

**Geschäftsstelle**  
Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin

## **Handreichung des DHPV**

### **Empfehlungen der Fachgruppe ,Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen‘**

### **zur Zusammenarbeit und Kooperations- gestaltung von Mitgliedseinrichtungen mit stationären Pflegeeinrichtungen**

Berlin

15.04.2017

**Sie erreichen uns unter:**  
Telefon 030 / 8200758-0  
Telefax 030 / 8200758-13  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

**Geschäftsführender  
Vorstand:**  
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
Vorstandsvorsitzender  
Dr. Anja Schneider  
Stellvertr. Vorsitzende  
Erich Lange  
Stellvertr. Vorsitzender

**Amtsgericht Berlin:**  
VR 27851 B  
Gemeinnützigkeit anerkannt  
durch das Finanzamt Berlin

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft  
Konto 834 00 00  
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205  
0000 0834 0000  
BIC: BFSWDE33XXX

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Ziel der Handreichung.....	2
3	Was sind die Rahmenbedingungen der Pflegeheime?.....	3
4	Wie sind Pflegeheime mit hospizlich-palliativer Kompetenz zu erkennen?.....	4
5	Perspektive: Stationäre Hospize .....	5
6	Perspektive: Kooperation zwischen ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und Pflegeheimen.....	5
6.1	Praktische Beispiele .....	7
6.2	Möglicher Ablauf für eine gelingende Kooperationsgestaltung.....	8
7	Sollten sich Hospiz- und Palliativdienste auf Pflegeheime und deren Zielgruppen vorbereiten?.....	9
8	Wie kann eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase umgesetzt werden? .....	9
9	Ausblick.....	10
10	Ansprechpartnerinnen und -partner .....	11
11	Quellen .....	12
12	Weiterführende Literatur .....	14

## 1 Einleitung

Das ‚Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland‘ (HPG), das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, nimmt die Verbesserung der Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen in Deutschland in den Fokus. Für die stationäre Pflege<sup>1</sup> sowie für Kooperationen von Pflegeheimen mit anderen Diensten und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung ergeben sich daraus, bezogen auf die Aufgabe der Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen, einige Neuerungen. Diese sollen u.a. dazu beitragen, die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung flächendeckend, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen, die Vernetzung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und der hospizlichen Begleitung zu gewährleisten sowie die Hospizkultur und die Palliativversorgung in Pflegeheimen zu stärken.

Für Pflegeheime sind folgende Punkte von besonderer Relevanz (Bundestag 2015 und BMG 2016a und 2016b):

### **Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase**

*Die Sterbebegleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen gehört zur Pflege in der letzten Lebensphase dazu und wird als Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung verstanden.*

### **Vernetzung bzw. Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten**

*Die ehrenamtliche Sterbebegleitung durch ambulante Hospiz- und Palliativdienste soll in stationären Pflegeeinrichtungen stärkere Berücksichtigung finden. Daher sind Pflegeheime seit 2016 dazu verpflichtet, mit ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten zusammenzuarbeiten. Dies, wie auch die verstärkte Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, soll über Kooperationsverträge zwischen den Einrichtungen und Diensten realisiert werden. Weiterhin besteht eine Berichtspflicht seitens der stationären Pflegeeinrichtungen an die Landesverbände der Pflegekassen darüber, wie die Kooperation mit einem regionalen Netzwerk organisiert ist.*

### **Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

*Pflegeheime können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten und sie damit zur individuellen medi-*

<sup>1</sup> Im Folgenden dieser Handreichung werden die Begriffe ‚stationäre Pflege‘, ‚Pflegeheim‘ sowie ‚stationäre Pflegeeinrichtung‘ synonym verwendet.

*zinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung in der letzten Lebensphase beraten. Dieses besondere Beratungsangebot finanzieren ebenfalls die Krankenkassen. Näheres zu den Inhalten und Anforderungen der Versorgungsplanung regeln der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Bundesebene in einer entsprechenden Vereinbarung.*

Weiterhin sind für die stationären Pflegeeinrichtungen Veränderungen hinsichtlich der Stärkung der Palliativmedizin im ambulanten Sektor und der Beratung durch Krankenkassen von Relevanz.

