



Konzept Palliative Care

Alters- und Pflegeheim
FRENKENBÜNDTEN
4410 Liestal

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 1 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 4 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 5 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 6 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Kernkompetenzen

Die Bewohnenden werden fachlich adäquat begleitet und unterstützt in der Erhaltung oder Erreichung einer guten Lebensqualität. Sie werden in ihren Ressourcen wahrgenommen und die Pflegenden sorgen für die Erhaltung der Autonomie und die Beachtung der individuellen Bedürfnisse. Das Pflegeteam stützt sich auf Modelle wie integrative Validation nach N. Richard und personenzentrierter Ansatz von T. Kitwood innerhalb der Demenzpflege, Basale Stimulation, Biografiearbeit, Kinaesthetics, Aromapflege, Musik- und Bewegungsintervention in Anlehnung an J. Dalcroze und das interprofessionelle Palliative Care Konzept. Das Beachten ethischer Grundsätze und der Einbezug der Angehörigen haben eine grosse Bedeutung.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird betont. Das APH FRENKENBÜNDTEN arbeitet eng mit den Hausärzt:innen und der Palliativklinik im Park in Arlesheim zusammen. Seit dem 01.11.2014 besteht ein Kooperationsvertrag mit der Palliativklinik im Park (Konsiliardienst, weitere Kooperationen siehe Anhang A und B). Das APH FRENKENBÜNDTEN bietet Einzelzimmer als Entlastungs- oder Ferienbetten an.

Zielgruppe

Menschen mit Demenz und Palliative Care

In der Schweiz ist Demenz die dritthäufigste Todesursache (BfS, 2024). Menschen mit Demenz sind vom ersten Tag an unheilbar krank und daher im gesamten Verlauf der Erkrankung palliativbedürftig (Steffen-Bürgi et al., 2017). Die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in Bezug zur Palliative Care erfordern eine besondere Aufmerksamkeit. Die Betroffenen haben nicht nur eine Demenz, sondern leiden in der Regel an fünf bis zehn weiteren chronischen Erkrankungen und sind häufig hochbetagt. Orientierungslosigkeit, Gedächtnisverluste und Verhaltensauffälligkeiten überwiegen oft und Symptome wie chronische Schmerzen und Übelkeit etc. treten in den Hintergrund und werden nicht selten übersehen (Steffen-Bürgi et al., 2017). Die Pflege und Betreuung von hochbetagten Menschen mit Demenz ist komplex. Es genügt nicht, sich auf die Behandlung von einer Erkrankung zu konzentrieren. Um ein schmerz- und beschwerdefreies Leben zu führen, ist der Erwerb von fundiertem Wissen, insbesondere die Kommunikation mit desorientierten und schwer kontaktierbaren Menschen unabdingbar. FRENKENBÜNDTEN bietet in regelmässigen Abständen für die Mitarbeitenden einen 5-tägigen Lehrgang (Niveau A2) zu Palliative Care an, welcher vom Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) durchgeführt wird. Zusätzlich werden einzelne Mitarbeitende an einer 25-tägigen Weiterbildung (CAS) in Palliative Care und Demenz Lebenswelten vertieft geschult (Siehe Intranet Demenzkonzept).

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 7 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Leistungsangebote an Bewohnende, Angehörige und Pflegeteam

Folgende Leistungsangebote bestehen an die betroffenen Bewohnenden, ihre Angehörigen und an das Pflegeteam der Wohngruppe:

Angebote	Profession	Inhalt
Assessment	Pflegefachpersonen auf der Wohngruppe, Hausärztin und Hausarzt	Umfassendes Assessment beim Eintritt (RAI-LTCF), Assessment der diversen Symptome ESAS (Schmerz, Angst, Atemnot, Übelkeit, Obstipation, Delir) mit einzelnen Fokus-Assessments wie Schmerzen etc., Empfehlungen, Patientenverfügung falls noch keine vorhanden. Siehe auch Intranet „Eintritts- und Folgeassessment“.
Symptomkontrolle	Pflegende auf der Wohngruppe erweitert mit IPC-Team (Hausärztin und Hausarzt, Aktivierung, Seelsorge usw.)	Vorausschauende professionelle Behandlung der diversen Symptome
Pflegerisches Angebot	Pflege auf der Wohngruppe unterstützt von Aktivierung, Gastronomie, Hotellerie, Seelsorge, bei Bedarf von einer freiwillig tätigen Person via das SRK BL	Umfassende Palliative Care auf der Wohngruppe im Sinne von „beste Praxis“
Angehörige	Pflegeteam Wohngruppe und WGL, Mitglieder des IPC-Teams, freiwillig tätige Person	Die Angehörigen haben rund um die Uhr Besuchsrecht. Sie werden auf Wunsch in die Palliative Care mit einbezogen, informiert, angeleitet und/oder begleitet im Abschiedsprozess
Mitarbeiterförderung (Qualitätsverbesserung des Pflegeangebotes, Verarbeitung von anspruchsvollen Pflegesituationen)	Pflegeexpertin mit Pflegeteam der Wohngruppe und WGL, Mitglied des IPC-Teams	Reflexion und Fallbesprechungen von Palliative Care-Situationen in der Wohngruppe von WGL bei Bedarf
Förderung der freiwillig tätigen Personen	Pflegefachpersonen des SRK Baselland, Liestal	Reflexion von Palliative Care-Situationen durch Supervision und Fortbildungen durch SRK Liestal

Tabelle 1: Leistungsangebote

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 8 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

Informationsangebote für Angehörige, Gemeinden, Pflegefachpersonen

Folgende Informationsangebote und Ansprechstrukturen für Bevölkerung, Angehörige, Betroffene und andere Bewohnende, alle Mitarbeitenden des APH FRENKENBÜNDTEN, interessierte Fachwelt bestehen:

Angebote	Profession	Inhalt
Homepage	Geschäftsleitung	Informationen, Angebote, Konzept zu Palliative Care Anspruchsstrukturen
Kontakt zu Angehörigen	WGL, RAI-Fallführende aus Wohngruppe, Geschäftsleitung, PDL, Stv. PDL, Pflegeexpertin	Abgabe des Flyers beim Eintritt, Regelmässige Kontakte in der Palliative Care Phase und über den Todestag hinaus: Kondolenzbrief der Geschäftsleitung, Besuch der Abdankung, Einladung zu ökumenischer Abschiedsfeier 4 Monate später
Artikel in verschiedenen Medien	Geschäftsleitung	Angebote inklusive Palliative Care und deren Umsetzung im APH FRENKENBÜNDTEN
Flyer des APH FRENKENBÜNDTEN zur Information des Angebots Palliative Care für Angehörige, Bewohnende und Bevölkerung	Pflegeexpertin, Geschäftsleitung, Fachpersonen Pflege	Flyer mit Definition Allgemeine Palliative Care, Angebote im APH FRENKEN-BÜNDTEN, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Kooperationen mit anderen Dienstleistern
Gestaltung der Information eines Todesfalls in der Eingangshalle	Verwaltung	Variable ansprechende Gestaltung der Information eines Todesfalls (Texte, Licht, Blumen)
Bildung	Pflegeexpertin, Leitung Pflegedienst, Ausbildungsverantwortliche, Pflegefachpersonen mit CAS in Palliative Care Thementräger Aktivierung	Schulungsprogramm mit Bildungsschwerpunkten für Pflegepersonen ist aufgebaut: - Hausintern von PEX, Thementräger/innen - Extern Fachpersonen der jeweiligen Bildungsanbieter - Veranstaltungen hausintern sind auch offen für Pflegepersonal von anderen Institutionen
	Pflegeexpertin, Leiterin Bildung Thementräger Palliative Care oder Mitglied aus IPC-Team	Fortbildung für Mitarbeitende der Hotellerie, Gastronomie, Verwaltung: Information zu Palliative Care, Umgang mit Bewohnenden in Palliative Care-Situation
	Pflegefachpersonen des SRK Liestal	Externe Fortbildung am SRK Baselland Liestal für freiwillig tätige Personen: Umgang mit Bewohnenden in Palliative Care-Situationen

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 9 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

Teilnahme an Kongressen zu Palliative Care-Umsetzung im APH FRENKENBÜNDTEN	Pflegeexperte/in, Leitung Pflegedienst, WGLs, Fachpersonen	Teilnahme am z.B. SBK-Kongress, CURAVIVA Veranstaltungen, Palliative Care BL und BS oder palliative ch, andere Kongresse oder Veranstaltungen
--	--	---

Tabelle 2: Informationsangebote

Die Angebote von Allgemeiner Palliative Care im APH FRENKENBÜNDTEN, die Grundhaltung und Möglichkeiten werden intern und extern regelmässig, das heisst, bei Kontakt mit Bewohnenden, Angehörigen, bei einem Anlass für die Gemeinden (externe Kunden), bei Neueintritt von Mitarbeitenden oder einem Bildungsanlass für Mitarbeitende kommuniziert. Weiter publiziert das APH FRENKENBÜNDTEN Artikel in regionalen Zeitungen und Magazinen des Kantons Basel-Landschaft.

Das APH FRENKENBÜNDTEN im Versorgungsnetz der Region Liestal, BL

Das APH FRENKENBÜNDTEN ist ein Teil des Palliative Care-Versorgungsnetzes der Region Liestal im Kanton Basel-Landschaft und der APRL (Alters- und Pflegeregion Liestal). Das Versorgungsnetz umfasst die folgenden Institutionen: Kantonsspitaler Baselland (Liestal und Bruderholz), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Liestal mit Ambulatorien und Tageskliniken (AuT), Hausärzte und Hausärztinnen der Bewohnenden, Spitexdienste von Liestal, Frenkendorf/Höllinsdorf und Lausen, Pfarrämter von Liestal und Umgebung etc. Weiter bestehen im Rahmen der APRL Kooperationen mit den lokalen Institutionen der stationären und ambulanten Langzeitpflege.

