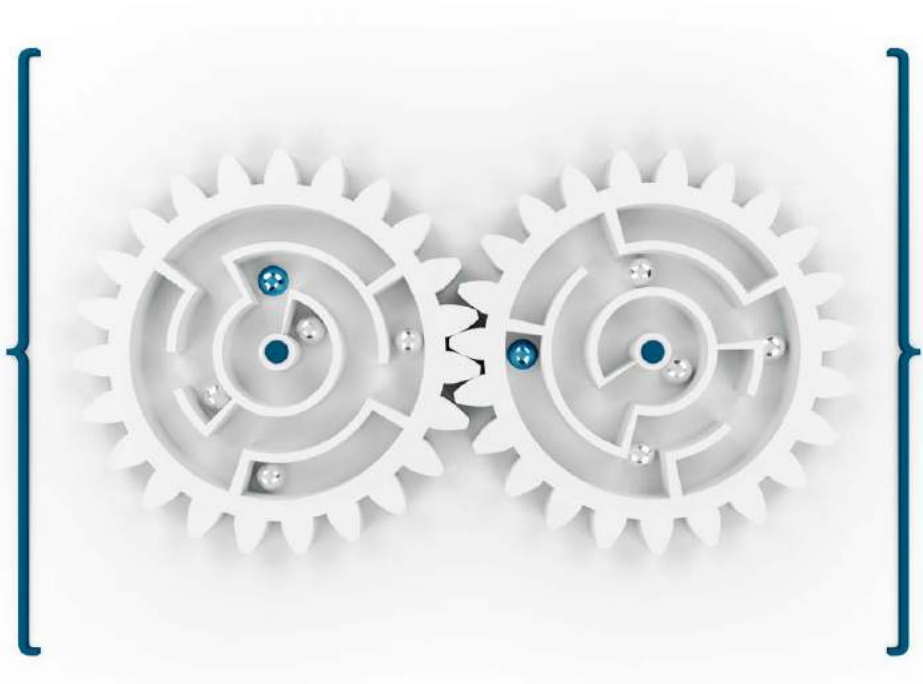


Zusammenarbeit regeln

Kooperationsvereinbarungen in der
Hospiz- und Palliativversorgung



Impressum

Herausgeber:



Ansprechstellen im Land NRW zur
Palliativversorgung, Hospizarbeit
und Angehörigenbegleitung

Gefördert vom:

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Unter Mitarbeit von:

Martina Kern, Frank Gunzelmann
Robert Raß
Thomas Montag
Dr. Christiane Ohl

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin,
Landesvertretung NRW
Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.

Bildnachweis:

siehe unter Bildnachweise (S.91)

1. Auflage 2019

© 2019 /ALPHA NRW

Diese Broschüre kann heruntergeladen werden unter:

www.alpha-nrw.de

Inhalt

Vorwort	6
Definitionen / Begriffserklärungen	10
Verpflichtungen zu Kooperationen	15
Rechtliche Grundlagen für Kooperationen	22
Ambulante Hospizdienste	22
Stationäre Hospize	23
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	24
Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)	26
Ärztliche Versorgung	26
Pflegerische Versorgung	28
Stationäre Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe	30
Wie kann Kooperation beginnen?	33
Wie weit kann Kooperation gehen?	35
Wie sieht eine Kooperationsvereinbarung aus?	37
Was kann Kooperationen gefährden?	55
Wie können Konflikte in Kooperationen überwunden werden?	57
Kommunikation innerhalb der Kooperation	59
Wie kann Verbindlichkeit in Kooperationen hergestellt werden?	67

Nachhaltigkeit und Implementierung im Rahmen von Kooperationen	68
Können Kooperationen beendet werden?	74
Anhang: Muster Kooperationsvereinbarungen	75
Kooperationsvereinbarung zwischen QPA und palliativpflegerischem Dienst	75
Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und ambulantem Hospizdienst	79
Kooperationsvereinbarung zwischen ambulantem Hospizdienst und stationärer Einrichtung der Alten- oder Eingliederungshilfe	79
Quellen / Anmerkungen	86
Bildnachweis	91

Vorwort

Hospizarbeit und Palliativversorgung haben sich in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt. Sie sind inzwischen im Sozialgesetzbuch verankert und werden durch die Kranken- und Pflegekassen gefördert. Es gibt bundesweit Palliative-Care-Weiterbildungen sowohl berufsgruppen- und institutionsübergreifend als auch auf viele Berufsgruppen spezifiziert. 2015 ist das Hospiz- und Palliativgesetz¹ in Kraft getreten, es enthält vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen. Unter anderem sollen Netzwerke ausgebaut und Kooperationen geschlossen werden, um – individuellen Wünschen entsprechend – ein angemessenes Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang haben Kooperationsvereinbarungen für die Dienste und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung nochmals an Bedeutung gewonnen.

Die Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) sehen sich in ihrer Beratungstätigkeit zunehmend mit Anfragen zur Anbahnung, Aushandlung und Ausgestaltung von Kooperationsvereinbarungen u.a. mit Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe, Krankenhäusern oder Netzwerken konfrontiert. Um diesem gestiegenen Informations- und Beratungsbedarf nachzukommen, hat ALPHA gemeinsam mit dem Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V. und der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin diese Broschüre erstellt. Sie ist die Fortentwicklung von zwei früheren Publikationen zu Kooperationsvereinbarungen, die ALPHA 2005 und 2012 herausgegeben hat.

Die vorliegende Broschüre bietet Empfehlungen zur Gestaltung von Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen des Sozial- und

Gesundheitswesens und Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie kann helfen, wenn Kooperationsvereinbarungen neu entwickelt oder vorhandene Vereinbarungen überprüft und angepasst werden sollen. Sie bietet ein Grundmuster von Kooperationsvereinbarungen als Orientierungsrahmen an und lässt gleichzeitig ausreichend Flexibilität, um gewachsenen regionalen Strukturen gerecht zu werden sowie Raum zur weiteren Entwicklung zu geben. Ziel ist, dass auch über mehr oder minder formalisierte Kooperationen überall dort, wo Menschen leben und sterben, Hospiz- und Palliativversorgung angeboten und sichergestellt werden kann.

Die Broschüre umfasst die Beschreibung von Kooperationsvereinbarungen, die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, eine Grundstruktur und Möglichkeiten zur Gestaltung sowie Beispiele und Mustervereinbarungen. Die Broschüre befasst sich nicht mit Kooperationsverträgen, die Leistungen und Finanzierungen regeln (z.B. mit einem Palliativpflegedienst, der Leistungen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringt).

Warum diese Broschüre?

Es braucht verschiedene Perspektiven, um alte und/oder schwerst- kranke und sterbende Menschen zu begleiten, denn kein einzelner Mensch und keine Berufsgruppe ist alleine in der Lage, allen Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Zugehörigen gerecht zu werden. Deshalb ist es erforderlich, dass verschiedene Berufsgruppen, Dienste und Institutionen in der Versorgung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender multiprofessionell, interdisziplinär und sektorenübergreifend zusammenarbeiten und ihre Kompetenzen und

Ressourcen in vernetzten Strukturen zur Verfügung stellen. Dazu gehören z.B. Pflegende, Seelsorgende, Ärzt*innen, Psycholog*innen, Alltagsbegleiter*innen, Sozialarbeiter*innen in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie ehrenamtlich Mitarbeitende zum Beispiel von ambulanten Hospizdiensten. Gemeinsam können sie alle verschiedenen Sichtweisen zusammenführen und auf das gemeinsame Ziel einer möglichst würdevollen Gestaltung des Lebensendes ausrichten. In diesem Zusammenhang sind in vielen Regionen bereits seit den Anfängen der Hospiz- und Palliativbewegung wirkungsvolle Netzwerke entstanden, welche sich stetig fortentwickelt und neuen Anforderungen angepasst haben. Viele Organisationen arbeiten schon lange in dieser bewährten Art und Weise zusammen, um angemessene Begleitung am Lebensende zu verwirklichen und weiter zu verbreiten.

Von Kooperationen wird in der jüngeren Zeit sehr häufig gesprochen. Doch ist der Begriff selten klar definiert. In der Praxis findet man im Binnenbereich organisierte Ablaufprozesse zu Kooperationen sowie im Außenverhältnis formalisierte oder nicht formalisierte Kooperationen zwischen den relevanten Akteuren. Jede Form von Kooperation – schriftlich formalisiert, mündlich vereinbart oder langjährig bewährt – ist sinnvoll und grundsätzlich möglich.

Grundlage für die Gestaltung tragfähiger Kooperationsbeziehungen sind übergeordnete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Einrichtungen. Diese Vereinbarungen können in unterschiedlicher Form und Tiefe entwickelt werden.

Bei der Anbahnung und Gestaltung solcher Vereinbarungen sollten Ziel, Zweck, Anwendbarkeit sowie Maßnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit und Verbindlichkeit geklärt werden.

Der Regelungsbedarf ist meist abhängig von den einrichtungsindividuellen Bedürfnissen, den vertraglichen Verpflichtungen zu formalisierten Kooperationen sowie den bereits gewachsenen Formen der Zusammenarbeit. Diese Broschüre soll den Aufbau von tragfähigen Kooperationen bzw. die Überprüfung von vorhandenen Kooperationen unterstützen.

Alle Beteiligten profitieren von klaren mündlichen und /oder schriftlichen Regelungen der Zusammenarbeit. Darüber hinaus können nach außen sichtbare Kooperationen zwischen Hospiz- und Palliativversorgern auch nützliche Nebeneffekte haben, z.B. für die öffentliche Wahrnehmung, etwa durch die Beschreibung der entsprechenden Angebote im Internet oder für die Gewinnung von Sponsoren.

Für wen ist diese Broschüre geschrieben?

Die Broschüre richtet sich an alle Interessierten, die in ihren Einrichtungen Hospizarbeit und Palliativversorgung anbieten, implementieren oder erweitern wollen und dazu Kooperationen schließen möchten. Sie richtet sich aber auch an Dienste und Institutionen, die Kooperationen anbieten oder in Kooperationen eingebunden werden.

Definitionen / Begriffsklärungen

Zunächst ist zu unterscheiden zwischen den Begriffen Kooperationsvertrag und Kooperationsvereinbarung. Eine verbindliche Abmachung kann als Vereinbarung bezeichnet werden. Eine Vereinbarung wiederum kann vertraglich dokumentiert werden. Der Vertrag schreibt die getroffenen Vereinbarungen fest. Nicht jede Vereinbarung ist damit sogleich ein Vertrag.

Ein Kooperationsvertrag ist „im Recht und in der Wirtschaft die aus übereinstimmenden Willenserklärungen zustande kommende Einigung von mindestens zwei Rechtssubjekten oder Wirtschaftssubjekten. (...) Ein Vertrag koordiniert und regelt das soziale Verhalten durch eine gegenseitige Selbstverpflichtung. Er wird freiwillig zwischen zwei (oder auch mehr) Parteien geschlossen. Im Vertrag verspricht jede Partei der anderen, etwas Bestimmtes zu tun oder zu unterlassen (und damit eine von der anderen Partei gewünschte Leistung zu erbringen). Dadurch wird die Zukunft für die Parteien berechenbarer. Wenn eine Partei den Vertrag bricht, so kann dies die andere Partei ganz oder teilweise von ihrer Verpflichtung zur Erfüllung des Vertrages entbinden. Der Inhalt der vertraglichen Vereinbarung muss von den Vertragsparteien im gleichen Sinne verstanden werden. Andernfalls kommt es zu unterschiedlichen Auslegungen des Vertrages, und der Zweck des Vertrages, die Koordination zukünftigen Verhaltens, wird verfehlt. Deshalb sind auch Täuschungen der anderen Partei über das Vereinbarte unzulässig. (...) Ein Vertrag bezeichnet im deutschen Recht ein mindestens zweiseitiges Rechtsgeschäft“².

Dagegen ist eine Vereinbarung „eine bindende Verabredung. Das zugrundeliegende Verb ‚vereinbaren‘ ist in der Bedeutung ‚eines Sinnes

werden“ im Deutschen seit dem 14. Jahrhundert belegt (mittelhochdeutsch vereinbæren zu mhd. einbære ‚einhellig‘, ‚einträchtig‘). Sie wird freiwillig geschlossen. Synonyme sind: Abmachung, Absprache, Abkommen, Übereinkunft, Übereinkommen, Verabredung“³.

Verträge sind demnach Vereinbarungen, die Rechtsfolgen nach sich ziehen. Das Vertragswesen ist im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Vertragsrecht geregelt. An dieser Stelle ist folgender Hinweis wichtig:

{ Die Lektüre dieser Broschüre kann keine Rechtsberatung ersetzen. Vor Abschluss eines Vertrages oder einer Vereinbarung ist eine abschließende juristische Überprüfung zu empfehlen. }

Für die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung und ihren Partnern (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, Wohngemeinschaft) bieten sich unterschiedliche Kooperationsvarianten an, die je nach den individuellen Erfordernissen der Einrichtungen ihre Berechtigung haben. Sie können vertraglich geregelt sein oder in Form einer freien Zusammenarbeit existieren. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder Kooperationsverträge können helfen, die Kooperationsbereitschaft zwischen den Partnern zu konkretisieren. Sie sollen gegenseitige Erwartungen klären, unnötige Enttäuschungen bzw. Konflikte vermeiden und eine interessengesteuerte Einflussnahme der Kooperationspartner verhindern.

Für die Kooperation z.B. eines ambulanten Hospizdienstes mit seinen Partnern ist eher eine Kooperationsvereinbarung zu empfehlen, weil damit kein verbindliches Rechtsgeschäft verbunden ist, sondern die gemeinsame Zielsetzung im Vordergrund steht, in der Versorgung sterbender Menschen eines Sinnes zu werden oder zu sein.

