbide, multidimensional betroffen (körperlich, psychisch und sozial) und häufig sehr alt, wenngleich das Alter allein den geriatrischen Patienten nicht definiert.

Der geriatrische Patient hat häufig mehrere der folgenden Probleme: Immobilität, Inkontinenz, innere Unruhe, Verwirrtheit, Depression, unzureichende Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme, Sturzgefährdung sowie Schmerzen und iatrogene (durch die ärztliche Behandlung bedingte) Komplikationen.²

Da bei Patienten mit einer Demenz eine adäquate Symptomerkennung erschwert ist oder eine Symptomverknennung vorliegen kann, sind die Assessment - Instrumente zur Identifikation eines geriatrischen Palliativpatienten sorgfältig anzuwenden.

S1 Wird in der Handlungsempfehlung der Begriff **geriatrischer Palliativpatient** verwendet, so ist der Bürger in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe gemeint, bei dem mindestens zwei der drei erstgenannten Kriterien erfüllt sind oder Punkt vier zutrifft:

1. Barthel-Index (BI) von 30 oder weniger Punkten (*Anlage 1*)
2. Auffällige Tagesschläfrigkeit
3. Durchgehende Bettlägerigkeit während des Tages in den letzten vier Wochen
4. Aufgrund der subjektiven Einschätzung des Teams

- S1** Die **Vernetzungsanalyse** ist die Zusammenführung von Informationen des multiprofessionellen Teams. Hieraus werden notwendige Handlungsschritte abgeleitet und koordiniert.
- Ziel ist es, die aktuelle mutmaßliche Willensbekundung, die Wünsche, Bedürfnisse und vorhandenen Ressourcen des Bürgers in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe zu erkennen und in den gesamten Prozess mit einzubinden. Mit Hilfe von geeigneten Dokumentationsformularen wird der Pflegeprozess dargestellt. Die Dokumentation stellt die Informationsweitergabe zur festgelegten Aufgabenverteilung und Durchführungsverantwortung sicher.
- Als Informationssammlung zur Darstellung des Pflegeprozesses kann die **Checkliste** zur Empfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten (*Anlage 3*) eine Hilfestellung sein.
- S2a** - Die **Palliativfachperson** verfügt über eine abgeschlossene anerkannte Ausbildung aus den Bereichen der Alten-, Kranken- und/oder Gesundheitspflege, der sozialen oder seelsorgerischen Fachbereiche sowie über eine zertifizierte Weiterbildung in Palliative Care entsprechend der curricularen Vorgabe ihrer Berufsgruppe.
- P2a** - Wird in der Handlungsempfehlung der Begriff **multiprofessionelles Team** verwendet, so ist die Gesamtheit der Personen, die an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligt sind, gemeint.
- Zu den „Internen“ zählen Pflegende, Mitarbeiter der sozialen Betreuung, Pflegedienst- und Einrichtungsleitung, Mitarbeiter der Küche und Hauswirtschaft sowie Therapeuten.
- Zu den „Externen“ zählen Angehörige, Betreuer, Haus- und Fachärzte, Ehrenamtliche, Krankenhäuser, Seelsorger, Kirchengemeinden, Therapeuten (Psycho-, Physio-, Ergotherapie, Logopädie etc.), Sanitätshäuser und Apotheken.
- S5** - Zum **fallbezogenen Zeitplan** empfehlen wir eine tägliche Besprechung des Palliativpatienten und eine dokumentierte, wöchentliche multiprofessionelle Fallkonferenz. Als **Evaluationsinstrument** der fallbezogenen Vernetzungsanalyse wird das hausinterne Dokumentationssystem bzw. die Pflege- und Betreuungsplanung angewendet. Regelmäßige Pflegevisiten begleiten den Prozess.

² Vgl. Kloke, M., et al., 2006, S. 38-40

Abschiedsrituale, Sterbe- und Trauerbegleitung

Die Entwicklung einer entsprechend fachlich ausgerichteten Begleitung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe ist darauf ausgerichtet, Aspekte der Hospizarbeit und der palliativen Versorgung in die Einrichtung zu übertragen. Neben der Orientierung an Pflege, Wohnen und Rehabilitation sollten hier die Begleitung Sterbender und der Umgang mit Tod und Trauer als weitere Prozesse realisiert werden.

