

Lebendige Hospizkultur gestalten

Wege und Beispiele einer guten Palliativversorgung im Pflegeheim

Inhalt

| | |
|--|----|
| Zum Autor und Angebot | 2 |
| 1. Teil: Impulsvortrag Was bedeutet „Hospizkultur im Pflegeheim“? | 3 |
| Ein Rundgang durch ein Konzepthaus | |
| 2. Teil: Inszenierte Lesung Wie sieht eine „Lebendige Hospizkultur“ in Szene gesetzt aus | 23 |
| Frau Bayer und ihre Familie werden palliativ umsorgt – Eine multiperspektivische Erzählung | |
| Arbeitshilfe: Wie gut ist die Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert? | 32 |
| 20 Schlüsselfragen für die Ist-Analyse Ihrer Einrichtung | |
| Arbeitsmaterial: Wie könnte ein Konzept aussehen? | 35 |
| Ein Musterkonzept mit Leitgedanken und praktischen Bezügen | |
| Literatur | 52 |



Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

Zum Autor

Alsheimer, Martin, Dipl.-Pädagoge, Lehrer (LaR, 1. Staatsexamen), Dipl.-Trauerberater (AMB), Socialmanager, Systemischer Berater (MISW), Autor.

Er leitet die Hospiz Akademie der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Dienste mbH-DAA, die bundesweit mit Schwerpunkt Bayern an verschiedenen Standorten Fort- und Weiterbildungen und Beratung rund um Palliative Care bietet. Fast 6 Prozent der bundesdeutschen Palliativkräfte wurden über die Hospiz Akademie in den letzten Jahren qualifiziert. Im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung entwickelte er zusammen mit einem Fachteam Unterrichtsmodelle für Palliative Care (Projekt Palliative Care - Lehren, Lernen, Leben). Für Hospiz-KursleiterInnen und Studierende der Pflegepädagogik leitet er Didaktik-Trainingskurse an Hochschulen. In zahlreichen Modell-Projekten und Beratungskursen unterstützt er seit Jahren Träger und Teams bei der konzeptionellen Entwicklung von Palliativversorgung in Pflegeheimen und Sozialstationen. Über 100 Pflegeheime wurden direkt oder über das Kursmodell Projektwerkstatt Palliative Care beraten. Für die Bayerische Stiftung Hospiz und auf Initiative des Bayerischen Hospiz- und Palliativverbandes (BHPV) entwickelte und erprobte er zusammen mit Frank Kittelberger und sechs Pflegeeinrichtungen ein Konzept zur Zertifizierung von Palliative Care in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Das Verfahren wird nun bundesweit angeboten (Gütesiegel „PallExcellence“). Außerdem ist er mitverantwortlich für die Vorbereitungskurse für HospizbegleiterInnen in Ingolstadt, Neuburg, Dachau, Malteser Eichstätt.

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

Ein Angebot: Das Handout ist als „Starter-Paket“ angelegt, wenn Sie als Hospizdienst oder wenn Sie als Leitungskraft mit KollegInnen Ihre eigene Hospizkultur reflektieren möchten. Der Vortrag und die Lesung können nur einen kleinen Ausschnitt der Ideen bieten. Gerne unterstützen wir Ihre Arbeit vor Ort.

Wenn Sie Interesse haben

- am umfangreichen Handbuch „Hospizkultur und Palliativkompetenz entwickeln“ oder
- sich zur „Projektleiterin Hospizkultur im Pflegeheim“ qualifizieren möchten oder am Programm der Hospiz Akademie der GGSD interessiert sind,

kontaktieren Sie uns einfach. Wir gestalten auch Inhouse-Fortbildungen à la carte.

Hospiz Akademie der Gemeinnützigen Gesellschaft

Kompetenzzentrum Palliative Care und Hospizkultur -
Kurse, Seminare, Inhouse-Fortbildungen, Projektberatung an vielen Standorten in Bayern

Roritzerstr. 7, 90419 Nürnberg,

Tel. 09 11 / 377 34 50 telefonische Beratung, Mo - Do 8:30 - 17:00 Uhr, Fr 8:30 - 15:00 Uhr

Tel. 09 11 / 377 34 30 Sekretariat: Birgit Gauglitz, Mo - Mi / Fr 8:00 - 14:00 Uhr

Mobil 01 72 / 1 47 66 98 Leitung: Martin Alsheimer

Info E-Mail: info@ggsd.de, Internet: www.ggsd.de

Wenn Sie Interesse an der Zertifizierung „PallExcellence®“ haben, wenden Sie sich bitte an:

Info E-Mail: info@pallcert-europe.eu, Internet: www.pallcert-europe.eu

1. Teil: Impulsvortrag

Was bedeutet „Hospizkultur im Pflegeheim“?

Ein „Rundgang“ durch ein Konzepthaus

Ich stelle Ihnen zu Beginn eine Frage, die so genannte Gewissensfrage. Diese wurde in einer großen Studie zur Sterbebegleitung in sächsischen Pflegeheimen, Sozialstationen und Krankenhäusern an die Pflegekräfte und Leitungspersonen gestellt. Die Frage lautet:

Folie und Impuls

Gewissensfrage: Was sagen Sie dazu?

Impuls 1: Sie kennen „Ihr“ Pflegeheim selbst am besten. Wenn Sie die Bedingungen überschauen, würden Sie in Ihrem Heim sterben wollen? Bitte besprechen Sie diese Frage kurz mit Ihrem Nachbarn oder Ihrer Nachbarin. Wie wäre Ihre erste Antwort für die Pflegeeinrichtung, in der Sie arbeiten oder die Sie kennen? Wenn Sie „Ja!“ sagen: Was macht Sie zuversichtlich? Wenn Sie verneinen: Was macht Sie skeptisch?

(Studie: Kaluza; Töpferwein: 2005)

Alternativ für HospizbegleiterInnen: Können Sie sich vorstellen, in einem Pflegeheim zu sterben?

Impuls 2: Bitte nehmen Sie kurz freundlichen Blickkontakt zu Ihren Nachbarn zur Rechten und zur Linken auf ... Einer von Ihnen dreien wird sein Leben in einem Pflegeheim beenden.

Die Auflösung zu den Antworten in der Studie verrate ich am Schluss des Vortrags ...

Die Vision „Hospizkultur im Pflegeheim“, der wir folgen, ist bereits alt. Cicely Saunders, neben Elisabeth Kübler-Ross die große alte Dame und Pionierin der Hospizbewegung, schrieb bereits 1983 in einem Briefwechsel:

„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle ... Es gilt nun die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren ... (Briefwechsel mit John Taylor. In: Clark 2002: 242-3).

In einem späteren Gespräch verrät sie 1999 allerdings auch ihre persönliche Resignation gegenüber dieser Herausforderung im Bereich der Altenpflege:

„Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“ (Husebö Sandgathe 2003: 363)

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ greift diese Forderung als politisches Programm auf und fordert etwas sperrig, aber eindeutig:

(...) (I)n stationären Pflegeeinrichtungen ist die Entwicklung von Hospizkultur und Palliative Care als integraler Bestandteil der Organisationsentwicklung notwendig. Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind – auch zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität des Versorgungsgeschehens – weiter zu entwickeln“ (DGP; DHPV, BÄK 2010: 12).

„Gewitterwolken“ – Drei Herausforderungen für Pflegeheime

Bevor ich Sie auf einen kurzen Rundgang durch ein Konzept-Haus mitnehme, werfe ein Blick auf die Gewitterwolken draußen. Drei Schlaglichter. Sie können die Zahlen für Ihre Einrichtung gedanklich überschlagen und vergleichen.

- **Der Einzug in ein Pflegeheim geschieht immer später unter oft dramatischen Umständen.** Als ich als Sozialarbeiter in einem Pflegeheim angefangen hatte, lag das durchschnittliche Eintrittsalter bei 81 Jahren, als ich aufhörte bei 85 Jahren. Das durchschnittliche Alter liegt beim Einzug im Schnitt bei 86,7 Jahren – das ist nun allerdings auch schon eine veraltete und wahrscheinlich überholte Zahl (DEK 2006:). Etwa drei Viertel der Menschen kommt direkt aus dem Krankenhaus. „Ins Heim kommen fast nur noch schwerstpflegebedürftige und demente Menschen in der letzten Phase ihres Lebens.“ (Gröning 2007: 39; vgl. auch Wyerer u.a. 2005).
- **Die Pflegeintensität in der letzten Lebensphase wächst.** Ab 80 Jahren leiden demenziell erkrankte Menschen unter durchschnittlich ca. 8,27 Organdiagnosen (Füsgen 2008: 12). Einziehende bringen nicht nur eine Krankheit mit, sondern eine ganze „Krankheitslandschaft“ (Kojer, zitiert nach Kostrzewa; Gerhard 2011: 82). Die häufigsten Diagnosen umfassen Schlaganfall, Herzinsuffizienz, chronische Lungenerkrankungen, Parkinson, Demenz (Davies; Higgins 2008).
- **Die verbleibende Lebenszeit in der Pflegeeinrichtung sinkt:** 22 % der BewohnerInnen versterben bereits innerhalb der ersten sechs Monate, weitere 7 % im Laufe des ersten Jahres nach Einzug (BMFSFJ 2006:17). Neuere Bilanzen sind noch dichter und beziffern die Sterberate in den ersten drei Monaten zwischen 30 Prozent (Gronemeyer und Heller 2008) und 60 Prozent (Danneke 2009). Der Palliativmediziner Jan Domenico Borasio fasst zusammen:

„Die Nachfrage nach der Art und Weise der Umsetzung des Palliativgedankens im Haus sollte bei der Auswahl eines Pflegeheims eine wichtige Rolle spielen, tut sie aber in der Praxis nicht. Das ist insofern verwunderlich, da die allermeisten Bewohner eines Pflegeheims dort auch sterben werden, und zwar bald: Im Durchschnitt innerhalb von etwas mehr als einem Jahr. Damit ist die Aufnahme in ein Pflegeheim mit einer schlechteren Prognose versehen als selbst hoch bösartige Tumore wie der Bauchspeicheldrüsenkrebs – ein Umstand, der zu denken geben sollte“ (Borasio 2011: 35 f.).

Wann beginnt Palliative Care?

Zum Verhältnis von aktivierender und palliativer Pflege

Impuls

Welcher Bewohner ist ein „Palliativpatient“?

Wie würden Sie es definieren: Wann beginnt Palliativversorgung im Pflegeheim? Wann endet diese? Was umfasst Palliativversorgung? Wie ist das Verhältnis von Palliativversorgung zu anderen pflegerischen Konzepten, z.B. zur aktivierenden Pflege? Ist Palliativversorgung gleichzusetzen mit Sterbebegleitung?

Bitte besprechen Sie Ihre Gedanken zur Definition von Palliative Care und Hospizarbeit im Pflegeheim mit anderen TeilnehmerInnen.

Meist wird Palliativversorgung viel zu eng begriffen. Typische Antworten sind zum Beispiel: „Wenn eine Bewohnerin nicht mehr isst und trinkt.“ Diese Sichtweise verkürzt Palliativversorgung auf Sterbebegleitung. Oder die Aussage: „Palliativversorgung endet mit dem Tod eines Bewohners ...“ Damit würden die Angehörige mit ihrem Leid aus unserer Aufmerksamkeit ausgeblendet. Auch die Zeit nach dem Versterben gehört mit zur Palliativversorgung.

Sind demenziell erkrankte Menschen „Palliativpatienten“. Ja! Eindeutig. Auch wenn noch kein hoher Betreuungsbedarf anfällt. Die Erkrankungen, die zur Demenz führen (z.B. Demenz vom Typus Alzheimer) sind eine unheilbare Erkrankungen, die letztendlich zum Tode führen. Die meisten sterben vorher an Komplikationen, die oft mit den Erkrankungen verbunden sind. Gerade zu Beginn, wenn Menschen merken, dass Ihnen die Welt „verrückt“, ist das Leiden sehr groß.

Wenn wir Palliative Care definieren als besondere Aufmerksamkeit für die persönliche Lebensqualität von Menschen (und ihnen Nahestehenden), die von schwerer Krankheit getroffen und/oder hochaltrig sind, dann weitet sich der Blick.

Eine zweite Verengung: Oft wird in einer sich ausschließenden Entweder-oder-Polarisierung gedacht: Entweder kurativ oder „palliativ“. Denken Sie lieber verbindend „Sowohl als auch“.

Impuls

Definition: Palliativbedarf über die Überraschungsfrage

„Bei welchen BewohnerInnen wären Sie als erfahrene Pflegekraft (oder HospizbegleiterIn) nicht überrascht, wenn diese innerhalb eines Jahres verstirbt?

Wie viele der BewohnerInnen in der Einrichtung, die Sie kennen, wären nach diesem Kriterium „PalliativpatientInnen“?

Die Definitionen und Konzepte von Palliative Care wurden in der Vergangenheit vor allem entlang der Belastungen und Bedürfnisse von jüngeren und unheilbar kranken Menschen mit limitierter Lebenserwartung entwickelt. „Die Beschäftigung mit dem Sterben von älteren Menschen hingegen ist über Jahrzehnte nahezu ein Ausfall auf der ganzen Ebene wissenschaftlicher Aus-einandersetzung“ (Heller; Pleschberger 2010: 20).

DHPV (= Deutscher Hospiz- und PalliativVerband) und DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) fordern ein Umdenken: „Hospizarbeit und Palliative Care müssen diese vulnerablen Pflegebedürftigen neu in den Blick nehmen (...)“ (DHPV; DGP 2012: 8). Ich folge zusammenfassend Marina Kojer und Katharina Heimerl, die die WHO-Definition für hochbetagte und demenziell erkrankte Menschen zur „Palliativen Geriatrie“ erweitert und spezifiziert haben, und zitiere ihre Ergänzungen oder fasse diese knapp zusammen (Kojer, Heimerl 2010, leicht überarbeitete Fassung Heimerl, Kojer 2011a; ergänzend dazu Pfister 2012). Es existiert leider noch keine verbindliche Definition, die auf europäischer Ebene formuliert und abgestimmt wurde (vgl. Pfisterer 2012: 92).

WHO-Definition von Palliative Care (2002) und die Erweiterung für alte Menschen (Kojer; Heimerl 2011)

1. Element: Palliative Care = Ansatz für eine besondere Zielgruppe

WHO-Definition: „Palliative Care ist ein Zugang, der die Lebensqualität jener Kranken und ihrer Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen.“ (alle folgenden Zitate der Definition: WHO 2002; Übersetzung: Student; Napiwotzky 2007:10)

Erweiterung: „Im hohen Alter geht es nicht nur um *eine* lebensbedrohliche Erkrankung, sondern um lebensbedrohliche *Erkrankungen*, um Multimorbidität mit mehreren weit fortgeschrittenen, das Leben erschwerenden Erkrankungen. Diese Erkrankungen führen oft erst nach Jahren zum Tod“ (Kojer; Heimerl 2010: 87).

2. Element: Palliative Care = benötigte wesentliche Kompetenzen

WHO-Definition: „Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt.“

Erweiterung: Dazu braucht es besondere palliativ-geriatrische Fachlichkeit, hohe Kompetenz in Kommunikation, z.B. mit demenziell erkrankten Menschen, und Erfahrung im Umgang mit sehr alten Menschen. (Kojer; Heimerl 2010: 97)

3. Element: Palliative Care = Linderung von Schmerzen und Symptomen

WHO-Definition: Palliative Care bietet Entlastung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen an.

Erweiterung: Um das zu leisten, braucht es besondere Beobachtung auch mittels geriatrisch erprobter Assessments (Pfister 2012: 92) und Anpassung der Behandlung. „Die ärztliche Behandlung muss den physischen Besonderheiten (z.B. veränderte Verteilungsvolumina oder Resorptionsbedingungen, Schluckschwierigkeiten) und psychischen Eigenarten (z.B. Misstrauen und Ablehnung gegen bestimmte Therapien) dieser Patienten Rechnung tragen“ (Kojer; Heimerl 2011: 98).

4. Element: Palliative Care = Erfassen von Sterbewünschen und Erkennen von Sterbeprozessen

WHO-Definition: (Palliative Care) „betont das Leben und betrachtet Sterben als normalen Prozess“

Erweiterung: Ergänzend braucht es bei hoch betagten, oft kommunikativ eingeschränkten Menschen „das ernsthafte Bemühen (...), den mutmaßlichen Willen rechtzeitig nachzuspüren“ und „die Bereitschaft sich täglich von Neuem den Entscheidungsprozess zu stellen“ (Kojer; Heimerl 2010: 98).

5. Element: Palliative Care = gute ethische Entscheidungsprozesse

WHO-Definition: (Palliative Care) „hat die Absicht, den Eintritt des Todes weder zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern.“

Erweiterung: „Hier sind vor allem spezifische ethische Fragen, wie zum Beispiel die Entscheidungen rund um die Sondenernährung (...) oder die Gefahr des Missbrauchs von Patientenverfügungen (im Sinne von ‚sozial verträglichen Frühablebens‘), zu beachten und zu bedenken“ (Kojer; Heimerl 2010: 99).

6. Element: Palliative Care = seelische und spirituelle Begleitung

WHO-Definition: (Palliative Care) „integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Fürsorge für die Kranken.“

Erweiterung: Bei hochbetagten oder demenziell erkrankten Menschen werden diese Dimensionen des Leidens oft vergessen. Es bedarf hier einer besonderen Aufmerksamkeit, um Probleme und Bedürfnisse zu erkennen, aber auch die Ressourcen, z.B. religiöser Bindungen, zu entdecken (vgl. Kojer; Heimerl 2010: 99).

7. Element: Palliative Care = Ausbalancieren von Spannungen

WHO-Definition: (Palliative Care) „bietet ein Unterstützungssystem an, das es den Kranken ermöglicht, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tode zu leben.“

Erweiterung: „Autonomie und Fürsorglichkeit, Selbständigkeit und Pflegebedürftigkeit sind zentrale Widersprüche im hohen Alter, die es zum Wohle von Betreuten und Betreuern zu balancieren gilt“ (Kojer; Heimerl 2010: 99).

8. Element: Palliative Care = besondere Unterstützung für An- und Zugehörige

WHO-Definition: (Palliative Care) „bietet ein Unterstützungssystem für Familien an, um die Belastungen während der Krankheit der PatientInnen ebenso zu bewältigen wie später die eigene Trauer.“

Erweiterung: Angehörige von hochbetagten Menschen sind selbst oft bereits alt und benötigen besondere Aufmerksamkeit. Sie sind belastet, weil sie Krankheiten, Einschränkungen, Persönlichkeitsveränderungen miterleben und ertragen müssen (vgl. Kojer; Heimerl 2010: 99 f.). „Viele Hochbetagte leben allein. NachbarInnen, FreundInnen, ehrenamtliche Besuchsdienste oder hauptamtliche HelferInnen (...) brauchen selbst auch Unterstützung“ (Kojer; Heimerl 2010: 100).

9. Element: Palliative Care = multiprofessionelle Team-Aufgabe und begleitende und nachsorgende Trauerbegleitung

WHO-Definition: (Palliative Care) „nutzt einen Teamansatz, um den Bedürfnissen der Kranken und ihrer Familien zu begegnen, was die Trauerberatung – soweit erforderlich – einschließt.“

Erweiterung: Palliative Care ist eine Teamleistung. Zu den Aufgaben gehört auch die Trauerbegleitung. Trauer ist nicht nur ein Phänomen, das bei Angehörigen nach dem Tod des Betroffenen einsetzt, sondern den gesamten Krankheitsverlauf sowohl beim alten Menschen als auch bei dessen Angehörigen in vielschichtiger Form auftaucht. Dazu braucht es besondere Kenntnisse.

