



# „Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care“

Fachtag für Supervisorinnen und Supervisoren am 06.06.09 in Georgsmarienhütte





## Vorab „Geschichte“: Sv & Hospizarbeit/Palliative Care in DGSv

---

Ab 2002: Norbert Hubrich diskutiert in DGSv-aktuell und internen Gremien den Fortbildungsbedarf von SupervisorInnen im psychoonkologischen (und Hospiz-)Feld (Idee: psychoonkologische Fachfortbildung: Pflicht)

Ab 2002: Steurer (mit Idee: Kollegiale Austauschgruppe) und Rechenberger – Winter (Idee: Projektgruppe mit vom Vorstand einberufenen Mitgliedern) bieten dem DGSv-Vorstand Mitarbeit an

Ab 2004: Projektgruppe mit sechs berufenen Mitgliedern (darunter mit Monika Müller eine Nicht-DGSv-Supervisorin) und Umfrage bei Auftraggebern (1.332) mit sehr großem Rücklauf (333)

Am 1. Juli 2005: Expertenkreistagung in Frankfurt (30 Personen)

Jan. 2007: Veröffentlichung der ersten DGSv-Broschüre: „Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care“ und erneuter Diskussionsprozess der DGSv-Mitglieder zur Feldkompetenzfrage

2009: Veröffentlichung einer gekürzten Broschüre im Internet

**Parallel hat sich das Label „DGSv“ und auch der bedarf an qualifizierter Supervision (statt reiner Team-Fallbesprechung und/oder Praxisbegleitung) in den Feldern Hospizarbeit und Palliative Care auf breiter Front durchgesetzt.**

**Mehr als 200 qualifizierte Aufträge sind neu entstanden.**

---

# „Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care“

Fachtag für Supervisorinnen und Supervisoren am 06.06.09 in Georgsmarienhütte



Eine Fachtagung der DGSv - Regionalgruppe Osnabrück in  
Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V.

# SV in Hospizarbeit und Palliative Care (Teil II bis IV)

---

**10.00 – 11.20 Uhr Vortrag von Prof. Dr. Hardinghaus**

**11:20 Uhr – 11.35 Uhr: Soziometrische Anwärmung (Herkunftsort, + -beruf)**

**11.35 – 12.15 Uhr: Vortrag (Powerpoint) zur Situation von Palliativstationen. ehrenamtlicher Hospizarbeit und Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung:**

- Was ist wichtig für Supervisorinnen zu wissen
- Überblick zum Feld „Hospizarbeit“ und Finanzierung gemäß § 39a SGB V
- Überblick zur SAPV und Finanzierung gemäß § b37b / 132d SGB V
- Supervision als verpflichtender/möglicher Qualitätsbaustein in Versorgungsverträgen der SAPV

**13.30 bis 14.40 Uhr Palliativstation und Supervision (Referat mit Fallbeispielen)**

- Besonderheiten in der Gründungsphase von multi-professionellen Palliativteams im stationären Klinikkontext (mit flachen Hierarchien)

**15.00 bis 15.40 „Hospiz-SupervisorIn“ sein: Wie bin ich? Wie will/werde ich sein?**

**15.40 bis 16.40 Uhr: Ehrenamtliche Hospizarbeit und Supervision**

- Ist die Supervision mit Ehrenamtlichen anders? Wenn ja: Wie ?

**16:40 Uhr: Schlussplenum/ Ausblick / 17:00 Uhr: Ende der Fachtagung**



# 1. Hospizarbeit Gesetz § 39 a Absatz 2 SGB V

Förderung seit 2002, Supervision und/oder Praxisbegleitung



# Fünf Arten ambulanter (Hospiz-)Dienste

---

- Ambulante Hospizgruppe/initiative (Stufe 1 BAG)
- Ambulanter Hospizdienst ( AHD - Stufe 2 BAG)\*
- Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPD-Stufe 3 der BAG-Hospiz)\*
- Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungs- und Palliativpflegedienst (AHPPD Stufe 4)\*
- Ambulanter Palliativpflegedienst (APD - keine Ehrenamtlichen – siehe DGP)

\* Supervision und/oder Praxisbegleitung ist fest vorgesehen; Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V ist möglich, Rahmenvereinbarung ist einzuhalten

# Rahmenvereinbarung: § 2 Grundsätze der Förderung

---

## (2) 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 ständiger *fachlicher* Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen,
- unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einem *approbierten* Arzt zusammenarbeiten, *die* über palliativ-pflegerische/ *oder palliativ-*medizinische Erfahrungen *verfügen*,
- mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen können,
- eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleisten.



