

Antrag für den Anerkennungs- und Förderpreis der DGP für
Praxisinitiativen und -projekte in der Palliativversorgung

Konzept zur vorausschauenden Bedarfsermittlung hospizlicher und palliativer Versorgung geriatrischer PatientInnen

Antragsteller

GFDE Ambulanter Hospizdienst Vorderer Odenwald
St.-Peray-Straße 9
64823 Groß-Umstadt

Projektverantwortliche und Autorinnen

Anna-Luise Steiger
(Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliative Care Fachkraft)
Nadine da Silva Pereira
(M.A. Soziale Arbeit, Palliative Care Fachkraft)

Groß-Umstadt
März 2025

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Einleitung	2
2 Ziele	4
3 Methodik	5
4 Projektbestandteile & Vorgehensweise	5
4.1 Planung und Vorbereitung	6
4.2 Erforderliche Ressourcen	6
4.3 Regelung der Zusammenarbeit	7
4.4 Rundgänge	7
4.5 Brückenfunktion	8
4.6 Angehörigenarbeit	8
4.7 Schulung der Mitarbeitenden	8
4.8 Fortbildungsmethode	9
4.9 Evaluation und Erfolgskontrolle	11
4.10 Weiterentwicklung des Projekts	12
5 Erfolge	12
6 Fallbeispiele	14
6.1 Frau L.	14
6.2 Frau S.	16
7 Fazit	18
Literaturverzeichnis	20
Anlagen	21

Abstract

Der ambulante Hospizdienst begleitet schwerkranke und sterbende Menschen, sowie deren Angehörige in der häuslichen Umgebung, der Kreisklinik Groß-Umstadt und in 15 Pflegeeinrichtungen im Vorderen Odenwald. Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg prognostiziert der Hessische Pflegereport 2023 einen deutlich steigenden Versorgungsbedarf, insbesondere im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der Hospizdienst seit 2019 verstärkt der hospizlichen Begleitung in Pflegeeinrichtungen. Während sich bestehende Versorgungsstrukturen vor allem auf TumorpatientInnen konzentrieren, bleiben ältere, mehrfach erkrankte Menschen (u.a. mit kognitiven Einschränkungen) häufig unterversorgt. In der Praxis zeigt sich dies in Form verzögerter Hospizbegleitungen, fehlender Vorausplanung und einer erhöhten Zahl vermeidbarer Krankenhaus-aufenthalte.

Um diese Versorgungslücke zu schließen, initiierte der Hospizdienst ein Pilotprojekt mit dem Ziel, BewohnerInnen mit einem hospizlichen und palliativen Versorgungsbedarf frühzeitig zu identifizieren und kontinuierlich zu begleiten. Kern des Projekts ist ein eigens entwickeltes Screening-Verfahren zur strukturierten Bedarfserfassung. Dieses wird ergänzt durch regelmäßig stattfindende Rundgänge des Hospizdienstes innerhalb der Pflegeeinrichtungen, Schulungen für Mitarbeitende, die aktive Einbindung von Angehörigen, sowie eine enge Kooperation mit der Kreisklinik Groß-Umstadt.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität: Die frühzeitige Bedarfserkennung ermöglicht eine gezieltere, längere und individuellere Begleitung. Deutlich mehr BewohnerInnen erhalten hospizliche Unterstützung. Darüber hinaus wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt, was zu mehr Sicherheit, gegenseitiger Wertschätzung und besserer Vorausplanung führt. Das Projekt überzeugt durch seine innovative Kombination aus systematischer Bedarfserhebung und interdisziplinärer Vernetzung. Es ist für die Einrichtungen kostenfrei, ressourcenschonend umsetzbar und lässt sich auf andere Versorgungssettings übertragen. Langfristig leistet es einen wichtigen Beitrag zur Etablierung einer hospizlichen Haltung und zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten geriatrischen Palliativversorgung.

1 Einleitung

Der ambulante Hospizdienst begleitet schwerkranke und sterbende Menschen, sowie deren Angehörige gemäß §39a SGB V in häuslicher Umgebung, der Kreisklinik Groß-Umstadt und in 15 Pflegeeinrichtungen in der Region Vorderer Odenwald. Diese Arbeit wird von 50 Ehrenamtlichen in Kooperation mit fünf hauptamtlichen Koordinatorinnen geleistet.

Die Palliativversorgung stellt einen essenziellen Bestandteil der Gesundheitsversorgung dar, wird jedoch vorrangig bei Tumorerkrankungen eingesetzt, da deren Krankheitsverlauf in der Regel gut prognostizierbar ist. Im Gegensatz dazu weisen geriatrische PatientInnen, die häufig multimorbid sind und unter Einschränkungen der Kommunikations- und Entscheidungsfähigkeit leiden, besondere Versorgungsbedarfe auf, die bislang nicht hinreichend berücksichtigt werden. Die Betreuung dieser Patientengruppe erfordert eine spezialisierte Herangehensweise, da viele Betroffene nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse eigenständig zu artikulieren und durchzusetzen¹.

Während die palliative Begleitung von Menschen mit Tumorerkrankungen häufig durch eine vergleichsweise kurze Phase der deutlichen Zustandsverschlechterung gekennzeichnet ist, verläuft der gesundheitliche Abbau bei geriatrischen PatientInnen meist schleichender und in längeren, weniger klar abgegrenzten Stadien. Der körperliche und kognitive Verfall kann sich über längere Zeiträume hinweg erstrecken, wobei Phasen der Verschlechterung mit temporären Stabilisationen auf niedrigerem Funktionsniveau wechseln. Dies erfordert eine differenzierte, langfristig ausgerichtete palliative Versorgung, die den spezifischen Bedürfnissen geriatrischer PatientInnen gerecht wird.

Die demografische Entwicklung weist auf eine zunehmende Zahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen hin, die langfristig pflegerische Unterstützung benötigen. Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg, in dem der Hospizdienst tätig ist, prognostiziert der Hessische Pflegereport 2023 in den kommenden Jahren einen signifikanten Anstieg des Versorgungsbedarfs.

¹ Vgl. Heimerl/ Kojer/ Kunz/ Müller. 2018.