10. Element: Palliative Care = Chance guten Lebens bis zuletzt

WHO-Definition: (Palliative Care) „will die Lebensqualität verbessern und kann den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen.“

Erweiterung: „Weitgehend von quälenden Schmerzen und Beschwerden befreit, respektiert und wertgeschätzt erkennen auch sehr alte Menschen oft noch einmal eine Perspektive im Leben und erholen sich soweit dies möglich ist“ (Kojer; Heimerl 2010: 101).

11. Element: Palliative Care = nicht nur eine frühzeitig einsetzende, sondern auch kontinuierlich abgestimmte Mischung von Therapie-, Pflege- und Betreuungsangeboten

WHO-Definition: (Palliative Care) „wird bereits früh im Verlauf der Erkrankung angewandt, in Verbindung mit anderen Therapieformen, die darauf abzielen, das Leben zu verlängern, z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung und schließt solche Untersuchungen ein, die dazu dienen, belastende klinische Komplikationen besser zu verstehen und zu bewältigen.“

Erweiterung: „Chronische Erkrankungen, an denen Hochbetagte leiden und sterben, beginnen in der Regel schon viele Jahre vor ihrem Tod und führen beim Einen früher, beim Anderen später zu palliativbedürftigen Schmerzen und quälenden Symptomen. Palliative Care ist für diese gesamte Zeitspanne ein sinnvolles und notwendiges Betreuungsangebot. Geriatriische Arbeit ist immer auch – aber nicht nur – palliativ“ (Kojer; Heimerl 2010:101).

12. Element: Palliative Care = Aufmerksamkeit für Vernetzung und Übergänge

Erweiterung: Palliative Care „richtet besondere Aufmerksamkeit auf Übergänge innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsformen“ (Pfister 2012: 92).

Die Kernelemente von Palliative Care sind immer noch stark personenzentriert beschrieben. Sie müssen noch um die organisatorische Perspektive erweitert werden.

„(...) Eine Kultur des Sterbens in den komplexen Organisationen unseres Sozial- und Gesundheitswesens ist immer eine Organisationskultur. Es braucht eine doppelte Aufmerksamkeit, um menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, für die Betroffenen, die Helfenden und für die Rahmenbedingungen und Umstände: Keine Sterbebegleitung, ohne *Bedingungen* des Sterbens zu gestalten“ (Heller 2000: 14).

Leitgedanke

Die Definition von Palliative Care muss für eine Zertifizierung in Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenarbeit unbedingt die Besonderheiten der Palliativversorgung hochbetagter, geistig behinderter und / oder demenziell erkrankter Menschen erfassen. Palliative Care geschieht nicht im Niemandsland, sondern immer in einem organisatorischen Kontext. Neben der personenbezogenen Care brauchen wir deshalb den Blick auf die Organisationskultur der Versorgung.

Konsequenzen für das Konzept: Wenn Qualitätskriterien konstruiert werden, muss das Klientel der Altenpflege und Behindertenarbeit mit ihren Besonderheiten von Krankheits- und Sterbeverläufen erfasst werden. Außerdem müssen Kriterien und Vorstellungen entwickelt werden, was eine gute Palliativ- oder Hospizkultur in den Organisationen Pflegeheim oder Behinderteneinrichtung auszeichnet.

Ein Rundgang durch ein Konzept-Haus

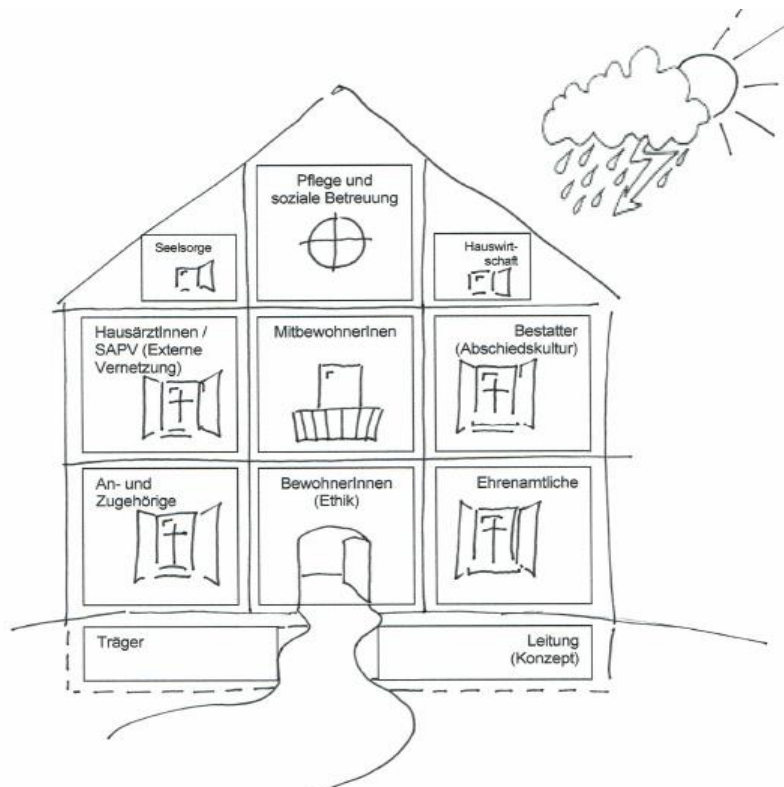
Ein Pflegeheim ist kein Hospiz - und das nicht nur wegen der anderen personellen und finanziellen Ausstattung. Der Tagessatz im Hospiz ist zum Beispiel etwa dreifach so hoch. Der Versorgungsauftrag ist auch ein anderer. Es geht mir also nicht darum, das Hospiz als das bessere Modell oder verschämt, weil unerreichbar, als Vorbild zu proklamieren. Sondern: Wir dürfen selbstbewusst nach eigenständigen Formen einer guten hospizlichen und palliativen Betreuung im Pflegeheim suchen – und natürlich

voneinander lernen. Wann lässt sich nun von einer Hospizkultur und von Palliativkompetenz im Heim sprechen? Wie lässt sich diese unter den sehr engen Bedingungen der stationären Altenpflege fördern? Meine Kollegen und ich haben in den Praxisprojekten und Modellversuchen eine Reihe von Fragen entwickelt, die wir für Schlüsselfragen halten.

Folie

Das Konzept-Haus:

Wer sind **Betroffene** und **Beteiligte** einer guten Palliativversorgung?



Erläuterung zum Bild: Ich ordne die Fragen in das Bild eines Hauses. Die Räumlichkeiten des Konzepthauses zeigt die Gruppen, die betroffen und / oder beteiligt sind, damit Palliativversorgung gelingt.

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, früher Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG), hat unsere Fragen aus unseren Beratungen bereits vor einigen Jahren aufgegriffen. Im November 2005 hat die Fachgruppe „Hospizarbeit in Einrichtungen“ ein Arbeitspapier verabschiedet. Es ist eine Art **Kompass für eine Hospizkultur im**

Heim entstanden. Das Heft wurde bundesweit an Einrichtungen verschickt. In Form von 20 Fragenbündel liefert das Papier sogenannte „Indikatoren und Empfehlungen für die Implementierung von Palliativkompetenz für Pflegeheime“ (BAG 2005), wie es etwas schwerfällig heißt. Die Kernaussage: Wenn sich ein Pflegeheim intensiv mit diesen Fragen beschäftigt und vor Ort gute Antworten findet, dann kann es von einer palliativ ausgerichteten Versorgung und Hospizkultur sprechen.

Ich nenne Ihnen nun einige dieser Fragen und nutze sie als Wegweiser, um in einem kleinen Rundgang einige der Antworten aus Modellprojekten „Palliativkompetenz und Hospizkultur“ gerafft vorzustellen.

Blick auf Träger, Leitung: Das Fundament bilden Träger und Leitung, an die sich bestimmte Fragen und Aufgaben richten: *Gibt es ein schriftliches Konzept oder Leitlinien der Einrichtung zur Palliativversorgung? Wenn ja: Ist dieses oder sind diese den Mitarbeitern bekannt? Wie konnten sich MitarbeiterInnen an dem Konzept beteiligen? Wird das Konzept von allen Mitarbeitern getragen?*

Ich greife die Frage zum Konzept auf und differenziere weiter: *Macht es Aussagen darüber, wann Palliativversorgung und wann Sterbebegleitung beginnt und was diese alles umfassen? Wie ist das Verhältnis aktivierend – palliativ? Ist es ein Nacheinander oder ein Nebeneinander? Ist das Konzept verständlich und mit konkreten Maßnahmen verbunden?*

Unsere Definition: Hospizliche Kultur und Palliativversorgung im Sinne einer „Organisationskultur“, beginnt (spätestens) mit dem Einzug“. Wenn wir unaufdringlich offen sind, über existenzielle Fragen und Sorgen mit den Betroffenen zu sprechen, leisten wir bereits Palliative Care. (Wilkening; Kunz 2003). Gerade bei dem „schleichenden Verlauf“ von Krankheiten und Gebrechlichkeit von BewohnerInnen im Alter gibt es oft über längere Strecken eine berechnete Gleichzeitigkeit von aktivierender und palliativer Pflege. Die Mischung und das Maß - wie viel aktivierend, wie viel palliativ? - müssen immer wieder im Team und mit den Betroffenen neu bestimmt werden. Entscheidender Ort dafür sind „Fall“-Besprechungen oder Ethikberatungen. Ich bin also skeptisch, wenn nur ein oder zwei Betten als „Palliativbetten“ deklariert werden (die dann im Haus querfinanziert werden müssen, weil es keine spezielle Finanzierung gibt).

Die Palliativversorgung endet nicht mit dem Tod des Bewohners. Palliativversorgung ist also deutlich umfassender als Sterbebegleitung. Die Nachsorge für Angehörige gehört auch dazu (vgl. Paul 2003).

Blick auf BewohnerInnen: Symbolisch steht hier die Eingangstüre. Eine Leitfrage lautet: *Wie können frühzeitig unaufdringlich Wünsche und Vorstellungen, aber auch*

Ängste zur letzten Lebensphase erfasst und gesichert werden? Bietet das Haus entsprechende Beratung an? Der Gesetzgeber hat im Hospiz- und Palliativgesetz (§ 132 g SGB V) dafür nun „bezahlte Redezeit“ eingeräumt, um frühzeitig ihren BewohnerInnen bzw. KlientInnen auf Wunsch eine Beratung zu den medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Versorgungsmöglichkeiten in der letzten Lebensphase anzubieten. Diese Form von Begleitung schafft einen besonderen Raum für Gedanken, Fragen und (Vor-)Entscheidungen aller Betroffenen und Beteiligten. Die Krankenkassen finanzieren diese besondere Beratung durch qualifizierte ProzessbegleiterInnen.

Ein Beispiel:

In einem Pflegeheim des Sozial-Servicegesellschaft des BRK wird schon Jahre vor dem o.g. gesetzlichen Versprechen mit allen einziehenden BewohnerInnen bzw. deren Stellvertretern eine umfangliche Beratung angeboten. In diesem Gespräch werden in Verbindung mit dem Arzt mögliche Komplikationen in den Blick genommen, die aufgrund der Erkrankungen eintreten können. Über Patienten oder Vertreterverfügung und einer detaillierten Palliativplanung werden für die voraussehbaren Situationen Absprachen getroffen, Entscheidungen festgelegt, Notfall-Medikamente und Dosierungen angeordnet. Auch Entscheidung, ob und wann Menschen noch ins Krankenhaus kommen sollen, können im Vorfeld getroffen und abgesichert werden. „Bewohnerin darf in der nächsten Krise versterben.“

Blick auf Angehörige: Sie sehen, dass die Angehörigen im Bild des Hauses ebenfalls im Erdgeschoss longieren. Das gehört zum Grundverständnis von Palliative Care. Angehörige sind Betroffene. Sie sind gleichrangig. *Wie ist ihre Unterstützung im Vorfeld, in der akuten Zeit des Sterbens und auch danach?*

Ein Beispiel:

In einem Pflegeheim in Neuburg erhalten Angehörige nicht nur unmittelbar nach dem Tod eine Kondolenzkarte, sondern etwa ein bis zwei Monate später einen Brief, der vom gesamten beteiligten Team unterzeichnet ist. Sinngemäß steht darin: „Wir sitzen gerade im Team zusammen und denken an Sie und Ihren verstorbenen Vater. Wir fragen uns, wie Sie die Zeit des Abschieds bei uns im Haus erlebt haben. Vielleicht hat Sie etwas gekränkt, was wir übersehen haben. Vielleicht hat Ihnen etwas gut getan. Als Bereichsleitung würde ich Sie gerne in den nächsten Tagen anrufen und – natürlich nur, sofern Sie möchten – mich bei Ihnen erkundigen ...“

Das Echo auf diese Aktion ist sehr positiv. Menschen sind berührt, dass ihr und ihr Angehörige Bedeutung haben und nicht schnell vergessen werden. Manchmal entdeckt man im Gespräch etwas, auf das man im Team in der nächsten Begleitung achten muss. Technisch gesagt: eine Form von Qualitätskontrolle. Meistens darf die Kollegin ein Dankeschön weitergeben an das Team.

Gibt es Formen des Gedenkens für Angehörige? In vielen Heimen gibt es Gedenkfeiern, meist in den liturgischen Formen eines Gottesdienstes. Manche Angehörige werden dadurch nicht erreicht.

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

Ein Beispiel:

Ich bleibe in dem Pflegeheim in Neuburg. Hier hat die damalige Projektgruppe ein eigenes Ritual komponiert. Die erste Überraschung. Für dreißig Verstorbene hatten sich sechzig Angehörige angemeldet. Ein Ritual hat ja immer drei Phasen: 1. Loslösung (durch Festhalten von Erinnerungen) – 2. Höhepunkt – 3. Ausblick und Neuorientierung.

Die Phase der Loslösung wurde zunächst in Form einer kleinen Besinnung gestaltet: „Wenn Sie an Ihren verstorbenen Angehörigen denken: Vielleicht erinnern Sie sich an Situationen, in denen Sie sich sehr nahe gefühlt haben ... Vielleicht haben Sie Aussprüche noch im Ohr ... Vielleicht hätten Sie gerne noch etwas gesagt, was damals nicht mehr möglich war? Was würde der Verstorbene dazu sagen, wenn er Sie jetzt hören könnte? Vielleicht hätten Sie umgekehrt noch gerne etwas gehört oder gebraucht, was nicht mehr möglich war ... Vielleicht ist Ihnen Ihr verstorbener Angehöriger fremd geworden ... Vielleicht brauchen Sie noch Zeit ... Vielleicht gibt es etwas, was Sie im Rückblick sich oder anderen verzeihen können ... Vielleicht gibt es auch etwas, wofür Sie dankbar sind ...“ Um einen Ausdruck für diese Erinnerungen zu schaffen, haben wir Blätter aus Tonpapier ausgeschnitten und zum Schreiben vorbereitet. Auf den grünen Blättern steht als Satzanfang und Schreibhilfe „Ich erinnere mich gerne an ...“, auf gelbem Laub „Ich bin dankbar für ...“, und auf roten Blättern „Ich brauche noch Zeit ...“ Dadurch waren die Erinnerungen anonymisiert und geschützt. Höhepunkt: Jeder Verstorbene wird beim Namen genannt und eine Kerze entzündet. Für den Ausblick bekommen die Angehörigen ein weiteres Geschenk zum Mitnehmen: eine Blumenzwiebel. Der Impuls: Was braucht noch Zeit zu betrauern? Und was würde sich Ihr verstorbener Angehöriger wohl wünschen für Ihr weiteres Leben?

Blick auf Ehrenamtliche: Das Zimmer rechts im Bild vom Eingang im Konzept-Haus steht symbolisch für Ehrenamtliche. *Spielen Ehrenamtliche in der Palliativversorgung eine Rolle? Wenn ja: Wie sind diese integriert?* Wir haben gute Erfahrungen gemacht, wenn HospizhelferInnen fest zum erweiterten Team gehören. Sie kennen dann BewohnerInnen und es entwickelt sich daraus auf gewünschte Weise die eine oder andere Sterbebegleitung im engeren Sinne. So werden nicht am Schluss „Fremde zu Fremden geschubst“. Eine höhere Präsenz in der Einrichtung ermöglicht HospizbegleiterInnen auch, andere flankierende Unterstützung jenseits der direkten Begleitung zu geben:

Ein Beispiel:

Die HospizbegleiterInnen in einem Pflegeheim in Unterfranken sind Mitglieder im „Team Gedenkfeiern“ und in der „Palliativgruppe“ im Haus. Außerdem ist eine der vier Frauen und Männer in „Aromapflege“ qualifiziert. Ihre Leidenschaft sind Aromamassagen für die BewohnerInnen und das Beraten von Palliativer Mundpflege. Der Hospizverein hält zwei Mal im Monat eine Sprechstunde im Haus zum Thema Patientenverfügung als niedrigschwelliges Angebot. Zwei Mal im Jahr wird ein Angehörigenabend mitgestaltet. Die HospizbegleiterInnen sind zudem alle in validierender Kommunikation, d.h. wertschätzenden Umgang mit demenziell erkrankten Menschen geschult.

Blick auf Kooperationen mit Ärzten und SAPV: Im ersten Stock werfen wir in der anschließenden Lesung einen Blick auf die **Vernetzung z.B. mit Hausärzten und**

den Palliative-Care-Teams der sogenannten Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV). Unsere Fragen dazu: *Wie kann diese Zusammenarbeit gelingen? Aber auch die Frage, wie und mit welchen Instrumenten werden Schmerzen erfasst? Werden spezielle Beobachtungsbögen eingesetzt und gepflegt für Menschen mit Demenz oder Wahrnehmungsstörungen?* Wir wissen, dass gerade diese Gruppe in großer Gefahr ist, schmerztherapeutisch unterversorgt zu werden. Bei gleichem Befund, z.B. Fraktur des Oberschenkelhalses, bekommt demenziell veränderte Menschen deutlich weniger Schmerzmittel.

Blick auf MitbewohnerInnen: Das Balkonzimmer ist reserviert für die Rücksicht auf **MitbewohnerInnen**. Balkonzimmer deshalb, weil es für MitbewohnerInnen eine Art „Vorsterben“ ist, wie es eine Heimbewohnerin einmal treffend in einem Gespräch genannt hat. Je nachdem, was MitbewohnerInnen sehen und erleben, kann dieser Ausblick Ängste steigern oder Zuversicht schaffen. Natürlich muss es möglich sein, dass Mitbewohner Distanz wahren können und sich entziehen dürfen. Eine Hospizkultur ist keine Erziehungsdiktatur.

Blick auf die Situation nach dem Versterben: Im Zimmer mit der Aufschrift „Bestatter“ geht es nicht nur um diese Berufsgruppe und wie sie sich in der Einrichtung bewegt, sondern insgesamt um Fragen, wie die Situation nach dem Versterben gestaltet wird. Zum Beispiel: Wie lange können Verstorbene in der Einrichtung bleiben – oder tickt sofort die Stoppuhr? Gibt es Formen der Aufbahrung? Braucht es bestimmte Räumlichkeiten und wenn ja: Wie sind diese gestaltet? Sind das Gruselkammern und Kellerverliese? Wie wird ist die Überführung gestaltet? Heimlich und unheimlich? In einigen Projekten hatten die Teams schöne räumliche Lösungen für Aufbahrungen und Aussegnungsfeiern gestaltet.

