

Ergebnisdokumentation zum 3. Berliner Hospizforum

Am 20.11.2015 fand das **3. Berliner Hospizforum** in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales statt. Insgesamt waren 53 Einrichtungen, Institutionen und Einzelpersonen der Einladung gefolgt.

Die Vorträge und Ergebnisse der Workshops sind wieder auf der Internetseite der Zentralen Anlaufstelle Hospiz eingestellt. Siehe <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?id=278>

Die Veranstaltung wurde von Beiträgen der Veranstaltungsreihe „Und die Welt steht still - Letzte Lieder“ umrahmt. Die erste Veranstaltung dieser Art in Berlin fand am 21.11.2015, 19:00 Uhr, in der Berliner Marienkirche zu Berlin statt. Weitere Infos zum Format unter: <http://www.und-die-welt-steht-still.de/>

Nach der **Begrüßung** durch Frau Dr. Fuhrmann wurden vier **Fachvorträge** zu folgenden Themen gehalten:

0. **Neuerungen für die Hospizarbeit durch das Hospiz-und Palliativgesetz**
(ReferentInnen: Kerstin Kurzke / Katharina Wönne)
1. **Entwicklungen und Herausforderungen stationärer Hospizarbeit**
(ReferentInnen: Birgit Lemke / Johannes Schlachter)
2. **Ambulante Ärztliche Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten in Berlin** (Referenten: Dr. Thomas Schindler / Michael Nehls)
3. **Kooperationspartner Pflegeheim**
(ReferentInnen: Dr. Margret Xyländer, Stefan Schütz / Roger Lindner)

Letztere drei Beiträge lieferten Impulse für die drei sich anschließenden **Workshops**, deren Ergebnisse nach der Mittagspause präsentiert wurden.

Workshop 1: Umgang mit den Grenzen stationärer Hospizarbeit

▪ **Workshop-Leitung:** : Birgit Lemke / Johannes Schlachter

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

- Wie sieht eine optimale Versorgungslandschaft für Menschen mit lang anhaltendem hohem Versorgungsbedarf am Ende des Lebens aus?
- Die stationäre Hospizversorgung in Berlin hat einen hohen Etablierungsgrad erreicht. Wie kann die Qualität weiterentwickelt werden?
- Welche Bedingungen sind notwendig, um mit den täglichen existenziellen Herausforderungen umzugehen?

▪ **Präsentation der Workshop-Ergebnisse:** Johannes Schlachter / Tobias Neumann

▪ **Zusammenfassung Ergebnisse des Workshops** (Autor: Johannes Schlachter):

Die Berliner Hospize arbeiten inzwischen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau. In Berlin gibt es ein vergleichsweise gutes Angebot an Hospizplätzen, auch wenn immer noch viele Sterbende trotz bestehender Indikation nicht aufgenommen werden können. Darum wollen die Hospize auch bei ihrer Kernaufgabe, nämlich Patienten in den letzten Tagen, Wochen und wenigen Monaten zu betreuen, bleiben und fordern, für die Langzeitpflege intensiv pflegebedürftiger Menschen, qualifizierte Versorgungsstrukturen mit adäquater Finanzierung zu schaffen. Die Hospize sehen sich in der Mehrheit in einer Konsolidierungsphase. Es gilt, das erreichte Qualitätsniveau zu sichern und zu stabilisieren. Bestrebungen, neue Konzepte, Spezialisierungen, Variationen oder Erweiterungen des Angebots zu entwickeln, gibt es offenbar nicht. Um die ambulanten Hospizdienste und die SAPV Pflegedienste bei der Zielsetzung, die Patienten möglichst lange im eigenen Wohnumfeld versorgen zu können, plant das Ricam Hospiz ein Tages- bzw. Nachthospiz, das die häusliche Situation und das familiäre Umfeld entlasten soll.

Für die Hospizbewegung und die Gesellschaft bleibt es eine wichtige und schwierige Herausforderung, das nach wie vor unzureichende Angebot in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Den stationären Hospizen ist bewusst, dass der Focus hier nicht auf die eigenen Einrichtungen gelegt werden kann. Insbesondere in der stationären Langzeitpflege, in den Krankenhäusern, den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und nicht zuletzt im ambulanten Bereich bedarf es großer Anstrengungen. Hospize können hier einen Beitrag leisten, indem sie ihre Erfahrungen und ihre Fachlichkeit zur Verfügung stellen, z.B. als Praktikums- oder Ausbildungsort. Hospize wurden schon immer als „Labore des guten Sterbens“ gesehen, die ihre Erfahrungen an die Gesellschaft weitergeben und somit prägen. Wegen den relativ guten Bedingungen können Erfahrungen gesammelt werden, die dann in Aspekten auch in anderen Einrichtungen mit weniger Ressourcen übernommen werden können. Hier wollen sich die Hospize gerne am Erfahrungsaustausch beteiligen. Zum Beispiel arbeiten stationäre Hospize innerhalb des Netzwerkes der SAPV und unterstützen die Entwicklung einer flächendeckenden Palliativbetreuung durch gemeinsame Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit usw.

Aktuelle Herausforderungen in den Einrichtungen bestehen vor allem Zusammenhang mit besonderen Krankheitsbildern. Patienten mit ALS haben in der Regel einen besonders hohen Betreuungs- und Pflegebedarf. Unter Umständen ist eine 1:1 - Betreuung erforderlich, was von den in der Regel kleinen Pflegeteams kaum geleistet werden kann. Oft geht es nicht um die Sterbephase, sondern um ein Leben mit schwerer Erkrankung. Die Betreuungszeit ist oft nicht mehr vorhersagbar. Das gilt auch für Krankheiten wie COPD und andere. Selbstverständlich wollen Hospize diese Patienten in der letzten Lebensphase betreuen. Aber wenn es offen ist, ob es die „letzte“ Phase ist, muss man auch fragen, ob ein Patient es ertragen kann, wenn er viele Sterbende in den Nachbarzimmern erlebt. Wie oben schon gesagt, sollte es hier mehr Einrichtungen geben, deren Angebote auf Dauer ausgerichtet sind, aber finanziell ähnlich wie Hospize ausgestattet sind. Es wäre auch gut, wenn sich die Finanzierung nicht nach der Einrichtungsform richtet, sondern nach dem Bedarf des Patienten. Das würde bedeuten, dass selbst im Hospiz und erst recht im Pflegeheim ein ALS Erkrankter mit schwerem Verlauf eine zusätzliche 1:1 - Betreuung bekommen könnte. Hier wären Einzelfallregelungen nötig.

Der demografische Wandel und der damit verbundene Fachkräftemangel sind auch in den Hospizen spürbar. Frei werdende Stellen sind schwieriger zu besetzen und die Fehlzeiten steigen. Eine bessere Wertung und Bezahlung der Pflege kann allgemein gewünscht werden.

Aus dem Workshop ergibt sich die schon bestehenden und angegangenen Aufgaben der Hospize vernetzt zu arbeiten, die erreichten Standards für viele zu ermöglichen und die Entwicklung der Gesellschaft auch in der Hospizarbeit zu berücksichtigen.

▪ **Nachfragen**

Thema Demenz und stationäre Hospize

Hospize sind in diesem Bereich oft überfordert. Meist nehmen dann Pflegeheime die Personen auf, die die Hospize nicht versorgen können (aber oft mit dem Stigma, dass sie eigentlich nicht gut versorgen können).

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

Die jetzigen Aufgaben der stationären Hospize werden weiter geführt. Die „Lücken im System“ und Vermittlungsschwierigkeiten in Bezug auf schwerstchronisch kranke Menschen (z.B. ALS) können die stationären Hospize nicht lösen. Eigentlich bräuchten die Pflegeeinrichtungen mehr finanzielle Unterstützung, um Sterbende besser versorgen zu können. Hierbei ist es wichtig, dass die stationären Hospize sich möglicherweise klarer positionieren und festlegen, was leistbar ist und was nicht.

Die sich mit der stationären Hospizarbeit befassenden AG des HPV wird das Thema weiter diskutieren. In Folge des 3. BHF sind zunächst keine zusätzlichen Maßnahmen geplant.

Workshop 2: Ambulante Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten

▪ **Workshop-Leitung:** : Susanne Rehberg / Matthias Kühne

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

- Wie kann die Koordination der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten (vor allem nicht-onkologisch) in Berlin organisiert werden und welche Rolle spielen dabei die ambulanten Hospizdienste?

- Welche grundlegenden Änderungen braucht es in der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten in Berlin?

▪ **Präsentation der Workshop-Ergebnisse:** Susanne Rehberg / Matthias Kühne

▪ **Zusammenfassung Ergebnisse des Workshops** (Autor: Matthias Kühne)

Nach den vorausgegangenen Fachvorträgen durch M. Nehls vom Berliner Aktionsbündnis ambulante Palliativpflege und Dr. Schindler von Homecare Berlin e.V., wurden im Workshop zwei Fallbeispiele aus der Praxis des ambulanten Hospizdienstes der Volkssolidarität Berlin besprochen. Ein Fall handelt von der ambulanten Versorgung eines hochaltrigen Ehepaares mit diversen Alterserkrankungen, der zweite Fall ist der eines Wachkoma-Patienten in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung. In den betrachteten Fallbeispielen sollten die Probleme aufgeschlüsselt werden, um über diese Lösungsansätze zu entwickeln und im Nachgang zu überlegen, was davon im HPG umgesetzt wird. In beiden Fällen wurden bei der Versorgung dieser nicht-onkologischen Palliativpatienten Versorgungslücken aufgedeckt. Die Berliner Versorgungslandschaft entpuppt sich als Koordinationsdschungel. Zuständigkeiten werden nach Angaben vieler Beteiligten weitergereicht. Hausärzte und Pflegepersonal fühlen sich oft nicht qualifiziert genug und verweisen an spezialisierte Partner, welche häufig keine Kapazitäten haben und nicht-onkologische Patienten hinten anstellen. Die eher schlechte palliative Qualifikation des Fachpersonals kann durchaus zu Abgrenzungsproblemen führen und auch ökonomische Belange spielen - wie in allen Bereichen der Pflege oft - eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Aufklärungs- und Beratungsarbeit sowie politische Willensbildung wird als Schlüssel der ambulanten Palliativversorgung gesehen; dies betrifft allerdings nicht nur die nicht-onkologischen Patienten. Wer Aufklärungsarbeit und Koordination übernehmen muss ist fraglich; vorhandene Berliner Strukturen könnten hierfür genutzt und ausgebaut werden. Die Aufgaben könnten beispielsweise durch ambulante Hospizdienste erbracht werden. Die Thematik der hospizlichen und palliativen Versorgungsmöglichkeiten muss mehr in das Blickfeld der ambulanten Versorgung rücken. Hierfür müssen Schnittstellen zwischen AAPV und SAPV stärker ausgebaut werden und Akteure aus dem Bereich der AAPV stärker in bestehende Netzwerkstrukturen eingebunden werden. Die gleiche Bedeutung hat nach Meinung aller Beteiligten die Vorausplanung im Krankheitsverlauf, die nicht erst beim Einsetzen einer palliativen Situation greifen darf. Alle Eventualitäten sollten spätestens bei Diagnosestellung durchdacht und mit dem Patienten besprochen werden. Neben der Weiterqualifizierung von vorhandenem ärztlichen und pflegerischen Personal ist auch eine Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich unabdingbar, um dem Fachkraftmangel entgegenzuwirken.