Weiterhin kann unterschieden werden zwischen informellen und formalen Kooperationsformen. Eine informelle Kooperation ist eine mündliche Absprache zur Zusammenarbeit zwischen den Partnern bzw. Akteuren ohne schriftliche Vereinbarung. Sie kann bei guter Kommunikation reibungslos funktionieren und bringt zwar eine moralische Verpflichtung jedoch nicht unbedingt eine rechtliche Verbindlichkeit mit sich. Bei einer formalen Kooperation gibt es eine schriftliche Vereinbarung, die von den Verantwortlichen/ Entscheidungsträger*innen unterzeichnet ist und in der die Form und das Ziel der Zusammenarbeit, Abläufe, Zuständigkeiten etc. geregelt sind. In ihr werden die Rechte und Pflichten der Partner benannt.

Die Existenz einer formalen Kooperation sagt noch nichts darüber aus, ob diese auch verwirklicht und vollzogen wird, denn sie ist zunächst nur ein Schriftstück. Entscheidend für die Wirksamkeit von Kooperationen ist nicht ihre Formalisierung, sondern die Bereitschaft aller Beteiligten, die Zusammenarbeit im Alltag zu gestalten und umzusetzen.

Ist immer eine schriftliche Form der Vereinbarung erforderlich?

In NRW gibt es viele Kooperationen und Netzwerke, die bereits in der Pionierzeit der Hospiz- und Palliativversorgung entstanden sind und sich inzwischen weit fortentwickelt haben. Häufig waren schriftliche Niederlegungen nicht erforderlich, da Zusammenarbeit sich erfolgreich entwickelt und bewährt hatte.

Inzwischen lässt sich die Tendenz beobachten, Verträge und Vereinbarungen festzuschreiben, v.a. um Sicherheit in neuen Versorgungsmodellen zu gewinnen. Zudem gibt es heute gesetzliche Ansprüche auf Hospiz- und Palliativversorgung und neue Entwicklungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz. Verschiedene Anbieter drängen auf den Markt, Begleitungszahlen in der Hospiz- und Palliativversorgung steigen stetig, es erschließen sich neue Versorgungsräume, Akteure haben sich professionalisiert bzw. spezialisiert. Es stellt sich die Frage: Sind alle Dienste und Einrichtungen auf demselben Weg? Haben alle beteiligten Organisationen das gleiche Ziel? Aus diesen Gründen kann es auch bei langjährigen Kooperationen sinnvoll sein, gemeinsam schriftliche Vereinbarungen zu entwickeln.

Bereits bestehende Kooperationsvereinbarungen, die keine gesetzlichen oder vertragsrechtlichen Grundlagen haben, sondern die ausschließlich die Zusammenarbeit sichern, sollten nach verschiedenen Fragestellungen bewertet werden: Gibt es eine gemeinsame Zielsetzung und eine gemeinsame Haltung? Sind Rollenzuordnungen erforderlich? Ist eine Beschreibung der Abläufe und Prozesse notwendig? Gibt es ggf. falsche oder unrealistische Erwartungen an den Kooperationspartner? Gibt es einen Anlass für eine schriftliche Festlegung?

In nur wenigen Fällen ist eine schriftliche Vereinbarung oder ein Vertrag zwingend erforderlich. Auch mit nicht formalisierten Kooperationen lassen sich z.T. gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen erfüllen. Es hängt von der Struktur und der Reife der Zusammenarbeit ab, welche Punkte schriftlich fixiert werden sollten. Häufig trägt bereits der gemeinsame Bearbeitungsprozess der o.g. Fragen zur Klärung und Festigung der Kooperation bei.

Nicht alle schriftlichen Vereinbarungen erheben den Anspruch der regelmäßigen Überprüfung. Eventuell ist es sinnvoll, gemeinsam umzusetzende Ablaufprozesse festzuschreiben, die bei Änderungen angepasst werden. Das Ziel einer Kooperationsvereinbarung oder eines Kooperationsvertrages ist, die Zusammenarbeit zu regeln und die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen, um die Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen.

Bei einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung handelt es sich um ein „offizielles Papier“ zur Regelung einer Zusammenarbeit mit verbindlichem Charakter. Deshalb ist es bspw. nicht ausreichend, eine schriftliche Vereinbarung zwischen Koordinator*in und Wohnbereichsleitung zu treffen – ohne Kenntnis des Vorstandes oder Trägers des betreffenden Hospizdienstes und der Geschäftsführung der stationären Einrichtung.

Die Unterzeichnung einer vorformulierten Kooperationsvereinbarung oder eines standardisierten Kooperationsvertrages allein ist wenig wirksam und deren Umsetzung in der Praxis eher unwahrscheinlich oder zufällig. Zielführender ist es, Vereinbarungen und Verträge auf die individuellen Anforderungen anzupassen und – wenn zweckmäßig – zu verschriftlichen.

Verpflichtungen zu Kooperationen

Viele gesetzliche, vertragliche oder behördliche Regelungen fordern Kooperationen. Zu unterscheiden ist, ob eine informell vereinbarte Kooperation ausreicht oder ob diese auch schriftlich in Form einer Vereinbarung oder eines Vertrages verpflichtend vorliegen muss. Daneben gibt es andere Kooperationen, die keine regulatorischen Grundlagen haben. Sie können dennoch empfehlenswert und hilfreich sein, um der hospizlich-palliativen Versorgung und Begleitung im Netzwerk eine stabile Basis zu geben.

Überblick über Kooperationen

Einen Überblick der möglichen Kooperationen und deren Erfordernisse geben folgende Tabellen. Farblich markiert ist die Unterscheidung zwischen zur Vertragserfüllung erforderlichen (orange) oder empfohlenen (grün) schriftlichen Kooperationsvereinbarungen. Die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen und Rahmenvereinbarungen sind in den Endnoten zu finden. Muster für ausgewählte Kooperationsvereinbarungen finden sich beispielhaft im Anhang dieser Broschüre. Es wird auch vermerkt, wo Kooperationsvereinbarungen oder -verträge sinnvoll sind, auch wenn sie nicht zur Vertragserfüllung gegenüber den Kostenträgern notwendig sind.

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Ambulante Hospizdienste

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
SAPV	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
Palliativpflegedienste NRW	Empfehlenswert	Zusammenarbeit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst mit palliativ-pflegerischer Erfahrung nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V ambulant ⁴ erforderlich
Ambulanter Pflegedienst	Empfehlenswert, wenn palliativ-pflegerische Erfahrung vorhanden ist	Zusammenarbeit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst mit palliativ-pflegerischer Erfahrung nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V ambulant erforderlich
QPA ⁵	Empfehlenswert	Zusammenarbeit mit mindestens einer/m approbierte/n Arzt/Ärztin mit palliativ-medizinischer Erfahrung nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V ambulant erforderlich
Haus- und Fachärzte	Empfehlenswert, wenn palliativ-medizinische Erfahrung vorhanden ist	Zusammenarbeit mit mindestens einem approbierte/n Arzt/Ärztin mit palliativmedizinischer Erfahrung nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V ambulant erforderlich
Krankenhaus	Empfehlenswert	Beauftragung durch das Krankenhaus nach § 39a SGB V ⁶ erforderlich

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive SAPV

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Kooperationsvertrag nach GBA SAPV RL § 6 ⁷ erforderlich	
Palliativpflegedienste NRW	Nicht erforderlich	wenn Teil von SAPV, dann Kooperationsvertrag zur Leistungserbringung nach SGB V §§ 37b ⁸ , 132d ⁹ und GBA SAPV RL erforderlich
Ambulante Pflegedienst ohne Palliativexpertise	Nicht erforderlich	
QPA	Nicht erforderlich	wenn Teil von SAPV, dann Kooperationsvertrag zur Leistungserbringung nach SGB V §§ 37b, 132d und GBA SAPV RL erforderlich
Haus- und Fachärzte	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Palliativpflegedienste NRW

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Kooperationsvertrag nach Palliativpflegevertrag NRW ¹⁰ erforderlich	
SAPV	Nicht erforderlich	wenn Teil von SAPV, dann Kooperationsvertrag zur Leistungserbringung nach SGB V §§ 37b, 132d und GBA SAPV RL erforderlich
Ambulante Pflegedienst ohne Palliativexpertise	Nicht erforderlich	
QPA ⁵	Kooperationsvertrag nach Palliativpflegevertrag NRW erforderlich	
Haus- und Fachärzte	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Ambulante Pflegedienste ohne Palliativexpertise

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Nicht erforderlich	
SAPV	Nicht erforderlich	
Palliativpflegedienste NRW	Nicht erforderlich	
QPA	Nicht erforderlich	
Haus- und Fachärzte	Nicht erforderlich	

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive QPA⁵

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
SAPV	Nicht erforderlich	wenn Teil von SAPV, dann Kooperationsvertrag zur Leistungserbringung nach SGB V §§ 37b, 132d und GBA SAPV RL erforderlich
Palliativpflegedienste NRW	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
Ambulante Pflegedienste ohne Palliativexpertise	Nicht erforderlich	
Haus- und Fachärzte	Nicht erforderlich	

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Haus- und Fachärzte

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
SAPV	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
Palliativpflegedienste NRW	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	
Ambulante Pflegedienste ohne Palliativexpertise	Nicht erforderlich	
QPA	Nicht erforderlich	

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive stationäres Hospiz

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Empfehlenswert	häufig in stationären Hospizen zur Sicherstellung der ehrenamtlichen Begleitung eingesetzt
SAPV	Nicht erforderlich, aber sinnvoll, da Anspruch auf ärztliche SAPV-Leistung besteht	
QPA	Empfehlenswert	Ärztliche Behandlung und Versorgung ist nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V stationär ¹¹ sicherzustellen
Haus- und Fachärzte	Empfehlenswert	Ärztliche Behandlung und Versorgung ist nach Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V stationär sicherzustellen

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Altenhilfeeinrichtung

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	Zusammenarbeit nach § 39a SGB V und WTG NRW ¹² erforderlich
SAPV	Nicht erforderlich, aber sinnvoll, da Anspruch auf SAPV besteht	
Haus- und Fachärzte	Erforderlich nach § 114 SGB XI	

(orange = zur Vertragserfüllung erforderlich, grün = zur Vertragserfüllung empfehlenswert)

Kooperationsvereinbarungen aus der Perspektive Einrichtung der Eingliederungshilfe

Kooperationspartner	Kooperationsvereinbarung	Hinweise/Ergänzungen
Ambulante Hospizdienste	Nicht erforderlich, aber sinnvoll	Zusammenarbeit nach § 39a SGB V und WTG NRW erforderlich
SAPV	Nicht erforderlich, aber sinnvoll, da Anspruch auf SAPV besteht	

Rechtliche Grundlagen für Kooperationen

Dienste und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung werden zum Teil durch rechtliche bzw. vertragliche Anforderungen zu Kooperationen aufgefordert. Im Folgenden werden die entsprechenden Texte wiedergegeben, geordnet nach den Adressaten der Forderungen.

Ambulante Hospizdienste

In der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016 heißt es unter Absatz (4)⁵:

§ 1 Gegenstand und Grundsätze der Förderung

„(4) Ambulante Hospizdienste müssen (...)

- Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein; sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen, (...)
- unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einer approbierten Ärztin bzw. einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen, (...)

Weiterhin heißt es im SGB V § 39a Abs. 2⁶:

„(...) Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Gesetzbuches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.“

Das bedeutet, dass es für Ambulante Hospizdienste Verpflichtungen zur Zusammenarbeit, aber keine Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen gibt. Vernetzung und Zusammenarbeit sind erforderlich; es ist nicht festgeschrieben, wie diese Zusammenarbeit geregelt werden soll. Die Erstellung von Kooperationsvereinbarungen ist u.a. empfehlenswert, weil sich über die Zusammenarbeit verschiedene Organisationen treffen und diese Begegnung zu Konflikten führen kann (siehe Kapitel „Warum ist Kooperation manchmal so schwer?“).

Stationäre Hospize

In der 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 heißt es unter § 1 Stationäre Hospize Absatz (1)¹¹

„(1) (...) Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen (...).“

Und unter § 5 Qualifikationsanforderungen, Absatz (7) heißt es:

„(7) Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das stationäre Hospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.“

In der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize ist nicht explizit von Kooperationsvereinbarungen die Rede. Es wird lediglich davon gesprochen, dass stationäre Hospize eng mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten sollen. Üblicherweise gibt es Kooperationsvereinbarungen zwischen stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten. Eine rechtliche Verpflichtung zu schriftlichen Kooperationsvereinbarungen besteht nicht.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20. Dezember 2007 i.d.F. von 2010 heißt es unter § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer⁸:

„(1) Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. Kooperationspartner ist auch der

ambulante Hospizdienst.

Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden.“

Im Absatz 5 heißt es weiter:

„(5) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.“

Dies bedeutet, dass zur Sicherstellung einer interprofessionellen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit schwerer, nicht heilbarer Erkrankung im Rahmen der SAPV schriftliche oder mündliche Kooperationsvereinbarungen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern geschlossen werden müssen. Rechtliche Regelungen der Landesteile müssen berücksichtigt werden.

