

Vorsorgedialog

Vorausschauende Planung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich

Stand 25.10.2016



Inhaltsverzeichnis

1. EINFÜHRUNG.....	3
1.1. Was ist der Vorsorgedialog?.....	3
1.2. Den Willen der Bewohner/innen frühzeitig ergründen.....	4
1.3. Sicherheit und Klarheit für das Betreuungsteam	4
2. KONKRETE UMSETZUNG DES VORSORGEDIALOGS IM PFLEGEHEIM ...	5
2.1. Wann sollte das Erstgespräch stattfinden?.....	5
2.2. In welchen Abständen soll eine Evaluierung des Gesprächs stattfinden?.....	5
2.3. Wer sollte beim Vorsorgedialog dabei sein?.....	5
2.4. Wie kann zum Vorsorgedialog eingeladen werden	6
2.5. Wie kann ein Gespräch im Rahmen des Vorsorgedialogs ablaufen?.....	6
2.6. Dokumentation des Vorsorgedialogs.....	6
3. DER GESPRÄCHSLEITFADEN ALS UNTERSTÜTZUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DES VORSORGEDIALOGS	7
3.1. Einführung	7
3.2. Grundhaltung	7
3.3. Vorbereitung	7
3.4. Gesprächsablauf	9
4. DOKUMENTATION ZUM VORSORGEDIALOG	14
4.1. Persönliche Daten der Bewohnerin/des Bewohners.....	14
4.2. Entscheidungshintergrund	14
Folgende Instrumente zur Selbstbestimmung liegen vor:	14
4.3. IST-Zustand - Einschätzung von Medizin, Pflege und optional anderen Berufsgruppen	15
4.4. Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben im Pflegeheim.....	16
4.5. Informationen zur Durchführung und Dokumentation des Gesprächs.....	17
4.6. Krisenblatt auf Basis des Vorsorgedialoges.....	17
5. ERLÄUTERUNGEN ZUM VORSORGEDIALOG.....	20
5.1. Anliegen, Sinn und Ziel des Vorsorgedialogs.....	20
5.2. Verwendete und weiterführende Referenzen aus der Fachliteratur	22
5.3. Adressen bezüglich Integration des Vorsorgedialogs	23
5.4. Mitwirkende Mitglieder und Organisationen	24

1. Einführung

Die vorliegende Beschreibung des Vorsorgedialogs richtet sich an das Führungs- und Betreuungsteam im Pflegeheim. Die Beschreibung soll die verantwortlichen Mitarbeiter/innen im Pflegeheim dabei unterstützen, den Vorsorgedialog zum Wohle der Bewohner/innen qualitativ umzusetzen. Die Implementierung des Vorsorgedialoges wird von ausgebildeten Multiplikator/innen der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliative Care Organisationen begleitet.¹

1.1. Was ist der Vorsorgedialog?

Der Vorsorgedialog stellt den

- **Pflegeheimbewohnern/innen** und ggf. deren gesetzlichen Vertreter/innen, **ihren Angehörigen** und Vertrauenspersonen, sofern der Bewohner/die Bewohnerin das Betreuungsteam von der Verschwiegenheitspflicht ausgenommen hat.²
- **sowie dem Betreuungsteam** (Pflege und Ärzte/Ärztinnen)

einen strukturierten Kommunikationsprozess zur Verfügung.

Durch dieses Gesprächsformat wird der Wille der Bewohner/innen für krisenhafte Situationen frühzeitig und kontinuierlich erkundet und dokumentiert. Dadurch stehen dem Betreuungsteam und ev. beigezogenen (Notfall- bzw. Bereitschafts-) Mediziner/innen in krisenhaften Situationen grundlegende Informationen für die Entscheidungsfindung zur Verfügung. **Der Vorsorgedialog kann somit die Schaffung von Sicherheit und Klarheit in der Entscheidungsfindung im Sinne der Bewohner/innen unterstützen. Er trägt auch dazu bei, dass Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner/innen rechtzeitig erkannt und berücksichtigt werden können. Damit ist der Vorsorgedialog eine bedeutende Grundlage der Lebensqualität der Bewohner/innen.**

Der Vorsorgedialog stärkt zugleich die Kompetenz der Mitarbeiter/innen im Pflegeheim, den Bewohner/innen ermöglicht der Vorsorgedialog ein gutes Leben und ein würdiges Sterben.

¹ Die landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen in Ihrem Bundesland und der Dachverband Hospiz Österreich stehen Ihnen als Ansprechpartner/innen zur Verfügung. Die Kontaktdaten finden Sie als Anlage am Ende des Dokumentes.

² Vgl. Abschnitt 3.3.1. und Fußnote 6.

1.2. Den Willen der Bewohner/innen frühzeitig ergründen

Der Vorsorgedialog stellt ein Angebot des Pflegeheims an die Bewohner/innen dar. Ein solches Gespräch kann daher **nur im Einvernehmen und auf Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners** stattfinden.

Im Fokus des Vorsorgedialogs steht der Wille der Bewohner/innen. Der Vorsorgedialog ergründet Themen, die im Krisenfall zu entscheiden sind wie Sondenernährung (PEG-Sonde), Reanimation, Therapiezieländerung und die Umstände, unter welchen eine Krankenhauseinweisung abgelehnt wird.

Die Bewohner/innen werden damit in die Lage versetzt, ihr Selbstbestimmungsrecht frühzeitig wahr zu nehmen und entsprechende Handlungsanweisungen für einen späteren Zeitpunkt - bei Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit - festzulegen.

Der Vorsorgedialog ist ein Kommunikationsinstrument zur Erfassung des aktuellen voraus verfügbaren Bewohner/innenwillens. **Es handelt sich beim Vorsorgedialog allerdings nicht um eine verbindliche Patient/innenverfügung im Sinne des PatVG**, da die Formalkriterien für diese nicht erfüllt sind.

Oftmals ist es auch an *Demenz* erkrankten Bewohnern/innen noch möglich, ihren erklärten Willen zu äußern. Insofern diese aber nur mehr eingeschränkt bzw. gar nicht mehr urteils- und einsichtsfähig sind, ist hier das Ziel des Vorsorgedialogs, den *mutmaßlichen Willen* der Bewohner/innen möglichst authentisch zu erfassen. Dies gelingt durch die Zusammenschau aller in den Behandlungs- und Betreuungsprozess involvierten Kräfte gemeinsam mit den Äußerungen und Handlungen der Bewohnerin/ des Bewohners. Das dokumentierte Ergebnis ist auch eine hilfreiche Entscheidungsgrundlage für allfällige gesetzliche Vertreter/innen.