Lösungsansätze tauchen durchaus im neuen Hospiz- und Palliativgesetz auf. Vor allem die verpflichtende Mitarbeit von Pflegeeinrichtungen in vorhandenen Netzwerken dürfte sich als sinnvoll erweisen. Auch der monetäre Anreiz für Ärzte, sich palliativ weiterzubilden, kann eine Grundlage sein. Wie genau die Weiterbildung aussieht, ist noch fraglich. Zu kurz kommt im HPG definitiv die Förderung der Pflege.

Fazit des Workshops ist, das die ambulante palliative Versorgungslandschaft in Berlin viele Lücken aufweist. Nach wie vor gibt es Koordinations- und Versorgungsengpässe, nicht nur im Bereich der SAPV, auch im Bereich der AAPV.

Probleme

- Versorgungslücken werden ausgehalten
- Keine Zuständigkeiten
- Abgrenzungsprobleme
- Ängste, Überlastung, Unsicherheiten bei allen Beteiligten
- Ökonomische Hintergründe

- Selbstverständnis SAPV
- Koordinationsdschungel

Lösungen

- Ausbildung, Qualifikation und Motivation der Pflege
 - Kommunikation auf Augenhöhe auf allen Ebenen
 - Politische Willensbildung
 - Schnittstellen SAPV AAPV nutzen
 - Gespräch und Vorausplanung
 - Versorgungskoordination und –organisation (zentrales Beratungstelefon?)
 - Mehr Aufklärung und Beratung z.B. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (durch wen?)
- Beratung und Vorausplanung Aufgabe für AHD?

HPG-Ansätze

- Umsetzung durch Hausärzte und deren stärkere Beteiligung (fehlende Verpflichtung?)
- Qualifikation der Hausärzte... wie?
- Verpflichtende Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit bestehenden Netzwerken (Vermeidung von Doppelungen und stärkere Verzahnung in vorhandenen Strukturen)

▪ **Nachfragen**

- *Gibt es Ideen, wie man mit Hausärzten besser in Kontakt treten kann?*

Bisher nicht; das ist ein immer wieder kehrendes Thema/ Problem.

- *Wäre ein berlinweites Beratungstelefon von Vorteil für die Versorgungslandschaft?*

Wurde im Workshop thematisiert mit dem Vorschlag, nicht etwas Zusätzliches sondern schon Bestehendes zu nutzen (Homecare, ZAH, ...). Hierbei weist Frau Dr. Fuhrmann darauf hin, dass dies auch für Ärzte bei ethischen Fragestellungen genutzt werden könnte. Herr D. Müller weist darauf hin, dass die Probleme in der Regelversorgung die „Hospiz- und Palliativlandschaft“ nicht generell lösen könne und vor allem der Bildungsbedarf zu schließen sei.

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

Nach Möglichkeit beteiligen sich die Hospizvertreter – und verteterinnen an den laufenden Diskussionen zur AAPV, z.B. dem entsprechenden im April 2016 stattfindenden Dialogforum im Rahmen des 80plus - Strategiefindungsprozesses. Das Thema regionale Kooperation mit AAPV-Partnern bzw. AAPV-Netzwerke wird weiter in der AG Ambulante Hospizdienste des HPV besprochen.

Workshop 3: Kooperationspartner Pflegeheim

- **Workshop-Leitung:** : Kerstin Kurzke / Dirk Müller

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

- Was sind die besonderen Knackpunkte in der Zusammenarbeit?
- Welche positiven Erfahrungen gibt es in der Zusammenarbeit?
- Welche Faktoren sollten gegeben sein, um eine Zusammenarbeit nachhaltig zu sichern?

- **Präsentation der Workshop-Ergebnisse:** Kerstin Kurzke / Dirk Müller

▪ **Zusammenfassung Ergebnisse des Workshops**

(Abschrift der auf während des Workshops erstellten Flipcharts)

► **Erfolgsfaktoren**

1. Voraussetzung:
 - a) Grundhaltung „Heim ist ein Ort zum Sterben“
 - b) Zusammenarbeit ist von beiden (vor allem auch von der Leitung) gewollt
 - c) Gegenseitige Klärung/ Abfrage: „Was wollen beide Seiten?“
2. Stabile strukturelle Verhältnisse (vor allem auf Leistungsebene auf beiden Seiten!)

3. Feste Ansprechpartner auf beiden Seiten (Erfahrung der Häuser/ AHPB: engagierte Personen Vorort sind die Schlüssel!):
 - a) feste Ansprechpartnerin vom Hospizdienst aus/ feste Termine (evtl. auch regelmäßig mit anwesend in Besprechungen von Pflege? / „Blitz“)
 - b) feste Ansprechpartnerin im Pflegeheim (sortiert z.B. Anfragen im Pflegeheim, ist bei Fragen der Ehrenamtlichen die Anlaufstelle)
 a) und b) telefonieren regelmäßig / Kontakt halten, gegenseitige Besuche! Kontinuität
4. Verlässliche Absprachen / Regelungen
„Wann ruft wer bei wem an?“ / „Was macht der/die Ehrenamtliche?“
5. Vorbereitung beider Seiten:
 - a) Bildung/Sensibilisierung der Mitarbeiter im Pflegeheim zum Thema psychosoziale Begleitung (Leitung muss wollen, aber das reicht nicht! – Pflege muss auch wollen)
 - b) Klärung bei Ehrenamtlichen: welche Motivation?
„Nicht alle Ehrenamtliche passen ins Heim!
Die „passenden“ Ehrenamtliche (EA), diese müssen herauskristallisiert werden...
-> dann EA-Schulung speziell für Demenzkranke/Hochbetagte
6. Zusammenarbeit auf der Ebene „Pflege – Ehrenamt“ fördern, gemeinsame Kommunikationsfähigkeit/ Wertschätzung/ Teambuilding stärken:
 - a) Sich gemeinsam verantwortlich fühlen für die Sterbebegleitung (auch Pflege will begleiten)
 - b) Gemeinsame Bildung/Schulung aller Mitarbeitende im Pflegeheim in Palliative Geriatrie
 - c) Ehrenamtliche in Fallbesprechung / Austausch mit Bezugspflege
 - d) Feste Ehrenamtlichengruppe für ein Heim, vertraut sein, ein Team bilden wie „Hospizdienst im Haus“!
7. Hilfreich für den Anfang einer Zusammenarbeit, wenn es noch keine positiven Erfahrungen miteinander gibt:
 - a) wenn zusätzliche Kompetenz neben der psychosozialen Begleitung des Hospizdienstes gesehen werden wie z.B. Fachwissen zu besonderen Krankheitsbildern wie HIV, Begleitungen in andere Sprachen/ Dolmetschern, Patientenverfügung-Beratung) Home Care Arzt vermittelt Hospizdienst
 - b) Mund-zu-Mund Propaganda
8. Verbandliche „Klammer“ – Wir gehören zusammen.

► Risikofaktoren

1. „Hauptamt im Pflegeheim“ und „Ehrenamt im Hospizdienst“ - hier gibt es sehr viele Unterschiede bzgl. Arbeitsweise, Haltung, Anforderungen, Voraussetzungen etc. Es ist als würde man in zwei Sprachen sprechen! Es braucht eine Übersetzung, eine Offenheit - wenn es keine Übersetzung gibt, ist es sehr schwer!
2. Gegenseitige Vorurteile
 - a) Gegenüber Hospizdienst: was machen die denn da eigentlich? ... macht mehr Arbeit, als dass es hilft... Angst vor „Kontrolle / weiter Tratschen“, „schlecht reden“
 - b) gegenüber Heime: „schlechte Versorgung“, Pflegenotstand
 - Gefahr: Schuldzuweisungen bei Missverständnissen
3. Pflegeheim-Standards, die Pflegekräften helfen würden, passen nicht immer zu der Art und Weise wie Ehrenamtliche arbeiten: deren Arbeit und der Umgang mit ihnen ist schwer zu definieren und somit auch die Abläufe, die einen Umgang mit ihnen regeln könnten
4. Viele beteiligte Mitarbeiter: es ist ein große Herausforderung alle sensibilisiert, informiert zu halten!
5. Wenn die Ausgangssituation nicht passt, z.B.
 - a) unterschiedliche Bilder /Vorstellungen von einer Zusammenarbeit

- b) Ehrenamtliche falsche Vorstellungen von den Bedarfen hochbetagter Menschen im Heim haben (eigentlich lieber onkologische jüngere Menschen zu Hause begleiten möchten!), sie passen dann nicht immer zu dementen/multimorbiden BewohnerInnen
- c) Im Heim nicht „über Sterben & Tod“ gesprochen wird
- d) „Sterbebegleitung“ alleine als Aufgabe der Ehrenamtlichen gesehen wird, also an Hospizdienst delegiert werden soll

6. Zeitpunkt schwer zu finden, ab wann eine Begleitung einsetzt.

▪ **Nachfragen**

- Was können Hospizeinrichtungen machen, um Missstände in Pflegeheimen offen zu machen und zu erklären?

Durch Kurse und Unterricht für Altenpfleger. Wichtig ist dennoch zu bedenken, dass Pflegeheime und Hospize nicht vergleichbar sind. Durch Verbandsarbeit kann stetig auf Schwierigkeiten hingewiesen werden. Wie? Indem man

- die Menschen nicht allein lässt,
- mit Häusern kooperiert, die zusammen arbeiten wollen,
- das Angebot weiterhin aufrechterhält,
- sich gegenseitig „spiegelt“ und Impulse setzt.