Diese Vorgaben werden in Verträgen zur SAPV in NRW unterschiedlich umgesetzt. Im SAPV-Vertrag Nordrhein¹³ ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung u. a. mit Hospizdiensten vorgeschrieben und Vertragsbedingung. In der Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zwischen der KV Westfalen-Lippe und den Krankenkassen¹⁴ sind keine Kooperationen gefordert. Hospizdienste sollen eingeschaltet werden und an Qualitäts-

zirkeln teilnehmen.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist, im Gegensatz zur SAPV nicht gesetzlich geregelt. Unterschiedliche Verträge und Vereinbarungen auf Landes- und Bundesebene regeln diese Versorgung.

Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung ist durch die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNo) und Westfalen Lippe (KVWL) unterschiedlich geregelt. In Nordrhein existieren ausdrückliche Verträge zur AAPV¹⁵, in Westfalen Lippe ist auch diese Versorgungsform in die „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ integriert, ähnlich wie die SAPV.

In beiden Verträgen finden sich keine ausdrücklichen Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen Palliativärzten und Hospizdiensten im Sinne von Kooperationen. Es wird in den nordrheinischen Verträgen lediglich auf die Notwendigkeit aufmerksam gemacht, dass auf „hospizliche Betreuungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen“ hingewiesen werden sollte und dass die „Organisation hospizlicher Mitbetreuung“ ärztliche Koordinationsaufgaben in den Versorgungsregionen sind. In der westfälischen Vereinbarung ist die „Bedarfsgerechte Einschaltung eines ambulanten Hospizdienstes“ Koordinationsleistung. An Qualitätszirkeln sollen „ambulante Hospizdienste (...) themenbezogen beteiligt werden“¹⁵.

In der bundesweit geltenden „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016“ (Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))¹⁶ ist die Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen und anderen an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern als koordinierende Aufgabe des Arztes für die Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team beschrieben. In § 3 heißt es:

„Der von den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erbringende Versorgungsauftrag umfasst eine, jeweils der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende palliative Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung. Hierzu gehören: (...) aktive Kooperation und Koordination des teilnehmenden Arztes mit weiteren an

der Versorgung beteiligten Professionen, Diensten und Einrichtungen (bspw. ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante und stationäre Hospizdienste, Behinderteneinrichtungen) zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit.“

Eine besondere Form der Kooperation ist nicht vorgesehen.

Pflegerische Versorgung

Im „Vertrag über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach § 132 a Abs. 2 SGB V heißt es in § 4 Personelle Voraussetzungen, Abs. 7¹⁷:

„Dem Leistungserbringer müssen mindestens fünfzehn geschulte Ehrenamtliche (vgl. § 7) aus den nach § 39a SGB V geförderten Hospizdiensten zur Verfügung stehen. Die Schulung dieser Ehrenamtlichen umfasst mindestens 100 Unterrichtsstunden. Die Schulung hat nach den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V. zu erfolgen.“

Weiter heißt es in § 7 Kooperation / Sicherstellung der Ehrenamtlichen

„Die Sicherstellung der fünfzehn Ehrenamtlichen hat durch Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, die nach § 39a SGB V gefördert werden, zu erfolgen. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit folgenden Mindestinhalten abzuschließen:

- a) Erklärung des/der ambulanten Hospizdienste(s), dass bei Kooperation dem Leistungserbringer ständig 15 Ehrenamtliche entsprechend den Vorgaben des § 4 Abs. 7 dieses Vertrages dem Leistungserbringer zur Verfügung stehen.
- b) Sofern Ehrenamtliche Leistungen nach dem SGB V / XI erbringen, sind diese nicht abrechnungsfähig.
- c) Kooperationen mit Ausnahme von Kooperationen nach Buchstabe a) und § 3 Abs. 1 Buchstabe f), die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische oder personelle Voraussetzungen zu ersetzen, sind unzulässig.
- d) Kooperationen bedürfen der Zustimmung der Kostenträger.“

Damit ist eine Kooperation des ambulanten Pflegedienstes, der einen solchen Vertrag schließt, verpflichtend und detailliert vorgeschrieben. Die Kooperation ist in der genannten Art und Weise und in der vorgeschriebenen Form Vertragsbedingung. Darüber hinaus ist in diesem Vertrag die Zusammenarbeit mit einem QPA⁵ gefordert. Dabei ist keine besondere Form einer Kooperation erforderlich.

Für die Häusliche Krankenpflege (HKP) gelten die Bestimmungen der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)¹⁸. Die palliativ-pflegerische Versorgung ist hierin im Leistungskatalog als „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten (Nr. 24a)“ beschrieben. Darin heißt es:

„Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden. Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.“

Hier ist eine Kooperation im Einzelfall im Sinne eines Informationsaustausches zu gestalten, wenn dies vom Patienten / der Patientin gewünscht wird. Eine schriftliche oder mündliche Kooperationsvereinbarung ist nicht erforderlich.

Stationäre Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe

In § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungen) heißt es unter Absatz (1)¹⁹

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.“

Darüber wird in der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 in der Anlage 2 Punkt 6.2 „Begleitung Sterbender und ihrer Angehöriger“ folgende Prüffrage formuliert²⁰:

„Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen?“

Von besonderer Wichtigkeit ist hier die Frage, ob die Einrichtung sicherstellt, dass externe Kooperationspartnerinnen oder Kooperationspartner in der Sterbephase kompetente Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner in der Einrichtung finden und diese in der Lage sind, die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner bei Bedarf koordinierend und beratend zu unterstützen, wenn sie in der Einrichtung tätig werden.

Im Wohn- und Teilhabegesetz NRW § 4 Abs. 5 heißt es:

„Zur Gewährleistung einer angemessenen Palliativversorgung haben Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter die Inanspruchnahme der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eine Kooperation mit den entsprechenden Angeboten zu ermöglichen. Dies gilt nur, wenn auch Nutzerinnen und Nutzer mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen bei einer zugleich eng begrenzten Lebenserwartung betreut werden sollen und die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter sich insoweit nicht zur vollständigen Leistungserbringung durch eigene Beschäftigte entschieden haben.“

In den oben genannten Regelungen wird mehrfach von Kooperationen gesprochen. Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen oder Kooperationsverträgen zur ärztlichen Versorgung wird explizit gefordert, für alle weiteren Kooperationen ist er sehr zu empfehlen.

Wie kann Kooperation beginnen?

Am Beispiel der Kooperation zwischen einem ambulanten Hospizdienst und einer stationären Pflegeeinrichtung soll gezeigt werden, wie Zusammenarbeit begonnen und gestaltet werden kann. Aufgrund der Regelungen im 2015 erlassenen Hospiz- und Palliativgesetz sind die stationären Pflegeeinrichtungen unter anderem dazu aufgefordert, Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten zu suchen und mit Hospiz- und Palliativnetzen zusammenzuarbeiten.

Von der Anfrage bis zur Kooperationsvereinbarung

Der Prozess zur Anbahnung und Gestaltung einer Kooperationsvereinbarung sollte folgende Schritte beinhalten:

1. Vorphase: Informeller Austausch über die Möglichkeit einer Kooperation

Die Initiative hierzu kann sowohl vom Ambulanten Hospizdienst (der Koordinator*in) als auch von der stationären Einrichtung (Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung, Sozialer Dienst) ausgehen.

2. Interne Abklärung beider Partner über Bereitschaft und Ressourcen einer Kooperation

Hierzu müssen die Verantwortlichen der Kooperationspartner*innen (Träger bzw. Vorstand des Hospizdienstes und Geschäftsführung der Einrichtung) einbezogen werden.

3. Zielfestlegung

In einem ersten Treffen der Verantwortlichen sollte es zu der gemeinsamen Zielstellung kommen, miteinander zu kooperieren und hierzu eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen. Bei dieser Zusammenkunft sollte auch geregelt werden, wie, mit wem und wie lang der Prozess zur Erstellung einer Kooperationsvereinbarung gestaltet werden soll. Die Verantwortlichen können diese Verhandlungen auch an die operativen Leitungen delegieren.

4. Aushandlungsphase der Kooperationsvereinbarung

In diesem Kommunikationsprozess sind unbedingt die operativen Leitungen einzubeziehen, weil diese über die erforderlichen Kenntnisse vor Ort (Ressourcen, Bedingungen, Notwendigkeiten etc.) verfügen und für die spätere Umsetzung der Vereinbarung verantwortlich sind. Eine externe Moderation kann zur besseren Strukturierung des Aushandlungsprozesses herangezogen werden. In der Regel sind für die Aushandlung nur wenige Arbeitstreffen notwendig. Sollte die Aushandlung von Delegierten durchgeführt werden, sind die Verantwortlichen regelmäßig über den Stand der Verhandlung zu informieren und erhalten Gelegenheit zu Rückmeldungen.

5. Abschluss der Kooperationsvereinbarung

Die Verantwortlichen (Hospizvorstand und Einrichtungsleitung/Geschäftsführung) beschließen durch ihre Unterschrift ihre zukünftige Kooperation.

Wie weit kann Kooperation gehen?

Am Beispiel der Kooperation zwischen einem ambulanten Hospizdienst und einer Einrichtung der Altenhilfe/Eingliederungshilfe werden im Folgenden verschiedene Kooperationstiefen beschrieben²¹.

Kooperationstiefe 1: „Besuchsmodell“ (Modell 1)

Im Besuchsmodell zeigt die Koordinator*in des ambulanten Hospizdienstes regelmäßige Präsenz in der Pflegeeinrichtung und besucht die Wohnbereiche. Diese Kooperation bedarf nicht einer eigenen Kooperationsvereinbarung, sondern funktioniert auch gut nach einer mündlichen Absprache. Hier besucht die Koordinator*in entsprechend ihrer Möglichkeiten die einzelnen Wohnbereiche, stellt selbstständig den Kontakt zu den sterbenden Menschen her und vermittelt bei Wunsch die Begleitung durch eine ehrenamtliche Mitarbeiter*in. Eine explizite Einbindung der ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes ins pflegerische Team der Einrichtung ist nicht vorgesehen.

Kooperationstiefe 2 „Sprechstundenmodell“ (Modell 2)

Im Modell der Hospizsprechstunde zeigt die Koordinator*in zu vereinbarten Terminen regelmäßige Präsenz in der stationären Pflegeeinrichtung. Die regelmäßige Sprechstunde in der Pflegeeinrichtung richtet sich an Bewohner*innen, deren An- und Zugehörige, Betreuer*innen sowie Interessierte im Quartier. Weiter hält sie engen Kontakt zu den Wohnbereichen der Pflegeeinrichtung. Sie steht auch über die Sprechstunden hinaus für Begleitungsanfragen über das Hospizbüro zur Verfügung und klärt den Begleitungsbedarf. Die Pflegeeinrichtung stellt ggf. der Koordinator*in für die Sprechstunden einen

geeigneten Raum zur Verfügung und veröffentlicht die Anwesenheitstermine intern und in der regionalen Presse.

Kooperationstiefe 3 (Modell 3)

Die Koordinator*in des ambulanten Hospizdienstes zeigt in der stationären Pflegeeinrichtung regelmäßige Präsenz mit einem festen Team von drei bis vier ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen. Dadurch stehen die ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes regelmäßig zur Verfügung, um sterbende Bewohner*innen und deren An- und Zugehörige zu begleiten und/oder zu beraten. Die Pflegeeinrichtung stellt ggf. dem Team der ehrenamtlich Mitarbeitenden einen Raum für wöchentliche Teambesprechungen zur Verfügung.

Kooperationstiefe 4 (Modell 4)

Der Hospizdienst stellt ein ständiges Team ehrenamtlich Mitarbeitender für die hospizliche Begleitung der Bewohner*innen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Dadurch ist ein festes und selbstständiges Team ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen regelmäßig in der stationären Pflegeeinrichtung präsent. Die Koordinator*in ist für deren fachliche Begleitung und als Ansprechpartner*in für die Pflegedienstleitung zuständig. Sie führt eine monatliche Besprechung mit dem Team der ehrenamtlichen Begleiter*innen durch. Das Team der Hospizbegleiter*innen wird von einer durch die Koordinator*in beauftragte und von ihr supervidierte ehrenamtlich Mitarbeitende geleitet.

Wie sieht eine Kooperationsvereinbarung aus?

Jede Kooperationsvereinbarung wird den Erfordernissen der beteiligten Partner*innen angepasst und wird deshalb in Form und Inhalt unterschiedlich gestaltet. Sie kann aus zwei Teilen bestehen: der Vereinbarung an sich und einer Geschäftsordnung. Die Kooperationsvereinbarung wird i.d.R. von den Leitungsebenen der Einrichtungen ggf. unter Einbeziehung der Arbeitsebenen ausgehandelt und vereinbart. In ihr werden die Grundsätze der Zusammenarbeit geregelt, so dass sie im Wesentlichen folgende Grundstruktur hat:

Beispiel für die Grundstruktur einer Kooperationsvereinbarung

Titel und Nennung der Kooperationspartner*innen

Präambel

§ 1 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 2 Ziele der Kooperation

§ 3 Umsetzung der Ziele

§ 4 Strukturelle Bedingungen

§ 5 Fortbildungen und Supervision

§ 6 Öffentlichkeitsarbeit

§ 7 Finanzierung

§ 8 Datenschutz / Schweigepflicht

§ 9 Gemeinsame Qualitätsüberprüfung der Kooperationspartner*innen

§ 10 In-Kraft-Treten und Kündigung

Unterschriften der Kooperationspartner*innen

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente beschrieben. In ausformulierten Textpassagen werden die Elemente einer möglichen Kooperation exemplarisch zwischen einem ambulanten Hospizdienst und einer stationären Pflegeeinrichtung veranschaulicht. Ein vollständiges Beispiel einer Kooperationsvereinbarung als Muster findet sich im Anhang.

Titel und Nennung der Kooperationspartner

Im Titel wird die Kooperation mit ihren Partner*innen namentlich benannt.