Ein Beispiel:

Pflegeheim St. Augustin in Neuburg: Ein Raum im ersten Stock mit separaten Zugang zum Garten. Man hat einen Blick ins Grüne. Der Raum strahlt eine wohnliche Atmosphäre aus. Eine Künstlerin - bezahlt aus Spenden des Lionsclubs - hat den Raum in warme Farben getaucht. Ein Sofa gibt der Schwere Platz. Man kann Kaffee trinken am Totenbett („Ich glaube, dass hätte Ihrer Mutter gefallen ...“). Kinder finden im Trauerkorb Malstifte und Block („Vielleicht magst Du der Oma noch etwas malen ...“).

Manchmal geht die Aufmerksamkeit der Einrichtung noch weit darüber hinaus.

Ein Beispiel:

Das Caritas-Pflegeheim St. Hildegard in Pöttmes, das als erste Einrichtung das Gütesiegel „Palliativ-Excellence“ erhalten hat. Einige BewohnerInnen sind ohne Angehörige in dieser Welt und erzählen der Heimleiterin von Ihrer Sorge nach dem Tod, irgendwo – so haben sie es genannt – „verscharrt“ zu werden. Deshalb hat das Pflegeheim ein Gemeinschaftsgrab auf dem örtlichen Friedhof gekauft, das eh-

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

renamtlich gepflegt wird. Zwei Bewohner sind schon dort mit Pauken und Trompeten bestattet worden, ein weiterer hat schon seinen Wunsch verfügt, dort seine letzte Heimat zu finden.

Auch das ist Palliativversorgung, die Sorgen von BewohnerInnen zu Ihrer „letzten Heimat“ und einem würdevollen Abschluss ernst nimmt.

Blick auf Seelsorge und Hauswirtschaft: Ich gehe mit Ihnen ins Obergeschoss: Im schützenden Dachgeschoss werden Fragen zur **seelsorgerlichen Begleitung** im Haus gestellt. Auch die **Hauswirtschaft oder Verwaltung** kann nach unserem Verständnis Teil der Hospizkultur sein. Wie geht es einer Kollegin aus der Hauswirtschaft, wenn sie in einem Zimmer geschickt wird, in dem eine Bewohnerin mit schwerer Rasselatmung liegt? Wie ist sie darauf vorbereitet? Oder umgekehrt: Werden Erfahrungen von hauswirtschaftlichen Kräften für eine Sterbebegleitung genutzt? Oft gibt es ja hier ganz eigene Beziehungen? Darf eine hauswirtschaftliche Kraft das Putzen sein lassen und in der Stille des Zimmers bei einem sterbenden Menschen sitzen? Oder wie beteiligt sich die Küche an der Palliativversorgung?

Ein Beispiel:

In mehreren Projekten, die wir betreut haben, war die Küche äußerst kreativ und flexibel, um die KollegInnen in Pflege und Betreuung bei der palliativen Mundpflege zu unterstützen. Es gab dutzende vorbereiteter, eingefrorener Geschmacksproben von Sekt bis Bratensoße. Kurzer Anruf genügt. Oder man kann in appetitliche Form gebrachte passierte Häppchen ordern. Frau Mayer verspürt zum Beispiel noch einmal, ein letztes Mal Lust auf den geliebten Schweinebraten. Essen kann sie ihn nicht mehr, aber den Geschmack noch einmal auskosten. Die Küche hat eine Bratensoße für die Mundpflege eingefroren. Diese wird aufgewärmt und aufgeschäumt und entfaltet eine kleine vertraute Geschmacksexplosion bei der palliativen Mundpflege.

Eine andere Frage in diesem Bereich: Welche Rolle spielen **Verwaltungskräfte** des Hauses? Oft haben diese ja den ersten und den letzten Kontakt? Wie geht es einer Verwaltungskraft, wenn ein Pulk trauernder Angehöriger an der Rezeption sich verabschiedet? Welchen Part könnte sie im Zusammenspiel einer guten Palliativversorgung spielen?

Ein Beispiel:

In unserem dreitägigen Trainingskurs der Hospiz Akademie mit dem Titel „MultiplikatorIn für Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ nehmen immer wieder KollegInnen aus der Verwaltung von Heimen teil, die gerne den Auftrag übernehmen, Bewohner und Angehörige zu Fragen der Vorsorge in einem persönlichen Beratungsgespräch zu informieren.

Viele Menschen fühlen sich überfordert von Formblättern, formulieren als medizinisch-juristische Laien fragwürdig oder fürchten, Opfer von Übertherapie zu werden - oder umgekehrt, dass sie mit einer Patientenverfügung vorschnell „aufgegeben“ werden oder ihr Wille in der Praxis missachtet wird. Die Rückmeldungen unserer qualifi-

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

zierten Multiplikatorinnen, aber auch die Ergebnisse des ähnlich angelegten Projektes "beizeiten begleiten" zeigen: Wenn die gesundheitliche Vorausplanung in einen ständigen, professionellen Beratungsprozess eingebettet wird, gibt es deutlich mehr und bessere Verfügungen. In der gerade erwähnten Studie hatten bereits nach 16 Monaten hatten mehr als 50 Prozent der Bewohner der beteiligten Altenheime eine Patientenverfügung. Fast 94 Prozent der neu erstellten Verfügungen waren von einem Arzt unterschrieben und fast immer war darin ein gesetzlicher Vertreter genannt. 98 Prozent der Verfügungen legten das Verhalten im Notfall fest und beinahe 96 Prozent der Verfügungen erhielten klare Aussagen zur Wiederbelebung. (Dirschel 2014)

Blick auf MitarbeiterInnen: Zentral unter das Dach habe ich die Fragen für die Gruppe der **MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung** gesetzt. Einige Fragen: Praktizieren die Pflegekräfte in der Sterbebegleitung besondere pflegerische Maßnahmen? Wenn ja: welche? Sind Pflegekräfte dafür besonders vorbereitet worden (z. B. durch Fortbildungen in Palliative Care)? Wird Zeit für die Palliativversorgung und Sterbebegleitung organisiert? Wenn ja: wie? Gibt es für die Sterbebegleitung besondere Absprachen im Team? Wenn ja: welche? Wird Pflegekräften Raum und Zeit für ihre Gefühle in der Sterbebegleitung gegeben? Wenn ja: wie? Wie werden Reaktionen von Vorgesetzten und Kollegen bewertet? Gibt es Angebote der Entlastung (z. B. Rituale)? Wenn ja. Welche?

Eine Frage zum Bereich Team greife ich am Schluss des Rundganges heraus: Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende herangeführt und angeleitet bei der Sterbebegleitung?

Folie und Impuls

Einführung von Auszubildenden

Wenn Sie an Ihre erste berufliche Begegnung mit einen Verstorbenen denken: Wie bewerten dieses Ereignis im Rückblick? Ich bitte Sie, jeweils kurz die Hand zu heben: Für wen war es ein eher negativ besetztes Ersterlebnis? Für wen eher positiv?

Wenn ich in Kursen und Fortbildungen diese Frage stelle, erinnern sich in der Regel ca. zwei Drittel eher „negativ“: Unvorbereitet, alleingelassen, verwirrt. Manche zweifeln lange, ob sie beruflich geeignet sind. Wenn wir verhindern wollen, dass sich das

über Generationen fortsetzt, dann muss das Thema sorgfältig in die Einarbeitung aufgenommen werden. Wir üben deshalb in Rollenspielen in den Kursen für PraxisanleiterInnen, aber auch in den Palliativkursen, wie ein Gespräch aussehen könnte, das die jungen KollegInnen mit ihren Fragen wirklich gut abholt.

Welche „politischen Klima-Besserung“ gibt es?

Wir wissen aus den Erfahrungen mit „Projekten zur Implementierung“, welche eindrucksvollen Potenziale bei guter Organisation mobilisiert werden können. Gleichzeitig müssen wir festhalten, dass die meisten dieser Entwicklungsprozesse durch externe finanzielle Förderungen angeschoben und unterstützt wurden. Der Caritasverband München-Freising zum Beispiel hatte eine Millionen Euro aus Kirchenmitteln bekommen, um die Palliativversorgung in den Einrichtungen konzeptionell zu entwickeln und stellt jährlich einen Fond 300 000 € für die Nachhaltigkeit zur Verfügung. Das Diakonische Werk Bayern hat ebenfalls seit Jahren einen Fördertopf geschaffen, um Projekte und Fortbildungen zu finanzieren.

Aber: Das kontinuierliche Engagement für eine gute allgemeine Palliativversorgung ist durch die geltenden Regelsätze nicht gedeckt und refinanziert. Hier gibt es hoffnungsvolle politische Zeichen für eine Erweiterung im Sozialgesetzbuch, dass Pflegeheime zukünftig eine finanzielle Refinanzierung bekommen können, wenn sie eine qualitativ nachweisbare gute Allgemeine Stationäre Palliativversorgung (ASPV) leisten. Im Zuge des Hospiz- und Palliativgesetzes (2015) gibt es zögerlich erste Mittel der Krankenkassen für den Beratungsaufwand bei der „Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“

Ist eine gute Allgemeine Palliativversorgung nachweisbar?

Ich sage: ja. Es gibt ein neuartiges Verfahren zur Zertifizierung. Die Bayerische Stiftung Hospiz hatte uns vor einigen Jahren beauftragt, ein Zertifizierungskonzept zu entwickeln und in einer Machbarkeitsstudie mit sechs Einrichtungen zu erproben. Kooperationspartner war der Bayerische Hospiz- und Palliativverband e.V., der nun auch der Lizenzgeber für das Verfahren und das Gütesiegel „PalliativExcellence®“ im Pflegeheim“ ist. Das Unternehmen war von einer gewissen Skepsis begleitet. Ich nehme an, es gibt auch unter Ihnen manche, die „zertifizierungskritisch“ oder „prüfgeschädigt“ sind.

Sterben mit Gütesiegel? Das klingt nach einem kuriosen Paradoxon. Palliative Care ist ja gerade durch hohe Individualisierung der Abläufe, durch bestimmte Haltungen

und Kreativität der BegleiterInnen gekennzeichnet. Sind diese unter Qualitätskriterien überhaupt erfassbar und prüfbar oder verfehlt oder zerstört eine Prüfung von Palliative Care nicht gerade das, was es sich zu prüfen anmaßt? Ist eine hospizliche Kultur nicht gerade eine Teamleistung? Wie lässt sich dieses Zusammenspiel erfahren?

Ich glaube, uns sind mit dem neuartigen Verfahren zwei Dinge gelungen:

- Wenn Palliative Care gerade durch hohe Kommunikation gekennzeichnet ist, dann muss das Verfahren selbst kommunikativ sein. Wir führen neben einem umfangreichen Vorab-Check ausführliche Interviews im Heim mit drei Gruppen: Die 1. Gruppe bilden die Leitungskräften und Palliativkräften. Gruppe 2 besteht aus MitarbeiterInnen aller Bereiche von der Pflegekraft, sozialen Betreuung bis zur Hauswirtschaft. Die 3. Gruppe bilden Heimbeirat, Angehörige, Seelsorger, HospizhelferInnen und andere Kooperationspartner, z.B. Mitarbeiter der SAPV, wenn es sie in der Region gibt. Auch Hausärzte haben sich schon beteiligt. So haben wir ein Verfahren, dass die jeweilige Hospizkultur aus vielen Perspektiven betrachtet. In der Regel sind es 20 bis 40 Personen. Wir bekommen so einen Blick in die atmosphärische Tiefe von Haltungen, Motiven, Zusammenarbeit und Engagement und bleiben nicht nur auf der Oberfläche von hinterlegten Standards.
- Das zweite, was uns geglückt ist: Wir gewinnen einen weiten Blick in die Breite einer guten Palliativen Versorgung. Die Schlüsselfragen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes wurden von uns in Qualitätskriterien übersetzt, die sehr differenziert Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten formulieren. Gleichzeitig wurden Sie so offen gehalten, dass es viele Wege gibt, diese vor Ort zu verwirklichen. Beispiele: „Der Umgang mit Patientenverfügungen und Vollmachten wird kommuniziert. Es gibt Raum für Gespräche über damit verbundene Vorstellungen von Würde (und ihre Bedrohungen). Oder: Die Art und Weise der ethischen Entscheidungsfindung in der Einrichtung wird von Mitarbeitern und Betroffenen als sehr gut und entlastend erlebt. Entscheidungen sind begründet.“

Um Ihnen einen Eindruck von der Breite zu geben, habe ich Ihnen die Auswertungstabelle des Verfahrens abgedruckt. Insgesamt sind 300 Punkte erreichbar.

(Siehe die beiden folgenden Seiten)

Die Entscheidungen der AuditorInnen werden ausführlich begründet. Jede Zertifizierung wird mit einem etwa 50seitigen Protokoll abgeschlossen und gewürdigt. Der Zertifizierungsausschuss, der die Empfehlung prüft, ist mit namhaften Persönlichkeiten besetzt.

Die ersten Zertifikate „PallExcellence®“ sind bereits verliehen. Weitere Pflegeheime haben ihr Interesse angekündigt.

Hospiz Akademie der GGSD

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

Ich persönlich kann sagen: Ich habe Heime gefunden, wo ich mir vorstellen könnte, zu leben und zu sterben ...

Im Folgenden finden Sie die Prüf- Liste mit den Stichworten zu einer guten Allgemeinen Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen.

(Abkürzungen: SQ=Strukturqualität; PQ=Prozessqualität, EQ=Ergebnisqualität)

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

| Bereich | Nr. | Kurztitel | Maximale Punktzahl | Erreichte Punktzahl | Zuordnung | | |
|-----------------------------|-----|--|--------------------|---------------------|-----------|----|----|
| | | | | | SQ | PQ | EQ |
| 1. Konzept | 1.1 | Aussagekraft Konzept | 6 | | 6 | | |
| 30 Punkte | 1.2 | Ausgewiesene Entwicklung (Projektarbeit) | 3 | | 3 | | |
| | 1.3 | Beteiligung der MitarbeiterInnen am Konzept | 3 | | | 3 | |
| | 1.4 | Einschätzung der Umsetzbarkeit | 6 | | | | 6 |
| | 1.5 | Haltung der Leitung | 6 | | | 6 | |
| | 1.6 | Sicherung der Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung | 3 | | | 3 | |
| | 1.7 | Öffentlichkeitsarbeit | 3 | | | | 3 |
| 2. Ethik | 2.1 | Organisation der ethische Entscheidungsfindung | 6 | | 6 | | |
| 18 Punkte | 2.2 | Praxis des Vorgehens im Konfliktfall | 3 | | | 3 | |
| | 2.3 | Umgang mit Patientenverfügungen und Vollmachten | 3 | | | 3 | |
| | 2.4 | Bewertung der Entscheidungsfindung | 6 | | | | 6 |
| 3. BewohnerInnen | 3.1 | Organisation der Erkundung von Wünschen zur letzten Lebensphase | 3 | | 3 | | |
| 18 Punkte | 3.2 | Praxis der Erkundung und Absicherung von Wünschen | 3 | | | 3 | |
| | 3.3 | Unterstützung der BewohnerInnen / Stellvertreter bei Entscheidungen | 3 | | | 3 | |
| | 3.4 | Berücksichtigung der Wünsche in Pflege und Begleitung | 3 | | | 3 | |
| | 3.5 | Bewertung der Begleitung in der letzten Lebensphase | 6 | | | | 6 |
| 4. MitarbeiterInnen | 4.1 | Organisation von Gestaltungsspielräumen für MitarbeiterInnen | 3 | | 3 | | |
| 18 Punkte | 4.2 | Formen der Unterstützung von MitarbeiterInnen zum Thema | 3 | | 3 | | |
| | 4.3 | Bewerbungsgespräche und Einarbeitung in die Hospizkultur | 3 | | | 3 | |
| | 4.4 | Praxis der Individualisierung von Palliativversorgung | 3 | | | 3 | |
| | 4.5 | MitarbeiterInnen-Bewertung der Vorbereitung und Unterstützung | 6 | | | | 6 |
| 5. Angehörige | 5.1 | Organisation der Angehörigenbetreuung zum Thema | 6 | | 6 | | |
| 15 Punkte | 5.2 | Praxis des Heranführens von Angehörigen | 3 | | | 3 | |
| | 5.3 | Angehörigen-Bewertung der erhaltenen Unterstützung im Vorfeld | 6 | | | | 6 |
| 6. MitbewohnerInnen | 6.1 | Organisation der Betreuung von MitbewohnerInnen im Sterbefall | 6 | | 6 | | |
| 15 Punkte | 6.2 | Praxis der Verabschiedung durch MitbewohnerInnen | 3 | | | 3 | |
| | 6.3 | MitbewohnerInnen-Bewertung der erhaltenen Unterstützung | 6 | | | | 6 |
| 7. Vernetzung | 7.1 | Organisation der internen und externen interdisziplinären Vernetzung | 3 | | 3 | | |
| 15 Punkte | 7.2 | Regelungen zur kontinuierlichen Palliativbetreuung bei Übergängen | 3 | | 3 | | |
| | 7.3 | Praxis der Vernetzung | 3 | | | 3 | |
| | 7.4 | Bewertung der Vernetzung durch beteiligte Partner | 6 | | | | 6 |
| 8. Palliative Pflege | 8.1 | Erreichbarkeit palliativpflegerischer Kompetenz | 6 | | 6 | | |
| 30 Punkte | 8.2 | Systematische Schulung der Palliativkompetenz | 3 | | 3 | | |
| | 8.3 | Entwickelte palliativer Schlüssel-Standards | 3 | | 3 | | |
| | 8.4 | Erkennen palliativer Situationen und Austausch darüber | 6 | | | 6 | |
| | 8.5 | Praxis palliativpflegerischer Interventionen | 6 | | | 6 | |
| | 8.6 | Bewertung der palliativen Pflege durch Betroffene und Partner | 6 | | | | 6 |
| Zwischensummen | | | 159 | | 54 | 54 | 51 |

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

| Bereich | Nr. | Kurztitel | Maximale Punktzahl | Erreichte Punktzahl | Zuordnung | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--|---------------------|------------|-----------|-----------|
| | | | | | SQ | PQ | EQ |
| 9. HausärztInnen | 9.1 | Organisation palliativmedizinischer Beratung | 3 | | 3 | | |
| 30 Punkte | 9.2 | Verfügbarkeit palliativer Notfallpläne | 3 | | 3 | | |
| | 9.3 | Vorbereitung der MitarbeiterInnen auf palliative Notfallpläne | 3 | | 3 | | |
| | 9.4 | Anregung / Beratung zu palliativen Notfallplänen bei ÄrztInnen | 3 | | | 3 | |
| | 9.5 | Engagement für Linderung von Schmerzen und Symptomlasten | 6 | | | 6 | |
| | 9.6 | Engagement für notwendige Anpassungen von Therapiezielen | 6 | | | 6 | |
| | 9.7 | Bewertung der Sicherheit und Vermeidung unnötiger KH-Einweisungen | 6 | | | | 6 |
| 10. Ehrenamtliche | 10.1 | Organisation der ehrenamtlichen Betreuung (Formen der Integration) | 3 | | 3 | | |
| 18 Punkte | 10.2 | Qualifizierung der ehrenamtlichen Kräfte | 3 | | 3 | | |
| | 10.3 | Ansprechpartner in der Einrichtung | 3 | | 3 | | |
| | 10.4 | Praxis der Vermittlung und Unterstützung Ehrenamtlicher | 3 | | | 3 | |
| | 10.5 | Bewertung der Zusammenarbeit | 6 | | | | 6 |
| | 11. Seelsorge | 11.1 | Organisation seelsorgerlicher Betreuung | 6 | | 6 | |
| 15 Punkte | 11.2 | Erkennen spiritueller / religiöser Bedürfnisse durch MitarbeiterInnen | 3 | | | 3 | |
| | 11.3 | Bewertung der Seelsorge | 6 | | | | 6 |
| | 12. Soziale Fürsorge | 12.1 | Organisation von sozialer Beratung zum Thema | 3 | | 3 | |
| 12 Punkte | 12.2 | Praxis der sozialen Beratung | 3 | | | 3 | |
| | 12.3 | Bewertung der sozialen Beratung | 6 | | | | 6 |
| | 13. Weitere MitarbeiterInnen | 13.1 | Definition der Beiträge für die palliative Versorgung | 3 | | 3 | |
| 15 Punkte | 13.2 | Qualifizierung nicht-pflegerischer Berufsgruppen für pall. Aufgaben | 3 | | 3 | | |
| | 13.3 | Praxis der Beteiligung weiterer MitarbeiterInnen | 3 | | | 3 | |
| | 13.4 | Bewertung der Beteiligungsmöglichkeiten | 6 | | | | 6 |
| | 14. Trauer | 14.1 | Formen der Unterstützung von MA bei Betroffenheit und Trauer | 3 | | 3 | |
| 21 Punkte | 14.2 | Angebote nachgehender Trauerbegleitung für Angehörige | 3 | | 3 | | |
| | 14.3 | Auseinandersetzung mit eigener Betroffenheit und Trauer | 3 | | | 3 | |
| | 14.4 | Erkennen von Trauerphänomenen und Begleitung von Angehörigen | 3 | | | 3 | |
| | 14.5 | Rituelle Praxis | 3 | | | 3 | |
| | 14.6 | Bewertung der Abschiedskultur | 6 | | | | 6 |
| | 15. Sterbephase | 15.1 | Existenz von Standards für die Betreuung in der Sterbephase | 3 | | 3 | |
| 15 Punkte | 15.2 | Praxis der speziellen Betreuung in der Sterbephase | 6 | | | 6 | |
| | 15.3 | Bewertung der Betreuung in der akuten Sterbephase | 6 | | | | 6 |
| | 16. Umgang mit Verstorbenen | 16.1 | Organisation der Situation nach dem Versterben | 6 | | 6 | |
| 15 Punkte | 16.2 | Praxis der Gestaltung der Situation nach dem Versterben | 3 | | | 3 | |
| | 16.3 | Bewertung von Aufbahrung und Überführung | 6 | | | | 6 |
| | Zwischensummen | | | 141 | | 48 | 45 |
| Gesamt | | | 300 | | 102 | 99 | 99 |



Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

Ich muss noch am Ende die Eingangsfrage auflösen:

Können Sie sich vorstellen, in Ihrer Einrichtung nicht nur zu arbeiten, sondern dort auch zu sterben, so wie im Moment die Bedingungen gestaltet sind?