## **2 Ziel der Handreichung**

Welches Wissen ist für die Mitgliedseinrichtungen und -organisationen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) in der Kontaktaufnahme sowie der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen nützlich, wenn es darum geht, zunehmend mehr Kooperationen anzustreben und langfristig zu gestalten? Diese Handreichung gibt pragmatische und praxisnahe Empfehlungen, wie und worauf sich ambulante, ggf. auch stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen, bzgl. der o. g. Herausforderungen einstellen und Pflegeheime in ihrer Weiterentwicklung unterstützen und begleiten können. Dabei handelt es sich um eine gegenseitige Zusammenarbeit, denn auch Hospiz und Palliativeinrichtungen können von Pflegeheimen lernen, z. B. in der Betreuung hochbetagter, häufig von Demenz betroffener und/oder sterbender Menschen.

Diese Empfehlung soll zudem der weiteren Zusammenarbeit hospizlich-palliativer Einrichtungen mit Pflegeheimen dienlich sein. Gerade Pflegeheime, die den palliativgeriatrischen Ansatz einführen bzw. bewahren, sollten im Fokus der Aktivitäten der im DHPV organisierten Einrichtungen stehen.

Zur Entwicklung der nachfolgenden Empfehlungen fand am 1. August 2016 ein Workshop von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Hospizarbeit, Palliative Geriatrie und Ethik der Fachgruppe ‚Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen‘ des DHPV statt (Mitwirkende s. S. 11). Dabei wurden auch die Stellungnahme der Fachgruppe zum Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (DHPV-Fachgruppe 2015) sowie die Handlungsempfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (DHPV et al. 2016: 40ff) zugrunde gelegt. Zudem fließen Erkenntnisse aus den Netzwerken Palliative Geriatrie in Berlin, Hamburg und Jena (KPG 2016) ein.

### 3 Was sind die Rahmenbedingungen der Pflegeheime?

Ein Pflegeheim kann nicht mit einem Hospiz verglichen werden. Die Pflegeheime arbeiten unter erschwerten Rahmenbedingungen, wie z. B. Personalmangel oder starren Hierarchien, was eine hohe Belastung darstellt. Grundsätzlich gilt es, die Vielfalt der Belegschaft einzubeziehen.

#### • **Ressource Pflegefachkräfte**

Pflegende verfügen häufig über Kompetenzen und langjährige Erfahrungen in der Betreuung hochbetagter Menschen mit und ohne Demenz, nur wenige über eine Zusatzqualifikation ‚Palliative Care‘ (160h)<sup>2</sup>. Immer mehr Pflegende haben das Curriculum ‚Palliative Praxis‘ (40h) (Robert Bosch Stiftung 2016a) absolviert, das für Pflegehilfskräfte und nicht-pflegerische Berufsgruppen empfohlen wird und vom DHPV zertifiziert ist. Zudem verfügen einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über gerontopsychiatrische Qualifikationen bzw. andere relevante Qualifikationen oder haben an Bildungsveranstaltungen, z. B. zu komplementären Angeboten, teilgenommen.

#### • **Ressource Betreuungskräfte**

Neben den Pflegekräften und wenigen anderen Mitarbeitenden (z. B. Soziale Arbeit, Service- und Reinigungskräfte), sind in den Heimen auch sogenannte zusätzliche Betreuungskräfte tätig. Sie sind theoretisch in der Versorgung von Sterbenden eine personelle Ressource und haben als unmittelbare Bezugspersonen häufig eine besondere Nähe zu den sterbenden Menschen aufgebaut. Allerdings müssen sie, wie auch die Pflegenden, auf diese Arbeit vorbereitet werden. Vielmehr sind in Heimen hauptamtlich tätige Menschen anzutreffen, die, verglichen mit einem Hospiz, über weniger fachspezifisches Wissen sowie Kommunikations- und Reflexionskompetenzen verfügen. Hier können Hospiz- und Palliativdienste ansetzen und gezielt Fortbildungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer anbieten.