Das Interprofessionelle Palliative Care (IPC)-Team kooperiert eng mit folgenden Institutionen und Fachpersonen:

Kooperationspartner	Berufsgruppen	Dienstleistung
Fachärzte, z.B. Palliative Mediziner/in vom PALLIATIVKLINIK IM PARK in Arlesheim (Kooperationsvertrag Palliative Care und Konsiliardienst vom 01.11.2014*)	Fachärzte, z.B. Palliative Mediziner/in PALLIATIVKLINIK IM PARK in Arlesheim oder Onkologen der Kantonsspitäler BL	Kontakt und Information bezüglich spezifischer medizinischer Probleme an Hausarzt, RAI-fallführende PFP, Pflegeexpertin und Angehörige, spezifische Verordnungen in Zusammenarbeit mit Hausarzt / Hausärztin des Bewohnenden
Palliative.ch Sektion bs + bl	Interprofessionelle Berufsgruppe	Weiterbildungen Vernetzungen, Informations-, Erfahrungs- und Wissensaustausch unter Fachpersonen
SEOP (Spitalexterne Onkologie und Palliativpflege)	Pflegeexperte/in (MScN/MAS in Palliative Care, Onkologie) von SEOP	Coaching des IPC-Teams in pflegerisch komplexen Fragen
SPITEX der Gemeinden Liestal, Frenkendorf/ Füllinsdorf, Lausen usw.	Pflegefachpersonen mit Weiterbildung in Palliative Care	Schnittstellen Management zwischen Pflege und Betreuung im APH FRENKENBÜNDTEN und zu Hause mit SPITEX

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 10 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Pflege

Anforderungsprofil der Pflegeteams (Weiterbildungen in Palliative Care)

Alle Wohngruppenleitungen (WGL) und Fachpersonen Pflege (HF/FH und FaGe) einer Wohngruppe absolvierten seit Frühling 2014 bis und mit September 2023 einen fünftägigen Inhouse-Grundkurs Palliative Care im Heim-, Spital- und Spitexalltag vom SBK, Niveau A2 (alle zwei bis drei Jahre Teilnahme von ca. 20 Pflegefachpersonen und Fachangestellte Gesundheit), entsprechend dem nationalen Bildungskonzept für Palliative Care und den Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (BAG & BBT, 2012; palliative.ch, 2011; Pereira et al., 2007; Tschopp-Hafenbrack & Maier, 2001)

- Pro drei Wohngruppen verfügt eine dipl. Pflegefachperson HF eine zehntägige Weiterbildung in Palliative Care (B1) oder ein CAS in Palliative Care mit 25 Tagen. Die WGL mit CAS in Palliative Care leitet das interprofessionelle Palliative-Care-Team.
- Die Pflegeexpertin, welche die pflegerische Fachverantwortung von Palliative Care hat, hat ein pfledegewissenschaftliches Studium mit Vertiefungsrichtung APN.

Geschäftsleitung

- **Finanzierung von Allgemeiner Palliative Care im Kanton BL:** Die Finanzierung der Palliative Care ist Stand 2025 weiterhin schwierig. Im Pflegeheimsetting wird sie über die Pflegefinanzierung und die Finanzierung ambulanter Leistungen (OKP) abgerechnet. Die Kosten der Leistungserbringung sind dadurch aber ungenügend abgedeckt, Restkostenfinanzierung wird entweder kantonal oder auf Gemeindeebene abgedeckt (BAG, 2025, Polynomics AG, 2025). Ein Angebot und Konzept für Palliative Care ist Bedingung für die kantonale Betriebsbewilligung. QUALIVISTA, die Leistungsanforderungen und –Bewertungen in den Alters- und Pflegeheimen kontrolliert, dient als Planungshilfe bei der Gestaltung der Prozesse, als Bewertungsinstrument für die erbrachten Leistungen und als Überprüfungsinstrument für die Aufsichtsbehörden (Verein Qualivista, 2024). Das letzte Audit von QUALIVISTA fand im APH FRENKENBÜNDTEN im Jahr 2025 mit der vollen Punktzahl erfolgreich statt.
- **Weitere Betriebsabläufe:** Weitere Betriebsabläufe sind im APH FRENKENBÜNDTEN im Rahmen des Qualitätssystems QUALIVISTA und dem internen Kontrollsystem IKS definiert, sowie im Pflege- und Betreuungskonzept Frenkenbündten (siehe Intranet).

Spiritual Care

Im APH FRENKENBÜNDTEN pflegen wir einen guten Kontakt mit den Seelsorgenden der reformierten und katholischen Kirche von Liestal und punktuell der neun Stiftergemeinden. Die Seelsorger:innen werden auf Wunsch der Bewohnenden zusätzlich neben dem Gottesdienstangebot zu einem Besuch angefragt. Psychosoziale und spirituelle Angebote werden zudem vom Aktivierungsteam bereitgestellt (Angebote der Aktivierung im Rahmen des interprofessionellen Palliative Care Konzeptes, speziell der Spiritual Care (Wernli, 2016)). Die Bewohnenden brauchen für ihr Wohlbefinden nebst den körperlichen und materiellen Bedürfnissen auch Nahrung für Geist und Seele.

In unseren Kleingruppen werden durch die Nähe und das Vertrauen zu unseren Bewohnenden Möglichkeiten geschaffen, diese Ebene zu nähren.

Mit stimmigen Ritualen, kulturellen Festen, Musik, Gesang, regelmässigen ökumenischen Gottesdiensten, Abschiedsritualen, Gedenkfeiern, Philosophiegruppe, Kochen, Backen aber auch individuellen Gesprächen mit Bewohnenden, tragen wir zum ganzheitlichen Wohlbefinden bei. Gerade bei Übergängen, Krisen und Neuanfängen bieten wir durch unsere Angebote Orientierung und im besten Fall auch wieder ein Daheim.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 13 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

In diesen Augenblicken sind die Bewohnenden nicht auf ihre Pflegebedürftigkeit resp. ihre Defizite orientiert, sondern sind aktiv Mitwirkende. Dies verleiht ihnen Würde, Lebensfreude, Gemeinschaft, Sicherheit und Halt. Für unsere Bewohnende mit Demenz bieten wir an den Wochentagen ein regelmässiges Betreuungsangebot an den Vormittagen an. Begleitungen mit dem Freiwilligen vom Besuchsdienst Rotes Kreuz werden ebenfalls angeboten. Im Team legen wir Wert auf einen bewohnendenzentrierten Austausch, so kennen wir unsere Bewohnenden mit ihren Sorgen, ihrer Trauer, ihren Nöten, aber auch ihre Freude und ihr Glück. In einem achtsamen Umgang öffnen sich die Bewohnenden in ihrem Vertrauen in uns und es entsteht Nähe und Zuversicht. Die Ressourcen, die entsprechende Haltung sowie das nötige Wissen stehen den Mitarbeiterinnen der Aktivierung durch adäquate Weiterbildungen und eigene Lernprozesse zur Verfügung.

A 1.2 Implementierung und Umsetzung

Was	Inhalte	Leitung	Bemerkungen
Interprofessionelles PC-Team	Strategische und übergeordnete Themen PC	WGL mit CAS in Palliative Care	Findet 2x/ Jahr statt
Arbeitsgruppe Palliative Care Pflege	Qualitätszirkel, durchführen von Fallbesprechungen, erarbeiten von Hilfsmitteln	Pflegeexpertin APN	Findet 6x im Jahr statt
Einführung neuer Mitarbeitenden	Workshop Palliative Care	WGL mit CAS in PC / Pflegeexpertin APN	Findet 3-4x/Jahr statt
Kurzinputs zu Fachthemen Pflege	Kurzinputs zu Fachthemen Pflege	Pflegeexpertin APN	Bedarfsorientiert, gemäss WB-Plan

- Interprofessionelles Palliative-Care-Team Mitglieder: Leitung Pflege & Betreuung, Leitung Hotellerie, Kaufmännische Leitung, Leitung Technik, Leitung Aktivierung, Leitung Bildung, Pflegeexpertin APN, WGL mit CAS in Palliative Care.
- AG Palliative Care Pflege Mitglieder: je eine Fachperson (FaGe oder dipl. Pflegefachperson) pro Wohngruppe, Pflegeexpertin APN, bei Bedarf Leitung Aktivierung
- Einführung neuer Mitarbeitenden: Veranstaltungen finden erstmals im Jahr 2026 statt.
- Details siehe auch Punkt A 1.1: Tabellen 1-4

A 1.3 Kommunikation

Das Konzept wird in der Einführung durch Bereichs- und Teamleitungen in den jeweiligen Bereichen kommuniziert. Die Bereichsleitungen sind für die Weiterbildungen ihrer Mitarbeitenden verantwortlich und koordinieren diese gegebenenfalls mit der Pflegeexpertin. Veranstaltungen und Weiterbildungen (auch externe Angebote) werden durch die Administration oder die Pflegeexpertin kommuniziert. Durch regelmässige Weiterbildungen, Arbeitsgruppensitzungen oder interdisziplinäre Palliative-Care-Sitzungen wird das Konzept überprüft und aktuell gehalten.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 14 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Datum	Inhalte / Änderungen	Bemerkungen
Februar 2017	Erstellung des Konzepts Palliative Care	Erstzertifizierung 2017
September 2021	Erstellung diverser Konzepte	Rezertifizierung 2021
Juli 2024	Änderung diverser Funktionen	Zwischenaudit 2024
Dezember 2025	Anpassung des Konzepts an die neuen Kriterien, Erstellung diverser Konzepte, Aktualisierung der wissenschaftlichen Quellen	Rezertifizierung 2026

Die Verantwortung zur Aktualisierung und Überprüfung liegt bei der Pflegeexpertin. In der Arbeitsgruppe Palliative Care werden aktuelle Erkenntnisse besprochen und das Konzept auf Basis dieser Erkenntnisse angepasst.