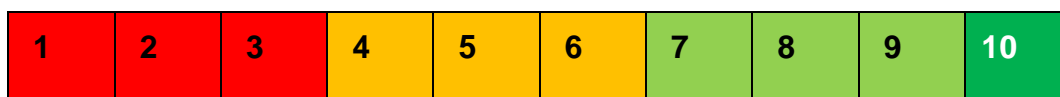
In der erwähnten Studie wurde folgendes sichtbar:

- Am schlechtesten schnitten die Krankenhäuser ab. Nur ca. 30 Prozent der Pflegekräfte konnten diese Frage bejahen. Bei den Pflegeheimen war es auch eine leichte Mehrheit, die sich nicht wünschen würde, in der eigenen Einrichtung zu sterben.
- Auffällig war: Je höher man kommt in der Position der Befragten, umso positiver war das Urteil. 60 Prozent der PDL können sich es prinzipiell vorstellen; bei den Heimleitern würden 70 Prozent in der eigenen Einrichtung sterben.
- Für uns ist folgender Zusammenhang entscheidend: Je mehr Bereiche als gut organisiert empfunden wurde, umso höher war der Grad der Zustimmung.

Folie

Wie gut ist die Palliativversorgung in Ihrer Einrichtung?

- Wo würden Sie Ihre Einrichtung platzieren?
- Wenn Sie entscheiden könnten: Was würden Sie angehen, um ein, zwei oder drei Schritte weiterzukommen?
- Wo sehen Sie sich selbst mit Ihren Fähigkeiten zur Palliativversorgung (Sterbe- und Trauerbegleitung)?



Wir stehen
am Anfang

Je mehr der Schlüsselfragen vor Ort klug organisiert sind,
je mehr der von den Beteiligten umgesetzt werden kann,
und je mehr für die Verlässlichkeit verschriftlicht wird,
umso höher die Platzierung

Bestens

Bitte tauschen Sie sich kurz mit Ihren NachbarInnen aus.

Teil 2: Inszenierte Lesung

Wie sieht eine „Lebendige Hospizkultur“ aus?

Frau Bayer und ihre Familie werden palliativ umsorgt – Eine multi-perspektivische Erzählung in Szene gesetzt

Am Beispiel eines fiktiven Sterbeverlaufes werden in dieser Inszenierung die Elemente einer gut vernetzten Palliativversorgung gezeigt, so wie sie etwa in im Rahmen eines Projektes in einem Pflegeheim in der Nähe von München entwickelt wurden.

Leserollen:

Spielleiter:

Angehörige-Tochter:

Heimleiterin:

Pflegekraft:

Auszubildende (Mini-Rolle)

SAPV-MitarbeiterIn:

Hospizhelferin:

Vorbereitung Requisiten:

Rollstuhl, Dienstkleidung für Pflegekraft, großes samtene Decke, Klangschale

Vielen Dank an alle aus dem Publikum, die sich für die Lesung „casten“ lassen.

Rolle Spielleiter

Wo wird mein Ort in der letzten Lebensphase wohl sein? Wie Sie wissen, wird als Wunschort meist in Befragungen „Zuhause“ genannt. Damit kann die Wohnadresse gemeint sein. Bei Nachfragen, was mit „Zuhause“ gemeint ist wird es klarer: Zuhause ist da, wo ich als Mensch Bedeutung habe und wo ich mir Sicherheit verspreche. Oder wie Christian Morgenstern es formuliert: Zuhause ist da, wo ich mich verstanden fühle ...“ In diesem Sinne kann auch ein Pflegeheim Zuhause sein und werden.

Wir nehmen Sie mit auf einen letzten Lebensweg von Frau Bayer und ihrer Familie. Ein fiktives Beispiel, an dem wir aber zeigen möchten, wie die Realität einer guten Betreuung in der Zeit von Krankheit, Gebrechlichkeit, des Sterbens und der Trauer aussehen kann. Wir setzen an diesem Beispiel das Konzept „Lebendige Hospizkultur gestalten“ in Szene.

Rolle Angehörige (...)

Aktion: *Drehung zum Publikum*

Ich bin eine der beiden Töchter von Frau Bayer. Meine Mutter ist 85 Jahre. Bis jetzt konnte sie mit unserer Unterstützung noch in ihrem eigenen Haushalt leben. Meine Schwester und ich teilen uns die Aufgaben: einkaufen, putzen, beim Duschen helfen, da sein. Gelegentlich hilft mein Mann mit, der allerdings noch berufstätig ist. Unser jüngerer Bruder wohnt weiter entfernt und sieht die Versorgung mehr als „Frauenaufgabe“. Er kommt besuchsweise mal mit, mal ohne Familie. Einmal etwa im halben Jahr. Immer mit großen Aufwand.

Vor acht Monaten wurde bei meiner Mutter ein Tumor im Bauchraum entdeckt. Diagnose Darmkrebs, fortgeschritten, wie es heißt. Die Nachbarorgane seien bereits befallen. Meine Mutter hat eine Operation abgelehnt und lediglich einer Chemotherapie zugestimmt. Sie hatte Angst, dass sie den Rest ihres Lebens vielleicht einen künstlichen Darmausgang braucht. „Das will ich auf keinen Fall“, sagt sie. Der Tumor wachse in ihrem Fall langsam, wie der Arzt meint. Die Operation wäre äußerst risikoreich gewesen. Vielleicht will er uns auch nicht die Wahrheit über das Ausmaß sagen. Ein Befall von Lymphknoten oder wie das heißt – so hat uns der Arzt erklärt - war bei der letzten Untersuchung nicht zu erkennen – Gott sei Dank. Vor ein paar Wochen hat sie mich misstrauisch gefragt, ob wir mit dem Arzt unter einer Decke stecken und ihr etwas verheimlichen ... Sie konnte aber nicht erklären, warum sie uns verdächtigt.

Unsere Mutter ist – wie soll ich sie beschreiben – schon immer jemand, der das Zeppter in der Hand hatte. Das musste sie auch. Unser Vater ist früh verstorben. Und dann allein mit drei Kindern. Sie hat oder besser: hatte ein ungeheures Gedächtnis. Sie konnte ein Duzend Gedichte auswendig. Im Kopfrechnen war sie unschlagbar. Seit mehreren Monaten fällt uns aber auf, dass sie zunehmend vergesslicher, ja verwirrter wird. Vorgestern hat sie mich lange nicht erkannt; meiner Schwester ist auch aufgefallen, dass sie kaum noch was isst. Unsere Mutter wollte zu keines ihrer Kinder ziehen; das hat sie immer abgelehnt. Das ist auch schwer möglich. Bei meiner Schwester wohnt die Tochter mit Familie im Haus; bei mir und meinen Mann ist es sehr beengt. Außerdem weiß ich nicht, ob ich es schaffe, wenn es schlimmer wird. Schließlich bin ich auch schon weit über sechzig ...

Wir haben die Entscheidung lange hinausgeschoben. Aber jetzt brauchen wir wohl Hilfe – auch wenn es mir schwer fällt ...

Aktion: *Angehörige nimmt den Rollstuhl, löst die Bremsen und wandert Richtung Heimleiterin und stellt sich mit dem Rollstuhl neben diese.*

Rolle Heimleiter/In

Ich spreche als Heimleiterin

Die Tochter von Frau Bayer war gestern bei mir. Sie wollte sich zunächst nur erkundigen, was wir für ihre Mutter tun können.

Ich gebe im Gespräch zunächst Raum auch für Schuldgefühle, die bei vielen Angehörigen da sind. „Ich kann mir vorstellen, es ist keine leichte Entscheidung, Ihre Mutter zu uns ins Pflegeheim zu geben ...“

Da die Tochter von Frau Bayer auch von ihrer Sorge erzählt, „dass alles ganz schnell zu Ende gehen kann“, gehe ich bereits in diesem Erstgespräch darauf ein. Sonst klopfen wir bei den eingezogenen Bewohnern in der Eingewöhnungszeit taktvoll an, um über Vorstellungen zur letzten Lebensphase ins Gespräch zu kommen. Eine Türöffner-Frage ist zum Beispiel: „Gibt es etwas, das Sie auf keinen Fall möchten, wenn es Ihnen gesundheitlich mal schlechter gehen sollte oder Sie sich nicht mitteilen könnten? Unsere Erfahrung: Die meisten Bewohner sind sehr offen und dankbar, über diese Situation sprechen zu können. Es ist übrigens einfacher zu sagen, was man nicht möchte. Natürlich respektieren wir, wenn jemand nicht darüber sprechen möchte. Bei Angehörigen könnte ein Einstieg sein: „Was wissen Sie oder was vermuten Sie, wäre Ihrem Vater, Ihrer Mutter wichtig, wenn es gesundheitlich schlechter geht oder das Leben zu Ende geht? Gibt es etwas, das bereits besprochen oder sogar geregelt worden ist?“ Und: „Gibt es etwas, das Ihnen als Angehörige in dieser Situation wichtig wäre oder auf was wir achten sollen?“

Rolle Spielleiter

Wir tun ja oft so, als ob Angehörige eine fremde Gattung sei. Dabei sind wir ja alle Angehörige. Deshalb gebe ich die Frage zunächst an Sie ins Publikum weiter:

Folie und Impuls

Impulsfragen:

- Was würde ich mir in der letzten Lebensphase als Angehöriger von einem Pflegeheim wünschen?
- Welcher Typ von Angehöriger wäre ich wohl?
- Wie würde wohl im Team über meine Familie und mich gesprochen?
- Bitte besprechen Sie diese Frage kurz mit Ihrem Nachbarn oder Nachbarin. (*Ein bis zwei Minuten*)

Aktion: Die Gespräche werden mit der Klangschale beendet.

Rolle Angehörige ... *dreht sich zum Publikum*

Ich weiß nicht, welche Wünsche Sie in den Gesprächen mit Ihren Nachbarn gesammelt haben. Ich vermute, es sind eher kleine Wünsche, aber keine spektakuläre Ansprüche.

- Mir wäre das Wichtigste, dass wir als Angehörige im Heim nicht be- und verurteilt werden. Ich kann mir zum Beispiel vorstellen, dass meine Schwester, mein Bruder und ich nicht immer einer Meinung sein werden - und dass wir unsere Not haben, wenn die Mutter stirbt.
- Ich würde gerne über Veränderungen informiert werden wollen. Ich hätte gerne einen Ansprechpartner, der auf mich zukommt. Ich habe oft eine Hemmung, irgendwie lästig zu wirken bei dem viel beschäftigten Pflegepersonal.
- Ich würde mich freuen, wenn ich unkompliziert übernachten könnte.
- Ich habe Angst, dass meine Mutter lange leiden muss. Sie möchte nicht künstlich am Leben erhalten werden
- Was kann ich eigentlich tun, wenn meine Mutter im Sterben liegt? Ich hatte noch nie mit einem sterbenden Menschen zu tun ...
- Außerdem habe ich Angst davor, wie es wohl sein wird, wenn meine Mutter tot ist. Werde ich den Anblick ertragen?

Rolle HeimleiterIn

Für uns ist es wichtig, möglichst frühzeitig mit Bewohnern bzw. Angehörigen ins Gespräch zu kommen, z. B. auch über Angehörigenabende zum Thema,

Mit der Tochter von Frau Bayer bin ich gut ins Gespräch gekommen. Beim nächsten Besuch hatte sie ihre Mutter dabei. Zwei Wochen später waren ein Zimmer frei und die Entscheidung auch bei Frau Bayer gereift. Es fiel ihr sehr schwer, die gewohnte Häuslichkeit aufzugeben.

Rolle Pflegekraft ... *schlüpft in die Dienstkleidung; dreht sich zum Publikum*

Ich bin die Pflegekraft mit besonderem Bezug zu Frau Bayer. Frau Bayer hat sich nach anfänglichem Zögern gut bei uns eingewöhnt. Sie lebt nun gut vier Monate im Haus. Ich mag sie. Sie kann schon resolut sein. Ihre Stimmungen schwanken. Die demenzielle Erkrankung schreitet voran. Gestern erzählt mir ihre Tochter bestürzt, dass ihre Mutter sie anscheinend gar nicht erkannt hätte. Ich habe sie in den Arm genommen.

Meine Kolleginnen und ich hatten auch gemerkt, dass Frau Bayer sich verändert und mehr in der Vergangenheit lebt. Im Spiegel erkennt sie sich nicht wieder. Häufig sagt sie, sie muss jetzt nach Hause. Die Kinder warten auf das Essen.

Wir gehen dann auf die Gefühle ein und lenken validierend auf ihre Antriebe um. Zum Beispiel: „Ja, da muss man nach Hause. Sie sind immer so eine fleißige Mutter. Und bis man die Kinder satt bekommt ... Was kochen sie denn?“ Und oft ergibt sich daraus ein kurzes, aber beruhigendes Frauen-Gespräch über das Kochen. Der Druck ist vorübergehend weg. Wir haben auch den Eindruck, dass sie Schmerzen haben könnte. Auf die direkte Frage verneint Frau Bayer meistens. Wir sind aber nicht sicher, ob sie unsere Frage richtig versteht. Wir merken eine gewisse Schonhaltung, die sie einnimmt. Wir haben im Team beschlossen, das Verhalten mit Hilfe eines Schmerzbeobachtungsbogens speziell für demenziell erkrankte Menschen zu beobachten ...

Rolle Auszubildende *Läuft zur Pflegekraft und stellt sich neben die Pflegekraft:*

Was ich als Auszubildende hier besonders gut finde? Wir hatten schon frühzeitig ein Gespräch, wo ich über meine Angst sprechen konnte, wenn jemand stirbt. Ich meine, ich habe das ja noch nie erlebt. Ich konnte meine Fragen stellen, die Kolleginnen haben mir vieles erklärt und wir haben vereinbart, dass ich nicht alleine etwas machen muss. Und: Ich soll keine Mutprobe daraus machen! Es ist völlig in Ordnung, dass ich unsicher bin. Das hat mich tatsächlich sicherer gemacht. Echt gut.

Rolle HeimleiterIn

Die Tochter von Frau Bayer hatte mir ja bereits im Erstgespräch von der schweren Krebserkrankung ihrer Mutter erzählt. Sie war erstaunlich offen in diesem ersten Kontaktgespräch. Ihre Mutter habe ihr immer wieder von der Sorge erzählt, dass sie möglichst nicht mehr ins Krankenhaus möchte. Auch macht sie sich Sorgen, weil die Mutter so wenig esse in der letzten Zeit und über Schmerzen und Völlegefühl klagt. Ich erkläre ihr, dass wir solche Sorgen gerne möglichst frühzeitig aufgreifen. Wir haben gute Erfahrungen gemacht, zusammen mit dem jeweiligen Hausarzt, den Angehörigen und natürlich – wenn es möglich ist – mit dem jeweiligen Bewohner genau diese Sorgen zu beraten. Wenn es Wünsche und Entscheidungen gibt, lassen sich diese auch in einen verbindlichen so genannten palliativen **Notfallplan zur Krisenvorsorge** festhalten. Man kann sich so auch absehbare Komplikationen vorbereiten, zum Beispiel, wenn es vielleicht in Folge des Darmkrebses zu einem Darmverschluss kommen sollte oder der Tumor durchbricht. Auch welche Medikamente bevorratet werden müssen, damit niemand mit Schmerzen sterben muss, wird festgehalten. Wichtig ist uns, dass möglichst nichts passiert, was der Betroffene nicht gewollt hätte. So haben auch Pflegekräfte eine gewisse Sicherheit, was zu tun und zu lassen ist. Wir haben auch gute Verbindungen zu einem palliativen Beratungsteam geknüpft, das uns bei Bedarf berät ...

Rolle SAPV

Ich stehe hier für das Beratungsteam der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung. Meine Kolleginnen und ich wollen die Pflegenden und die Hausärzte hier im Haus unterstützen. Wir werden lange nicht bei allen sterbenden Menschen hier gebraucht. Für die meisten Aufgaben der Palliativversorgung sind die Mitarbeiterinnen hier im Haus gut vorbereitet. Aber manchmal gibt es Beschwerden bei schwerkranken und sterbenden Menschen, für die es besondere Angebote braucht. So arbeiten wir in diesem Zentrum mit einem multiprofessionellen Team aus Pflegekräften, Sozialarbeitern, Palliativärzten und ehrenamtlichen Hospizbegleitern zusammen, die alle eine besondere und zusätzliche Ausbildung haben. Wir kommen da hin, wo wir gebraucht werden und unterstützen die Pflegenden und Hausärzte in den Dingen, wo deren Ressourcen oder Kompetenzen alleine nicht ausreichen. So versuchen wir zusammen mit ihnen, unerwünschte und unnötige Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Das kann ein regelmäßiger Besuch einer ehrenamtlichen Hospizbegleiterin sein, weil die Angehörigen weit weg wohnen, beruflich sehr eingespannt sind oder weil sie sich auch als Angehöriger Unterstützung in dieser schweren Zeit wünschen. Das kann aber auch die fachliche Unterstützung durch eine oder mehrere Berufsgruppen aus dem hauptamtlichen Team des Zentrums sein, um belastende Symptome wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit in den Griff zu bekommen. Das kann aber auch die Beratung oder die Unterstützung bei ethischen Entscheidungen zu lebensverlängernden Maßnahmen sein, wie z. B. das Für und Wider einer Magensonde.

