

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

An alle Berliner Hospizeinrichtungen
in Berlin und Gäste

gemäß Verteiler (siehe Anlage 3)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II D 21

Bearbeiter/in:

Dr. Christina Fuhrmann

Zimmer:

5074

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2222

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2904

Datum:

26.10.2018

EINLADUNG



Tag der Deutschen Einheit
Berlin 2018

Sehr geehrten Damen und
sehr geehrte Herren,

hiermit lade ich Sie herzlich ein zum

4. Berliner Hospizforum (3. BHF)

am 16. November 2018

von 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr

in die Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Oranienstraße 106
10969 Berlin
Raum 1.123/1.124

Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin (barrierefreier Zugang der Kategorie D)

Fahrverbindungen: U8 Moritzplatz, Bus M29; U6 Kochstr., Bus M29; U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg); S1/S2/S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29; Bus M29, 248;

Zahlungen bitte bargeldlos nur an die Landeshauptkasse, Klosterstr. 59, 10179 Berlin über eine der folgenden Bankverbindungen:

| | | |
|--|-------------------------------------|------------------|
| Bankverbindung 1: Postbank Berlin | IBAN: DE 47 100 100 100 000 058 100 | BIC: PBNKDEFF100 |
| Bankverbindung 2: Berliner Sparkasse | IBAN: DE 25 100 500 000 990 007 600 | BIC: BELADEBEXXX |
| Bankverbindung 3: Deutsche Bundesbank | IBAN: DE 53 100 000 000 010 001 520 | BIC: MARKDEF1100 |

E-Mail: Christina.Fuhrmann@sengpg.berlin.de

Internet: www.berlin.de/sen/gpg/

(Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur bitte ausschließlich an post@sengpg.berlin.de, kein Empfang verschlüsselter Dokumenten!)

Mit dem 4. Berliner Hospizforum setzen wir die Tradition des Austausches aller in Berlin tätigen Hospizdienste und stationären Hospize, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz, des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie und wichtiger Partner bei der Hospiz- und Palliativversorgung fort. Nach dem 3. Berliner Hospizforum in 2015 ist einige Zeit ins Land gegangen. Wir führten zwischenzeitlich u.a. große Diskussionen in Vorbereitung und in Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes und der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Das diesjährige Berliner Hospizforum greift das Thema der ambulanten Palliativversorgung mit besonderem Blick auf die ärztliche ambulante Palliativversorgung auf und setzt drei Schwerpunkte:

- die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- die „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung“ (BQKPMV)
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Die Vorbereitung erfolgte durch eine Gruppe von Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher ambulanter Hospizdienste, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz, des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin und der Senatsverwaltung. Die Gruppe hat sich zu den drei Schwerpunkten des Hospizforums kompetente Gäste vom Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA), von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und von Home Care Berlin e.V. eingeladen und gestaltet mit diesen und weiteren Akteuren das Forum. Insofern ist es ein Novum beim diesjährigen Hospizforum, dass der überwiegende Teil der Beiträge im ersten Teil des Forums dieses Mal durch Gäste eingebracht wird.

Das Forum soll erneut die Möglichkeit bieten, sich zu themenbezogenen aktuellen Fragen auszutauschen und gemeinsame Ziele für eine gute ambulante Hospiz- und Palliativversorgung zu erarbeiten. Das Programm im Einzelnen entnehmen Sie bitte der Anlage 1.

Ich erbitte von Ihnen eine kurze **Rückmeldung bis zum 14.11.2018**, ob Sie am 4. Berliner Hospizforum teilnehmen werden. Es reicht eine Mail unter Angabe Ihrer Teilnahme / Nichtteilnahme; bei Teilnahme geben Sie bitte den von Ihnen gewünschten Workshop an, damit wir die Raumverteilung entsprechend planen können. Gern können Sie dazu das Rückmeldeformular aus Anlage 2 benutzen oder die Angaben formlos per Mail übermitteln an:

Daniela.Borchert@SenGPG.Berlin.de .

Ihre Rückmeldung ist auch für die Organisation des Mittagsimbisses notwendig, der wieder für Sie kostenfrei angeboten werden kann.

Die Veranstalter behalten sich Ablehnungen von Anmeldungen vor, wenn die für die Räumlichkeit zulässiger Personenzahl überschritten ist. Die Vorträge und Diskussionsergebnisse werden im Nachgang im Internet auf der Seite der Zentralen Anlaufstelle Hospiz für alle einsehbar sein.

Die Organisatorinnen und Organisatoren hoffen auf breite Beteiligung, interessante Beiträge, regen Austausch und insgesamt ein gutes Miteinander!

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag




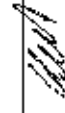




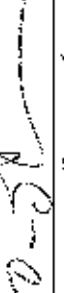
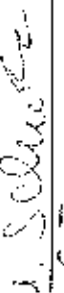


Gez. Dr. Christina Fuhrmann

Anlagen

- 1 Programm 4. BHF
- 2 Rückmeldeformular 4. BHF
- 3 Verteiler 4. BHF




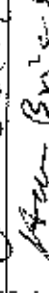
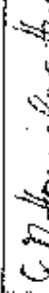







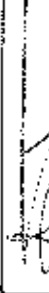

Mit der Unterschrift auf der Teilnehmerliste wird gleichzeitig das Einverständnis der Nutzung von während der Veranstaltung gemachten Fotos durch die SenGPG oder die Zentrale Anlaufstelle Hospiz für die Dokumentation des Forums und themenbezogene Öffentlichkeitsarbeit erklärt.

Workshop 1 „Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung“

| Nr. | Name | Vorname | Einrichtung/Dienst/Organisation | Unterschrift |
|-----|---------------|------------|--|---|
| 1 | Rehberg | Susanne | Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität |  |
| 2 | Dr. Landgraf | Ingrid | Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e. V. (BDA) |  |
| 3 | Dietrich | Carmen | Hospiz Schöneberg-Steglitz, Ambulante Hospizbegleitungen |  |
| 4 | Dr. Panka | Christiane | Der Paritätische -Berlin | |
| 5 | Ebelt | Birgitt | BKK Landesverband Mitte |  |
| 6 | Focke | Carola | SANATORIUM WEST | |
| 7 | Fröde | Nadine | Johannes-Hospiz e. V. | |
| 8 | Hering | Antje | Malteser Hilfsdienst e. V. |  |
| 9 | Kämper | Stefanie | Evangelische Hochschule Berlin |  |
| 10 | Krämer | Andre | Paul Gerhard Diakonie |  |
| 11 | Schmidt-Pabst | Elisabeth | Ambulanter Lazarus Hospizdienst |  |
| 12 | Bandermann | D. | Sozialstiftung-Köpenick |  |
| 13 | Schulze | Michaela | Vivantes Hospiz |  |
| 14 | Wörne | K. | Tauwerk |  |
| 15 | Becker | D. | Ricam |  |
| 16 | | | | |






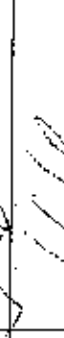
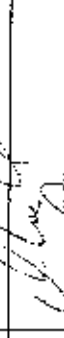

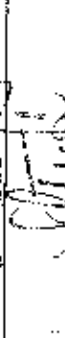

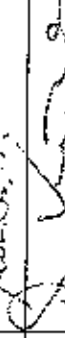
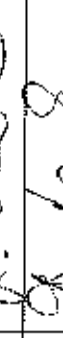
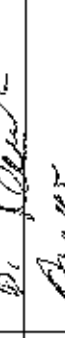

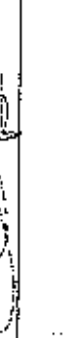
Mit der Unterschrift auf der Teilnehmerliste wird gleichzeitig das Einverständnis der Nutzung von während der Veranstaltung gemachten Fotos durch die SenGPG oder die Zentrale Anlaufstelle Hospiz für die Dokumentation des Forums und themenbezogene Öffentlichkeitsarbeit erklärt.

Workshop 2 „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung“

| Nr. | Name | Vorname | Einrichtung/Dienst/Organisation | Unterschrift |
|-----|--------------------------|-----------|--|---|
| 1 | Kurzke | Kerstin | Maitreser Hospiz- und Palliativberatungsdienst |  |
| 2 | Pfeiffer | Peter | Kassenärztliche Vereinigung Berlin |  |
| 3 | Weitz | Charlotte | Sozialdienst, DRK Kliniken Berlin-Mitte |  |
| 4 | Dr. Han-Broich | Misun | Interkultureller Hospizdienst Dong Ban Ja |  |
| 5 | Huesmann | Hannelore | Hospiz Tauwerk |  |
| 6 | Dr. Barnard | Karin | Paul Gerhardt Diakonie gAG |  |
| 7 | Lychatz WS 3 | Stefanie | Ricom ambulant-palliativer Hilfedienst Delphin gewerkschaft |  |
| 8 | Reeften | Anke | Sozialdienst, DRK Kliniken Berlin-Mitte |  |
| 9 | Sebayang WS 3 | Sabine | Humanistischer Verband |  |
| 10 | Suchy-Wachs | Brigitte | Vivantes Hospiz gGmbH |  |
| 11 | Becker | Dorothea | Ricam Hospizstiftung WS 1 gewerkschaft |  |
| 12 | Schmökel | Katrin | Hospizdienst Aristoteles |  |
| 13 | Didzian | Ana | Prozessstützpunkt Berlin |  |
| 14 | Holtz | Tascha | Ricam |  |
| 15 | | | | |

Mit der Unterschrift auf der Teilnehmerliste wird gleichzeitig das Einverständnis der Nutzung von während der Veranstaltung gemachten Fotos durch die SenGPG oder die Zentrale Anlaufstelle Hospiz für die Dokumentation des Forums und themenbezogene Öffentlichkeitsarbeit erklärt.

Workshop 3 „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“

| <u>Nr.</u> | <u>Name</u> | <u>Vorname</u> | <u>Einrichtung/Dienst/Organisation</u> | <u>Unterschrift</u> |
|------------|-------------|-------------------------------|--|---|
| 1 | Blankenburg | Simona | Home-Care Berlin e.V. |  |
| 2 | Landrichter | A. | Zentrale Anlaufstelle Hospiz |  |
| 3 | Springer | Sarah | Praxis für psychotherap. Akutbehandlung |  |
| 4 | Chuks | Andreas | Paul Gerhardt Diakonie Hospiz |  |
| 5 | Holtz | Toska W&A 2 | Bierem Hospiz gemeinnützige Gesellschaft für Lebenshilfe und Sterbebegleitung mbH gewachsen |  |
| 6 | Huesmann | Hannelore | Hospiz Tauwolk |  |
| 7 | Krell | Andre | Stephanus-Hospizdienst |  |
| 8 | Miethe | Kathleen | AOK Nordost (über Frau Roggenbuck, Astrid) |  |
| 9 | Schütt | Antje | Hospizdienst vom Diakonie-Hospiz Wannsee im HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH |  |
| 10 | Zank-Wins | Andre- Sebastian | Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH |  |
| 11 | Kühne | Matthias | Hospizdienst der Volkssolidarität Berlin gGmbH |  |
| 12 | Lemke | Birgit | Evangelischer Johannesstift Simeon-Hospiz gGmbH |  |
| 13 | Anger | Gabriele HKP Rothe | |  |
| 14 | Lychatz | Stefanie Ricom (gewerkschaft) | |  |
| 15 | | | |  |

Programm des 4. Berliner Hospizforums

- 8:30 Uhr **Eintreffen, Anmeldung**
- 9:00 Uhr **Begrüßung / Einleitung**
- 9:05 – **Impulsbeiträge und -vorträge für die Workshops**
- 10:30 Uhr **0. Blitzlichter zur ambulanten Palliativversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven**
- **Beraterperspektive:**
 - Zentrale Anlaufstelle Hospiz: *Frau A. Landrichter* (ZAH)
 - Pflegestützpunkte: NN
 - Krankenhaussozialdienste: *Frau C. Weltz* (DRK Klinikum)
 - **Versorgerperspektive:**
 - Pflegedienste: *Frau G. Anger* (Hauskrankenpflege Rothe),
 - ambulante Psychotherapie: *Frau S. Springer* (Praxis für psychotherap. Akutbehandlung)
 - ambulante Hospizdienste: *Frau S. Rehberg* (AHD der Volkssolidarität)
- 1. Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung**
Vortrag: *Frau Dr. I. Landgraf* (Vorstand Hausärzterverband Berlin Brandenburg)
- 2. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung**
Vortrag: *Frau Dr. N. Gott-Klein* (Kassenärztliche Vereinigung Berlin)
- 3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**
Vortrag: *Frau S. Blankenburg* (Home Care Berlin)
- 4. Tumorerkrankungen vorausschauend begleiten**
Vortrag: *Frau Dr. K. Barnard* (Paul Gerhardt Diakonie)
- 10:45 – **Drei Workshops (WS) - parallel**
- 12:15 Uhr **1. WS: Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung**
- 1.1 Wie kann gemeinsam mit allen Beteiligten eine gute ambulante und flächendeckende Palliativversorgung erreicht werden, die für alle Entlastung schafft?
 - 1.2 Was brauchen die Ärzte und Pflegedienste für Informationen zu und von den ambulanten Hospizdiensten? Wie können die Informationen am geeignetsten vermittelt werden?
 - 1.3 Wie können mehr Partner für eine gute ambulante Palliativversorgung gewonnen werden?
- 2. WS: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung**
- 2.1 Wie können Informationen zum neuen Leistungsangebot BQKPMV unter Verdeutlichung der Spezifität gegenüber AAPV und SAPV bekannter gemacht werden
 - a) in der Ärzteschaft,
 - b) bei den an der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen beteiligten Diensten und Einrichtungen,
 - c) bei den Betroffenen und ihren Angehörigen?
 - 2.2 Wie kann die Versorgungsqualität im Rahmen der BQKPMV gestärkt werden? (Stichworte: Qualitätszirkel, Fortbildung, Vernetzung, ...)
- 3. WS: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**
- 3.1 Wie geht man mit Absagen um?
 - 3.2 Was bedeutet es, dass die hohen Ziele, die sich die SAPV-Versorgung gestellt hat, nicht umzusetzen sind?
 - 3.3 Wie kann ein Umgang mit der extremen Versorgungsnot aussehen?
- bis 13:00 Uhr **Mittagspause** (Imbissangebot in Raum 1.123)
- 13:00 **Einstimmung** - Lieder von und mit Esther Buser (Gitarre, Gesang)
- 13:20 - **Präsentation der Ergebnisse der Workshops**
- 14:20 Uhr **Ausblick, Schlussworte, Danksagung, Verabschiedung**
- Ca. 15:00 Uhr