Der Landkreis wird dort als Region mit einer überdurchschnittlich starken Bedarfsentwicklung bei gleichzeitig unterdurchschnittlich ausgebauten Versorgungsstrukturen, insbesondere im Bereich der Palliativversorgung, ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund wird ein dringender Handlungsbedarf betont.²

Besonders problematisch ist, dass der Sterbeprozess geriatrischer PatientInnen oft zu spät erkannt wird, was zu unzureichender Vorausplanung und unnötigen Krankenhauseinweisungen führt. Ambulante Hospizdienste werden meist erst in der finalen Sterbephase hinzugezogen, wobei eine frühzeitige Begleitung für den Beziehungsaufbau und eine adäquate Vorausplanung sinnvoller wäre.

Eine weitere Herausforderung ist die Sensibilisierung der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen für die Frühzeichen des Sterbeprozesses, sowie die frühzeitige Einbeziehung von Angehörigen.

Studien³ zeigen, dass die Verweildauer in Pflegeeinrichtungen bis zum Tod abnimmt, mit einem steigenden Anteil an BewohnerInnen, die innerhalb des ersten Jahres nach Einzug versterben. Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Anteil der Sterbefälle in Pflegeeinrichtungen deutlich höher ist, als es die Zahl der Anfragen an Hospizdienste vermuten lassen.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde 2019 ein Pilotprojekt zur frühzeitigen Bedarfsermittlung des hospizlichen und palliativen Bedarfes in einer Pflegeeinrichtung gestartet. Die Erfolge des Projekts führten zur kontinuierlichen Erweiterung, sodass im Jahr 2025 bereits fünf Einrichtungen beteiligt sind.

Aktuell wird das Projekt von zwei hauptamtlichen Koordinatorinnen, sowie zwölf ehrenamtlichen HospizhelferInnen durchgeführt. Je zwei bis drei Ehrenamtliche und eine Koordinatorin bilden ein Team in einer Einrichtung und sind somit feste Ansprechpersonen vor Ort. Durch die gezielte Bedarfsermittlung und der Schulung und Unterstützung der Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen wird nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern auch ihre Angehörigen werden auf

² Vgl. Lauxen/ Morici. 2023.

³ Vgl. Rothgang/Müller. 2023. S. 81

diesem schwierigen Weg einbezogen und entlastet. Damit leistet das Projekt einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region und stellt sicher, dass auch Menschen in Pflegeeinrichtungen eine adäquate und würdige Begleitung am Ende ihres Lebens erfahren können.

2 Ziele

Das Projekt setzt sich zum Ziel, die hospizliche und palliative Versorgung in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Im Folgenden werden die spezifischen Teilziele dargestellt:

- **Frühzeitige Bedarfsermittlung:** Ein strukturiertes Screening ermöglicht die Identifikation von BewohnerInnen mit hospizlichem und palliativem Bedarf, um rechtzeitig eine adäquate Versorgung sicherzustellen.
- **Ganzheitliche Versorgung:** Die Berücksichtigung körperlicher, psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse wird durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und bürgerschaftliches Engagement ermöglicht.
- **Kontinuität:** Ziel ist eine durchgängige hospizliche Betreuung über den gesamten Versorgungsprozess hinweg, auch bei Krankenhausaufenthalten. Im Fokus steht zudem die Schaffung stabiler Strukturen, die unabhängig von Personalwechseln oder organisatorischen Veränderungen langfristig bestehen bleiben.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Der Hospizdienst wird in das Versorgungsteam der Pflegeeinrichtung integriert, und regelmäßige Fallbesprechungen, sowie Schulungen fördern die koordinierte Zusammenarbeit und gegenseitige Wertschätzung aller Beteiligten.
- **Einbeziehung der Angehörigen:** Eine frühzeitige und offene Kommunikation ermöglicht die aktive Einbindung von Angehörigen in die Versorgung.
- **Haltungsentwicklung:** Durch enge Zusammenarbeit und Schulungen wird eine offene und respektvolle Haltung gegenüber Tod und Sterben in den Pflegeeinrichtungen gefördert und eine einrichtungsinterne Abschiedskultur entwickelt.
- **Übertragbarkeit:** Das Konzept ist so aufgebaut, dass es leicht an andere stationäre und ambulante Versorgungssettings angepasst werden kann.

3 Methodik

Indikatoren und Screening-Bogen

Das Projekt verwendet einen vom Hospizdienst entwickelten, strukturierten Screening-Bogen zur frühzeitigen Erfassung des hospizlichen und palliativen Versorgungsbedarfs (siehe Anhang). Dieser dient der systematischen Identifikation körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Veränderungen der BewohnerInnen, um eine frühzeitige, sowie bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Der Screening-Bogen wurde speziell an die Bedürfnisse geriatrischer PatientInnen angepasst und basiert auf fünf Jahren praktischer Erfahrung innerhalb des Projekts. Er wird kontinuierlich weiterentwickelt, um eine optimierte und evidenzbasierte Anwendung in der Praxis zu gewährleisten.

Der Mehrwert des Screening-Bogens liegt in der systematischen Überwachung des Gesundheitszustands, wodurch gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen eingeleitet werden können. Dies trägt zur Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen bei und entlastet sowohl deren Angehörige als auch die Mitarbeitenden der Einrichtung. Darüber hinaus dient der Screening-Bogen als Schulungsinstrument für HospizhelferInnen, sowie für Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen. Perspektivisch könnte er zudem Angehörige in die frühzeitige Erkennung relevanter Veränderungen einbinden.

Der Einsatz des Screening-Bogens erfolgt gezielt und nicht standardisiert für alle BewohnerInnen. Vielmehr wird er als Entscheidungshilfe genutzt, um den Zeitpunkt zu identifizieren, ab dem eine intensivere hospizliche und palliative Begleitung erforderlich ist.

4 Projektbestandteile & Vorgehensweise

Die erfolgreiche Umsetzung des Projekts erfordert eine strukturierte Planung, die Bildung eines interdisziplinären Teams, regelmäßige Rundgänge, Schulungen für Mitarbeitende, sowie eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und externen Partnern. Der Ablauf wird im Folgenden näher erläutert:

4.1 Planung und Vorbereitung

Die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen erfolgt vor allem unter dem Aspekt der Kooperationsbereitschaft der Einrichtungsleitung und der Verfügbarkeit einer festen Ansprechperson aus der sozialen Betreuung oder Pflege. Dies ist essenziell, um die Koordination und Implementierung des Projektes sicherzustellen.