Palliative Care Pflegestandard und Anpassung der bestehenden Standards und Richtlinien

- Das initiale interprofessionelle Palliative Care Konzept wurde im Februar 2017 mit einem interprofessionellen Team erarbeitet; inklusive Standards und Richtlinien zu Palliative Care, abgestimmt auf die Nationalen Leitlinien Palliative Care 2010 (BAG & GDK, 2010)
- Vorhandene Richtlinien und Standards, wie z.B. Pflegestandard Schmerzmanagement, sind im September 2021 auf die interprofessionelle Ausrichtung, auf die nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 und evidenzbasierter Literatur aus der Datenbank Pubmed überprüft und aktualisiert worden.
- Im Jahr 2024 fanden grössere organisatorische Umstrukturierungen im APH Frenkenbündten mit neuen / angepassten Funktionen statt, das Konzept wurde dementsprechend aktualisiert.
- Im Jahr 2025 fand eine Umstrukturierung der Dokumentenstruktur statt. Im Rahmen dessen wurden alle pflegefachlichen Konzepte auf Aktualität und aktuelle Evidenzlage überprüft. Weiter wurde das Konzept an die neuen Kriterien angepasst und fehlende Konzepte dazu erstellt, sowie auch hier die aktuelle Evidenz miteinbezogen.
- QUALIVISTA verlangt im Rahmen des kantonalen Prüfungszyklus eine Überprüfung aller Konzepte einer Institution (Selbst- und Fremdevaluation). Das interprofessionelle Palliative Care Konzept wird durch die Pflegeexpertin alle 3 Jahre auf seine Gültigkeit überprüft. Die Leitung Pflegedienst und die Pflegeexpertin sind zusammen verantwortlich für die Prozesse und die kontinuierliche Weiterentwicklung des interprofessionellen Palliative Care Konzeptes. Die Arbeitsgruppe Palliative Care wird dabei eng miteinbezogen.

A2 Grundsaterklärungen

A 2.1.1 Assistierter Suizid

Eine Grundsatzerklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid ist vorhanden (siehe interne Regelung zur Suizidhilfe (Sterbehilfe) vom Februar 2019, sowie Procedere bei Wunsch/Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid). Diese Regelung wird den Bewohnenden und ihren Angehörigen bei der Aufnahme bekannt gegeben. Den Wohngruppenleitungen ist sie ebenfalls bekannt. Das Vorgehen bei Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid ist festgelegt und wird intern und extern kommuniziert.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 15 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

A 2.1.2 expliziter und freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Die Arbeitsgruppe Palliative Care Pflege hat sich mit diesem Thema und der aktuellen Literatur (Wather, 2015; Bickhardt & Hanke, 2014; Klein Remane, 2015; Klein Remane & Fringer, 2013; Monteverde, 2015) intensiv auseinandergesetzt. Stand 2025 hat sich die Evidenzlage bezüglich FNVF nicht verändert.

Es wurde entschieden, das Thema "Freiwilliger Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (FVNF)" im APH FRENKENBÜNDTEN mit einer Handlungsanweisung für alle Pflegemitarbeitenden zu klären. Für diese ethisch anspruchsvollen Situationen ist es für alle Beteiligten hilfreich, eine klare Handlungsanweisung zur Hand zu haben. Die Handlungsanweisung "Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit" und der Algorithmus "Ablaufdiagramm bei Wunsch eines Bewohners mit FVNF zu sterben" (Siehe Intranet) regeln das genaue Vorgehen, wenn urteilsfähige Bewohnende ihrem Leben mit dem FVNF vorzeitig ein Ende setzen wollen.

A 2.2 Implementierung

Wenn Bewohnende den Wunsch nach Inanspruchnahme von Exit äussern, wird die Situation gemäss dem Dokument mit Bewohnenden, Hausärzt:innen und der Wohngruppenleitung angeschaut. Bewohnende dürfen mit Exit in-house sterben.

Obwohl eine Richtlinie zu FVNF besteht, zeigt die Erfahrung, dass Bewohnende selten explizit entscheiden, FVNF in Anspruch zu nehmen. Gerade bei Bewohnenden mit Demenz geschieht ein FVNF oft implizit, wenn Bewohnende zunehmend das Essen und Trinken ablehnen. Gespräche mit Vertretungspersonen und dem ärztlichen Dienst sind dann ganz besonders wichtig, um den erwarteten Verlauf zu besprechen. Diese Situationen werden eng durch die Pflegeexpertin begleitet: sei es mit einer ethischen Fallbesprechung durch die Pflegeexpertin oder durch das Organisieren einer externen Supervision.

A 2.3 Kommunikation

Die Grundsaterklärungen werden in der allgemeinen Orientierung (siehe Intranet) erwähnt und bei Bedarf in einem persönlichen Gespräch mit Bewohnenden oder Angehörigen durch die Verantwortlichen Bewohnerprozesse Pflege erklärt. Mitarbeitende werden im Rahmen der Einführung und der Vorstellung des Konzeptes informiert.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 16 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Die Verantwortung zur Überprüfung liegt bei der Pflegeexpertin. Die Verantwortung zur Kommunikation bei grossen Änderungen liegen bei den Verantwortlichen Bewohnerprozesse Pflege.

B1 Eintritt / Beginn / Übernahme

Kriterien Eintritt Palliative Care

1. Eine oder mehrere akute und/oder chronische, unheilbare, lebensbedrohliche, somatische und/oder gerontopsychiatrische Krankheiten.
2. Kontinuierliche Verschlechterung der Lebenssituation der Bewohnenden in den letzten Tagen oder Wochen
3. Das Lebensqualitätsniveau, das Bewohnende eigentlich benötigen und sich wünschen, wird durch das unaufhaltsame Fortschreiten der chronischen Krankheiten, evtl. in Kombination mit einer akuten Krankheit, nicht mehr erreicht.
4. Im umfassenden geriatrischen Assessment und/oder in der Patientenverfügung zeigen Bewohnende Präferenzen in Richtung Palliative Care
5. Hinweis auf dem Eintrittsformular des Arztes/der Ärztin: terminal
6. Bewohnende wollen Therapieabbruch von kurativen Massnahmen (Medikamente, Therapien); Bewohnendenaussage: ich will nicht mehr kämpfen, habe keinen Lebenswillen mehr, will sterben
7. Bewohnendenaussage: will in Ruhe meine Tage verbringen können, will Prioritäten täglich selber setzen können, vorhandene Kraft selber einteilen können
8. Wunsch der Angehörigen: grösstmögliches Wohlbefinden, keine Schmerzen, kein Leiden

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 17 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

9. Kernfrage der Palliative Care: Wären Sie überrascht, wenn Ihr Bewohner in den nächsten sechs Monaten sterben würde (Boyd & Murray, 2010)?

Algorithmus interprofessionelle Entscheidungsfindung von kurativer Pflege zu Palliative Care

Vorgehen und Ablauf bei Eintritt in eine Palliative Care-Situation

1. **Schritt:** Die Wohngruppenleitungen und Pflegefachpersonen besprechen ihre Einschätzung der Situation der Bewohnenden mit dem Pflegeteam, um eine gemeinsame Meinung zu erreichen. Hilfsmittel sind die Patientenverfügung und die Kriterienliste für den Eintritt in die Palliative Care (siehe oben und Intranet).
2. **Schritt:** Es findet ein Gespräch mit dem Hausarzt/der Hausärztin und der für Gesundheitsfragen relevanten Angehörigen und, falls möglich, mit den Bewohnenden statt, in welchem die Einschätzung mit Begründung erläutert wird. Eine vorhandene Patientenverfügung wird respektiert.
3. **Schritt:** Ein Konsens für das weitere Vorgehen und den Sterbeort wird unter Miteinbezug der Bewohnenden (falls möglich) und deren Patientenverfügung gesucht. Mögliche Entscheidungswege:

Möglichkeiten der Versorgung in Palliative Care

- Bleiben und Sterben im APH FRENKENBÜNDTEN (Grundversorgung) oder
- Übertritt mit Sterben in einem Hospiz oder in einem der Kantonsspitäler Baselland (spezialisierte Versorgung) oder
- Austritt und Sterben zu Hause mit Unterstützung der Spitex (Grundversorgung) oder
- Verbleib im APH unter Beizug einer mobilen spezialisierten Palliativ-Versorgung (Grundversorgung an der Grenze zu spezialisierter Palliative Care).

Die Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung werden bereits bei Eintrittsanfragen durch die Verantwortlichen Bewohnerprozesse an die zuweisenden Stellen kommuniziert.

Die Aufnahmekriterien sind im Stiftungsreglement festgehalten, ein Auszug ist im Dokument "Stiftung Kurzinfo" festgehalten. Diese Kriterien werden mit den betroffenen Bewohnenden und ihren Angehörigen bei der Aufnahme besprochen. Die allgemeinen Übertrittskriterien in eine andere Institution sind in den Dokumenten im Intranet "Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen", "Handlungsanweisung Reagieren in lebensbedrohlichen Notfallsituationen und Benutzung des Notfallrucksacks" und im „Algorithmus interprofessionelle Entscheidungsfindung von kurativer Pflege zu Palliative Care“ (Anhang F) beschrieben. Die Übertrittskriterien werden situativ mit den Bewohnenden, den Angehörigen und dem Hausarzt/der Hausärztin respektive der beigezogenen Palliativmediziner:innen besprochen.

B 1.2 Palliative Care (PC) bezogene Erfassung

Beim Eintritt wird der Pflegebedarf mit dem Assessment von RAI-LTCF erhoben, welches auch Fragen zu Behandlungswünschen und Palliative Care im Allgemeinen beinhaltet. Das Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Bruera, Kuehn, Miller, Selmer & McMillan, 1991) wird bei allen eintretenden Bewohnenden durchgeführt. Bei Bedarf (ESAS ab Stufe 4 von 10) werden weitere Fokus Assessments durchgeführt. Die Biografie wird anhand des Dokuments Biografie-Bogen nach Möglichkeit in den ersten vier Wochen erhoben (siehe Biografie Arbeit Leitfaden und Biografie Bogen).

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 18 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Die Aktivierung hat jeweils eine Mitarbeiterin, welche einer Wohngruppe zugeteilt ist. Diese erfassen bei Neueintritt Vorlieben oder Wünsche für die Alltagsgestaltung.

Details siehe auch ab 2.1: regelmässige Symptomerfassung.

B2 Aufenthalt / Versorgung

B 2.1 regelmässige Symptomerfassung während des Aufenthaltes / Versorgung

Bei allen Bewohnenden werden alle 6 Monate oder bei einer relevanten Änderung der Pflegesituation die Beschwerden- respektive Befindlichkeitslage mit ESAS abgefragt. Je nach Resultat (ab Stufe 4 von 10) werden spezifische Fokus-Assessments eingesetzt und die Resultate mit dem Bewohnenden und dem Hausarzt/der Hausärztin besprochen, um entsprechende Pflege- und Therapiemaßnahmen einzuleiten. Der Pflege- und Betreuungsauftrag wird zeitnah angepasst.