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

1. VertreterInnen hospizlicher Strukturen

Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität
Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.
Frau Susanne Rehberg
Einbecker Str. 85
10315 Berlin-Lichtenberg

Sozialstiftung Köpenick
Ambulanter Hospizdienst Friedrichshagen
Frau Lydia Willing
Herrn Roger Lindner
Werlseestraße 37-39a
12587 Berlin-Köpenick

Ambulanter Theodorus Hospizdienst
Theodorus Hospiz gGmbH
Frau Petra Hildebrandt
Blumberger Damm 231
12687 Berlin-Biesdorf

Ambulantes Caritas-Hospiz Berlin
Caritasverband für das Erzbistum Berlin
Frau Marita Behrens
Alt-Lietzow 31
10587 Berlin

AWW Hospiz Berlin
Advent-Wohlfahrtswerk
Herr Aristide Proksch
Knobelsdorffstraße 39
14059 Berlin-Charlottenburg

Diakonie-Hospiz Lichtenberg - Ambulanter Hospizdienst
Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH
Herr André-Sebastian Zank-Wins
Herzbergstraße 79
10365 Berlin-Lichtenberg

Diakonie-Hospiz Wannsee
- Ambulanter Hospizdienst
Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH
Frau Astrid Froeb
Königstraße 62 B
14109 Berlin-Wannsee

DONG BAN JA - Interkulturelles Hospiz
HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg
Herrn Dr. Dharma Raj Bhusal
Wallstr. 61-65
10179 Berlin-Mitte

Stephanus-Hospizdienst
Stephanus-Stiftung
Herr André Krell
Albertinenstr. 20
13086 Berlin

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Stephanus-Hospizdienst Berlin Nord
Stephanus-Stiftung
Frau Denise Lipinski
Rodenbergstr. 6
10439 Berlin-Prenzlauer Berg

Stephanus-Hospizdienst Berlin Süd
Stephanus-Stiftung
Frau Doreen Sperfeldt
Am Schloßberg 1
12559 Berlin

Hospiz Schöneberg-Steglitz
Ambulanter Hospizdienst
Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.
Herr Stefan Schütz
Kantstr. 16
12169 Berlin-Steglitz

Hospizdienst Christophorus e. V.
Frau Katrin Schmökel
Manfred von Richthofen Straße 11
12101 Berlin-Tempelhof

Palliativberatungs- und Hospizdienst Horizont
Bodhicharya Deutschland e.V.
Frau Miriam Pokora
Kinzigstraße 29
10247 Berlin-Friedrichshain

Hospizdienst Tauwerk e.V.
Frau Katharina Wönne
Mühlenstr. 45/II
13187 Berlin-Pankow

Johannes-Hospiz Spandau
Johannes-Hospiz e. V.
Frau Christine Knop
Schönwalder Allee 26, Haus 8
13587 Berlin-Spandau

Johannes-Hospiz am Ev. Geriatriezentrum Berlin
Johannes-Hospiz e. V.
Frau Nadine Fröde
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin-Wedding

Ambulanter Hospiz- und Familienbegleitdienst der
Johanniter Unfallhilfe e.V.
Frau Ilona Schütz
Soorstr. 76
14050 Berlin-Charlottenburg

Ambulanter Lazarus Hospizdienst
Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
Frau Lydia Röder
Bernauer Straße 115-118
13355 Berlin-Wedding

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst
Malteser Hilfsdienst e.V.
Frau Kerstin Kurzke
Treskowallee 110, Eing. Dönhoffstr. 1
10318 Berlin-Lichtenberg

Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst Lichtenrade (Außenstelle)
Malteser Hilfsdienst e.V.
Frau Sabine Barz-Krause
Briesingstr. 6
12307 Berlin-Tempelhof

Paul Gerhardt Diakonie Hospizdienst
Paul Gerhardt Diakonie e.V.
Frau Annett Morgenstern
Auguste-Viktoria-Straße 10
14193 Berlin-Wilmersdorf

Ambulantes Ricam Hospiz/Palliativer Hilfsdienst d.E.L.P.H.i.N
Ricom Hospiz GmbH
Mechthild Schindler
Kranoldplatz 7
12051 Berlin-Neukölln

TABEA - Ambulante (Kinder) Hospizdienste TABEA e.V.
Frau Annette Dobroschke-Bornemann
Gierkeplatz 2
10585 Berlin-Charlottenburg

Hospizdienst Palliative Geriatrie Nord
UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gGmbH
Frau Wiebe Scheer
Wilhelmsruher Damm 116
13439 Berlin

Hospizdienst Palliative Geriatrie Süd-Ost
UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gGmbH
Frau Sabine Sack
Neue Krugallee 142
12437 Berlin-Treptow

V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung
HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg
Frau Gabriela von Oettingen
Wallstraße 61-66
10179 Berlin-Mitte

Vivantes Hospiz - Ambulanter Hospizdienst
Vivantes Hospiz gGmbH
Frau Brigitte Suchy-Wachs
Wenckebackstr. 23
12099 Berlin-Tempelhof

Caritas-Hospiz Pankow
Caritas Krankenhilfe e.V.
Herr Joachim Müller
Breite Str. 44 A
13187 Berlin-Pankow

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Diakonie-Hospiz Lichtenberg (stationär)
Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH
Herr André-Sebastian Zank-Wins
Herzbergstr.79/ Haus 21
10365 Berlin-Lichtenberg

Diakonie-Hospiz Wannsee (stationär)
Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH
Frau Angelika Behm
Königstraße 62 B
14109 Berlin-Zehlendorf

Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz
Simeon-Hospiz gGmbH
Frau Birgit Lemke
Schönwalder Allee 26
13587 Berlin-Spandau

Gemeinschaftshospiz Christophorus
Gemeinschaftshospiz Christophorus gGmbH
Frau Christine Kolbe-Alberdi Vallejo
Kladower Damm 221
14089 Berlin-Spandau

Hospiz LudwigPark
HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg
Frau Babette Oberfeld
Zepernicker Straße 2
13125 Berlin-Pankow

Hospiz Schöneberg-Steglitz (stationär)
Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.
Frau Christine Seiler
Kantstr. 16
12169 Berlin-Steglitz

Lazarus Hospiz (stationär)
Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
Frau Anette Adam
Bernauer Straße 115-118
13355 Berlin-Wedding

Ricam Hospiz (stationär)
Ricam Hospiz Stiftung
Herr Johannes Schlachter
Delbrückstraße 22
12051 Berlin-Neukölln

Theodorus Hospiz Moabit
Theodorus Hospiz gGmbH
Frau Christina Laaser
Turmstr. 21
10559 Berlin-Moabit

Theodorus Hospiz Marzahn
Theodorus Hospiz gGmbH
Frau Elvira Mietusch
Blumberger Damm 231, 7. OG
12687 Berlin-Marzahn

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Vivantes Hospiz (stationär)
Vivantes Hospiz gGmbH
Frau Michaela Schulze
Wenckebachstr. 23
12099 Berlin-Tempelhof

Paul Gerhardt Diakonie Hospiz (stationär)
Paul Gerhardt Diakonie e.V.
Frau Andrea Chuks
Auguste-Viktoria-Straße 10
14193 Berlin

Ambulantes Caritas-Hospiz Berlin /
Kinderhospiz- und Familienbesuchsdienst der Caritas
Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
Frau Beate Danlowski
Pfalzburger Str. 18
10719 Berlin-Wilmersdorf

Berliner Herz
HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg
Frau Christiane Edler
Wallstraße 61-65
10179 Berlin-Mitte

Familienbegleiter - Ambulanter Kinderhospizdienst
Björn Schulz STIFTUNG
Frau Ines Walter
Wilhelm-Wolff-Straße 36-38
13156 Berlin-Pankow

Ambulanter Malteser Kinderhospiz- und Familienbegleitdienst
Malteser Hilfsdienst e.V.
Frau Antje Rüger-Hochheim
Treskowallee 110, Eing. Dönhoffstr. 1
10318 Berlin-Lichtenberg

SONNENHOF - Hospiz für Kinder, Jugendliche
und junge Erwachsene
Björn Schulz STIFTUNG
Frau Pia Heinreich
Wilhelm-Wolff-Straße 36-38
13156 Berlin-Pankow

Hospizdienst im Sankt Gertrauden-Krankenhaus
Herr Thomas Hardeweg
Paretzer Straße 12
10713 Berlin-Wilmersdorf

Hospizdienst im St. Joseph-Krankenhaus
Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH
Frau Catharina Jebe-Akakpo
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin-Tempelhof
Ambulanter Hospizdienst im HELIOS Klinikum Emil v. Behring
Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH
Frau Antje Schütt
Walterhöferstraße 11
14165 Berlin-Zehlendorf

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Zentrale Anlaufstelle Hospiz
UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gGmbH
Frau Amöna Landrichter
Hermannstr. 256-258
12049 Berlin-Neukölln

Palliatives Beratungszentrum hauseins
Frau Nicole Marquardt
Bismarckstr. 98
10625 Berlin

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.
Vorstandsmitglieder:
Herrn Dirk Müller
Frau Gabriele Biwanke-Wenzel
Herrn Joachim Müller
Frau Dorothea Becker
Frau Barbara Beuth
Herrn André Krell
Frau Renée Puhlmann
Herrn Jörn Wittke
Brabanter Str. 21
10713 Berlin-Wilmersdorf

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

2. Gäste

Home Care Berlin e.V.
Frau Simona Blankenburg
Brabanter Str. 21
10713 Berlin-Wilmersdorf

Landesverband der DGP
Geschäftsstelle
Herrn Achim Rieger
Aachener Str. 12
10713 Berlin

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
Geschäftsführer
Herrn Benno Bolze
Aachener Str. 5
10713 Berlin

LAGeSo - Heimaufsicht
Herrn Michael Meyer
Turmstr. 21 – Haus A
10559 Berlin

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Pflege - Verträge Qualitätsmanagement
Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin
Frau Astrid Roggenbuck
Wilhelmstr. 1
10957 Berlin

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin und Brandenburg
Frau Birgit Ebel
Mohrenstraße 59-60
10117 Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Berlin/Brandenburg
Referatsleiterin Ambulante Versorgung Ärzte, Arzneimittel
Frau Rebecca Zeljar
Friedrichstraße 50-55
10117 Berlin

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband
LV Berlin e.V.
Frau Dr. Christiane Panka
Kollwitzstr. 94-96
10435 Berlin

Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.
EVAP-Geschäftsstelle Referat Offene Altenarbeit
Herrn Burkhard Batze
PF 33 20 14
14180 Berlin

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Caritasverband für Berlin e.V.
Fachreferentin Pflege Gesundheit Prävention
Frau Swantje Kersten
Residenzstr. 90
13409 Berlin

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.
Fachreferentin Altenhilfe
Frau Damaris Koch-Christen
Blücherstr. 62
10961 Berlin

Sanatorium West
Frau Carola Focke
Dessauerstraße 1
12249 Berlin-Lankwitz

Frau Ingeborg Simon
für den Landesseniorenbeirat Berlin
Hewaldstraße 5
10825 Berlin

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie
UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH
Herrn Dirk Müller
Richard-Sorge-Str. 21 A
10249 Berlin-Friedrichshain

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
AG Berlin Leiterin
Frau Beate Schneider
St. Joseph-Krankenhaus
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin

BAAP
c/o Diakonisches Werk
EVAP Geschäftsstelle
Paulsenstr. 55/56
12163 Berlin

Frau Dr. Petra Anwar
c/o Praxis Dres. Ludwig, Ulbrich, Urmersbach, Martin
Ringbahnstr. 76-80
12103 Berlin

HKP Langer & Franke
Frau Beate Langer
Prühßstr. 31
12105 Berlin

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
Frau Antonia Rode
Hallerstraße 6
10587 Berlin

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Frau Dr. Gott-Klein
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
Frau Dr. med. Irmgard Landgraf
Bleibtreustr. 24
10707 Berlin

Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
Herr Cord-Hinnerk Delventhal.
Wiener Straße 16
10999 Berlin

Ärztekammer Berlin
Frau Sparkuhl
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Geschäftsstelle des
Steuerungsgremiums Berliner Pflegestützpunkte
Anne Kempchen
10957 Berlin

AG Berliner Pflegestützpunkte
Frau Kerstin Wecker
(Ansprechpartnerin für Vertretungsorganisation für Frau Veronika Vahrenhorst)
Pflegestützpunkt Mitte
Kirchstr. 8a
10557 Berlin

Frau Sarah Springer
Praxis für psychotherapeutische Akutbehandlung
Greifswalder Str. 225
10405 Berlin

Hauskrankenpflege Rothe
Frau Gabi Anger
Puschkinallee 9a
12435 Berlin

DRK Kliniken Berlin | Mitte
Sozialdienst
Frau Charlotte Weltz
Drontheimer Str. 39 – 40
13359 Berlin

PGD Diakonie gAG
Frau Dr. med. Karin Barnard - Leiterin der Stabstelle Palliativ- und Supportivmedizin
13589 Berlin
Griesingerstraße 8

Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe Nordost e.V.
Frau Nadine Lexa - Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Frau Lücke – I C 1 -, Frau Back – I C 41 –, Frau Lukas – I D 24 -
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

Verteiler Einladung 4. Hospizforum Berlin

3. Politiker

Herrn Gottfried Ludewig
Fraktion der CDU
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin

Herrn Thomas Isenberg
Fraktion der SPD
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin

Frau Catherina Pieroth-Manelli
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin

Herrn Dr. Wolfgang Albers
Fraktion Die Linke
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin

Herrn Florian Kluckert
Fraktion der FDP
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin

Herrn Herbert Mohr
Fraktion AFD
Abgeordnetenhaus von Berlin
Niederkirchnerstr. 5
10111 Berlin



Praxis Dr. Landgraf
Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus

Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung

Ein wichtiger hausärztlicher Versorgungsauftrag

Gliederung



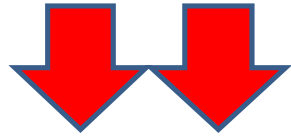
- Hausärztliche Kompetenzen
- Demografie und palliativmedizinischer Versorgungsbedarf
- Hausärztliche Palliativmedizin - praktische Durchführung und Abrechnung

Hausärztliche Versorgung



in der Praxis, in der häuslichen Umgebung, im Heim,
am Sterbebett

Hausärztliche Versorgung



Palliativmedizin
Finalstadien

Neurolog.
Erkrankungen

Akute Erkrankungen
(Infektionen)

Psychiatrische
Erkrankungen

Im multiprofessionellen Team
und bei Bedarf mit anderen
Fachärzten, evtl. auch mit
home-care-Ärzten