Wichtig ist außerdem, die Eingliederungshilfe mit einzubeziehen

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

Es wird geprüft, ob und wie im Rahmen des Netzwerks Palliative Geriatrie (NPG-Gesamttreffen bzw. Regionaltreffen) ein weiterer Austausch zwischen Pflegeheim- und ausgewählten Hospizdienstvertreterinnen und -vertretern erfolgen kann.

Zur Präsentation der Ergebnisse aus den Workshops wurde der **Senator Herr Czaja** begrüßt. Mit einem **Grußwort** vor sowie **abschließenden Worten** nach den Workshop-Präsentationen richtete er sich an die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Forums. Dabei dankte er den Akteuren und ging unter anderem auf die relativ gute Hospizversorgung sowie aktuelle Herausforderungen und weitere Diskurse zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter, kranker und sterbender Menschen in Berlin ein. Neben Fragen der guten Rahmenbedingungen, der Transparenz und Qualitätssicherung gerät die Verbesserung von Vernetzung und Koordinierung immer stärker in den Focus. In Dialogen und von Praktikern entwickelte lösungsorientierte Ansätze sind weiter zu verfolgen und von der Senatsverwaltung im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu befördern. Im Namen des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin bedankte sich Herr D. Müller für die bislang erfolgte Unterstützung unterschiedlichster Projekte durch die Senatsverwaltung.

Anschließend folgten folgende zwei **Informationsbeiträge**, für die die Präsentationen ebenfalls im Internet einsehbar sind.

● **Verbesserung der Qualität in den stationären Hospizen Berlin**

Referent: Tobias Neumann (Caritas Hospiz Berlin)

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

Die umfangreichen und wertvollen Erkenntnisse werden Gegenstand weiterer Befassung in der AG Stationäre Hospize des HPV sein. Es werden in Folge des 3. BHF keine zusätzlichen Maßnahmen geplant.

● **Umsetzung der Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Berliner Krankenhäusern gem. §39a Satz 2 SGB V** - Referent: Christian Kienle

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

Da hier mit der Neuregelung im Hospiz- und Palliativgesetz ein guter Ansatzpunkt zur Verbesserung der hospizlichen Begleitung von Krankenhauspatienten und der Überleitung sterbender Menschen vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung und umgekehrt bei kontinuierlicher Sicherung hospizlicher Begleitung gegeben ist, sollte die signalisierte Kooperationsbereitschaft der BKG entsprechend genutzt werden. Es ist zu prüfen, inwieweit Konsensfähigkeit zur Gründung einer Arbeitsgruppe mit vorher geeinten Zielen bzw. Aufgaben besteht. Denkbar wäre hier z.B. die Erleichterung der Kooperation zwischen Krankenhaus und ambulatem Hospizdienst durch Vorgabe eines in der AG abgestimmten Musterkooperationsvertrages, eine Anleitung zur Gründung eines Krankenhaushospizdienstes, die Kurzdarstellung von bereits bestehenden guten/beispielgebenden Praxisansätzen, die Präsentation dieser Ergebnisse auf einer informativen Internetseite der BKG zum Thema und die Durchführung einer gemeinsamen Informations- und Austauschveranstaltung im November 2016.

In ihrem **Schlusswort** bedankt sich Frau Dr. Fuhrmann bei allen an Vorbereitung und Durchführung aktiv Beteiligten und bei den Anwesenden für Interesse und Mitarbeit.

Sie lenkte den Blick auf die bestehenden zahlreichen „Baustellen“ zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, die sich insbesondere ergeben aus den

- im Rahmen der Beiträge und Workshops thematisierten Aufgaben und Herausforderungen,
- Regelungen und Umsetzungserfordernissen des Hospiz- und Palliativgesetzes,
- aktuell bis Ende 2016 zu entwickelnden Ansätzen der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Welche konkreten Schritte in Auswertung des 3. Berliner Hospizforums in 2016 sinnvoll und machbar sind, wird Gegenstand einer Nachbereitungsrunde im Dezember sein, zentrale Ergebnisse sollen im Rahmen der Dokumentation zum Hospizforum bekannt gegeben werden.

Gegen 15:00 Uhr endete das 3. Berliner Hospizforum mit der Verabschiedung durch Frau Dr. Fuhrmann.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Themenfeldern des Hospizforums aus der Nachbereitungsrunde vom Dezember 2015 wurden bereits in die obige Dokumentation integriert. Im Rahmen der Runde wurde auch abgestimmt, dass in 2016 kein Hospizforum alten Formats veranstaltet und sich stattdessen voraussichtlich auf die angedachte Arbeitsgruppe und Fachveranstaltung zur Kooperation Krankenhaus – ambulante Hospizdienste konzentriert wird. Ende 2016 ist ein Treffen vereinbart, bei dem das 4. Berliner Hospizforum Gegenstand der Erörterungen sein wird.

Protokoll
28.12.2015 Landrichter (ZAH)

04.01.2016 Fr. Dr. Fuhrmann (SenGesSoz)

Programm des 3. Berliner Hospizforums

- 8:30 Uhr **Eintreffen, Anmeldung**
- 9:00 Uhr **Begrüßung**
- 9:05 – **Impulsvorträge für die Workshops:**
- 10:30 Uhr **0. Neuerungen für die Hospizarbeit durch das Hospiz- und Palliativgesetz**
Vortrag: *Frau K. Kurzke* (Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst)
Frau K. Wönne (Hospizdienst Tauwerk e.V.)
- 1. Entwicklungen und Herausforderungen stationärer Hospizarbeit**
Vortrag: *Herr J. Schlachter* (Ricam Hospiz)
Frau B. Lemke (Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz)
- 2. Ambulante ärztliche Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten in Berlin**
Vortrag: *Herr M. Kühne* (Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität)
Herr M. Nehls (Berliner Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege)
- 3. Kooperationspartner Pflegeheim**
Vortrag: *Frau Dr. M. Xyländer* (Institut für Innovation und Beratung an der Ev. HS)
Herr St. Schütz (Ambulanter Hospizdienst Nachbarschaftsheim Schöneberg)
Herr R. Lindner (Ambulanter Hospizdienst Friedrichshagen / Seniorenzentrum Köpenick der Sozialstiftung Köpenick)
- 10:45 – **Drei Workshops (WS) - parallel**
- 12:15 Uhr **1. WS: Entwicklungen und Herausforderungen stationärer Hospizarbeit**
- Wie sieht eine optimale Versorgungslandschaft für Menschen mit lang anhaltendem hohem Versorgungsbedarf am Ende des Lebens aus?
 - Die stationäre Hospizversorgung in Berlin hat einen hohen Etablierungsgrad erreicht. Wie kann die Qualität weiterentwickelt werden?
 - Welche Bedingungen sind notwendig, um mit den täglichen existenziellen Herausforderungen umzugehen?
- 2. WS: Ambulante ärztliche Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten in Berlin**
- Wie kann die Koordination der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten (vor allem nicht-onkologisch erkrankten) in Berlin organisiert werden und welche Rolle spielen dabei die ambulanten Hospizdienste?
 - Welche grundlegenden Änderungen braucht es in der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten in Berlin?
- 3. WS: Kooperationspartner Pflegeheim**
- Was sind die besonderen Knackpunkte in der Zusammenarbeit?
 - Welche positiven Erfahrungen gibt es in der Zusammenarbeit?
 - Welche Faktoren sollten gegeben sein, um eine Zusammenarbeit nachhaltig zu sichern?
- bis 13:00 Uhr **Mittagspause** (Imbissangebot in Raum 1.126)
- 13:00 – **Präsentation der Ergebnisse der Workshops**
- 15:00 Uhr **Informationsbeiträge:**
- 1. Verbesserung der Qualität in den stationären Hospizen in Berlin**
Vortrag: *Herr T. Neumann* (Caritas Hospiz Berlin)
 - 2. Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Berliner Krankenhäusern gem. § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V**
Vortrag: *Herr Chr. Kienle* (Berliner Krankenhausgesellschaft)
- Schlusswort und Verabschiedung**

Qualitätsentwicklung in den stationären Hospizen Berlins

Abschlussbericht



Hospiz- und
Palliativverband Berlin
e.V.

Forschungsfragen

- Wie stellt sich das berufliche Handeln der Mitarbeiter(-innen) in den stationären Hospizen dar?
- Welche Tätigkeiten werden von welchen Mitarbeitenden aus welchem Tätigkeitsbereich durchgeführt?

Methode

- Erhebungszeitraum: April 2015
- Zielgruppe: alle in Berliner stationären Hospizen beruflich Tätigen
- Selbstauskunft, schriftliche Befragung

Methode

Instrumente

- Basisbogen Mitarbeiter(-in)
- Basisbogen Hospiz
- Erfassungsbogen Mitarbeiter(-in)

