



Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz

Einführende Bemerkungen

Einrichtungen der stationären Altenhilfe waren schon immer Orte des Lebens und des Sterbens. Sie vereinen das Bemühen, den Bewohnerinnen und Bewohnern einen lebenswerten, kreativen und geborgenen Lebensabend zu ermöglichen, mit der Sorge um schwerkranke, stark pflegebedürftige oder an Demenz erkrankte Menschen. Auch im Leben der einzelnen Bewohner verändert sich der Bedarf an Unterstützung: Vor kurzem noch aktiv und an den vielfältigen Angeboten der Einrichtung teilnehmend, kann jetzt – plötzlich oder nach einem längeren Prozess – die Versorgung und Begleitung eines Schwerkranken im Vordergrund stehen.

Viele Altenhilfeeinrichtungen interessieren sich verstärkt für Anregungen und Beispiele aus der Hospizbewegung, für die Hospizkultur und das verbesserte Pflegewissen im Kontext von Palliative Care, ohne dabei selbst ein Hospiz werden zu wollen. Seit einigen Jahren begleiten Hospizdienste auch die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, eine Unterstützung, die sowohl den Bedürftigen selbst als auch der Einrichtung zu Gute kommt. Viele Altenhilfeeinrichtungen wollen sich jedoch bewusst in der Erfüllung ihres Leitbildes den Fragen einer guten Sterbebegleitung annehmen. Durch die Integration der Hospizkultur wird die Bedürftigkeit des Menschen in physischer, psychischer, spiritueller und sozialer Hinsicht wahrgenommen und damit ein Leben auch im Sterben ermöglicht. Die Biographie des Menschen ist dabei Hinweis und Richtschnur, durch die wir die Individualität des zu begleitenden Menschen, seine Bedürfnisse und seine Lebenshaltung verstehen können. Hospizkultur wird damit zum integralen Bestandteil des Betreuungskonzepts der Einrichtung.

Nicht zuletzt in diesem Kontext richtete die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Herbst 2003 eine Fachgruppe „Hospizarbeit in Einrichtungen“ ein, die sich in den ersten beiden Jahren schwerpunktmäßig mit der Fragestellung einer hospizlichen Kultur in der stationären Altenhilfe beschäftigte.

Mit dieser Broschüre will die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz den Altenhilfeeinrichtungen eine Hilfestellung bieten, um die bewohnerorientierte Sterbebegleitung nach hospizlichem Ansatz weiter zu verbessern. Wir stellen Indikatoren und Empfehlungen für hospizliches Denken und Handeln in Einrichtungen der stationären Altenhilfe dar, die als Anregung und Überprüfung für eine individuelle Begleitung von Sterbenden dienen können. Dies soll zukünftig der Diskussion um Qualität und Vergleichbarkeit bei der Implementierung von hospizlicher Kultur und Kompetenz in die Regelabläufe solcher Einrichtungen und Institutionen zu Gute kommen.

Dieses Grundsatzpapier möchte Wege zur und Indikatoren für Hospizkompetenz eines Alten- und Pflegeheimes so beschreiben, dass man daran ablesen kann, ob ein Alten- und Pflegeheim erkennbar und überprüfbar im Sinne von Hospizidee und Palliative Care tätig ist. Damit sind folgende Prinzipien und Haltungen gemeint:

- Ganzheitliches Begleiten von Sterbenden und ihren Angehörigen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen
- Erkennen und lindern der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen

- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens
- Einbeziehen von befähigten Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung
- Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe

Vorgehensweisen einer Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Altenhilfe – Was ist zu beachten? Wie kann es gelingen?

Wir verstehen unter *Hospizkompetenz eines Alten- und Pflegeheimes*, dass nachweislich und dokumentiert die 20 Indikatoren (s.u.), die um die Grundgedanken des hospizlichen Paradigmas kreisen, in den Blick genommen und umgesetzt wurden.

Die Erstellung eines Ist-Zustands zu Beginn der Implementierung mit vorläufiger Prioritätenliste gibt Auskunft über das geplante weitere Vorgehen. Im Rahmen des Projektes sind die unterschiedlichen Möglichkeiten der Einrichtung entsprechend ihrer vorhandenen Strukturen auszuloten.