Als zentrale Qualitätsmerkmale einer Abschiedskultur gelten nach Wilkening/Kunz³ :

- Das Ermöglichen von Gesprächen über den Tod im Heimalltag, möglichst schon bei Heimeinzug
- Getroffene Vorbereitungen zur Gestaltung einer Abschiedskultur für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter sind seitens der Organisation getroffen
- Die Durchführung einer unterstützenden hospizlichen Sterbebegleitung durchgeführt werden
- Die Gewährleistung einer würdigen Verabschiedung Verstorbener sowie Zeit und Raum für Trauernde

Die **Sterbebegleitung** im Rahmen einer ganzheitlichen palliativen Pflege und Betreuung orientiert sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen, welche im Vorfeld anhand der fallbezogenen Vernetzungsanalyse erfasst wurden. Um dieses zu gewährleisten ist es wichtig, dass ein ständiger Informationsaustausch zwischen allen an diesem Prozess Beteiligten stattfindet. Unterstützen kann hier beispielsweise eine „Verabschiedungstruhe“ mit Kerzen, Düften, Bibel, Handschmeichler, Musik, Rosenkranz und ähnliches.

Zu **Abschiedsritualen** am Totenbett gehören zum Beispiel Gebete, Aufstellen von Kerzen und Blumen, Vorlesen eines Gedichtes oder einer Geschichte, auf Wunsch Aussegnung. Die Information über den eingetretenen Tod an die Angehörigen und Beteiligten sollte

zeitnah in einer bedachten und einfühlsamen Weise erfolgen. Allen, die sich verabschieden möchten, sollte dies im Haus ermöglicht werden.

Möglichkeiten der **Trauerbegleitung** werden individuell in den Einrichtungen in Form von beispielsweise Trauercafés, Gedenken des Verstorbenen in Hauszeitung, Gedenkfeiern und Erinnerungsbüchern, Jahresgedenkgottesdiensten angeboten.

Zur Implementierung einer qualitätsgesicherten nachhaltigen Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe gilt als unabdingbar, über die Geschäftsleitung des Hauses Fort- und Weiterbildung von allen an der Palliativpflege beteiligten Personen und Berufsgruppen sicherzustellen.

Um das multiprofessionelle Team dauerhaft in seiner täglichen Arbeit zu unterstützen, gilt als unabdingbares Muss, dass adäquate Maßnahmen in Form von Nachbesprechungen im Team und/oder Supervision stattfinden sowie die Beteiligung aller an einzelnen Projekten, zum Beispiel die Entwicklung einer Abschiedskultur.

³ Vgl. Wilkening, Kunz, 2003, S. 120 ff.

Anlage 1 / Barthel-Index ⁴

Ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen in der Geriatrie:

Dabei werden 10 unterschiedliche Tätigkeitsbereiche mit Punkten (0 / 5 / 10 / 15) bewertet und zur Gesamtpunktzahl addiert. Eine besondere Gefährdung kann zusätzlich genannt werden.

Essen

10 = komplett selbständig oder selbständig mit PEG

5 = Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung

0 = kein selbständiges Einnehmen

Aufsetzen und Umsetzen

15 = komplett selbständig aus liegender Position

10 = Aufsicht / geringe Hilfe

5 = erhebliche Hilfe

0 = wird nicht aus Bett transferiert

Sich waschen

5 = komplett selbständig incl. Zähneputzen, rasieren, frisieren

0 = erfüllt 5 nicht

Toilettenbenutzung

10 = vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl

5 = mit Hilfe oder Aufsicht vor Ort

0 = benutzt nicht Toilette oder Toilettenstuhl

Baden / Duschen

5 = selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg und sich reinigen

0 = erfüllt 5 nicht

Aufstehen und Gehen

15 = ohne Aufsicht / Hilfe vom Sitz in Stand kommen und mind. 50 m ohne Gehwagen

⁴ Mahoney, F.I., 1965, S. 56 ff.

10 = ohne Aufsicht/Hilfe aufstehen und mind. 50 m mit Gehwagen
5 = mit Laienhilfe aufstehen und im Wohnbereich etwas gehen
0 = erfüllt 5 nicht

Treppensteigen

10 = selbständig mind. 1 Stockwerk Treppe steigen
5 = mit Laienhilfe
0 = erfüllt 5 nicht

An – und Auskleiden

10= zieht sich in angemessener Zeit selbständig an und aus,
5= kann das mit Oberkörper, wenn Utensilien nahe sind, 0= erfüllt 5 nicht

Stuhlkontrolle

10 = ist stuhlinkontinent oder ggf. selbständig bei rektalem Abführen
5 = ist nicht mehr als 1 x wöchentlich stuhlinkontinent
0 = erfüllt 5 nicht

Harnkontrolle

10 = ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz
5 = kompensiert seine Harninkontinenz selbständig
0 = mehr als 1x täglich harninkontinent

Ergebnisinterpretation

100 Punkte: der Patient ist in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens (AEDL) weitgehend unabhängig. Er ist im Allgemeinen nicht von Pflege abhängig, hauswirtschaftliche Hilfen können aber durchaus erforderlich sein.