---

## 2. Palliativstationen und Hospize:

## Finanzierung und Supervision



## Palliativbehandlung im KH (Schindler)

- Im Jahr **2005** wurde eine neue Leistung im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (**OPS**) kodierbar gemacht: die „**Palliativmedizinische Komplexbehandlung**“ (**8-982**). Es ist fraglich, ob sie den Aufwand von Palliativstationen (Hoher Personalschlüssel! Viele „weiche“ Leistungen!) im DRG-System adäquat wiedergeben kann.
- Ab **2007** erhalten Krankenhäuser für die Betreuung von Patienten, bei denen die Leistung **OPS 8-982.1-3** kodiert wird, ein **Zusatz-Entgelt (ZE 60)**  
**2007: 1.101,46 €**                      **2008: 1.365,89 €**                      **2009: 1.347,43 €**
- Palliativstationen können seit 2005 als „**Besondere Einrichtung**“ (**BE**) anerkannt werden (Vergütung erfolgt über **tagesbezogene Entgelte**)
- Aber: **Nur ca. 25-30 %** aller Krankenhäuser mit Palliativstationen nutzen bisher diese Möglichkeit (da sie keinen ökonomischen Vorteil einbringt)

# Finanzierung der Hospize nach § 39a Abs. 1 SGB V

---

Hospize werden mit einem Eigenbehalt von 10 % (durch Spendendeckung) finanziert. Supervision ist nicht vorgesehen.

Ausnahme:

Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs.1 SGB V (gültig seit 1998). § 4 „Qualitätsanforderungen“ Abschnitt 3: Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen:

„Das Hospiz hat zusätzlich ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen, die entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung eingesetzt werden. Das Hospiz sorgt für deren regelmäßige Begleitung.“

## Stand 2008 / Vision 2018 (nach T. Schindler, DGP)

Einrichtungen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2018
<b>Stationäre Hospize</b>											
Zahl der stat. Hospize	58	70	83	90	99	108	120	125	135	145	250
Gezahlte Zuschüsse	11,0	14,6	19,1	21,8	25,0	25,2	33,7	38,9	42,6	46,0	80,0
<b>Amb. Hospizdienste</b>											
Zahl geförderter AHD					304	396	463	519	547	597	1000
Fördersumme					6,0	8,2	11,4	13,9	17,0	19,7	40,0
<b>SAPV</b>											
Verträge mit PC-Teams										???	330
GKV-Aufwendungen										0,5	240



### **3. Neue Gesetze**

**nach § 37b / 132 d SGB V**



## **§ 37b / 132 d SGB V**

---

- 06/2005 Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission**
- 11/2005 Koalitionsvertrag von CDU/CSU & SPD**
- 10/2006 Einbringen eines Gesetzentwurfs (GKV-WSG) mit Begründung**
- 02/2007 Verabschiedung des GKV-WSG im Bundestag**
- 04/2007 Das GKV-WSG tritt am 1.April 2007 in Kraft (§§ 37b & 132d)**
- 09/2007 1.Entwurf einer G-BA-Richtlinie zur SAPV**
- 10/2007 Stellungnahmeverfahren (ca. 30 stellungnahmeberechtigte Org.)**
- 12/2007 Verabschiedung der SAPV-Richtlinie durch den G-BA**
- 02/2008 Genehmigung der Richtlinie durch das BMG**
- 03/2008 Die SAPV-Richtlinie tritt am 12.März 2008 in Kraft (BAnz)**
- 03/2008 Erstes Informationsgespräch zu § 132d SGB V (ca. 30 Tn)**
- 07/2008 Veröffentlichung der Gemeinsamen Empfehlungen nach 132d**

## Finanzplan: Jahresausgaben 37 b SGB V

---

(Gesetzentwurf, S. 267) Budget zur Verbesserung der Palliativversorgung in

2007 rd. 0,08 Mrd. € (verfallen)

2008 rd. 0,13 Mrd. € (0,125 verfallen)

2009 rd. 0,18 Mrd. € (verfallen:90%?)