1.3. Sicherheit und Klarheit für das Betreuungsteam

Der Vorsorgedialog nimmt dem Betreuungsteam keine Entscheidungen ab, sondern hilft, den Patientenwillen zu ergründen! Er darf auch nicht dazu benutzt werden, um Bewohnern/innen Entscheidungen aufzudrängen, z.B. um ein beschleunigtes Sterben herbeizuführen.

Der Vorsorgedialog stellt vielmehr die Grundlage für gute und verantwortungsvolle Entscheidungen im Sinne des Bewohner/innenwillens und auf Basis der medizinischen Indikation dar. Die im Vorsorgedialog beteiligten Ärzte/innen sollten über palliativmedizinische und geriatrische Kompetenz verfügen.

2. Konkrete Umsetzung des Vorsorgedialogs im Pflegeheim

2.1. Wann sollte das Erstgespräch stattfinden?

Es wird empfohlen das Erstgespräch innerhalb der ersten vier bis acht Wochen nach dem Eintritt ins Pflegeheim durchzuführen. Weitere Vorsorgedialoggespräche sollten in regelmäßigen Abständen wiederholt bzw. evaluiert werden. Die **Koordinierung erfolgt durch die Pflege**.

2.2. In welchen Abständen soll eine Evaluierung des Gesprächs stattfinden?

Eine regelmäßige inhaltliche Evaluierung des Bewohner/innenwillens ist ein grundlegendes Qualitätsmerkmal dieses Instruments. Vorgeschlagen wird **zwei Mal jährlich** und jedenfalls bei Feststellung einer relevanten Veränderung des Gesamtzustandes der Bewohnerin/des Bewohners; z.B. Gesundheitszustand, Bewohner/innenwille, etc.

2.3. Wer sollte beim Vorsorgedialog dabei sein?

Ein Gespräch im Rahmen des Vorsorgedialogs erfordert die Anwesenheit folgender Teilnehmer/innen:

- Bewohner/in (immer)³
- Angehörige/Vertrauenspersonen (sofern die Bewohnerin/der Bewohner zustimmt und das Betreuungsteam von der Verschwiegenheitspflicht entbindet) – vgl. Abschnitt 3.3.1
- Gesetzliche/r Vertreter/in (Vorsorgebevollmächtigte/r bzw. Sachwalter/in mit Wirkungskreis für medizinische Belange)
- Vertreter/in Pflege (z.B.: Bezugspflege und/ oder Stationsleitung etc.; Vertreter/in ist in die Pflege der Bewohnerin/des Bewohners aktiv eingebunden)
- Ärztin/Arzt mit palliativmedizinischer und geriatrischer Kompetenz bzw. Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Optional und fallbezogen: Psychologe/in, Sozialarbeiter/in, Seelsorger/in, Ehrenamtliche

Wichtig ist, dass die Sichtweisen von Pflege und Ärztin/Arzt einbezogen sind und dass die Dokumentation (Protokoll) die medizinische Perspektive und die Perspektive der Pflege sichtbar macht.

Folgt der/die gesetzliche Vertreter/in der Gesprächseinladung nicht, so ist diese/r vom Ergebnis zu informieren.

³ Bei Bewohner/innen, deren aktiver Einbezug aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung (z.B. weit fortgeschrittene Demenz) nicht möglich ist, wird der mutmaßliche Wille erhoben. Dieser wird durch die am Gespräch teilnehmenden Personen (betreuende Ärzte/innen, Betreuungspersonen in Pflege, psychosozialen Berufen...), Angehörige und Vertrauenspersonen eruiert, indem vergangene und aktuelle Beobachtungen, themenrelevante Äußerungen der Bewohnerin/des Bewohners vor der Erkrankung zusammengetragen und als mutmaßlicher Wille dokumentiert werden. Auch dieses Gespräch hat allerdings in Beisein der Bewohnerin/des Bewohners stattzufinden – wenn nötig z.B. am Bett der Bewohnerin/des Bewohners. Vgl. Fußnote 9.

2.4. Wie kann zum Vorsorgedialog eingeladen werden?

Die Einladung zum Vorsorgedialog erfolgt durch die Pflege (siehe auch Gesprächsleitfaden) bzw. auf Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners.

2.5. Wie kann ein Gespräch im Rahmen des Vorsorgedialogs ablaufen?

Ein Gespräch zum Vorsorgedialog sollte folgende Elemente beinhalten (siehe auch Gesprächsleitfaden):

Die nachfolgende Anordnung des Gesprächs stellt einen Vorschlag dar, im Einzelfall können Reihenfolge und Inhalte der einzelnen Gesprächselemente auch verändert werden.

- **Einstiegsfrage**, die zum Thema hinführt.
- Erfassen des **Entscheidungshintergrundes** – Welche Form des Bewohner/innenwillens liegt vor? (z.B.: Patienten/innenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.). Einschätzung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Bewohnerin/des Bewohners. Diese beruht auf den Einschätzungen der Ärzte/ Ärztinnen.
- Gemeinsame vorgenommene **Einschätzung des IST-Zustands** der Bewohnerin/des Bewohners **von Arzt/Ärztin und Pflege** (Erläuterung der Diagnose(n), Prognose und Erläuterung der Betreuungs- und Behandlungsziele)
- **Rückfragen/ Rückmeldungen** der Bewohnerin/des Bewohners zum IST-Zustand – Austausch zwischen Betreuungsteam und Bewohner/in, wie der Zustand der Bewohnerin/des Bewohners wahrgenommen und eingeschätzt wird.
- Dialog über **relevante Themen** im Kontext des Vorsorgedialogs: (psycho-) soziale und spirituelle Bedürfnisse, Sondenernährung, Krankenhauseinweisung, Therapiezieländerung, Einsatz von Schmerzmitteln, Reanimation
- **Ausfüllen des Krisenblattes**, wenn es medizinische Ablehnungen gibt. Das Krisenblatt wird nur in diesem Fall ausgefüllt.

2.6. Dokumentation des Vorsorgedialogs

Gespräche im Rahmen des Vorsorgedialogs sind zu dokumentieren (siehe Dokumentation). Die Dokumentation ist bei jedem Gespräch im Rahmen des Vorsorgedialogs neu auszufüllen!

Das Gespräch und die Inhalte sollen durch die Unterschrift aller Teilnehmer/innen bestätigt werden.