Beispiel

KOOPERATIONSVEREINBARUNG
ZUR HOSPIZLICHEN BEGEITUNG

zwischen

dem ambulanten Hospizdienst DaSein e.V.²²
und der stationären Pflegeeinrichtung Haus Emmaus²²

Präambel

Die Präambel beschreibt die grundsätzliche Übereinstimmung der Partner*innen in ihren Werten, Haltungen und Absichten zur Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.

Beispiel

Präambel

Leben bis zuletzt heißt nicht nur die gewünschte und bestmögliche Symptomlinderung zu erfahren, sondern auch die Selbstbestimmung zu wahren sowie Wertschätzung und Achtung zu erhalten unabhängig von Alter, Kultur, Glauben sowie körperlicher und geistiger Situation. Schwerstkranke und Sterbende werden sowohl durch den ambulanten Hospizdienst als auch durch die stationäre Pflegeeinrichtung mit besonderer Fürsorge und Kompetenz begleitet. Gemeinsame Begleitung bedeutet auch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung von Person, Profession und Qualifikation. Die Kooperation zwischen beiden Einrichtungen bedeutet eine Zusammenführung von Menschen, Strukturen und Mitteln im Sinne einer würdigen und qualifizierten Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer gewohnten Umgebung sowie ihrer An- und Zugehörigen.

Alternative Präambel

Sterben gehört zum Leben. Wir begleiten den Menschen in seiner letzten Lebensphase ganzheitlich und individuell. Das bedeutet, Respekt zu erweisen unabhängig von Alter, Kultur, Glauben,

sexueller Orientierung sowie körperlicher und geistiger Situation. Dazu gehört das Recht auf Selbstbestimmung. Gegenstand der Kooperation ist der Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Hospizbegleiter*innen in der Pflegeeinrichtung.

§ 1 Grundsätze der Zusammenarbeit

Die Grundsätze der Zusammenarbeit benennen die geltenden Prinzipien für die Kooperation zwischen den Partner*innen.

Beispiel

§ 1 Grundsätze der Zusammenarbeit

Die Kooperation zwischen der Pflegeeinrichtung und dem ambulanten Hospizdienst bezieht sich in erster Linie auf die Begleitung und Beratung der Bewohner*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen.

Die Kooperationspartner*innen verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem, sie arbeiten aktiv an der Netzwerkgestaltung vor Ort/ im Quartier mit. Sie richten ihre Zusammenarbeit im Sinne der Bewohner*innen nach der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V und dem Rahmenprogramm des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.), Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis (2014). Dabei findet sich der Gedanke des multidisziplinären Teams wieder. Die Vereinbarungspartner*innen behalten dabei ihre rechtliche Selbst-

ständigkeit. Es bestehen keine gegenseitigen Weisungsrechte. Beide Institutionen gehen auf der Ebene der Leitungen und der Mitarbeitenden vertrauensvoll und auf Augenhöhe miteinander um. Um dies zu verwirklichen, finden ein regelmäßiger Austausch sowie Absprachen und Fallgespräche statt. Entscheidungen, die die Kooperation betreffen, werden in gutem Einvernehmen getroffen. Die Partner verpflichten sich zur Offenheit und zur Bereitschaft, gegenseitig zu partizipieren.

§ 2 Ziele der Kooperation

In § 2 werden die konkreten Ziele der Zusammenarbeit beschrieben.

Beispiel

§ 2 Ziele der Kooperation

Ziele der Kooperation ist eine im Sinne der Bewohner*innen würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase, die Unterstützung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei der Begleitung sterbender Bewohner*innen, ein vernetztes Arbeiten miteinander sowie mit anderen Beteiligten der Hospiz- und Palliativversorgung, welches langfristig in einer nachhaltigen Implementierung der Hospizkultur und Palliativversorgung in der Altenhilfeeinrichtung mündet.

Alternative Formulierung

Die Partner setzen sich mit ihrer Kooperation folgende Ziele:

- eine würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase im Sinne der Bewohner*innen,
- die Unterstützung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei der Begleitung sterbender Bewohner,
- ein vernetztes Arbeiten, das langfristig in einer nachhaltigen Implementierung der Hospizkultur und Palliativversorgung in der Altenhilfeeinrichtung mündet.

§ 3 Umsetzung der Ziele

In § 3 werden die konkreten Umsetzungsmaßnahmen zur Erreichung der Ziele erläutert. Dabei wird auch das Modell der Zusammenarbeit und die entsprechenden Abläufe beschrieben.

Mögliche Modelle der Zusammenarbeit sind das Besuchsmodell (Modell 1), das Sprechstundenmodell (Modell 2), die regelmäßige Präsenz der Koordinator*in mit festem Team von drei bis vier ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen (Modell 3) und die regelmäßige Präsenz von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen (Modell 4). Eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Modelle der Zusammenarbeit findet sich im Kapitel „Wie weit kann Kooperation gehen?“.

Beispiel Besuchsmodell (Modell 1):

§ 3 Umsetzung der Ziele

Begleitung: Die Koordinator*in des Hospizdienstes ist Ansprechpartnerin für die stationäre Pflegeeinrichtung. Diese nimmt den Kontakt zur Koordinator*in auf, wenn der Bedarf nach der Begleitung einer Bewohner*in besteht.

Die Koordinator*in trägt Sorge für den Einsatz der ehrenamtlich Mitarbeitenden und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtlich Mitarbeitende werden nicht ohne Beauftragung der Koordinator*in tätig.

Die Begleitung erfolgt auf Wunsch der Bewohner*innen bzw. in Absprache mit den Zugehörigen oder den gesetzlichen Betreuer*innen. Ebenso erfolgt der Einsatz ehrenamtlich Mitarbeitender immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter*innen und in Absprache mit der Pflegefachkraft bzw. der Pflegedienstleitung.

Unterstützung: Der Hospizdienst bietet den Mitarbeiter*innen der Einrichtung Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Die Einrichtung wiederum bietet den Mitarbeiter*innen des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Kommunikation: Das vernetzte Arbeiten zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Hospizdienst wird durch regelmäßigen Austausch, gegenseitige Information sowie ggf. erforderliche Fallbesprechungen sichergestellt. Darüber hinaus können bei Bedarf Arbeitstreffen von den Vertreter*innen der Vereinbarungspartner einberufen werden.

Beispiel Sprechstundenmodell (Modell 2):

§ 3 Umsetzung der Ziele

Begleitung: Die Koordinator*in des Hospizdienstes ist regelmäßig (z.B. 1x monatlich oder 1x wöchentlich – an einem bestimmten Wochentag) in der Pflegeeinrichtung erreichbar. Außerhalb dieser Sprechstundenzeit ist sie für die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung und für Anfragen nach Begleitung telefonisch über das Hospizbüro erreichbar.

Die Koordinator*in trägt Sorge für den Einsatz der ehrenamtlich Mitarbeitenden und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtlich Mitarbeitende werden nicht ohne Beauftragung der Koordinator*in tätig.

Die Begleitung erfolgt auf Wunsch der Bewohner*innen bzw. in Absprache mit den Zugehörigen oder gesetzlichen Betreuer*innen. Ebenso erfolgt der Einsatz ehrenamtlich Mitarbeitenden immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter*innen und in Absprache mit der Pflegefachkraft bzw. der Pflegedienstleitung.

Unterstützung: Der Hospizdienst bietet den Mitarbeiter*innen der Einrichtung Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Die Einrichtung wiederum bietet den Mitarbeiter*innen des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Kommunikation: Das vernetzte Arbeiten zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Hospizdienst wird durch regelmäßigen Austausch, gegenseitige Information sowie ggf. erforderliche Fallbesprechungen sichergestellt. Darüber hinaus können bei Bedarf Arbeitstreffen von den Vertreter*innen der Vereinbarungspartner einberufen werden.

Beispiel Modell 3:

§ 3 Umsetzung der Ziele

Begleitung: Die Koordinator*in und ein ständiges Team ehrenamtlich Mitarbeitender des Hospizdienstes stehen für die hospizliche Begleitung der Bewohner*innen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Die Koordinator*in ist Ansprechpartner*in für die Heim- und Pflegedienstleitung, den sozialen Dienst und die Wohnbereichsleitungen, die eine hospizliche Begleitung anfordern können. Die Koordinator*in nimmt regelmäßig an den monatlichen Wohnbereichsbesprechungen teil. Die Pflegeeinrichtung stellt dem Team ehrenamtlich Mitarbeitende des Hospizdienstes ggf. einen Raum für wöchentliche Teambesprechungen in der Einrichtung zur Verfügung.

Die Koordinator*in trägt Sorge für den Einsatz der ehrenamtlich Mitarbeitenden und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtlich Mitarbeitende werden nicht ohne Beauftragung der Koordinator*in tätig.

Die Begleitung erfolgt auf Wunsch der Bewohner*innen bzw. in Absprache mit den Zugehörigen oder gesetzlichen Betreuer*innen. Ebenso erfolgt der Einsatz ehrenamtlich Mitarbeitender immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter*innen und in Absprache mit der Pflegefach*frau bzw. der Pflegedienstleitung.

Unterstützung: Der Hospizdienst bietet den Mitarbeiter*innen der Einrichtung Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Die Einrichtung bietet den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Kommunikation: Das vernetzte Arbeiten zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Hospizdienst wird durch regelmäßigen Austausch, gegenseitige Information sowie ggf. erforderliche Fallbesprechungen sichergestellt. Darüber hinaus können bei Bedarf Arbeitstreffen von den Vertreter*innen der Vereinbarungspartner einberufen werden.

Beispiel Modell 4:

§ 3 Umsetzung der Ziele

Begleitung: Der Hospizdienst stellt ein ständiges Team ehrenamtlich Mitarbeitender für die hospizliche Begleitung der Bewohner*innen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Die Koordinator*in ist für deren fachliche Begleitung und als Ansprechpartner*in für die Pflegedienstleitung zuständig. Die Koordinator*in führt eine monatliche Besprechung mit dem Team der ehrenamtlich Mitarbeitenden durch. Das Team der ehrenamtlich Mitarbeitenden wird von einer durch die Koordinator*in beauftragten ehrenamtlich Mitarbeitenden geleitet. Diese Teamleitung ist Ansprechpartner*in für den sozialen Dienst und die Wohnbereichsleitungen, die eine hospizliche Begleitung anfordern können. Die beauftragte ehrenamtlich Mitarbeitende kontaktiert regelmäßig die einzelnen Wohnbereiche zur Ermittlung des Begleitungsbedarfs und nimmt regelmäßig an dienstlichen Besprechungen der Wohnbereiche teil. Bei festgestelltem Bedarf informiert die Teamleitung die Koordinator*in über den Beginn der hospizlichen Begleitung und dokumentiert diese. Die Pflegeeinrichtung stellt dem Team der ehrenamtlich Mitarbeitenden ggf. einen Raum für

ihre Teamzusammenkünfte zur Verfügung.

Die Koordinator*in trägt Sorge für den Einsatz der ehrenamtlich Mitarbeitenden und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtlich Mitarbeitende werden nicht ohne Beauftragung der Koordinator*in tätig.

Die Begleitung erfolgt auf Wunsch der Bewohner*innen bzw. in Absprache mit den Zugehörigen oder gesetzlichen Betreuer*innen. Ebenso erfolgt der Einsatz ehrenamtlich Mitarbeitender immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter*innen und in Absprache mit der Pflegefachkraft bzw. der Pflegedienstleitung.

Unterstützung: Der Hospizdienst bietet den Mitarbeiter*innen der Einrichtung Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Die Einrichtung wiederum bietet den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Kommunikation: Das vernetzte Arbeiten zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Hospizdienst wird durch regelmäßigen Austausch, gegenseitige Information sowie ggf. erforderliche Fallbesprechungen sichergestellt. Darüber hinaus können bei Bedarf Arbeitstreffen von den Vertreter*innen der Vereinbarungspartner einberufen werden.

§ 4 Strukturelle Bedingungen

In § 4 werden die strukturellen Rahmenbedingungen festgelegt. Neben der Zuordnung von Mitarbeitenden der Kooperationspartner*innen wird auch die Einbindung der ehrenamtlich Mitarbeitenden in die Abläufe der Stationen und Wohnbereiche aufgenommen.

Beispiel

§ 4 Strukturelle Bedingungen

Die ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes sind ausschließlich dem Hospizdienst verpflichtet und stehen in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zur stationären Pflegeeinrichtung. Vor dem Beginn einer Begleitung werden Ziel der Begleitung, Aufgaben der ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes, Form und zeitliche Bedingungen für die Begleitung festgehalten. Zu jedem Einsatz wird die ehrenamtlich Mitarbeitende* über den aktuellen Zustand der Bewohner*in informiert. Die ehrenamtlich Mitarbeitende* gibt ihrerseits die für die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung relevanten Informationen weiter und dokumentiert diese in der hospizeigenen Dokumentation.

Der Hospizdienst gewährleistet den Einsatz von qualifizierten ehrenamtlich Mitarbeitenden, die an einem Vorbereitungskurs für Sterbebegleitung teilgenommen haben und an den Begleitveranstaltungen des ambulanten Hospizdienstes teilnehmen. Diese leisten psychosoziale Unterstützung in der Sterbebegleitung. Pflegerische und medizinische Tätigkeiten wie zum Beispiel Medikamentengabe oder Lagerung gehören nicht zum Aufgabenbereich ehrenamtlich Mitarbeitender. Bei aktuell auftretenden Schwierigkeiten oder speziellen Fragestellungen in der hospizlichen Begleitung nehmen die Vereinbarungspartner zeitnah Kontakt miteinander auf.