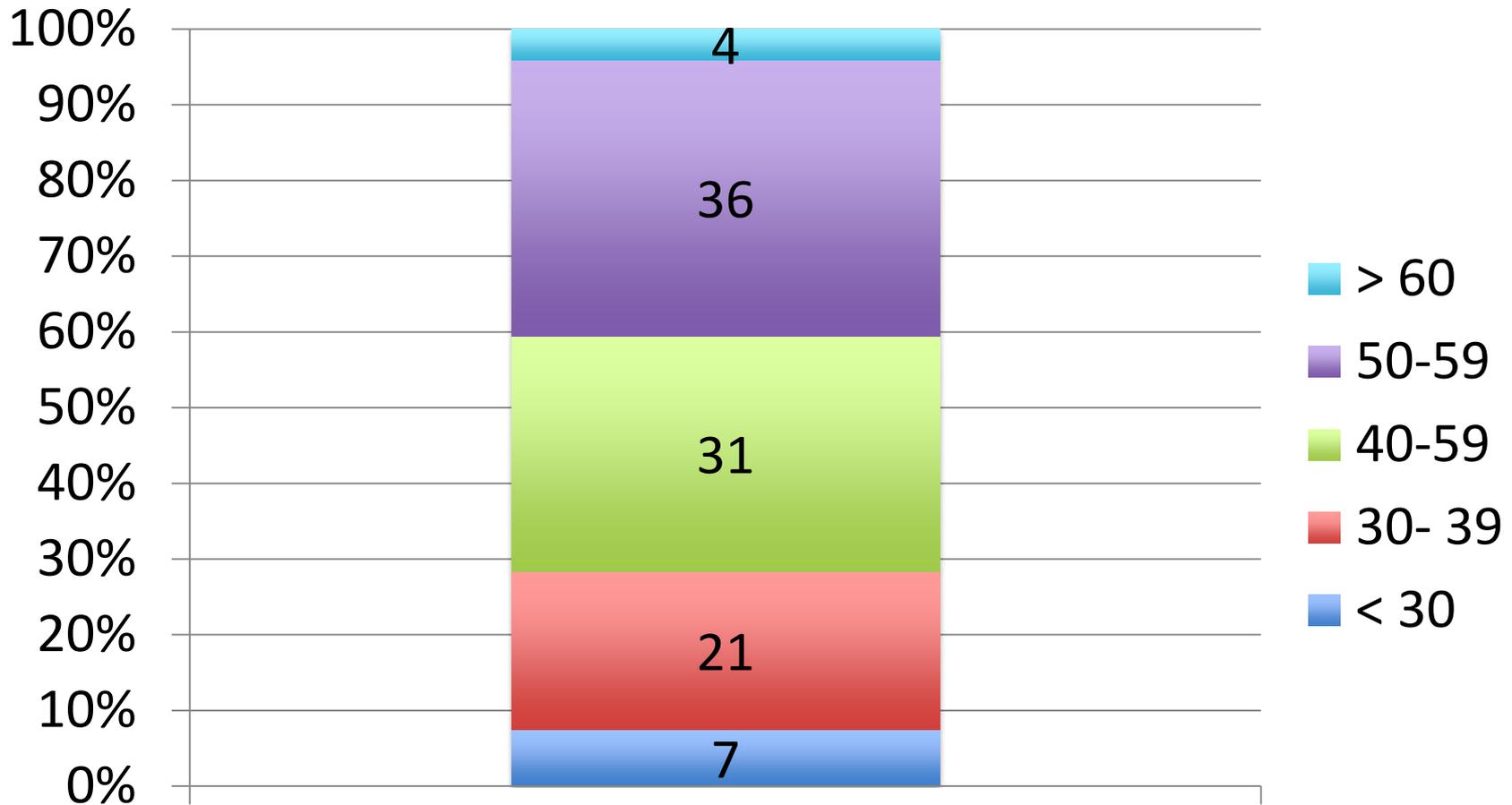
Tätigkeitskatalog

1. Angehörigenbegleitung
2. Besondere Funktionen
3. Betriebsrats- oder MAV-Tätigkeit
4. Externe Gremien / QM
5. Fortbildung
6. Fundraising und Mittelbeschaffung
7. Haustechnische Tätigkeiten
8. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
9. Interdisziplinäre Kommunikation
10. Internes Qualitätsmanagement
11. Koordination Ehrenamt
12. Management Betriebs- / Geschäftsführung
13. Management Pflege
14. Öffentlichkeitsarbeit
15. Organisation notwendiger Versorgung
16. Praxisanleitung
17. Psychosoziale Begleitung
18. Somatische, medizinische Pflege
19. Sonstiges
20. Soziale Betreuung
21. Speiseversorgung
22. Spirituelle Begleitung
23. Trauerbegleitung
24. Veranstaltungs- und Kulturmanagement
25. Verwaltung

Ergebnisse

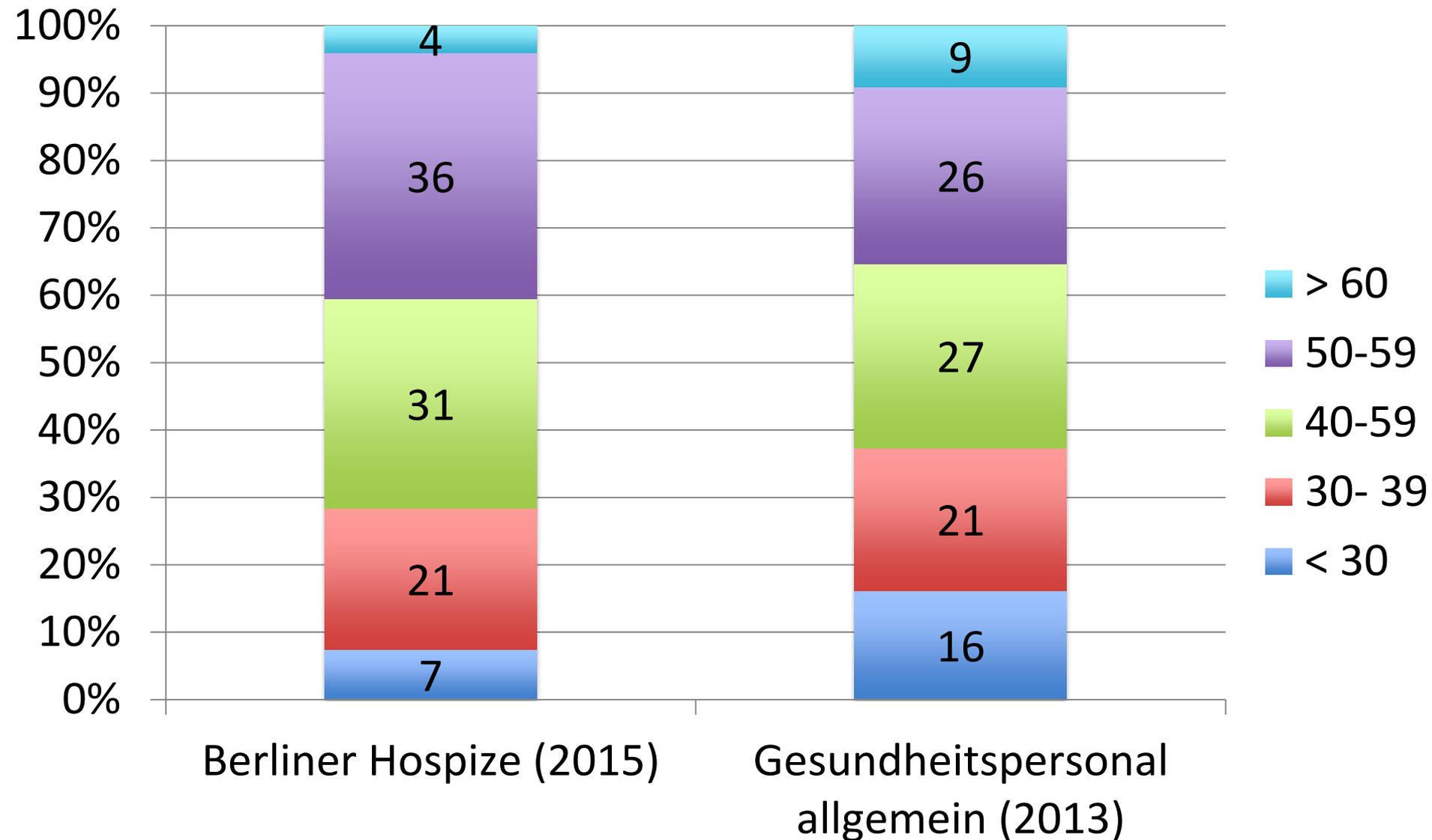
- teilnehmende Hospize: 100% (13) mit 191 Plätzen
- teilnehmende Mitarbeiter(-innen) 40% (148), davon:
 - Pflege: 91 (63%)
 - Leitung und Hauswirtschaft je: 14 (10%)
 - Sozialdienst: 11 (7%)
 - Speiseversorgung: 7 (5%)
 - Verwaltung: 5 (3%)
 - Haustechnik: 2 (1%)
 - Sonstige 4 (2%)
- erfasste Arbeitstage: 1231 (8,3 je MA)
- Erfasste Zeit: 399 24h-Tage

Mitarbeiterstruktur - Alter

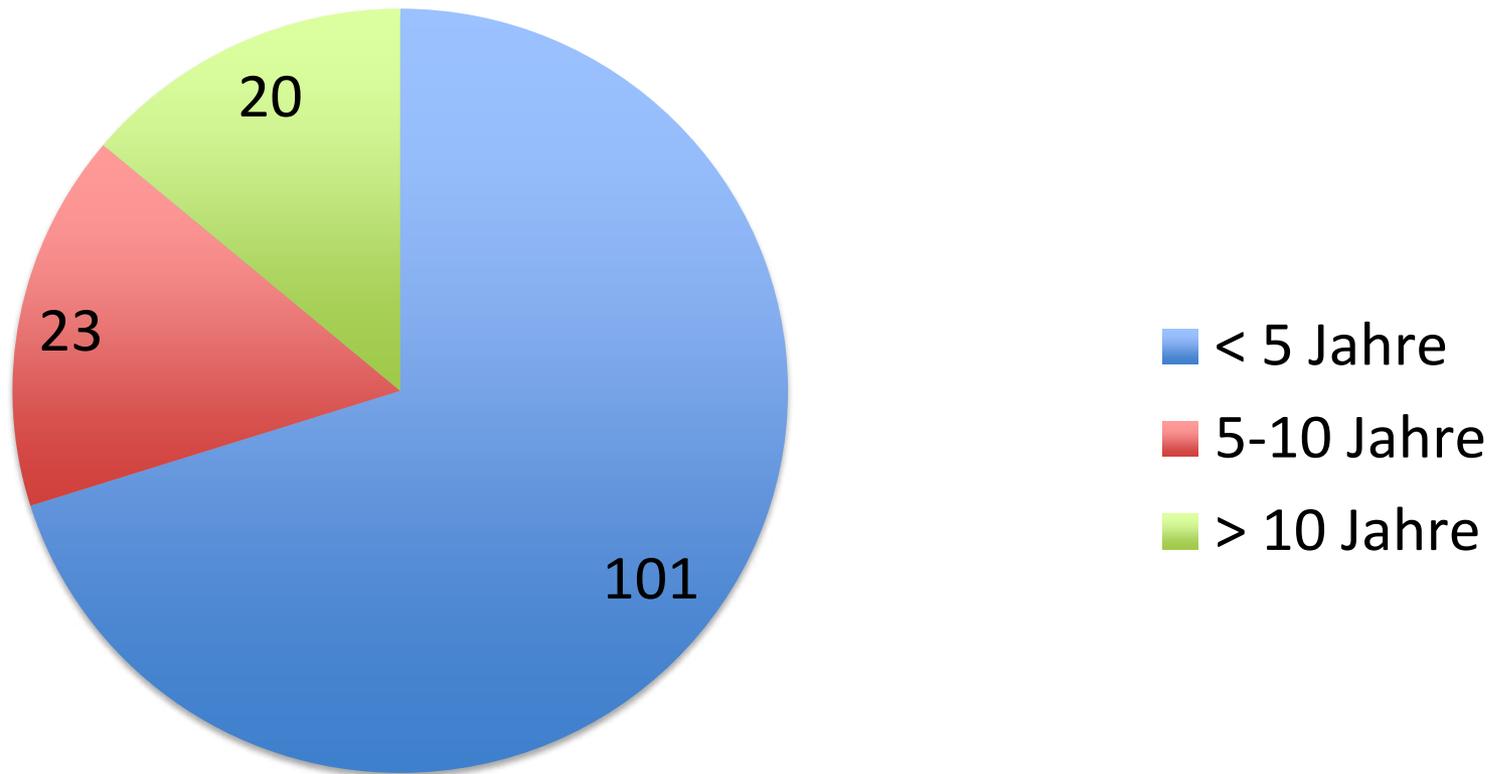


Berliner Hospize (2015)