3. Der Gesprächsleitfaden als Unterstützung zur Durchführung des Vorsorgedialogs⁴

3.1. Einführung

Einen Vorsorgedialog zu moderieren ist eine herausfordernde Aufgabe. Der folgende Gesprächs- und Anwendungsleitfaden⁵ soll Sie dabei unterstützen.

3.2. Grundhaltung

Als Grundhaltung für diese Gespräche sind folgende Punkte wichtig:

- Eine fragende, erkundende, empathische Haltung gegenüber Bewohner/in und Angehörigen einnehmen. Es geht um den Willen und die Bedürfnisse der Bewohnerin/des Bewohners. Die Bewohner/innen sollen spüren, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen werden.
- So wenige Fachbegriffe wie möglich verwenden
- immer wieder nachfragen, ob das Gesagte verstanden wird
- Die Dauer und Intensität des Gespräches ist der Konzentrationsfähigkeit und Tagesverfassung der Bewohnerin/des Bewohners anzupassen.

3.3. Vorbereitung

3.3.1. Einladung der Bewohnerin/des Bewohners zum Vorsorgedialog

Der Vorsorgedialog stellt ein Angebot des Pflegeheims an die Bewohner/innen dar. Ein solches Gespräch kann daher nur im Einvernehmen und auf Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners stattfinden. In der Regel übernimmt der Arzt/die Ärztin die Gesprächsführung.

Beispieltext für die mündliche Einladung der Bewohnerin/des Bewohners:

In unserem Haus ist es üblich, dass wir alle Bewohner/innen zu einem Vorsorgedialog einladen. In diesem Gespräch geht es um Ihre Wünsche und Bedürfnisse.

Wir möchten, dass Sie sich hier wohlfühlen und wollen daher mehr über Ihre Wünsche und Bedürfnisse erfahren. Wir werden auch darüber sprechen, was Sie sich wünschen, falls ein Notfall eintritt und wichtige Behandlungsentscheidungen zu treffen sind.

⁴ Der Gesprächsleitfaden dient als Orientierung und muss auf die jeweilige Situation entsprechend abgestimmt werden.

⁵ Dieser Gesprächsleitfaden ist zu verwenden bei Bewohnern/innen, die ganz oder zumindest teilweise einsichts- und urteilsfähig sind und ihren Willen äußern können. Im Fall von nicht einsichts- und urteilsfähigen Bewohnern/innen muss der Leitfaden adaptiert und an die Gesprächssituation mit Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter/innen angepasst werden. In diesen Fällen kann nur der mutmaßliche Wille der Bewohner/innen erhoben und dokumentiert werden.

Wollen Sie mit uns – Ihrem Betreuungsteam - im Beisein Ihrer Vertrauenspersonen oder Angehörigen – darüber sprechen?

Es wäre schön, wenn Sie uns jene Angehörige, Vertrauenspersonen nennen würden, die Sie bei dem Gespräch dabei haben wollen. Sind Sie einverstanden, dass Ihre Angehörigen/Vertrauenspersonen auch von uns, Ihrem Betreuungsteam, Auskunft über Ihren Gesundheitszustand erhalten?⁶

Wenn Bewohner/innen einem solchen Gespräch zustimmen, kann zu den Vorbereitungen (siehe nächster Punkt) übergegangen werden. Sind Bewohner/innen nicht einsichts- und urteilsfähig, kann diese Einladung entfallen und gleich zu den Vorbereitungen übergegangen werden (siehe Fußnote 2).

3.3.2. Vorbereitung zum Vorsorgedialog

Vorbereitung für das Gespräch des Vorsorgedialogs

- Das Aufnahme-Assessment sollte bereits abgeschlossen sein, d.h. das Betreuungsteam (alle involvierten Ärzte/innen und Pflegepersonen) im Haus kennt den medizinischen und pflegerischen IST-Zustand der Bewohnerin/des Bewohners.
- Einladung aller Beteiligten:
 - Bewohner/in
 - Angehörige/Vertrauenspersonen (sofern die Bewohnerin/der Bewohner zustimmt und das Betreuungsteam von der Verschwiegenheitspflicht entbindet)⁷
 - Gesetzliche/r Vertreter/in (Vorsorgebevollmächtigte/r bzw. Sachwalter/in mit Wirkungskreis für medizinische Belange).
 - Vertreter/in Pflege (z.B.: Bezugspflege und/ oder Stationsleitung etc.; Vertreter/in ist in die Pflege der Bewohnerin/des Bewohners aktiv eingebunden)
 - Ärztin/Arzt mit palliativmedizinischer und geriatrischer Kompetenz bzw. Allgemeinmediziner/in
 - Optional und fallbezogen: Psychologe/in, Sozialarbeiter/in, Seelsorger/in, Ehrenamtliche
- Klären eines passenden Ortes für das Gespräch (ruhige, ungestörte Atmosphäre).
- Klärung, wer das Gespräch moderiert und wer es dokumentiert.

⁶ Diese Frage muss gestellt und die Antwort dokumentiert werden, um das Betreuungsteam von der Schweigepflicht gegenüber Außenstehenden zu entbinden.

⁷ Vgl. 3.3.1. und Fußnote 6.

3.4 Gesprächsablauf⁸

3.4.1. Begrüßung, Einleitung, Ansprechen von Erwartungen

Beispieltext für die Begrüßung, Einführung, Ansprechen von Erwartungen:

Herzlich willkommen zu diesem Gespräch, dem Vorsorgedialog. Wie schon in der Einladung angekündigt, ist es in unserem Haus üblich, dass wir alle Bewohner/innen zu einem Vorsorgedialoggespräch einladen. Wir wollen, dass Sie sich bei uns rundum wohlfühlen und möchten daher mehr über Ihre Wünsche und Bedürfnisse erfahren, damit wir diese bestmöglich erfüllen können. Wir werden auch darüber sprechen, was Sie sich wünschen, falls ein Notfall eintritt und wichtige Behandlungsentscheidungen zu treffen sind.

Wir freuen uns, dass Sie mit uns ein solches Gespräch führen wollen. Alles, was Sie heute hier zu Ihrem Willen, Ihren Wünschen und Bedürfnissen sagen, können Sie natürlich jederzeit wieder verändern oder anpassen. Denn das, was Sie aktuell in der Situation wollen, zählt immer mehr als das, was Sie früher einmal geäußert haben.