Symptombewertung mit ESAS

Am Eintrittstag, alle 6 Monate oder bei einer relevanten Änderung der Pflegesituation wird bei allen Bewohnenden mit dem ESAS eine Symptombewertung vorgenommen (Bruera et al., 1991). Zeigt ein Symptom gleich oder grösser 4 von 10 auf der Skala an, werden weitere Fokus-Assessments benutzt und in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin evidenzbasierte Pflegeinterventionen eingeleitet.

Schmerz-Assessment

Die Algorithmen "Schmerzabklärung bei Bewohnenden allgemein" und "Schmerzabklärung bei Bewohnenden mit Demenz" zeigen den zeitlichen Ablauf nach dem Eintritt eines Bewohnenden und die zeitliche Fixierung von Wiederholungs-Assessments (siehe Intranet: Schmerzmanagement Zusammenfassung).

Schmerzeinschätzung mit der erweiterten Schmerzskala von MUNDIPHARMA

Für Schmerzeinschätzungen wird die Schmerzskala von MUNDIPHARMA verwendet, welche sowohl die Numerische Rating Skala NRS, die Verbal beschreibende Rating Skala VRS und die Gesichter-Skala beinhaltet (siehe Intranet: Schmerzmanagement Zusammenfassung).

Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

Die AG Palliative Care Pflege hat sich für das Beobachtungsinstrument „Beobachtungsskala Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ entschieden (Siehe BESD Beschreibung und Skala). Ein maximaler Gesamtwert für ein Schmerzverhalten von 10 ist möglich. Bei einem Wert von 6 und mehr besteht Handlungsbedarf (Warden, Hurley & Volicer, 2003). Das Instrument wurde auf Validität und Reliabilität im Pflegeheimbereich überprüft (Warden et al. 2003). (Siehe Intranet BESD Skala & BESD Beschreibung).

Dokumentation Schmerzverlauf allgemein und bei Menschen mit Demenz

Der Dokumentationsverlauf bei Schmerzen allgemein wird in der elektronischen Pflegedokumentation ePDoc im Verlaufsbericht festgehalten. Die Instrumente VRS/NRS und BESD sind aktuell noch separate Dokumente, werden im Verlauf in ePDoc integriert.

Assessment bei Malnutrition

In der RAI-Erfassung zum Thema Ernährung ist das Mini-Nutritional Assessment (MNA) integriert und wird bei jeder RAI-Erfassung automatisch mit ausgerechnet. Das Instrument hilft der Pflege, rasch ein Bild vom Ernährungszustand der Bewohnenden zu erhalten

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 19 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

(Guigoz, 2006). Das MNA wird zusätzlich bei einer Allgemeinzustandsverschlechterung, Gewichtsverlust, erhöhter Nährstoffbedarf (z.B. bei Wunden, Sturzprävention etc.) von der Pflegefachperson ausgefüllt und Massnahmen eingeleitet. Die WGLs arbeiten bei Bedarf eng mit der Leitung Gastronomie zusammen, um spezifische Bedürfnisse abzuklären. Zusätzlich berät Homecare beim Einsatz von hochkalorischer Trinknahrung und kann ebenfalls zum Ausfüllen des MNA beigezogen oder angefragt werden (siehe auch Intranet „Mangelernährung“).

Assessment bei Obstipation

Der bisherige Krankheitsverlauf, frühere Stuhlgewohnheiten, die körperliche Untersuchung mit Palpation von Kotansammlungen im Dickdarm, Auskultation Abdomen, Charakteristika der Darmgeräusche und das Ermitteln schmerzhafter Abdominalregionen, Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Medikamentenanamnese, letzte Stuhlabklärungen (Häufigkeit, Konsistenz, Stuhlmenge, Schmerzen, Beimischungen von Blut oder Schleim) geben Hinweise auf die Ursache von Unregelmäßigkeiten des Stuhlgangs. Geschultes Pflegefachpersonal kann das rektale Abtasten durchführen.

Eine Symptomkontrolle bei Bewohnenden mit Palliative Care ist essenziell (Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher & Monteverde, 2017). Obstipation kann die Lebensqualität beeinflussen und Nausea, abdominale Schmerzen, Völlegefühl, Flatulenz und Spasmen verursachen (Bigorio Obstipation, 2007). Die Kontrolle einer bestehenden und die Prophylaxe einer zu erwartenden Obstipation sollten individuell erfolgen (Steffen-Bürgi et al., 2017). Für die Bewohnenden sind abführende Massnahmen anstrengend und sie sind schwer zu steuern, oft ist die Folge eine Diarrhoe (Siehe Intranet «Handlungsanweisung Obstipation»).

Assessment bei Angst

Beim Eintritt schätzen wir die Angst mit dem ESAS und bei Bedarf mit der Facial Affective Scale (FAS) der Gesichterskala ein (Ortigosa Quiles et al., 2012). (Siehe Intranet „Gesichterskala FAS für Angsteinschätzung“)

Assessment bei Verdacht auf depressive Symptome

Bei APH-Bewohnenden kommen depressive Symptome häufig vor. Depressive Symptome können eine Reaktion auf eine schlechte physische, psychische oder soziale Gesundheit sein. Eine länger bestehende Depression kann zu einer Abnahme der Selbsthilfefähigkeit führen und eine bestehende Demenz verschlechtern (Wang et al, 2024).

Deshalb ist das frühzeitige Erkennen von depressiven Symptomen wichtig. Im RAI-Assessment wird automatisch die Depression Rating Scale (DRS) ausgerechnet, welche weiter kann bei einem Verdacht auf depressive Symptome der Bewohnenden mit der geriatrischen Depressionsskala (GDS) gearbeitet werden. Das GDS weist gemäss der Studie von Guggel & Birkner (1999) gute psychometrische Eigenschaften aus. Das GDS wird als separates Dokument ausgefüllt. Anschliessend werden die behandelnden Ärzt:innen über die Resultate der Assessments informiert und Massnahmen getroffen und evaluiert.

Assessment bei Verdacht auf Delir

Obwohl Delirien bei Pflegeheimbewohnenden häufig auftreten, werden diese durch das Pflegepersonal oft nicht erkannt (De Lange, Verhaak, van der Meer, 2013). Doch gerade die Früherkennung ist von entscheidender Bedeutung, damit negative Folgen ausgeschlossen werden können (Wilson et al., 2020). Das Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD) ist ein einfacher und leicht verständlicher Fragebogen zur Erkennung von Delirien bei älteren Menschen und lässt sich leicht in die tägliche Pflegearbeit integrieren (Urfer, Zúñiga,

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 20 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 22 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Angehörigen einholen und im ePDoc festhalten. Bei selbstständigen Bewohnenden täglich nach Stuhlgang fragen und bei Bewohnenden mit kognitiven Einschränkungen das Vorhandensein von Stuhlgang im ePDoc unter Stuhlgang eintragen wie auch die Stuhlform. Das Management von Obstipation wie Prävention und Behandlung und nicht-pharmakologische Massnahmen sind in der Handlungsanleitung Obstipation festgehalten (Siehe Intranet „Handlungsanweisung Obstipation“).

Bei Bewohnenden mit Opiattherapie werden immer Laxantien in Absprache mit dem Hausarzt/Hausärztin und dem Stufenplan Laxantien des Universitätsspitals Basel (USB, 2016) verabreicht. In Einzelfällen von Opioid-induzierter, schwerer Obstipation muss mit dem Hausarzt/der Hausärztin die weitere Behandlung besprochen werden. Zusätzlich muss ein Opioidwechsel in Betracht gezogen werden. Beispielsweise wirkt Fentanyl weniger verstopfend als andere Opiate (Bigorio, 2007). Zusätzlich sollte eine manuelle Ausräumung erst nach einer weichmachenden Behandlung mit Glycerin und einer begleitenden Analgetika- und Sedativtherapie durchgeführt werden (Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher & Monteverde, 2017). Bei einer End of life Phase gilt es die chronische Obstipation mit dem Behandlungsteam interprofessionell zu besprechen, um Beschwerden zu lindern.

Umgang mit Angst

Es besteht ein Konzept zum Thema Umgang mit Angst, um den Pflegenden Hilfestellung zu Massnahmen zu geben. (Siehe Intranet „Umgang mit Angst«).

Kommentiert [BL1]: Konzept aktuell in Bearbeitung

Delirprävention und evidenzbasierte Pflegeinterventionen

Für die Prävention und pflegerischen Interventionen von Delir benutzen wir die Leitlinie Delirmanagement in der geriatrischen Langzeitpflege, welche 2017 von der Fachgruppe Pflegeentwicklung Nordwestschweiz, in Zusammenarbeit mit dem Delirexperten Dr. W. Hasemann, speziell für Alters- und Pflegeheime entwickelt wurde (FGPE, 2018). Das Delirmanagement enthält das Informant Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AGEd) (Rhodius-Meester et al., 2013), zur Erfassung von Delir und den Handlungsalgorithmus. Die Anwendung des I-AGEd ist im Handlungsalgorithmus zusammengefasst. (Siehe Intranet „I-AGEd“, „Handlungsalgorithmus“, „Delirleitlinie“). Eine Zystitis kann bei alten Menschen ein Delir auslösen (Kressig, 2017). Evidenzbasierte Präventionen und Massnahmen sind im Intranet unter „Handlungsanweisung HWI“ beschrieben.

Pflegeinterventionen in der Spiritual Care

„Hogemalvervenden in der Spirakul Care“
Spiritual Care ist zu verstehen als Begleitung entlang des ganzen Lebensbogens, in einer Krise, in leidvollen Erfahrungen und Verlusten, in der Unsicherheit einer zu erwartenden Diagnose, im letzten Lebensabschnitt und im Sterben (Monteverde, 2016; Bürgi, 2013; Tanyi, 2002; Narayanasamy & Owens, 2001). Es ist die gemeinsame Sorge eines Pflgeteams, erweitert mit Aktivierung, Seelsorge, Hausärzten, Angehörigen und freiwilligen Helfern, dem Bewohnenden zu ermöglichen, seinen Ressourcen entsprechend am Leben teilzuhaben und das Leben als sinnvoll zu erfahren.