Mitarbeiterstruktur - Alter

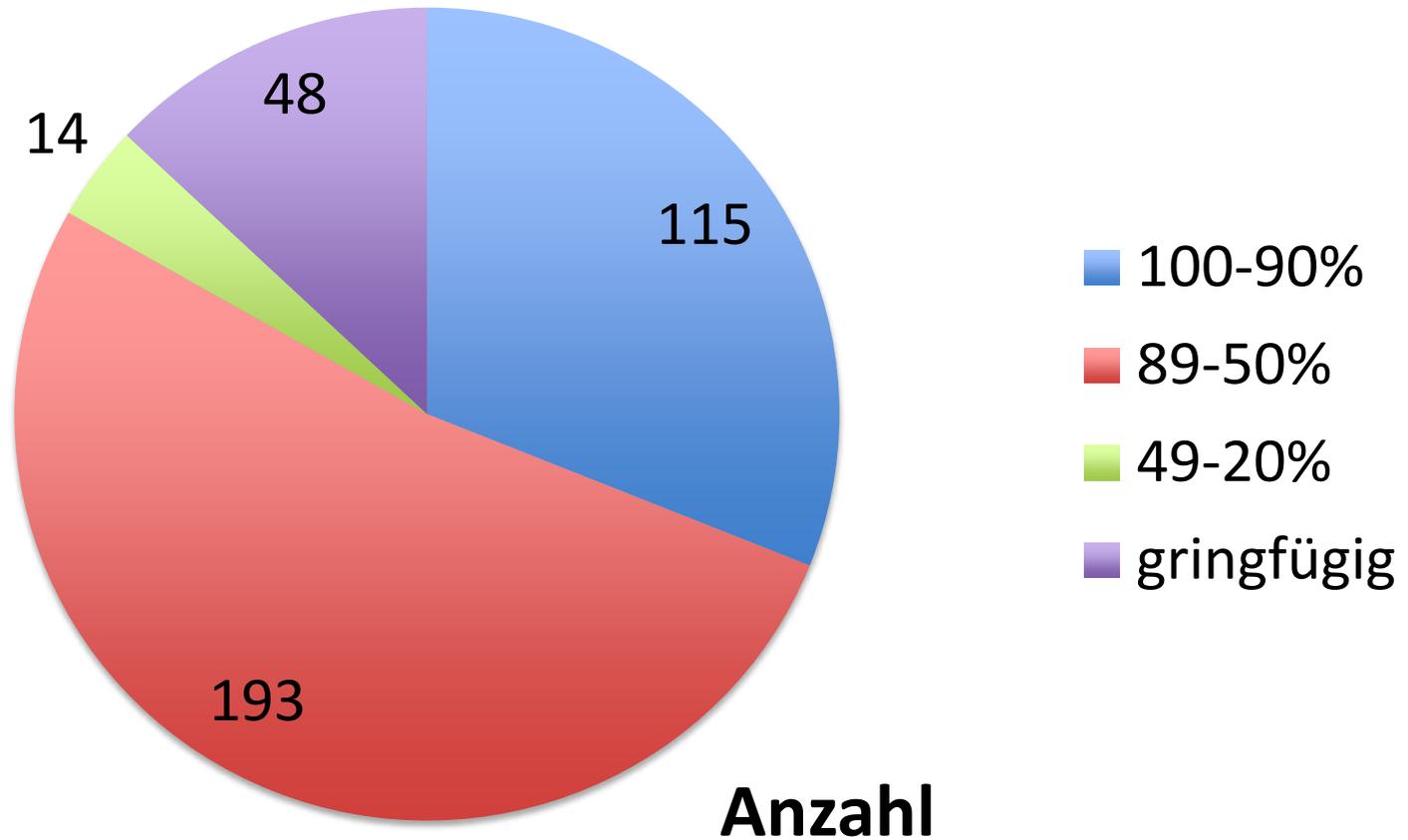


Mitarbeiterstruktur - Zeit im Hospiz



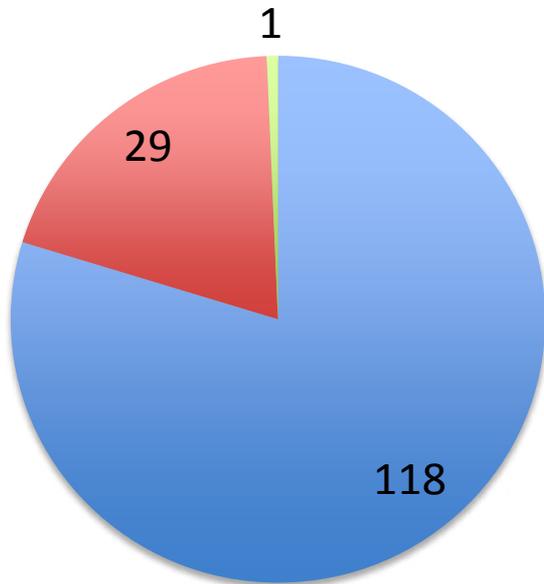
Anzahl der Mitarbeiter(-innen)

Mitarbeiterstruktur Teilzeit



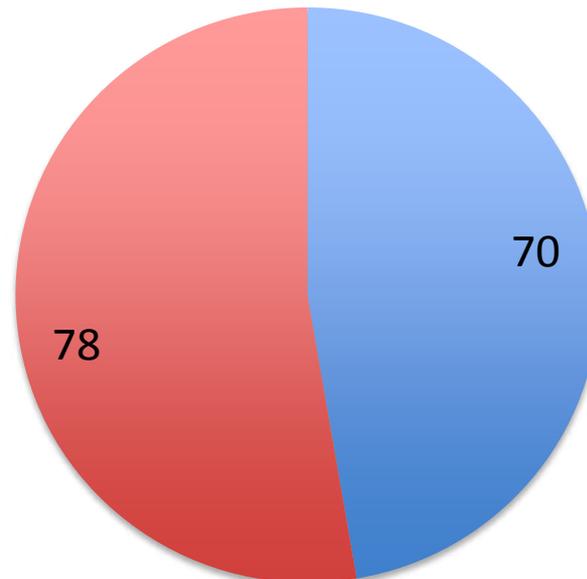
Mitarbeiterstruktur

Geschlecht



- weiblich
- männlich
- k. A.

Pallikurs



- vorhanden
- nicht vorhanden

Besondere Funktionen

- 28% der Mitarbeiter nehmen besondere Funktionen wahr.

Ansprechpartnerin für Ehrenamtliche, Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragter, **Brandschutzbeauftragte**, Dokumentations- und Hilfsmittelbeauftragte, **Ersthelferin**, Gerätebeauftragte, Kontaktperson für Ehrenamtliche, MAV, Koordination Ehrenamt, Küchenleitung, Leitungskreis, MA im **Qualitätszirkel**, **MAV**, Medikamentenbeauftragte, Medizingerätebeauftragte, Wundexpertin, stellvertretende PDL, Mitarbeit in der Seelsorge, **Praxisanleiter_in**, **Hygienebeauftragte**, stellvertretende Hygienebeauftragte, Einsatzplanung, QMB, **Sicherheitsbeauftragte/r**, **Medizinproduktebeauftragte**, stellv. Geschäftsführung, Hospizleitung, stellv. Heimleitung, stellvertretende Hospizleitung, Mentor_in, Versorgung Inkontinenz/Hilfsmittel, **Wundmanager_in**.

Aufnahme / Versterben

Bitte schätzen Sie: Wie viel Zeit benötigen Sie - zusätzlich zu ihrer normalen Routinetätigkeit – ungefähr

- für die **Aufnahme** eines neuen Hospizgastes (bezogen auf den ersten Tag seines Aufenthaltes):

130 Minuten

- für die Versorgung und Organisation **nach dem Versterben** eines Hospizgastes (bezogen auf den Tag des Versterbens) :

86 Minuten

Bespiel Caritas-Hospiz Pankow: 2011 ca. 2,7 Aufnahmen/Woche;
2015 ca. 3,6 Aufnahmen/Woche,

Tätigkeiten

„In welchem Umfang wurden im April 2015 die folgenden Leistungen durch externe Dienstleister erbracht?“

Ganz oder überwiegend durch eigene Mitarbeiter:

1: Angehörigenbegleitung

9: Kommunikation interdisziplinär

12: Management Pflege

15: Praxisanleitung

16: Psychosoziale Begleitung

18: QM intern

19: somatische / medizinische Pflege

Tätigkeiten

„In welchem Umfang wurden im April 2015 die folgenden Leistungen durch externe Dienstleister erbracht?“

Zu etwa gleichen Teilen oder überwiegend durch externe Dienstleister:

7: Haustechnische T.

4: Fortbildung

5: Fundraising / Mittelbeschaffung

25: Verwaltung

8: Hauswirtschaftliche T.