Wir werden von uns aus ein solches Gespräch in ca. einem halben Jahr oder aus gegebenem Anlass wieder anbieten. Wenn Sie selbst den Wunsch haben oder sich Ihre Bedürfnisse ändern, können Sie jederzeit ein Gespräch einfordern.

Haben Sie sich schon Gedanken gemacht zu dem Gespräch? Was erwarten Sie sich von diesem Gespräch?

3.4.2 Erläuterung zum Sinn des Gesprächs aus Sicht der Gesprächsverantwortlichen

Nachdem die Bewohnerin/der Bewohner sich zu ihren/seinen Erwartungen geäußert hat, stellt die Gesprächsleitung nochmals dar, was aus Sicht des Betreuungsteams Sinn und Ziel eines Gesprächs im Rahmen des Vorsorgedialogs ist und knüpft dabei an die geäußerten Wünsche und Bedürfnisse an.

Beispieltext für die Erläuterung zum Sinn und Ziel aus Sicht der Gesprächsverantwortlichen:

Wie Sie schon angesprochen haben.....

Ich habe gehört, dass Sie gesagt haben.....

Es ist uns wichtig zu erfahren, was Ihnen Lebensqualität gibt. Wir wollen wissen, was Ihnen wichtig ist (Das können Familienfeste, eine Familienzusammenführung, ein Theaterbesuch...sein). Wir werden uns bemühen und alles tun, damit Sie sich hier wohl fühlen und Ihre Bedürfnisse gut erfüllt werden.

Uns ist es auch wichtig abzuklären, welche Wünsche und Bedürfnisse Sie haben, falls der gesundheitliche Zustand sich massiv verschlechtern würde und das Sterben absehbar ist. Es können sich dann Fragen stellen zu lebenserhaltenden Maßnahmen wie künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder Reanimation nach einem Herz-Kreislaufstillstand. Es kann auch um den Ort des Sterbens gehen. Soll es das Pflegeheim sein oder würden Sie eine Einweisung in ein Krankenhaus wünschen? Wir würden gerne jetzt schon über diese Themen sprechen, damit wir bei Bedarf so handeln können, wie Sie es sich wünschen.

⁸ Der Gesprächsverlauf ist als Muster zu sehen.

3.4.3. Erfassen des Entscheidungshintergrundes

Nun sollte die Gesprächssituation soweit aufbereitet sein, dass der Entscheidungshintergrund erfasst werden kann.

Beispieltext für die Überleitung zum Erfassen des Entscheidungshintergrundes:

Haben Sie sich zur letzten Lebensphase, zum Sterben schon einmal Gedanken gemacht? Haben Sie darüber schon einmal mit Ihrer Familie gesprochen? Haben Sie zur letzten Lebensphase, zum Sterben schon Vorkehrungen getroffen, z.B. eine Patientenverfügung gemacht?

3.4.4. Erläuterung des IST Zustandes

Nach der Klärung des Entscheidungshintergrundes soll der medizinische IST-Zustand der Bewohnerin/des Bewohners besprochen werden. Es kann hilfreich sein damit einzusteigen, was die Bewohnerin/der Bewohner selbst über diesen IST-Zustand weiß bzw. wie sie/er diesen einschätzt. Welche Vorstellungen hat die Bewohnerin/der Bewohner zu Krankheitsursachen, Krankheitsprozess, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose?

Beispieltext für diesen Einstieg

Wir würden gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie sich gesundheitlich fühlen. Wie geht es Ihnen?

Hier kann/soll seitens Arzt/Ärztin und Pflege auch nachgefragt werden:

Was meinen Sie damit? Was genau beschäftigt Sie da?

Wenn Schmerzen angesprochen werden:

Wo genau tut es Ihnen weh? Wie oft? etc...

Erläuterung des IST Zustandes durch die Ärztin/den Arzt, Ergänzungen durch die Pflege

Im nächsten Schritt greift die Ärztin/der Arzt möglichst viel von dem auf, was die Bewohnerin/der Bewohner gesagt hat und fasst daran anknüpfend, in möglichst verständlicher Sprache, den IST-Zustand der Bewohnerin/des Bewohners zusammen. Die Pflege ergänzt aus ihrer Perspektive.

Im nächsten Schritt sollen Bewohner/in und auch Angehörige ermuntert werden nachzufragen, um alles, was ihnen unklar ist an Diagnose und Prognose, zu klären.

Beispieltext, um das Nachfragen und die Auseinandersetzung der Bewohnerin/des Bewohners mit dem IST-Zustand anzuregen.

Sie können alles nachfragen, was für Sie noch unklar ist....Manches war vielleicht nicht ganz verständlich oder manche medizinischen Begriffe waren nicht ganz klar.....Uns ist es wichtig, dass Sie sich verstanden fühlen und Sie möglichst viel Klarheit nach diesem Gespräch haben.....

3.4.5. Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben im Pflegeheim

In diesem nächsten Schritt soll darüber gesprochen werden, was der Bewohnerin/dem Bewohner für ein gutes Leben und würdiges Sterben im Pflegeheim wichtig ist.

Beispieltext für diesen Einstieg

Wir haben jetzt darüber gesprochen, wie es Ihnen körperlich geht und was Sie beschäftigt. Jetzt möchten wir Ihnen gerne Gelegenheit geben, darüber zu reden, was Ihnen für Ihre Zeit hier im Pflegeheim wichtig ist, so dass wir Ihre Wünsche und Bedürfnisse auch gut erfüllen können.

...zu psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich hier bei uns ganz wohl fühlen können (z.B. Friseur/in, Kirchenbesuch, Spaziergänge,...)?

Es geht insbesondere darum, bereits als sensibel erkannte Themen anzusprechen und auch zu vertiefen (z.B. Umgang mit Konflikten in der Familie, äußeres Erscheinungsbild...).

...zu medizinischen Interventionen, z.B. Ernährung (PEG-Sonde), Reanimation, Bedingungen einer Krankenhauseinweisung.....

Ansprechen von wichtigen Themen, die im Zuge einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wichtig werden könnten, insbesondere in Fragen von

- Ernährung (PEG-Sonde)
- Schmerz
- Reanimation nach beobachtetem und nicht beobachtetem Herzkreislaufstillstand
- Bedingungen einer Krankenhauseinweisung, wenn das Sterben absehbar ist.

Beispieltext für den Einstieg und Fragen

Wir möchten mit Ihnen nun auch vorausblickend darüber reden, was Ihnen wichtig ist, wenn es Ihnen einmal schlechter gehen sollte und das Sterben nahe ist.

Was ist Ihnen wichtig, wenn das Sterben nahe ist?