Die Hospizkultur in ein Heim zu implementieren kann Ziel und Auftrag eines spezifischen Projektes sein. Es geht dabei um Haltung, Fähigkeiten und organisationales Lernen, um einen Prozess, der initiiert, gesteuert und evaluiert werden kann.

Wichtig ist uns, dass die Leitung einer Einrichtung sich zusammen mit den für dieses Thema Verantwortlichen vor Augen hält: Es geht um Prozesse und Veränderungen, die der uneingeschränkten **Unterstützung durch die Leitung** bedürfen, und die gleichzeitig an den Anliegen und Möglichkeiten der Betroffenen und Beteiligten orientiert sein müssen. Diese Bedürfnisse und Möglichkeiten sind zu erheben, bevor über einzelne Maßnahmen entschieden wird. Die Entwicklung von hospizlicher Kompetenz in einer Einrichtung ist im Detail zunächst also ergebnisoffen und lässt Spielräume für den jeweiligen Prozess vor Ort. Dennoch sollte der Implementierung eine verbindliche Entscheidung des Trägers vorausgehen („top down“). Dokumentation und Transparenz als Kern guten Projektmanagements tragen direkt zur Etablierung von Hospizkultur bei. Sie fördern die Vernetzung und Entstehung neuen Wissens. Sie begleiten Routinen kritisch und festigen die Kultur. Anregungen von außen haben nur eine Chance, wenn die Bemühungen um diese Fragen nicht verheimlicht, sondern gezeigt werden. Zusätzlich erhöht eine gute Öffentlichkeitsarbeit die Bereitschaft, das Thema wach zu halten. Bewohner, Angehörige und (potentielle) Mitarbeiter einer Einrichtung sollen und dürfen diese Kultur erkennen.

Im konkreten Verfahren wird die Implementierung als notwendige **Basisorientierung** „bottom up“ funktionieren: Von den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Wünschen sämtlicher Betroffener ausgehend entsteht eine neue Praxis. Dabei sind die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zu erfragen und nicht vorauszusetzen. Die Analyse des Bestehenden ist eine Würdigung der schon praktizierten Kultur und stärkt die Motivation. Die Ergebnisse fremder Erhebungen (etwa aus der Literatur) ersetzen nicht diesen entscheidenden Prozess in der eigenen Einrichtung. Er ist zentraler Teil des Qualitätsmanagements.

Insgesamt wird durch ein solches Projekt die radikale Bewohnerzentrierung (und im Weiteren auch Angehörigenorientierung) mit intensiver Mitarbeiterorientierung und Wahrnehmung des Trägerinteresses ausbalanciert. Es ist dabei sinnvoll, sowohl spezifische interne Strukturen zu schaffen (z.B. eine Steuerungsgruppe für das Projektmanagement eines Implementierungsprozesses), als auch externe Begleitung und Beratung heranzuziehen. Dies sichert den notwendigen Perspektivenwechsel im Blick auf die „lernende Organisation“.

Die Vernetzung mit „relevanten Dritten“ (extern) ist genauso bedeutsam, wie die interne **interdisziplinäre Vernetzung** aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Priorität einzelner Professionen (z.B. Pflege) ist nicht in jeder Abschieds- und Sterbesituation automatisch voraussetzbar. Der interprofessionelle Blickwinkel ist immer einzuüben. Eine vernetzte Sterbekultur gehört zum Paradigma hospizlichen Denkens und bestimmt die Organisationskultur des Sterbens.

Der Einsatz von befähigten Ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung ist ein zentrales Thema der Interdisziplinarität. Der Projektverlauf selbst zeigt, wann und wie der Einsatz von Ehrenamtlichen im Rahmen des Projektes stattfinden wird. Der ehrenamtliche Dienst gibt der Sterbebegleitung eine unverzichtbare und unverwechselbare Note. Ehrenamtliche sind gute Indikatoren für die Stimmung in einem Projekt. Ferner verfügen sie oft über breit gefächerte Lebenserfahrung und rücken durch ihren freiwilligen persönlichen Einsatz die Begleitung des Sterbenden über den Bereich beruflichen

Handelns hinaus in einen Bereich des Mitmenschlichen. Der Einsatz von Ehrenamtlichen bedarf in der stationären Altenhilfe spezieller Aufmerksamkeit und Gestaltung.