#### **Ressource Angehörige**

Angehörigenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Begleitung am Lebensende, z. B. im Rahmen von Biografiearbeit. Angehörige und Nahestehende werden immer mehr in die Begleitung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern sowie in das Tagesgeschehen eingebunden. Oftmals fällt es älteren Angehörigen schwer, sich auf die Themen Sterben,

<sup>2</sup> Curriculum Palliative Care: Kern, Müller, Aurnhammer: Bonn oder nach Stundenanzahl und Inhalten gleichwertige Curricula.

Tod und Trauer einzulassen. Hospiz- und Palliativdienste können daher über ihre Beratungs- und Begleitungsangebote auch für Angehörige der im Pflegeheim lebenden Bewohnerinnen und Bewohner eine entscheidende Ressource sein.

#### **4 Wie sind Pflegeheime mit hospizlich-palliativer Kompetenz zu erkennen?**

Das zu entscheiden und zu ermitteln, ist nicht immer leicht, da zwischen gewünschter und tatsächlich gelebter hospizlich-palliativer Qualität in den Pflegeheimen deutliche Disparitäten bestehen können.

Viele Pflegeheime haben bzgl. der Entwicklung hospizlich-palliativer Kompetenzen bisher nur bedingt Aktivitäten unternommen. Die Gründe dafür sind vielfältig, u. a. veraltete Konzepte, formalistisches Qualitätsmanagement, starre Hierarchien oder eine vernachlässigte interne und externe Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft. Andere Pflegeheime hingegen haben die Entwicklung palliativgeriatrischer Kompetenzen bereits in den Fokus genommen, ihre Ausgangssituation analysiert und jahrelange und gezielte Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozesse vorangetrieben (DHPV 2012), einschlägige Modellprojekte initiiert (z. B. im Rahmen eines Förderprogramms der Robert Bosch Stiftung (2016b) oder an Projektwerkstätten zum Thema teilgenommen. Wenige Pflegeheime betreiben sogar bereits langjährig nach innen und/oder außen gerichtete Hospiz- und Palliativdienste und sind Wissensträger in diesem Feld. Zudem gibt es Pflegeheime, die sich in relevanten regionalen und überregionalen Netzwerken organisieren oder ihre Hospiz- und Palliativkompetenz in Zertifizierungsverfahren einbringen (z. B. in Bayern (BHPV 2013) oder Gießen (George und Banat 2014:131ff).

Um ein Pflegeheim in Bezug auf vorhandene Kompetenzen besser einschätzen zu können, wird folgende weiterführende Literatur empfohlen:

- DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. Diese Broschüre zeigt relevante Perspektiven auf und stellt Fragen zur Einschätzung heraus.
- KPG - Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie; Alice Salomon Hochschule Berlin; IFF Wien (2015): Forschungsprojekt ‚Merkmale zu Pflegeeinrichtungen palliativgeriatrischer Kompetenz‘. Hier ist u. a. ein Fragenkatalog für Verbraucherinnen und Verbraucher entstanden.

## 5 Perspektive: Stationäre Hospize

### **Aufnahme einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners aus einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz**

Die Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen ist Aufgabe stationärer Pflegeeinrichtungen. Eine Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung in ein Hospiz ist möglich, wenn ein so hoher Bedarf an intensiver palliativmedizinischer Behandlungspflege gegeben ist, dass eine Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung auch unter Einbezug ambulanter Leistungen (z. B. SAPV und ambulante Hospiz- und Palliativdienste) nicht sichergestellt werden kann. Die hier genannten Voraussetzungen sowie die weiteren für eine Hospizaufnahme notwendigen Voraussetzungen sind zu prüfen (Bundestag 2015: 2114, GKV-Spitzenverband et al. 2017: 5).

Die berechtigten Wünsche der Betroffenen sind zu berücksichtigen (s. HPG).

## 6 Perspektive: Kooperation zwischen ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und Pflegeheimen

Kooperationen sollten mit Inhalt gefüllt sein, damit sie für alle Beteiligten einen Mehrwert bieten. Grundsätzlich gilt:

### **Neue Herausforderung und Dimension**

Für die Hospiz- und Palliativbewegung bedeutet die Kooperation insofern eine neue Dimension, als dass der ihr zukommende Auftrag über die Sterbebegleitung sowie die Ausbildung und Koordination ehrenamtlicher Mitarbeitende hinausgeht. Vielmehr erfordert eine Kooperation auch die Beratung von Angehörigen und Nahestehenden der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Auch die Unterstützung bei der Herstellung von Erstkontakten und der Gestaltung von Kooperationen sowie für den Aufbau tragfähiger regionaler Netzwerke, z. B. mit SAPV-Leistungserbringern, oder über die Beteiligung an Bildungsveranstaltungen und die unterstützende Begleitung von Organisationsentwicklungsprozessen, sind zentrale Aufgaben einer Kooperation (Müller 2015: 217ff).