2010 rd. 0,24 Mrd. € (?)

2011 rd. 0,24 Mrd. €

USW.

## **§ 37 b Abs. 1 SGB V (1.4.2007)**

---

**Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.**

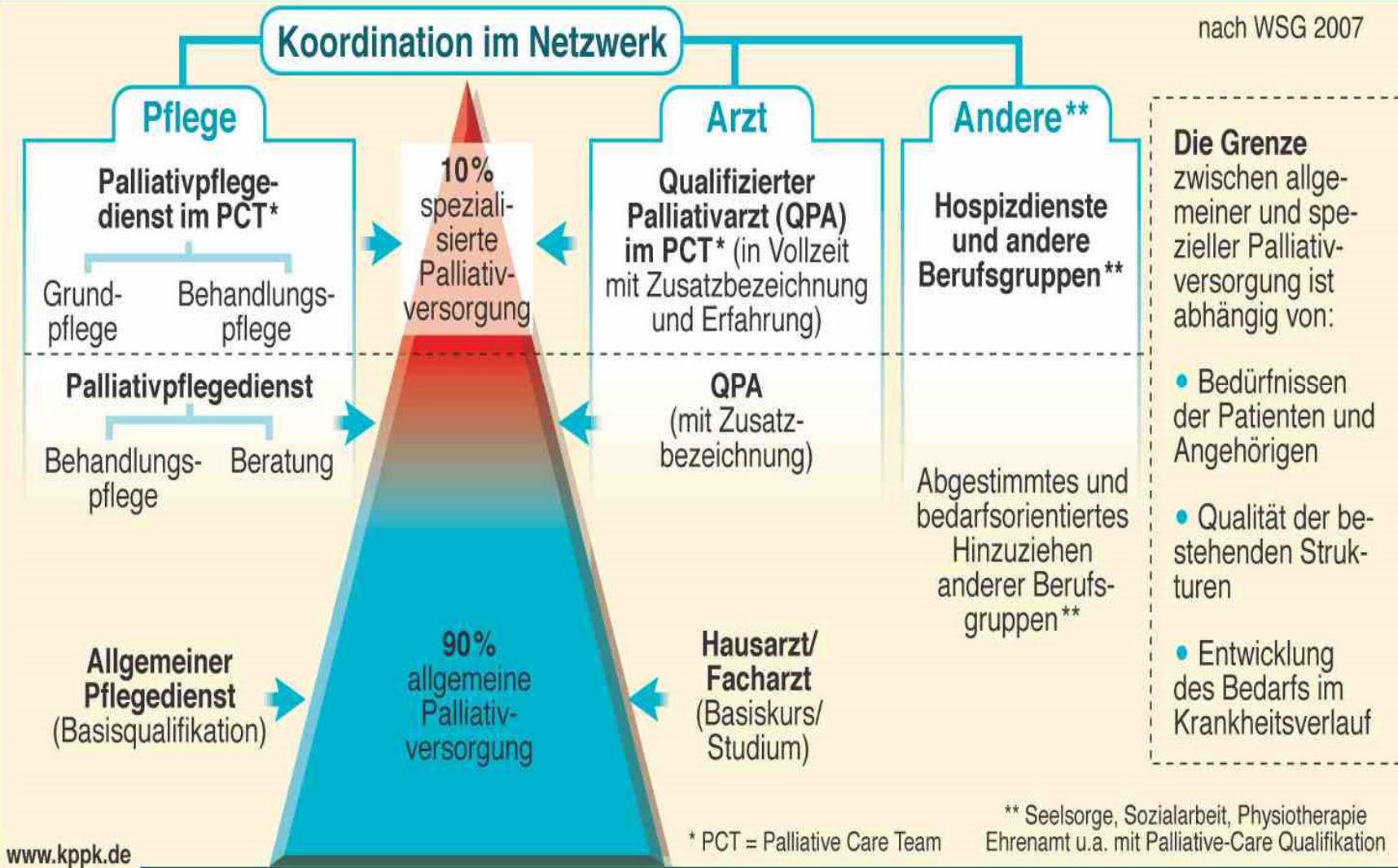
**Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. ...und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.**

**Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des XI Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung.**



# Struktur der Versorgung von Palliativpatienten

nach WSG 2007



## **Richtlinie des g-ba zu §37b**

---

**Die Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgungsrichtlinie SAPV-Richtlinie am 20.12.2007 verabschiedet und trat am 12. März 2008 trat die SAPV in Kraft.**

**Siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) und dort eingeben unter „Suche“: SAPV.**

## SAPV Richtlinie 1, 4 und 3,3

---

1.4.: Die SAPV **ergänzt** das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

Sie kann als **alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung** erbracht werden.

Andere Sozialleistungsansprüche bleiben **unberührt**.

3.3. Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die **Verbesserung von Symptomatik** und Lebensqualität sowie die **psychosoziale Betreuung** im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder **Monate** gesunken ist.

## SAPV Richtlinie § 4, Forts.

---

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- - ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- - ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- - ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- - ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- - ausgeprägte urogenitale Symptomatik



## 4. Fallzahlen, Alter, Krankheitsbilder, Orte der Versorgung

Für Konzepte



# Sterbefälle, Sterbealter

---

**Von 80 Mill. Einwohner sterben jährlich ca. 0,8 Mill Einwohner, d.h. 1% der Bevölkerung**

821.627 Verstorbenen (im Jahr 2006) wurden 0-7 Tage alt: 1324, 8-31 Tage alt: 426 ein bis zwölf Monate alt 829 Kleinkinder, das sind **2.579 verstorbene Kleinkinder**,

Kinder und Jugendliche von **1 bis 20 Jahre**: 1-5 Jahre alt 528; 5-10 Jahre alt 355; 10-15 Jahre alt: 429 und 15-20 Jahre alt: 691 und somit insgesamt **2003 Kinder und Jugendliche**.

In der Altersgruppe von **20 bis 65 Jahren** sterben jährlich bundesweit **weniger als 100.000 Personen**

in den höheren Altersgruppen folgende Menschengruppen: **65-70 Jahre: 75.000 Personen; 70-75 Jahre: 90.000 Personen; 75-80 Jahre: 120.000 Personen macht zusammen 285.000 Menschen**. Dies ist beinahe **ein Drittel** der Verstorbenen und diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele dementiell erkrankt und leben bisweilen im Heim.

Und in den Altergruppen **80-85** sterben 150.000 Personen; **85-90**: 120.00 Personen und **90 und mehr**: 130.000 Personen insgesamt **400.000 Verstorbene** und damit mehr als **die Hälfte der Verstorbenen**.

## Sterbende pro Musterregion

---

Von 100.000 Menschen versterben: 1.000.

Von diesen 1.000 versterben plötzlich (ohne SAPV /AAPV): 500

Von den 500 nicht plötzlich versterbenden sterben: 250 an Tumorerkrankungen und 250 an anderen Erkrankungen

Von 250 Tumorerkrankten brauchen 175 – 170 AAPV und 75 – 80 SAPV.

Von den 250 Nicht-Tumorerkrankten brauchen 210 keine PV bzw. AAPV und 40 SAPV.

## Sterbende + SAPV Bedarf pro Region

---

Von den 80 **tumorerkrankt** Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich **30 Tage SAPV**, d.h.: 2.400 Behandlungstage pro Jahr

Von den 40 **nicht-tumorerkrankt** Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich **90 Tage SAPV**, d.h.: 3.600 Behandlungstage /Jahr

Die insgesamt 6.000 Behandlungstage pro Jahr bedeuten (6000 : 360), dass stets nur **16 - 17 Patienten** gleichzeitig behandelt werden müssten, davon ca. **7 Tumorerkrankte (2.400:360) und ca. 10 Nicht-Tumorerkrankte (3600:360)**.

Die nicht Tumorerkrankten sind beinahe alle sehr alt (über 80) und leben größtenteils im Pflegeheim.