Wenn wir in Ihr Zimmer kommen und Ihr Herz schlägt nicht mehr: Wollen Sie, dass wir Sie wiederbeleben?

Wenn sich das Lebensende abzeichnet, wollen Sie dann in ein Krankenhaus gebracht werden?

...zum Versterben und zum Begräbnis

Beispielfragen

Was bedeutet für Sie Lebensqualität bis zuletzt?

Was bedeutet körperliches Wohlbefinden?

Was bedeutet Schmerzfreiheit?

*Was bedeutet gute Schmerzlinderung?
Was bedeutet respektvoller Umgang?*

Haben Sie sich überlegt, wo Sie Ihre letzten Tage/Stunden verbringen wollen? Wo nicht? Sollte dieser Raum für Sie besonders gestaltet sein?

Wünschen Sie sich religiöse Begleitung oder nicht? Wenn ja, in welcher Form? Welche Rituale etc.?

Haben Sie Wünsche für die Zeit nach Ihrem Tod (z.B. Begräbnis, religiöse Rituale, Kleidung, Abschiedsfeier für Mitbewohner/innen...)?

Haben wir etwas, das Ihnen wichtig ist, wenn es um das Sterben geht, noch nicht besprochen? Möchten Sie noch etwas hinzufügen oder fragen?

3.4.6. Wer kann/muss das Formular unterschreiben

Das Gespräch und die Inhalte sollen durch die Unterschrift aller Teilnehmenden bestätigt werden. Der Bewohnerin/dem Bewohner und den Angehörigen ist nach dem Gespräch ausreichend Zeit zu geben, das Dokument nochmals gründlich zu lesen und erst dann zu unterschreiben.

3.4.7. Ergänzende Bemerkungen

Hier kann festgelegt werden, wann das nächste Gespräch stattfinden soll bzw. wer über dieses Gespräch außerhalb der teilnehmenden Personen noch informiert werden soll und wer für diese Information Verantwortung übernimmt. An dieser Stelle können auch Beobachtungen festgehalten werden, die für das Gespräch oder den weiteren Verlauf der Betreuung relevant sein können.

Beispiele für ergänzende Bemerkungen

Das nächste Gespräch findet am....statt...

Tochter und Sohn sind sich nicht einig in ihrer Einschätzung zu ...

Bewohner/in saß während des Gesprächs dabei, sagte aber nichts.

Bewohner/in hat im Anschluss an das Gespräch folgenden Wunsch/ folgendes Gefühl geäußert.

Bewohner/in weinte.

Bewohner/in will das Krisenblatt dieses Mal nicht bearbeiten, überlegt sich das aber für das nächste Mal.

3.4.8. Ausfüllen des Krisenblattes

Wenn es von Seiten der Bewohnerin/des Bewohners eindeutig Ablehnungen von medizinischen Maßnahmen gibt, dann kann das Krisenblatt gemeinsam ausgefüllt werden.

Das Krisenblatt darf nie unabhängig vom Vorsorgedialog verwendet werden, sondern NUR im Rahmen und als Teil der Vorsorgedialoggespräche!

Beispieltext für den Einstieg in das Thema Krisenblatt

Im Fall einer Krisensituation, z.B. bei einem Herz- oder Atemstillstand in der Nacht, wo die Notärztin/der Notarzt gerufen werden muss, ist es uns wichtig, dass Ihre Wünsche, so wie wir Sie heute besprochen haben, berücksichtigt werden.

Für diesen Fall bieten wir Ihnen an, ein Krisenblatt auszufüllen. Dieses Krisenblatt wird der Notärztin/dem Notarzt zur Verfügung gestellt und soll ihr/ihm zur Orientierung für ihre/seine Entscheidungen dienen, damit sie/er möglichst nach Ihren Wünschen handeln kann.

Sollen wir dieses Blatt für Notfälle und Krisen einmal mit Ihnen durchgehen?

3.4.9. Abschluss (vor oder nach dem Krisenblatt)

Es ist uns wichtig, dass Sie wissen, dass Sie diese Willensäußerungen, die wir heute hier besprochen haben, jederzeit formlos ändern und jederzeit widerrufen können. Der aktuelle, in der Situation geäußerte Wille zählt immer mehr als das Festgeschriebene. Ihre Willensäußerung im Vorsorgedialog verliert die Wirksamkeit, wenn sie diese selbst widerrufen oder zu erkennen geben, dass sie nicht mehr wirksam sein soll (in Anlehnung an § 10 Abs.2 PatVG).

Wir werden Ihnen von uns aus ein Gespräch, wie wir es heute geführt haben, in ca. einem halben Jahr oder aus gegebenem Anlass wieder anbieten. Wir danken Ihnen, dass Sie sich für dieses Gespräch Zeit genommen haben.

4. Dokumentation zum Vorsorgedialog

4.1. Persönliche Daten der Bewohnerin/des Bewohners

Familienname / Vorname	
SVNr./Geb. Datum	
Sozialversicherungsträger	
Adresse	

4.2. Entscheidungshintergrund

Beruhet auf den Einschätzungen der Angehörigen und der Gesundheitsberufe sowie auf den Gesprächen im Rahmen des Vorsorgedialoges siehe Pkt. 3.

Die **in diesem Vorsorgedialog dokumentierten Willensbekundungen** und Entscheidungen drücken Folgendes aus: *(bitte Zutreffendes ist anzukreuzen)*

... den Willen der/des einsichts- und urteilsfähigen Bewohnerin/s	<input type="radio"/>
... den Willen der Bewohnerin/des Bewohners, bei der/dem die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht eindeutig feststellbar ist.	<input type="radio"/>
... den mutmaßlichen Willen der Bewohnerin/des Bewohners ⁹	<input type="radio"/>

Folgende Instrumente zur Selbstbestimmung liegen vor:

	Erstellungsdatum	Wo hinterlegt?
Verbindliche PatientInnenverfügung liegt vor und die Inhalte sind bekannt:		
Beachtliche PatientInnenverfügung liegt vor und die Inhalte sind bekannt		

	Erstellungsdatum	Wer ist bevollmächtigt?
Vorsorgevollmacht für medizinische Angelegenheiten liegt vor:		
Sachwalterschaft für medizinische Belange liegt vor:		

⁹ Dieser wird durch die am Gespräch teilnehmenden Personen (betreuende/r Arzt/Ärztin, Betreuungspersonen in Pflege, psychosozialen Berufen...), Angehörige und Vertrauenspersonen eruiert, indem vergangene und aktuelle Beobachtungen, themenrelevante Äußerungen der Bewohnerin/des Bewohners vor der Erkrankung zusammengetragen und als mutmaßlicher Wille dokumentiert werden. Vgl. auch Abschnitt 5.