### **Kooperation nicht zum Selbstzweck**

Hospiz- und Palliativdienste sowie Pflegeheime sollten eine Kooperation nur dann eingehen, wenn eine gemeinsame Zielstellung erkennbar und die Kooperation als sinnvoll für alle Beteiligten erachtet wird. Kooperationsverträge sollten nicht zum Selbstzweck abgeschlossen werden. Dies gilt besonders im Hinblick auf eine mögliche Auslagerung der Themen Sterben und Tod aus Pflegeheimen in ambulante Hospiz- und Palliativdienste, was die grundsätzliche Verankerung dieser Themen in der Aus- und Fortbildung

sowie in der Organisationsentwicklung von Pflegeheimen verhindert. Gleichmaßen ist das Eingehen von Kooperationen mit Pflegeheimen zum Zweck der Akquise seitens der Hospiz- und Palliativdienste zu vermeiden.

### **Kooperation an Bedingungen knüpfen**

Die Bedingungen für eine Kooperation sollten von den Beteiligten jeweils eingebracht werden und erfüllbar sein. Dies gilt es, gerade im Hinblick auf die Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeheime agieren, zu beachten. Pflegeheime sollten ihr Engagement bzgl. einer würdevollen und adäquaten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner nachweisen. Beispiele können Kooperationen mit Palliativmedizinerinnen und -medizinern, intensive Angehörigenarbeit, palliativgeriatrische Bildungsaktivitäten, Aussagen zur Sterbebegleitung im Heim- oder Pflegekonzept oder die Beteiligung an Netzwerken sein. Auch auf einen guten Umgangston und eine gewisse Stärkung und Unterstützung der Mitarbeitenden sollte geachtet werden.

### **Kooperationen sinnvoll gestalten**

Es geht nicht allein darum, ehrenamtliche Sterbebegleitung in das Pflegeheim zu bringen. Vielmehr gestaltet sich eine Kooperation z. B. auch über die Beteiligung des Hospiz- und Palliativdienstes an Bildungsveranstaltungen (so der Dienst über einschlägige Kompetenzen in der Begleitung der palliativgeriatrischen Zielgruppe verfügt), die Beratung einer im Pflegeheim existierenden verlässlichen Ansprechpartnerin bzw. eines verlässlichen Ansprechpartners oder die Beteiligung an Teamsitzungen und Fallbesprechungen.

### **Die Kooperation ist bekannt**

Wichtig ist, dass alle im Pflegeheim lebenden oder tätigen Menschen und ihre Angehörigen und Nahestehenden von der Kooperation wissen. Darum sollte z. B. über Flyer, Aushänge sowie Angehörigenabende über die Zusammenarbeit informiert werden.

### **Kooperationsvereinbarungen tragen zur gegenseitigen Klärung bei**

Es bietet sich an, nach einer mündlichen Anbahnung und evtl. Probezusammenarbeit, eine schriftliche Kooperationsvereinbarung (u. a. Beschreibung von Aufgaben, Zuständigkeiten und Prozess) abzuschließen. Hierzu können Musterkooperationsverträge<sup>3</sup> genutzt werden, die ggf. auf individuelle Bedürfnisse angepasst werden können (DHPV 2016a; Kittelberger et al. 2016). Es empfiehlt sich, über eine reale und intensive Kooperation zwischen dem Pflegeheim und dem Hospiz- und Palliativdienst in den Medien, z. B. in einem gesonderten Flyer, hinzuweisen.