## 5. Verträge nach § 132d und Supervision zur Qualitätssicherung

Stand 5. Juni 2009



## § 132 d SGB V

---

**Die „Gemeinsame Erklärung“ nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde mit Datum vom 23.06.2008 von den Krankenkassen veröffentlicht und (un-) abgestimmt mit den Spitzenverbänden.**

***u.a.: [https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung\\_132d\\_230608\\_1961.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung_132d_230608_1961.pdf)***

## **KK Empfehlung zu § 132 d; Nr. 6.3.**

---

6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

# Hausärztliche Verordnungsgebühr EBM

---

**Für die erstmalige Verordnung von SAPV kann der Vertragsarzt die Kostenpauschale 40860 (Erstverordnung 25 Euro) und die Nr. 40862 (Folgeverordnung 15 Euro) abrechnen. Die Nrn. 40860 und 40862 werden außerhalb des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Siehe : [http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09\\_04/prin0904/sapv\\_vordruck.html](http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09_04/prin0904/sapv_vordruck.html)**

SAPV wird durch einen Vertragsarzt (und bald auch durch Krankenhausärzte) verschrieben

und vom Patienten als Wunsch bestätigt

und vom Palliativarzt konkretisiert in Umfang und Art und Voranschreiten

und von der Kasse genehmigt.

Wenn es kein SAPV-Team gibt wird nach GOÄ abgerechnet

## Verträge SAPV – Stand 29.05.2009

---

Saarland – ohne Veröffentlichung; § 140 Vertrag

Nordrhein – Veröffentlichung seit 30.04./ ununterzeichnet (?)

Niedersachsen/Gifhorn – jedoch weiterhin nur mit einer BKK (Unklarheit bei Heilmitteln; nicht öffentlich bekannt)

Hamburg – nur ein Vertrag mit einer BKK (mit Krankenhauskostenübernahmerisiko)

Westfalen-Lippe: am 9.5. Vertragsabschluss verkündet

Brandenburg: Neuruppin, Brandenburg an der Havel und Bad Saarow abgeschlossen; später: Teltow-Fläming, Dahme, Potsdam, Potsdam-Mittelmark. Weitere: Frankfurt/Oder, Cottbus Oder-Spree.

Sachsen-Anhalt: flächendeckende Verträge mit fünf Managementgesellschaften (unveröffentlicht. Experten sagen: „Knebelverträge“)

Hessen – veröffentlicht Anfang Mai – ca. sieben Verträge (geplant: mehr als ein Dutzend)

## Links zu Verträgen

---

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/sterbehilfe\\_begleitung/?sid=546641](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/?sid=546641) Vertrag und

<http://www.sapv.de/wl.html> **Westfalen Lippe**

<http://www.pkgodzik.de/VERTRAG%20SAPV-Vertrag%20111108.pdf> **Vertrag Hamburg**

<http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag%20SAPV%20S-H.pdf> Vertragsentwurf aus **Schleswig-H.**

[http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag\\_SAPV%20vdek.pdf](http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag_SAPV%20vdek.pdf) **Mustervertrag VDeK**

<http://www.kvno.de/presse/meld2009/sapv.htm>  
(Pressemeldung **Nordrhein**; Formulare)

**www.vdek.com / Suche: „Palliativ“ Nordrhein, Hessen**

# SV und SAPV

---

**Nordrhein:** § 9 (3): Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen....

**Westfalen-Lippe:** § 7: Palliativmedizinische Qualitätszirkel (halbjährlich; unter palliativ-ärztlicher Leitung; Austausch; Vorgehensweisen optimieren; Behandlungsleitlinien entwickeln)

**Niedersachsen** (alter Vorschlag): § 8a (3): multiprofessionelle Fallbesprechungen und Netzwerktreffen

**Hessen:** (LAPH Musterkonzept): Nr.6.2: Die multiprofessionelle Teamstruktur wird gezielt durch Maßnahmen der Personal- und Prozessentwicklung sowie durch eine kontinuierliche Supervision gefördert und weiter entwickelt....