4.3. IST - Zustand - Einschätzung von Arzt/Ärztin, Pflege und optional anderen Berufsgruppen (z.B. Therapeut/in, Sozialarbeiter/in, etc.)

Einschätzung der Ärztin/des Arztes: Hauptdiagnosen, relevante Nebendiagnosen, zu erwartender Krankheitsverlauf

Einschätzung der Pflege sowie anderer Gesundheits- und Sozialberufe

4.4. Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben im Pflegeheim

...zu **psycho-sozialen** und **spirituellen Bedürfnissen** (siehe Gesprächsleitfaden)

...zu **medizinischen und pflegerischen Interventionen, die die Bewohnerin/der Bewohner möchte/nicht möchte** z.B. Ernährung (PEG-Sonde), Schmerzmittel, Reanimation, Bedingungen einer Krankenhauseinweisung.... (siehe Gesprächsleitfaden)

...zum **Versterben und zum Begräbnis** (siehe Gesprächsleitfaden)

4.5. Informationen zur Durchführung und Dokumentation des Gesprächs

Gesprächsleitung		
Teilnehmende:		
Name	Beziehung zur Bewohnerin/ zum Bewohner¹⁰	Unterschrift¹¹
Ergänzende Bemerkungen		

Alle Beteiligten wurden noch einmal darauf hingewiesen, dass die Bewohnerin/der Bewohner ihre/seine Entscheidung jederzeit widerrufen kann.

¹⁰ Bitte ausfüllen mit Namen und Beziehung zur Bewohnerin/zum Bewohner, z.B.: Dr.ⁱⁿ Sabine Jaritz (Hausärztin).....Herbert Müller (Ehemann), Sabine Brenner (Tochter)

11. Das Gespräch und die Inhalte sollen durch die Unterschrift aller Teilnehmer/innen bestätigt werden.

4.6.Krisenblatt auf Basis des Vorsorgedialoges

Name der Bewohnerin/des Bewohners: _____ Datum: _____

Geburtsdatum/SVNR: _____ Sozialversicherungsträger: _____

Kontaktpersonen:	
Name	Telefonnummer
Hausärztin/Hausarzt:	
Angehörige/Vertrauenspersonen:	
Gesetzliche Vertreter/in:	

MASSNAHMEN FÜR KRISENHAFTE SITUATIONEN

I.	Cardiopulmonale Reanimation bei Atem-Kreislaufstillstand wird ...			
	wenn beobachtet		wenn NICHT beobachtet	
	ABGELEHNT	BEFÜRWORTET	ABGELEHNT	BEFÜRWORTET
	... von der/dem urteils- und einsichtsfähigen Bewohnerin/Bewohner bzw. der gesetzlichen Vertretung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt entsprechend der aktuellen medizinischen Indikation			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... durch eine verbindliche Patient/innenverfügung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...durch eine beachtliche Patient/innenverfügung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Die Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Ziel der Lebensverlängerung wird ... (Krankenhauseinweisungen mit dem Behandlungsziel der Linderung, z.B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind davon nicht betroffen.)			
	ABGELEHNT	BEFÜRWORTET		
	... von der/dem urteils- und einsichtsfähigen Bewohnerin/Bewohner bzw. der gesetzlichen Vertretung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	... von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt entsprechend der aktuellen medizinischen Indikation			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	... in einer verbindlichen Patient/innenverfügung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	... in einer beachtlichen Patient/innenverfügung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

III. Der mutmaßliche Wille der/des nicht einsichts- und urteilsfähigen Bewohnerin/Bewohners gestaltet sich wie folgt:

[Empty box for recording the presumed will of the resident]

Hiermit bestätige ich, dass das Krisenblatt nach Durchführung und auf Basis des gemeinsam mit der Bewohnerin/dem Bewohner stattgefundenen Vorsorgedialogs ausgefüllt wurde.

Unterschrift Bewohner/in

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Pflege

Unterschrift gesetzl. Vertretung

Unterschrift Angehörige (optional)

Unterschrift Angehörige (optional)

5. Erläuterungen zum Vorsorgedialog

5.1. Anliegen, Sinn und Ziel des Vorsorgedialogs

5.1.1. Aktuelle Herausforderungen im Pflegeheim

Die Bewohner/innen kommen in immer schlechterem Zustand, multimorbid und oftmals an Demenz erkrankt ins Pflegeheim. Hinzu kommt eine immer kürzere Verweildauer der Bewohner/innen. Die Anzahl der Sterbefälle ist angestiegen.

Die medizinische Versorgung im Großteil der österreichischen Heime erfolgt über die Hausärzte/innen, die am Abend, in der Nacht und am Wochenende nicht vor Ort sein können. In diesen Heimen gibt es keine durchgängige medizinische Präsenz. Palliativpflegerisches, palliativmedizinisches und geriatrisches Wissen und Knowhow sind NICHT in allen Heimen umfassend präsent. Studien in Österreich zeigen, dass viele Transferierungen ins Krankenhaus, die für die Bewohner/innen strapaziös und gesundheitlich häufig kontraproduktiv sind, mit der hier beschriebenen Situation zu tun haben und vermeidbar wären (vgl. Kada et al. 2009; Lattacher 2009; Schippinger 2011).

Aber auch in Einrichtungen mit Heimärzten/innen ist nicht immer dieselbe Ärztin/derselbe Arzt für ein und dieselbe Bewohnerin/denselben Bewohner verfügbar. Kommt es in der Nacht oder am Wochenende zu einer Krisensituation (z.B. Herz-/Atemstillstand), dann wird die/der gerade diensthabende Ärztin/Arzt hinzugezogen, die/der aber mit der betreffenden Bewohnerin/dem betreffenden Bewohner häufig nicht vertraut ist. Es stellen sich dann ähnliche Fragen wie in den Heimen, die mit Hausärzten/innen zusammen arbeiten.

5.1.2. Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner/innen

Mit dem Eintritt ins Pflegeheim tragen die Organisation und das Betreuungsteam **Mitverantwortung** dafür, dass die **Bedürfnisse** (medizinisch, pflegerisch, psycho-sozial, spirituell, ethisch) **und die Wünsche der Bewohner/innen** in ihrer letzten Lebensphase bestmöglich erfüllt werden. Die Fragen nach diesen Bedürfnissen und Wünschen erfordern ein **prozesshaftes „Im-Gespräch-Bleiben“**, ein Bemühen, diese Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner/innen wahrzunehmen und in einen Dialog darüber zu treten – in einen Vorsorgedialog.