§ 5 Fortbildungen und Supervision

§ 5 benennt die gemeinsamen Fortbildungen und evtl. gemeinsamen Supervisionen, die für die Kooperation förderlich sind.

Beispiel

§ 5 Fortbildungen und Supervisionen

Fortbildungen für die gemeinsame Arbeit werden von beiden Vereinbarungspartner*innen geplant und organisiert. Es besteht außerdem das gegenseitige Angebot, an den Fortbildungen der Vereinbarungspartner teilzunehmen.

Supervisionen führt jede Vereinbarungspartner*in eigenverantwortlich für und mit ihren Mitarbeiter*innen durch.

§ 6 Öffentlichkeitsarbeit

Beispiel

§ 6 Öffentlichkeitsarbeit

Soweit sie die Kooperation betreffen, werden alle die Öffentlichkeitsarbeit betreffenden Handlungen miteinander abgesprochen. Namen und Logo der Vertragspartner sind von den jeweils anderen Vertragspartnern korrekt zu verwenden und dürfen nur mit vorheriger Zustimmung des Anderen veröffentlicht werden.

§ 7 Finanzierung

§ 7 hält fest, dass die Kooperationsvereinbarung mit keinerlei gegenseitigen finanziellen Verpflichtungen verbunden ist. Die Entgegennahme von Spenden, die beiden Kooperationspartnern zugedacht sind, wird möglichst durch eine genaue Verfügung oder über Absprachen festgelegt. Dienste und Einrichtungen sind bei der Entgegennahme von Spenden häufig an interne Regelungen ihrer Organisation (Träger, Verein etc.) gebunden.

Beispiel

§ 7 Finanzierung

Die Kosten für Qualifizierung und Einsatz der Mitarbeitenden trägt jeder Vereinbarungspartner selbst. Aus der Kooperationsvereinbarung ergeben sich keine gegenseitigen finanziellen Verpflichtungen.

Wurde keine spezifische Verfügung erstellt, werden bei der Entgegennahme von Spenden, die beiden Organisationen zugedacht sind, beide hälftig bedacht.

Bei der Entgegennahme von Spenden gelten für die Mitarbeitenden der stationären Pflegeeinrichtung die bestehenden Regelungen ihrer Organisation (Träger, Verein, etc.), für die Mitarbeitenden des Hospizdienstes gelten die Regelungen der internen Vereinbarungen des Hospizdienstes.

§ 8 Datenschutz/Schweigepflicht

In § 8 wird festgehalten, wie die Kooperationspartner mit schützenswerten Daten umgehen. Jede Weitergabe von Informationen bedarf der Einwilligung der Bewohner*innen, ihrer Zugehörigen oder ihrer gesetzlichen Betreuer*innen. Die haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden verpflichten sich zur Einhaltung der Schweigepflicht und der geltenden Datenschutzvereinbarungen.

Beispiel

§ 8 Datenschutz – Schweigepflicht

Die gegenseitige Information und die Dokumentation bedürfen der Einwilligung der jeweiligen Bewohner*in oder ihrer Betreuer*in. Beide Vereinbarungspartner verpflichten sich, die geltenden Regelungen des Datenschutzes sowie die Schweigepflicht einzuhalten.

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Verschwiegenheit über alle Vorgänge, die mit den Kooperationspartnern und mit durchgeführten Sterbebegleitungen in Zusammenhang stehen. Sie stellen sicher, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieser Vereinbarung beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, diese Verpflichtungen erfüllen. Die Verpflichtungserklärung wird schriftlich festgehalten.

Einwilligungserklärungen zur Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindungserklärungen von Bewohner*innen werden durch die stationäre Pflegeeinrichtung eingeholt und dokumentiert.

§ 9 Gemeinsame Qualitätsüberprüfung der Kooperationspartner

In § 9 erfolgt die Benennung einer Frist zur Überprüfung der Zusammenarbeit, insbesondere zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Kooperation. Es empfiehlt sich, zu Beginn der Kooperation die Abläufe und die Ergebnisse zweimal pro Jahr, danach einmal jährlich zu überprüfen. Die Evaluation wird von den Verantwortlichen in der operativen Leitung der kooperierenden Organisationen durchgeführt.

Beispiel

§ 9 Gemeinsame Qualitätsüberprüfung der Kooperationspartner

Die Kooperationspartner überprüfen regelmäßig (zu Beginn mindestens halbjährlich) die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der gemeinsamen Arbeit.

§ 10 In-Kraft-Treten, Kündigung und Unterschriften der Kooperationspartner

In § 10 werden Beginn und Ende der Kooperation vereinbart. Beendet werden kann die Vereinbarung durch ordentliche und außerordentliche Kündigung. Jeder Kooperationspartner kann die Vereinbarung in schriftlicher Form unter Wahrung einer angemessenen Frist kündigen. Beim Vorliegen wichtiger Gründe kann eine außerordentliche Kündigung in Kraft treten. Bei schwerwiegenden Konflikten sollte zunächst eine einvernehmliche Lösung angestrebt werden. Änderungen und Ergänzungen zur Vereinbarung bedürfen der Schriftform.

Beispiel

§ 10 In-Kraft-Treten und Kündigung

Die Vereinbarung tritt am _____ in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit beschlossen. Sie kann jederzeit mit der Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden.

Sollte einer der Kooperationspartner gegen eine der vereinbarten Regelungen verstoßen, so ist das Mittel der außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Gründen zu prüfen.

Wichtige Gründe sind beispielsweise

- wenn einer der Kooperationspartner ihren Dienst einstellt,
- wenn Leistungen, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, in erheblichem Umfang mangelhaft oder unvollständig erbracht werden,
- beim Auftreten unvereinbarer Unterschiede in Haltung und Zielsetzung hinsichtlich der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Bei schwerwiegenden Konflikten, die zur außerordentlichen Kündigung führen können, streben die Kooperationspartner zunächst eine einvernehmliche Lösung an.

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen der Kooperationsvereinbarung bedürfen der Schriftform.

Unterschriften der Kooperationspartner

Ort, Datum

Ort, Datum

Ambulanter Hospizdienst

Einrichtungleitung

Die Geschäftsordnung – Instrument für die Umsetzung

Die Geschäftsordnung, auf die in der Vereinbarung als Bestandteil hingewiesen werden kann, bezieht sich praxisorientiert auf die konkrete Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern, weshalb sie am besten im Auftrag der jeweiligen Organisationsleitung (Träger, Vereinsvorstand etc.) von den für die alltägliche Arbeit verantwortlichen Personen verhandelt wird (Koordinator*in, Wohnbereichsleitung etc.). Die eventuell mit Hilfe einer Moderator*in gemeinsam erarbeitete Vorlage zur Geschäftsordnung wird den Organisationsleitungen zur Verabschiedung vorgelegt. In ihr können folgende Punkte enthalten sein:

Beispiel für inhaltliche Aspekte einer Geschäftsordnung

1. Anerkennung des Prinzips der gleichberechtigten Partnerschaft
2. Festlegung von Kompetenzen, Zuständigkeiten und Zusammenarbeit zwischen der Koordinator*in und der Pflegedienst- / Wohnbereichs- oder Stationsleitung sowie Benennung der Maßnahmen zur Konfliktlösung
3. Beschreibung der strukturellen Instrumente zur Organisation der Sterbebegleitungen in der Einrichtung (einschließlich der Verabschiedungsprozesse)
4. Klärung der Anwesenheit und Beschreibung der Tätigkeiten der ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes in der Einrichtung inkl. der Einzelaufgaben in der Begleitung sterbender Bewohner*innen
5. Beschreibung der Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten der hauptamtlich Mitarbeitenden in der Einrichtung inkl. deren Einzelaufgaben in der Versorgung sterbender Bewohner*innen

6. Benennung der Bedeutung eines organisationsübergreifenden Wir-Gefühls und einer hoch entwickelten Hospizkultur in der Einrichtung
7. Klärung finanzieller Aspekte
8. Perspektiven gemeinsamer oder abgestimmter Öffentlichkeitsarbeit
9. Festlegung von Maßnahmen zur Überprüfung der Praxistauglichkeit der Geschäftsordnung

Was kann Kooperationen gefährden?

Kooperationen können durch unterschiedliche Faktoren behindert oder erschwert werden. Mögliche Stolpersteine können zum Beispiel fehlende Regelungen und Absprachen sowie daraus resultierende Unklarheiten sein.

Hier eine Auswahl möglicher kritischer Punkte (wieder exemplarisch bezogen auf die Kooperation stationäre Pflegeeinrichtung – ambulanter Hospizdienst):

- fehlende Regelungen zum Ablauf des Erstkontaktes,
- unregelmäßige Übergaben und/oder mangelhafter Informationsfluss,
- Rollenkonflikte, u.a. zwischen haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden bzw. zwischen Mitarbeitenden der Einrichtung und des Hospizdienstes,
- einander widersprechende Ablaufprozesse der beteiligten Dienste und/oder die Kooperation erschwerende, bindende Regelungen der Einzelorganisationen (z.B. trägerinterne bindende Vorgaben),

- unregelmäßige Informationsweitergabe zu Krankenhauseinweisung, Tod, Beerdigung von Patient*innen oder Bewohner*innen,
- fehlende Möglichkeit des Abschiednehmens von Seiten der Mitarbeiter*innen,
- fehlende Möglichkeiten zur Evaluation einzelner Begleitungssituationen,
- uneindeutige Angaben über die Ansprechpartner*innen (in der Einrichtung wie beim Hospizdienst),
- ungeklärte Verfahrensweisen bei Missachtung des Datenschutzes, Verletzung der Schweigepflicht oder Rufschädigung,
- Nichtbeachtung des Bewohnerwillens,
- mangelnde gegenseitige Wertschätzung der Kooperationspartner auf der operativen Ebene.

Überall, wo Menschen sich begegnen oder zusammenarbeiten, können sich aus unterschiedlichen Interessenslagen oder aufgrund persönlicher Einstellungen Konflikte ergeben. Unterschiedliche persönliche Erwartungshaltungen, Loyalitäten und Einflüsse können aufeinandertreffen. Gerade in der Begleitung von Menschen in Krisensituationen, die von Sterben, Tod und Trauer betroffen sind, können Spannungsfelder auftreten. Dies kann zum Beispiel begründet sein im berufsspezifischen Selbstverständnis (Pflege/Medizin/Sozialarbeit), in der unterschiedlichen Motivation von haupt- und ehrenamtlicher Tätigkeit, im Umgang mit häufigen Sterbesituationen, im Umgang mit An- und Zugehörigen in Krisen, die als schwierig betrachtet werden, in der Kommunikation zwischen Einrichtungsträger und Kooperationspartner.

Beispiele für mögliche Konflikte:

- Loyalitätskonflikte,
- Interessenskonflikte,
- Strukturkonflikte,
- persönliche Konflikte,
- Teamkonflikte,
- Institutionskonflikte,
- konzeptionelle Konflikte,
- ethische Konflikte.

Wie können Konflikte in Kooperationen überwunden werden?

Die Vielzahl der möglichen Herausforderungen und Auseinandersetzungen verdeutlicht, dass je nach Konfliktart und beteiligten Personen angemessene Strategien zur Konfliktlösung notwendig sind. Um diesen Herausforderungen zu begegnen hat es sich bewährt, dass die Verantwortlichen bei auftretenden Konflikten Lösungen anstreben, die von Respekt und Wertschätzung sowie offener Kommunikation geprägt sind. Bei schwerwiegenden Konflikten sollte grundsätzlich das Modell einer moderierten Konfliktlösung bevorzugt werden, weil durch die Anwesenheit einer vermittelnden dritten Person eher sachliche und konstruktive Lösungen gefunden werden können. Die beteiligten Dienste sollten möglichst schon zu Beginn der Zusammenarbeit Absprachen treffen, wie und unter wessen Vermittlung auftretende Konflikte gelöst werden können.

Eine Regel könnte sein, dass Konflikte zwischen Angehörigen und einer ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*in in die Zuständigkeit der Hospizkoordination fallen. Sie kann die sich beklagenden Angehöri-

gen ermutigen, entweder den Konflikt direkt mit der ehrenamtlichen Mitarbeiter*in zu lösen oder sich an die Koordinator*in zu wenden, die dann ihrerseits die Situation vermittelnd klären wird. Umgekehrt kann gelten, dass Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegenden von der Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung moderiert werden und Einmischungen von ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes wenig hilfreich sind.

Grundsätzlich gilt, dass zunächst die Beteiligten versuchen sollten, den Konflikt miteinander beizulegen. Erst wenn dies nicht gelingt, werden die in der Hierarchie übergeordneten Instanzen vermittelnd tätig. Bei Auseinandersetzungen zwischen ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes und hauptamtlich pflegenden Mitarbeitenden liegt die Vermittlung gemeinsam in den Händen der Hospizkoordination und der Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung. Konflikte zwischen Koordination und Pflegedienstleitung können bspw. durch den Vorstand des Hospizdienstes und der Einrichtungsleitung moderiert werden. Eine externe Moderation kommt erst dann in Spiel, wenn ein Konflikt auf der Ebene Vorstand des Hospizdienstes – Einrichtungsleitung bzw. Träger der Einrichtung besteht oder bei sehr komplexen Konfliktlagen.

Kommunikation innerhalb der Kooperation

Für das Gelingen einer zielgerichteten Kooperation ist eine acht-same Regelkommunikation unerlässlich. Dies bedeutet, dass die Kooperationspartner an Übergaben und Teambesprechungen teilnehmen können, es regelmäßige Besprechungen der Verantwortlichen gibt sowie Absprachen für den Umgang mit Konflikten im Sinne einer positiven Fehlerkultur, und dass es eine geplante Informationsweitergabe vor und nach Begleitungen und Besuchen gibt.