Muskulosketale
Erkrankungen

Chirurgische
Erkrankungen

Internistische
Erkrankungen

Hausärztliche Versorgung



- Erste Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Probleme
- Zuständig für Diagnostik, Diagnosestellung und Therapie
- Indikationsstellung für fachärztliche Konsultation
- Koordination multidisziplinärer Zusammenarbeit
- Beratung des Patienten auch zu fachärztlicher Diagnostik und Therapie
- bei notwendiger stationärer Versorgung Unterstützung eines guten Überleitungs- u. Entlassmanagements
- vernetzt im therapeutischen Team (Angehörige, Pflegekräfte, Physio- u. Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Seelsorger)

Hausärztliche Versorgung



Besondere Arzt-Patienten-Beziehung

- Eine über Jahre/Jahrzehnte gewachsenes Vertrauensverhältnis
- Wichtige Ratgeber bei gesundheitlichen, familiären aber auch berufliche Probleme
- Berater auch der Familie
- Sehr vertraute, fast familiäre Beziehung
- wichtige Bezugsperson vor allem in schwierigen Lebensphasen und natürlich auch am Lebensende

Hausärztliche Versorgung



Aktuelles



Für die Gesundheit lohnt es sich, seinem Hausarzt treu zu bleiben.
© Kzenon - Fotolia.com

Fr. 06. Juli 2018

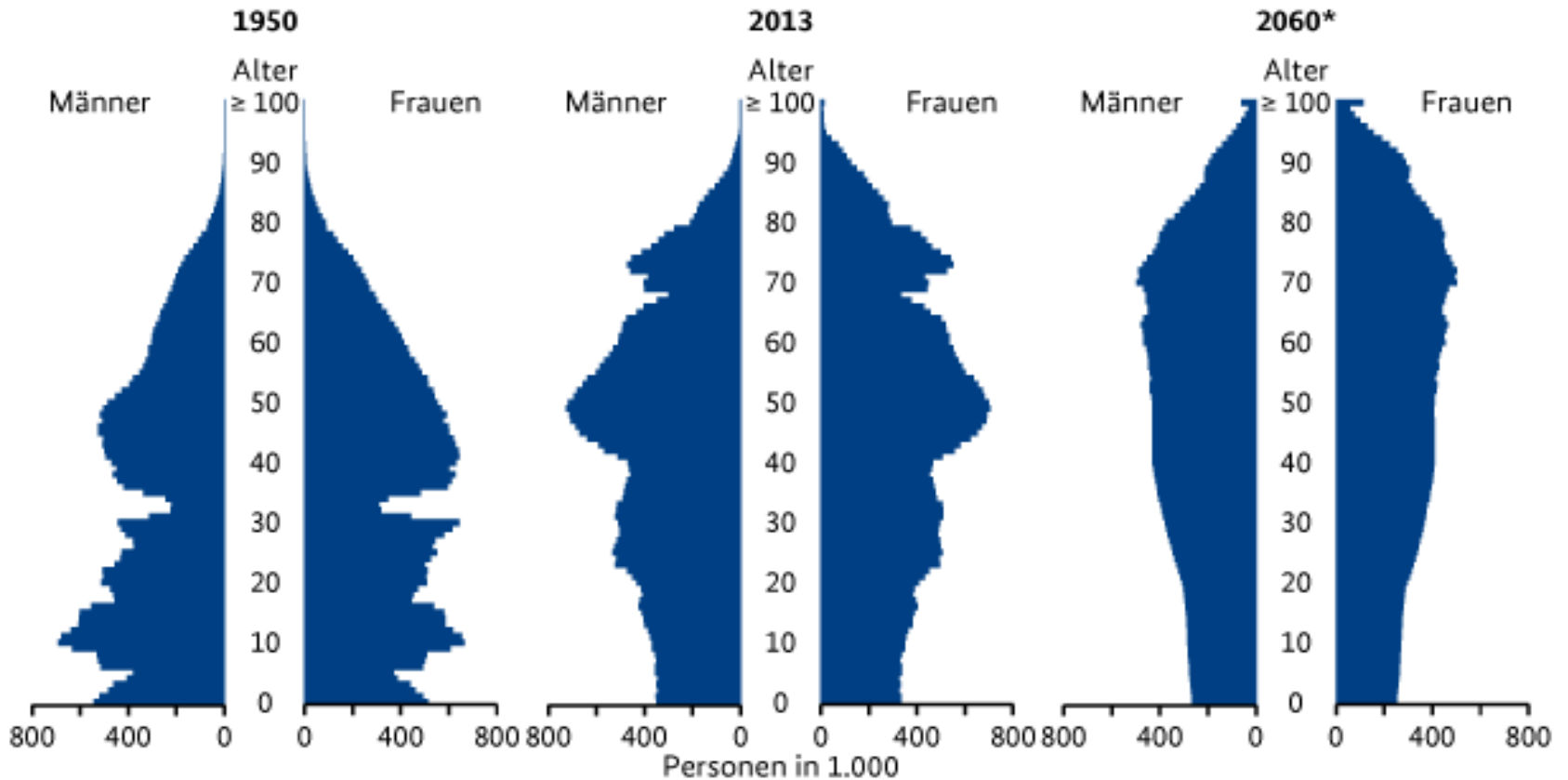
Wer immer zum selben Arzt geht, lebt länger

Viele Menschen bauen zu ihrem Arzt ein Vertrauensverhältnis auf. Das verbessert die Kommunikation und vereinfacht die Behandlung. Nun haben britische Mediziner herausgefunden, dass Arzttreue sogar eine Frage von Leben und Tod sein kann.



4. Berliner Hospizforum - 16.11.2018
- Dr.I.Landgraf

Demografischen Entwicklung



Ergebnis der Bevölkerungsvorausberechnung zur Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland 1950-2060 (entnommen aus Demografieportal des Bundes und der Länder, 2015)

Palliativmedizin



Editorial

„Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben: gut versorgt durch den Arzt ihres Vertrauens ...“

Dr. Stennes

Sterben in Deutschland



Von den ca. 860 000 Menschen, die jährlich in Deutschland sterben, versterben

- ca. 43% im Krankenhaus
- ca. 25-30 % zu Hause
- ca. 25% im Pflegeheim

Ambulante Palliativmedizin

Ambulante Palliativmedizin



Hausärzte

- AAPV
- BQKPMV

Palliativmediziner

- SAPV



Hausärztliche Palliativmedizin



Ambulante Palliativmedizin bedeutet:

Die/der betreuende Ärztin/Arzt:

- nimmt sich Zeit, Patienten und ihre Angehörigen zu beraten und zu begleiten
- Ist im Bedarfsfall telefonisch erreichbar
- Ist kompetent in der Behandlung aller am Lebensende und in der Sterbephase evtl. belastenden Beschwerden

Bisherige palliativmedizinische Abrechnung im Überblick

| GOP | Bewertung | Beschreibung | Abrechenbar für |
|--------------|------------------------------------|--|--|
| 03370 | 35,91 Euro | Palliativmedizinische Ersterhebung | <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte • |
| | 1 x im Krankheitsfall (4 Quartale) | | |
| 03371 | 16,74 Euro | Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis | |
| 03372 | 13,06 Euro | Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit | • |
| 03373 | 13,06 Euro | Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit | |
| 37120 | 6,74 Euro | Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä | |

Ab 1.10.2017



Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV)

Zielsetzung: ein möglichst praxisnaher Zugang zur
besonders qualifizierten und koordinierten
Palliativversorgung für Hausärzte.

Neue Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



Hausärzte sind in der palliativmedizinischen
Behandlung unverzichtbar.

Patienten brauchen bei schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen einen Arzt ihres Vertrauens, mit dem sie alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte besprechen können.

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



Sie brauchen dann einen Arzt ihres Vertrauens, der nicht nur ihre Erkrankung sondern sie als ganzen Menschen und möglichst auch ihre Familie kennt und alle in die therapeutischen Entscheidungen mit einbezieht

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



Krebskranke Patienten möchten nicht auf ihre
Krebserkrankung reduziert werden.

Sie brauchen ihren ganz normalen Alltag und
möchten auch banale Probleme besprechen
können.

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



Eine gute vertrauensvolle (hausärztliche) palliativmedizinische Versorgung verbessert die Prognose der onkologischen Behandlung und ermöglicht auch in dieser Zeit Lebensqualität.

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



Gute Palliativmedizin

- Erspart den Patienten in der letzten Lebensphase unnötiges Leid
- Ermöglicht Lebensqualität auch in der letzten Phase einer schweren Erkrankung
- Unterstützt Familien bei der Begleitung ihrer sterbenden Angehörigen und hilft allen beim Abschiednehmen

Bedeutung hausärztlicher Palliativmedizin



"Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben."

Cicely Saunders

(englische Ärztin und
Begründerin der
modernen Palliativmedizin)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kontakt Daten

Dr. med. Irmgard Landgraf

Fachärztin für Innere Medizin

Lehrärztin der Charité für das Fach Allgemeinmedizin

Vorsitzende der QS Kommission Krankenhäuser der KV Berlin

Vorstandsmitglied des Hausärzteverbandes Berlin und Brandenburg

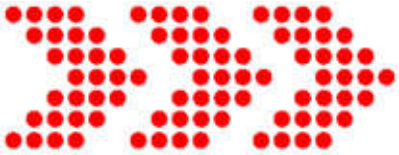
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin

Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus

Paulsenstraße 5, 12163 Berlin

<http://praxislandgraf.de>

Email praxislandgraf@gmail.com



4. Berliner Hospizforum Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (BQKPMV)





I. Grundlegende Rahmenbedingungen

1. Gesetzliche Regelung

Die BQKPMV wurde durch das Hospiz- u. Palliativgesetz vom 01.12.2015 gesetzlich verankert. Geschaffen wurde eine Regelung im SGB V.

§ 87 Abs. 1b) SGB V verpflichtet die Partner des Bundesmantelvertrages die

Kassenärztliche Bundesvereinigung und
Spitzenverband Bund der Krankenkassen

die Voraussetzungen für die BQKPMV bis spätestens 30.06.2016 zu vereinbaren.



Fortsetzung Grundlagen

Diese Vereinbarung muss nach den Vorgaben des Gesetzgebers Regelungen enthalten über:

- ⇒ Inhalt und Ziele der BQKPMV und die Abrenzung zu anderen Leistungen,
- ⇒ Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,
- ⇒ Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an den Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuende Angehörige
- ⇒ Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität



2. Bundesmantelvertragliche Regelungen

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers ist als Anlage 30 des Bundesmantelvertrages mit Wirkung vom 01.01.2017 eine Vereinbarung geschlossen worden.

⇒ **Ziel**

Bestehende Palliativversorgung soll durch besondere Qualifikation und verbesserte Koordination gestärkt werden.

⇒ **Patienten**

⇒ Nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung, dass nach ärztlicher Einschätzung die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist



⇒ **Patienten**

- ⇒ Kurative Behandlung nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr gewünscht
- ⇒ Versorgung in der Häuslichkeit oder selbst gewählter Umgebung
- ⇒ Stationäre Behandlung führt zu keiner nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes
- ⇒ Allgemeinzustand ist stark reduziert, regelmäßige ärztliche Behandlung überwiegend in der Häuslichkeit erforderlich
- ⇒ **Keine SAPV!**



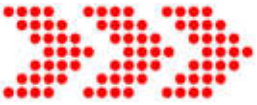
Maßgeblich für die Abgrenzung zwischen SAPV und BQKPMV ist § 4 der SAPV-RL des G-BA

- ⇒ Besonders aufwendige Versorgung
- ⇒ Komplexes Symptomgeschehen mit mindestens eines der nachstehenden Kriterien
 - ⇒ ausgeprägte Schmerzsymptomatik
 - ⇒ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
 - ⇒ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
 - ⇒ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
 - ⇒ ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
 - ⇒ ausgeprägte urogenitale Symptomatik



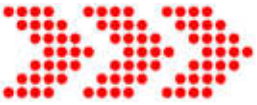
⇒ **Versorgungsauftrag**

- ⇒ Koordination der Versorgung
- ⇒ Umfassende Information von Patienten und ggf. Angehörigen
- ⇒ Zeitgerechte Einleitung der Kooperation mit weiteren Professionen, Dienste und Einrichtungen zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- ⇒ Sicherstellung eines fließenden Übergangs zwischen kurativen Behandlung palliativ-medizinischer Versorgung
- ⇒ Umsetzung von Maßnahmen zur Versorgungsqualität



⇒ **Aufgaben der Ärzte**

- ⇒ Ersterhebung der individuellen palliativen Bedarfe im Rahmen standardisierter palliativmedizinischer Assessments
- ⇒ Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen
- ⇒ Koordination palliativmedizinischer und
 - ⇒ pflegerischer Maßnahmen
 - ⇒ ggf. Verordnung häusliche Krankenpflege
 - ⇒ Beratung von Patienten und Angehörigen zu Hilfs- und Entlastungsangeboten
 - ⇒ Beratung und Aufklärung zu Vorsorgevollmacht sowie Patienten- bzw. Betreuungsverfügung
 - ⇒ Sicherstellung der palliativ-medizinische Versorgung außerhalb der Sprechzeiten



⇒ **Teilnahmevoraussetzungen**

- ⇒ Praktische Erfahrungen
2-wöchige Hospitation in palliativmedizinischer Einrichtung
oder SAPV-Team oder 15 Palliativpatienten in den letzten
3 Jahren
- ⇒ Theoretische Kenntnisse
40 Stunden Kurs-Weiterbildung, Palliativmedizin
(Bundesärztekammer) oder vergleichbare Weiterbildungen
- ⇒ Regelmäßige palliativmedizinische Weiterbildungen (min. 8
Punkte pro Jahr)
- ⇒ Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung
- ⇒ Vorlage Kooperationsvertrag



3. Gebührenordnung

In der vertragsärztlichen Versorgung werden die Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Zum 01.10.2017 wurden für die BQKPMV erstmals Abrechnungspositionen eingeführt. Erst seit diesem Zeitpunkt können die „neuen“ Leistungen erbracht werden.



II. Zahlen, Daten, Fakten

1. Genehmigungen

zum Stichtag 13.11.2018 waren 79 Genehmigungen gültig

2.

| | 37300* | 37302 | 37305 | 37306 | 37314 | 37317 | 37318 | 37320 |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 20174 | 244 | 276 | 302 | 52 | 0 | 227 | 86 | 72 |
| 20181 | 361 | 440 | 797 | 364 | 0 | 265 | 152 | 128 |
| 20182 | 397 | 577 | 432 | 150 | 0 | 293 | 202 | 163 |

*Kennzeichnung in Rot: genehmigungspflichtig

3. Versorgte Patienten

Im 2. Quartal 2018 wurden 577 Patienten im Rahmen der BQKPMV versorgt.

Davon waren 397 Patienten neu in diesem Versorgungsbereich.

Home Care Berlin e.V.