5.1.3. Die Implementierung des Vorsorgedialog im Pflegeheim

Die Einführung des Vorsorgedialogs im Pflegeheim stellt eine Intervention im Sinn der Qualitäts- und Organisationsentwicklung der betreffenden Einrichtung dar. Der Vorsorgedialog ist ein Schritt zur (weiteren) Vertiefung und Verankerung von Hospizkultur und palliativer Kompetenz im Pflegeheim.

In diesem Rahmen ist der Einführungsprozess auch als Organisationsentwicklung in den Blick zu nehmen. Ähnlich wie bei der Einführung eines Mitarbeiter/innengesprächs erfordert die Einführung des Vorsorgedialogs eine Vorbereitung der Organisation und der Mitarbeiter/innen auf die Anwendung dieses Instruments. Folgende Fragen stellen sich beispielhaft:

- Sind in der Pflege ausreichend Moderationskompetenzen vorhanden, um das Gespräch sensibel und achtsam moderieren zu können?

- Können allfällig auftretende Konflikte zwischen Beteiligten (z.B.: Angehörigen und Bewohner/in, Angehörige und Ärztin/Arzt, Angehörige untereinander etc.) produktiv aufgefangen werden?
- Welche Art von Schulung/Vorbereitung brauchen die Teilnehmer/innen am Vorsorgedialog, um das Gespräch gemeinsam gut führen zu können?
- Wie wird der Vorsorgedialog intern und extern kommuniziert? Wie kann möglichst gut und effektiv kommuniziert werden, dass es damit um Qualität, Bedürfnisse und Willen der Bewohner/innen geht? Wie kann vermieden werden, dass der Vorsorgedialog als „Formular für schnelles Sterben“ missverstanden und diskreditiert wird?
- Wie können die Hausärzte/innen möglichst gut in den Vorsorgedialog eingebunden werden? Wie wird die geriatrische und palliativmedizinische Kompetenz gesichert?
- Wo im Haus gibt es einen passenden Raum für das Gespräch (ruhige, ungestörte Atmosphäre) bzw. wo kann ein solcher geschaffen werden?
- Wie kann der Vorsorgedialog möglichst effektiv dokumentiert werden? Wie kann er möglichst effektiv mit anderen Formen der Bewohner/innendokumentation verlinkt werden, so dass keine Doppelgleisigkeiten entstehen?
- Wie können Anfangsfehler möglichst rasch bemerkt, korrigiert und ein lernorientiertes, prozesshaftes Umsetzen gewährleistet werden?

Diese Fragen zeigen beispielhaft auf, dass die Einführung und konkrete Umsetzung auf Organisationsebene eine Reihe von begleitenden Maßnahmen erfordert.

Dieser Einführungsprozess ist als Organisationsentwicklungsprojekt zu betrachten, der von externen Beratungspersonen begleitet werden sollte. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an die landeskoordinierenden Hospizstellen in Ihrem Bundesland bzw. an den Dachverband Hospiz Österreich.

Intern braucht es ein Projektteam, in das die Hausleitung, die Pflegedienstleitung, der/die Palliativbeauftragten und ihr/sein Team, eine Wohnbereichs-, Stationsleitung und eine Pflegeperson ohne Führungsverantwortung jedenfalls einzubeziehen sind.

5.2. Verwendete und weiterführende Referenzen aus der Fachliteratur

Barclay, L. (2010), *Advance Care Planning May Improve End-of-Life Care for Patient and Family*. *Medscape*. Mar 23, 2010.

Bublak, R. (2014), *Leben retten oder sterben lassen. Notfälle in der Palliativmedizin*, in: *Focus Onkologie*, 2014/17, 1-2, S. 12-15.

Carr, D. (2012), I Don't Want to Die Like That...The Impact of Significant Others' Death Quality on Advance Care Planning, in: *Gerontologist*. 2012;52(6):770-781.

Frohnhofen, H; Pianta, T; Röhrig, G; Schulz, R. J.; *Palliativmedizin in der Geriatrie*; *Z Palliativmed* 2014; 15: 266–275 © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart New York.

Geschäftsstelle der Bioethikkommission; Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn Wien, 2011.

Kirchhoff, K.T., Hammes, B.J., Kehl, K.A., Briggs, L.A., Brown, R.L. (2010), Effect of a Disease-Specific Planning Intervention on Surrogate Understanding of Patient Goals for Future Medical Treatment, in: *Journal of the American Geriatrics Society JAGS*, 58, pp 1233-1240.

Kada, Olivia/ Brunner, Eva/ Janig, Herbert/ Likar, Rudolf & Pinter, Georg (2011), *Krankenhaustransporte aus Alten- und Pflegeheimen – eine Mixed Methods Studie*, Alpen Adria Universität Klagenfurt, Fachhochschule Kärnten, Landeskrankenhaus Klagenfurt, 2010, 2011 Kärnten).

Lattacher, Helen (2009), *Erhebung Verstorbene Heimbewohner*, in NÖ LPH/NÖ LK S. 2.

National End of Life Care Program (2012/ 2014), Planning for your future care. in: www.endoflifecareforadults.nhs.uk.

Schickedanz, A.D., Schillinger, D., Knight, S.J., Williams, B.A., Sudore, R. (2009), *A Clinical Framework for Improving the Advance Care Planning Process: Start with Patients' Self-Identified Barriers*, in: *Journal of the American Geriatrics Society JAGS*, 57, pp 31-39.

Schippinger, Walter (2011), *Der Geriatrie Konsiliardienst*, in: *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ* 52. Jg. (2011), 06, S. 32 und 33.

Seymour, J., Almack, K., Kennedy, S., (2010), Implementing advance care planning: a qualitative study of community nurses' views and experiences, in: *BMC Palliative Care* 2010, 9:4.

Steen van der, Jenny T, Radbruch, Lukas; Hertogh, Cees MPM; Boer de, Marike E; Hughes, Julian C; Larkin, Philip; Francke, Anneke L; Jünger, Saskia; Gove, Dianne; Firth, Pam; Koopmans, Raymond TCM; Volicer, Ladislav and on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC) *Palliat Med* published online 4 July 2013 The online version of this article can be found at: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/07/05/0269216313493685>

Robinson, L., Dickinson, C., Rousseau, N., Beyer, F., Clark, A., Hughes, J., Howel, D., Exley, C. (2011), *A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia, Short Report*, in: *Age and Ageing* 2011; 0: 1–7.