Warum ist Kooperation manchmal so schwer? Eine Frage der Kulturen

Einer der Hauptgründe, warum das Miteinander in Vereinbarungen und Kooperationen gelegentlich sehr schwer in Gang kommt oder immer wieder ins Stocken zu geraten scheint, liegt darin begründet, dass hier zwei unterschiedliche Kulturen aufeinandertreffen: Hospizkultur und Organisationskultur.

Der Begriff Kultur kommt aus dem Lateinischen (lat.: cultura) und bedeutet Bearbeitung, Pflege, Ackerbau. „Gesamtheit der von einer bestimmten Gemeinschaft auf einem bestimmten Gebiet während einer bestimmten Epoche geschaffenen, charakteristischen geistigen, künstlerischen, gestaltenden Leistungen.“²³ Kultur beschreibt also die Gesamtheit dessen, was der Mensch selbst gestaltet.

Der Begriff Organisationskultur folgt keiner allgemeingültigen Definition. Organisationskultur beschreibt eine „spezifische Kultur, die das kollektive organisatorische Verhalten und Verhalten von Individuen in Organisationen maßgeblich bestimmt. Sie ergibt sich aus dem Zu-

sammenspiel von Werten, Normen, Denkhaltungen und Paradigmen, welche die Mitarbeiter kollektiv teilen.“²⁴

Nach Edgar Schein ist eine Organisationskultur das Ergebnis der persönlichen Lerngeschichte einer Organisation oder eines Teams. Das Fundament der Organisation bilden die inneren Werte und wie sie sich im Verhalten innerhalb der Organisation auswirken. Nicht die schriftlichen Regeln und Anweisungen sind also bestimmend. „Ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt; und das daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit Problemen weitergegeben wird.“²⁵ Grundsätzlich ist eine Organisationskultur veränderbar. Gezielte Veränderungen geschehen allerdings langsam und hängen von sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, von der Struktur der Organisation und von ihrer Strategie ab.

Schein beschreibt die Organisationskultur in drei Ebenen (siehe Abb. 1: Eisbergmodell):

Ebene 1 beschreibt Sichtbares (Artefakte). Ebene 2 zeigt Werte (z.B. Ziele, Leitbilder, Leistungen) und Einstellungen, die das Verhalten bestimmen (z.B. Ehrlichkeit, Freundlichkeit) und im Team weitergegeben werden. Ebene 3 beschreibt alles Unbewusste, z. B. Grundannahmen, die nicht diskutiert oder hinterfragt, sondern als selbstverständlich angenommen werden. Veränderungen in der Ebene 3 der Grundannahmen geschehen in der Regel über einen längeren Prozess, weil dieser Prozess eine kollektive gemeinschaftliche Bewusstseinsänderung bedeutet, aus der neue Sinndeutungen und Identitäten folgen.



Abbildung 1: Eisbergmodell (modifiziert nach Robert Raß)

Die Unterschiede in der Organisationskultur zeigen sich z. B. im Setting. In Hospizdiensten finden Teamtreffen und Supervisionen regelmäßig und in offenen Runden statt (Stuhlkreis), es arbeiten ehrenamtlich Mitarbeitende, sie tragen private Kleidung. Als Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements/Ehrenamtes sind Hospizdienste in der Regel in gemeinnütziger Vereinsform organisiert.

Die Organisationskultur von Institutionen äußert sich hingegen beispielsweise in strukturierten Besprechungen, hier arbeiten bezahlte Mitarbeitende, die teilweise Dienstkleidung tragen und feste Dienstzeiten haben, es gibt eine Anordnungskultur und Institutionen verstehen sich als eine „Organisation der Spezialisten“.

Diese von außen gut erkennbaren „Artefakte“ sind allerdings nicht entscheidend für mögliche Konflikte. Vielmehr liegen potentielle Konfliktursachen auf der unbewussten Ebene der sich begegnenden Organisationen, wo es also um deren „Selbstverständlichkeiten“ geht. Bei diese Grundannahmen, die das „Selbst-Verständnis“ der Organisation definieren, handelt es sich um die geschriebenen bzw. ungeschriebenen Werte und Normen, um das Menschenbild sowie um die Art und Weise, wie Beziehungen zu Menschen und zur Umwelt gestaltet werden. So ist z.B. die Kultur Ambulanter Hospizdienste als „Institution des Ehrenamtes“ stark von Idealen bzw. von idealistischen Grundannahmen geprägt (= „Hospizkultur“) und unterliegt weniger einem wirtschaftlichen Diktat wie andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Deshalb empfiehlt es sich, in einer Kooperation auch die geltenden Grundannahmen, Werte und Normen, die die Arbeit und das Miteinander in der Einrichtung bestimmen, zu thematisieren und – wenn möglich – in einem gemeinsamen Leitbild zu formulieren.

Wenn Kooperationen gelingen sollen, haben sich die Institutionen füreinander zu „erwärmen“, d.h. müssen echtes Interesse aneinander zeigen um das „Zusammensein“ mit dem Anderen als Gewinn zu erleben und voneinander zu profitieren.

Konkret bedeutet dies, dass in einer Kooperationsvereinbarung vorrangig die teils bewusste Ebene thematisiert und bearbeitet wird: Werte und Einstellungen, Ziele, Leitbilder und Strategien, Leistungen, Rollenverhalten, Machtverteilung und persönliche Beziehungen.

Akteur*innen einer Kooperation und deren Erwartungen

Die Akteur*innen der Kooperation sind primär die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens in den jeweiligen Bereichen der Einrichtung, z.B. Mitarbeitende eines ambulanten Pflegedienstes, einer stationären Einrichtung der Alten- oder der Eingliederungshilfe oder eines Krankenhauses, eines Palliativteams oder eines ambulanten Hospizdienstes. Sekundäre Akteur*innen sind deren direkte Vorgesetzte. Die Akteur*innen für die Verhandlung der Kooperationsvereinbarung sind die Verantwortlichen der jeweiligen Kooperationspartner bzw. deren Stellvertretungen und die Leitungen des operativen Geschäftes, z.B. die Leitung einer Krankenhausstation, die Wohnbereichsleitung einer Pflegeeinrichtung oder die Koordinator*innen eines Palliativ- oder Hospizdienstes. Unterschiedliche Organisationsformen, ihre Entstehungsgeschichten und Trägerschaften prägen auch unterschiedliche Erwartungshaltungen an die jeweiligen Einrichtungen und ihre Vertreter*innen.

Die Erwartungen ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter*innen an hauptamtlich Mitarbeitende können zum Beispiel sein:

- rechtzeitiges Erhalten von Informationen,
- feste Ansprechpartner*innen in der ambulanten oder stationären Einrichtung,
- regelmäßiger Austausch bzw. feste Termine zum Austausch,
- Zugehörigkeit/Einbeziehung/Wertschätzung,
- Herstellen und Vermitteln von Kontakten zu Angehörigen,
- Einbeziehung in die Trauerphase,
- Möglichkeit zum Einbringen eigener Ideen.

Regelungsbedarf aus Sicht der ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen besteht für folgende Bereiche im Begleitungsprozess:

- Gestaltung des Erstkontaktes,
- Übergabe/Informationsfluss,
- Bekanntmachen der Abläufe und Rituale der Einrichtung, Informationen zu Krankenhauseinweisung/Tod/Beerdigung der Patient*innen bzw. Bewohner*innen,
- Möglichkeit des Abschiednehmens,
- Möglichkeiten zur Reflexion und Evaluation von Begleitungen.

Probleme beim Einsatz von ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen können sein:

- Ablehnung durch hauptamtliche Mitarbeitende,
- Misstrauen / Missachtung,
- Stigmatisierung als „Besserwisser“, „Zeiträuber“ oder „Störfaktor“,
- Nicht-Erkennen der eigenen Grenzen und Rollen,
- Handlungen ohne Absprachen,
- Verletzen der Schweigepflicht,
- Konflikte mit hauptamtlich Mitarbeitenden in der Sterbebegleitung (z.B. mit Ärzt*innen, Pflegefachkräften, Sozialarbeiter*innen u.a.)

Die Erwartungen hauptamtlich Mitarbeitender an ehrenamtliche Hospizmitarbeiter*innen können sein:

- Bereitschaft zu zeitnahen Einsätzen,
- Kontinuität in der Begleitung,
- Regelmäßigkeit der Besuchszeiten,
- Bestehen eines festen ehrenamtlichen Teams,
- regelmäßiges Feedback nach Kontakten,
- An- und Abmelden bei Besuchen,
- Zuverlässigkeit,
- möglichst geringer Kommunikationsaufwand,
- spürbare Entlastung, z.B. bezogen auf Angehörigengespräche.

Der Regelungsbedarf aus Sicht der hauptamtlichen Mitarbeitenden besteht in:

- Benennung klarer Ansprechpartner,
- Einhaltung von Datenschutz und Schweigepflicht,
- Verbindlichkeit in Abläufen und Tätigkeiten.

Probleme in der Zusammenarbeit von hauptamtlich Mitarbeitenden mit ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen können sein:

- notwendiger Zeitaufwand für die Begleitung der Begleiter,
- Missverständnisse aufgrund unterschiedlichen Wissenshintergrunds,
- fehlendes Verständnis für die ehrenamtliche Tätigkeit,
- „Neidfaktor“ (z.B.: „Ehrenamtlich Mitarbeitende dürfen sich Zeit nehmen.“),
- Bildung von Koalitionen (z.B. Angehörige und ehrenamtlich Mitarbeitende),
- Verletzung der Schweigepflicht,
- Rufschädigung/Imageschädigung (z.B. durch unangemessene Kommunikation nach außen),
- Einmischung in Abläufe und Behandlungen.

Wie kann Verbindlichkeit in Kooperationen hergestellt werden?

Verbindlichkeit entsteht durch Selbstverpflichtung, Zuverlässigkeit, regelmäßige Erinnerung und Überprüfung der getroffenen Absprachen sowie durch eindeutige Rollenklärungen. Die klare Beschreibung von Aufgaben und Tätigkeiten der Kooperationspartner*innen hilft, Rollenkonflikte zu vermeiden und Erwartungen mit der Realität abzugleichen. So wird verdeutlicht, dass z.B. Palliativdienste zur Beratung hinzugezogen werden, um belastende Krankenseinweisungen am Lebensende zu vermeiden, oder dass ehrenamtlich Mitarbeitende in erster Linie psychosoziale Begleitung leisten – und nicht Haushaltshilfe, Pflege oder Seelsorge ersetzen. Durch die Rollen- und Aufgabenklärung wird auch die Zugehörigkeit zum eigenen Dienst verdeutlicht. Dies sichern beispielsweise die ambulanten Hospizdienste, die in stationären Einrichtungen tätig sind, u. a. durch regelmäßige Supervisionen, Fortbildungen und Praxisbegleitungen. Hierzu gehört z.B. auch, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen durch ihr Namensschild eindeutig mit dem Hospizdienst identifiziert werden und nicht fälschlicherweise als Mitarbeitende des stationären Hospizes, der Klinik oder der Pflegeeinrichtung angesehen werden.

Nachhaltigkeit und Implementierung im Rahmen von Kooperationen

Nachhaltigkeit gelingt durch regelmäßige Überprüfung der Kooperation sowie die Durchführung der daraus resultierenden Maßnahmen, die alle Ebenen der Kooperation berücksichtigen, wie z.B.:
Fort- und Weiterbildung, Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Maßnahmen für den Begleitungsprozess.

Die Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit richten sich an die Kooperationspartner mit allen ihren unterschiedlichen, an der Realisierung der Kooperation beteiligten oder von ihr betroffenen Personen. Sie werden als fortlaufender Prozess konzipiert, für den sich von beiden Seiten die Leitungen verantwortlich zeigen (z.B. Pflegedienstleitung, Einrichtungsleitung, Hospizkoordination).

Folgende Zielgruppen und Themen sollten dabei in den Blick genommen werden:

- Mitarbeitende in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- ehrenamtlich Mitarbeitende in Hospizdiensten,
- die Bewohner*innen sowie
- der Begleitungsprozess selbst.

Da die verschiedenen Maßnahmen sehr stark von den regionalen Gegebenheiten, den Ressourcen und Notwendigkeiten abhängen, müssen die Verantwortlichen diese immer wieder an die konkreten Bedingungen anpassen. Nachfolgend sind einige relevante Aspekte beispielhaft beschrieben.

Fort- und Weiterbildung

Zur fachlichen Qualifizierung der Mitarbeitenden können Einrichtungen auf unterschiedliche Weiterbildungskonzepte zurückgreifen, die von den Fachorganisationen Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) anerkannt sind. So gibt es z.B. neben der Fachweiterbildung Palliative Care (Basiscurriculum für Pflegende, 160 Stunden) auch den Kurs Palliative Praxis (40 Stunden, Robert-Bosch-Stiftung 2015), das Multiprofessionelle Curriculum für Mitarbeitende im Gesundheitswesen (40 Stunden nach Kern/Münch/Nauck/v. Schmude 2018) sowie das Curriculum für Fachkräfte in der Assistenz und Pflege von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung (40 Stunden nach Hartmann/Kern/Reigber 2017). Die 40-stündigen Konzepte können berufsübergreifend angeboten werden, entweder institutionsübergreifend in regionalen Netzwerken oder trägerspezifisch als Inhouse-Schulungen. Die 40-stündigen Basiskurse können durch die DGP zertifiziert werden. Die Verantwortung für geplante und zu realisierende Maßnahmen liegt bei der Institution.²⁶

Eine weitere Form zur Vermittlung von Haltungen, Wissen und Fertigkeiten in der Hospiz- und Palliativversorgung liegt in der Teilnahme an Seminaren z.B. zu dem Thema „Umgang mit Sterben und Tod“. Diese Angebote werden von ambulanten Hospizdiensten als Baustein im Rahmen von Vorbereitungskursen auf das Ehrenamt angeboten. Die Teilnahme von Mitarbeitenden aus dem Gesundheitswesen bietet die Möglichkeit, die Arbeit des Hospizdienstes und ehrenamtlich Mitarbeitende kennenzulernen. Alternativ bieten Hospiz- und Palliativdienste auch Fortbildungen zu einzelnen Fachthemen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an.