4.2 Erforderliche Ressourcen

Ein verlässliches Team aus haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden des Hospizdienstes, sowie der Pflegeeinrichtung ist essenziell für den Projekterfolg.

Für die Durchführung des Projekts in einer Pflegeeinrichtung sind folgende personelle Ressourcen erforderlich:

Hospizdienst:

- 1 hauptamtliche/r Mitarbeiter/in (15 % Stellenanteil einer Vollzeitstelle) zur Koordination der Rundgänge, Fallbesprechungen, Schulungen, Dokumentation, Evaluationsgespräche und Angehörigenabende, basierend auf ca. 25 Begleitungen pro Jahr.
- 2–3 ehrenamtliche HospizhelferInnen, die Rundgänge durchführen, an Schulungen und Gesprächen teilnehmen, sowie Hospizbegleitungen übernehmen.

Pflegeeinrichtung:

- 1–2 feste Ansprechpersonen (z. B. aus der Sozialen Betreuung oder aus dem Pflegedienst) für Vor- und Nachbereitung der Rundgänge und Teilnahme an Evaluationsgesprächen.
- Unterstützung durch Einrichtungsleitung und Leitungen anderer Berufsgruppen, um die Integration des Konzepts sicherzustellen.

Abgesehen von den Kosten für die Personalstelle der hauptamtlichen Koordinatorin entstehen keine weiteren zusätzlichen Kosten.

4.3 Regelung der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit beginnt mit einem Treffen vor Ort, bei dem alle relevanten Beteiligten (Einrichtungsleitung, AnsprechpartnerInnen der Pflegeeinrichtung, KoordinatorInnen, ehrenamtliche HospizhelferInnen) zusammenkommen. Ziel ist ein erstes Kennenlernen, die Klärung von Zuständigkeiten und die Absprache von Terminen für Rundgänge und Schulungen. Dabei wird der Screening-Bogen vorgestellt, um eine strukturierte Umsetzung zu gewährleisten.

Für die formale Zusammenarbeit wird ein Kooperationsvertrag unterschrieben, der Aufgaben, Kommunikationswege und Informationsaustausch klar definiert. Zudem ergänzt ein Formblatt die Anmeldeunterlagen der Pflegeeinrichtung, um BewohnerInnen direkt beim Einzug über die Angebote des Hospizdienstes zu informieren und deren Einverständnis einzuholen. Dies gewährleistet eine schnelle und unbürokratische Unterstützung im Bedarfsfall.

4.4 Rundgänge

Im Rahmen des Projekts führt der ambulante Hospizdienst alle zwei Wochen einen circa zweistündigen Rundgang bei BewohnerInnen der Pflegeeinrichtung durch, um deren palliative und hospizliche Bedarfe systematisch zu erfassen. In Kurzbesuchen werden körperliche, psychische, soziale und spirituelle Veränderungen dokumentiert. Vorausgehende und abschließende Besprechungen mit den AnsprechpartnerInnen der Einrichtung dienen der Abstimmung über auffällige Veränderungen und gesundheitliche Verschlechterungen.

Die HospizhelferInnen teilen sich auf und besuchen jeweils einige genannte BewohnerInnen. Die Koordinatorin fokussiert sich auf Fälle mit Bedarf an intensiver Begleitung. Diese Kurzbesuche ermöglichen frühzeitige Vorsorgeplanungen, medikamentöse Anpassungen, sowie die Einbindung von Angehörigen.

Bei auffälligen Veränderungen erfolgt in Absprache mit der Pflegeeinrichtung der Übergang zur intensiven hospizlichen Begleitung.

4.5 Brückenfunktion

Das Projektziel einer unterbrechungsfreien Hospizbegleitung wird durch mehrere Maßnahmen umgesetzt. Zentral ist der Einsatz von vertrauten HospizhelferInnen und KoordinatorInnen, die schwerkranke BewohnerInnen auch während ihres Krankenhausaufenthalts begleiten. Diese kontinuierliche Unterstützung fördert den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, indem relevante Informationen zum Gesundheitsverlauf, zur Behandlung und zu besonderen Bedürfnissen der PatientInnen dokumentiert und weitergegeben werden.

Zudem wird durch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungspersonal die Rückkehr der BewohnerInnen frühzeitig vorbereitet. Dies beinhaltet die Organisation der notwendigen Bedarfsmedikation, die Anpassung der Betreuung und die rechtzeitige Planung der pflegerischen Maßnahmen. In Fällen ohne Angehörige als Informationsquelle wird sichergestellt, dass alle relevanten Daten systematisch erfasst und weitergeleitet werden. Dadurch wird nicht nur die Überleitung erleichtert, sondern auch eine ganzheitliche und nahtlose Betreuung gewährleistet.

4.6 Angehörigenarbeit

Die frühzeitige Einbindung von Angehörigen wird durch die Teilnahme an spezifischen Maßnahmen wie Angehörigen-Abenden, Letzte-Hilfe-Kursen in der Einrichtung, sowie regelmäßigen Gesprächen durch den Hospizdienst gefördert. Bereits beim Einzug der BewohnerInnen informieren die Pflegeeinrichtungen über die verschiedenen Unterstützungsangebote des Hospizdienstes. Darüber hinaus übernimmt der Hospizdienst eine vermittelnde Funktion, insbesondere bei Kommunikationshindernissen mit den Pflegeeinrichtungen oder HausärztInnen.

4.7 Schulung der Mitarbeitenden

Die Schulung der Mitarbeitenden erfolgt durch Fortbildungen, die auf die Sensibilisierung für palliative Geriatrie, die frühzeitige Erkennung des Sterbeprozesses, sowie die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit abzielen. Interaktive Formate unterstützen die Entwicklung einer hospizlichen Haltung und stärken die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, sozialer Betreuung, Hauswirtschaft und Hospizdienst.

Gemeinsame Fallbesprechungen dienen der Förderung einer wertschätzenden und interprofessionellen Haltung zwischen den beteiligten Berufsgruppen.