<sup>3</sup> Der DHPV hat eine Muster-Kooperationsvereinbarung für ambulante Hospiz- und Palliativdienste und stationäre Pflegeeinrichtungen erstellt, die von der Internetseite des DHPV heruntergeladen werden kann: [http://www.dhpv.de/service\\_gesetze-verordnungen.html](http://www.dhpv.de/service_gesetze-verordnungen.html)



### **Feststellung des Begleitungsbedarfs**

Nicht jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner möchte die Begleitung eines Hospiz- und Palliativdienstes während des Sterbeprozesses in Anspruch nehmen.

Häufig bedarf es der Klarstellung, dass Hospiz- und Palliativdienste keine wirtschaftlichen Interessen haben (grundsätzliche Förderung über die Krankenkassen) und den Begleiteten sowie den Einrichtungen keine Kosten durch die Beteiligung der Dienste entstehen.

### **Unterstützung durch die Leitung**

Ohne die Organisation und Unterstützung durch den Einrichtungsträger, die Leitung sowie die mittleren Leitungsebenen, ist eine Kooperation nicht tragfähig. Die aktive Einbeziehung der Mitarbeitenden, als auch der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Nahestehenden, ist von Vorteil.

## **6.1 Praktische Beispiele**

Eine Kooperation zwischen ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und stationären Pflegeeinrichtungen kann gelingen, wenn u. a. folgende Strukturen geschaffen sowie Maßnahmen umgesetzt werden:

- als Impulsgeber für weitere sinnvolle Kooperationen des Heimes wirken
- Netzwerkpartner vermitteln, z. B. SAPV-Leistungserbringer oder Hausärztinnen und -ärzte (KVNO 2014)<sup>4</sup>
- regelmäßige Teilnahme der Koordinatorinnen und Koordinatoren ambulanter Hospiz- und Palliativdienste an den Team- oder Leitungsbesprechungen (mind. vierteljährlich). Eine regelmäßige Anwesenheit der Mitarbeiterinnen aus den Hospiz- und Palliativdiensten ist empfehlenswert.
- fachliche Mittwirkung an berufstheoretischer und -praktischer Altenpflegeausbildung
- Einbezug der Mitarbeitenden aus Pflegeheimen in Qualifizierungskurse für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Hospiz- und Palliativdienste
- Ehrenamtliche und/oder Hauptamtliche führen Beratungen sowie Besprechungen im Rahmen der über die Pflegeheime zu koordinierenden und moderierenden gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch
- Ehrenamtliche und Hauptamtliche beteiligen sich an ethischen Fallbesprechungen (AEM 2010: 149ff)

<sup>4</sup> Die Vergütung von Hausärztinnen und -ärzten erfolgt im Rahmen der Palliativziffer im Hausarzt-EBM.

- Angehörigenberatung, -entlastung und -schulung
- Beteiligung oder Initiierung von Angehörigen- und/oder Trauergruppen
- Sterbebegleitung für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner
- Projekte
- Beteiligung an Festen und Aktivitäten
- Patenschaften
- Einbezug des Pflegeheims in den Förderverein des Hospizes und andersrum
- Krankenkassen sollten Hinweise auf Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Hospiz- und Palliativdiensten geben

## 6.2 Möglicher Ablauf für eine gelingende Kooperationsgestaltung

1. Bereitschaft und Kompetenzen im Hospiz- und Palliativdienst klären
2. ggf. inhaltlich-fachlich im Hospiz- und Palliativdienst auf die Zusammenarbeit vorbereiten
3. Kontaktaufnahme zum Pflegeheim herstellen
4. gemeinsame Ziele definieren und vereinbaren sowie die Bedingungen der Zusammenarbeit (Aufgaben, Datenschutz etc.) klären
5. Kooperationsvertrag schließen
6. regelmäßige Mitwirkung bei Teamsitzungen im Pflegeheim
7. Beteiligung an gegenseitiger Fort- und Weiterbildung
8. gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
9. Praktikumsplätze für hauptamtliche Mitarbeitende aus Pflegeheimen in Qualifikationskursen für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste anbieten
10. gemeinsame Gewinnung von Ehrenamtlichen für das Pflegeheim und Schulung/Einsatz über den Hospiz- und Palliativdienst
11. Beteiligung an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und an der fachlichen Umsetzung dieser
12. Mitgestaltung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung für Bewohnerinnen und Bewohner

## **7 Sollten sich Hospiz- und Palliativdienste auf Pflegeheime und deren Zielgruppen vorbereiten?**

Ja, sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten sich auf die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und die hier betreuten und tätigen Menschen vorbereiten. Grundsätzlich ist empfehlenswert, die eigenen und gesellschaftlichen Vorurteile in Bezug auf Pflegeheime im Allgemeinen sowie auf den vermeintlichen Schwerpunkt onkologischer Krankheitsbilder am Lebensende im Besonderen, zu reflektieren.