Die Arbeitsgruppe Palliative Care Pflege hat folgende evidenzbasierte Pflegeinterventionen und will sie im Alltag umsetzen: das Ermöglichen des spirituellen Wachstums, spiritueller Support geben, präsent sein, aktives Zuhören, Berührung, Aromapflege und Einsatz von Musik (Cavendish et al., 2003) (siehe Intranet „Konzept Spiritual Care in der Palliative Care“ und „Angebote Aktivierung im Rahmen des interprofessionellen Palliative Care Konzeptes“).

Interventionen zu Spiritual Care bei Bewohnenden mit Demenz

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 23 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

Auf der geschützten Wohngruppe sind folgende drei Themen von Spiritual Care wichtig: Die Integration der Spiritual Care im Pflegealltag, Spiritual Care im Sinne von Zusammensein mit den Bewohnenden und das Bereitstellen von bedeutungsvollen Aktivitäten im Alltag: sanfte Musik hören, die beruhigt und manchmal sprachliche Fähigkeiten weckt; in die Natur gehen; die Pflege von Blumen im Gartenhochbeet; im Garten den Vögeln zuhören; die Geissen beobachten und sich bewegen im Bewegungs- und Begegnungspark; kleine Abenteuer kreieren wie Guetzli backen und geniessen; an einem Konzert teilnehmen können oder singen. Dies alles sind Bereicherungen im alltäglichen Leben.

Religiöse Bedürfnisse kennen: Achten auf religiöse Symbole im Zimmer; aus der Bibel vorlesen beruhigt; frühere Gewohnheiten kennen und deren Anwendung anbieten, z.B. beten, lesen aus spirituellen Büchern, religiöse Lieder singen; Unterstützung anbieten beim Besuch eines Gottesdienstes, einer Kirche oder dem Friedhof (Odbehr et al. 2015; Monteverde, 2016).

Transkulturelle Pflege in der Palliative Care und End of life

Neben den bekannten Inhalten der christlichen Religionen sind den Pflegeteams auf den sechs Wohngruppen mit dem bestehenden Konzept Informationen zum erwünschten Verhalten in pflegerischen Situationen folgender Kultur- und Religionsgruppen zugänglich: Islam, Buddhismus, Hinduismus, Zeugen Jehovas und der Christengemeinschaft (anthroposophische Auslegung der Bibel). Das Dokument enthält zudem hilfreiche Adressen einzelner Religionsvertretender in der Region (siehe Intranet „Konzept Transkulturelle Pflege in der Palliative Care“). Je eine migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care für Bewohnende und für Angehörige ergänzen das Konzept (Siehe Intranet „Migrationssensitive Checkliste für Angehörige und Patienten“).

B 2.4 Wirksamkeit der Behandlung

Wie bereits unter Punkt 2.2 erwähnt, wird die Pflegeplanung jeden Monat evaluiert. Werden Massnahmen wie beispielsweise der fixe Einsatz von Reservemedikamenten eingeleitet, wird durch die Fachperson ein Evaluationsdatum festgelegt und die Behandlung durch eine Fachperson evaluiert. Bei Bedarf werden Fallbesprechungen durchgeführt, gerade, wenn Behandlungen nicht anschlagen.

B 2.5 Kontinuität der Behandlung

Teamberichte sind auf den Wohngruppen individuell festgelegt, finden aber mindestens 2x/wöchentlich statt. Fachpersonen und Assistenzpersonal sind angewiesen, sich zu Beginn der Schicht im elektronischen Dokumentationssystem ePDoc einzulesen. Die WGL sind meistens unter der Woche anwesend und fungieren als Prozessverantwortliche, in enger Zusammenarbeit mit den anderen RAI-fallverantwortlichen Pflegefachpersonen. Am Wochenende hat jeweils eine WGL die Hausverantwortung. Weiter findet täglich ein Austausch mit der Leitung Pflege und Betreuung, den anwesenden WGLs, der Pflegeexpertin und der Verantwortlichen Bewohnerprozesse Pflege statt.

B 2.6 Kommunikation

Rundtischgespräche finden bei herausfordernden Situationen zur Entscheidungsfindung gemeinsam mit Hausärzt:innen, der Leitung Pflege und Betreuung oder der Pflegeexpertin statt und werden im ePDoc dokumentiert. Alle 6 Monate findet ausserdem im Rahmen der Beobachtungsphase von RAI ein Folgeassessment statt (siehe auch Intranet Eintritts- und Folgeassessment).

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 24 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 25 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 26 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Reflexion

Wie unter Punkt E 1.5 beschrieben, werden bei Bedarf herausfordernde Situationen in Form von ethischen Fallbesprechungen durch die Pflegeexpertin APN oder Supervisionen durch die Psychiatrie Baselland nachbesprochen.

C. Entscheidungsfindung (Advance Care Planning) und gesundheitliche Vorausplanung

C 1.1 Antizipation (in allen Bereichen)

Die beim Eintrittsassessament (RAI LTCF und Intranet Eintritts- und Folgeassessament) erhobenen Daten beeinflussen die vorausschauende Planung, welche in der Pflegeplanung im ePDoc abgebildet wird. Stehen REA-Status und Wünsche für das weitere Procedere (Spitaleinweisung, Palliative-Care-Behandlung) noch nicht fest und ist die Patientenverfügung diesbezüglich noch nicht schlüssig, werden diese Dinge mit den Bewohnenden, Hausärzt:innen und Angehörigen geklärt. Wünschen die Bewohnenden Palliative Care, werden Reserveverordnungen für Palliative Care angefordert. Als Hilfsmittel steht die Vorlage Palliative Reservemedikation (siehe Intranet) zur Verfügung, sowie die Vorlage Gesundheitliche Vorausplanung von Curaviva.

C 1.2 / C 1.3 Patientenverfügung und Unterstützung zur Verfassung einer Patientenverfügung

Vor dem Eintritt wird den Bewohnenden der DOCUPASS der PRO SENECTUTE oder die Baselbieter Patientenverfügung empfohlen (siehe Homepage Eintritt und Aufnahme). Beim Eintritt wird nach einer vorhandenen Patientenverfügung gefragt. Falls keine vorhanden ist und die Bewohnenden urteilsfähig sind, wird empfohlen, eine solche baldmöglichst mit Hilfe der Angehörigen und des Hausarztes/der Hausärztin zu erstellen und eine Kopie im Bewohnendendossier abzulegen. Wenn gewünscht, kann das Beratungsgespräch auch durch die Wohngruppenleitung oder die Pflegeexpertin APN erfolgen. Die Pflegeexpertin APN bietet ausserdem bei Bedarf Beratungsgespräche nach ACP an.

Ausgefüllte Patientenverfügungen werden eingescannt und im elektronischen Pflegedokumentationssystem ePDoc abgelegt.

C 1.4 stellvertretende Personen

Die stellvertretenden Personen gemäss KESR werden bereits bei der Anmeldung im Frenkenbündten erfasst und bei Eintritt in der elektronischen Pflegedokumentation hinterlegt.

C 1.5 Palliative Notfallsituationen

Palliative Notfallsituationen werden bei Eintritt oder bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes gemeinsam mit Bewohnenden, Angehörigen und den behandelnden Hausärzt:innen angesprochen. Als Hilfsmittel dient das Dokument Notfallsituationen in der Palliative Care (siehe Intranet). Medikamentöse Massnahmen werden vom ärztlichen Dienst verordnet und sind im eDoc ersichtlich, nicht-medikamentöse Massnahmen werden in der Pflegeplanung im ePDoc erfasst.

C 1.6 Bewohnendenrechte

Die Bewohnenden, respektive ihre vertretungsberechtigte Person, werden beim Eintritt und im Pflegealltag laufend über ihre Rechte informiert, so dass sie Entscheidungen frei treffen können. Die Bewohnenden, ihre Angehörigen oder ihre Beiständ:in kennen den zuständigen Hausarzt/die Hausärztin, die zuständige Wohngruppenleitung und die RAI-fallverantwortliche

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 27 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Pflegfachperson oder die Bezugsperson. Das Vorhandensein einer bevollmächtigten Vertrauensperson wird beim Eintritt abgeklärt. Haben urteilsunfähige Bewohnende keine Vertrauensperson bezeichnet, gilt das neue Erwachsenenschutzrecht (CURAVIVA, 2012). Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Baselland wird informiert, sie klärt die Kaskade der Bezugspersonen gemäss Gesetz ab und ernennt bei Notwendigkeit einen Beistand/eine Beiständin.

D 1.1 Einbezug der An- und Zugehörigen

D 1.2 Bedürfnisse der An- und Zugehörigen

D 1.3 Information der An- und Zugehörigen

Die Angehörigen haben rund um die Uhr Besuchsrecht. Sie werden auf Wunsch in die Palliative Care miteinbezogen, angeleitet und mit Gesprächen begleitet. Sie können sich auf Wunsch abends im APH FRENKENBÜNDTEN verpflegen und übernachten. Die Kontakte mit den Angehörigen bestehen oft über den Todestag hinaus, sie besuchen das Restaurant oder nehmen an geselligen Anlässen im APH FRENKENBÜNDTEN teil und werden zum dreimal jährlich stattfindenden Gedenkgottesdienst eingeladen.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 28 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 29 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Falls der Entscheid getroffen wird, in eine andere Institution überzutreten oder nach Hause mit Spitex-Unterstützung auszutreten:
RAI-fallführende Pflegefachperson, Hausarzt/Hausärztin und alle weiteren beteiligten Berufe verfassen einen Übertrittsbericht bezüglich Pflege, Betreuung und Behandlung an die nachfolgende Institution, RAI-fallführende Pflegefachperson nimmt telefonisch Kontakt auf zur Klärung von Fragen.