Auch die Anbieter der Hospiz- und Palliativversorgung benötigen zu-

sätzliche Qualifizierungen, um in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens begleiten zu können. So unterscheidet sich der institutionelle Rahmen z.B. deutlich vom häuslichen Umfeld. Die Institutionen im Gesundheitswesen sind u. a. bestimmt durch verbindliche Abläufe, klare Strukturen, Hierarchien und Loyalitäten sowie verschiedene Traditionen und Rituale gekennzeichnet (siehe auch Kapitel „Wie können Konflikte in Kooperationen überwunden werden?“).

Ehrenamtlich Mitarbeitende werden im Rahmen von Vorbereitungskursen grundsätzlich auf die Begleitungsaufgabe vorbereitet. Diese Kurse werden in der Regel durch die ambulanten Hospizdienste organisiert und durchgeführt. Ehrenamtlich Mitarbeitende erhalten auch Praxisbegleitung und Supervision.

Bei Kooperationen mit z.B. Pflegeeinrichtungen werden die ehrenamtlich Mitarbeitenden mit neuen und für sie oft herausfordernden Situationen konfrontiert. Um Sicherheit zu vermitteln, sind zielgruppen- und einrichtungsspezifisch zusätzliche Fortbildungen sinnvoll und müssen im Rahmen der Kooperation und Nachhaltigkeit mitgedacht werden.

Für die Kooperation von ambulanten Hospizdiensten mit Altenpflegeeinrichtungen gehören dazu beispielsweise:

- die Begleitung von Bewohner*innen, die an typischen Alterserkrankungen leiden wie z. B. Demenz, Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, altersbedingte Depression,
- der Umgang mit ethischen Fragestellungen (z.B. Möglichkeiten zur Versorgungsplanung am Lebensende, Verzicht auf Nahrung, künstliche Ernährung, Fixierung, Verzicht auf oder Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen, Einsatz von ethischen Sorgegesprächen),
- spezifische systemische Aspekte in der Begleitung von Familien,
- der Umgang mit eigenen Belastungen, die sich aus dem Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit ergeben,
- der ständigen Konfrontation mit menschlichem Leiden, schwerer Krankheit, hohem Alter und häufigem Sterben.

Diese Themen können entweder bei den Gruppentreffen der Ehrenamtlichen oder in gemeinsamen Fortbildungen mit hauptamtlich Mitarbeitenden im Rahmen der Kooperation behandelt werden.

Um das Einsatzfeld und die Kooperationspartner*innen kennenzulernen, empfiehlt es sich für die ehrenamtlich Mitarbeitenden eines Hospizdienstes, zeitlich befristete Praktika, z.B. im Rahmen der Vorbereitungskurse, zu absolvieren. Umgekehrt kann es für Mitarbeitende von Pflegeinstitutionen sinnvoll sein, die ambulante Hospizarbeit über einen Befähigungskurs für Hospizbegleiter*innen kennenzulernen.

Netzwerkarbeit

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Realisierung von Implementierungsmaßnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens bedarf es weiterer Schritte und Maßnahmen wie z.B. der Bildung von und die gemeinsame Arbeit in Netzwerken.

Dazu bieten sich im Rahmen von Kooperationen die Organisation und Durchführung regionaler Qualitätszirkel für Mitarbeitende des Gesundheitswesens an, um Austausch zu ermöglichen, Themen der Hospiz- und Palliativversorgung zu vertiefen und gemeinsame Vorgehensweisen für Abläufe und herausfordernde Situationen zu entwickeln. In vielen Regionen werden darüber hinaus ambulante Ethikkomitees aufgebaut, die im häuslichen sowie im stationären Bereich unterstützen, um ethische Fragestellungen am Lebensende zu moderieren und zu begleiten.

Öffentlichkeitsarbeit

Auch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit können die Nachhaltigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen positiv beeinflussen. Dies sind bspw. regelmäßige öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, die alle Beteiligten (Patient*innen, Bewohner*innen, An- und Zugehörige) sowie die Öffentlichkeit über die hospizlich-palliative Aktivitäten in der Einrichtung informieren. Neben den üblichen Medien wie Flyern, Broschüren und Plakate können hierzu auch z.B. eine „Hospiz-Sprechstunde“, gemeinsame Feste, ein Tag der Offenen Tür, Gesprächsrunden oder Vorträge zählen. Relevante Themen für Vortrags- oder Diskussionsveranstaltungen können sein:

- Chancen und Grenzen der Hospiz- und Palliativversorgung,
- Leben mit Demenz,
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Versorgungsplanung am Lebensende,
- Ethische Fragen am Lebensende,
- Rechtliche Aspekte der Betreuung,
- Bestattungsrecht.

Maßnahmen für den Begleitungsprozess

Zur Sicherstellung einer guten Kooperation gehören auch Maßnahmen, die unmittelbar die Begleitungsprozesse betreffen. Es sind Praktiken und Instrumente, die im Kern dem Wohl der Betroffenen dienen, zugleich aber positive Effekte auf das Miteinander in Kooperationen haben. So können Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung Unterstützung durch Praxisberatungstreffen, Teamtreffen oder Gruppensupervision finden. Auch in den Einrichtungen der Kooperationspartner, in denen regelmäßig mit Abschied, Tod und Sterben umgegangen werden muss, kann Supervision entlasten und klären. Grundsätzlich ist es sinnvoll, Supervisionen nach den Zugehörigkeitsgruppen durchzuführen, weil neben der identitätsstiftenden Funktion in ihnen sowohl persönliche Fragestellungen als auch interne Themen und Spannungsfelder bearbeitet werden können, die sich aus der Dynamik der jeweiligen Einrichtung ergeben und in den geschützten Raum der Institution gehören.

(Ethische) Fall- und Sorgegespräche²⁷ oder ethische Konsile²⁸ stellen weitere unterstützende Maßnahme dar. Im Rahmen von Kooperationen ist es sinnvoll, die Begriffe zu definieren und daraus resultierende

Handlungen festzulegen.

Auch in Qualitätszirkeln können Themen vertieft und aktualisiert werden. Diese können trägerintern oder in regionalen Netzwerken berufs- und institutionsübergreifend stattfinden.

Können Kooperationen beendet werden?

Natürlich kann es Gründe und Situationen geben, die das Fortbestehen einer Kooperation hinterfragen. Stellt bspw. einer der Partner regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum fest, dass es nicht zu der angestrebten Kooperation kommt, so wird dies in einem der vereinbarten Reflexionstreffen der operativen Leitungen thematisiert und offene Ursachenforschung betrieben. Aus dieser kritischen Reflexion werden dann gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation beschlossen. Sollte sich herausstellen, dass ein Partner nicht ernsthaft gewillt ist, den unbefriedigenden Zustand der Zusammenarbeit zu beseitigen, ist es sinnvoller, sich zu trennen und die Kooperation zu kündigen.

Anhang: Muster Kooperationsvereinbarungen

Kooperationsvereinbarung zwischen QPA⁵ und palliativpflegerischem Dienst

Kooperationsvereinbarung zwischen

Name des Arztes

Straße, Ort

– nachfolgend als QPA benannt –
und

dem palliativpflegerischen Dienst

Straße, Ort

vertreten durch

– nachfolgend xy genannt –

wird folgende Kooperationsvereinbarung geschlossen:

§ 1 Präambel

Der Schwerpunkt der Arbeit des xy ist die palliativpflegerische Versorgung, Beratung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause. Dies geschieht aus der Erfahrung heraus, dass die überwiegende Anzahl der Betroffenen in der gewohnten Umgebung sterben möchte. Dazu soll Hilfe vor Ort geleistet werden, um das Sterben zu Hause zu ermöglichen oder zumindest die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (Krankenhaus, Altenpflegeeinrichtung etc.) hinauszuzögern.

QPA und xy vereinbaren, auf dem Gebiet der hospizlichen und palliativmedizinischen/-pflegerischen Versorgung in xy zusammenzuarbeiten und schwerkranke und sterbende Patienten mit z.B. Tumorerkrankungen, AIDS, neurologischen Erkrankungen und anderen zum Tode führenden Erkrankungen sowie ihre Angehörigen und Freunde zu begleiten und zu beraten. Pflege, Behandlung und psychosoziale Begleitung soll unter palliativmedizinischen und hospizlichen Gesichtspunkten, vor allem durch Beratung und Anleitung der Grundversorgenden sowie der Angehörigen und Freunde unterstützt werden. Beide Kooperationspartner teilen das Grundverständnis, dass die lebensbejahende Hospizarbeit und Palliativmedizin die aktive Sterbehilfe ausschließen.

§ 2 Grundsätze der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner erstreckt sich insbesondere auf die bedarfs- und bedürfnisorientierte ganzheitliche Behandlung, Pflege, Beratung, Begleitung und Betreuung schwerkranker

und sterbender Patienten sowie ihrer Angehörigen und Freunde unter palliativmedizinischen Grundsätzen.

Der xy verpflichtet sich, mit dem QPA zu kooperieren und mit den Mitarbeiter*innen des Arztes vertrauensvoll zusammenzuarbeiten sowie jede Zusammenarbeit angemessen zu dokumentieren.

Im Falle von Klärungsbedarf jeglicher Art erfolgen die Gespräche zwischen dem QPA und der pflegerischen Leitung des xy.

§ 3 Einsatzplanung

Bei Fragen, Schwierigkeiten und Problemen, für die im Rahmen der Versorgung der Rat oder der Einsatz eines QPA erforderlich wird, um die bestmögliche Versorgung der Patient*in sicherzustellen, wendet sich der xy – nach Möglichkeit nach Rücksprache mit der betreuenden Hausärzt*in – an den QPA. Der QPA wiederum kann sich jederzeit bei notwendigen Rücksprachen mit dem xy an diesen wenden und Einsätze vereinbaren, wenn er es z.B. nach Rücksprache mit der Hausärzt*in oder betreuenden Fachärzt*in für geboten hält. Erreichbarkeit rund um die Uhr ist von beiden Seiten der Kooperationspartner gewährleistet.

§ 4 Leistungen der Kooperationspartner

Die Leistungen der Kooperationspartner*innen entsprechen den im Vertragstext über die ambulante palliativ-pflegerische Versorgung nach § 132a Abs. 2 SGB V Inhalten und den dort beschriebenen Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit.

§ 5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Verwendung von Namen und Logo der jeweiligen Vertragspartner*in sowie bei Texten über die inhaltliche Arbeit der Partner*in im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Zeitungsartikel, Informationsbroschüren) vorab dessen Zustimmung einzuholen. Sie verpflichten sich, Namen und Logo korrekt wiederzugeben.

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt am xy in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Jede Partei kann den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Monatsende kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

_____, den _____

_____, den _____

QPA

xy

Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und ambulan- tem Hospizdienst

In der Handreichung des DHPV zu den Änderungen der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 SGB V für die ambulante Hospizarbeit (Stand 03/2016)³⁰ findet sich im Anhang ein Muster für eine Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und ambulanten Hospizdienst.

Kooperationsvereinbarung zwischen ambulanten Hospizdienst und stationärer Einrichtung der Alten- oder Eingliederungshilfe

Kooperationsvereinbarung zur hospizlichen Begleitung

zwischen

dem ambulanten Hospizdienst DaSein e.V.

und der stationären Pflegeeinrichtung Haus Emmaus

Präambel

Leben bis zuletzt heißt nicht nur die gewünschte und bestmögliche Symptomlinderung zu erfahren, sondern auch die Selbstbestimmung zu wahren sowie Wertschätzung und Achtung zu erhalten unabhängig von Alter, Kultur, Glauben sowie körperlicher und geistiger Situation. Schwerstkranke und Sterbende werden sowohl durch den ambulanten Hospizdienst als auch durch die stationäre Pflegeeinrichtung mit besonderer Fürsorge und Kompetenz begleitet. Gemeinsame Begleitung bedeutet auch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung von Person, Profession und Qualifikation. Die Kooperation

zwischen beiden Einrichtungen bedeutet eine Zusammenführung von Menschen, Strukturen und Mitteln im Sinne einer würdigen und qualifizierten Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer gewohnten Umgebung sowie ihrer An- und Zugehörigen.

§ 1 Grundsätze der Zusammenarbeit

Die Kooperation zwischen der Pflegeeinrichtung und dem ambulanten Hospizdienst bezieht sich in erster Linie auf die Begleitung und Beratung der Bewohner*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen. Die Kooperationspartner verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem, sie arbeiten aktiv an der Netzwerkgestaltung vor Ort/im Quartier mit. Sie richten ihre Zusammenarbeit im Sinne der Bewohner*innen nach der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V und dem Rahmenprogramm des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.), Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis (2014). Dabei findet sich der Gedanke des multidisziplinären Teams wieder. Die Vereinbarungspartner behalten dabei ihre rechtliche Selbständigkeit. Es bestehen keine gegenseitigen Weisungsrechte.