Präsentation Hospizforum 2018

Home Care e.V.
Brabanter Straße 21
10713 Berlin
www.homecare.berlin



SAPV- Aktuelles

- Gesetzesänderung SAPV § 132d SGBV
- ursprünglich Teil des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz)
- herausgelöst und als Teil des PpSG (Pflegepersonalstärkungsgesetz) am 9.11.2018 beschlossen
- gilt ab 1.1.2019
- Am 19. November ist in Frankfurt/M. der Auftakt des inhaltlichen Austausches



SAPV- Aktuelles

- PpSG (Pflegepersonalstärkungsgesetz)

Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden.

Das betrifft:

- Pflege im Krankenhaus
- Pflege in Pflegeeinrichtungen
- Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege

SAPV- PpSG (Pflegepersonalstärkungsgesetz)

Absatz 10: SAPV (Auszug)

§ 132d wird wie folgt geändert

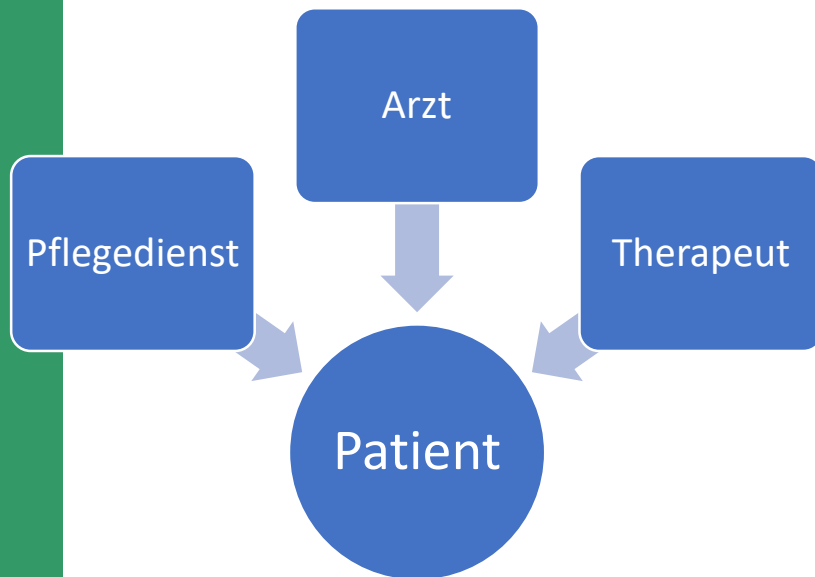
Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene erstmalig bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b SGB V

In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen.

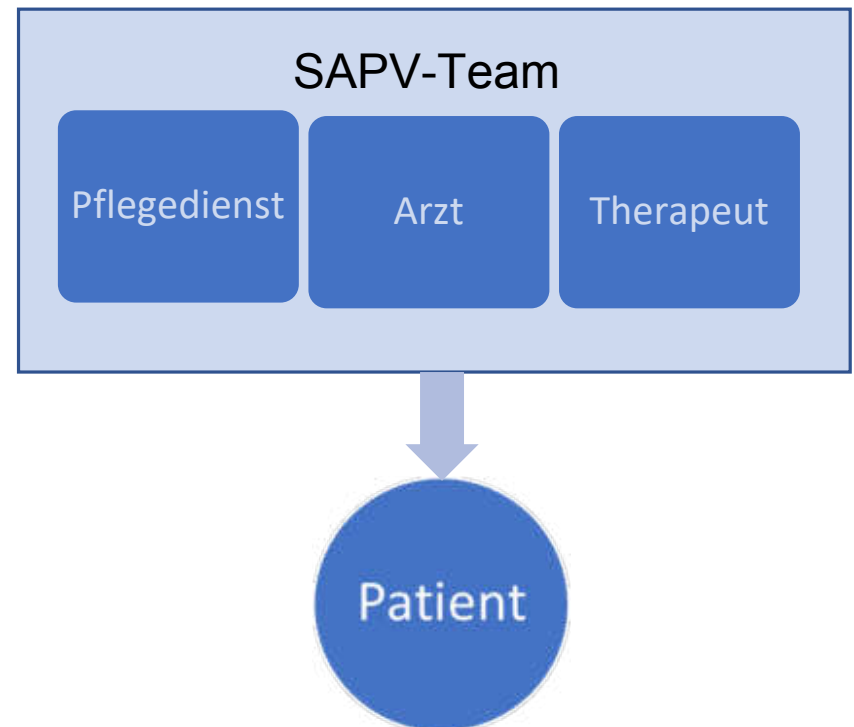
Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

Struktur SAPV

Berlin



andere Bundesländer



SAPV-Versorgung in Berlin

- 39 zugelassene SAPV-Pflegedienste (Stand Jan 2017)
- 108 zugelassene SAPV-Ärzte (Stand Mai 2017)
in insgesamt 41 Praxen
- Anzahl versorgte Patienten ca.

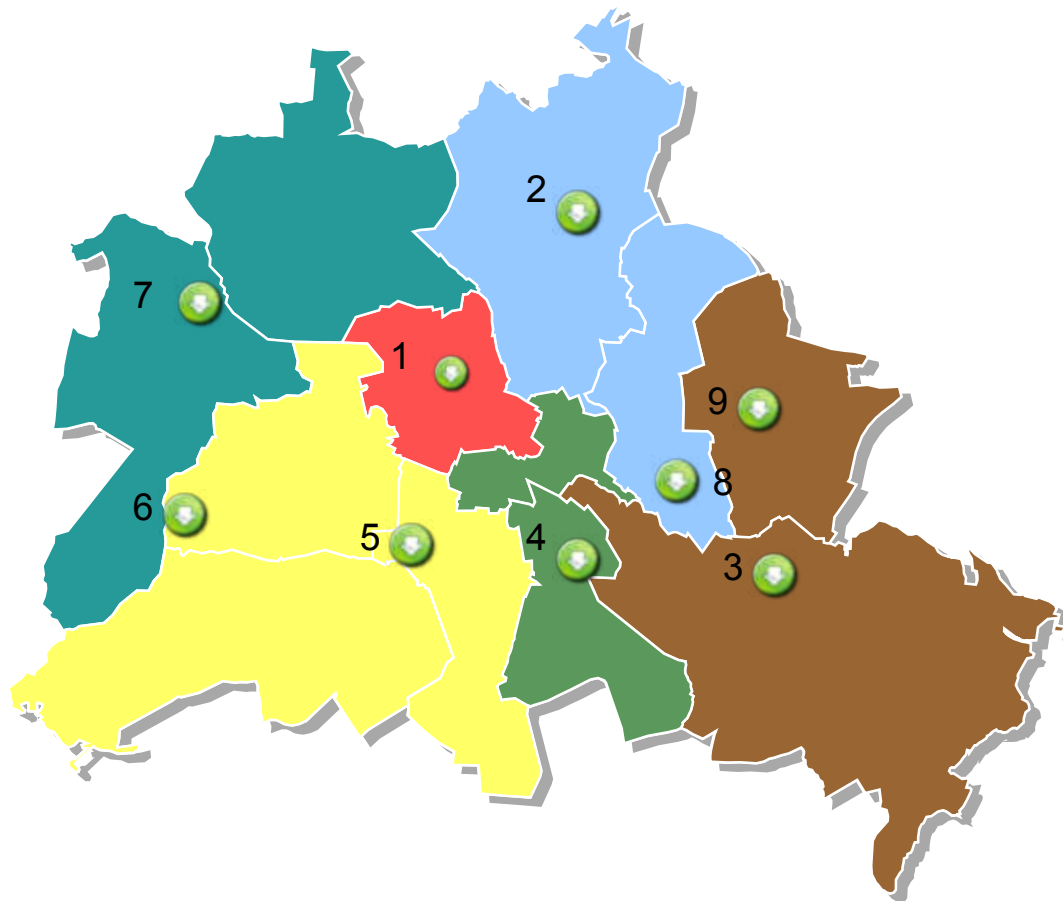
| | Arzt | Pflege (ca 45% Arzt) |
|------|-------|----------------------|
| 2014 | 5.600 | 2.178 |
| 2015 | 6.100 | 2.376 |
| 2016 | 6.500 | 2.554 |
| 2017 | 6.400 | 2.400 |





Home Care Berlin e. V.

Berlin mit Palliativ-Netzwerk-Treffpunkten



Berliner Netzwerke:

1. Netzwerk Mitte-Nord
2. Palliativnetz Berlin Nord-Ost
3. Netzwerk Berlin Ost-Brandenburg
4. SAPV-Netzwerk Süd
5. Palliativnetz Mitte-Südwest
6. SAPV-Netzwerk Berlin Süd-West
7. Palliativnetz Spandau
8. Netzwerk Biesdorf
9. SAPV-Kinder + Jugendliche

Einbezogene Leistungserbringer

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------------|-------|-------|------|------|------|-------|
| SAPV-Pflegedienst | 36 | 39 | 45 | 48 | 46 | 45 |
| Physiotherapie | 39 | 38 | 37 | 36 | 36 | 37 |
| Sozialarbeit | 28 | 34 | 35 | 32 | 30 | 29 |
| Pflegedienst (konventionell) | 17 | 15 | 13 | 14 | 14 | 9 |
| Ambulanter Hospizdienst | 15 | 17 | 16 | 15 | 12 | 13 |
| Seelsorge | 10 | 9 | 9 | 9 | 7 | 8 |
| Psychologie / Psychotherapie | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Sonstige | n. a. | n. a. | 7 | 6 | 12 | Viele |



Fakten

| Versorgungsdauer in der SAPV in Tagen | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Alle | 54 | 52 | 53 | 57 | 60 | 67 |

| Diagnose , die die SAPV begründet | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Bösartige Neubildungen (C) | 91 | 89 | 89 | 86 | 83 | 81 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems (I) | 2 | 3 | 3 | 4 | 6 | 7 |
| Krankheiten von Psyche & Nerven (F, G) | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Krankheiten des Atmungssystems (J) | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Gutartige oder unklare Neubildungen (D) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Krankheiten des Urogenitalsystems (N) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Alle anderen Diagnosen | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 |

Sterbeorte

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Zuhause | 41 | 41 | 35 | 33 | 34 | 34 | 31 |
| Pflegeheim | 12 | 13 | 14 | 14 | 16 | 19 | 22 |
| Pflege WG | | | | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Stationäres Hospiz | 35 | 34 | 40 | 40 | 38 | 35 | 36 |
| Palliativstation | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| andere Krkh-Station | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 5 |
| Kurzzeitpflege | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 |

Anzahl Patienten pro Pflegedienst

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| SAPV-Pflegedienste insgesamt | 30 | 30 | 32 | 34 | 39 | 39 |
| keine SAPV -Begleitungen | 4 | 2 | 7 | 7 | 5 | 4 |
| SAPV-Standorte mit mind. 200 Begleitungen pro Jahr | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| SAPV-Standorte mit 51-199 Begleitungen pro Jahr | 11 | 13 | 9 | 12 | 13 | 13 |
| SAPV-Standorte mit höchst. 50 Begleitungen pro Jahr | 15 | 15 | 15 | 14 | 20 | 22 |

Dokumentation Pflege - Sterbeorte

Datenbasis 1.625 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2017

| Sterbeort | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------------|------|------|------|------|
| zu Hause | 68 | 67 | 70 | 70 |
| Pflegeheim | 3 | 4 | 3 | 5 |
| Pflege WG | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Stationäres Hospiz | 14 | 12 | 12 | 13 |
| Palliativstation | 2 | 2 | 4 | 4 |
| andere Krankenhaus-Abteilung | 6 | 4 | 6 | 5 |
| Kurzzeitpflege | 1 | 1 | 1 | 0,2 |
| Unbekannt | 5 | | 1 | 1 |

Tumorerkrankungen vorausschauend Begleiten

Dr. med- Karin Barnard – Leiterin der Stabsstelle Palliativmedizin

ÜBER UNS

STELLENANGEBOTE/PRAKTIKA

PROJEKTGRUPPEN

LOKALE TUMORZEN

- 1. Gastrointestinales Symposium „Der ältere Patient“ am 11.04.2018
- Berlinweite Studienübersicht
- AG Pankreas
- 2. Gastrointestinales Symposium 2019 "Herausforderungen gastrointestinaler Tumore bei jungen Erwachsenen" am 10. April 2019

19.03. 2018 im CCCC



Gründungsleitung:

Dr. med. Karin Barnard

☎ 030- 37022523

✉ Karin.barnard@pgdiakonie.de



PD Dr. med. Anne Letsch

☎ 030-84452388

✉ Anne.Letsch@charite.de



Dr. med. Philipp v. Trott zu Solz, M.Sc.

☎ 030-36501360

✉ pvtrott@havelhoehe.de

Integrierte Palliativversorgung

Frühe integrierte Palliativversorgung

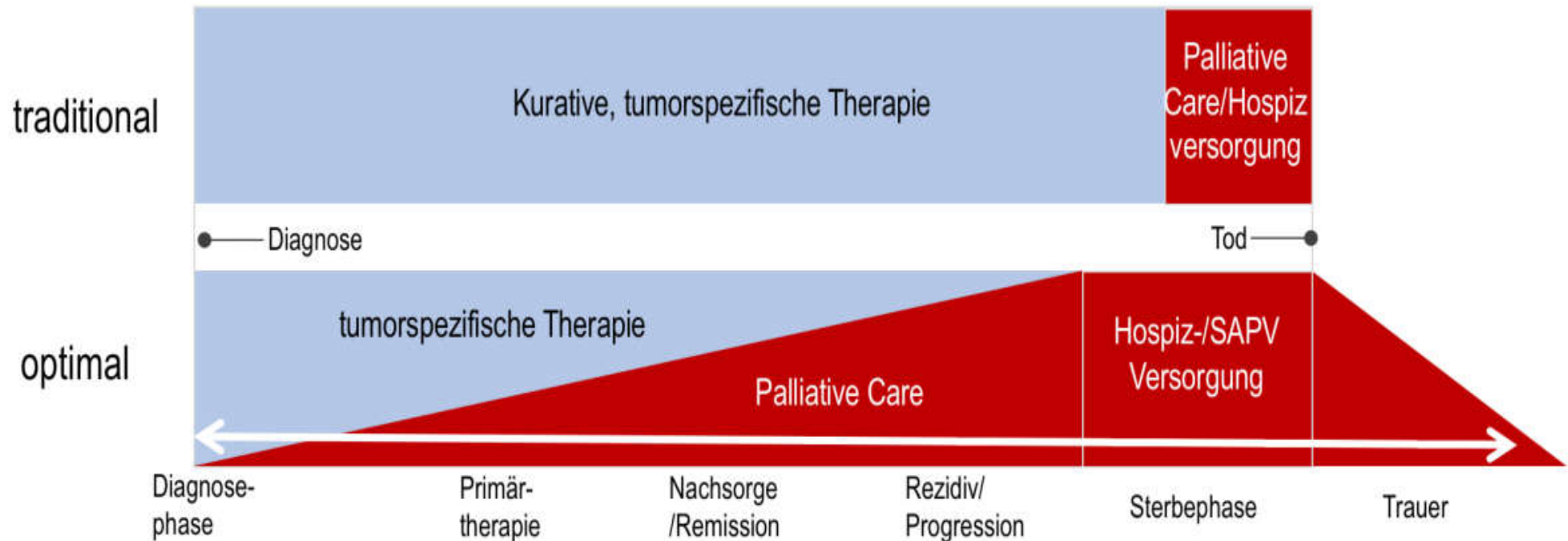


Abb. M.Preisler modifiziert nach Parikh et al, Rocque et al und Hui et al

Ziel

Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen zu allen Zeitpunkten der Erkrankung.