Falls der Entscheid getroffen wird, im APH FRENKENBÜNDTEN zu bleiben:

Bildung eines mobilen, interprofessionellen Palliative Care Teams

1. **Schritt:** Es wird ein mobiles, interprofessionelles Palliativ Care-Team für die Bewohnenden gebildet. Dies ist Aufgabe der Wohngruppenleitung. Mobil, weil die Thementrägerin, die Pflegeexpertin APN und die Aktivierung nicht auf der Wohngruppe arbeiten und externe Unterstützung bei Bedarf (z.B. Physiotherapie, Seelsorger/in, freiwillig tätige Person, bei Notwendigkeit Palliativmedizinerin von der PALLIATIVKLINIK IM PARK, Arlesheim beigezogen wird.
Mögliche involvierte Personen und zu treffende Massnahmen:
 - Wohngruppe: RAI-fallführende Pflegefachperson als Bezugsperson und Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit und Pflegeassistenten/Pflegehilfen bestimmen, die die Bewohnenden und deren Angehörigen hauptsächlich betreuen.
 - Information an Pflegeexpertin für pflegerische Beratung und / oder Fallbesprechung
 - Hausarzt/-ärztin: neuen, zeitlichen Rhythmus des Informationsaustausches abmachen
 - Aktivierung hausintern: Information und Anpassung der individuellen Aktivitätsangebote
 - Angehörige: Angehörigen-Support durch Information über angepassten Pflege- und Therapieplan; Abklärung Informationsbedarf und erwünschten Einbezug in Pflege, falls ja: Anleitung; falls nein: Prozessbegleitung und proaktive Trauerbegleitung durch Gespräche; evtl. Kontakte zu Hausarzt/Hausärztin, Selbsthilfegruppe, Seelsorger/Seelsorgerin u.a. vermitteln.
 - Abklärung bei Bewohnenden und Angehörigen, ob der Einsatz einer freiwillig tätigen Person vom SRK BL erwünscht ist.
 - Seelsorgende der Gemeinde: Information und Kontaktaufbau auf Wunsch der Bewohnenden und der Angehörigen.
2. **Schritt: Information an die Sekundärprozesse** durch Wohngruppenleitung oder RAI-fallführende Pflegefachperson mit der internen Meldung: Palliative Care
 - **Gastronomie:** z.B. Information betreffend Umstellung auf Wunschkost für die Bewohnenden und Verpflegung der Angehörigen, freiwillig tätigen Person nachts.
 - **Hotellerie:** z.B. Bereitstellen von Gästezimmer für Angehörige oder bequeme, mobile Gästebetten mit entsprechenden Räumen, Trennwände in Doppelzimmer, zusätzliches Pflegematerial, Bettwäsche.
 - **Verwaltung/Administration:** z.B. Information bei Wunsch der Bewohnenden, der Angehörigen auf Telefonumstellung.
3. **Schritt:** RAI-fallführende Pflegefachperson und Hausarzt/Hausärztin passen gemeinsam den Pflege- und Therapieplan an in Richtung Symptomlinderung (Reservemedikation anpassen, erweitern, Notiz: Reanimation "Nein") und Förderung des Wohlbefindens. Abmachung mit Hausarzt/Hausärztin über neuen zeitlichen Rhythmus des

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 30 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 31 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

werden nach Bedarf der Wohngruppen Fallbesprechungen und/oder ethische Fallbesprechungen nach METAP II durchgeführt (Albisser-Schleger, 2019). Bei Bedarf wird unterstützende Beratung oder Supervision durch die Palliativmediziner:innen vom **PALLIATIVKLINIK IM PARK** in Arlesheim oder durch die Gerontopsychiaterin der alterspsychiatrischen Dienste BL in Anspruch genommen.

E 1.6 Zugezogene Fachpersonen

Es besteht eine Regelung des APH FRENKENBÜNDTEN zur Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen, sowie ein Konzept zur ärztlichen Versorgung (siehe Intranet Zusammenarbeitsregelung Hausärzte und ärztliche Versorgung). Die medizinische Begleitung rund um die Uhr ist durch die Hausärzte in Kombination mit den Notfallärzten sichergestellt.

Die Ärzte sind über das Palliative Care Konzept im APH FRENKENBÜNDTEN informiert (Brief im Herbst 2015) und 15 der 45 Hausärzte haben sich 2016 an den beiden Ärzte-Fortbildungen in Palliative Care von Frau Dr. H. Gudat, PALLIATIVKLINIK IM PARK, Arlesheim weitergebildet.

Bei instabilen und unübersichtlichen Situationen in Palliative Care wird ein Konsilium von den Palliative Care Ärztinnen und Ärzte angefragt. Zur Förderung des Fachaustausches und der Weiterbildung besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton Baselland und Palliative-bs-bl (www.palliative-bs-bl.ch). 2020/21 fanden Koordinationsabsprachen mit der Ärzteschaft zur Behandlung, Pflege und Betreuung im Falle einer COVID-19-Infektion bei Heimbewohnenden statt.

Weitere Details zu den Fachpersonen siehe Punkt E 1.1.: Teamzusammenstellung.

E 1.7 Freiwillige

Konzept Freiwilligenarbeit in der allgemeinen Palliative Care

Es wurde ein Konzept für die Freiwilligenarbeit in der Allgemeinen Palliative Care erstellt, (siehe Intranet Konzept Freiwilligenarbeit). Das Konzept stimmt überein mit der Vereinbarung zum Einsatz von freiwilligen Begleitpersonen im Bereich Palliative Care zwischen dem APH FRENKENBÜNDTEN und dem SRK Baselland (Anhang B)

Definition formelle Freiwilligenarbeit

"Die formelle Freiwilligenarbeit ist eine tragende Säule der Palliative Care. Als formelle, institutionalisierte oder organisierte Freiwilligenarbeit werden unbezahlte, ehrenamtliche und freiwillige Tätigkeiten in Vereinen und Organisationen definiert" (BAG & GDK, 2014)

Zweck von freiwillig tätigen Personen in der Palliative Care

Freiwillig tätige Personen in der Palliative Care schenken Zuwendung, machen ein mitmenschliches Beziehungsangebot und leisten einen qualitativ eigenständigen Beitrag. Sie stellen ihre Fähigkeiten, ihre Interessen und nicht zuletzt ihre Zeit zur Verfügung und bringen so ihre persönlichen Ressourcen als Mitmenschen der Situation entsprechend ein. Sie setzen mit ihrer freiwilligen Zuwendung ein starkes Zeichen, dass schwer kranke und/oder chronisch kranke, sterbende Menschen und ihre Angehörigen zu unserer Gesellschaft gehören (Raischl, 2002; Lack, 2003; 2007; Knippling, 2007).

Merkmale der freiwilligen Begleitung

Zentrale Punkte der freiwilligen Begleitung sind Empathie und Zuwendung. Die freiwillige Begleitung ist charakterisiert durch eine gleichwertige Beziehung. Es ist ein Hilfesystem von Menschen für Menschen, das keine gezielte therapeutische Intervention verfolgt (Specht-

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 32 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Thomann & Tropper, 1998). Die Rolle der Begleitung beinhaltet, dass die freiwillig tätige Person ihre persönlichen Bedürfnisse und Interessen zu Gunsten des betroffenen Bewohnenden zurücknimmt.

Die Rolle beinhaltet je nach Bedürftigkeit des Betroffenen mehr oder weniger Mitmensch in einer offenen Beziehung oder in Krisen- und schweren Krankheitszeiten mehr HelferIn und Fürsorgerin (Mattke, 1997). Dieser Umstand verlangt eine sorgfältige Einführung und ein fachliches Coaching von professionellen Fachpersonen (Knipping, 2007).

Aufgaben von freiwilligen tätigen Personen

Folgende Tätigkeiten können im Rahmen der Palliative Care von freiwillig tätigen Personen übernommen werden: Gesprächsangebote, Spaziergänge, Besuche mit Musik hören und/oder Vorlesen, Unterstützung und emotionale Entlastung für Angehörige. Bei Interesse kann auch der Einbezug in pflegerische Tätigkeiten (z.B. Essen und Trinken reichen) unter Anleitung einer Pflegefachperson erfolgen.

Die Gestaltung der Begleitung kann je nach den Bedürfnissen der betroffenen Bewohnenden und ihren Angehörigen verschiedene Formen annehmen. Freiwillig tätige Personen dürfen keine Leistungen erbringen, die in den Aufgabenbereich von qualifizierten Fachpersonen fallen (BAG & GDK, 2014). Die Vorbereitung der freiwillig tätigen Personen mit einem Grundkurs durch professionelle Pflegefachpersonen ist aus Gründen der Qualitätssicherung wichtig (Knipping, 2007; BAG & GDK, 2014).

Auswahl, Vorbereitung und Einsatz von freiwillig tätigen Personen

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Baselland übernimmt die Auswahl, Schulung und Supervision von freiwillig tätigen Personen für das APH FRENKENBÜNDTEN (Siehe Anhang B). Für den Einsatz im APH FRENKENBÜNDTEN ist es Voraussetzung, dass die Interessenten vorgängig den Lehrgang PASSAGE SRK BL (oder Äquivalenz) absolviert haben. Die freiwillig tätigen Personen unterzeichnen eine Vereinbarung mit dem SRK Baselland, in der sie die Leitlinien des APH FRENKENBÜNDTEN, die Einsatzvereinbarung in der Palliative Care, die Einhaltung des Verhaltenskodex für freiwillig tätige Personen, die Schweigepflicht, die Teilnahme an Austauschtreffen, Supervision und Weiterbildungstagen des SRK Baselland akzeptieren und verbindlich abmachen (Lack, 2003; Knipping, 2007; BAG & GDK, 2014; SRK BL, 2016).

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 33 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 34 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Das APH FRENKENBÜNDTEN pflegt einen Austausch mit palliative BL + BS im Rahmen von Weiterbildungen, der Fachtagung und der GV. Alle 1-2 Jahre werden Veranstaltungen von palliative BL + BS oder Schweiz durch die Pflegeexpertin, den WGLs, der Leitung Pflege und Betreuung oder Fachpersonal besucht und für Netzwerkgespräche genutzt.

G Einführung und Weiterbildung der Mitarbeitenden

G 1.1 Einführung neuer Mitarbeitenden

Das Konzept der interprofessionellen Palliative Care wird allen neu eintretenden Mitarbeitenden durch die jeweilige Bereichsleitung erklärt. Bei Bedarf findet die Einführung durch die Pflegeexpertin statt, falls eine fachliche Vertiefung durch die Bereichsleitung gewünscht ist. Zusätzlich findet 4x jährlich ein 1.5-stündiger Workshop für alle neu eintretenden Mitarbeitenden statt.

Pflegefachpersonen (diplomierte Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit) werden durch die Wohngruppenleitung und / oder Pflegeexpertin in alle Pflegekonzepte zu Palliative Care instruiert. Es finden regelmässig auf den Wohngruppen kurze Weiterbildungen zu spezifischen Themen wie Delir, nicht-pharmakologische Interventionen, Demenz, Ethik etc. statt, gemeinsam mit der Aktivierung (siehe Intranet Schulungen und Veranstaltungen).