Aus diesem Grund bin ich diesmal hier, Frau Bayer will seit ein paar Tagen gar nicht mehr essen. Sie hat keinen Appetit mehr, so wie wir das in dieser Situation immer wieder erleben. Meist ist das für die Angehörigen schwer zu verstehen. So auch für die Tochter von Frau Bayer, die es sehr schwer auszuhalten kann. Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Wenn die Lieben dann nicht mehr essen, dann rückt der Tod so spürbar nahe. Wir erklären dann, dass dies zum normalen Sterbeprozess dazugehört und den Sterbenden selber meist keinerlei Beschwerden bereitet. Im Gegenteil: Es unterstützt den Sterbenden eher wegen der körpereigenen Hormone, die ausgeschüttet werden, die sowohl Schmerzen als auch die Psyche positiv beeinflussen. Der Mensch stirbt nicht, weil er nicht mehr isst und trinkt, sondern er isst und trinkt nicht mehr, weil er stirbt. Wenn jemand nicht mehr isst, dann ist die allerletzte Lebenszeit angebrochen. Auch jegliche künstliche Ernährung kann das Sterben in der Regel nicht aufhalten und wir müssen sehen, was außer Nahrung in dieser Situation noch nährt.

Rolle Pflegekraft

Die Tochter hat mir auch anvertraut, dass ihre Mutter in der letzten Zeit immer fordernder wurde. Sie mache sich Sorgen, wenn sie und ihre Schwester mal nicht so oft kommen können. Ich erzähle, dass es neben der besonderen pflegerischen Aufmerksamkeit auch ehrenamtliche Helferinnen im Haus gibt, die auf den Umgang mit demenziell veränderten Bewohnern, aber auch für die Sterbebegleitung vorbereitet wurden ...

Rolle Hospizhelferin im Heim *Aktion: Drehung zum Publikum.*

Ich bin in diesem Haus zusammen mit anderen als ständige Hospizbegleiterin tätig und habe schon einige Bewohner in ihren letzten Lebenstagen begleitet. Von meiner Einsatzleitung werde ich in die Begleitung eingeführt und zusammen mit ihr wird mein Auftrag mit den betroffenen Menschen, deren Angehörigen und den Mitarbeitern auf der Station geklärt. Ich ersetze nicht die Pflegenden, sondern widme mich ausschließlich den Wünschen der Betroffenen. Ob das Vorlesen, kleine Spaziergänge oder einfach nur Da Sein ist, entscheidet sich oft ganz individuell von Mal zu Mal und hängt sehr zusammen mit der Tagesverfassung. Gerne biete ich auch den Angehörigen an, für sie da zu sein, in Telefonaten oder bei persönlichen Treffen hier im Haus. Bei Bedarf bin ich auch bereit für eine abendliche Sitzwache. Eine gewisse Konkurrenz war anfänglich spürbar. Jetzt aber nicht mehr. Im Gegenteil: Die Pflegekräfte sagen mir oft, dass es Ihnen gut tut, dass jemand mit Zeit da ist. Regelmäßige Supervision erhalte ich in meinem Hospizdienst.

Ich komme gerne in das Haus und fühle mich sehr willkommen. Mein Hospizdienst hat einen offiziellen Kooperationsvertrag mit dem Haus geschlossen, in dem auch geregelt ist, wer als Hospizbeauftragter mir als fester Ansprechpartner zur Verfügung steht. Auch werde ich zu hausinternen Fortbildungen, zu Festen und Gedenkfeiern eingeladen und kann mich mit anderen ehrenamtlichen Kollegen austauschen.

Aktion: Drehung Rücken zum Publikum

Rolle HeimleiterIn

Meine MitarbeiterInnen sind mir wichtig. Wir haben Palliative-Care-Pflegekräfte ausbilden lassen. Damit diese aber keine Einzelkämpferinnen sind, habe ich dafür gesorgt, dass alle MitarbeiterInnen in Gruppen eine mehrtägige Fortbildung im Haus besuchen konnten – von der Pflegekraft, der Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft bis hin zur Kollegin in der sozialen Betreuung. So haben wir eine breite Basis geschaffen. Denn: Die Palliativversorgung geht uns alle an. Und was alle angeht, können nur alle angehen. Mein Leitsatz: „Die Würde der Sterbenden beginnt mit der Würdigung der Pflegenden!“, um Professor Andreas Heller zu zitieren.

Rolle SAPV

Frau Bayer ist heute nicht mehr ansprechbar. Sie scheint schon ganz weit weg zu sein. Manchmal spricht sie ganz leise unverständliche Worte und wälzt sich unruhig im Bett. Das hört dann von ganz alleine nach kurzer Zeit wieder auf. Wir beobachten das immer wieder bei Sterbenden. Es scheint, sie begeben sich auf eine Zeitreise durch ihr Leben, durchleben Momente noch einmal, die sie sehr bewegt haben. Denn manchmal, mit viel Geschick und Glück, kann man einige Worte verstehen und manchmal kann man sie in die Biografie einordnen.

Sie hat seit heute Morgen auch so einen rasselnden Atem. Es klingt fürchterlich, wie rasselnde Ketten. Man will sich selber räuspern, damit das beim Sterbenden aufhört. Es klingt quälend; doch wenn man in das Gesicht des Sterbenden sieht, ist da keine Not zu beobachten, sondern ein völlig entspanntes Gesicht. Auch diese Rasselatmung gehört zum Sterben dazu, denn die Muskulatur im ganzen Körper lässt nach, so auch im Rachen, der dann nicht mehr die Spannung halten kann, um das dortige Sekret zu kanalisieren. Wir drehen Frau Bayer leicht auf die Seite, dann ist es schon deutlich besser. Ich bespreche mit den Pflegenden auf der Station noch einmal, dass jetzt eine gute palliative Mundpflege wichtig ist. Das heißt: den Mundraum immer wieder mit Flüssigkeiten nach Geschmack, ob mit Wasser, säuerlichen Tees oder Weißwein anzufeuchten, ganz so, wie es dem Sterbenden gut tut. Bei Frau Bayer wissen wir, dass sie gerne Bier trinkt und nutzen das zur Mundpflege. Sie reagiert mit Lecken darauf. Die Schmerzmittel, die sie ja nun nicht mehr schlucken kann, aber ihr zuletzt so gut geholfen haben, geben die Pflegenden nun nach unserer Anweisung über eine Medikamentenpumpe unter die Haut. So muss Frau Bayer auch in ihren letzten Stunden keine Schmerzen haben.

Rolle Hospizhelferin

Aktion: *Drehung zum Publikum. Geht zur Angehörigen. Stellt sich neben den Rollstuhl.*

In Zusammenarbeit von Hausarzt und SAPV gelang es, die Schmerzen von Frau Bayer zu lindern. Sie musste nicht ins Krankenhaus. Die Kraft von Frau Bayer ging zu Ende. Sie konnte in ihrer gewohnten Umgebung die letzten Tage ihres Lebens verbringen.

Für mich als Hospizhelferin war es in dieser Zeit wichtig, das Schweigen und die Ruhe im Raum aufzunehmen. Ich konnte ihr über besondere Formen der Berührungen und Streichungen – so glaube ich – Halt geben. Ich hatte den Eindruck, es hat ihr gut getan – und mir auch. Diese achtsame stille Kommunikation habe ich in meiner Ausbildung gelernt. Palliative Atem-Pflege hieß der Kurstag.

Aktion: *Bleibt mit dem Gesicht zum Publikum stehen.*

Rolle Angehörige

Aktion: *Dreht langsam den Rollstuhl. Deckt ihn gemeinsam mit der Hospizhelferin mit einer dunklen Decke ab*

Meine Mutter ist gestorben. Es war keine leichte Zeit – aber ich denke, es war gut so. Ohne die Unterstützung im Haus wäre uns das nicht möglich gewesen.

Gut getan hat mir, dass beim Tod meiner Mutter eine Pflegekraft in der Nähe war. Sie hat Ruhe ausgestrahlt und gab uns Sicherheit. So hat sie uns eingeladen, nach dem Tod unserer Mutter uns Zeit zu nehmen. Wir hätten jetzt sehr viel Zeit. Sie hat uns eingeladen, uns von Mutter zu verabschieden, zuerst gemeinsam, dann aber auch alleine. Sie hat uns gefragt, ob wir beten wollen. Sie hat uns auch eingeladen, unsere Mutter so anzuziehen, wie wir sie beerdigen wollen.

Ohne die Pflegekraft wären wir- glaube ich - ganz schön hilflos gewesen.

Was mir sehr gut getan hat: Wir konnten die Trauerfeier hier im Haus ausrichten. So merkwürdig das klingen mag: Es war schön!

Aktion: *Alle drehen sich zum Publikum.*

Rolle Spielleiter Ab-Moderation

Besondere Gespräche, Unterstützung von Abschied und Erinnerung, Krisenvorsorge und Notfallplan, Integration von Hospizhelferinnen, Gesprächsrunden mit Hausärzten und dem Ärztlichen Notdienst - das sind nur einige der vielen Elemente der Hospizkultur in diesem Haus, die wir entwickelt haben, weiter entwickeln und pflegen. Wir haben uns dabei an den sogenannten „Indikatoren und Empfehlungen“ des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes orientiert und nach unseren Antworten auf die entsprechenden Schlüsselfragen gesucht. Wir hatten dazu eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die sich über eineinhalb Jahre immer wieder getroffen hat. Schritt für Schritt ist ein gutes Konzept entstanden. Wir haben diese Vorschläge in den jeweiligen Teams besprochen, trainiert und angepasst. Wir halten nach jedem Abschied Rückblick und Ausblick. Deshalb traue ich mich nun zu behaupten: Das Konzept wird zum großen Teil auch gelebt und ist nicht nur Papier. Unsere Hospizkultur ist lebendig.

Ich bedanke mich bei den Akteuren. Ich bedanke mich bei Ihnen für das Mitgehen.

Aktion: Gemeinsame Verbeugung

Arbeitshilfe:

Wie gut ist Ihre Palliativversorgung organisiert?

20 Schlüsselfragen für die Ist-Analyse von Pflegeeinrichtung

Anleitung

Wie können Sie zusammen mit den Mitarbeitern die Hospizkultur einer Einrichtung erfassen und würdigen? Ich habe Schlüsselfragen zu einem Check zusammengefasst. Der Fragebogen ermöglicht einen differenzierten Blick auf den bestehenden organisatorischen Rahmen der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in der jeweiligen Einrichtung. Gleichzeitig wird über die Fragen sichtbar, welche Aspekte für eine umfassende Palliativ- oder Hospizkultur noch wichtig sein können.

Wie können Sie die Fragen nutzen: Sie können den Fragebogen in Teamsitzungen oder Startveranstaltungen für ein Projekt einsetzen. Die Fragen ließen sich auch mit Wertungen zum Ankreuzen kombinieren (z. B. „Die Frage finde ich wichtig“ „Hier sollten wir intensiv nachdenken und neue Regelungen finden“ usw.) oder mit Skalen, auf denen die Zufriedenheit mit der Praxis in der Einrichtung erfasst werden kann („Ist bereits sehr gut verwirklicht“ - - - - „Braucht dringend eine Veränderung oder Verwirklichung“). Die Teilnehmer können z. B. in Partnerarbeit oder Kleingruppen die Fragen durchgehen und sich gegenseitig berichten, ob es für sie organisatorische Antworten auf diese Fragen gibt und wenn ja, welche. Sie machen sich dabei als Erinnerungshilfen Notizen auf den Fragebogen. Eventuell bewerten die Teilnehmer die Fragen jeweils nach ihrer Bedeutung und ihrer Zufriedenheit mit der organisatorischen Lösung vor Ort (z. B. in Form von Schulnoten).

1. **Blickpunkt Träger / Leitung:** Gibt es ein schriftliches Konzept oder Leitlinien der Einrichtung zur Palliativversorgung? Wenn ja: Ist dieses oder sind diese den Mitarbeitern bekannt? Wie konnten sich MitarbeiterInnen an dem Konzept beteiligen? Wird das Konzept von allen Mitarbeitern getragen? Macht es Aussagen darüber, wann Palliativversorgung und wann Sterbebegleitung beginnt und was diese alles umfassen? Ist das Konzept verständlich und mit konkreten Maßnahmen verbunden?
2. Wird das Thema Palliativversorgung und Sterbegleitung in Prospekten/Heimmedien (z. B. Heimzeitung) angesprochen? Wenn ja: wie?

3. **Blickpunkt Bewohner:** Werden (gezielt) Informationen über Wünsche oder Vorstellungen zur letzten Lebensphase gesammelt? Wenn ja: wie? Werden diese Wünsche gesichert (z. B. durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfallplanung)? Wird hierzu Beratung angeboten? Werden Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen für die Sterbebegleitung besonders ermittelt? Wenn ja: wie?
4. Werden Bewohner bei Lebensbewältigung, Lebenskrisen, Lebensrückschau besonders unterstützt? Wenn ja: wie? (Beispiel: Biografiearbeit) Gibt es besondere Verfahren für demenziell erkrankte Menschen, die die Mitarbeiter dabei anwenden? Wenn ja: welche? (Beispiel: Validation)
5. **Blickpunkt Angehörige:** Werden Angehörige vorbereitet und in die Sterbebegleitung gezielt einbezogen und unterstützt? Wenn ja: wie?
6. Werden Angehörige beim Abschiednehmen von Verstorbenen unterstützt? Wenn ja: wie?
7. **Blickpunkt: ÄrztInnen:** Wird die schmerztherapeutische Versorgung und die Behandlung quälender Symptome gesichert? Wenn ja: wie? Gibt es beratende Unterstützung, wenn der behandelnde Hausarzt an Grenzen kommt (z. B. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, „Hotline Schmerzambulanz“)
8. Wird bei Entscheidungen (z. B. PEG-Versorgung) fachlich, ethisch und rechtlich verantwortbar und nachvollziehbar verfahren? Wenn ja: wie? Wird für absehbare Krisen und Komplikationen und für Notfälle Vorsorge getroffen und das Verfahren miteinander abgestimmt (z. B. „Runder Tisch“)? Wenn ja: wie?
9. **Blickpunkt MitbewohnerInnen:** Gibt es für Mitbewohner in Zwei- oder Mehrbettzimmern besondere Regelungen in der Sterbephase oder in der Zeit nach dem Versterben eines Bewohners? Wenn ja: welche?
10. Werden Mitbewohner beim Abschiednehmen unterstützt? Wenn ja: wie?
11. **Blickpunkt Bestatter:** Werden Verstorbene im Haus aufgebahrt? Wenn ja: wie? Gibt es dafür einen besonderen Raum? Wenn ja: Sind dieser und der Zugang zu ihm ansprechend gestaltet? Wenn ja: wie?

12. Sind der Transfer von Verstorbenen durch die Pflegekräfte im Haus, die Einsargung und die Überführung durch den Bestatter würdig gestaltet? Wenn ja: wie?
13. **Blickpunkt Seelsorge:** Ist die Zusammenarbeit mit Seelsorgern in der Sterbebegleitung gut geregelt (z. B. Angebote seelsorglicher Begleitung, Art und Weise der Vermittlung durch Pflegekräfte)? Wenn ja: wie? Welche Formen von Seelsorge begreifen Pflegekräfte oder andere Begleiter als ihre Aufgabe? Sind sie darauf vorbereitet?
14. **Blickpunkt Hauswirtschaft:** Gibt es eine Einbindung der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter in die Palliativversorgung und Sterbebegleitung? Wenn ja: wie? Sind diese gut darauf vorbereitet? Wenn ja: wie?
15. **Blickpunkt ehrenamtliche Kräfte (z. B. HospizhelferInnen):** Haben ehrenamtliche Kräfte im Heim Bedeutung? Wenn ja: welche? Sind die ehrenamtlichen Kräfte ausreichend auf die besondere Begleitung Sterbender im Heim vorbereitet? Ist die Kooperation klar und für alle Seiten befriedigend geregelt (z. B. Form und Umfang der Mitarbeit, Art der Einsätze, Einbindung und Akzeptanz im Team, Verfahren bei Konfliktfällen, Ansprechpartner im Heim, Formen der Anerkennung und Begleitung der ehrenamtlichen Helfer)? Wenn ja: wie?
16. **Blickpunkt Pflegekräfte:** Praktizieren die Pflegekräfte in der Sterbebegleitung besondere pflegerische Maßnahmen? Wenn ja: welche? Sind Pflegekräfte dafür besonders vorbereitet worden (z. B. durch Fortbildungen in Palliative Care)?
17. Wird Zeit für die Palliativversorgung und Sterbebegleitung organisiert? Wenn ja: wie? Gibt es für die Sterbebegleitung besondere Absprachen im Team? Wenn ja: welche?
18. Wird Pflegekräften Raum und Zeit für ihre Gefühle in der Sterbebegleitung gegeben? Wenn ja: wie? Wie werden Reaktionen von Vorgesetzten und Kollegen bewertet? Gibt es Angebote der Entlastung (z. B. Rituale)? Wenn ja. Welche?
19. Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende herangeführt und angeleitet bei der Sterbebegleitung? Wenn ja: wie? Ist Sterben, Tod, Trauer Thema in Bewerbungsgesprächen? Wenn ja: in welcher Form?
20. Werden im Heim Formen der Erinnerung und des Gedenkens an Verstorbene gepflegt? Wenn ja: welche?

Arbeitsmaterial¹

Wie könnte ein Konzept aussehen?

Ein Musterkonzept mit Leitgedanken und praktischen Bezügen

Wir unterscheiden zwischen einer umfassenden Hospizkultur und Palliativversorgung und einer Sterbebegleitung im engeren Sinne. Hospizkultur und Palliativversorgung² beginnt für uns bereits mit dem Einzug von Bewohnern und geht weit über deren Tod hinaus. Hospizkultur (Hospiz = Herberge) bedeutet für uns, immer wieder einen guten Rahmen für Krisensituationen und die letzte Lebensphase zu schaffen und die dafür notwendigen Voraussetzungen und die Gemeinschaft im Haus zu fördern. Palliativversorgung (Pallium = Schützender Mantel) bedeutet für uns eine frühe Achtsamkeit für alles, was die Lebensqualität für den Betroffenen beeinträchtigt oder fördert (körperlich, sozial, psychisch, spirituell). Sie erstreckt sich aber auch auf eine gewisse Nachsorge für die Angehörigen und andere Betroffene (z. B. MitarbeiterInnen) nach dem Tod von BewohnerInnen.

Bei der Abfassung unseres Konzeptes dienten uns als Kompass die

- „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“
- und die „Indikatoren und Empfehlungen für Hospizkultur und Palliativkompetenz“ des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV)

Unser Konzept greift im Folgenden einzelne Leitgedanken der Charta auf und formuliert unsere Antworten im ... auf die Schlüsselfragen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V.