Voraussetzung: vorausschauender Begleitung

- Frühe Integration Palliativmedizin / Supportivmedizin
- Gut strukturierte Schnittstellen der Versorgungskette
- Feste Ansprechpartner
- Standardisierte Kommunikation mit Dokumentation

Umsetzung vorausschauender Begleitung

- Versorgungsplanung von Beginn an
 - (Modifiziertes) Advance Care Planning
 - Fortlaufende aktualisierte versorgungskettenübergreifende Dokumentation

- Stationäre Versorgung – feste Ansprechpartner über gesamten Krankheitsverlauf
 - Krankenhaus – Palliativbeauftragte/ Palliativdienste
 - Pflegeeinrichtungen – Palliativbeauftragte
 - Hospizleitung / Sozialdienst
 - Koordinatoren ambulante Hospizdienste

- Ambulante Versorgung:
 - Koordinatoren ambulante Hospizdienste
 - BQKPMV (besondere qualifizierte koordinierende palliativmedizinische Versorgung)
 - SAPV - Koordinatoren

Konsensus - Definition zu Advance care Planning

aus The Lancet Vol. 18 Sep. 2017

Advance care planning enables individuals who have decisional capacity to identify their values, to reflect upon the meanings and consequences of serious illness scenarios, to define goals and preferences for future medical treatment and care, and to discuss these with family and healthcare providers. ACP addresses individuals' concerns across the physical, psychological, social, and spiritual domains. It encourages individuals to identify a personal representative and to record and regularly review any preferences, so that their preferences can be taken into account should they at some point be unable to make their own decisions.

Adaptierte Definition der ACP

- Grundlage: Förderung des Verständnisses und der Mitteilung von persönlichen Werten, Lebenszielen und Präferenzen in zukünftigen medizinischen Planungen/ Versorgungungen (physisch, psychisch, sozial, spirituell)
- Ziel: Sicherung des Einhaltens dieser bei schweren und chronischen Erkrankungen
- Auswahl eines Vertreters bei Eintreten einer nicht Entscheidungsfähigkeit

S 3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

9.6. Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)

| | |
|-------|---|
| 9.18. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-)typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen; • individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung; • Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers. |
| 9.19. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.</p> |
| 9.20. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.</p> |

S 3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

| | |
|-------|--|
| 9.21. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollten</i> durch schriftliche Informationsmaterialien unterstützt sowie die Inhalte und Ergebnisse dokumentiert werden. |
| 9.22. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | In die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollen</i> im Einvernehmen mit dem Patienten dessen Angehörige sowie gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer einbezogen werden. |

Strategien der Umsetzung ACP:

- Zusammenbringen Betroffener, Vertrauter und des medizinischen Personals zur Unterstützung der Diskussion der langfristigen Versorgung
- In wie weit ist der Patient bereit über medizinische Versorgung zu sprechen/Wie viel Information zur Erkrankung und Prognose sind erwünscht – Konsens finden
- Beginn ACP – Planung am Anfang der medizinischen Versorgung wichtig
- Überarbeitung bei Änderungen der Umstände

Identifizierung des Bedarfs

Entwicklung eines Screening Tools zur Identifizierung von belastenden psychischen, physischen und psychosozialen Symptomen

Anforderungen:

- Schnelle und einfache Handhabung
- Möglichst viele Aspekte abdeckend
- Auswertung mit einfachem Scoring System
- Akzeptanz bei Patienten

Inhalte einer Planung / Begleitung

- Orientierung: Wo steht der Patient, was will er über Erkrankung und Prognose wissen
- Was belastet den Patient am meisten
 - Ärztliche/ pflegerische Betreuung, Familie
 - Rahmenbedingungen
 - Häusliche Betreuung
 - PV, VV
 - Was passiert, wenn es mir schlecht geht – Arbeit, Sport, soziales etc.
- Behandlung und Begleitung

Wann/ Wer

- Idealerweise ausführliches Gespräch und Planung am Anfang der Erkrankung – in der Realität schwierig abzubilden – Zeitmangel / keine Refinanzierung
- Idee – ACP als Teil des OPS 8-98h (unabhängig vom Basisassessment) abrechenbar durch Palliativ Care / Supportiv Team z. Zt. Möglichkeit von ACP bei palliativer Behandlung mit Basisassessment
- Vorteil – Langfristiger Begleiter in der Erkrankung für Fragen und Probleme (Expertise der Teammitglieder kann einfließen)
- Teilung Onkologe / Supportiv- (Palliativ) team) u.U. Vorteil für Patient – Behandler der Erkrankung / Unterstützer (Team: Arzt, Pflege und anderer Gruppe – Involvierung Entlassmanagement)

Im Verlauf der Erkrankung:

Regelmäßige Gespräche mit Supportiv-/ Palliativteam;
Neuausrichtung des ACP bei Bedarf

- Vertrauensverhältnis aufbauen
- Regelmäßige einheitliche Identifizierung des individuellen Bedarfs:
ambulant und stationär
- Regelmäßige Gespräche an Wendepunkten der Erkrankung:
Änderungsbedarfe, Erweiterung des ACP
- fortlaufende Dokumentation bei Wiederaufnahme
- Bei Verschlechterung - zunehmende Einbeziehung palliativer
Aspekte

Einbettung in die supportivmedizinischen Behandlung von onkologisch Erkrankten:

- Ziel Supportivmedizin: Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität während einer Krebserkrankung durch gezieltes
 - Schmerzmanagement
 - Behandlung von therapieinduzierten Folgesymptomen
 - Erarbeitung von Strategien z. B. zur Angst-/ Stressbewältigung
- Maßnahmen:
 - ACP
 - Schmerztherapie
 - Integrative Medizin
 - psychologische Beratung
 - Ernährungsberatung
- Bei zunehmender Symptomlast treten immer mehr Aspekte der Palliativversorgung in den Vordergrund
- Beispiel: <https://moffitt.org/tests-treatments/treatments/supportive-care-medicine/>

Tumorerkrankungen vorausschauend Begleiten

Dr. med- Karin Barnard – Leiterin der Stabsstelle Palliativmedizin

ÜBER UNS

STELLENANGEBOTE/PRAKTIKA

PROJEKTGRUPPEN

LOKALE TUMORZEN

- 1. Gastrointestinales Symposium „Der ältere Patient“ am 11.04.2018
- Berlinweite Studienübersicht
- AG Pankreas
- 2. Gastrointestinales Symposium 2019 "Herausforderungen gastrointestinaler Tumore bei jungen Erwachsenen" am 10. April 2019

19.03. 2018 im CCCC



Gründungsleitung:

Dr. med. Karin Barnard

☎ 030- 37022523

✉ Karin.barnard@pgdiakonie.de



PD Dr. med. Anne Letsch

☎ 030-84452388

✉ Anne.Letsch@charite.de



Dr. med. Philipp v. Trott zu Solz, M.Sc.

☎ 030-36501360

✉ pvtrott@havelhoehe.de

Integrierte Palliativversorgung

Frühe integrierte Palliativversorgung

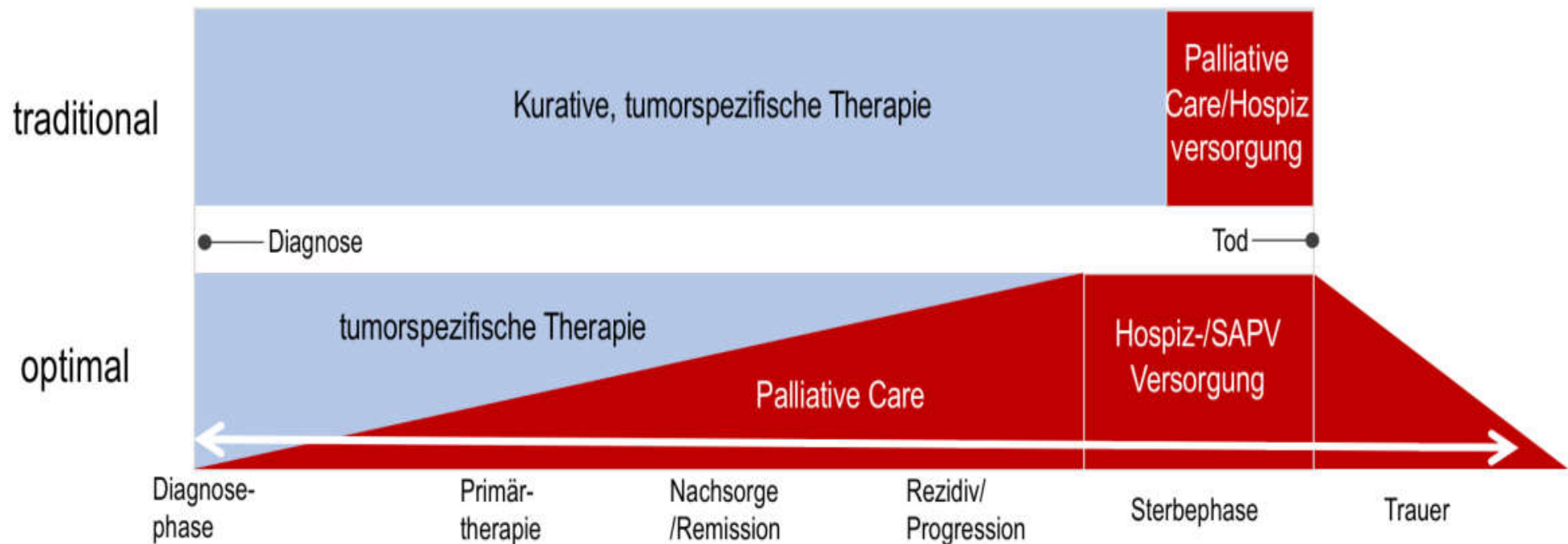


Abb. M.Preisler modifiziert nach Parikh et al, Rocque et al und Hui et al

Ziel

Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen zu allen Zeitpunkten der Erkrankung.

Voraussetzung: vorausschauender Begleitung

- Frühe Integration Palliativmedizin / Supportivmedizin
- Gut strukturierte Schnittstellen der Versorgungskette
- Feste Ansprechpartner
- Standardisierte Kommunikation mit Dokumentation

Umsetzung vorausschauender Begleitung

- Versorgungsplanung von Beginn an
 - (Modifiziertes) Advance Care Planning
 - Fortlaufende aktualisierte versorgungskettenübergreifende Dokumentation

- Stationäre Versorgung – feste Ansprechpartner über gesamten Krankheitsverlauf
 - Krankenhaus – Palliativbeauftragte/ Palliativdienste
 - Pflegeeinrichtungen – Palliativbeauftragte
 - Hospizleitung / Sozialdienst
 - Koordinatoren ambulante Hospizdienste

- Ambulante Versorgung:
 - Koordinatoren ambulante Hospizdienste
 - BQKPMV (besondere qualifizierte koordinierende palliativmedizinische Versorgung)
 - SAPV - Koordinatoren

Konsensus - Definition zu Advance care Planning

aus The Lancet Vol. 18 Sep. 2017

Advance care planning enables individuals who have decisional capacity to identify their values, to reflect upon the meanings and consequences of serious illness scenarios, to define goals and preferences for future medical treatment and care, and to discuss these with family and healthcare providers. ACP addresses individuals' concerns across the physical, psychological, social, and spiritual domains. It encourages individuals to identify a personal representative and to record and regularly review any preferences, so that their preferences can be taken into account should they at some point be unable to make their own decisions.

Adaptierte Definition der ACP

- Grundlage: Förderung des Verständnisses und der Mitteilung von persönlichen Werten, Lebenszielen und Präferenzen in zukünftigen medizinischen Planungen/ Versorgungungen (physisch, psychisch, sozial, spirituell)
- Ziel: Sicherung des Einhaltens dieser bei schweren und chronischen Erkrankungen
- Auswahl eines Vertreters bei Eintreten einer nicht Entscheidungsfähigkeit

S 3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

9.6. Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)

| | |
|-------|---|
| 9.18. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-)typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen; • individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung; • Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers. |
| 9.19. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.</p> |
| 9.20. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | <p>Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.</p> |

S 3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

| | |
|-------|--|
| 9.21. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollten</i> durch schriftliche Informationsmaterialien unterstützt sowie die Inhalte und Ergebnisse dokumentiert werden. |
| 9.22. | Konsensbasierte Empfehlung |
| EK | In die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollen</i> im Einvernehmen mit dem Patienten dessen Angehörige sowie gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer einbezogen werden. |

Strategien der Umsetzung ACP:

- Zusammenbringen Betroffener, Vertrauter und des medizinischen Personals zur Unterstützung der Diskussion der langfristigen Versorgung
- In wie weit ist der Patient bereit über medizinische Versorgung zu sprechen/Wie viel Information zur Erkrankung und Prognose sind erwünscht – Konsens finden
- Beginn ACP – Planung am Anfang der medizinischen Versorgung wichtig
- Überarbeitung bei Änderungen der Umstände

Identifizierung des Bedarfs

Entwicklung eines Screening Tools zur Identifizierung von belastenden psychischen, physischen und psychosozialen Symptomen

Anforderungen:

- Schnelle und einfache Handhabung
- Möglichst viele Aspekte abdeckend
- Auswertung mit einfachem Scoring System
- Akzeptanz bei Patienten

Inhalte einer Planung / Begleitung

- Orientierung: Wo steht der Patient, was will er über Erkrankung und Prognose wissen
- Was belastet den Patient am meisten
 - Ärztliche/ pflegerische Betreuung, Familie
 - Rahmenbedingungen
 - Häusliche Betreuung
 - PV, VV
 - Was passiert, wenn es mir schlecht geht – Arbeit, Sport, soziales etc.
- Behandlung und Begleitung