**Hessen:** (Anlage 4) Qualitätssicherung Abschnitt (2) „Geforderte Kennzahlen“: dritter bis fünfter Spiegelstrich: Die regelmäßige Supervision des multiprofessionellen PCT; Die Teilnahme der PCT Mitglieder mindestens halbjährlich an regionalen multiprofessionellen Qualitätszirkeln; das Vorliegen eines Fort- und Weiterbildungskonzepts.



## 6. Literatur



# Literatur I

---

- DGSv (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.), (Hrsg.) (2007/2009): *Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care. Erfahrungen und Anforderungen*. Eigenverlag, Köln 2007. überarbeitete Neuauflage, 2009. [www.dgsv.de](http://www.dgsv.de) (6.6.09)
- Häßner, M. (2007) *Supervision in Hospizarbeit und Palliative Care*. Diplomarbeit. (6.6.09) [http://www.hospiz-thueringen.de/images/stories/pdf/diplomarbeit\\_supervision\\_mh\\_2007.pdf](http://www.hospiz-thueringen.de/images/stories/pdf/diplomarbeit_supervision_mh_2007.pdf).
- Heilmann, B. (2002): *Qualitätssicherung am Beispiel von Supervision in der ambulanten ehrenamtlichen Hospizarbeit*. In: Kottnik, R. (Hrsg.): *Hospizarbeit in Diakonie und Kirche*. Stuttgart 2002; S. 100 – 105
- Kafko, J. (2004): „*Supervision für Hospizhelfer*“. Unveröffentlichte Diplomarbeit und Poster beim 5. Kongress der DGP in Aachen (Abstract: [www.thiemeconnect.com/ejournals/abstract/palliativmedizin/doi/10.1055/s-2005-865470](http://www.thiemeconnect.com/ejournals/abstract/palliativmedizin/doi/10.1055/s-2005-865470). 6.6.2009
- Kittelberger, F. (2003): *Der Affe auf dem Baum. Was leistet Supervision in der Hospizarbeit?* Vortrag auf der 3. Fachtagung der Bayerischen Stiftung Hospiz am 14. Oktober 2003 <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de>. 6.6.2009
- Klitschner, B. (2003): *Coaching beim Aufbau eines ambulanten Hospizes. Rollenwechsel von einer ABMaßnahme zur Führungskraft*. OSC 2/2003. S. 155-167
- Rothenberg, G. (2005): *Ausgangssituationen in der psychodramatischen Supervision mit Ehrenamtlichen*. In: OSC 2/2005, 133-143

# Literatur II

---

Rothenberg, G (2007).: *Supervision für Ehrenamtliche. Psychodramatische Supervision in der Arbeit mit Hospizhelfern*. In: OSC, 2/2007. S. 184 – 194.

Siprewck, J. (2003): *Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung supervidieren*. OSC 4/2003, 356 – 366:

Steurer, J. (2002): *Supervision und (/ oder) Praxisbegleitung in der ambulanten Hospizarbeit*. Abschlussarbeit im Rahmen der DGSv anerkannten Supervisions-Ausbildung. (kann beim Autor angefordert werden).

Steurer, J. (2004): *Hospiz am Wendepunkt? Chancen und Gefahren für die ambulante Hospizarbeit durch die Krankenkassenfinanzierung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V (Rahmenvereinbarung vom 3.9.2002)*. In: *Wege zum Menschen*, 2/2004, S. 168-183.  
Download: <http://www.mediacion.de>. 6.6.2009

Steurer, J. (2005): *Supervision in der Hospizarbeit*. In: *Die Hospiz-Zeitschrift*, 25, S. 22-23.

Steurer, J. (2007): *Mut zur Trauer. Praxis psychodramatisch orientierter Supervision und Beratung in den Bereichen Hospizarbeit, Palliativmedizin und Trauerbegleitung*. ZPS 2/07. S. 269-291. In einer Langfassung: <http://www.mediacion.de>. 6.6.2009

Steurer, J. (Hrsg.) (2007- 2009): *Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln*. Behr' s Verlag, Hamburg 2007 – 2009 (Loseblattsammlung)

Steurer, J. (Hrsg.) (2008): *Palliative Care in Pflegeheimen*. Schluetersche Hannover 2008.