- - Bezüglich der Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen gibt es Bildungsangebote bzw. Curricula, die auch in Qualifizierungskursen für ehrenamtliche Mitarbeitende genutzt werden können. Hier sind z. B. das Curriculum ‚Mit-Gefühl‘ zum Thema Demenz (DHPV und Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2012) und weitere sinnvolle Angebote, etwa im Bereich Schmerztherapie bzw. Symptomkontrolle in der Palliativen Geriatrie, zu nennen. Auch eine Beteiligung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am 40-stündigen ‚Curriculum Palliative Praxis‘ wird empfohlen.
  - Zudem gibt es Hospiz- und Palliativdienste, die ihre Qualifizierungskurse komplett auf die Arbeit im Pflegeheim und die relevanten Zielgruppen abgestimmt haben.
  - Bezüglich der Rahmenbedingungen im Pflegeheim sind Hospitationen vor Ort, Kurse im Kontext von Organisationsentwicklung, gemeinsam organisierte Bildungsveranstaltungen, gemeinsame Projekte (z. B. Beteiligung am Tag der offenen Tür) oder die Beteiligung an Projektwerkstätten empfohlen.
  - Bei der Qualifizierung von Ehrenamtlichen sollte ein ausreichendes Augenmerk auf die Durchführung von Begleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel erfolgen, die Lebenswelt Pflegeheim in den Blick zu nehmen und zu reflektieren.
  - Es gibt Ehrenamtliche, denen der Umgang mit alten und hochbetagten Menschen leicht fällt und die sich in der Welt Pflegeheime gut integrieren können. Diese Kompetenzen bzw. Ressourcen sollten genutzt und verstärkt werden.

## **8 Wie kann eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase umgesetzt werden?**

Dieses neue Angebot ist im Pflegeheim zu verorten und sollte auch von dort angeregt und umgesetzt werden.

- Die gesundheitliche Versorgungsplanung<sup>5</sup> ist keine neue Arbeitshilfe, sondern dient der bedürfnisorientierten Versorgung am Lebensende für die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, der Förderung des Austausches aller beteiligten Akteure und der Bearbeitung von Schnittstellenproblematiken. Die Versorgungsplanung umfasst einen stetigen und intensiven Kommunikationsprozess aller Beteiligten für eine adäquate und qualitative Versorgung einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners. Der Prozess ist fortlaufend, und die einzelnen Schritte können bei Bedarf wiederholt oder auch verändert werden (DHPV 2016b).
- Gesundheitliche Versorgungsplanung muss in den Pflegeheimen verortet sein, hier liegt die Kompetenz und die Verantwortung für eine adäquate Umsetzung.
- Die Gestaltungs- und Organisationshoheit der gesundheitlichen Versorgungsplanung obliegt dem Pflegeheim und stärkt damit die interne und externe Kommunikations- und Vernetzungstätigkeit der stationären Pflege. Das Pflegeheim entscheidet demnach freiverantwortlich, ob z. B. beratende und/oder moderierende Tätigkeiten eines ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes hinzugezogen werden. Ein solcher Dienst kann somit als Impulsgeber wirken, ist jedoch, wie z. B. Hausärzte oder SAPV-Dienste, ein Partner im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für Bewohnerinnen und Bewohner, die ggf. über einen Hospiz- und Palliativdienst begleitet werden.

## 9 Ausblick

Diese Handreichung soll der Orientierung in der praktischen Umsetzung des HPG bezüglich der Hospizkultur und Palliativmedizin in der stationären Pflege dienen und aufzeigen, dass es mehr um Netzwerkarbeit, als um kleinteilige Einzelstrukturen geht. Denn nicht jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner benötigt Zuwendung durch einen ambulanten Hospiz- und Palliativdienst, also ehrenamtliche Hospizbegleitung. Vielmehr ist zu wünschen, dass Pflegeheime durch gute Kooperationen und die Bereitstellung eigener Ressourcen befähigt werden bzw. bleiben, die bedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner bis zum Lebensende gut zu begleiten.

