



**Fragenkatalog zum Preis der  
Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2025  
„Hospizkultur und Palliativkompetenz  
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“**

Informationen zur Einrichtung/Institution			
Name der Einrichtung/-en:			
Adresse:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
Web:			
Ansprechpartner/in:			
Anzahl Mitarbeitende:			
Anzahl Ehrenamtliche:			
Anzahl Bewohner*innen:			
davon in vollstationärer Pflege:			
davon in Kurzzeitpflege:		eingestreuete Plätze im Haus:	
davon im betreuten Wohnen:			

Angaben zum Konzept (bitte beifügen – wird vertraulich behandelt und nach Auswertung gelöscht)		
Wir verfügen über ein schriftliches Konzept zur (Weiter-) Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz:		
<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> ist beigefügt	<input type="checkbox"/> In Bearbeitung, <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> Nein
An der Erstellung/Evaluation waren beteiligt (Rolle / Funktion):		
Datum Ersterstellung:		
Datum Evaluation 1:		
Datum Evaluation 2:		

Das Konzept umfasst folgende Punkte (z.B. Inhaltsangabe oder kurze, stichwortartige Wiedergabe der Kernpunkte des Konzeptes):

Folgende Anzahlen von Mitarbeitenden wurden über das Konzept informiert und für die praktische Umsetzung geschult:

Rezeption:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Küche:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Hauswirtschaft:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Betreuung:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Pflegefachpersonen:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Pflegehilfspersonen:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____
Sozialdienst:	_____ MA geschult von _____	durchschnittliche Schulungsstunden je Mitarbeitenden: _____

### Mitarbeitende der Einrichtung

Anzahl der Pflegefachpersonen	Gesamt: _____
davon	_____ mit 160h Zusatzqualifikation Palliative Care
davon	_____ Basisschulung 40h / Palliative Praxis
Anzahl der Mitarbeitenden aller anderen Berufsgruppen	_____ mit 160h Zusatzqualifikation Palliative Care _____ Basisschulung 40h / Palliative Praxis
Gibt es eine/n Hospiz- und Palliativbeauftragte/n (HP-Beauftragte):	<input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Stunden für diese Aufgabe freigestellt <input type="checkbox"/> Nein
Der /die HP-Beauftragte hat noch eine andere Funktion:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> §132g Abs. 3 SGB V, <input type="checkbox"/> Kursleitung für Palliative Care <input type="checkbox"/> Moderatorin Palliative Praxis

	<input type="checkbox"/> andere: _____
Ansprechpartner/in:	

Bewohnende der Einrichtung / Institution	
Bewohnende und deren Angehörige werden regelmäßig über die gelebte Hospiz- und Palliativkultur und deren Angebote bzw. Umsetzung informiert:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zum Beispiel durch?	<input type="checkbox"/> Flyer (bitte mit beifügen) <input type="checkbox"/> Website (bitte URL angeben) <input type="checkbox"/> Infoabende (Häufigkeit / Frequenz) <input type="checkbox"/> anderes: _____

Interne und externe Vernetzung	
Wir leben eine aktive Kooperation mit:	
dem/den Hospizvereine/en für den Einsatz ehrenamtlicher Hospizbegleitungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
mit dem örtlichen SAPV-Team:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
einem Hausärztenetz zur palliativen Fallbesprechung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Ärzt*innen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
einem Ambulanten Ethikkomitee:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
dem Hospiz- und Palliativnetzwerk in unserer Region	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
mit der Seelsorge und anderen spirituellen Personen/ Institutionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Sonstige, wie: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____

Letzte Lebensphase	
Wir haben Angebote zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____  Welches Konzept: _____
Wir arbeiten mit:	
vorausschauenden Notfall- und Krisenplänen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> In unserer Einrichtung entwickelt <input type="checkbox"/> Im Netzwerk / regional entwickelt <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
einem Hausärztenetz zur palliativen Fallbesprechung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Ärzt*innen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Nötige Medikamente inkl. BtM sind in der Regel verordnet und liegen vor:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bestandteil der Notfallplanung <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher weniger <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Bedarfsmedikamente können zeitnah verabreicht werden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Präferenzen der Bewohnenden im Bezug zu Krankenhaus-einweisungen am Lebensende konnten berücksichtigt werden:	<input type="checkbox"/> Einschätzung ca. in % _____ <input type="checkbox"/> < 75 %, weil _____
Pflegeschwestern haben ausreichende Möglichkeiten pflegetherapeutische / komplementäre Maßnahmen zur Symptomlinderung anzuwenden:	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____  <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Hinweis zum Sterbeort	_____% der Bewohnenden sterben dort, wo sie es sich wünschen, _____% der Bewohnenden versterben im Krankenhaus
Wir haben Angebote zur Trauerbegleitung für:	<input type="checkbox"/> Bewohnende <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Mitarbeitende, Supervision <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sonstige Personen: _____
Hausinterne Rituale in der Letzten Lebensphase:	_____