Hospizkompetenz zeigt sich im laufenden Prozess. Ihre Implementierung hat jedoch als Projekt einen klaren Anfang und ein klares Ende. Fragen der Evaluation (Kriterien, Zeitplan, Evaluationsmethoden) als Vorgabe der Leitung sind für den Prozess wichtig. Ebenso bedeutsam sind ein klarer Beginn, ausreichend Meilensteine im Projekt und Sicherungsmaßnahmen für die Nachhaltigkeit der implementierten Kultur. Prozesshaft ist auch die Begegnung mit Tod und Sterben im Heimalltag: die Thematisierung von Bewohnerwünschen beim Einzug, die Begleitung der Bewohner im Sterbeprozess, die Gelegenheit zum Abschied beim Tod von Bewohnern, die Verabschiedung Verstorbener mit ritualisierten Gedenkformen, sowie die dazu notwendige Einbeziehung und Qualifizierung der Begleitenden – all dies sind wichtige Dimensionen einer **zeitlichen Kontinuität** von Hospizkompetenz, die sie eher zu einer das Heimleben durchziehenden Haltung als zu einem punktuellen Dienstleistungsangebot machen.

Implementierung in Schritten und Bereichen: Was ist zu tun?

Die folgenden Fragen können an unterschiedlichen Stellen und zu verschiedenen Zeitpunkten eine Rolle spielen. Sie sind in 20 Fragekomplexe gruppiert, welche einzelne Prozesse und verschiedene beteiligte und betroffene Personengruppen in den Blick nehmen. Einige dieser Fragen betreffen eher Querschnittsthemen (s.u. *Leitungsverantwortung* oder *Basisorientierung*) andere sind sehr direkt auf Personen bzw. Personengruppen (*Interdisziplinarität*) oder Situationen (*zeitliche Kontinuität*) bezogen. Die Fragen beziehen sich dabei sowohl auf Prozesse als auch auf Strukturen. Die Implementierung von und Orientierung an Hospizkompetenz darf dabei jedoch nie die Bedürfnisse der Betroffenen aus den Augen verlieren.

Ein möglicher, typischer Verlauf ist durch die vier gleichermaßen wesentlichen Aspekte gekennzeichnet:

- *Leitungsverantwortung (top-down),*
- *Basisorientierung (bottom-up),*
- *Interdisziplinarität und*
- *zeitliche Kontinuität.*

Der Impuls für ein Implementierungs-Projekt kann sowohl von der Leitung, aber auch von Angehörigen/Bewohnern, von Ehrenamtlichen oder von Pflegenden ausgehen. Dementsprechend ändern sich dann evtl. inhaltliche Schwerpunkte und zeitliche Abläufe.

Die Indikatorenliste enthält viele Fragen statt fertiger Antworten und Checklisten. Dies geschieht aus mehreren Gründen:

- *Jede Einrichtung ist individuell unterschiedlich – auch bei einer Implementierung. Die Ergebnisse variieren. Die Fragen sind oft die Gleichen.*
- *Fragen können eine Vielzahl von Antwortversuchen und Energie auslösen. Dies entspricht dem Projektcharakter einer Implementierung eher als eine Checkliste.*
- *Das Sterben entzieht sich unserer Vorstellungskraft. Sterben als Prozess bleibt ein individuelles Erleben.*
- *Hospizkompetenz im Alten- und Pflegeheim setzt sich mit diesem individuellen Erleben auseinander und führt damit zu einer guten Sterbekultur. Die menschliche Begegnung steht in der Hospizarbeit im Mittelpunkt und nicht das Abarbeiten von Check-Listen. Wichtig ist, dass sich eine Einrichtung nachweislich mit den Hospiz-Prinzipien systematisch und nachhaltig beschäftigt.*

Wir haben die Fragekomplexe „Indikatoren“ genannt, da der Umfang der Behandlung und Bearbeitung der dazugehörigen Fragen und das individuelle Auffinden von Antworten ein „Indikator“ für die Intensität der Beschäftigung mit dem Thema und seine Umsetzung sein kann.

INDIKATOREN FÜR HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVKOMPETENZ

Im Folgenden werden die Aspekte Leistungsverantwortung, Basisorientierung, Interprofessionalität und zeitliche Kontinuität behandelt.