<sup>5</sup> Der DHPV hat zur Einführung in das Thema ‚Gesundheitliche Versorgungsplanung bzw. Advance Care Planning für stationäre Pflegeeinrichtungen‘ eine Handreichung veröffentlicht, die von der Internetseite des DHPV herunterzuladen ist: [http://www.dhpv.de/service\\_gesetze-verordnungen.html](http://www.dhpv.de/service_gesetze-verordnungen.html)

## 10 Ansprechpartnerinnen und -partner

### Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Handreichung mitgewirkt haben:

Konrad Göller (Bamberg) | kath. Theologe u. Pädagoge, Vorstand im Bayrischen Hospiz- und PalliativVerband | E-Mail: konrad.goeller@t-online.de

- Christiane Klimsch (Jena) | M. Sc. Palliative Care Universitätsklinikum Jena, Projektleiterin Netzwerk Palliative Geriatrie Jena | E-Mail: Christiane.Klimsch@med.uni-jena.de

Arnd May (Erfurt) | Dr. phil. und Ethiker, Geschäftsführer ethikzentrum.de – Zentrum für Angewandte Ethik | E-Mail: info@ethikzentrum.de

Dirk Müller (Berlin) | Fachgruppenleiter, MAS (Palliative Care), Projektleiter Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Vorsitzender Hospiz- und PalliativVerband Berlin, Projektleiter Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin | E-Mail: dirk.mueller@unionhilfswerk.de

- Christiane Schmale (Hamburg) | Koordinatorin der TABEA-Hospiz - Dienste; Vorstandsmitglied im Landesverband für Hospiz und Palliativarbeit Hamburg (LVHP), Mitglied im Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg | E-Mail: christiane.schmale@tabea.de

Bärbel Sievers-Schaarschmidt (Hamburg) | Beratungsstelle CHARON, Projektleiterin Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg | E-Mail: b.sievers-schaarschmidt@hamburg.d

János Wágner (Wuppertal) | Koordinator und stellv. Leitung der Caritas Hospizdienste CV Wuppertal/Solingen | E-Mail: janos.wagner@caritas-wsg.de

## 11 Quellen

AEM - Akademie für Ethik in der Medizin (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin 2010; 22.

BHPV - Bayerischer Hospiz- und Palliativverband (2013): Leitfaden PallExcellence© – Leitfaden für ein Zertifizierungsverfahren „Exzellenz in Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der stationären Hilfe für Menschen mit Behinderung.“ <http://pallcert-europe.de/pallexcellence.html> (Zugriff: 25.08.2016)

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html> (Zugriff: 25.05.2016).

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2016b): Fragen und Antworten zum Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/fragen-und-antworten-zum-hospiz-und-palliativgesetz.html> (Zugriff: 01.12.2016)

Bundestag (Hrsg.) (2015): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG). Bundesgesetzblatt, Teil 1 Nr. 48.

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hrsg.) (2012): Was bleibt? Nachhaltige Palliative Kultur im Alten- und Pflegeheim. Die hospiz zeitschrift, Ausgabe 51, 2012/1 [http://www.dhpv.de/aktuelles/publikationen/hospiz-zeitschrift\\_51.html](http://www.dhpv.de/aktuelles/publikationen/hospiz-zeitschrift_51.html)

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016a): Kooperationsvertrag ambulanter Hospiz- und Palliativdienste und Pflegeheime. [http://www.dhpv.de/service\\_gesetze-verordnungen.html](http://www.dhpv.de/service_gesetze-verordnungen.html) (Zugriff 08.02.2017)

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016b): Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen – Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes. [http://www.dhpv.de/service\\_broschueren.html](http://www.dhpv.de/service_broschueren.html) (Zugriff: 14.12.2016)

DHPV-Fachgruppe „Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen“ (2015): Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. und Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2012): Mit-Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in der letzten Lebensphase. 3. Erweiterte Auflage. der hospiz verlag: Esslingen.