Wann/ Wer

- Idealerweise ausführliches Gespräch und Planung am Anfang der Erkrankung – in der Realität schwierig abzubilden – Zeitmangel / keine Refinanzierung
- Idee – ACP als Teil des OPS 8-98h (unabhängig vom Basisassessment) abrechenbar durch Palliativ Care / Supportiv Team z. Zt. Möglichkeit von ACP bei palliativer Behandlung mit Basisassessment
- Vorteil – Langfristiger Begleiter in der Erkrankung für Fragen und Probleme (Expertise der Teammitglieder kann einfließen)
- Teilung Onkologe / Supportiv- (Palliativ) team) u.U. Vorteil für Patient – Behandler der Erkrankung / Unterstützer (Team: Arzt, Pflege und anderer Gruppe – Involvierung Entlassmanagement)

Im Verlauf der Erkrankung:

Regelmäßige Gespräche mit Supportiv-/ Palliativteam;
Neuausrichtung des ACP bei Bedarf

- Vertrauensverhältnis aufbauen
- Regelmäßige einheitliche Identifizierung des individuellen Bedarfs:
ambulant und stationär
- Regelmäßige Gespräche an Wendepunkten der Erkrankung:
Änderungsbedarfe, Erweiterung des ACP
- fortlaufende Dokumentation bei Wiederaufnahme
- Bei Verschlechterung - zunehmende Einbeziehung palliativer
Aspekte

Einbettung in die supportivmedizinischen Behandlung von onkologisch Erkrankten:

- Ziel Supportivmedizin: Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität während einer Krebserkrankung durch gezieltes
 - Schmerzmanagement
 - Behandlung von therapieinduzierten Folgesymptomen
 - Erarbeitung von Strategien z. B. zur Angst-/ Stressbewältigung
- Maßnahmen:
 - ACP
 - Schmerztherapie
 - Integrative Medizin
 - psychologische Beratung
 - Ernährungsberatung
- Bei zunehmender Symptomlast treten immer mehr Aspekte der Palliativversorgung in den Vordergrund
- Beispiel: <https://moffitt.org/tests-treatments/treatments/supportive-care-medicine/>

Erfahrungen Patienten ambulante Palliativversorgung

1. An welchen Stellen der Versorgung/ Schnittstellen haben wir von der ZAH mit Betroffenen, Zugehörigen und Versorgern zu tun?
 - in der Patientenverfügungsberatung werden Versorgungsmöglichkeiten thematisiert
 - Beratung von Bürger*innen:
 - kein Wissen über Versorgung: Aufzeigen der Möglichkeiten
 - schon in Versorgung (KH, Pflegeheim, Zuhause) – Aufzeigen weiterer Möglichkeiten
 - Beratung von Institutionen:
 - die mit Akteuren zusammenarbeiten wollen
 - selbst Klienten in div. Kontexten beraten

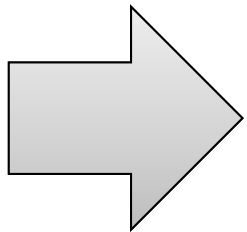
2. Was auffällt:
 - Aufzeigen von Möglichkeiten verursacht manchmal „Bauchschmerzen“, da wir wissen, dass die Versorgung oft recht knapp ist – vor allem in den bekannten Gegenden, z.B. am Rande Berlins
 - Wissen bei den Beteiligten zur Versorgung und den Versorgungsmöglichkeiten nicht flächendeckend gleich
 - Probleme Freitagnachmittag (Arzt nicht erreichbar, Krankenhausentlassung, Wochenend-Versorgung nicht gewährleistet etc.)
 - Es soll weiterhin Versorgung zu Hause stattfinden (nicht Hospiz oder Pflegeheim), aber das Fachpersonal dafür fehlt.
 - Angst der Betroffenen über die Perspektive – wer übernimmt die Begleitung?
 - Kann nicht alles auf die Hospizdienste überlagert werden
 - Mitunter keine Begleitung Hospizdienst
 - Fühlen sich allein gelassen

3. Konsequenzen:
 - Hospize werden favorisiert, obwohl diese von den Versorgungsbedürfnissen nicht nötig ist und auch nicht immer der Wunsch des Betroffenen
 - Betroffene sind sowieso schon von der Situation überfordert und dann auch noch von den Versorgungsschwierigkeiten
 - 1. Barriere, die nun an vielen Stellen genommen wurde (nämlich die Angst vor Begegnung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer und dem damit verbundenen Versorgungssystem), wurde durch eine neue 2. Barriere ausgewechselt: die Hospiz- und Palliativversorgung wird eine (empfundene) Exklusivversorgung, die nur bestimmten Menschen zur Verfügung steht.

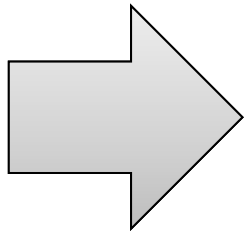
Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

Versorgerperspektive
Ambulanter Hospizdienste

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

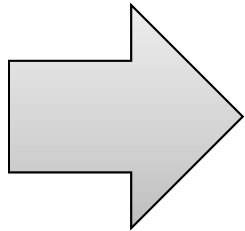


Arbeit durch AHD ist immer **ergänzend** zur Grundversorgung



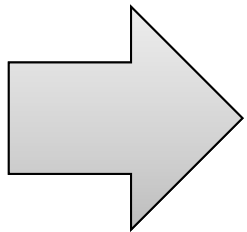
Schwerpunkt: „**ambulant vor stationär**“

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

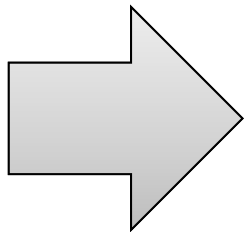


Trotz **HPG** 2015 spüren die Einrichtungen
eher eine **Verschlechterung** der
Versorgungslandschaft

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

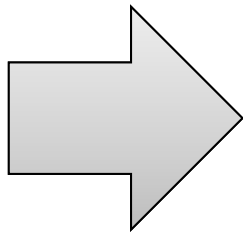


Ursächlich ist ärztlicher und
vor allem pflegerischer
Fachkräftemangel

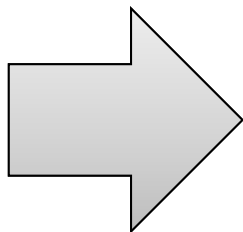


Folge sind **KH-Entlassung ohne
Versorgung** oder Unterbringung
in stationären
Pflegeeinrichtungen

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

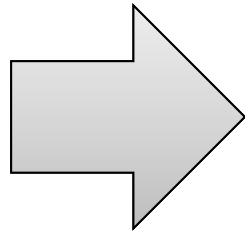


Schwierig ist heute nicht mehr die Schulung von Palliativ Care Fachkräften, sondern der generelle **Pflegekräfte-Mangel**

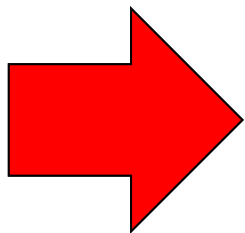


Eignung und Kompetenz der Bewerber spielen oftmals keine Rolle mehr, daraus resultieren **qualitative Mängel auch in der Versorgung am Lebensende**

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

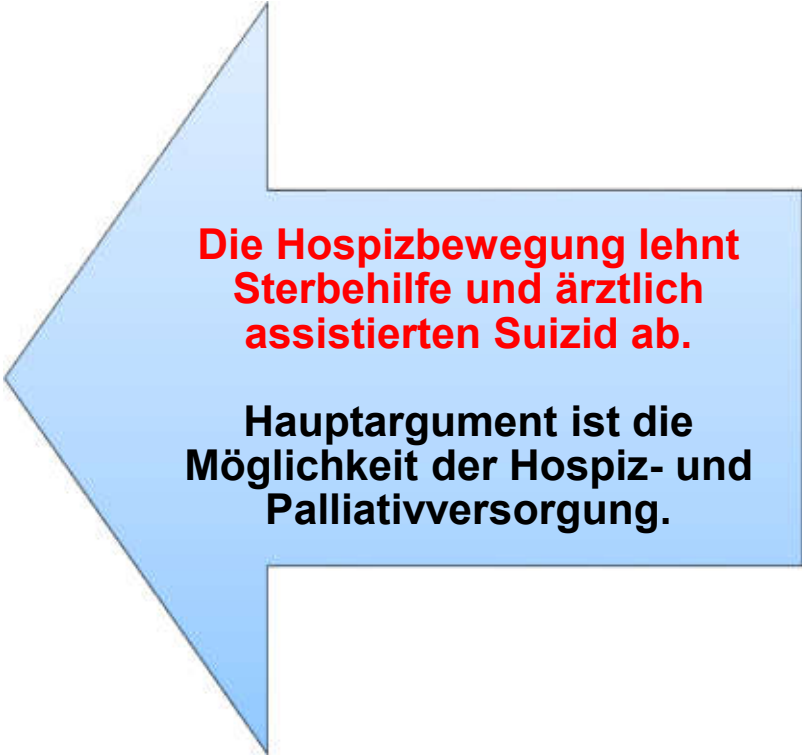


In der AAPV wird oft auf SAPV-Spezialist*innen zurückgegriffen, da die Grundversorgung nicht gewährleistet ist



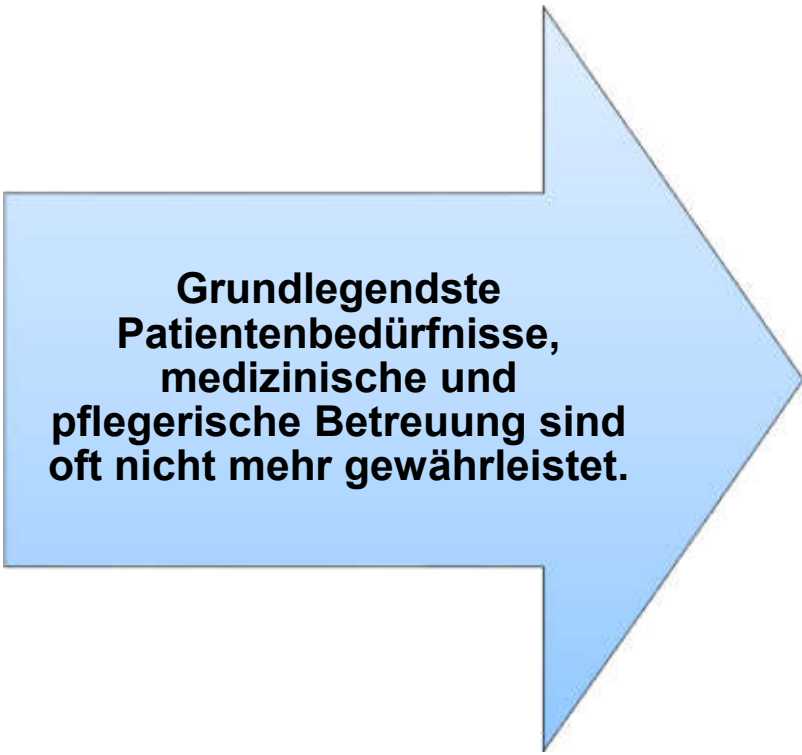
Daraus resultierende Unterversorgung sorgt so für kostspielige und unnötige Notarzt- und Feuerwehreinsätze sowie Krankenhaus-aufenthalte

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“



**Die Hospizbewegung lehnt
Sterbehilfe und ärztlich
assistierten Suizid ab.**

**Hauptargument ist die
Möglichkeit der Hospiz- und
Palliativversorgung.**



**Grundlegendste
Patientenbedürfnisse,
medizinische und
pflegerische Betreuung sind
oft nicht mehr gewährleistet.**

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

Frustration

Forderungen nach
Sterbehilfe oder ärztlich
assistiertem Suizid haben auch
wir als Hospize dann **keine Antworten**
entgegen zu setzen.

Unterversorgung führt zu berechtigten Ängsten
und Sorgen, die zu einem Bedürfnis nach einem
„selbstbestimmten“ Lebensende werden können.

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

Fallbeispiel

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

Juni 2018

- Begleitung einer 70jährigen Patienten mit Bauchspeicheldrüsen-Krebs (Diagnose April 2018) und Lebermetastasen
- 2016 Diagnose Nierencarcinom
- 2013 Diagnose Lungencarcinom

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

- Frau K. wird nach Therapiebeendigung ohne Planung einer ambulanten Weiterversorgung und Anbindung aus der stationären Onkologie entlassen
- Schwere Symptomlage inklusive Schmerzen, Übelkeit, Schwäche, Müdigkeit und Inappetenz
- Orale Schmerzmittelgabe (Tabletten und Tropfen) überfordern Familie (Dosierung scheint unzureichend, Höchstdosis ist unbekannt, Schluckbeschwerden)

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

- Ambulante Onkologen fühlen sich ohne weitere Therapie nicht verantwortlich
- Ambulante Hauskrankenpflege kommt einmal täglich zur Behandlungspflege einer Gallengangsdrainage

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

- Trotz Bemühungen der Familie keine Hilfe vom Hausarzt (er lehnt wegen Symptomlage die Zuständigkeit ab)
 - Anfrage bei HomeCare, 3 SAPV-Diensten, einem OnkologieZentrum mit SAPV-Anbindung
- Nur Absagen
- Ad hoc ist kein stationärer Hospizplatz zu organisieren

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

- Die Mitarbeiterin des Hospizdienstes kontaktiert kooperierenden SAPV-Dienst
- Dieser kann erst Erstbesuch am Montag der Folgewoche versprechen
- **Einzigste Sicherheit für die Familie ist in diesem Moment die Koordinatorin des Hospizdienstes mit ihrer Beratung und der Rufbereitschaft**
- Am nächsten Morgen ist Frau K. tot.

Fachveranstaltung „Ambulante Palliativversorgung“

VIELEN DANK!