G 1.2 Weiterbildung bestehender Mitarbeitenden

Ende Jahr werden für das kommende Jahr im Rahmen der Budgetplanung die Weiterbildungen durch die Leitung Pflege und Betreuung und die Pflegeexpertin geplant. Ausserdem existiert für das Pflegepersonal eine Excelliste, wo alle Weiterbildungen, Kurzinputs und Fallbesprechungen zu Palliative Care eingetragen werden (siehe Intranet Schulungen und Veranstaltungen).

Der Fortbildungsplan beschreibt die jährlichen, zeitlich definierten Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zu Palliative Care für alle Berufsgruppen im APH FRENKENBÜNDTEN.

Das interprofessionelle Palliative Care Team trifft sich zweimal jährlich oder bei Bedarf für Besprechungen von Schnittstellenfragen, Informationsaustausch, Weiterentwicklungsthemen etc.

Ausserdem wird alle 1 bis 2 Jahre durch die Pflegeexpertin ein Refresher zu Palliative Care für die Mitarbeitenden aller Bereiche angeboten. Dabei wird ein Input zu Palliative Care Themen gegeben und Fragen zur Praxis in Bezug auf Palliative Care geklärt und diskutiert. Die interprofessionelle Arbeitsgruppe Palliative Care erstellte im Mai 2021 einen Arbeitsauftrag für die Erstellung eines Objekts oder Posters anhand von vordefinierten Palliative Care Themen, um diese mit der Methode des World Cafés zu präsentieren. Bei Bedarf führt die Pflegeexpertin gezielte Unterstützung und Betreuung interprofessionell durch.

Lernende und Studierende

Die Verantwortung der Organisation der Schulungen liegt bei der Leiterin Bildung. FRENKENBÜNDTEN verfolgt für die Lernenden aller Bereiche das Ziel, dass alle Lernenden, welche eine Grundbildung absolvieren, Schulungen zum Thema Palliative Care erhalten. Das Niveau und die Inhalte der Schulungen sind dem Ausbildungsziel und dem Ausbildungsstand entsprechend.

Innerhalb vom Einführungsprogramm werden alle neu eintretenden Lernenden für das Thema sensibilisiert.

Die Studierenden HF arbeiten in der Regel bereits im Haus und haben an den ordentlichen inhouse Schulungen teilgenommen. Des Weiteren ist das Ausbildungsniveau so hoch, dass

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 35 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PCI2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

das Thema Palliative Care an einem der Theorie und Transfer-Tage der Studierenden individuell erarbeitet wird.

H Qualität (Sicherung, Überprüfung, Entwicklung)

H 1.1 Zufriedenheit der Bewohnenden

Alle 2 Jahre wird die Zufriedenheitsbefragung der Bewohnenden durchgeführt und von einer externen Firma ausgewertet. Die Verantwortung der Durchführung und das Ableiten von Massnahmen liegt bei der Geschäftsführung.

H 1.2 Qualitätsentwicklung betreffend «patient-centered-outcomes»

Jedes Jahr wird in der ersten Sitzung der AG Palliative Care der Qualitätsindikator Palliative Care für das laufende Jahr festgelegt und in jeder Sitzung besprochen. Details siehe Intranet Qualitätsindikatoren Palliative Care.

Jahr	Qualitätsindikator	Erfassung	Auswertung	Massnahmen
2025	Mangelernährung	Mini Nutritional Assessment	- Anzahl erfasste MNA - Anzahl Homecare- Kontakte	- Individuelle Pflegeplanung - Schulungen Personal
2026	Gesundheitliche Vorausplanung (GVP / ACP)	Erfassung im ePDoc	- Anzahl GVP-relevante Erfassungen ePDoc - Anzahl verwendete Instrumente	- Erstellung Konzept GVP / ACP - Schulungen Personal
2027				

H 1.3 und H 1.4 Critical Incident Reporting System (CIRS): Erfassung, Bearbeitung und Weiterentwicklung

Kritische Zwischenfälle werden systematisch mit dem Ereignisprotokoll (angelehnt am CIRS-Meldungssystem) (Stiftung Patientensicherheit, 2007) erfasst und der Leitung Pflege & Betreuung und der Pflegeexpertin gemeldet. Je nach Bedarf wird es mit einer Fallbesprechung im Pflegeteam mit der Pflegeexpertin nachgesprachen. Das Ereignisprotokoll wird mit und von den betroffenen Mitarbeitenden und der WGL ausgefüllt und Massnahmen abgeleitet. Lehrreiche Fälle werden an den WGL-Sitzungen oder den Sitzungen der AG Palliative Care besprochen. Beim Erfassen des Protokolls ist eine wohlwollende Haltung und konstruktiver Umgang mit den Mitarbeitenden gegenüber Voraussetzung. Fehler können mit dem Ereignisprotokoll konstruktiv thematisiert und aufgearbeitet werden (Patientensicherheit 2010). (Siehe Intranet Ereignisprotokoll und Systemanalyse klinische Zwischenfälle).

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 36 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

- Achterberg, W. P., Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., de Waal, M. W., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 1471-1482.
- Albisser Schleger H. (Hrsg) (2019) *METAP II – Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Band 2 Ein Ethikprogramm für Berufspersonen*. Basel: Schwabe Verlag.
- Allen, V., Methven, L., & Gosney, M. (2013). The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia. *Journal of Nutrition Health Aging*, 752-755.
- Allen, V., Methven, L., & Gosney, M. (2014). Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomised trial in older adults with cognitive impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 1323-1333.
- Bigorio Obstipation (2007). Retrieved from https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_2_bigorio_2007_Obstipation_de.pdf.
- Bickhardt, J., & Hanke, M. (2014). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 590-592.
- Boyd, K., & Murray, S. (2010). Recognising and managing key transitions in end of life care. *British Medical Journal*, 341.
- Brüllmann, R. (2015A). *Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care, Fragen an den Patienten, an die Patientin*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Brüllmann, R. (2015B). *Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care, Fragen an die Angehörigen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmer, P., & McMillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of Palliative Care*, 6-9.
- Buchholz, T., & Schürenberg, A. (2013). *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. Bern: Hans Huber.
- Bundesamt für Gesundheit BAG und Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT. (2012). *Nationales Bildungskonzept "Palliative Care und Bildung"*. Bern: BAG und BBT.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2010). *Nationale Strategie Palliative Care 2010- 2012*. Bern: BAG und GDK.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 37 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch. (2015). *Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung*. Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). (2011). *Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch. (2014). *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz*. Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2025) Finanzierung der Palliative Care. [Finanzierung der Palliative Care](#), abgerufen am 19.09.2025

Bundesamt für Statistik (BFS). (2024).Todesursachenstatistik 2023. [Todesursachenstatistik 2023 - GNP Veröffentlichungen](#), abgerufen am 18.09.2025

Bürgi, D. (12/2013). Offenes Ohr für die spirituellen Anliegen. *Krankenpflege*, 10-12.

Carr, E. C., & Mann, E. M. (2014). *Schmerz und Schmerzmanagement*. Bern: Hans Huber.

Cummings, J.L. (1994) The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire. Background and Administration.

CURAVIVA Schweiz und Bundesamt für Gesundheit BAG. (2013). *Menschen am Lebensende begleiten, Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen*. Bern: CURAVIVA Schweiz und BAG.

CURAVIVA Schweiz. Fachbereich Alter. (2012). *Neues Erwachsenenschutzrecht Basisinformationen, Arbeitshilfen und Musterdokumentation für Alters- und Pflegeinstitutionen*. Luzern: CURAVIVA Schweiz.

de Lange E, Verhaak P, van der Meer K. Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: A review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(2):127-34.

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2013). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen*. Bern: Hans Huber.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2014). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 38 von 52

O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

FRENKENBÜNDTEN

Expertengruppe von palliative.ch, Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. (2006). *BIGORIO 2006 Empfehlungen zu "Durchbruchschmerz"*. Bern: palliative.ch.

Eychmüller, S. (Hrsg:) (2020) *Palliativmedizin Essentials. Das 1x1 der Palliative Care*. Hogrefe.

Fachgruppe Pflegeentwicklung (FGPE). (2018). Leitlinie Delir-Management in der geriatrischen Langzeitpflege. CURVIVA & APP.

Fringeli, B. (2012). *Strategie FRENKENBÜNDTEN*. Liestal: Heimleitung FRENKENBÜNDTEN.

Gauggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) [Validity and reliability of a German version of the Geriatric Depression Scale (GDS)]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 18–2.

Guigoz, Y. (2006) The Mini Nutritional Assessment (MNA). Review of the Literature – What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health and Aging* (10). 466-487

Hirdes J.P., Morris J.N., Perlmann C.M., Saari M., Betini G.S. et al (2022) Mood disturbances across the continuum of care based on self-report and clinician rated measures in the interRAI suite of assessment instruments. *Frontiers in Psychiatry* (13).

Jeffrey, D. (2003). What do we mean by psychosocial care in palliative care? In M. Lloyd-Williams, *Psychosocial issues in palliative care*. Qxford/ New York: Oxford University Press.

Kanton Basel-Landschaft: Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG) (2017). [SGS 941 - Altersbetreuungs- und Pflegegesetz - Kanton Basel-Landschaft - Erlass-Sammlung](#), abgerufen am 18.09.2025.

Klein Remane, U. (3 2015). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. *palliative_ch*, S. 6-9.

Klein Remane, U., & Fringer, A. (26 (6) 2013). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review. *Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, S. 411-420.

Knipping, C. (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Hans Huber.

Kunz, R. (2014). Chronische Schmerzen im geriatrischen Kontext. *Autonomie und Lebensqualität - best practice in Palliative Care bei kognitiv eingeschränkten, insbesondere demenzkranken Menschen* (S. 10). Zürich: Palliative Care und Organisationsethik-Interdisziplinäre Weiterbildung CH.