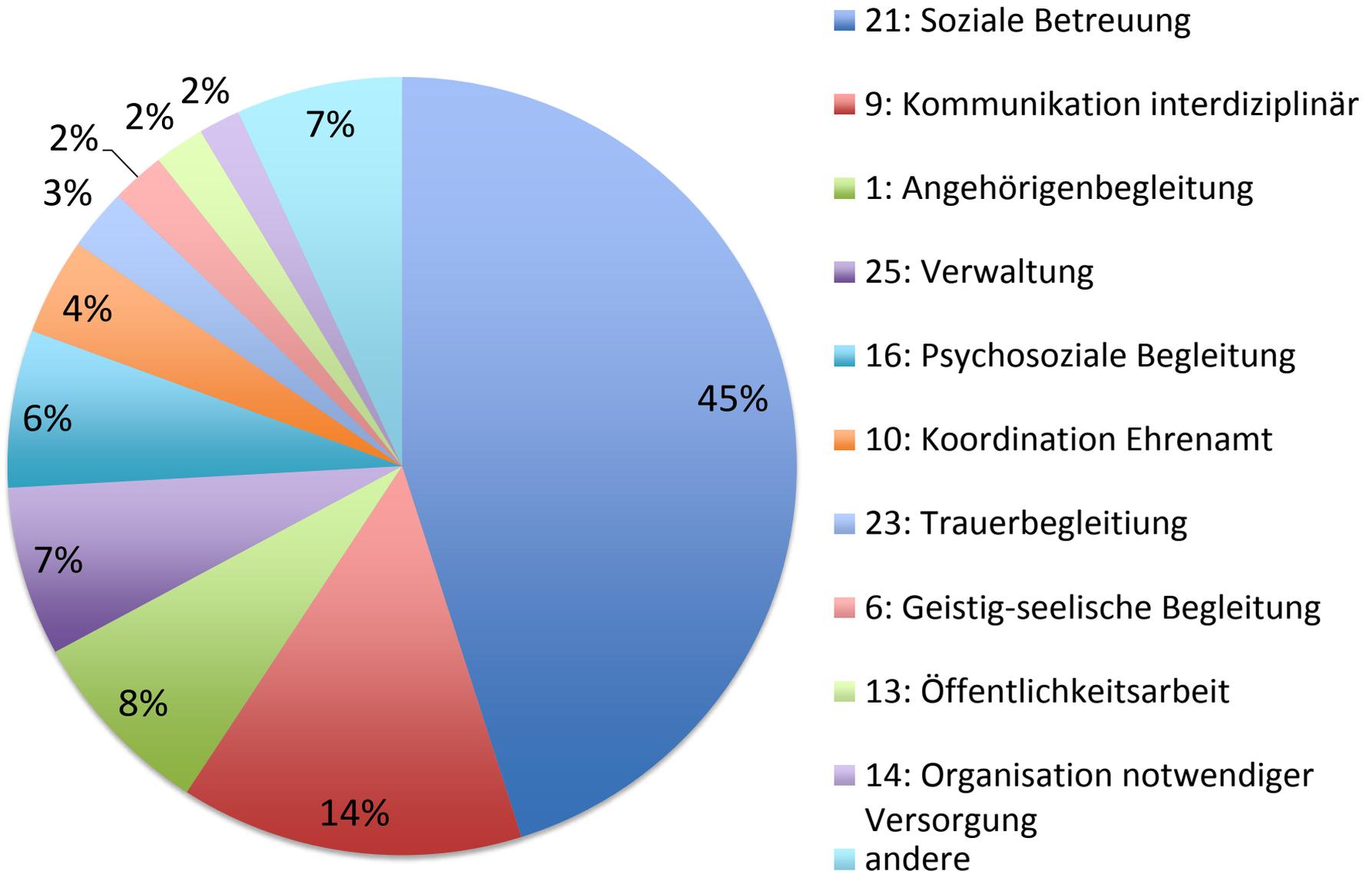
22: Speiseversorgung

Tätigkeiten

„In welchem Umfang wurden im April 2015 die folgenden Leistungen durch externe Dienstleister erbracht?“

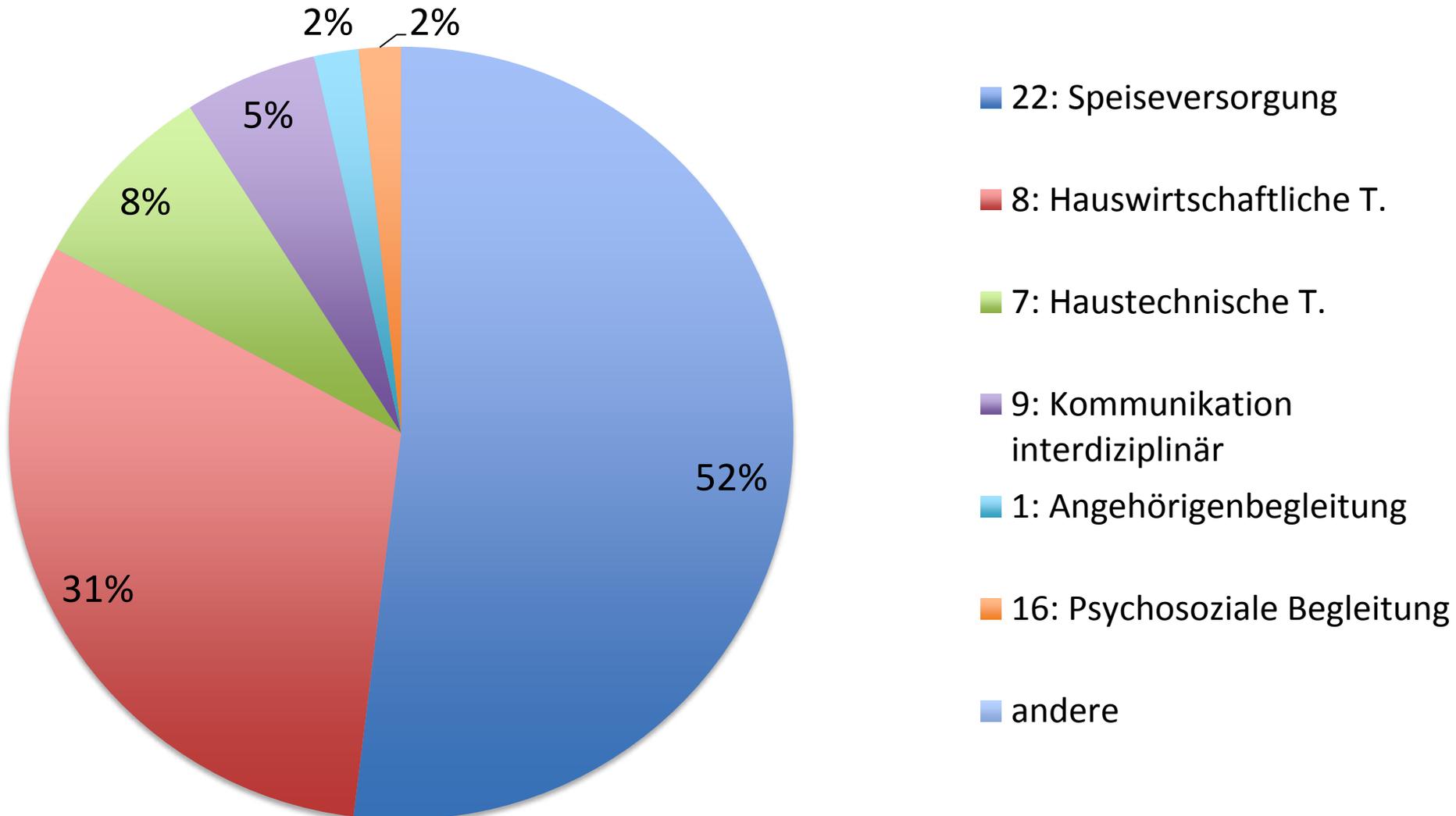
	Ganz oder überwiegend eigene MA	Eigene und externe zu etwa gleichen Teilen	Überwiegend oder ganz externe Dienstleister
7: Haustechnische T.	31%	31%	38%
4: Fortbildung	23%	31%	54%
5: Fundraising	54%	31%	15%
25: Verwaltung	54%	38%	8%
22: Speiseversorgung	75%	8%	17%
23: Trauerbegleitung	77%	15%	8%

Sozialdienst



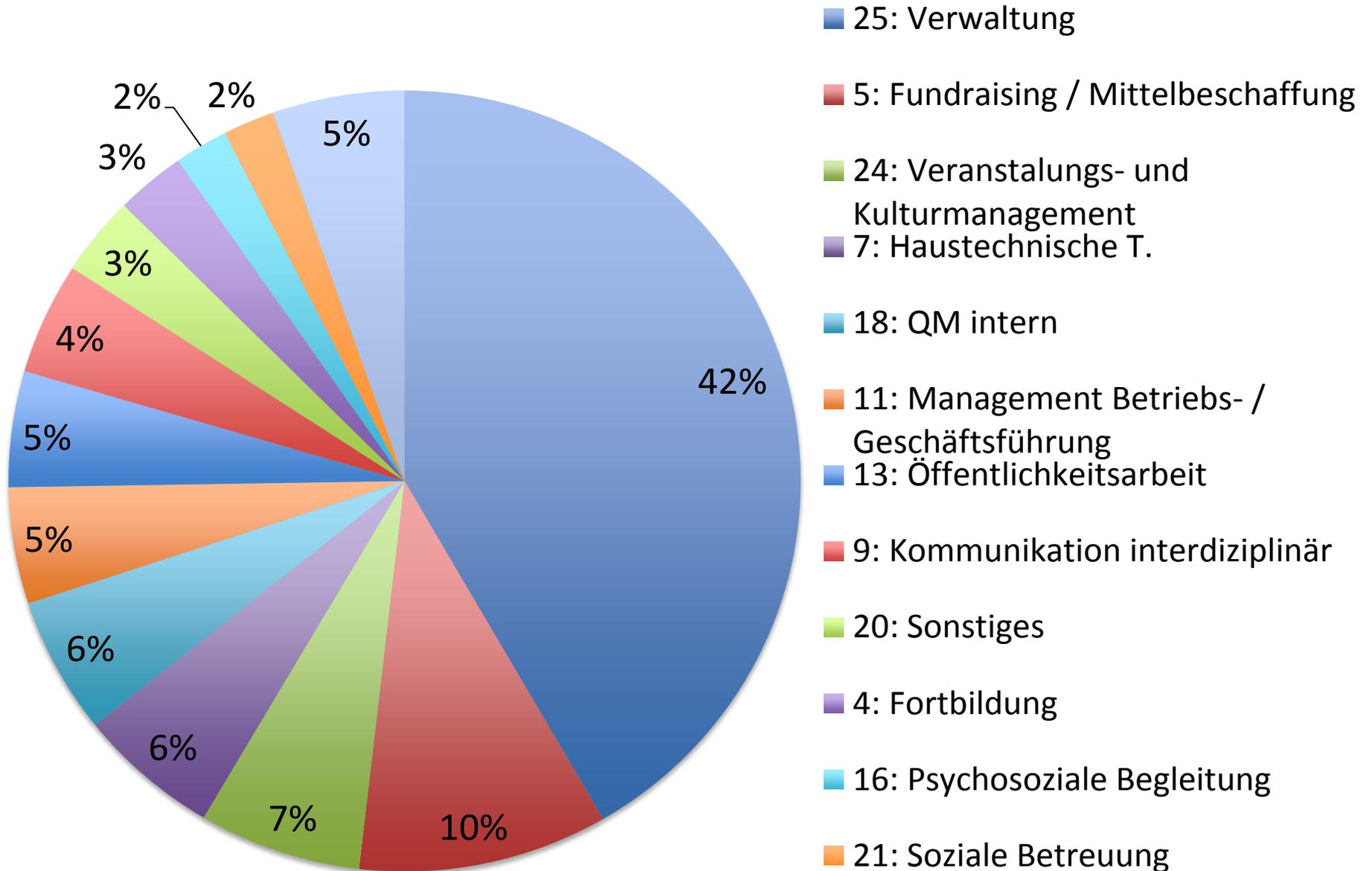
Basis: ca. 720 dokumentierte Arbeitsstunden