Beide Institutionen gehen auf der Ebene der Leitungen und der Mitarbeitenden vertrauensvoll und auf Augenhöhe miteinander um. Um dies zu verwirklichen, finden ein regelmäßiger Austausch sowie Absprachen und Fallgespräche statt. Entscheidungen, die die Kooperation betreffen, werden in gutem Einvernehmen getroffen. Die Partner verpflichten sich zur Offenheit und zur Bereitschaft, gegenseitig zu partizipieren.

§ 2 Ziele der Kooperation

Ziele der Kooperation ist eine im Sinne der Bewohner*innen würdevollen Begleitung in der letzten Lebensphase, die Unterstützung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei der Begleitung sterbender Bewohner*innen, ein vernetztes Arbeiten miteinander sowie mit anderen Beteiligten der Hospiz- und Palliativversorgung, welches langfristig in einer nachhaltigen Implementierung der Hospizkultur und Palliativversorgung in der Altenhilfeeinrichtung mündet.

§ 3 Umsetzung der Ziele (Beispiel Besuchsmodell)

Begleitung: Die Koordinator*in des Hospizdienstes ist Ansprechpartnerin für die stationäre Pflegeeinrichtung. Diese nimmt den Kontakt zur Koordinator*in auf, wenn der Bedarf nach der Begleitung einer Bewohner*in besteht.

Die Koordinator*in trägt Sorge für den Einsatz der ehrenamtlichen Mitarbeitenden und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtliche Mitarbeitende werden nicht ohne Beauftragung der Koordinator*in tätig.

Die Begleitung erfolgt auf Wunsch der Bewohner*innen bzw. in Absprache mit den Zugehörigen oder den gesetzlichen Betreuer*innen. Ebenso erfolgt der Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeitenden immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter*innen und in Absprache mit der Pflegefachkraft bzw. der Pflegedienstleitung.

Unterstützung: Der Hospizdienst bietet den Mitarbeiter*innen des Pflegeheims Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Die Pflegeeinrichtung wiederum bietet den Mitarbeiter*innen des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Kommunikation: Das vernetzte Arbeiten zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Hospizdienst wird durch regelmäßigen Austausch, gegenseitige Information sowie ggf. erforderliche Fallbesprechungen sichergestellt. Darüber hinaus können bei Bedarf Arbeitstreffen von den Vertreter*innen der Vereinbarungspartner einberufen werden.

§ 4 Strukturelle Bedingungen

Die ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes sind ausschließlich dem Hospizdienst verpflichtet und stehen in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zur stationären Pflegeeinrichtung.

Vor dem Beginn einer Begleitung werden Ziel der Begleitung, Aufgaben der ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes, Form und zeitliche Bedingungen für die Begleitung festgehalten. Zu jedem Einsatz wird die ehrenamtlich Mitarbeitende* über den aktuellen Zustand der Bewohner*in informiert. Die ehrenamtlich Mitarbeitende* gibt ihrerseits die für die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung relevanten Informationen weiter und dokumentiert diese in der hospizeigenen Dokumentation.

Der Hospizdienst gewährleistet den Einsatz von qualifizierten ehrenamtlich Mitarbeitenden, die an einem Vorbereitungskurs für Sterbebegleitung teilgenommen haben und an den Begleitveranstaltungen des ambulanten Hospizdienstes teilnehmen. Diese leisten psychosoziale Unterstützung in der Sterbebegleitung.

Pflegerische und medizinische Tätigkeiten wie zum Beispiel Essens-/Medikamentengabe oder Lagerung gehören nicht zum Aufgabenbereich ehrenamtlich Mitarbeitender.

Bei aktuell auftretenden Schwierigkeiten oder speziellen Fragestellungen in der hospizlichen Begleitung nehmen die Vereinbarungspartner zeitnah Kontakt miteinander auf.

§ 5 Fortbildungen und Supervisionen

Fortbildungen für die gemeinsame Arbeit werden von beiden Vereinbarungspartnern geplant und organisiert. Es besteht außerdem das gegenseitige Angebot, an den Fortbildungen der Vereinbarungspartner teilzunehmen.

Supervisionen führt jeder Vereinbarungspartner eigenverantwortlich für und mit seinen Mitarbeiter*innen durch.

§ 6 Öffentlichkeitsarbeit

Soweit sie die Kooperation betreffen, werden alle die Öffentlichkeitsarbeit betreffenden Handlungen miteinander abgesprochen. Namen und Logo der Vertragspartner*innen sind vom der jeweils anderen Vertragspartner*in korrekt zu verwenden und dürfen nur mit vorheriger Zustimmung des Anderen veröffentlicht werden.

§ 7 Finanzierung

Die Kosten für Qualifizierung und Einsatz der Mitarbeitenden trägt jeder Vereinbarungspartner selbst. Aus der Kooperationsvereinbarung ergeben sich keine gegenseitigen finanziellen Verpflichtungen.

Wurde keine Verfügung erstellt, werden bei der Entgegennahme von Spenden, die beiden Organisationen zugedacht sind, beide hälftig bedacht.

Bei der Entgegennahme von Spenden gilt für die Mitarbeitenden der stationären Pflegeeinrichtung die bestehenden Regelungen ihrer Organisation (Träger, Verein, etc.), für die Mitarbeitenden des Hos-

pizdienstes gelten die Regelungen der internen Vereinbarungen des Hospizdienstes.

§ 8 Datenschutz - Schweigepflicht

Die gegenseitige Information und die Dokumentation bedürfen der Einwilligung der jeweiligen Bewohner*in oder ihrer Betreuer*in.

Beide Vereinbarungspartner verpflichten sich, die geltenden Regelungen des Datenschutzes sowie die Schweigepflicht einzuhalten.

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Verschwiegenheit über alle Vorgänge, die mit dem Kooperationspartner und mit durchgeführten Sterbebegleitungen in Zusammenhang stehen.

Sie stellen sicher, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieser Vereinbarung beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, diese Verpflichtungen erfüllen. Die Verpflichtungserklärung wird schriftlich festgehalten.

Einwilligungserklärungen zur Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindungserklärungen von Bewohner*innen werden durch die stationäre Pflegeeinrichtung eingeholt und dokumentiert.

§ 9 Gemeinsame Qualitätsüberprüfung der Kooperationspartner

Die Kooperationspartner überprüfen regelmäßig (zu Beginn mindestens halbjährlich) die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der gemeinsamen Arbeit.

§ 10 In-Kraft-Treten und Kündigung

Die Vereinbarung tritt am _____ in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit beschlossen. Sie kann jederzeit mit der Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Sollte einer der Kooperationspartner gegen eine der vereinbarten Regelungen verstoßen, so ist das Mittel der außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Gründen zu prüfen. Wichtige Gründe sind beispielsweise

- wenn einer der Kooperationspartner*innen ihren Dienst einstellt;
- wenn Leistungen, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, in erheblichem Umfang mangelhaft oder unvollständig erbracht werden;
- beim Auftreten unvereinbarer Unterschiede in Haltung und Zielsetzung hinsichtlich der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Bei schwerwiegenden Konflikten, die zur außerordentlichen Kündigung führen können, streben die Kooperationspartner zunächst eine einvernehmliche Lösung an.

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen der Kooperationsvereinbarung bedürfen der Schriftform.

Unterschriften der Kooperationspartner

Ort, Datum

Ort, Datum

Ambulanter Hospizdienst

Einrichtungsleitung

Quellen / Anmerkungen

- [1] Bundesministerium für Gesundheit (2016): Hospiz- und Palliativgesetz. Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf (Abruf: 11.03.2019)
- [2] Online: <https://de.wikipedia.org/wiki/Vertrag> (Abruf: 11.03.2019)
- [3] Online: <https://de.wikipedia.org/wiki/Vereinbarung> (Abruf: 11.03.2019)
- [4] Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Rahmenvereinbarung_39a_Abs.2_Satz8_SGB_V_amb_Hospizarbeit_2016-03-14.pdf (Abruf: 26.02.19)
- [5] Qualifizierter Palliativarzt
- [6] § 39a SGB V. Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39a.html (Abruf: 8.2.2019)

- [7] Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (2007) in der Fassung von 2010.
Online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (Abruf: 8.2.2019)
- [8] § 37b SGB V. Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___37b.html (Abruf: 8.2.2019)
- [9] § 132d SGB V. Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___132d.html (Abruf: 8.2.2019)
- [10] Palliativpflegevertrag NRW nach §§ 132, 132 a, Abs.2 SGB V.
Online: http://www.lag-hep-nrw.de/files/uwehapke/pdf/Materialien%20HEP/20151001_Vertrag%20§132a_Abs%201%2010%202015-1.pdf (Abruf: 8.2.2019)
- [11] 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.
Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20170331_Rahmenvereinbarung_nach_39a_Abs_1_Satz_4_stationaere_Hospize.pdf (Abruf: 26.02.19)
- [12] Wohn- und Teilhabegesetz (WTG).
Online: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000678 (Abruf: 15.05.19)
- [13] https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/sapv_vertrag.pdf (Abruf: 15.04.19)

- [14] https://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/palliativ_vereinbarung.pdf (Abruf: 15.04.19)
- [15] <https://www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/palliativ/index.html> (Abruf: 15.04.19)
- [16] https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf (Abruf: 15.04.19)
- [17] https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Pflegeversicherung/Palliativversorgung/_jcr_content/par/download_1/file.res/P_Versorgungsvertrag.pdf (Abruf: 15.04.19)
- [18] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf (Abruf: 15.04.19)
- [19] § 114 SGB XI. Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_114.html (Abruf: 12.03.19)
- [20] Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018.
Online: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-05-27_QPR_vollstationaer_2019.pdf (Abruf: 30.03.19)

- [21] Das vierstufige Modell der Kooperationstiefen wurde in einem mehrtägigen Workshop entwickelt, der vom Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg organisiert wurde. Zielstellung des Workshops war, die unterschiedlichen Varianten von Kooperationen aus der Perspektive von Pflegeeinrichtungen und Hospizdiensten zu beschreiben.
- [22] Beispielname
- [23] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kultur>
(Abruf: 12.03.19).
- [24] Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Organisationskultur>
(Abruf: 15.04.19)
- [25] Schein, Edgar H. (2003): Organisationskultur. "The Ed Schein Corporate Culture Survival Guide". EHP: Bergisch Gladbach.
- [26] Weitere Informationen und Hinweise unter www.dgpalliativmedizin.de
- [27] Ein Fall- / Sorgegespräch findet unter Einbezug der Angehörigen in einem erweiterten Team der Institution statt und wird gegebenenfalls moderiert. Thematisch werden alltagsethische Fragen mit dem Ziel erörtert, die ethisch bestmögliche Vorgehensweise herauszufinden und durch einen Konsens abzusichern. Das Ergebnis wird dokumentiert und an alle relevanten Bereiche kommuniziert (Quelle: Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg).

[28] Das ethische Konsil ist eine definierte Gesprächsform und kommt zum Tragen, wenn es um ethische Dilemmata im Umgang mit dem mutmaßlichen Willen von Patienten oder Bewohnern geht, wenn eine Situation auftritt, welche die Institution nicht alleine lösen kann oder durch die bisherigen Instrumente im Betreuungs- und Behandlungsteam noch kein Konsens erzielt werden konnte. Ziel des Konsils ist ein konsensfähiges Ergebnis. Bei Anfragen für ein ethisches Konsil wird das Gespräch innerhalb einer definierten Zeit (z.B. 72 Stunden) einberufen. Zwei unabhängige Personen stehen zur Verfügung, davon mind. eine ausgebildete neutrale externe Moderator*in, die das Gespräch führt und eine Protokollant*in. Das Gespräch wird für alle Beteiligten dokumentiert. Bestenfalls nehmen alle beteiligten Dienste sowie Bewohner*in und Angehörige an dem Gespräch teil, um verschiedene Perspektiven zusammenzutragen, den (mutmaßlichen) Willen der betreffenden Person herauszubilden und zu konkretisieren. Die Moderator*in empfiehlt daraus abgeleitet die weitere Vorgehensweise (Quelle: Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg).

[29] Qualifizierte Palliativärztin /qualifizierter Palliativarzt

[30] Online: https://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/DHPVHrRvAmb160321.pdf (Abruf am 15.3.2019)

Bildnachweis

S. 60 Eisbergmodell (modifiziert nach Robert Raß)

Basismotiv: Drew Avery: „Assorted Icebergs Thule Greenland“
[https://commons.wikimedia.org/wiki/](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Assorted_Icebergs_(5396627551).jpg?uselang=de)

[File:Assorted_Icebergs_\(5396627551\).jpg?uselang=de](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Assorted_Icebergs_(5396627551).jpg?uselang=de)

Diese Datei ist unter der Creative-Commons-Lizenz

„Namensnennung 2.0 generisch“ (US-amerikanisch) lizenziert.

(Lizenz: [https://de.wikipedia.org/wiki/](https://de.wikipedia.org/wiki/Creative_Commons?uselang=de)

[Creative_Commons?uselang=de](https://de.wikipedia.org/wiki/Creative_Commons?uselang=de))



Bilderweiterung, Illustration und Textmontage:

Thomas Kern, Friesenrath 2019

U1, U4

Thomas Kern, Friesenrath 2019



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Ansprechstellen im
L and NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



Initiative
zur Umsetzung der

CHARTA zur Betreuung
schwerstkranker und sterbender
Menschen in Deutschland

und ihrer
Handlungsempfehlungen



**Hospiz- und
PalliativVerband
NRW e.V.**