Aspekt Leistungsverantwortung

Beschreibt eine Leitungskultur mit Projektarbeit und dokumentierten Leitlinien, die auf ihre Nachhaltigkeit hin evaluiert wird, Lösungsmodelle für Ethikkonflikte entwickelt und dies alles auch öffentlich macht.

1. INDIKATOR: PROJEKTARBEIT

Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt? Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen? Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

2. INDIKATOR: LEITLINIEN

Wird oder wurde hausintern und schriftlich ein Text mit „Leitgedanken zur Sterbebegleitung“ entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitenden getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben-Tod-Abschied geht?

Spiegeln sich diese Leitgedanken im Leitbild der Einrichtung und in den Veröffentlichungen über die Einrichtung (z.B. im Hausprospekt)?

Sind diese Leitgedanken konkret und operationalisierbar? Sind sie zu den bestehenden Standards und Richtlinien in Bezug gesetzt?

3. INDIKATOR: KULTUR UND LEITUNG

Wird oder wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst und benannt (Analyse der bestehenden Kultur) und auch gewürdigt?

Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema?

Sind das Thema und der Prozess von der Leitung der Einrichtung gewollt und getragen? Sind die damit verbundenen Entscheidungen der Projektbeteiligten hierarchisch abgesichert und gedeckt?

4. INDIKATOR: NACHHALTIGKEIT / EVALUATION

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Sterbe- und Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiter entwickelt wird?

5. INDIKATOR: ETHIK IM KONFLIKTFALL

Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus (wie z.B. Vorsorgevollmachten)? Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt? Gibt es ein Ethikkomitee? Ist Ethikberatung implementiert?

6. INDIKATOR: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Ist „Sterben und Sterbebegleitung“ in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

Aspekt Basisorientierung

Beschäftigt sich nicht nur mit den Bedürfnissen der Bewohner, sondern auch mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden. Ebenso müssen dabei auch die Angehörigen sowie die Mitbewohner als Teil einer „Abschiedskultur“ einbezogen werden.

7. INDIKATOR: BEWOHNER

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der BewohnerInnen und Angehörigen zu diesem Thema erfasst (z.B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, der Dokumentation der Vorsorgevollmacht?) Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert? Werden sie berücksichtigt (z.B. in der Pflegeplanung; speziell in der Terminalphase)?

8. INDIKATOR: MITARBEITER

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeitenden erfasst und gewürdigt? Besteht hier Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten? Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende? Werden neue Mitarbeiter auf das Thema eingestimmt (Bewerbungsgespräch)? Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende in die Sterbebegleitung und in die Abschiedskultur eingeführt (Einarbeitungskonzept)?

9. INDIKATOR: ANGEHÖRIGE

Werden Angehörige und Bezugspersonen der BewohnerInnen zu diesem Thema gehört und ernst genommen? Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

10. INDIKATOR: MITBEWOHNER

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick? Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen? Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht? Haben sie die Möglichkeit, sich von Verstorbenen zu verabschieden?

Aspekt Interprofessionalität

Beschreibt die Vernetzung aller an der Hospizkultur Beteiligten mit allen Betroffenen innerhalb und nach außen hin sowie mit den befähigten Ehrenamtlichen.

11. INDIKATOR: INTERDISZIPLINARITÄT UND VERNETZUNG

Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich? Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen (z.B. in der Pflegekonferenz)?

Gibt es ingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen (Palliativpflegedienste; Hospizvereine; stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen)?

12. INDIKATOR: PALLIATIVE FACHPFLEGE

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen? Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus? Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen? Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen? Wenn „nein“, welche Möglichkeiten solcher Vernetzungen wurden erwogen?

13. INDIKATOR: HAUSÄRZTE

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten Palliativmedizin ein Thema? Sind palliativmedizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen? Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt? Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen? Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt? Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

14. INDIKATOR: EHRENAMTLICHE

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems? Sind speziell (nach dem Qualitätsverständnis der BAG Hospiz) befähigte Ehrenamtliche verfügbar? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt? Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert? Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort? Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

15. INDIKATOR: SEELSORGE

Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar? Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

16. INDIKATOR: SOZIALE FÜRSORGE

Bekommen Bewohner und Angehörige in ihren existentiellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung sozialberaterische Unterstützung?

17. INDIKATOR: WEITERE MITARBEITER

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z.B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick? Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?