Haustechnik / Hauswirtschaft / Speiseversorgung



Basis: ca. 1260 dokumentierte Arbeitsstunden

Verwaltung

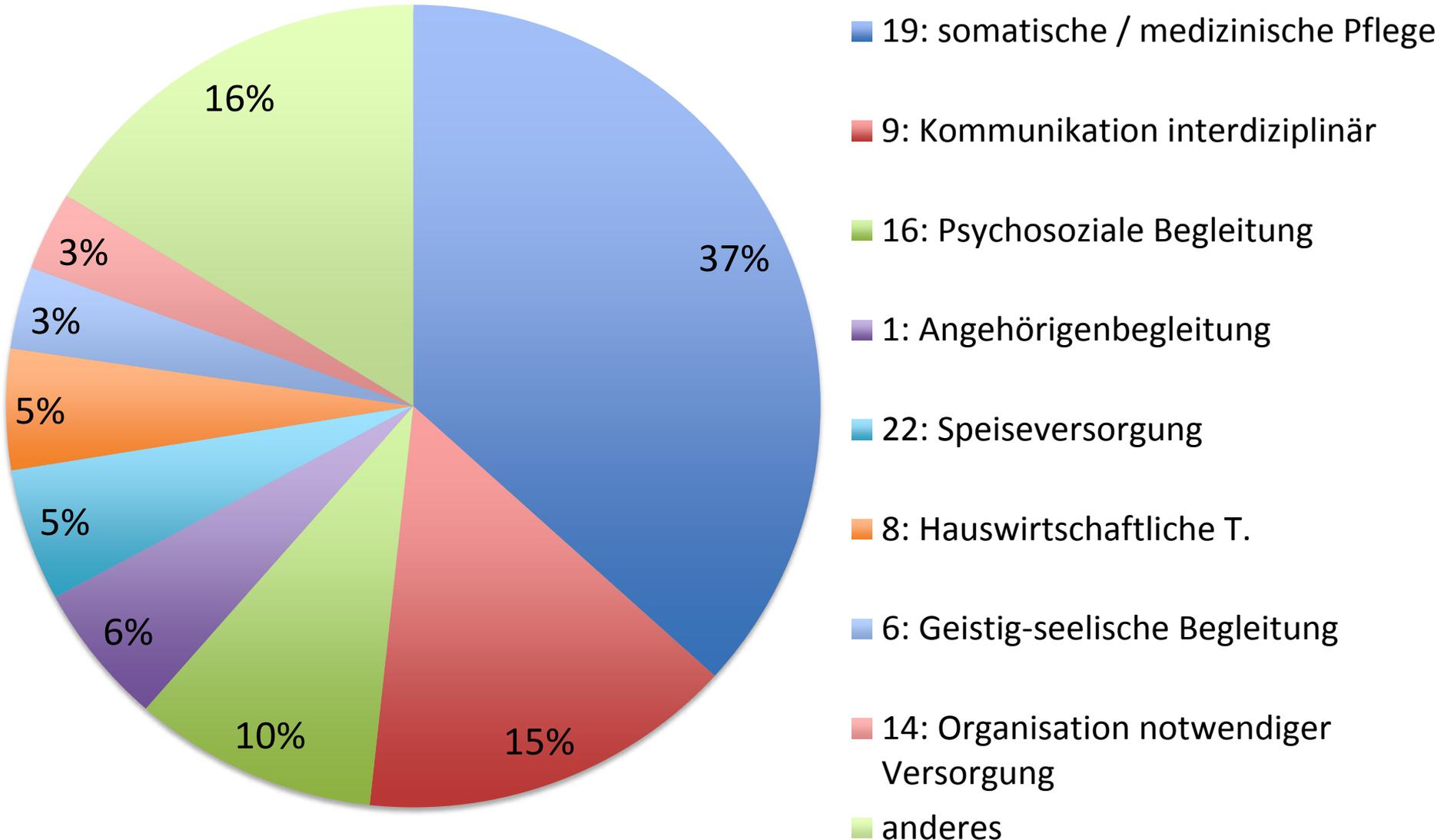


Basis: ca. 320 dokumentierte Arbeitsstunden

Leitung

	Minuten	%
12: Management Pflege	10155	15
9: Kommunikation interdisziplinär	6980	10
11: Management Betriebs- / Geschäftsführung	6835	10
25: Verwaltung	6477	10
18: QM intern	4340	6
17: QM extern	3755	6
21: Soziale Betreuung	3630	5
10: Koordination Ehrenamt	3435	5
4: Fortbildung	2565	4
13: Öffentlichkeitsarbeit	2410	4
1: Angehörigenbegleitung	2090	3
19: somatische / medizinische Pflege	1837	3
Andere:	12309	18

Pflege



Basis: ca. 5970 dokumentierte Arbeitsstunden

Was fällt auf?

- Jede Berufsgruppe übernimmt Aufgaben aus allen Bereichen (Ausnahme: Verwaltung hat keine seelisch-geistige Begleitung, Praxisanleitung oder besondere Funktionen dokumentiert, Sozialdienst keine Praxisanleitung)
- Trauerbegleitung: nur 6,4 Minuten / Arbeitstag (1,3%) können geleistet werden
- MAV / Betriebsrätstätigkeiten werden überwiegend von der Leitung (!) und von der Pflege getätigt. 3 Hospize gaben an, diese Aufgaben teilweise durch externe (!) Dienstleister abzudecken.
- Auch außerhalb der Berufsgruppe „Verwaltung“ mussten immer noch ca. 14,5 Minuten / Arbeitstag für Verwaltungsaufgaben aufgewendet werden und noch einmal 11,5 Minuten zur „Organisation notwendiger Versorgung“

Dank an

- Mitarbeiter(-innen) der Berliner Hospize
- Die Projektgruppe und den Vorstand des HPV Berlin
- Prof. Dr. Erika Feldhaus-Plumin, Ivy Weidlich



„Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Berliner Krankenhäusern gem. § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V“*

Christian Kienle
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

* Stand des Hospiz- und Palliativgesetzes nach der 2. und 3. Lesung im Deutschen Bundestag am 5. November 2015



Die Berliner Krankenhausgesellschaft...

- Die Berliner Krankenhausgesellschaft ist die Vereinigung der Träger von Krankenhäusern und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie ihrer Spitzenverbände im Land Berlin.
- In der Pluralität von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern sind **60 Krankenhäuser** und **38 stationäre Pflegeeinrichtungen** in der Berliner Krankenhausgesellschaft verbunden.
 - Ein Großteil dieser Pflegeeinrichtungen nimmt in integrierten Versorgungsprogrammen, – dem Berliner Projekt oder care^{plus} – teil. In diesen Einrichtungen wird die ärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte oder niedergelassene Ärzte mit entsprechenden Kooperationsverträgen sichergestellt.
- Die Berliner Krankenhausgesellschaft repräsentiert mit dieser Trägervielfalt das gesamte Spektrum der Krankenhäuser in Berlin.
- Zusammen mit den Krankenhausgesellschaften in den 15 weiteren Bundesländern ist sie Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft.



Neue Gesetzeslage durch das Hospiz- und Palliativgesetz

Die Neuregelung in Bezug auf die Beauftragung ambulanter Hospizdienste durch Krankenhäuser im Wortlaut:

- Der bisherige § 39 a SGB V Abs. 2 Satz 1 SGB V
 - „Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen.“
- Soll um folgenden Satz 2 durch das Hospiz- und Palliativgesetz ergänzt werden:
 - „Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen.“
- Grundsätzlich liegt der Fokus des Hospiz- und Palliativgesetzes in den Versorgungsbereichen außerhalb des Krankenhauses
- Im öffentlichen Diskurs fand die Neuregelung bezüglich der Beauftragung ambulanter Hospizdienste durch Krankenhäuser vergleichsweise wenig Beachtung.
- Auszug aus der Stellungnahme der BKG zum HPG: *„Positiv zu bewerten ist die Absicht, die ambulante Hospizarbeit zu stärken und auch Sterbebegleitungen ambulanter Hospizdienste in Krankenhäusern künftig als zuschussfähige Begleitungen anzuerkennen.“*



Statistische Ausgangslage

- „Faktencheck Gesundheit“ zum Thema Palliativversorgung der Bertelsmann-Stiftung (11/2015)
 - Im Bundesdurchschnitt ist für 46 Prozent aller Verstorbenen das Krankenhaus der Sterbeort (2011 – 2013).
 - **Berlin** hat mit fast 49 Prozent der in Berlin Verstorbenen über 64 Jahren die höchste Sterbequote im Krankenhaus bundesweit.
 - Im Bundesdurchschnitt gibt es 15,6 ambulante Hospizdienste pro 1 Mio. Einwohner.
 - **Berlin** liegt mit 9,4 ambulanten Hospizdiensten pro 1 Mio. Einwohner bundesweit auf dem vorletzten Platz.
 - aber keine Aussage hinsichtlich der Qualität und der Größe der ambulanten Hospizdienste und auch keine Zahlen zu den stationären Hospizen
 - Im Bundesdurchschnitt gibt es 4,8 ambulant tätige Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin pro 100.000 Einwohner.
 - **Berlin** liegt mit 3,2 entsprechend weitergebildeten ambulant tätigen Ärzten bundesweit auf dem 14. Platz.