4.8 Fortbildungsmethode

Die Fortbildungsmethode hat das Ziel, Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen gezielt auf die Herausforderungen der palliativen Geriatrie vorzubereiten. Die zentralen Ziele sind:

- **Schulung in palliativer Geriatrie:** Vermittlung von Grundlagen und spezifischem Wissen.
- **Befähigung zur eigenständigen Durchführung von Screenings:** Entwicklung der Fähigkeiten, eigenständig Bedarfe zu erkennen.
- **Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit:** Verbesserung der Versorgungsqualität durch gemeinsames Wirken unterschiedlicher Fachdisziplinen.
- **Reflexion und Implementierung hauseigener Abläufe:** Optimierung interner Prozesse zur bedarfsgerechten Versorgung.

Die Fortbildung soll praxisnah, anschaulich und interaktiv gestaltet sein. Sie beinhaltet folgende Komponenten:

Screening und Dokumentation

Mitarbeitende werden in die Nutzung von Indikatoren und eines Screening-Bogens eingeführt. Diese dienen der strukturierten Dokumentation von Beobachtungen und werden exemplarisch angewendet.

Sensibilisierung für die Herausforderungen der palliativen Geriatrie

Ein zentraler Bestandteil ist die Vorstellung des Verlaufs der Sterbephasen geriatrischer PatientInnen. Es wird erläutert, welche BewohnerInnen im Rundgang besucht werden und wer bei Bedarf eine Hospizbegleitung erhält. Praktische Herausforderungen bei der Erkennung der Sterbephase werden diskutiert.

Visuelle Darstellung mit Schaukasten und Bällen

Ein Schaukasten symbolisiert die gesundheitliche Verfassung eines Menschen. Bälle repräsentieren Indikatoren für aktuelle Veränderungen und werden entsprechend in den Schaukasten eingeworfen. Vorbelastungen werden durch ein Anheben des Bodens berücksichtigt. Eine Markierungslinie zeigt an, ab welchem Pegelstand hospizlicher und palliativer Bedarf entsteht. Es wird besprochen, zu welchem Zeitpunkt der Hospizdienst hinzugezogen wird. Diese Methode veranschaulicht komplexe Zusammenhänge und ist leicht einprägsam. Mitarbeitende besprechen gemeinsam mit dem Hospizdienst Praxisfälle. Die methodischen Ansätze werden durch die praktische Anwendung der visuellen Hilfsmittel (z. B. Platzierung der Bälle im Schaukasten) vertieft.



Teamarbeit und Kommunikation

Die Zusammenarbeit an Fallbeispielen stärkt den Zusammenhalt und das Verständnis zwischen Berufsgruppen. Es entsteht ein Bewusstsein für die Bedeutung unterschiedlicher Perspektiven.

Übertragung auf die Praxis

Die Teilnehmenden entwickeln gemeinsam Ideen, wie die erlernten Inhalte im Alltag implementiert werden können. Dies umfasst beispielsweise die Einführung regelmäßiger interdisziplinärer Fallbesprechungen, die Etablierung verbindlicher Kommunikationsstrukturen und die kontinuierliche Anpassung hauseigener Abläufe an die Bedürfnisse der BewohnerInnen.

4.9 Evaluation und Erfolgskontrolle

Die regelmäßige Evaluation des Projekts gewährleistet die Überprüfung der Maßnahmen, sowie deren langfristige Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. Sie erfolgt systematisch und umfasst folgende Elemente:

- **Evaluationsgespräche:** Mindestens einmal jährlich treffen sich VertreterInnen des Hospizdienstes und der Pflegeeinrichtungen, um den Fortschritt des Projekts zu bewerten, Herausforderungen zu identifizieren und Anpassungen zu erarbeiten.
- **Austauschtreffen:** Dreimal jährlich treffen sich alle Beteiligten des Hospizdienstes aller Projektstandorte, um Erfahrungen auszutauschen. Ein Schwerpunkt liegt auf der Sensibilisierung für Selbstpflege, Fortbildungen und der Weiterentwicklung des Projekts. KoordinatorInnen nutzen die Treffen, um Herausforderungen zu erkennen und das Konzept anzupassen.
- **Indikatoren und Screening-Bogen:** Die fortlaufende Entwicklung und Optimierung eines Sets von Indikatoren, sowie des Screening-Bogens gewährleisten eine systematische Erfassung und Bewertung der Bedürfnisse der BewohnerInnen. Um die Aussagekraft und Praktikabilität dieser Instrumente sicherzustellen, werden sie regelmäßig überprüft und angepasst. Dabei erfolgt eine aktive Einbindung der Mitarbeitenden im Rahmen von Schulungen.
- **Qualitätsentwicklung:** Die Ergebnisse der Evaluation werden zur Weiterentwicklung von Konzepten, Schulungsmethoden und Screeninginstrumenten, sowie zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit genutzt. Ziel ist es, durch kontinuierliche Anpassungen eine hohe Qualität der palliativen Betreuung sicherzustellen und die spezifischen Bedürfnisse der BewohnerInnen effektiv zu erfassen und zu berücksichtigen.

4.10 Weiterentwicklung des Projekts

Ziel ist eine stetige Verbesserung und Anpassung der hospizlichen Begleitung. Geplante Maßnahmen umfassen:

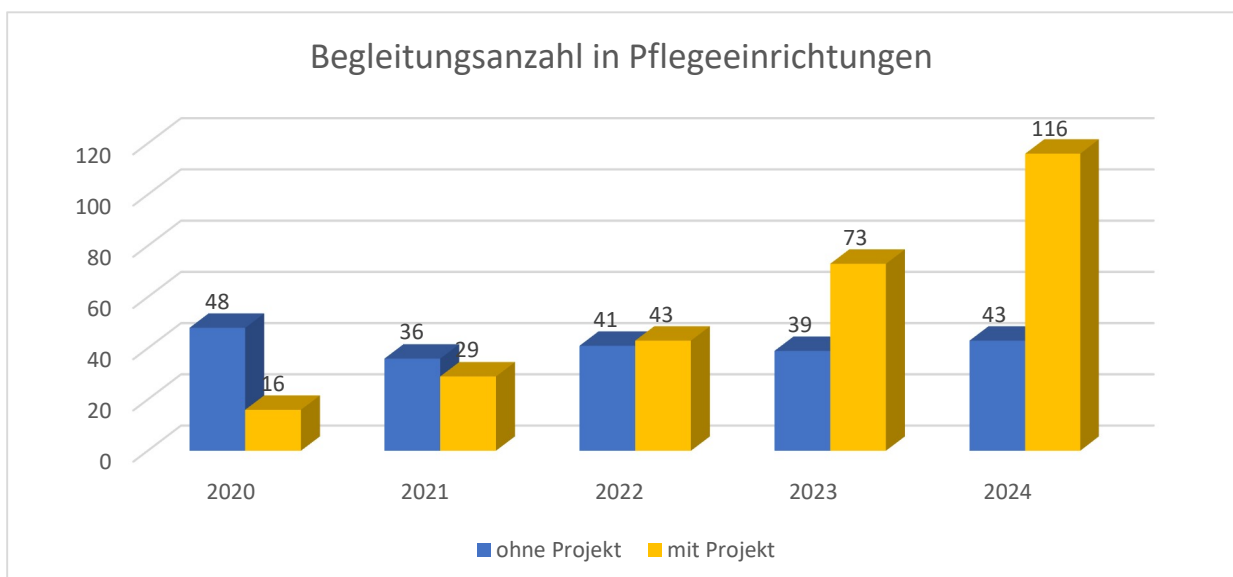
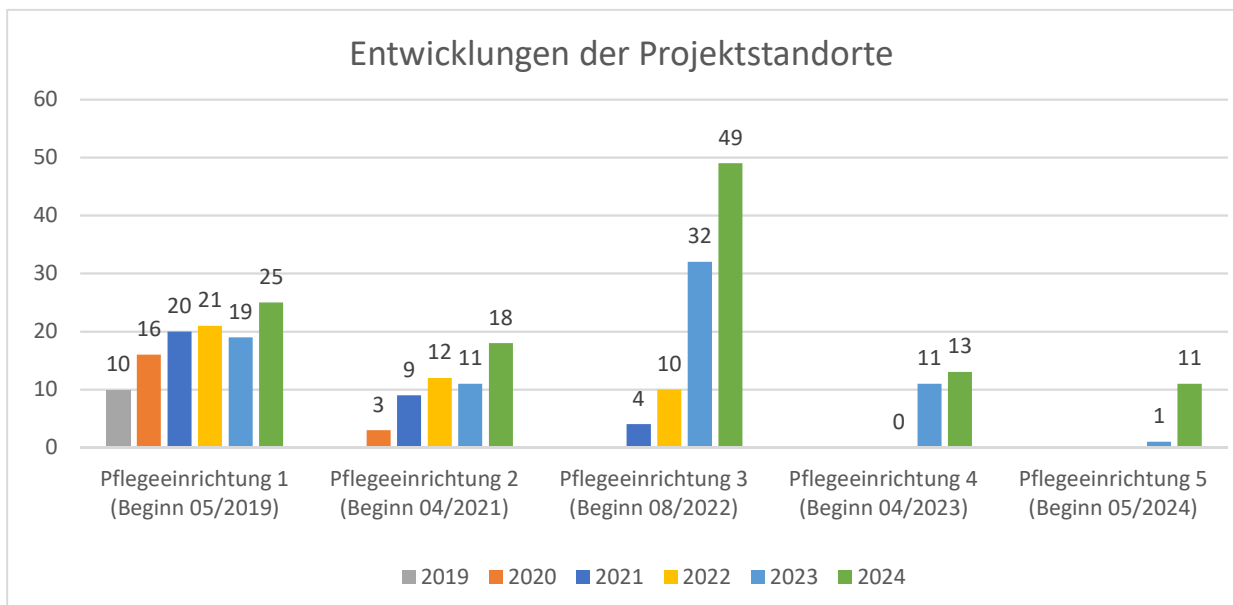
- **Sprechstunde in Pflegeeinrichtungen:** Eine monatliche Sprechstunde des Hospizdienstes für BewohnerInnen, Angehörige und Mitarbeitende in der Pflegeeinrichtung könnte eine Ergänzung darstellen. Diese könnte als niedrigschwellige Anlaufstelle für Fragen zur Hospiz- und Palliativversorgung dienen, eine offene Kommunikationskultur fördern und allen Beteiligten Unterstützung und Beratung bieten.
- **Netzwerkarbeit:** Der Hospizdienst strebt eine intensivere Zusammenarbeit mit der Seelsorge an, einschließlich der Gründung einer Arbeitsgruppe mit lokalen SeelsorgerInnen. Ziel ist es, die spirituellen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse von BewohnerInnen besser zu erkennen und zu erfüllen. Zudem soll das Netzwerk zu Kirchengemeinden ausgebaut werden. Gleichzeitig soll die enge Kooperation mit den ambulanten Palliativteams (SAPV) in der Region und der Kreisklinik weiter vertieft werden, um die Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu erleichtern und den Informationsfluss zwischen Akteuren zu verbessern.

5 Erfolge

Das Projekt zur frühzeitigen Begleitung in Pflegeeinrichtungen hat sich als wirksames Modell zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung geriatrischer BewohnerInnen etabliert. Es adressiert zentrale Herausforderungen einer alternden Gesellschaft durch die frühzeitige Identifikation von Sterbeprozessen, eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und die gezielte Einbindung von Angehörigen. Die Kooperation zwischen dem ambulanten Hospizdienst, Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden ermöglicht eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Begleitung mit messbaren quantitativen und qualitativen Erfolgen.

Quantitative Erfolge

Die Zahl der frühzeitigen hospizlichen Begleitungen im Hospizdienst Vorderer Odenwald konnte durch strukturierte Rundgänge und Screening-Prozesse signifikant gesteigert werden. Während in Pflegeeinrichtungen ohne Projekt nur ein moderater Anstieg der Begleitungen zu verzeichnen war (von durchschnittlich 2,8 Begleitungen im Jahr 2020 auf 3,9 Begleitungen im Jahr 2024), erreichten teilnehmende Einrichtungen im Jahr 2024 durchschnittlich 23,2 Begleitungen pro Jahr. Das Projekt machte damit im fünften Jahr seit seiner Einführung bereits 40 % der Gesamtbegleitungen des Hospizdienstes aus. Zudem hat sich die Begleitungsdauer auf zwei bis drei Monate vor dem Versterben verlängert, wodurch eine frühzeitigere und umfassendere Versorgung ermöglicht wird.