Aspekt zeitliche Kontinuität

Weist auf folgende Situationen eines Prozesses hin:

(a) der Blick auf Vergangenes (z.B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender),,

(b) das jetzige (eigene) Sterben,

(c) danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen

18. INDIKATOR: TRAUER

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema? Werden (Frei)Räume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen? Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung? Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerung an Verstorbene ermöglichen (z.B. Gedenkfeiern)?

19. INDIKATOR: STERBEPHASE

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

20. INDIKATOR: UMGANG MIT VERSTORBENEN

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnern? Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen (Familie **und** Betreuende)? Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Überführung, Bestattung? Gibt es regelmäßige Kontakte mit Bestattern zu diesem Thema?

Was wir noch empfehlen...

Prinzipien sind wie Aufgabenstellungen: Sie bedürfen der konkreten Umsetzung und Bearbeitung. In der Diskussion von Implementierungsmodellen wurde eine Reihe von Schritten und Verfahren entwickelt, die sich bewährt haben. Ohne den ergebnisoffenen Prozesscharakter der hier genannten Prinzipien zu schmälern, sollten diese Anregungen und Erfahrungen zur Kenntnis genommen werden. Die entsprechende Literatur enthält inzwischen eine Fülle von Organisationsmodellen zu Sterbe- und Abschiedskultur bis hin zu fertigen Implementierungscurricula, auf die in der konkreten Implementierungsphase zurückgegriffen werden kann. Dieser Rückgriff entspricht dem Paradigma der Vernetzung, wie es für Hospizkultur konstitutiv ist. Der Kontakt zur örtlichen Hospizbewegung (Hospizverein, Hospizakademie) ist dabei genauso nützlich, wie Kontakte zu den jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz oder zur Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz).

Aus der Fülle der Literatur verweisen wir hier auf zentrale Veröffentlichungen zur Implementierung:

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hg.) 2005: Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit. Wuppertal: Hospizverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hg.) 2004: Mit-geföhlt. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in der letzten Lebensphase. Wuppertal: Hospizverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Deutscher Caritasverband e.V., Diakonisches Werk der EKD e.V. (Hg.) 2004: Sorgsam. Qualitätshandbuch für stationäre Hospize. Wuppertal: Hospizverlag.

G. **Graf** 2005: Schritte zur Hospizarbeit in der stationären Altenhilfe aus der Sicht der Geschäftsführung; in: Die Hospizzeitschrift, Nr 23 2005/1

K. **Heimerl**, A. **Heller** und F. **Kittelberger** 2005: Daheim Sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim; Freiburg: Lambertus

A. **Heller**, K. **Heimerl** und S. **Husebö** (Hg.) 2000: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus

F. **Kittelberger** 2002: Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizarbeit in Einrichtungen der Stationären Altenhilfe nachdenken. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz

M. **Kojer** (Hg) 2002: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der palliativen Geriatrie. Lambertus; Freiburg 2002

M. **Müller** und G. **Graf** (Hg.) 2005: Kooperationsvereinbarungen zwischen stationären und ambulanten Hospizen. Bonn: Pallimed Verlag 2005

M. **Müller** und G. **Kessler** 2000: Implementierung von Hospizidee und Palliativpflege in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims – eine Orientierungs- und Planungshilfe. Bonn: Pallia Med Verlag

C. **Orth** und M. **Alsheimer** (et. al.) 2005 / 2000: Implementierung der Hospizidee im St. Josefs-Heim München Haidhausen (Abschlussbericht) und „...nicht sang und klanglos gehen“ Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Leonhard-Henninger-Haus München. Bayreuth: Bayerische Stiftung Hospiz

R. **Smeding** und M. **Heitkönig-Wilp** 2005: Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: Hospizverlag.

M. **Specht-Tormann** u.a. 1998: Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. Düsseldorf: Patmos

K. **Wilkening** und R. **Kunz** 2003: Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht

K. Wilkening, B Heilmann, R. Kottnik und **H. Dietrich** 2000: Vernetzte Sterbegleitung im Altenpflegeheim. Leitgedanken für eine lernende Organisation. Berlin: Diakonische Akademie

Als zentrales Portal im Internet bietet sich an: www.hospiz.net

Downloads der Bayerischen Stiftung Hospiz: www.bayerische-stiftung-hospiz.de