Anlage

Adressen und Kontaktdaten landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen

Bundesland	Landesverbände
Burgenland	Landeskoordination für Hospiz- und Palliativversorgung im Burgenland, Franz Lisztg. 1/III, 7000 Eisenstadt, T +43 (0)664 612 47 90, hospiz.palliativ@psd-bgld.at
Kärnten	Kärntner Landesverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Bahnhofstr. 8, 1. Stock, 9020 Klagenfurt, T +43 (0)50 100 30 439 office@klv-hospiz.at
Niederösterreich	Landesverband Hospiz NÖ, Parkstr.4/11, 2340 Mödling, T +43 (0)2236-860 131, office@hospiz-noe.at
Oberösterreich	Landesverband Hospiz OÖ, Steingasse 25, 4020 Linz, T +43 (0) 699 / 17347024 lvhospizooe@gmx.at
Salzburg	Hospiz-Bewegung Salzburg, Buchholzhofstraße 3, 5020 Salzburg, T +43 (0)662 822 310, info@hospiz-sbg.at
Steiermark	Hospizverein Steiermark, Albert Schweitzer Gasse 36, 8020 Graz, T +43 (0)316 391570, dasein@hospiz-stmk.at
Tirol	Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Heiliggeiststraße 16/2, 6020 Innsbruck, T +43 05 76 77 office@hospiz-tirol.at
Vorarlberg	Hospiz Vorarlberg, Maria-Mutter-Weg 2, 6800 Feldkirch, T +43 (0)5522 200 1105, hospiz@caritas.at

Dachverband Hospiz Österreich, Argentinierstr. 2/3, 1040 Wien, T +43 (0)1 803 98 68,
dachverband@hospiz.at

5.4. Mitwirkende Mitglieder und Organisationen

Beirat HPC in der Grundversorgung¹² mit folgenden Mitgliedern: Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE PflegedienstleiterInnen der stationären Langzeitpflege des ÖGKV, Hauptverband der Sozialversicherungen, Verbindungsstelle der Bundesländer, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, OPG Österreichische Palliativgesellschaft, Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM), BAG Freie Wohlfahrt, **Vorstand Dachverband Hospiz Österreich, österreichweite Steuergruppe HPCPH.**

ExpertInnen (u.a. aus Beirat, Vorstand und Steuergruppe): Monika Benigni, Hospizverein Steiermark, Projektleitung HPCPH Stmk; Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sigrid Beyer, Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin Hospiz Österreich; Mag.^a Andrea Bramböck PLL.M, ÖÄK; Dr. Karl Bitschnau MAS, DAS, Vizepräsident Hospiz Österreich, Leiter Hospiz Vorarlberg; Dr. Martin Doppelreiter, Wahlarzt für Palliativmedizin und Palliative Geriatrie; Regina Ertl DGKS, Akad. Soz. Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs; Angelika Feichtner, DGKS, freiberufliche Dozentin und Trainerin im Bereich Hospizarbeit und Palliative Care; Dr. Thomas Frühwald, Oberarzt KH Hietzing, Abteilung für Akutgeriatrie, Vizepräsident ÖGGG; Dr. Michael Halmich PLL.M., Vorstandsvorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN); Dr.ⁱⁿ Annette Henry, Hospiz Österreich, Palliativmedizinerin, Multiplikatorin Palliative Geriatrie; Dr.ⁱⁿ Maria Kletecka-Pulker, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Geschäftsführerin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien/MedUni Wien; Dr. Michael Lang, ÖÄK, Beirat HPCPH; Christiane Krainz, DGKS, Projektbegleitung für Hospizkultur und Palliative Care in NÖ Pflegeheimen; Priv. Doz. OÄⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gudrun Kreye, Palliativeinheit des Landeskrankenhaus Krems, NÖ; MMag.^a Katharina Leitner, Universitätsassistentin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien/MedUni Wien; Mag. Kurt Mayer MSc, Organisationsberater, Integrated Consulting Group; PhDr.ⁱⁿ Hildegard Menner, MAS, ARGE PDL, Beirat HPCPH; Mag.^a Leena Pelttari, MSc (Pall Care), Geschäftsführerin Dachverband Hospiz Österreich; Mag. theol. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram, Facharzt für Innere Medizin (Geriatrie) Arzt für Allgemeinmedizin, Theologe, Univ. Lektor für Ethik in der Medizin; Mag.^a Anna H. Pissarek, Projektkoordination Dachverband Hospiz Österreich; Dr. Harald Retschitzegger MSc, Präsident Österreichische Palliativgesellschaft (OPG); Dr. Dieter Sebald, Chefarzt und medizinisch-wissenschaftlicher Leiter der Magstratsabteilung 70, Wr. Rettung; Dr. Klaus Peter Schuh, Palliativmediziner, Beirat Hospiz- und Palliativversorgung Bgld; Gerda Schmidt MAS, DGKS, Stationsleitung Pflegezentrum Pramergasse der Caritas Socialis, Multiplikatorin Palliative Geriatrie; Sonja Thalinger MSc, Geschäftsführung Landesverband Hospiz Niederösterreich, Projektbegleitung HPCPH Wien, Projektleitung HPCPH Niederösterreich; Dr.ⁱⁿ Renate Wagner-Kreimer, ÖÄK, Beirat HPCPH; Dr. Dietmar Weixler MSc (Palliative Care), Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter des Mobilen Palliativteams des Landeskrankenhaus Waldviertel Horn.

Layout: Maria Eibel BSc, MA, Natascha Slezak, Sabine Tiefnig, alle Dachverband Hospiz Österreich

¹² 2009 wurde der Beirat HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen) gegründet. Ihm gehören folgende Mitglieder an: Österreichische Ärztekammer, BMG, BMASK, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE PflegedienstleiterInnen der stationären Langzeitpflege des ÖGKV, Hauptverband der Sozialversicherungen, Verbindungsstelle der Bundesländer, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, ab 2015 auch die OPG Österreichische Palliativgesellschaft und das Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM).

2016, nach dem Start des Projekts „Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“, wurde dieses Gremium in „Beirat HPC in der Grundversorgung“ umbenannt und um jene Einrichtungen erweitert, die in diesem Bereich relevant sind, wie die BAG Freie Wohlfahrt.