Lack, P. (2003, 3). Befähigte Freiwillige als Teil des ambulanten Palliative Care-Netzwerkes. Grundsätzliche Überlegungen und Praxiserfahrung aus Basel. *palliative ch*, 18-21.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 39 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

- Lack, P. (2007). Palliative Care und Freiwilligenarbeit - Mittenschliches Handeln und soziales Engagement. In C. Knipping, *Lehrbuch Palliative Care* (S. 90-95). Bern: Huber.
- Landeskanzlei Kanton Basel-Landschaft. (2016). Bericht zur kantonalen Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. *Amtsblatt Nr 26*, 30.06: 2878-2879.
- Matke, G. (1997). Beziehungen stiften und begleiten: Die Rolle des Betreuungskoordinators. In D. A.-H. e.V., *Zwischen Selbstbezug und solidarischem Engagement. Ehrenamtliche Begleitung von Menschen mit AIDs*. Berlin: Deutsche AIDs-Hilfe.
- Meijers, J., Schols, J., & Halfens, R. (2014). Malnutrition in care home residents with dementia. *Journal of Nutrition Health Aging*, 595-600.
- Monteverde, S. (3 2015). Alternative, nicht Ausweg - Palliative Care und der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken: Gedanken aus ethischer Sicht. *palliative ch*, S. 24 - 26.
- Muurinnen, S., Savikko, N., Soini, H., Suominen, M., & Pitkälä, K. (2015). Nutrition and psychological well-being among long-term care residents with dementia. *Journal of Nutrition health Aging*, 178-182.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to spiritual needs of the patients. *Issues and innovations in nursing practice*, 446-455 National Institut on Aging. (2016). *End of Life - Helping with Comfort and Care*. Bethesda, Maryland: U.S Department of Health and Human Services.
- Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. (2015, 14:70). Spiritual care to person with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. *BMC Nursing*, 1-9.
- Ortigosa Quiles, J., Garcia-Banda Garcia, G., Chellew, K., Ponsell Vicens, E., Riquelme Marin, A., & Nicolas Carrasco, M. (25/4 2012). Identification of degree of anxiety in children with three- and five-face facial scales. *Psicothema*, S. 446-451.
- palliative ch Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung, Arbeitsgruppe Qualität. (2011). *Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C)*. Zürich: palliative ch.
- Patientensicherheit Schweiz. (2010). Täter als Opfer: Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Zürich.
- Polynomics AG (2025). Kosten und Finanzierung von Palliative Care. Schlussbericht. Olten.
- Raischl, J. (2002). Bis zum letzten Tag. Voluteers in der Hospizarbeit. In D. Rosenkranz, & A. Weber, *Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 40 von 52

0:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 41 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PCI2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 42 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 44 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX:AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 45 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

Anhang

Vorgehen bei einer konsiliarischen Anfrage

Es besteht ein palliativmedizinisches Problem, das durch das primäre Versorgungsteam nicht befriedigend gelöst werden kann.

Hausärztin/Hausarzt, Pflegende, Patient bzw. stellvertretende Angehörige sind mit einer konsiliarischen Anfrage einverstanden.

Der Konsiliardienst wird möglichst frühzeitig informiert. Dies hilft ihm bei der zeitlichen Organisation.

Der Konsiliardienst wird schriftlich angefragt (Mail, Fax, Brief). In Ausnahmefällen, beispielsweise in einer Notfallsituation, kann die Anfrage telefonisch erfolgen.

Mail: aerzte@hospizimpark.ch

Fax: 061 706 92 20

Telefon: 061 706 92 22 (Hauptnummer, immer erreichbar)

Dienstnummer H. Gudat (wenn alle Stricke reissen): 079 706 01 01

Der Konsiliardienst antwortet bzw. bestätigt die Anfrage innert nützlicher Frist, spätestens innert einem halben Tag. **Andernfalls ist davon auszugehen, dass die Anfrage nicht angekommen ist.**

Der Konsiliardienst ruft die verantwortliche Pflegeperson an und vereinbart gemeinsam das weitere Vorgehen.

Die verantwortliche Pflegeperson bereitet die medizinischen Unterlagen vor und macht eine Kopie des Stammdatenblattes für den Konsiliardienst (Name, Geb.-Datum, Adresse, KK-Nummer).

Nach dem Konsil hält die Fachperson des Hospiz die Beurteilung bzw. den Prozederevorschlag schriftlich fest. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt erhält eine schriftliche Beurteilung und einen Vorschlag für das weitere Vorgehen. Sie/Er entscheidet, ob die Vorschläge ausgeführt werden oder nicht und leitet die Verordnung an die Pflegenden weiter.

24.10.2014, Heike Gudat

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 46 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

FRENKENBÜNDTEN

Anhang B: Vereinbarung mit "Rotes Kreuz Baselland"

ROTES KREUZ BASELSTADT
ROTES KREUZ BASELSTADT

4410 Liestal Fichtenstrasse 17 Telefon 061 905 82 00
Telefax 061 905 82 04 E-Mail: info@srk-baselland.ch
PC-Konto 40-2448-4 internet: www.srk-baselland.ch



Vereinbarung zum Einsatz von freiwilligen Begleitpersonen im Bereich Palliative Care

zwischen

Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Frenkenbündten
Gitterlistrasse 10
4410 Liestal

und

Rotes Kreuz Baselland
Fichtenstrasse 17
4410 Liestal

1. Ausgangslage

Die Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Frenkenbündten möchte in Ergänzung zum bestehenden medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Angebot im Bereich Palliative Care freiwillige Begleiterinnen und Begleiter einsetzen. Diese unterstützen die schwerkranken Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige, indem sie Zeit schenken und im Alltag soziale Unterstützung geben.

Die vorliegende Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen dem Roten Kreuz Baselland (SRK Baselland) und der Stiftung Regionales Alters und Pflegeheim Frenkenbündten (Frenkenbündten) zum Einsatz von freiwilligen Begleitpersonen.

2. Leistungen SRK Baselland

2.1

Das SRK Baselland vermittelt dem Frenkenbündten freiwillig tätige Personen, welche bereit sind, schwerkranke Bewohnerinnen und Bewohner zu begleiten.

Der Bedarf an Einsätzen ist nur bedingt abschätzbar und daher variabel. Es wird von jeweils drei bis fünf laufenden Einsätzen ausgegangen.

2.2

Die Organisation der Einsätze erfolgt in Absprache mit der zuständigen Pflegeexpertin und der Aktivierungsverantwortlichen des Frenkenbündnts durch das SRK Baselland. Die Verantwortung für die freiwilligen Begleitpersonen liegt beim SRK Baselland.

Rotes Kreuz Baselland: Ein Kantonalverband des SRK



ZEWO-MITGLIED



Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 48 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PCI\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 49 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Das SRK Baselland prüft die Eignung der freiwillig tätigen Personen für den Einsatz im Bereich Palliative Care und bildet sie aus. Voraussetzung für den Einsatz bei schwerkranken Personen ist die erfolgreiche Absolvierung des Lehrganges Passage SRK inkl. der dazu gehörigen Praxiseinsätze.

Das SRK Baselland übernimmt die Einführung und die Begleitung der freiwillig tätigen Personen. Es finden regelmässige Erfahrungsaustausche statt. Ebenso werden Weiterbildungen angeboten.

2.5 Das SRK Baselland verfügt über ein eigenes Freiwilligenmanagement. Dieses orientiert sich an den Richtlinien von Benevol Schweiz. Die freiwillig tätigen Personen werden geschult und begleitet, sie sind versichert, erhalten eine Spesenentschädigung und ihre Leistungen werden anerkannt.

Der Inhalt der Einsätze der freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter umfasst Alltagsbegleitung und psychosoziale Unterstützung. Dies können Gespräche sein, Gesellschaft leisten, Spaziergänge, Vorlesen, Spielen oder einfach nur Dasein. Je nach Situation kann auch die emotionale Unterstützung von Angehörigen Teil des Einsatzes sein.

Die Gestaltung und die Dauer der Einsätze richten sich nach den Bedürfnissen der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. nach den Interessen und Möglichkeiten der freiwillig tätigen Personen. Die freiwillig tätige Person übernimmt keine Pflege- oder Betreuungsvantwortung. Diese liegt immer bei der zuständigen Wohngruppenverantwortlichen bzw. der dipl. Pflegefachperson.

Vor jeder Vermittlung erfolgt eine Abklärung und Situationsanalyse durch die Einsatzvermittlerin des SRK Baselland. Dabei wird sie von der Pflegeexpertin bzw. der Aktivierungsverantwortlichen vor Ort unterstützt.

3.4. Das Ersttreffen erfolgt begleitet durch die Einsatzvermittlerin des SRK Baselland. In einer schriftlichen Einsatzvereinbarung werden Inhalt und Rahmenbedingungen festgehalten. Zudem wird von den freiwillig tätigen Personen eine separate Vereinbarung zum Verhaltenskodex und zur Schweigepflicht unterzeichnet.

Die freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter geben der Einsatzvermittlerin des SRK Baselland regelmässige Rückmeldungen zu den Einsätzen.

Die Einsätze erfolgen auf freiwilliger Basis und können daher nach Rücksprache mit der Einsatzvermittlerin des SRK Baselland jederzeit beendet werden.

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 50 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 51 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						

3

4.1

Die Abrechnung durch das SRK Baselland erfolgt vierteljährlich anhand der Einsatzrapporte der freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter.

42

5. Datenschutz

6.1

Diese Vereinbarung gilt auf unbestimmte Zeit. Sie kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten jeweils auf Ende des Monats gekündigt werden.

6.2

Dieser Vereinbarung tritt auf den 01.01.2017 in Kraft.

Liestal, den 19.12.2016

Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Frenkenbündten

B. Singer

Rotes Kreuz Baselland

Spik Nibbi

Rotes Kreuz Baselland
Fichtenstrasse 17
4410 Liestal

Telefon 061 905 82 00
Telefax 061 905 82 04

info@srk-baselland.ch
www.srk-baselland.ch

PC-Konto 40-2448-4
Seite 3 von 3

Version:	04 12.2025	Erstellt durch:	PEX;AG Palliative Care	Freigegeben durch:	PDL	APH Frenkenbündten, Liestal
Ersetzt Version:	03	Überprüft durch:	PEX, PDL, GL	Gültig ab:	Feb. 2017	Seite 52 von 52
O:\FRENKENBÜNDTEN\2.1 Pflege und Betreuung\Pflege- und Betreuungskonzepte\Palliative Care\Konzept PC\2025 Konzept Palliative Care.docx						