¹ **Das Konzept** wurde zunächst im Rahmen eines Projektes im Wohnstift am Parksee, Kuratorium Wohnen i Alter in Unterhaching von Martin Alsheimer, Katja Goudinoudis (Landessprecherin der DGP Bayern, Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung, München Land und Stadtrand) und dem Projektteam der Einrichtung entwickelt. Inzwischen hat die Rohform weitere Varianten und Ergänzungen erfahren, u.a. Caritasverband der Erzdiözese München und Freising. Bezug: Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., Hirtenstraße 4, 80335 München, info@caritasmuenchen.de (Broschüre „In Leben und im Sterben begleitet ...“)

² **Zur Definition:** „Hospiz“ stammt vom lateinischen hospitium (hospicium) = Herberge, Gastfreundschaft. Mit Hospiz wird ein Ort für Sterbende, aber auch eine einfühlsame Haltung beschrieben, mit der man ihnen begegnet. Beides soll einen Rahmen schaffen, um sich im Sterben sicher und geborgen zu fühlen. In Deutschland wird mit Hospizarbeit vor allem das Ehrenamt in Verbindung gebracht und ist aus dem bürgerschaftlichen Engagement entstanden. Aber auch Menschen, die beruflich mit diesem Personenkreis zu tun haben, können eine hospizliche Betreuung anbieten. Wenn dies in einem Arbeitsverbund integriert ist spricht man von Hospizkultur. Die Wurzeln des Begriffs „Palliative Care“: lateinisch pallium = Mantel, indoeuropäisch pel = Fell, Tierhaut → Pelte = Schild zur Abwehr von Pfeilen und Speeren. Das englische „care“ lässt sich am besten mit „Sorge“ übersetzen. Palliative Care will die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind verbessern. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung und tadelloser, fachlich qualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur. (WHO 2002)

Leitlinien

Würde:

Leitgedanke: „Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ (DGP; DHPV, BÄK 2010: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland)

Eine gute Hospizkultur und Palliativversorgung im ... messen wir vor allem daran, wie es uns gelingt, die individuelle Würde unserer Bewohnerinnen und Bewohner zu schützen, d.h. ihre Autonomie und ihren Fürsorgebedarf auch in Zeiten schwerer Krankheit und im Sterben. Dafür einen verlässlichen Rahmen zu schaffen, sehen wir als unsere besondere Verantwortung und Aufgabe.

Lebensbegleitung:

Leitgedanke: *Wir sehen Hospizkultur und Palliativversorgung als eine Form der Lebensbegleitung, die sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert.*

Bei ihnen liegt letztlich auch die Regie. Die Umsetzung bedarf der kooperativen Entscheidungsfindung. Die Entscheidungen werden in Abstimmung und Einvernehmen mit den BewohnerInnen und auf deren Wunsch gemeinsam mit ihren Angehörigen getroffen. Ist der Bewohner oder die Bewohnerin dazu nicht mehr in der Lage selber zu entscheiden, werden Lösungen in seinem Sinne mit seinen autorisierten StellvertreterInnen gesucht.

Teamarbeit und Vernetzung:

Leitgedanke: „Schwerstkranke und sterbende Menschen bedürfen einer Versorgung, die ja nach individueller Situation multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten erfordert. Dazu bedarf es regional vernetzter Versorgungsstrukturen.“ (Charta)

Wir verstehen Hospizkultur und Palliativversorgung als Teamarbeit. Jeder ist – wenn auch in unterschiedlicher Weise - betroffen, jeder kann seinen besonderen Teil für eine gelingende Begleitung beitragen. Zum Team gehören alle Bereiche des Hauses: Küche und Hauswirtschaft, Verwaltung, Kundenbetreuung und Rezeption, Leitungskräfte, soziale Betreuung und persönliche Assistenz, ehrenamtliche Helferinnen und allen pflegerischen Bereichsmitarbeitern. Wir suchen und pflegen darüber hinaus die notwendige regionale Vernetzung zum Wohle der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen und zur Unterstützung unseres Teams.

Haltung:

Leitgedanke: *Die Basis einer Hospizkultur und Palliativversorgung ist für uns eine besondere reflektierte Haltung und eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und den eigenen Sinnquellen.*

Nicht nur, aber gerade in der Sterbe- und Trauerbegleitung sind wir immer mit unserer ganzen Person gefordert; deshalb ist uns unsere persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themen wichtig.

Schutz und vertraute Umgebung:

Von vielen BewohnerInnen wird unsere Einrichtung ... als Zuhause gesehen. Wir streben an, ein Sterben in dieser vertrauten Umgebung zu ermöglichen und einen Ortswechsel zu vermeiden.

1. Träger / Leitung / Öffentlichkeitsarbeit

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur lebt von Vorbilder und Beispielen.*

Als Führungskräfte des ... sehen wir uns hier in einer besonderen Verantwortung, auch in der täglichen Kommunikation und in einem kooperativen Führungsstil im Haus die hospizliche Haltung von Respekt, Achtsamkeit und der gemeinsamen Suche nach guten Lösungen vorzuleben.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- der Integration, Sicherung und Weiterentwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung im Haus einen sehr hohen Stellenwert zu geben.
- die Palliativversorgung organisatorisch durch Projektarbeit und Fortbildungen voranzubringen und bei diesem Prozess die Mitarbeiter mitzunehmen.
- durch einen entsprechenden achtsamen Umgang mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Mitarbeitern als Vorbild zu wirken.

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur braucht die Rückendeckung und Unterstützung der Leitung.*

„Die Würde der Sterbenden beginnt mit der Würdigung der Mitarbeiter“ (Andreas Heller 2005) Als Führungskräfte sehen wir uns besonders gefordert, das Engagement unserer Mitarbeiter in der Palliativversorgung und Sterbebegleitung immer wieder anzuerkennen.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- den MitarbeiterInnen einen verlässlichen Rahmen zu schaffen
- kreative Lösungen einer individuellen Begleitung - soweit es geht - zu ermöglichen
- MitarbeiterInnen in ihrer persönlichen und fachlichen Befähigung zur Palliativversorgung und Sterbebegleitung zu unterstützen
- in Konfliktfällen loyale Rückendeckung zu geben und Verantwortung zu übernehmen, um diese zu lösen.

Leitgedanke: *Eine gute Hospizkultur und Palliativversorgung „kann zur Enttabuisierung des Sterbens beitragen.“ DGP; DHPV, BÄK (2010): Charta*

Wir brauchen nicht zu verschweigen, dass in unserer Einrichtung nicht nur gelebt, sondern auch gestorben wird. Im Gegenteil: Es gilt Sterben, Tod und Trauer nicht auszugrenzen, sondern ihnen - im Sinne der Hospizbewegung - auch wieder einen Platz im Leben zu geben. Wichtig ist uns dabei, respektvolle und sensible Formen der Öffentlichkeit zu finden. Sie sollen für BewohnerInnen und andere Betroffene einerseits eine Auseinandersetzung erleichtern, aber auch den jeweiligen Abstand zulassen, den einzelne vielleicht brauchen und wünschen. Wir wissen, die beste Öffentlichkeitsarbeit ist, wenn Angehörige, BewohnerInnen, MitarbeiterInnen die Praxis der Sterbebegleitung im Haus als würdig erleben

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir sprechen in den externen (Hausprospekt) und internen Veröffentlichungen (z. B. Aushänge) unseren Umgang mit Sterben, Trauer und Tod an und machen die Themen taktvoll sichtbar (z.B. Erinnerungen an verstorbene Bewohner).
- Wir organisieren Angebote, um die Auseinandersetzung mit wichtigen Themen zu erleichtern (z. B. Angehörigenabende zum Thema Vorsorge).

2. Ethik

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung braucht eine hohe ethische Sensibilität und dialogische Verfahren des Austausches, um mit Betroffenen und Beteiligten zu verantwortungsvollen Entscheidungen zu kommen.*

Wir sind uns dabei der häufigen Unsicherheit bewusst zu erkennen und zu entscheiden, wann der unmittelbare Sterbeprozess eintritt. Durch die meist wellenförmigen Krankheitsverläufe im geriatrischen Bereich, ist eine Prognose oft schwierig, ob es sich um die Sterbephase im engeren Sinn handelt oder um eine vorübergehende Verschlechterung. Deshalb ist der gleichberechtigte Austausch der Wahrnehmungen auf Augenhöhe sowie eine darauf aufbauende Entscheidungsfindung möglichst im Konsens unabdingbar.

Das bedeutet für uns in der Praxis:

- bei komplexen Fragestellungen die Entscheidungsprozesse über ethische Fallbesprechungen zu moderieren. Wir greifen dabei bei Bedarf auf externe neutrale Moderatoren, z.B. ... oder durch einen Supervisor zurück.
- eigene Mitarbeiterinnen in der Moderation von ethischen Fallbesprechungen zu schulen.
- die regelmäßige Überprüfung der getroffenen Therapie-Entscheidungen anzuregen (z.B. bei begonnener oder vorhandener PEG-Ernährung).

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung orientiert sich immer am Willen und Wertvorstellungen der betroffenen Bewohner:*

Eine möglichst frühzeitige Auseinandersetzung kann Sicherheit für Zeiten der Krise und der Entscheidungsunfähigkeit geben. Sie darf allerdings nicht bedrängend sein.

Das bedeutet für uns in der Praxis:

- Wir ermutigen unsere Bewohnern sich mit der Verfassung einer eigenen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auseinander zu setzen und respektieren dabei selbstverständlich auch die Entscheidungen, nichts Verbindliches im Vorfeld regeln zu wollen.
- Wir bieten Informationsgespräche zum Abfassen von Patientenverfügung und Vollmachten an. Die MitarbeiterInnen, die diese Gespräche führen, sind entsprechend qualifiziert.
- Durch situative Biografiearbeit versuchen wir bei demenziell erkrankten Bewohnern, die sich zu diesem Thema nicht mehr aktiv äußern können, zu erkunden, wie in der Sterbephase und bei speziellen Situationen verfahren werden soll
- Die getroffenen Entscheidungen der BewohnerInnen respektieren wir, auch wenn sie nicht unserer Vorstellung entsprechen.
- Durch eine vorausschauende palliative Notfallplanung wollen wir unnötige und / oder ungewollte Krankenhauseinweisungen im Sterbeprozess vermeiden. Auf das dabei unterstützenden Angebot des Palliativteams kommen wir bei Bedarf zurück. Materialien und Vorlagen für eine Notfallplanung und ethische Entscheidungsfindungen werden von uns vorgehalten und den behandelnden ÄrztInnen zur Verfügung gestellt.

3. BewohnerInnen

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung unterstützt Menschen in ihrer Lebensbewältigung und Lebensbilanz.*

Oft sind wir die „letzten Zeugen“ eines vergehenden Lebens. Für manche Menschen ist es hier ein besonderes Bedürfnis, sich auf ihr Leben zu besinnen. Hier verbindet sich das Konzept der Palliativversorgung mit dem von Biografiearbeit und Lebensbegleitung.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir suchen das biografische Gespräch frühzeitig und sehen Biografiearbeit als kontinuierlichen Prozess des Kennenlernens, der Beziehung und weniger als Form der „Datenbeschaffung“. Biografiearbeit braucht Vertrauen und Respekt und auch den besonderen Schutz der Intimität. Wir wählen sorgsam aus, welche biografischen Hintergründe für Pflege und Begleitung wirklich wichtig sind.
- Wir nutzen Biografiearbeit als Kraftquelle, um BewohnerInnen in ihren positiven Lebenserfahrungen zu stärken. Auch Traurigkeit(en) und Wut dürfen sein und werden von uns ausgehalten.

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung sucht kommunikative Zugänge, um sich immer wieder zu vergewissern, was Menschen für und in ihrer letzten Lebensphase wollen und brauchen – und was nicht.*

Es gibt nicht die Bedürfnisse sterbender Menschen, sondern sehr individuelle, manchmal vage, manchmal sehr konkrete Vorstellungen von BewohnerInnen. Oft werden diese nicht von selbst formuliert und mitgeteilt, sondern sie warten auf respektvollen Anstoß und Interesse.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Bei uns darf über Sterben, Tod und Trauer gesprochen werden. Wir sind hellhörig und bereit, Sorgen, Nöte und Hoffnungen aufzunehmen.
- Wir sind auch bereit, über entsprechende Gesprächsangebote direkt Vorstellungen zur letzten Lebensphase taktvoll zu erkunden.

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung braucht eine besondere Aufmerksamkeit und Kommunikation bei demenziell erkrankten Menschen.*

Viele unserer BewohnerInnen sind demenziell verändert. Sie begreifen sich zeitverwirrt nicht als sterbend, leiden aber an oft schnell wechselnden Stimmungen und der Bedrohung ihrer Identität.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir üben uns und pflegen Formen der validierenden Kommunikation, die Stimmungen auffängt und die positive Lebensantriebe als Kern der jeweiligen Identität unterstützt.
- Wir suchen außer dem validierenden Gespräch auch nach anderen Brücken, um demenziell erkrankte Menschen zu erreichen. Gerade Berührungen können ganz direkt erfahrbar Halt geben und Beziehung vermitteln (z.B. Basale Stimulation)

4. MitarbeiterInnen

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung ist Teamarbeit, bei der jeder Mitarbeiter seinen Beitrag leisten kann.*

Teampflege und Austausch sind das Fundament einer Kultur des Hauses.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir klären in Fallbesprechungen, wo wir einen palliativen Handlungsbedarf für BewohnerInnen und Angehörige sehen und wie dieser konkret aussehen soll. Fallbesprechungen sind für uns ein Kernelement kollegialer Beratung
- Wir informieren uns gegenseitig über einsetzende Sterbeprozesse und / oder wenn ein/e BewohnerIn verstorben ist. Die Informationskette läuft über Bereichsleitung und Hausleitung per E-Mail.
- Wir suchen und geben uns Rituale, die die besonderen Situationen würdigen und uns entlasten (z.B. in der Übergabe nach dem Versterben von BewohnerInnen, in vierteljährlichen Erinnerungsritualen im Team). Wir gestalten nicht nur Abschied und Gedenken rituell, sondern auch die Begrüßung neuer Mitglieder im Team oder die Aufnahme neuer BewohnerInnen (z.B. mit Symbol des Baumes unserer Hausgemeinschaft).
- Wir nutzen das Angebot der Supervision, um hier angeleitet und fachkundig persönliche Belastungen und Verwicklungen klären zu können, die in einer Beziehungspflege passieren. Das Nutzen dieser Hilfen sehen wir nicht als Zeichen fehlender beruflicher Eignung, sondern als wichtigen Teil professionellen Handelns.

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung unterstützt Mitarbeiter persönlich und fachlich.*

Gerade die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen führt uns an Grenzen. MitarbeiterInnen brauchen hier besondere Unterstützung.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit - ohne bewertet zu werden - eigene Betroffenheiten und Grenzen zu benennen und Überforderungen auszusprechen, um im Team und ggfs. mit der Leitung nach Lösungen und Entlastungen zu suchen.
- Uns ist es wichtig, dass Kenntnisse und Fähigkeiten für die körperliche, soziale, psychische und spirituelle Betreuung vermittelt und immer wieder erweitert oder aufgefrischt werden.
- Wir achten darauf, ob gerade bei der Sterbebegleitung überhöhte Selbstansprüche oder Vorstellungen wirksam sind (z. B. „Jeder muss sein Schicksal annehmen“. „Jeder muss friedlich sterben“. „Jeder muss angstfrei sein.“). Diese sind oft Ursache der Überforderung und des Gefühls von Versagen.
- Wir achten bei der Personalauswahl darauf, dass unsere künftigen MitarbeiterInnen eine hospizliche Haltung einnehmen und palliative Versorgung anbieten können.
- Wir bieten Auszubildenden und PraktikantInnen Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Thema und geben ihnen dabei Hilfestellung.

5. Angehörige

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung begreift Angehörige oder Zugehörige nicht nur als wichtige Partner, sondern vor allem als Mitbetroffene, die besonderer Aufmerksamkeit und Unterstützung bedürfen.*

Für Angehörige ist die Entscheidung für ein Pflegeheim oft mit Schuldgefühlen verbunden. Auch das Erleben der eigenen Hilflosigkeit vor Krankheit, Verfall, Sterben und Tod des Nächsten löst vielfältige Reaktionen aus: Traurigkeiten, Vorwürfe, Verzweiflung, Festhalten, Distanziertheit, Fernbleiben. Es steht uns nicht zu, Reaktionen zu bewerten oder eventuell aufgetretene familiäre Konflikte zu verurteilen oder diese lösen zu wollen. Wir sehen gerade das Sterben eines nahen Menschen als enorme Ausnahmesituation für Angehörige, die unser grundsätzliches Wohlwollen und unsere Toleranz brauchen.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir suchen frühzeitig mit Angehörigen ins Gespräch zu kommen, wie sie die Situation einschätzen und was sie an Klärung und Unterstützung brauchen.
- Wir klären – wenn möglich – wann und wie Angehörige über gesundheitliche Veränderungen von uns informiert werden wollen. (Aufgabe: Bezugspflege)
- Wir laden für die Besprechung besonderer Sorgen oder Wünsche zu Sprechstunden ein.

- Wir üben einen „zugehenden Kontakt“: Nicht die Angehörigen müssen ihre Wünsche melden, sondern wir fragen immer wieder nach.

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung unterstützt Angehörige insbesondere in der Zeit des akuten Sterbens.*

Für viele Angehörige sind Sterbeprozesse fremd und bedrohlich. Wir sind menschlich und fachlich gefordert, sie für eine Begleitung zu ermutigen und vorzubereiten. Die kleinen Gesten sind hier oft entscheidend.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir klären über belastende Symptom-Veränderungen (Rasseln, Hunger, Durst, Mundtrockenheit, u.a.) auf.
- Wir versuchen, mit möglichst wenig wechselnde Pflegekräfte den Sterbeprozess und die Angehörigen zu begleiten und zeigen uns erreichbar.
- Wir machen das Angebot in der Einrichtung, essen und übernachten zu können (Gästezimmer, Ruhesessel)
- Wir entlasten sie mit „Ersatzwachen“, um besonders engagierten Angehörigen, Auszeiten zu ermöglichen. MitarbeiterInnen (oder HospizhelferInnen) können sie nach Absprache zumindest begrenzt „ablösen“.
- Wir bieten zum besseren Verständnis von Sterbeprozessen, aber auch der eigenen Reaktionen die Broschüre „Die letzten Tage und Wochen“ an.
- Wir zeigen Angehörigen, wie sie anstelle der oft verzweifelten Versuche, sterbende Bewohner zum Essen zu überreden oder zu zwingen, ihre Lieben über eine gute Mundpflege helfen können.
- Wir überprüfen gemeinsam mit Angehörigen bisherige aktivierende Pflegeroutine (z. B. Mobilisierung), ob sie nun den Bewohner mehr belasten als nützen.

6. MitbewohnerInnen

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung lässt individuellen Spielraum für Nähe und Distanz.*

Die Bedürfnisse der MitbewohnerInnen im Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen sind unterschiedlich. Es braucht individuelle und angepasste Lösungen in den einzelnen Bereichen, um die Balance zwischen Nähe und Distanz wahren zu können.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Die MitbewohnerInnen auf dem Wohnbereich werden rechtzeitig von der Bezugspflegekraft, der Wohnbereichsleitung oder dem Seelsorger über die

Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres nahestehenden Mitbewohners informiert.