4. Berliner Hospizforum am 16.11.18

Zusammenfassung des Impulsbeitrages von Charlotte Weltz und Anke Reethen (DRK Klinikum Mitte Berlin)

Unsere Praxiserfahrungen zeigen, dass die Überleitung von Patient*innen mit palliativem Versorgungsbedarf in ambulante Versorgungsstrukturen insbesondere dann schwierig ist, wenn:

- Patient*innen von komplexen, multifaktoriellen Problemlagen betroffen sind (bspw. Verschränkung von Krankheit/Armut/sozialer Benachteiligung)
- Patient*innen auf geringe Ressourcen zurückgreifen können (bspw. fehlendes soziales Netz, geringe finanzielle Mittel, geringe Selbsthilfefähigkeiten)
- Eine Versorgung aufgrund fehlender Kapazitäten der Strukturen nicht organisiert werden kann (bspw. Mangel an SAPV-Ärzt*innen, lückenhaftes SAPV-Netz bestimmter Bezirke Berlins, Mangel an ambulanten Pflegediensten)
- Aufgrund ökonomischer Zwänge Krankenhäuser angehalten sind Liegezeiten möglichst kurz zu halten und keine ausreichende Zeit für die Organisation der Anschlussversorgung zur Verfügung steht

In unserer alltäglichen Praxis erweisen sich folgende Strategien als hilfreich, um diesen Herausforderungen zu begegnen:

- Unterstützung der Patient*innen durch ein multiprofessionelles Palliativteam währendes Klinikaufenthaltes und frühzeitige Entlassungsplanung
- Knüpfung von Netzwerken im Sinne regelmäßiger Zusammenarbeit mit Akteur*innen des ambulanten Versorgungssystems (bspw. Teilnahme ambulanter Onkolog*innen an Tumorkonferenz, Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten)
- Kreativität und individuelle Problemlösung im jeweiligen Einzelfall

4. Berliner Hospizforum am 16.11.18

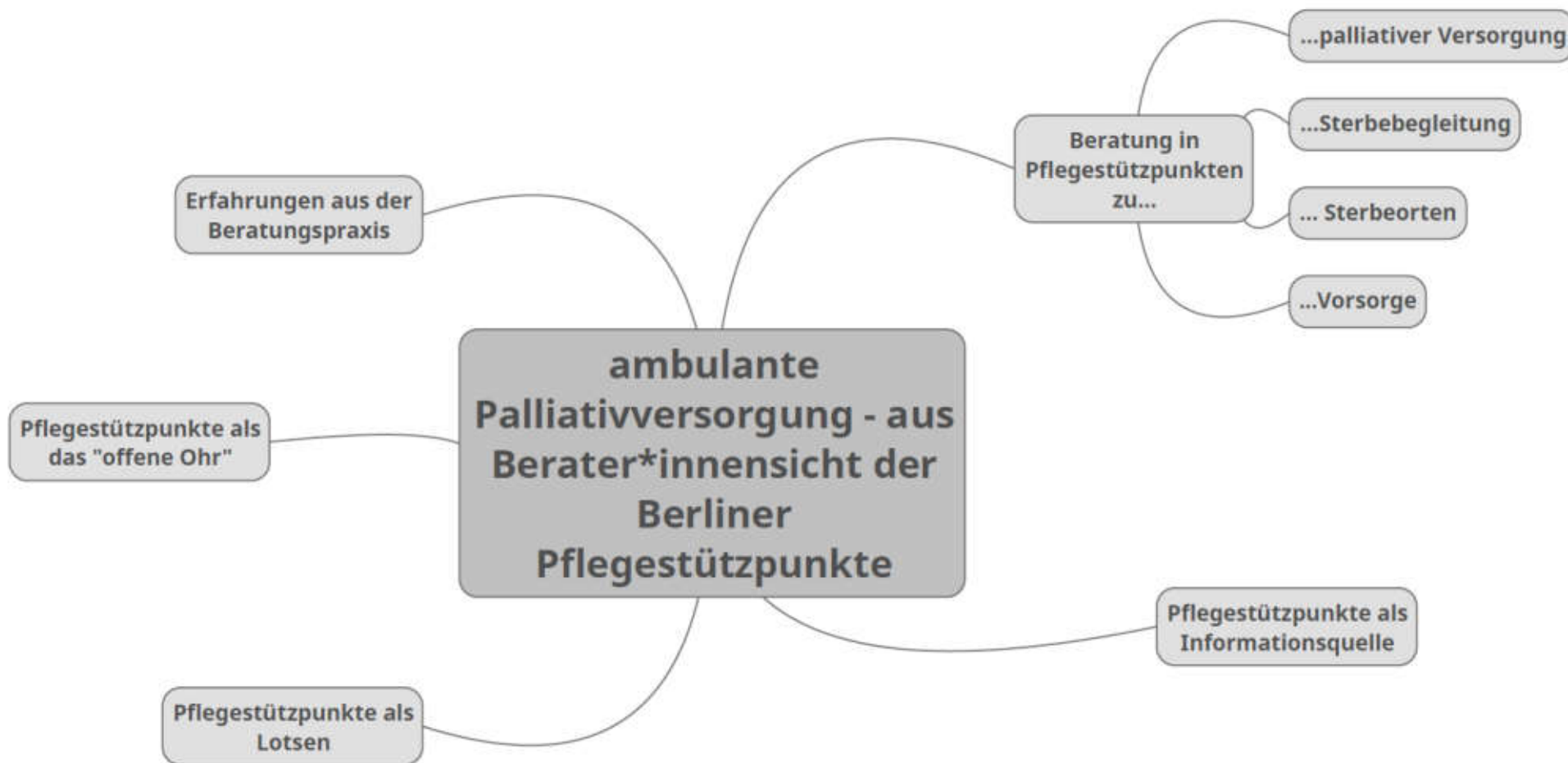
Zusammenfassung des Impulsbeitrages von Gabriele Anger (Hauskrankenpflege Rothe)

Derzeit gibt es in Berlin fast 40 SAPV Pflegedienste und fast 100 zugelassene SAPV-Ärzte. Die Zahlen täuschen. Nur etwa ein Drittel der Ärzte macht "tatsächlich" SAPV, wie sie angedacht ist- nämlich durch regelmässige Hausbesuche. Bei den Pflegediensten ist es so, dass etwa 70 Prozent der berlinweit zu versorgenden Patienten von 5 großen Pflegediensten begleitet wird. Alle anderen Pflegediensten versorgen nur hin und wieder Palliativpatienten oder nur sehr wenige.

Die Zugangsvoraussetzungen sind hoch und das ist gut, weil ein spezialisiertes, breites Fachwissen vonnöten ist. Wenn in einem SAPV - Pflegedienst gerade so die Zugangsbedingungen erfüllt sind und einer der wenigen spezialisierten Fachkräfte wegfällt, darf und kann der Pflegedienst keine SAPV mehr erbringen.

Letztlich fehlt es an Pflegefachkräften, die zudem noch die Qualifikation Palliative Care haben. Aber dieses Problem ist hinlänglich bekannt...

Wir sind aber froh, dass wir vielen Menschen ein Sterben in der Häuslichkeit ermöglichen können, die ohne die SAPV in ein Krankenhaus kämen.



Versorgungssituation Berlin: Psychotherapie in der ambulanten Palliativversorgung



Dipl.-Psych. Sarah Springer

4. Berliner Hospizforum

Gut gedacht...

- Entsprechend der Definitionen der World Health Organization (WHO) sowie der European Association for Palliative Care (EAPC) sollen u.a. auch psychische Probleme fokussiert werden
 - In den Leitlinien Palliativmedizin (f. Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung) werden psychotherapeutische Behandlungsempfehlungen genannt
 - Palliative Care ist multidisziplinär angelegt und
 - Entsprechend des Total-Pain-Modells von C. Saunders ist die Psychologische eine Dimension der multidimensional verstandenen Leidenssymptomatik
- der Bereich der Psychologie und Psychotherapie ist vorgesehen in Palliative Care

Multifaktorielle Belastungsfaktoren von Palliativpatienten

- Körperlich: Schmerzen, Fatigue, Herz-Kreislauf- und Atemprobleme, gastrointestinale Beschwerden, Bewusstseinszustand, Körperfunktionen, Sensorik, Wunden, Ernährung,...
 - Psychisch: Einflüsse der Krankheit auf Patient und Angehörige, Veränderung der Lebensplanung, psychische und emotionale Belastungsreaktionen und psychische Störungen, Verhaltensaspekte, Krankheitsverarbeitung, Gefühle von Schuld, Autonomie- und Kontroll- sowie Würdeverlust, interpersonelle Konflikte,...
 - Soziale und praktische Aspekte: Beziehungen und Rollen in sozialen Gefügen, Kommunikation, Alltagsbewältigung, Beruf, Privatsphäre,...
 - Spirituelle Aspekte: existenzielle und transzendente Themen, Werte, Überzeugungen, Glauben, Unterstützungsbedürfnisse,...
- Bio-psycho-sozio-spirituellem Ansatz

Psychische Störungsbelastung bei Palliativpatienten

- Studien zeigen, dass über 30% aller Krebspatienten in der palliativen Versorgung im Verlauf der Behandlung an mindestens einer psychischen Störung leiden
- Angststörungen werden auf über 11% beziffert (subsyndromale Ängste sowie spezifische Ängste zeigen Prävalenzraten von bis zu 48%)
- Anpassungsstörungen liegen bei etwa 11% und
- Depressionen auf über 6%

Psychologen und Psychotherapie in der Palliativversorgung

- Etablierung der Psychoonkologie (v.a. stationär)
- Abrechnung der psychoonkologischen Leistungen in der ambulanten Versorgung i.d.R. nur über Beratungsstellen oder Psychotherapie
- **Ambulante psychologisch-psychotherapeutische Versorgung Schwersterkrankter in Berlin muss aktuell über psychotherapeutische Praxen erbracht werden**
- Weiterbildung Psychoonkologie; Weiterbildung für Psychologen im Bereich Palliativversorgung am Institut für Palliativpsychologie

Anfrage bei niedergelassenen Psychotherapeuten

Frühjahr 2018

„Sehr geehrte(r) Frau/Herr...,

können Sie auch Patienten, die körperlich schwersterkrankt und in einem (absehbaren) palliativen Gesundheitszustand sind, eine psychotherapeutische Sprechstunden und/oder Behandlung im Hausbesuch anbieten?

Danke im Voraus für Ihre Rückmeldung!

mit besten Grüßen, Springer“

Ergebnis der Anfrage

- 50% der Therapeuten habe sich auf die Emailanfrage nicht zurückgemeldet.
- Vorausgesetzt, der Patient/die Patientin wohnt räumlich nah, wäre bei knapp 10% von den angefragten 56 Psychotherapeuten Pankows generelle eine Behandlung möglich.
Aktuell realisierbar (d.h. bei real freien Kapazitäten) wäre solch eine Behandlung aber nur, räumliche Nähe vorausgesetzt, bei gut 5% der angefragten Psychotherapeuten (ausschließlich VT-ler).

➤ Gravierende Versorgungslücke!

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Verwendete Literatur

- Ausbert, E., Nauck, F., Radbruch, L. (2012). Lehrbuch der Palliativmedizin (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Faller H., Schuler M., Richard M. et al. (2013). Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*; 31: 782–793
- Gerhard, C. (2015). Konzepte für unterschiedliche palliative Versorgungssituationen. In: *Praxiswissen Palliativmedizin*. Stuttgart, Delhi, New York, Rio: Thieme Verlagsgruppe. DOI: 10.1055/b-0034-101615
<https://doi.org/10.1159/000162287>.
- Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (2014). *Palliative Care* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- MacLeod R. (2008). Setting the context: What do we mean by psychosocial care in palliative care? In: Lloyd-Williams M, eds. *Psychosocial issues in palliative care*. New York: Oxford University Press: 1–20
- Macleod, S., Schulz, C. (2013). Psychologie des Sterbeprozesses. In: Macleod, S., Schulz, C. *Psychiatrie in der Palliativmedizin: Behandlung psychischer und psychosomatischer Probleme am Lebensende* (S. 47-57). Göttingen: Hogrefe.
- Mehnert, A. (2015). Psychotherapie in der Palliativversorgung. *Psychother Psych Med* 2015; 65: 387–397. DOI <http://dx.doi.org/> 10.1055/s-0035-1552758
- https://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html, abgerufen am 02.11.2018

Erfahrungen Patienten ambulante Palliativversorgung

1. An welchen Stellen der Versorgung/ Schnittstellen haben wir von der ZAH mit Betroffenen, Zugehörigen und Versorgern zu tun?
 - in der Patientenverfügungsberatung werden Versorgungsmöglichkeiten thematisiert
 - Beratung von Bürger*innen:
 - kein Wissen über Versorgung: Aufzeigen der Möglichkeiten
 - schon in Versorgung (KH, Pflegeheim, Zuhause) – Aufzeigen weiterer Möglichkeiten
 - Beratung von Institutionen:
 - die mit Akteuren zusammenarbeiten wollen
 - selbst Klienten in div. Kontexten beraten

2. Was auffällt:
 - Aufzeigen von Möglichkeiten verursacht manchmal „Bauchschmerzen“, da wir wissen, dass die Versorgung oft recht knapp ist – vor allem in den bekannten Gegenden, z.B. am Rande Berlins
 - Wissen bei den Beteiligten zur Versorgung und den Versorgungsmöglichkeiten nicht flächendeckend gleich
 - Probleme Freitagnachmittag (Arzt nicht erreichbar, Krankenhausentlassung, Wochenend-Versorgung nicht gewährleistet etc.)
 - Es soll weiterhin Versorgung zu Hause stattfinden (nicht Hospiz oder Pflegeheim), aber das Fachpersonal dafür fehlt.
 - Angst der Betroffenen über die Perspektive – wer übernimmt die Begleitung?
 - Kann nicht alles auf die Hospizdienste überlagert werden
 - Mitunter keine Begleitung Hospizdienst
 - Fühlen sich allein gelassen

3. Konsequenzen:
 - Hospize werden favorisiert, obwohl diese von den Versorgungsbedürfnissen nicht nötig ist und auch nicht immer der Wunsch des Betroffenen
 - Betroffene sind sowieso schon von der Situation überfordert und dann auch noch von den Versorgungsschwierigkeiten
 - 1. Barriere, die nun an vielen Stellen genommen wurde (nämlich die Angst vor Begegnung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer und dem damit verbundenen Versorgungssystem), wurde durch eine neue 2. Barriere ausgewechselt: die Hospiz- und Palliativversorgung wird eine (empfundene) Exklusivversorgung, die nur bestimmten Menschen zur Verfügung steht.