Weniger als 100 Punkte: Da der Barthel – Index keine kontinuierliche Skala ist, kann er den Grad der Hilfebedürftigkeit nicht quantifizieren, wenn er als alleiniges Verfahren angewandt wird. Einzelne Items können bei der Beurteilung pflegebedürftiger alter Menschen eine größere Bedeutung haben als die im Summenscore erreichte Punktzahl. Wertangaben im Summenscore haben sich allerdings für Verlaufsbeurteilungen und für statistische Vergleiche als zweckmäßig erwiesen.

Anlage 2 / Reisbergskala ⁵

zur Beurteilung des Schweregrades der Alzheimer Demenz:

Modifizierte, verkürzte Fassung nach B. Reisberg, 1986

I	keine Symptome	normales Altern	Aktivierung
II	Vergesslichkeit	normales Altern	Aktivierung, beruhigendes Gespräch
III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft (z.B. Reisen an neuen Ort)	leicht	Taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben
IV	benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)	leicht	überwachte Selbständigkeit, Finanzüberwachung
V	benötigt Hilfe bei Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	mittelschwer	organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen
VI a b c d e	Hilfe beim Ankleiden Hilfe beim Baden Hilfe bei Toilette Urininkontinenz Stuhlinkontinenz	schwer	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Hilfe an Betreuer)
VII a b c d e f	Sprechvermögen 6 Worte kann nicht mehr sprechen kann nicht mehr gehen kann nicht mehr sitzen kann nicht mehr lachen kann Kopf nicht mehr halten	sehr schwer	Langzeitpflege

⁵ Reisberg, B., 1986

Checkliste zur Empfehlung für die Versorgung geriatrischer Palliativpatienten

Überprüfung/Durchführung:

Barthel Index (BI) ja am _____ Hdz. _____

Auffällige Tagesschläfrigkeit: ja am _____ Hdz. _____

Durchgehende Bettlägerigkeit während der letzten vier Wochen: ja am _____ Hdz. _____

Subjektive Einschätzung des Teams: ja am _____ Hdz. _____

Reisbergskala ja am _____ Hdz. _____

Dokumentation zur Vernetzungsanalyse:

1. multiprofessionelles Team bestehend aus:

- a. Mediziner: ja nein
- b. Pflegende: ja nein
- c. Psychotherapeuten: ja nein
- d. Physiotherapeuten: ja nein
- e. Seelsorger: ja nein
- f. Ehrenamtliche: ja nein
- g. Angehörige: ja nein
- h. weitere Personen/Berufsgruppen: ja nein

i. _____

- | | | | |
|--------------------------------|----|---------|-----------|
| 2. Klärung der Ressourcen: | ja | am_____ | Hdz._____ |
| 3. Kennzeichnung der Probleme: | ja | am_____ | Hdz._____ |
| 4. Willensbekundung: | ja | am_____ | Hdz._____ |
| 5. Angehörigengespräch: | ja | am_____ | Hdz._____ |
| 6. Aufgabenverteilung im Team: | ja | am_____ | Hdz._____ |
| 7. Fallbezogener Zeitplan: | ja | am_____ | Hdz._____ |

Evaluation des gesamten

Prozessverlaufs erfolgt:

ja am_____ Hdz._____

Literaturangaben

Kloke, M., et al., Netzwerk Palliativmedizin, Arbeitskreis „ Palliativversorgung in der Alten- und Behindertenhilfe“ Hrsg. (2006): Besonderheiten in der Betreuung geriatrischer Palliativpatienten. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 2/2006, S. 38-40

Mahoney, F., Barthel, D., Functional evaluation: The Barthel Index. In: Maryland State Medical Journal, 1965, Ausgabe 14, S. 56-61

Reisberg, B., 1986, <http://www.geriatriezentrum.de/www/veroeffentlichungen/gerass.pdf>,
26.01.2010, S.6

Wilkening, Karin, Kunz, Roland, Sterben im Pflegeheim Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, 2. aktualisierte Auflage 2005 , Vandenhoeck & Ruprecht, 2003, S. 120 ff.

World Health Organization (WHO), 2002,
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/30.11.2009>

Notizen _____