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Bundesärztekammer (Hrsg.) (2016): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im

Rahmen einer Nationalen Strategie. Leitsatz 2, Handlungsfeld 1. Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen. [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/oea\\_news/charta-handlungsempfehlungen-in-berlin-der-oeffentlichkeit-vorgelegt.html](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/oea_news/charta-handlungsempfehlungen-in-berlin-der-oeffentlichkeit-vorgelegt.html) (Zugriff: 18.12.2016).

George, W; Banat, A. (2014): Neues Qualitätssiegel: Palliativ-freundliches Krankenhaus und Palliativ-freundliche stationäre Pflegeeinrichtung. In: Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2014; 46.

GKV-Spitzenverband et al. (Hrsg.) (2017): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998 i. d. F. vom 31.03.2017.

Kittelberger, F.; Gratz, M.; Rösch, E. (2016): Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

KPG - Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (2016): Netzwerk(e) Palliative Geriatrie - NPG. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege. <http://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke> (Zugriff: 26.08.2016).

KVNO - Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2014): Hausarzt-Kapitel im EBM. Neuerungen im Überblick. <https://www.kvno.de/downloads/honorar> (Zugriff: 06.12.2016)

Müller, D. (2015): Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In: Kojer, M.; Schmidl, M.: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Springer Verlag: Heidelberg.

Robert Bosch Stiftung (2016a): Curriculum Palliative Praxis. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/13157.asp> (Zugriff: 28.07.2016)

Robert Bosch Stiftung (2016b): Palliative Versorgung älterer Menschen. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/6780.asp> (Zugriff: 28.07.2016)

## 12 Weiterführende Literatur

Becker, D. (2006): Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe. Bayerische Stiftung Hospiz.

Dachverband Hospiz Österreich (2012): Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim. Mehr als nur ein schöner Abschied. Gut leben und würdig sterben können. der hospiz verlag: Esslingen.

Davies, E.; Higginson, I. (Hrsg.) (2008): Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen. (Übersetzung der 2004 erschienenen englischen Ausgabe. Originaltitel ‚Better Palliative Care for Older People‘. World Health Organisation und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.). Pallia Med Verlag: Bonn.

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; (Hrsg.) (2016): Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. 3. Auflage. [http://www.dhpv.de/service\\_broschueren.html](http://www.dhpv.de/service_broschueren.html)

DHPV - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (vormals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.). Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen (Hrsg.) (2006): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. der hospiz verlag: Esslingen.

Fuchs, C.; Gabriel, H; Raischl., S.; Steil, H.; Wohlleben, U. (2012): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Heimerl, K.; Heller, A.; Kittelberger, F. (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Lambertus Verlag: Freiburg.

Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.) (2010): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Lambertus Verlag: Freiburg.

Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.) (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus Verlag: Freiburg.

Kojer, M. (Hrsg.) (2009): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Lambertus Verlag: Freiburg.

Kojer, M.; Schmidl, M. (Hrsg.) (2015): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Springer Verlag: Heidelberg.



KPG et al. - Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Alice Salomon Hochschule Berlin, IFF Wien (Hrsg.) (2015): Fragenkatalog zu Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz für VerbraucherInnen. <http://www.palliative-geriatrie.de/infomaterial.html> (Zugriff 28.08.2016)

May, A.; Buchholz, H.; Krafft, A. (2009): Selbstbestimmt leben, menschlich sterben, füreinander entscheiden. LIT: Münster.

Müller, D. (2011): Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur. Master Thesis im Rahmen des Internationalen Universitätslehrgang Palliative Care/MAS an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF- Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien.

Müller, D.; Wegleitner, K.; Heimerl, K.(2011): Sorgeskultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen. Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin. Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie.

Müller, D.; Wistuba, B. (2014): Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland. Fakten, Bewertungen, Verbesserungsbedarf. Konrad Adenauer Stiftung.

Rösch, E.; Alsheimer, M.; Kittelberger, F. (2016): PallExcellence© – der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Rösch, E. (2016): Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke gestalten. Ein Leitfaden. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Schwenk, G. (2017): Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern. Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie. Band IX der Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats im DHPV e.V. der hospiz verlag: Esslingen.