Workshop 1

Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung

Moderation: **Susanne Rehberg**
(Ambulanter Palliativberatungs- und Hospizdienst der Volkssolidarität)

Co-Moderation: **Dr. Irmgard Landgraf**
(Vorstand Hausärzterverband Berlin Brandenburg)

A – Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1) Wie kann gemeinsam mit allen Beteiligten eine gute ambulante und flächendeckende Palliativversorgung erreicht werden, die für alle Entlastung schafft?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- **Kooperationen zwischen ÄrztInnen und nicht ärztlichen Partnern**
Idealerweise solle jeder Hausarzt und jede Hausärztin - analog zu den SAPV Praxen - Kooperationen mit - z.B. regionalen - Ambulanten Hospizdiensten eingehen??? HausärztInnen sollten auf jeden Fall von den Angeboten der Ambulanten Hospizarbeit wissen und auch im Sinne von Beratung darauf verweisen können.
- **Bildung von Teams**
In Zusammenarbeit mit Pflegediensten und weiteren regionalen Anbietern, z.B. auch Pflegestützpunkten, könnten zumindest Kenntnislücken vermieden werden.
- **Einbeziehung der PatientInnen/Angehörigen**
PatientInnen selbst sollten aufgeklärter sein, z.B. durch Beratung durch die Krankenkassen, und Leistungen einfordern und nachfragen.
- **Entlastung der HausärztInnen durch Telemedizin und nichtärztliche Praxisassistenten**
Nicht immer muss der Hausarzt oder die Hausärztin selbst vor Ort sein, was viel Zeit und Ressourcen kostet, wichtig ist der Kontakt zu den Patienten, das schafft Sicherheit.
- **Arbeiten auf Augenhöhe**
Flache Hierarchien, gegenseitige Wertschätzung, Ergänzung der einzelnen Professionen, sich nicht selbst als Generalisten sehen...
- **Palliativmedizinischer Bereitschaftsdienst**
Im Krisenfall müssen die PatientInnen und Angehörigen jenseits der 112 Hilfe erhalten. Verschiedene Möglichkeiten wurden kontrovers diskutiert: Einerseits die Idee, analog zum allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst einen für Palliativsituationen zu schaffen, andererseits entwickelt man somit wieder Spezialisierungen und dies verhindert ein Bewusstsein, dass alle HausärztInnen eigentlich die Verantwortung für die medizinische Versorgung auch im Sterbeprozess haben. Bereitschafts-/HausärztInnen sollen stattdessen so „ausgestattet“ sein, dass sie diese Verantwortung auch in der Praxis übernehmen können...

(2) Was brauchen die Ärzte und Pflegedienste für Informationen zu und von den ambulanten Hospizdiensten? Wie können die Informationen am geeignetsten vermittelt werden?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- **Wo ist wer und wer ist wer?**
Informationen, von denen die Hospizdienste glauben, sie seien selbstverständlich jedem bekannt..., brauchen die HausärztInnen. Auch die ÄrztInnen im Krankenhaus im Kontext von Entlassung...! Viele **wissen** eben nicht, **dass es Ambulante Hospizdienste gibt und was sie leisten**.
- Ein ambulanter Hospizdienst ist keine SAPV Versorgung und kein stationäres Hospiz
Viel **Aufklärung** ist nötig, um die Unterschiede klar zu machen. Es wird diskutiert, wessen Verantwortung diese Aufklärung ist. Ist es die Verantwortung der Ambulanten Hospizdienste?
- **Ein ambulanter Hospizdienst kann auch trotz guter Versorgung einbezogen werden.**
Nicht nur im Sinne von Krise und Unterversorgung, sondern auch wenn es gut läuft, als zusätzliche Unterstützung und Entlastung kann ein Hospizdienst involviert werden.
- **Informationen auch über PatientInnen in die Praxis**, z.B. Liste vom Sozialdienst im Krankenhaus an die PatientInnen, die diese Informationen an ihre ÄrztInnen weitergeben.

(3) Wie können mehr Partner für eine gute ambulante Palliativversorgung gewonnen werden?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- **Sorgende Gemeinschaft**, generationsübergreifende, nachbarschaftliche Unterstützung, Verantwortung übernehmen
Über **breite Öffentlichkeitsarbeit**, z.B. Letzte-Hilfe-Kurse, soll ein großer Teil der Bevölkerung für die Bedürfnisse Sterbender sensibilisiert und ermuntert werden, sich für Angehörige, Freunde, Nachbarn einzusetzen.
- **Weniger „Spezialisierungen“**
Wenn Sterben als Teil des Lebens begriffen wird, dann geht es nicht um spezialisierte Einrichtungen. Jeder Angehörige, jeder Arzt und jede Ärztin, jeder Pflegedienst kann und muss einen Beitrag dazu leisten, dass der sterbende Mensch die Unterstützung bekommt, die er braucht.
- **Öffentlichkeitsarbeit**
z.B. über den Hausärzterverband, Informationsveranstaltungen oder Artikel in „Der Hausarzt“ usw.

Workshop 2

Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (BQKPMV)

Moderation: **Kerstin Kurzke**
(Leitung Hospiz- und Trauerarbeit des Malteser Hilfsdienstes)

Co-Moderation: **Peter Pfeiffer**
(Hauptabteilungsleiter Kassenärztliche Vereinigung Berlin)

A – Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1a) Wie können Informationen zum neuen Leistungsangebot BQKPMV unter Verdeutlichung der Spezifität gegenüber AAPV und SAPV bekannter gemacht werden in der **Ärzterschaft**?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- Der **Begriff BQKPMV** (ausgeschrieben oder als Abkürzung) ist zu „**sperrig**“.
- Darüber hinaus kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Leistungen der AAPV und SAPV unter der Ärzteschaft bekannt sind.
 - ➔ Vorschlag aus der AG: es braucht eine **gemeinsame Einführung zum Thema Hospizliche- und Palliative Versorgung** – mit einer Darstellung der möglichen Leistungs-Bausteine (aus Hand der ÄrztInnen und in Kooperation mit Hospizdiensten und anderen Leistungserbringern).
- Diese **Information** sollte über verschiedene Wege publiziert und der Ärzteschaft unterbreitet werden:
 - KV-Blatt und KV-Internetseite,
 - Schreiben an alle ÄrztInnen von Seiten der KV (wenn möglich regionale Vernetzungen anregen?),
 - Einladung zu einer Infoveranstaltung der KV zu dem Thema (wenn möglich regional),
 - Artikel in der Fachzeitschrift „Der Hausarzt“,
 - Fortbildung/ Vorträge zu dem Thema in der Hausarzt-Akademie,
 - regionale Bekanntmachung über Ärzte-Stammtische, regionale Zirkel,
 - Infos über die Ärztekammer,
 - Info auch in die Krankenhäuser: Sozialdienste, ÄrztInnen, so dass diese mit den KollegInnen sprechen...,
 - Artikel über HausärztInnen etc. in der „normalen“ Tagespresse. (Siehe auch 1b)

(1b) Wie können Informationen zum Leistungsangebot BQKPMV unter Verdeutlichung der Spezifität gegenüber AAPV und SAPV bekannter gemacht werden **bei den an der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen beteiligten Diensten und Einrichtungen**?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- **Infos über die Fachverbände** an die Dienste, **Thema bei Gremien-Sitzungen**
- **Fachartikel** in Fachzeitschriften

(1c) Wie können Informationen zum neuen Leistungsangebot BQKPMV unter Verdeutlichung der Spezifität gegenüber AAPV und SAPV bekannter gemacht werden **bei den Betroffenen und ihren Angehörigen**?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- Auch hier gilt: der Begriff BQKPMV - ausgeschrieben oder als Abkürzung - ist zu „sperrig“.
- Darüber hinaus kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Leistungen der AAPV und SAPV bekannt sind. **WICHTIG ist vielmehr allgemeine Informationen zum Thema Hospiz- und Palliativarbeit über Beiträge in Fernsehen, Radio und Zeitungen verbreiten!**
- Betroffene benötigen einen **Akteur aus einem Hospiz- und Palliativnetzwerk, der dann die anderen Akteure mit ins Boot holt.**

(2) Wie kann die Versorgungsqualität im Rahmen der BQKPMV gestärkt werden?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- **Fortbildung zum Thema Vernetzung/ Kooperation und multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe als Teil der Qualifizierung Palliative Care BQKPMV**
- **Qualitätssicherung durch eigenen hohen Anspruch, wie**
 - die eigene Verpflichtung zu Hausbesuchen,
 - Vertretungsregelung,
 - kollegialen Austausch/ Team- und Kritikfähigkeit,
 - Bereitschaft, sich stetig fort zu bilden
- **Teilnahme an den existierenden regionalen multiprofessionellen Qualitätszirkeln Palliative Care**
- **Teilnahme an noch zu gründenden multiprofessionellen BQKPMV-Netzwerken**

B - Fragen, Meinungsbilder, Rückmeldungen im Plenum bei Präsentation der WS-Ergebnisse

Nachfragen / Reaktionen / ergänzende Ergebnisse / sonstige Anregungen:

- **ÄrztInnen, die am Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst teilnehmen, sollten sich auf eine ggf. erforderliche palliativ Versorgung der PatientInnen einstellen.** Dies darf aber nicht dazu führen, dass HausärztInnen sich keine VertretungsärztInnen suchen, wenn sie verhindert sind. BereitschaftsärztInnen sind nur für Notfälle da, nicht als Vertretungsregelung! (Sorge einzelner Teilnehmenden des Workshops.)
- **Hausarztpraxen sollten Entlastung durch SozialarbeiterInnen und Verwaltungskräfte erfahren:** analog sozialpsychiatrische Praxen, zusätzlich zu nichtärztlichen PraxisassistentInnen.
- **ÄrztInnen sollten motiviert und gestärkt werden, multiprofessionelle Teams als Entlastung zu sehen.**

Workshop 3

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Moderation: **Simona Blankenburg**
(Geschäftsführerin Home Care Berlin)

Co-Moderation: **Amöna Landrichter**
(Zentrale Anlaufstelle Hospiz)

A – Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1) Wie geht man mit Absagen um?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- Neben der Betroffenheit und dem Leid, dem die betroffenen – unversorgten – PatientInnen begegnen, verspüren die beteiligten Fachkräfte oft Ärger und Frust über die schwierige Situation und die fehlenden Hilfsmöglichkeiten. Dafür empfiehlt sich vor allem **Supervision**, die zur Entlastung aber auch Rollenklärung genutzt werden kann. Des Weiteren wird eine Intensivierung der Kommunikation im Team empfohlen, u.a. zu einem gesunden Umgang mit schwierigen PatientInnen respektive deren Lebenslagen.
- Sofern möglich, sollten **Aufgaben delegiert** werden.
- Zur Not muss der Patient oder die Patientin zurück **ins Krankenhaus** eingewiesen werden, um ausreichend versorgt zu sein und auch, um auf die ambulanten Missstände und die Unterversorgung aufmerksam zu machen.

(2) Was bedeutet es, dass die hohen Ziele, die sich die SAPV-Versorgung gestellt hat, nicht umzusetzen sind?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- Grundsätzlich bedeutet dies eine **gravierende Unterversorgung** und eine **hohe Demotivierung der Leistungserbringer der SAPV**. Es müssen Lösungen und Alternativen gefunden werden.
- Hierbei ist das **Setzen struktureller Grenzen** nötig.
- Außerdem müssen die **zuständigen Körperschaften Verantwortung übernehmen**.
- Die **Probleme und Zustände müssen immer wieder thematisiert werden**. Dazu empfehlen die Teilnehmenden des Workshops einen deutlichen Hinweis an den Runden Tisch der Hospiz- und Palliativversorgung, auch in und durch die Übermittlung der Ergebnisse des 4. Berliner Hospizforums.
- Eine Möglichkeit zur akuten Hilfe für unversorgte PatientInnen kann das **Kontaktieren des ärztlichen Bereitschaftsdienstes** der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) sein. Hier stellt sich aber die Frage nach einer längerfristigen Sinnhaftigkeit. Es ist auch bekannt, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst nicht für diese Situationen gedacht ist. Seine Einbeziehung verhindert aber in diesem Moment eine Krankenhauseinweisung.
- Ideal wäre es, wenn zur Überbrückung der derzeitigen Situation von der KV für die nichtversorgten ambulanten PalliativpatientInnen ein/e "**Bereitschafts-PalliativarztIn**" eingerichtet wird. BQKPMV-ÄrztInnen dürfen ihre 24-Bereitschaft an die KV-BereitschaftsärztInnen abgeben. Auch diese könnten dann von der oder dem neuen nur für PalliativpatientInnen gedachten BereitschaftsarztIn betreut werden.

(3) Wie kann ein Umgang mit der extremen Versorgungsnot aussehen?

Ergebnisse des Austausches im Workshop:

- Der realistische **Bedarf** sollte immer wieder **geklärt** werden und mit ihm die Erwartungshaltung, die man bei Betroffenen in der Information über geeignete Hilfsmöglichkeiten weckt.
- Sinnvoll und hilfreich ist eine **Teamarbeit** - in der eigenen Einrichtung und mit den Kooperationspartnern. Es sollte immer wieder überprüft werden, welche Kompetenzen an andere Berufszweige abgegeben werden können, z.B. die Rufbereitschaft.
- Das **soziale Umfeld** sollte **mehr mit einbezogen** und auch **aufgeklärt** werden. Hierzu bieten sich u.a. die berlinweit stattfindenden Letzte-Hilfe-Kurse an.

B - Fragen, Meinungsbilder, Rückmeldungen im Plenum bei Präsentation der WS-Ergebnisse

Nachfragen / Reaktionen / ergänzende Ergebnisse

- Diskutiert wurde die Empfehlung, im Notfall direkt den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV zu kontaktieren. Hier gingen die Meinungen auseinander bzgl. der Außenwirkung (damit quasi „ankommt“, dass eine Unterversorgung herrscht) und der Sinnhaftigkeit gegenüber dem PatientInnen.
- Ähnlich wurde dies bei der Empfehlung deutlich, die PatientInnen bei bestehender Unterversorgung gleich wieder ins Krankenhaus einzuweisen.
- In der anschließenden Diskussion blieb die Frage offen, welche deutlichen Signale noch gesendet werden können/ müssen, um auf die Unterversorgung aufmerksam zu machen. Des Weiteren wurden der Personalnotstand und auch die geringe Bezahlung in einigen Berufsgruppen thematisiert.

Glücklich

(Kapodaster III. Bund) Tonart also c-Moll!

Am

Glücklich, wer lebt und sich daran freut,

Am

G

C

glücklich, wer liebt und es nicht bereut,

Dm

E

G

C

glücklich, wer gibt und nicht danach fragt,

Dm

Am

H7

E

was es wohl bringt – ein großes Herz wagt.

Glücklich, wer lacht und das Leben genießt,

glücklich, wer träumt, sich der Welt nicht verschließt,

glücklich, wer sieht des Anderen Not

und schießt nicht ängstlich aufs eig'ne Brot.

Glücklich, wer ankommt und schaut sich noch um,

glücklich, wer irrt und fragt sich warum,

glücklich, wer schenkt, wie er's selbst gern hätt'

und nicht den Unsinn auf gold'nem Tablett.

Glücklich, wer singt und trifft auch den Ton,

glücklich, wer kämpft und erhält seinen Lohn,

glücklich, wer schweigt, wenn es an der Zeit,

wenn Worte nicht trösten des Anderen Leid.

Glücklich, wer sucht, was die Welt offenbart,
glücklich, wer sich noch das Staunen bewahrt,
glücklich, wer hört ganz tief in sich rein
und kann noch trennen das Wahre vom Schein.

Glücklich, wer stirbt und hat auch gelebt,
glücklich, wer sich nicht über Andere erhebt,
glücklich, wer endlich von sich sagen kann:
dies Antlitz im Spiegel, schau ich mir gern an.