Qualitative Erfolge

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen, Hospizdienst und Angehörigen wurde erheblich verbessert. Regelmäßige Fallbesprechungen und Schulungen fördern die frühzeitige Erkennung relevanter Anzeichen des Nachlassens der Lebensenergie und eines sich abzeichnenden Sterbeprozesses, sowie die Einleitung geeigneter Maßnahmen. Angehörige profitieren von intensiverer Einbindung durch Informationsabende, Letzte-Hilfe-Kurse und frühzeitige Gespräche, die Unsicherheiten abbauen und Entscheidungsprozesse erleichtern.

Ein weiterer zentraler Erfolg ist die Kosteneffizienz des Projekts. Die vorausschauende Planung durch Gespräche mit den behandelnden Hausärzten und dem Erstellen von Patientenverfügungen verhindert unnötige Krankenhausaufenthalte und reduziert die Notwendigkeit spezialisierter Palliativversorgung. Gleichzeitig bleibt das Projekt für Pflegeeinrichtungen kostenfrei, da es durch ehrenamtliches Engagement und einen minimalen hauptamtlichen Personaleinsatz realisiert wird.

Die erfolgreiche Implementierung in fünf Pflegeeinrichtungen unterstreicht die langfristige Tragfähigkeit des Projekts. Perspektivisch könnte das Konzept auf weitere Versorgungssettings ausgeweitet werden.

6 Fallbeispiele

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Fallbeispiele herangezogen, um die Vorgehensweise, sowie den Nutzen und Erfolg des Projekts zu veranschaulichen. Die Indikatoren für das Nachlassen der Lebenskraft (siehe Screening-Bogen im Anhang) wurden an den entsprechenden Stellen kenntlich gemacht.

6.1 Frau L.

Kennenlernen in der Pflegeeinrichtung

Frau L. war uns seit Anfang des Jahres durch Rundgänge bekannt. Die 82-Jährige litt an fortgeschrittener Demenz, war körperlich mobil, aber nicht bewegungsfreudig. Sie nahm gerne an Aktivitäten teil, suchte soziale Zuwendung und wirkte emotional ausgeglichen.

Veränderungen und Beginn der Begleitung

Mit der Zeit sprach sie weniger (Veränderung in der Kommunikationsfähigkeit) und zog sich zunehmend zurück (antriebslos und auffallend weniger Kontaktsuche). Am 31.10. fiel eine deutliche Wesensänderung auf – sie wirkte traurig und weinte auf Ansprache (Veränderung in der Persönlichkeit / Wesensänderung). Mitarbeitende berichteten von zunehmender Gebrechlichkeit.

In den folgenden Wochen zog sich Frau L. weiter zurück und nahm nicht mehr an Gruppenangeboten teil (keine Teilnahme an Angeboten). Am 18.12. wurde ihre Familie informiert, da sie nach einem Sturz mit Kopfverletzung ins Krankenhaus musste (Stürze und Krankenhauseinweisung). Zurück in der Einrichtung lag sie nur noch im Bett (Nachlassende Mobilität). Ihre Tochter hatte das Gefühl, dass sie bald sterben könnte („Bauchgefühl“ der Angehörigen). Frau L. war im Krankenhaus unruhig, verweigerte Behandlung und Nahrung (Unruhe/ kleiner werdende Ess- und Trinkmengen).

Mitarbeitende sahen jedoch keinen nahenden Sterbeprozess, sondern einen Fortschritt der Demenz. Bei einem Hausbesuch des Hospizdienstes war sie aufgeschlossen, zeigte aber ungewöhnlich kalte Hände (kalte Hände). Nach einer Fallbesprechung wurde eine Hospizbegleitung eingeleitet. Zwei Hospizhelferinnen besuchten sie regelmäßig, was besonders während des Urlaubs ihrer Tochter eine Entlastung war.

Weitere Entwicklungen und Begleitung

Frau L. blieb bettlägerig. Wegen eines schmerzhaften Dekubitus konnte sie nicht mobilisiert werden (Körperliche Schmerzen/ Dekubitus). Ihr Gemütszustand stabilisierte sich, sie lachte wieder. Anfang Februar bekam sie Fieber (Infekte), wurde wortkarger und schläfriger (verminderte Reaktion auf Ansprache / Schlafphasen > Wachphasen). Ihre Schmerzmedikation wurde angepasst.

Mitte Februar traten Schluckbeschwerden auf (Schluckstörung). Angehörige, Mitarbeitende und Hospizdienst einigten sich darauf, keinen weiteren Krankenhausaufenthalt zu veranlassen.

Sie erhielt ein Fentanyl-Pflaster zur Schmerztherapie. Frau L. wurde zunehmend ruhiger und verstarb am 22. Februar im Beisein ihrer Familie in der Einrichtung.

Zusammenfassung

Das Fallbeispiel von Frau L. zeigt, wie die frühzeitige Identifikation hospizlicher Bedarfe eine bedarfsgerechte und würdevolle Begleitung ermöglicht. Systematische Beobachtung und strukturiertes Screening erkannten schleichende Veränderungen frühzeitig. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung, Hospizdienst und Angehörigen sicherte eine ganzheitliche Versorgung.

Das Screening berücksichtigte medizinische, psychosoziale und spirituelle Aspekte wie Rückzug und Wesensveränderung. Dies führte zur rechtzeitigen Einleitung der Hospizbegleitung, die Frau L. über mehrere Monate hinweg unterstützte. Maßnahmen wie Schmerzmedikation und psychosoziale Begleitung durch Hospizhelferinnen gewährleisteten die **ganzheitliche Versorgung**.

Die **kontinuierliche Betreuung** wurde trotz eines Krankenhausaufenthalts durch regelmäßige Hospizbesuche sichergestellt. Die **enge Einbindung der Tochter** war essenziell für die Entscheidungsfindung. Die **Sensibilisierung der Mitarbeitenden** für Zeichen des Sterbeprozesses ermöglichte frühzeitige Maßnahmen und verhinderte unnötige Krankenhausaufenthalte.

Das Fallbeispiel unterstreicht, wie **frühzeitige hospizliche Begleitung** eine würdevolle und interdisziplinär abgestimmte Versorgung ermöglicht und die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen verbessert.