- Auf Wunsch werden Mitbewohner vorbereitet in die Begleitung (z.B. Teilnahme bei der Krankensalbung) miteinbezogen.
- Wenn sich der Zustand eines im Doppelzimmer lebenden Bewohners verschlechtert, besteht die Möglichkeit, den Mitbewohner des Sterbenden in ein anderes Zimmer zu verlegen. Dazu halten wir ein Notzimmer bereit. Falls beide es wünschen kann der Mitbewohner auch im Zimmer verbleiben, z.B. bei langjähriger Freundschaft oder Wohngemeinschaft.
- Die Mitbewohner werden im persönlichen Gespräch und über den Aushang der Sterbefallanzeige über den Tod ihres Mitbewohners informiert.
- Wir bieten Rituale für die gemeinschaftliche oder persönliche Verabschiedung, die je nach Wunsch der MitbewohnerInnen angenommen werden können oder nicht.
- Wir gedenken Verstorbener in der Hauszeitung, im öffentlichen „Buch der Erinnerung“ und an unserem Kondolenz- und Gedenktisch in der Nähe der Hauskapelle.

7. Vernetzung (z.B. SAPV)

Leitgedanke: Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung knüpft und nutzt regionale Netzwerke und Dienste.

Bei komplexem Symptomgeschehen, z.B. insuffizienter Schmerztherapie oder anderen belastenden Beschwerden wie Atemnot, Übelkeit und Erbrechen oder Angst u.a., haben gesetzlich Versicherte einen Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V (SAPV). Diese beratende oder pflegerische ergänzende Hilfe gilt auch in der stationären Altenpflege. Die Kosten werden sowohl von den gesetzlichen als auch von den privaten Krankenversicherungen übernommen. Die MitarbeiterInnen des SAPV-Teams kommen auf jede Anfrage des Hauses und entscheiden vor Ort über das weitere Vorgehen.

Das bedeutet für uns in der Praxis:

- Wir informieren unsere Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen über die mögliche Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team bei uns im Haus.
- Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team dient auch zu unserer Entlastung und Unterstützung. Bei schwierigen ethischen Entscheidungen kann das regionale SAPV-Team zur Moderation herangezogen werden.

Leitgedanke: Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung sichert die Kontinuität bei notwendigen Verlegungen ins Krankenhaus.

Das bedeutet für uns in der Praxis:

- Wir sorgen dafür, dass bei notwendigen Verlegungen z.B. ins Krankenhaus die wichtigsten Informationen (einschließlich Patientenverfügung, falls vorhanden) mitgegeben werden.
- Über unseren ehrenamtlichen Dienst halten wir die Verbindung bei längeren Krankenhausaufenthalten.

8. Palliative (Fach)Pfleger

***Leitgedanke:** Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung muss eine vielfältige und kreative Palliativpflege vor Ort leisten und sorgt somit für eine flexible und individuelle Umsorgung der BewohnerInnen.*

Palliative Pflege bedeutet häufig ein „praktisches Umdenken“ von aktivierender oder rahabilitativ ausgerichteter Pflege, bei der Erhalt oder Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Vordergrund stehen. zu einer umsorgender Pflege, bei der die individuelle Lebensqualität geschützt wird. Bei den typischen geriatrischen Krankheits-verläufen sind beide Pflegekonzepte notwendig. Die konkrete Mischung muss immer wieder neu abgestimmt werden. Dafür braucht es einen „palliativen Blick“ im Team.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir wollen bei allen MitarbeiterInnen des Hauses in den nächsten Jahren eine palliative Basissensibilisierung erreichen und organisieren entsprechend Inhouse-Schulungen bzw. ermöglichen die Teilnahme an entsprechenden externen Fortbildungsmaßnahmen.
- Wir achten darauf, dass kollegiale Palliativberatung in jeder Tagesschicht erreichbar ist. Wir sorgen dafür, dass wir bezogen auf unsere Einrichtungsgröße genügend Palliativkräfte mit Palliative Care Weiterbildung (160 Unterrichtsstunden) verfügbar haben. Sie dienen hausintern als kompetente AnsprechpartnerInnen und Rückendeckung für palliative Pflege. Sie können zu Beratungen am Pflegebett oder mit ÄrztInnen hinzugezogen werden. Jede MitarbeiterIn kann sie bei Bedarf anfordern.
- Unabhängig von der konkreten Beratung entwickeln wir als allgemeine Orientierung Standards in:
 - (Palliative) Mundpflege
 - Flüssigkeit
 - Ernährung

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Schmerzerfassung, insbesondere auch Schmerzbeobachtung bei demenziell veränderten BewohnerInnen
- Atemnot
- Übelkeit/Erbrechen
- Pflege und Betreuung in der Sterbephase
- Trauer
- Versorgung Verstorbener

Die Standards zum Thema Palliative Care in der Einrichtung werden ständig nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben.

9. HausärztInnen

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung ist auf eine gelingende Kooperation mit HausärztInnen angewiesen.*

Krankheitsgeschehen sind gerade im Alter komplexe Prozesse. Die BewohnerInnen unserer Einrichtung sind oft von mehreren schwerwiegenden Krankheiten betroffen und brauchen fachkundige und präsente ärztliche Versorgung. Wir sehen die Verpflichtung dafür nicht nur auf der Seite der ÄrztInnen, sondern auch auf unserer Seite eine Verantwortung, die wir wahrnehmen wollen.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir klären die Erreichbarkeit gerade für eine eventuell schwierige Wochenendversorgung.
- Wir laden regelmäßig HausärztInnen, Bereitschafts- und NotfallmedizinerInnen zu Treffen ein und organisieren den Erfahrungsaustausch mit Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für die Zusammenarbeit
- Wir regen vor allem eine gute Notfallplanung an. Vorlagen für dieses ärztlich zu verantwortenden Dokument sind in der Einrichtung vorhanden.
- Wir empfehlen bei Bedarf die Schmerzberatung des kooperierenden SAPV-Teams
- Wir tragen durch gute Beobachtungen, Information und Dokumentation bei, dass die HausärztInnen bei ihren medizinischen Entscheidungen unterstützt werden
- Wir bereiten Visiten vor (Probleme, Beobachtungen, offenen Fragen).
- Wir kooperieren mit Apotheken, um eine rechtzeitige Versorgung mit Schmerzmitteln sicherzustellen.

10. Ehrenamtliche

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung ist verbunden mit dem Engagement ehrenamtlicher HospizbegleiterInnen.*

Wir schätzen in hohem Maße den Einsatz von Ehrenamtlichen in der Sterbegleitung. Sie bringen Normalität, Aufmerksamkeit, Beziehungsangebote und Zeit mit. Sie zeigen in einzig-artiger Weise, dass schwer kranke, hoch betagte und sterbende Menschen und ihre oft belasteten Angehörigen zu uns und unserer Gesellschaft gehören. Für uns sind freiwillige (Hospiz)BegleiterInnen wichtige Mitglieder des erweiterten multiprofessionellen Teams.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Wir suchen die Kooperation mit dem örtlichen Hospizdienst Ehrenamtliche Helfer sind uns auch in ihrer Vorbereitungszeit willkommen, um unser Haus kennenzulernen.
- Wir bieten ehrenamtlichen HelferInnen einen Platz im Team; sie werden im Team vorgestellt und werden nach Wunsch und Bedarf in Teambesprechungen einbezogen.
- Wir laden ehrenamtliche Helfer zu den Festlichkeiten, aber auch zu den Fortbildungen unseres Hauses ein. Die angebotenen Vergünstigungen der Gemeinde ... für ehrenamtliche HelferInnen werden angeboten
- Wir entwickeln gemeinsam ein klares Rollenprofil, das Pflegekräften und ehrenamtlichen Kräften die Zusammenarbeit erleichtert und „Konkurrenzen“ vorbeugt (z.B. Dokumentation von Beobachtungen, Aufgaben, Verhalten in bestimmten Situationen).
- Für Fragen, eventuelle Konflikte und die regelmäßige Rückschau auf die Begleitungen benennen wir feste Ansprechpartner für die ehrenamtlichen Kräfte im Haus. Diese „Hospizbeauftragten“ organisieren auch die regelmäßigen Treffen für den Austausch der Ehrenamtlichen untereinander.

11. Seelsorge

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung sieht die Seelsorge als wichtigen Baustein einer ganzheitlichen Begleitung.*

Seelsorge im ... kann in vielen Formen angeboten werden, maßgeblich im seelsorgerlichen Gespräch und im Spenden von Sakramenten und rituellen Handlungen. Jedoch, Seelsorge ist nicht nur Aufgabe einer Profession. Immer wenn wir uns

existenziellen Fragen von BewohnerInnen stellen, sind wir auch in unserer Profession als Soziale Begleiter oder Pflegekräfte und als Menschen seelsorgerisch präsent.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Seelsorge durch ... ist integraler Bestandteil unseres Hauses. Der Zugang zu dieser seelsorgerischen Betreuung ist unabhängig von Religionszugehörigkeit und Glaubensrichtung möglich.
- Die Unterschiede der verschiedenen Glaubensrichtungen werden respektiert und im Umgang mit den Bewohnern beachtet und eingehalten bzw. sichergestellt. Die Kontaktadressen von anderen Religionsgemeinschaften (z.B. muslimische) sind dem Haus bekannt und werden auf Wunsch der Bewohnerin / des Bewohners aktiviert.

12. Soziale Fürsorge

***Leitgedanke:** Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung unterstützt bei auftauchenden Fragen und Sorgen zu Sterben, Tod und Trauer*

Für viele BewohnerInnen und Angehörige ist es wichtig, einen neutralen Ansprechpartner zu haben für Fragen, die sich im Zusammenhang mit Sterben, Tod, Bestattung stellen. Oft spielen auch finanzielle oder rechtliche Unsicherheiten eine belastende Rolle.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Für die soziale Beratung haben wir Verantwortlichkeiten geregelt, um qualifiziert z.B. über BewohnerInnenrechte, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Bestattungsfragen zu informieren.
- Wir halten Broschüren zu Bestattungsfragen (z.B. Caritasverband Regensburg e.V. 2011 oder Evang. Heimstiftung o.J.) vor, die wir an Angehörige weitergeben oder empfehlen.

13. Weitere MitarbeiterInnen

***Leitgedanke:** Eine gute Hospizkultur und Palliativversorgung wird von möglichst allen MitarbeiterInnen getragen.*

Ein Netz der Begleitung wird von vielen gehalten. Oft gibt es besondere Kontakte zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen aus nicht-pflegerischen Berufen. Jeder kann an seiner Stelle ein Beitrag für das Gelingen einer Hospizkultur leisten.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Eigene Betroffenheit darf formuliert werden. Sterbebegleitung erinnert an die eigene Endlichkeit und kann als belastend empfunden werden. Dies betrifft alle MitarbeiterInnen des Hauses (Pflege, soziale Betreuung, Hauswirtschaft, Küche, Hausreinigung, Verwaltung, Rezeption, Tagesbetreuung). Deshalb legen wir Wert darauf, dass es gemeinsame berufsübergreifende Fortbildungen und Unterstützungsangebote im Haus gibt.
- Wir besprechen, welche Beiträge einzelne Berufsgruppen zu einer gelingenden Palliativversorgung leisten können (z.B. Flexibilität bei Essensfragen, Bevorratung und Bestückung für das palliative Mundpflege-Set, Aufmerksamkeiten für Angehörige, Mithilfe bei der Gestaltung von Abschieds- und Gedenkfeiern).
- Die MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft haben oft gute Kontakte zu einzelnen BewohnerInnen. Wir nutzen Wahrnehmungen der MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft, die für eine palliative Betreuung hilfreich sein können.
- Die KollegInnen der sozialen Betreuung bieten im Rahmen ihrer Gruppenangebote in regelmäßigen Abständen Rundgespräche zum Themenkreis Sterben, Tod, Trauer an.
- MitarbeiterInnen der sozialen Betreuung sind oft gut vertraut mit BewohnerInnen. Sie können in Krisen- und Sterbephasen nach Absprache und in ihren zeitlichen Möglichkeiten auch Sitzwachen am Bett machen, wenn es dem Bewohner oder der Bewohnerin dient.
- Die MitarbeiterInnen der Verwaltung mit Angehörigenkontakt sind vorbereitet auf die Begegnung mit trauernden Angehörigen.

14. Trauer

Leitgedanke: *Trauer und Betroffenheit ist ein allgegenwärtiges Phänomen in unserer Arbeit. Eine gute Hospizkultur und Palliativversorgung unterstützt Trauernde und Betroffene auch in der Zeit des unmittelbaren Abschieds und danach.*

Trauer ist ein Prozess, der nicht erst nach dem Verlust eines Menschen einsetzt. Auch in Zeiten der Erkrankung, persönlichen Krisen ist Trauer allgegenwärtig. Das Erleben drückt sich nicht nur in Traurigkeit aus. Auch Wut, Verzweiflung, Schuldgefühle, Ängste, Erleichterung usw. können Emotionen der Trauer sein. Wir wissen: Auch wenn Angehörige selten oder nicht kommen, kann dieses Fernbleiben durch Trauer verursacht sein. Nicht nur BewohnerInnen und Angehörigen trauern, auch MitarbeiterInnen können bei engeren Bindungen trauern. Meist sind es Formen einer emotional mildereren Betroffenheit, die das Sterben in der beruflichen Begleitung auslöst. Beides, Trauer und Betroffenheit, braucht immer wieder Möglichkeiten, die

Realität des Verlustes zu erfassen, die Emotionen auszudrücken und den Verlusten einen Platz zu geben (vgl. Müller 2006)

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Trauer braucht Zeit, manchmal besondere Beratung und eigentlich immer Möglichkeiten für Erinnerung und Austausch. Wir machen hier verschiedene Angebote, die Angehörige je nach Bedürfnis und Möglichkeit nutzen können.
- Trauer braucht Raum: Wir nehmen uns als Mitarbeitende Raum und Zeit in Übergaben und Teambesprechungen Zeit, um die Reaktionen, die Krankheit und Sterben auslösen, Ausdruck zu geben (z.B. „Gedenkminute“ in der Übergabe, Besprechung belastender Erlebnisse im Team, Gedenk- und Entlastungsritual). Die Unterschiedlichkeit der Reaktionen wird nicht bewertet.
- Wir stehen beratend zur Seite, wenn es um die Gestaltung des Trauer-gottesdienstes oder um die Ausrichtung einer Trauerfeier im Haus geht.
- In den regelmäßigen Gottesdiensten wird der Name von Verstorbenen vorgelesen.
- Wir vermitteln Beratungsangebote.
- Bei MitarbeiterInnen kann es passieren, dass es zu Übertragungen mit privaten Trauererlebnissen kommt und heftigere Reaktionen ausgelöst werden. Bei stärkerer Betroffenheit oder Trauer steht das Angebot der Supervision zur Verfügung. (Auch Einzelsupervision nach Absprache möglich!)

15. Umgang mit Verstorbener und deren Angehörige

Leitgedanke: *Eine lebendige Hospizkultur und Palliativversorgung schafft auch eine würdige Atmosphäre des Abschieds nach dem Versterben des Bewohners.*

Gerade die unmittelbare Zeit nach dem Versterben ist für viele Angehörige besonders wichtig. Diese letzten Eindrücke können einen Abschied erleichtern – oder auch erschweren. Wir wollen unseren Teil dazu beitragen, dass Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitbewohne-rinnen ihre gute Form des Abschieds in unserem Haus finden können.

Das bedeutet für uns in der Praxis

- Die Aufbahrung der Verstorbenen findet in der Regel im Bewohnerzimmer statt. MitbewohnerInnen im Doppelzimmer werden in dieser Zeit nach Möglichkeit in ein anderes Zimmer vorübergehend verlegt. So haben die Angehörigen, MitarbeiterInnen und gegebenenfalls MitbewohnerInnen die Möglichkeit in Ruhe und Würde Abschied zu nehmen.

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Wir empfehlen, dass Verstorbene mindestens noch einen Tag in der Einrichtung aufgebahrt bleiben, damit Zeit für die Verabschiedung bleibt.
- Ein ansprechend gestalteter Abschiedsraum steht auch zur Verfügung.
- Wir ermutigen Angehörige, Abschied am Totenbett zu nehmen, und unterstützen sie dabei. Eine entsprechende „Abschiedstruhe“ mit Texten zum Lesen und Vorlesen, Gebeten, Kerzen und sonstigen Materialien kann von den Angehörigen für die Gestaltung des Abschieds genutzt werden.
- Wir haben zur Information für Angehörige eine Adressenliste von Bestattern vorbereitet mit Informationen, was im Trauerfall zu tun ist und was wir als Einrichtung anbieten.
- Wenn Angehörige fehlen oder nicht erreichbar sind, übernimmt Bestatter ... vorübergehend die weitere Organisation, bis die Bestatterfrage endgültig geklärt ist.
- Die Überführung findet in unserem Haus über ... statt. MitarbeiterInnen und evtl. MitbewohnerInnen geben nach Absprache das letzte Geleit. Mit dem Bestatter ist besprochen,
 - welches Fahrzeug benutzt wird,
 - wann die Abholung stattfindet,
 - wie der würdige Rahmen aussehen soll, z.B. Abholung im Holzsarg.

Credo Palliative Care

Du bist wichtig, weil Du eben Du bist.

Du bist bis zum letzten Augenblick Deines Lebens wichtig.

Und wir werden alles tun,

damit Du nicht nur in Frieden sterben,

sondern auch bis zuletzt leben kannst.