6.2 Frau S.

Kennenlernen in der Pflegeeinrichtung

Mitte des Vorjahres lernten wir Frau S. während unserer Rundgänge kennen. Die 81-Jährige litt an fortgeschrittener Demenz und hatte an Gewicht verloren. Sie führte früher ein bekanntes Café und sprach oft so, als wäre sie noch dort. Meist sahen wir sie mit ihrem Rollator oder beim Frühstück mit Marmeladenbrot. Aufgrund familiärer Schwierigkeiten erhielt sie selten Besuch – nur ihre Tochter kam regelmäßig.

Veränderungen und Beginn der Begleitung

Im Laufe der Monate klagte Frau S. über Kopfschmerzen und Stress. Im Sommer verschlechterte sich ihr Zustand: Sie nutzte keinen Rollator mehr, saß nur noch im Rollstuhl (nachlassende Mobilität) und sprach weniger (veränderte Kommunikationsfähigkeit, Interessensminderung, Wesensveränderung). Sie wirkte unzufrieden und äußerte sich zunehmend negativ (Unwohlsein ohne erkennbare Ursache).

Ab November blieb sie häufiger morgens im Bett und reagierte weniger auf Ansprache (veränderte Kommunikationsfähigkeit, weniger Kontaktsuche). Sie stöhnte beim Sitzen (Schmerzen) und ließ ihr Frühstück oft unangetastet (kleiner werdende Ess- und Trinkmengen).

Immer öfter sahen wir sie schlafend im Rollstuhl (Schlafphasen > Wachphasen). Anfang Dezember sagte sie: „Am besten, ich geh‘ einfach heim!“ (Symbolsprache). Aufgrund dieser Veränderungen intensivierten wir unsere Besuche.

Weitere Entwicklungen und Begleitung

Ein Gespräch mit der Einrichtungsleitung und dem Pflegepersonal Anfang Dezember ergab, dass Frau S. das lange Sitzen Schmerzen bereitete. Man entschied, sie weniger zu mobilisieren und die Schmerzmedikation anzupassen. Sie erhielt ein Fentanylpflaster. Ihre Tochter stimmte der Hospizbegleitung zu, nahm jedoch kein weiteres Kontaktangebot an.

Ab Mitte Dezember wurde sie nicht mehr mobilisiert und wirkte im Bett entspannter. Sie nahm kaum noch Nahrung zu sich, trank aber gelegentlich kleine Mengen (kleiner werdende Ess- und Trinkmengen). Nonverbal zeigte sie ihre Vorlieben. Die Hospizhelferin las ihr Weihnachtsgeschichten vor, was sie aufmerksam verfolgte. Ein Gebet veranlasste sie sofort, die Hände zu falten (vermehrte religiöse Bedürfnisse). Diese Besuche schienen ihr gutzutun.

Am Morgen des 26. Dezembers verstarb Frau S.

Zusammenfassung

Das Fallbeispiel von Frau S. zeigt, wie die **frühzeitige Bedarfsermittlung** durch den Hospizdienst eine würdige letzte Lebensphase ermöglichen kann. Regelmäßige Rundgänge deckten schleichende Verschlechterungen, wie zunehmende Mobilitätseinschränkungen, Schmerzsymptome und veränderte Kommunikationsfähigkeit, auf und führten zu einer gezielten palliativen Betreuung.

Die **ganzheitliche Versorgung** berücksichtigte ihre biografischen und religiösen Bedürfnisse. Durch Vorlesen und spirituelle Impulse fand sie Trost. Die **Kontinuität der Begleitung** war wichtig, da sie selten von Angehörigen besucht wurde. Der Hospizdienst übernahm eine stabilisierende Funktion.

Die **Sensibilisierung des Pflegepersonals** und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hospizdienst, Pflegeeinrichtung und Hausarzt sicherten eine bedarfsgerechte Versorgung. Frühzeitig eingeleitete Maßnahmen, insbesondere die Anpassung der Schmerztherapie, verhinderten unnötiges Leiden. Das Beispiel unterstreicht, wie essenziell eine systematische hospizliche Integration für eine vorausschauende Palliativversorgung ist.

7 Fazit

Das Projekt hat eindrucksvoll gezeigt, dass eine frühzeitige, systematische und interdisziplinäre Integration der hospizlichen Versorgung die Lebensqualität von BewohnerInnen am Lebensende erheblich verbessert. Die enge Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten schafft eine nachhaltige Versorgungsstruktur, die eine frühzeitige Begleitung ermöglicht und die palliative Versorgung optimiert.

Die signifikante Zunahme der Begleitungszahlen, die verbesserte Einbindung der Angehörigen, sowie die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte belegen die hohe Wirksamkeit sowohl auf qualitativer als auch auf quantitativer Ebene. Durch gezielte Schulungen und Fallbesprechungen werden nicht nur die fachliche Kompetenz der Beteiligten gestärkt, sondern auch eine kooperative Arbeitskultur gefördert.

Besonders hervorzuheben ist, dass das Projekt ohne zusätzliche finanzielle Belastung der Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden kann und zugleich zu einer effizienteren Nutzung der Gesundheitsressourcen beiträgt. Es zeigt sich, dass durch eine frühzeitige Planung, sowie die enge Vernetzung aller Akteure eine würdevolle, bedarfsgerechte und patientenzentrierte Sterbebegleitung gewährleistet werden kann.

Insgesamt leistet das Projekt einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen und trägt wesentlich zur Sensibilisierung für die Themen Sterben und Tod bei. Die erzielten Ergebnisse sprechen für eine nachhaltige und flächendeckende Implementierung dieses Ansatzes, um die hospizliche Begleitung langfristig zu verbessern und eine menschenwürdige Versorgung am Lebensende sicherzustellen.

Literaturverzeichnis

Heimerl/ Kojer/ Kunz/ Müller: Palliative Geriatrie. Grundsatzpapier. Wien/ Berlin/ Zürich: FGPG Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. 2018.

Lauxen/ Morici: Hessischer Pflegebericht 2023. Goethe-Universität Frankfurt a.M.: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK). 2023.

Rothgang/ Müller: Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44. BARMER Pflegereport 2023. Bremen: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. 2023.

Anlagen

Screening-Bogen für hospizlichen und palliativen Bedarf

Screening-Bogen für hospizlichen und palliativen Bedarf

*Die Aussage trifft zu, wenn in diesem Bereich eine Veränderung in den letzten 6-8 Wochen zu beobachten ist.

Veränderungen* auf körperlicher Ebene			
Merkmal	Ja	Nein	Unklar
Veränderte Vitalzeichen (Atmung, Puls, Temperatur, Blutdruck) (3)			
Nachlassende Mobilität (3)			
Schlafphasen > Wachphasen / Müdigkeit und Erschöpfung, Schwäche (3)			
Krankenhauseinweisung(en) in den letzten 3 Monaten (3)			
Verminderte Reaktion auf Ansprache (3)			
immer kleiner werdende Ess- und Trinkmengen (2)			
Neuer Dekubitus (2)			
Zunehmende Schluckstörungen (2)			
Häufige Stürze (2)			
Körperliche Schmerzen (2)			
Veränderte Hautfarbe (bläulich, gelblich, blass) (2)			
Vermehrte Schleimbildung (1)			
Kontinuierliche Gewichtsabnahme (1)			
Veränderte Blasen- und Darmfunktion (1)			
Unwohlsein ohne erkennbare Ursache (1)			
Verändertes Temperaturempfinden (1)			
Kalte Hände und Beine (1)			
Häufige schwere Infekte (1)			
Vermehrte Wassereinlagerungen (1)			

Veränderungen* auf psychischer Ebene			
Merkmal	Ja	Nein	Unklar
Veränderung in der Persönlichkeit / Wesensänderung (2)			
Vermehrte Unruhe oder ungewöhnliche Ruhe (2)			
Neu aufgetretene Verwirrtheit und Halluzinationen (2)			
Verlusterfahrung (z.B. durch Verlust der Wohnung, Tod des Partners) (2)			
Vermehrte Ängste (2)			
Vermehrt Antriebslosigkeit (1)			
Häufiger geäußerte Wünsche, sterben zu wollen (1)			
Interessenminderung (1)			

Veränderungen* auf sozialer Ebene			
Merkmal	Ja	Nein	Unklar
Weniger/keine Teilnahme an sozialen Angeboten (2)			
Auffallend mehr oder weniger Kontaktsuche (2)			
Abbruch sozialer Beziehungen (ungewollt) (2)			
„Bauchgefühl“ der Angehörigen (2)			
Veränderung in der Kommunikationsfähigkeit (1)			

Veränderungen* auf spiritueller Ebene			
Merkmal	Ja	Nein	Unklar
Suche nach Vergebung und Versöhnung (2)			
Vermehrte religiöse Bedürfnisse (2)			
Symbolsprache (1)			
Vermehrte „Warum?“- und Sinnfragen (1)			

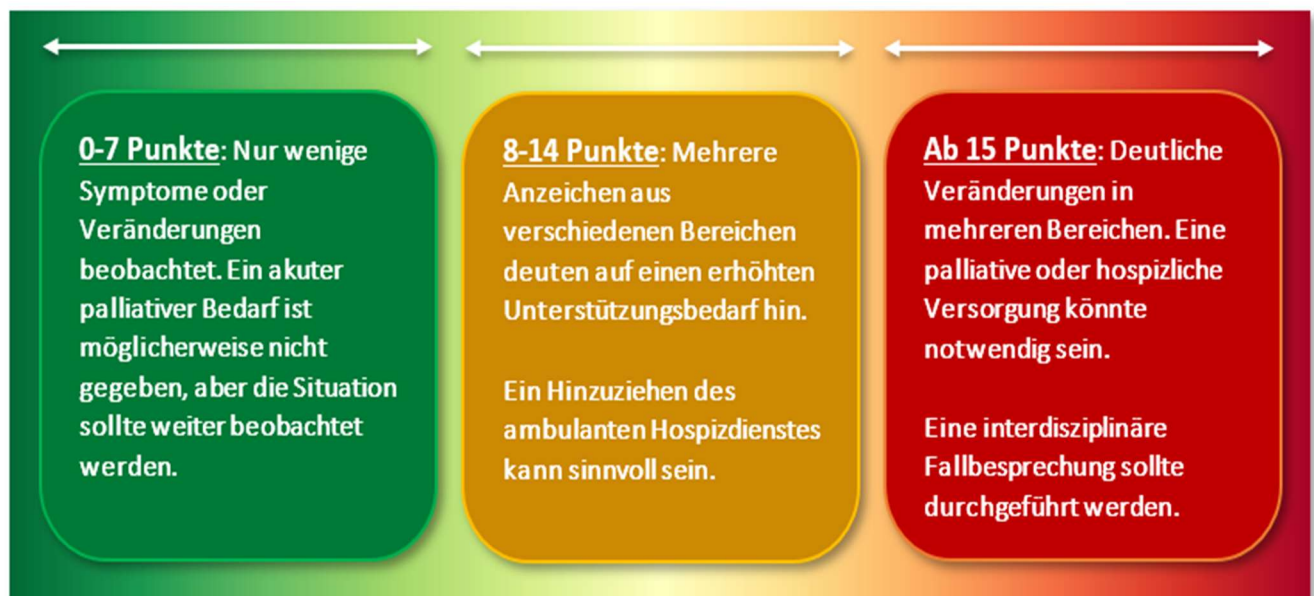
Auswertungssystem

1. Jede markierte „Ja“-Antwort gibt die entsprechende Punktzahl des Merkmals.
2. Die Punkte aus allen Bereichen werden addiert.
3. Die Gesamtsumme wird interpretiert, um einen Hinweis auf den möglichen palliativ- oder hospizlichen Bedarf zu geben.

Datum der Auswertung:

Gesamtpunktzahl:

Ergriffene Maßnahmen:



Zusätzliche Faktoren zur Berücksichtigung

- Die Übergänge zwischen den Phasen sind fließend. Ein **erneutes Screening in 2-3 Wochen** ist sinnvoll, um den Verlauf zu beurteilen.
- Ein **rascher Punktanstieg** über kurze Zeit kann auf eine akute Verschlechterung hinweisen.
- Besonders kritische Einzelmerkmale (mit 3 markiert) können auch bei geringer Gesamtpunktzahl ein **Warnsignal** sein.
- Die allgemeine körperliche und psycho-soziale Verfassung vor Beginn der Beobachtung sollte bei der Interpretation der Punktzahl berücksichtigt werden (**Vulnerabilität**).
- Das **subjektive Empfinden** von An- und Zugehörigen oder Mitarbeitenden sollte einbezogen werden.
- Zögern Sie bitte nicht, den Hospizdienst **frühzeitig** zu kontaktieren!