Cicely Saunders (1918-2005)

Literatur

- Alsheimer, M.; Orth, C. (2005): „... nicht sang- und klanglos gehen“. Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus in München. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz, Arbeitshilfen 5 (<http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft5.pdf>, Zugriff am 01.03.2011)
- Alsheimer, M.; Kern, M.; Montag, T. u.a. (2005): Palliative Care. Lehren + Lernen + Leben. Handreichung für die Ausbildung zur Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege (<http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/palliative-care-lehren-lernen-leben.html>; Zugriff am 12.09.2011)
- Alsheimer, M.; Kittelberger, F.; Orth, C. (2006): Sterben im Heim. Den Rahmen für eine Hospizkultur schaffen. In: *Altenheim* (9), 56-58
- Alsheimer, M.; Schmidt, D. (2007): Im Leben und im Sterben ein Zuhause geben. Projekt zur Palliativversorgung im Alten- und Pflegeheim. In: Steurer, J. (2007 ff): *Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Mustervorlagen, Arbeitshilfen, Erfahrungsberichte*. Hamburg: Behr's Verlag
- Alsheimer, M. (2007): Herausforderung der Zukunft. Palliativkompetenz und Hospizkultur im Pflegeheim. Handout zur Fachtagung „In Würde sterben“ des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 04.10.2007 in Eching (<http://www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/dokumentation/ftiw-alsheimer.pdf>; Zugriff am 04.04.2008)
- Alsheimer, M. (2007 a): Hospizkultur im Pflegeheim. In: Napiwotzky, A.; Student, C. (Hg.): *Was braucht der Mensch am Lebensende? Ethisches Handeln und medizinische Machbarkeit*. Stuttgart: Kreuz
- Alsheimer, M. (2008): Todesnachrichten überbringen – eine bedrückende Last! Regeln und Anregungen für schwierige Gespräche. *Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt* (1), 14-17
- Alsheimer, M (2008a): Umgang mit Schuldgefühlen. Hospiz-Dialog NRW Im Auftrag des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (37), S. 16-19
- Alsheimer, M. (2009): Gedenkfeiern für Angehörige gestalten. In: *Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt. Arbeitsheft für Praxis und Beratung: Tod und Trauer begleiten* (3), 17-24
- Alsheimer, M. (2010): „Hier ist ein Zuhause zum Leben – und zum Sterben ...“ Hospizkultur im Pflegeheim entwickeln. Schlüsselfragen, Beispiele und Wege. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hg.): *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung*. Freiburg im Br.: Lambertus, 307-326
- Alsheimer, M. (2010 a): „Angehörige sind Betroffene!“ Unterstützung von Angehörigen in Zeiten des Abschieds. Handout zur Fachtagung „In Würde sterben im Pflegeheim des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 24.06.2010 in München (www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftws-forum-3.pdf; Zugriff am 01.05.2011)
- Alsheimer, M (2012): Hospizkultur in Einrichtungen entwickeln. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 305-314
- Alsheimer, M (2012 a): Rituale in der Begleitung entwickeln und gestalten. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 230-238

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Alsheimer, M. (2012 b): Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen. Entwicklungen und Perspektiven in Deutschland. In: Hospiz Österreich (Hg.): Hospiz und Palliative Care in der Pflege. Palliated Verlag
- Andersen, P. (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung. München, Nürnberg, Stadtbergen: AWO (www.philip-anderson.de/pdf/sterbekultur_seniorenzentren.pdf, Zugriff 11.01.2005)
- BAG Hospiz (2005) (Hg.): Qualitätsanforderungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit. Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag
(http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/broschuere_qualitaetsanforderung_ehrenamtliche.pdf, Zugriff am 11.02.2011)
- BAG Hospiz (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz (<http://www.hospiz.net/themen/hospizkultur.pdf>)
- BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (2005): Forschungsergebnisse der Studie „Sterben in Sachsen“. Arbeits- und Belastungssituation der Pflegenden und Ärzte. Hamburg: BGW (<http://geser.net/gesleh/hs10hel/bgw.pdf>, Zugriff am 11.09.12)
- Becker, W.; Hilbert, T. (2010): Enterale Ernährung in der stationären Altenpflege in Bremen: Hat sich die Prävalenz von PEG-Sonden geändert. Ein Vergleich der Erhebungen 2003 und 2009. Bremen: Gesundheitsamt Bremen (www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_PEG_2010.pdf)
- Beckers, D. (2006): Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. Arbeitshilfen 7, Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz (<http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>, Zugriff am 22.01.2012)
- Beckers, D. (2007): Bedarfsgerechte Qualifikation von Hospiz- und Palliativfachkräften in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Präsentation der Ergebnisse einer Studie (http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Anlagen_Studie_Qualifizierung.pdf, Zugriff am 20.06.2012)
- Bickel, H. (1998): Das letzte Lebensjahr: eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (3), 193-204
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (2006): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Alteneinrichtungen 2005. München
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (2010): Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 10. Aufl. (www.pflege-charta.de; Zugriff am 12.02.2012)
- Böke, H.; Müller, M.; Schwikart, G. (2005): Manchmal möchte ich alles hinschmeißen. Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Borasio, G. D. (2011): Über das Sterben. München: Verlag C. H. Beck
- Brüll, H.-M. (2005): Sterbebegleitung im Heim. Eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und zu Werteeinstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe. Schriften des Instituts für Bildung und Ethik, Nr. 4., Weingarten: Pädagogische Hochschule Weingarten
- Brucker, U. (2005): Sterben im Heim aus der Sicht der Medizinischen Dienste. In: Reuter, U. (Hg.): Palliative Geriatrie – würdevoll sterben. Bremen: Erwin-Stauss-Institut, 35-44

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

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

Caritasverband für die Diözese Regensburg e.V. (2011) (Hg.): „Abschied nehmen. Eine Handreichung für Angehörige. Bestelladresse: Caritasverband für die Diözese Regensburg, Von-der-Thann-Str. 7, 93047 Regensburg

CHV München (Christophorus Hospiz Verein München (Hg.) (o.J.): Für ein würdevolles Leben bis zuletzt. Das Spannungsfeld Selbstbestimmung, Fürsorge und Sterben im Alten- und Pflegeheim. Orientierung und Hilfestellungen für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen, Ärztinnen und Ärzte, Verantwortliche bei Trägern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen. München: chv (www.chv.org)

Daneke, S. (2009): Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen. In: Die Schwester / Der Pfleger, 48 (5): 452-455

Davies, E.; Higgins I. (Hg.) (2008): Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen. Übersetzung der deutschen Fassung: Nauck, F.; Jaspers, B.. Bonn: Pallia Med Verlag (http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Materialien/Better_Pall_Care_Deutsche_Endfassung.pdf, Zugriff am 13.02.2012)

Deutsche Hospiz Stiftung (11/2005): Wie denken die Deutschen über die Patientenverfügung (http://www.hospize.de/ftp/tns_studie_05.pdf, Zugriff am 06.06.2011

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

DGP; DHPV, BÄK (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Berlin (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf, Zugriff am 10.11.2010)

DGP; DHPV (2012): Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Alter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Berlin ([www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/ PositionspapierErg-Workshop_060612.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/PositionspapierErg-Workshop_060612.pdf); Zugriff am 29.08.2012)

DGP; DHPV (1012 a): Der alte Mensch im Mittelpunkt – Wunsch oder Realität im Pflegeheim? DGP und DHPV fordern adäquate Hospiz- und Palliativversorgung für hochbetagte schwerstkranke und sterbende Menschen in Pflegeeinrichtungen. Datenlage und Forderungskatalog für die Pressekonferenz am 28.08.2012, Berlin (www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklarungen/28-08-12_PK_Datenlage-und-Forderungskatalog_DGP-DHPV.pdf; Zugriff am 28.08.2012)

DW EKD (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.) (2006): Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. (Bestelladresse: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD, Karlsruher Str. 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen) (<http://www.diakonie.de/Texte-2006-17-Leben-bis-zuletzt.pdf>; Zugriff am 09.09.11)

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Dinges, S.; Kittelberger, F. (2011): Zurechtkommen. Ethikkultur in der Altenhilfe. Leitfaden zur Orientierung und Organisation einer ethischen Entscheidungskultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diakonisches Werk Bayern, Nürnberg
(www.diakoniekolleg.de/fileadmin/diakoniekolleg_upload/dateien_AH/AH_2011/Leitfaden_Ethikberatung_Endfassung.pdf)
- DW-Hannovers (2006) (Hg.): Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur. (www.diakoniehannovers.de/meta.../33786/lebenamlebensende.pdf, Zugriff am 20.06.2011)
- Dworschak, H. (2012): Die letzte Lebensphase. Zulassen des natürlichen Sterbens. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 80-83
- Esser, B.; Franke, W. (2012): Streben nach Qualität. Was macht ein gutes Pflegeheim aus. Drei Experten diskutieren über die Messbarkeit von Heimqualität und den Sinn von Noten. In: Focus Spezial. Wohnen und Leben im Alter 11/12, 40-43
- Evangelische Heimstiftung GmbH (o.J.): Abschied nehmen zwischen Sterben, Tod, Bestattung, Trauer (Bestelladresse: Evangelische Heimstiftung GmbH, Hackstr. 12, 70190 Stuttgart)
- Fasching, P. (2007): Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. In: Ethik in der Medizin (4): 313-219
- Faust, H.-G. (2009): Endlich Rechtssicherheit beim Umgang mit Patientenverfügungen. In: Bundes-Hospiz-Anzeiger, 7 (7), 6
- Feldhammer, B.; Roos, R.; Müller, M. (2008): Wenn Daheim ein Heim ist. Hospizliche Begleitung in
- Fuchs, C. (2012): Schmerztherapie in der Palliativen Geriatrie. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 136-139
- Fuchs, C.; Steil, H. (2012): Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 147-150
- Füsgen, I. (Hg.): Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität. Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsreihe, Bd. 23. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft
- Gronemeyer, R. (2002): Die späte Institution. Das Hospiz als Fluchtburg. In: Gronemeyer, R.; Loewy, E.: Wohin mit den Sterbenden. Hospize in Europa. Ansätze zu einem Vergleich. Münster: LIT Verlag, 139-145
- Gronemeyer, R. (2004): Kampf der Generationen. München: DVA
- Gronemeyer, R. u.a. (o.A.): Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen. Eine quantitative Studie. Gießen: Institut für Soziologie, Justus-Liebig-Universität
(<http://www.reimergronemeyer.de/bilder/das%20begleiten%20von%20sterbenden-11.12.06.pdf>, Zugriff am 01.11.2011)
- Gronemeyer, R. (2007): Versorgung am Lebensende. Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen. Gießen: Hessisches Sozialministerium und Justus-Liebig-Universität – Institut für Sozialforschung
(http://www.reimergronemeyer.de/Studie_Versorgung_am_Lebensende_Hessen_2007.pdf; Zugriff am 01.11.2011)

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Goudinoudis, K. (2012): Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Netzwerk. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 107-113
- Habersetzer, M.; Schwenk, G. (2012): Spirituelle Begleitung hochbetagter Menschen. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 206-211
- Heimerl, K. (2006): Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende. In: Knipping, C. (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer. Bern: Verlag Hans Huber, 131-138
- Heimerl, K. (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg: Lambertus Verlag
- Heimerl, K. (2011 a): Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim. In: Kojer, M.; Schmidl: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 187-197
- Heimerl, K.; Heller, A.; Kittelberger, F. (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg: Lambertus
- Heimerl K.; Heller A., Pleschberger S. (2006): Implementierung der Palliative Care im Überblick. In: Knipping, C. (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer. Bern: Verlag Hans Huber
- Heimerl, K.; Heller, A.; Zepke, G.; Zimmermann-Seitz, H. (2000): Individualität organisieren – Organisationskultur des Sterbens. Ein interventionsorientiertes Forschungs- und Beratungsprojekt des IFF mit der DiD. In: Heller, A. u. a. (Hg.) (2000): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 2. Aufl., Freiburg: Lambertus, 39-73
- Heimerl, K.; Heller, A. (2012): Was bleibt? Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen und im Alter. In: Die Hospizzeitschrift (1), 6-12
- Heimerl, K.; Kojer, M. (2011): Palliative Care für Hochbetagte und für Menschen mit Demenz. Die WHO-Definition von Palliative Care –revisited. In: Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt (11), 21-23
- Heller, A. (2000): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller A, Heimerl K., Husebö S. (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Heller, A. (2002): Der Umgang mit Sterbenden – individualisierte und standardisierte Versorgung. In: Metz C., Heller A., Wild M.: (Hg.): Balsam für Leib und Seele. Pflege in Hospiz und palliativer Betreuung. Freiburg im Br.: Lambertus, 176-191
- Heller, A. (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun und zu lassen. Wie alte Menschen menschenwürdig sterben können. Vortrag auf der Fachtagung „In Würde sterben“ des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 04.10.2007 in Eching (<http://www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/dokumentation/ftiw-heller.pdf>)
- Heller, A.; Heimerl, K.; Metz, Ch. (Hg.) (2000): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. erw. Aufl., Freiburg im Br.: Lambertus (orig. 1994)

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Heller, A.; Kittelberger, F. (2010) (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care. Eine Einführung. Freiburg im Br. Lambertus
- Heller, A.; Knipping, C. (2006): Palliative Care. Haltungen und Orientierungen.. In: Knipping, C. (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer. Bern: Verlag Hans Huber, 39-48
- Heller, A.; Pleschberger, S. (2010): Hospizkultur und Palliative Care im Alter. Perspektiven aus der internationalen Diskussion. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care. Eine Einführung. Freiburg im Br. Lambertus, 15-51
- Heller, U.; Sattelberger, G. (2012): Palliativpflege – was ist das? Vom Verhältnis rehabilitativer, aktivierender und palliativer Pflege. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 97-106
- Heller, U.; Steil, H. (2012): Krisenplanung. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 174-180
- Hibbeler, B. (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Deutsches Ärzteblatt, 104 (48), A-3297
- Kaluza, J.; Töpferwein, G. (2005): Sterben begleiten. Zur Praxis der Sterbebegleitung durch Ärzte und Pflegenden. Eine empirische Studie. Berlin: trafo verlag
- Kittelberger, F. (2002): Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz, Arbeitshilfen 1 (<http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf>, Zugriff am 20.02.2011)
- Kittelberger, F.; Alsheimer, M. (2012): Palliative Care im Alten- und Pflegeheim implementieren. Sechs Jahre Projektwerkstatt Implementierung. In: Die Hospizzeitschrift (1), 15-17
- Kloke M. (o.J.): Wer ist ein geriatrischer Palliativpatient? (http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/images/HE_11-03-2010_GeriatrischerPalliativpatient_MK.pdf)
- Kojer, M. (o. J.): Praxis der palliativen Geriatrie (Vortrag). www.bayerische-stiftung-hospiz.de (Arbeitshilfen, Vorträge)
- Kojer, M. (Hg.) (2002): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Br.: Lambertus
- Kojer, M. (2011): Schmerz hat viele Gesichter. In: Kojer, M.; Schmidl (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 41-46
- Kojer, M.; Heimerl, K. (2010): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagt Menschen. Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Freiburg im Br.: Lambertus, 83-107
- Kojer, M.; Schmidl (2011) (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer
- Kostrzewa, S.; Gerhard, C. (2010): Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Verlag Hans Huber

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Kunz, R. (2009) Herausforderung Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz. Vortrag auf dem Symposium „Es muss alsdann gestorben sein ...“ in Nürnberg (www.diakoniekolleg.de/fileadmin/diakoniekolleg_upload/dateien/Symposium/Kunz_Roland_S4.pdf)
- Kunz, R. (2011): Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In: Kojer, M.; Schmidl, M. (2011): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 47-74
- Lindemann, D.; Wasner, M.; Straßer, B.; Hagen, T. (2011): Christliche Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflege und Behindertenhilfe. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen des Projektes Christliche Hospiz- und Palliativkultur. Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., München. Bestelladresse Kurzfassung
- Marckmann, G. (PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung: In Ärzteblatt Baden- Württemberg, 62 (1), 23-27 (www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/professoren/marckmann/materialien/publikationen/ethischegrundlagen.pdf; Zugriff am 19.09.2011)
- MDS; GKV (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege (www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf, Zugriff am 24.10.2011)
- Müller, D. (2011): Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In: Kojer, M.; Schmidl, M. (2011): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 173-184
- Müller, M.; Kessler, G. (2000) (Hg.): Implementierung von Hospizidee und Palliativmedizin in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheimes. Bonn: Pallia Med Verlag
- Müller, M. (2004): Dem Sterben Leben geben. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Müller, M.; Pfister, P. (2012) (Hg.): Wie viel Tod verträgt das Team. Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Orth, Ch.; Alsheimer, M. (2005): „... Nicht sang- und klanglos gehen.“ Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus, München. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz (Arbeitshilfen 5) www.bayerische-stiftung-hospiz.de
- Paul, C. (2003): Perspektivenerweiterung: Die Würde der Angehörigen am Sterbebett. Vortrag im Deutschen Ethikrat (www.chrispaul.de/artikel.html)
- Paul, C. (2011) (Hg.): Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung.
- Pfisterer, M. (2012): Was ist geriatrische Palliativmedizin? In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 91-96
- pqsg.de - das Altenpflegemagazin im Internet: Lexikon (Stichworte Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität) (www.pqsg.de/seiten/lexikon/lexikon-prozess.htm; Zugriff am 22.11.2011)
- Pleschberger, S. (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen. Freiburg im Br.: Lambertus

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

- Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (2005): Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildung. In: Dies. (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2. aktualisierte Aufl., Wien: Facultas
- Pleschberger, S., Heimerl, K. (2005): Palliative Versorgung in Deutschland und Österreich. Angebote und Strukturen. In: Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (2005) (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2. aktualisierte Aufl., Wien: Facultas, 46-66
- Putz, W.; Gloor, E. (2011): Sterben dürfen. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Putz, W.; Steldinger, B. (2007): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht - Patientenverfügung - Selbstbestimmtes Sterben. 3. Aktualisierte Aufl., München: dtv
- Raischl, J. (2012): Stellvertreterentscheidungen. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 270-275
- Raischl, J.; Wohlleben, u. (2012): Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen, die Stellvertreterentscheidungen zu treffen haben. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 276-281
- Robert Bosch Stiftung (2006): Curriculum Palliative Praxis. (www.palliative-praxis.de/)
- Sangathe Husebø, B.: (2003): Palliativmedizin in der Geriatrie. Wie alte, schwer kranke Menschen leben und sterben. In: Husebø, S.; Klaschik, E. (2003): Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. 3. Aufl., Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Saunders, C. (1999): Brücke in eine andere Welt - Was hinter der Hospizidee steht. Freiburg im Br.: Herder
- Saunders, C. (1983): Letter to John Taylor. In: Saunders, C.; Clark, D. (2005): Cicely Saunders. Founder of the Hospice Movement. Selected Letters 1959-1999. Oxford: University Press
- Schmidl, M.; Kojer, M. (2011): Die letzte Lebensphase. In: Kojer, M.; Schmidl (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer, 103-127
- Schwermann, M.; Münch, M. (2008): Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für die Pflegepraxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Steurer, J. (2007 ff): Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Mustervorlagen, Arbeitshilfen, Erfahrungsberichte. Hamburg: Behr's Verlag
- STMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (2009): Prüflaufplan für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern (<http://www.stmas.bayern.de/pflege/pruefung/prueflaufplan.pdf>)
- StMUG; StMAS (2011): Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern. Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung. München
- Strätling, M. u.a. (2005): Künstliche Ernährung. Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (49), A 2153-2154
- Student, C.; Napiwotzky, An. (2007): Palliative Care. Wahrnehmen-verstehen-schützen. Mit einem Geleitwort von Liliane Juchli. Stuttgart; New York: Thieme Verlag

Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim gestalten

Tausch-Flammer, D.; Lis Bickel: Die letzten Wochen und Tage. Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens. Broschüre für Angehörige. Bezug:

Wegleitner, K. (2007): Nachhaltigkeit in Palliative Care Entwicklungsprozessen. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebo, S. (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 338 -350

Weihrauch, B. (2012): Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland –Entstehung, Wirkung, Perspektiven. Vortrag auf der Tagung „Charta live“. Auftaktveranstaltung für ein Projekt der Diakonie Bayern, 25.07.2012 in Neumarkt, Opf. (http://www.end-of-life-care.de/fileadmin/diakoniekolleg_upload/dateien_AH/AH_2012/Weihrauch_Neumarkt2012.pdf, Zugriff am 12.09.2012)

Weyerer, S. u.a. (2005): Veränderungen der Bewohnerstruktur in Alten- und Pflegeheimen. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Wilkening, K.; Kunz, R. (2003): Sterben im Pflegeheim. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Wilkening, K. (2009): Sterben im Heim. Stiefkind der Hospizlandschaft. Vortrag (http://www.ostfalia.de/cms/de/s/not_in_menu/Wilkening/Downloads/sterbenimheim.pdf; Zugriff am 10.12.2011)

Wohlleben, U. (2012): Konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz ehrenamtlicher HospizhelferInnen und Hospizhelfer in Pflegeheimen. In: Fuchs, C. u.a. (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 326-332



Buchempfehlung:

Rösch, E.; Alsheimer, M.; Kittelberger, F. (2017): PallExcellence. Der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen. Kohlhammer Verlag (Stuttgart) 2017. 253 Seiten. ISBN 978-3-17-031887-8. D: 39,00 EUR, A: 40,10 EUR.

„Vorliegender Band beinhaltet die Darstellung eines Zertifizierungsverfahrens, das beispielhaft für die Qualitätsentwicklungs-Bestrebungen im Hospiz- und Palliativbereich in Deutschland gesehen werden kann.

Es stellt eine mögliche Operationalisierung der im Hospiz- und Palliativgesetz formulierten Anforderungen an Versorgungs-Einrichtungen dar.

Rezension www.socialnet.de/rezensionen/23807.php