Ausgangslage in den Berliner Krankenhäusern

Strukturen

- Unterschiedliche Ausgangslage in den Berliner Krankenhäusern im Hinblick auf die Sterbebegleitung
 - abhängig von vorhandenen Strukturen und den unterschiedlichen Versorgungsaufträgen
 - Vorhaltung spezieller Fachabteilungen (bspw. Palliativabteilungen)
 - Vorhaltung besonderer Strukturen für die palliative Betreuung

Personal

- Unterschiedlicher Fortbildungsstand bei den Pflegekräften hinsichtlich der Sterbebegleitung
- Arbeitsverdichtung und Zeitmangel (insbesondere Spätdienst/Nachtschichten)
- Hohe psychische Belastung der Pflegekräfte
- Zitat: „Gerade auch im Spätdienst, wenn man nur zu zweit ist. Man würde sich gerne mehr um die kümmern, aber man hat nicht wirklich die Zeit dazu, das ist immer ein bisschen die Schwierigkeit.“ (aus „Palliative Care im Krankenhaus“, Forschungsprojekt in Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus Hedwigshöhe, Alice Salomon Hochschule und IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik, Universität Klagenfurt, Wien, Graz; 2014/2015)



Erste Bewertung der Neuregelung des Hospiz- und Palliativgesetzes

Die Beauftragung eines ambulanten Hospizdienstes kann für die Krankenhäuser

- ein wertvolles Unterstützungs- und Entlastungsangebot vor dem Hintergrund der skizzierten Ausgangslage darstellen,
- eine Option für eine sinnvolle Ergänzung des Leistungsangebotes sein,
- die Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern stärken und
- ein weiterer Baustein für eine sektorenübergreifende Versorgung von u.a. immobilen Patienten sein.

Dies setzt voraus, dass – neben der Einwilligung des Patienten – die Kooperation zwischen Krankenhaus und Hospizdienst unter gemeinsam abgestimmten Regeln erfolgt.

Sowohl die Krankenhäuser als auch die ambulanten Hospizdienste müssen sich gegenseitig auf die Versorgungsstrukturen des jeweiligen Kooperationspartners einstellen.

Strukturelle, finanzielle und rechtliche Fragen sind noch offen und müssen zügig identifiziert und durch die Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene geklärt werden.



Unterstützungsleistungen der Berliner Krankenhausgesellschaft

- Information der Mitgliedskrankenhäuser über die neuen gesetzlichen Regelungen und der damit verbundenen Möglichkeiten
- Kontinuierliche Kommunikation in den Gremien der BKG sowohl im Bereich der Krankenhäuser als auch der Pflegeeinrichtungen
- Hinweise auf vorhandene Informationsplattformen (bspw. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland) sowie vorhandene verbandliche Strukturen, bspw. Hospiz- und Palliativverband
- Möglichkeit der gezielten Weitergabe einer Zusammenstellung von Angeboten und Kontaktdaten von in Berlin tätigen ambulanten Hospizdiensten
- Unterstützung bei der Identifizierung von Umsetzungsproblemen und deren Klärung auf Landesebene

Aber: Konkrete Umsetzung und Anbahnung von Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten stehen in der Verantwortung der einzelnen Krankenhäuser



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

zeitliche Einordnung (I)

- 10.11.2014 „Eckpunkte-Papier“
von Bundesminister Hermann Gröhe MdB
„Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung“
- 18.03.2015 Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)
- 29.04.2015 Kabinettsbeschluss zum HPG
- im Mai 2015 Änderungsanträge der Bundesländer zum
Entwurf der Bundesregierung
- 29.05.2015 Empfehlungen der Ausschüsse

zeitliche Einordnung (II)

- 12.06.2015 Sitzung des Bundesrates
- 17.06.2015 erste Lesung des HPG im Bundestag
- 28.08.2015 Antwort der Bundesregierung auf Änderungsanträge
- 21.09.2015 Anhörung von Sachverständigen zum HPG im Gesundheitsausschuss des Bundestages
- 05.11.2015 Verabschiedung im Bundestag

Neuerungen

ambulante Hospizarbeit I

„Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten.“

§39a SGB V Absatz 2 Satz 5

Was bedeutet das?

- Es besteht die Möglichkeit, einen Zuschuss zu den Sachkosten zu beantragen

aber

- Sachkosten werden *nicht zusätzlich* gefördert, sondern
- Die Berechnung der maximalen Fördersumme (jetzt Personal- und Sachkostenzuschuss) erfolgt weiter nach der bekannten Formel (Anz. EA x 2 + Anz. abgeschl. Begleitungen x 4 = Anz. LE).
- Dienste, die die maximale Fördersumme bereits mit ihren Personalkosten ausschöpfen, erhalten keinen Zuschuss zu den Sachkosten.

Neuerungen

ambulante Hospizarbeit II

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung betragen je Leistungseinheit **13** Prozent (bisher 11 Prozent) der monatlichen Bezugsgröße.

§ 39a SGB V Absatz 2 Satz 7

- In der Begründung wird darauf verwiesen, dass bei der Förderung der Aufwand für das hospizliche Erstgespräch zu beachten ist. Außerdem soll den Hospizdiensten durch die Erhöhung des Zuschusses ein größerer Spielraum – z.B. für die Trauerbegleitung - eröffnet werden.
- Eine eigenständige Förderung von Trauerbegleitungen über Leistungseinheiten wird es nicht geben.

Neuerungen

ambulante Hospizarbeit III

„Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen.“

§39a SGB V Absatz 2 Satz 2

Was bedeutet das?

- Begleitungen im Krankenhaus sind zukünftig förderfähig, d.h. wirken sich auf die Berechnung der Leistungseinheiten aus
aber
- Wie erfolgt die Beauftragung durch den Krankenhausträger?
- Wo bleibt die Wahlfreiheit der Patienten?
- Müssen schriftliche Kooperationsverträge vorliegen?
- Wie ist eine Begleitung im Krankenhaus zu definieren?

Neuerungen

ambulante Hospizarbeit IV

„Es ist sicherzustellen, dass ... die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet....“

§ 39a SGB V Absatz 2 Satz 10ff

Die genaue Umsetzung dieser *zeitnahen* Förderung ambulanter Hospizarbeit ist noch nicht klar.

Neuerungen

stationäre Hospizarbeit

- Erhöhung des Zuschusses für Hospize (Erwachsenenbereich) auf 95 %
- Anhebung des Mindesttagessatzes von 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße
- Eigenständige Rahmenvereinbarungen für stationäre Kinderhospize
- In den Rahmenvereinbarungen sind bundesweit geltende Standards festzulegen.
- Regelung, in welchen Fällen Bewohner einer Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können

weitere Neuerungen

1. Beratung durch die Krankenkassen

- (1) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. ...
- (2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, ...

Was bedeutet das?

- Wie genau die Krankenkassen diese Beratungspflicht ausformen werden, ist noch nicht klar.
- Es ist zu vermuten, dass sich die Nachfrage nach Begleitungsangeboten vergrößern wird.

weitere Neuerungen

2. Versorgungsplanung

Zugelassene Pflegeeinrichtungen ...und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. ...

§132g SGB V

Abs. 1

Was bedeutet das?

- Es wird eine *Kann*-Bestimmung formuliert, es gibt keine Pflicht für die Einrichtungen, eine Versorgungsplanung anzubieten.
- Es gibt bisher keinerlei Erfahrungen zur Umsetzung einer solchen Versorgungsplanung in stationären Pflegeeinrichtungen.

weitere Neuerungen

3. ärztliche Leistungen AAPV und Koordination

(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag ... die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung. ...

§ 87 SGB V

Absatz 1b

... mit Wirkung zum 1. April 2016 (ist) eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen ... vergütet werden.

§ 87 SGB V

Absatz 2a

weitere Neuerungen

4. Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

„Die häusliche Krankenpflege ... umfasst auch die ambulante Palliativversorgung...“

§ 37 SGB V Absatz 2a

Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren und damit für die Pflegedienste abrechenbar zu machen.

weitere Neuerungen

5. SAPV

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ... schließen die Krankenkassen ... Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. ...

Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt.

weitere Neuerungen

6. hospizliche Begleitung und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Dem § 28 SGB XI wird folgender Absatz 5 angefügt:

Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.

In § 75 SGB XI Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Sterbebegleitung“ eingefügt.

weitere Neuerungen

7.1. Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Besondere Einrichtungen, ... können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.

§ 17b Absatz 1 Satz 15

Für Palliativstationen können krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden.

weitere Neuerungen

7.2. Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

„Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgeltes zu ermöglichen;...“

§17 b Absatz 1 Satz 16

Entwicklung und Herausforderung stationärer Hospize

**3. Berliner Hospiz – Forum
20.11.2015**

- ... ist in Deutschland bekannt ✓
- ... steht für Kompetenz und Mitmenschlichkeit ✓
- ... ist leistungsstark ✓
- ... ist für den sterbenden Menschen kostenneutral ✓

- ... ist eine Antwort auf gesellschaftliche Fragen rund ums Sterben ✓
- ... hat das Vertrauen von Institutionen und Menschen im Gesundheitswesen ✓



- ... Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter sind hochmotiviert ✓
- ... sie haben die Qualität
 - erkämpft ✓
 - entwickelt ✓
 - gestaltet ✓
- ... sie wollen auch in Zukunft für Patienten und Angehörige gute Arbeit leisten ✓

Hospiz = erfolgreiches Konzept

Frau S. ist an ALS erkrankt

Sie kann im Pflegeheim nicht mehr versorgt werden



Ein Fallbeispiel

4 Toilettengänge am Tag:



Pflegekraft 1: 90 min
Pflegekraft 2: 60 min
Pflegekraft 3: 20 min

Gesamt: 170 min x 4
= 680 min

über 11 Stunden!

**Pflegebedarf:
Hilfe bei der Blasenentleerung (5 Min)?**

Frau S. bleibt im Hospiz wegen des Pflegeaufwands - nicht weil sie sterbend ist

Unsere Fragen: ist das sinnvoll aus Sicht des

- Gastes – Häufige Konfrontation mit dem Sterben anderer
- Gesellschaft – Anzahl der Hospizplätze = Ressourcen ethisch abwägen
- Professionellen Helfer – vielseitige Anforderung, Sterbebegleitung als Aufgabe

Hospiz = Ethische Entscheidungsfindung

Joachim Gauck: „Ich bin froh, dass die Hospizbewegung zunehmend nicht mehr als Gegenmodell zur Intensivmedizin diskutiert wird, sondern als eine sinnvolle Ergänzung.“

und umgekehrt?

Hospiz = permanent entwickeltes Konzept

- Leben ohne Schläuche
- low tech - high touch
- care not cure
- Keine Heilung, keine Diagnose, keine Therapie
- freiwillig, aufgeklärt
- progredient /wenige Monate



Menschen mit **chronischen** Erkrankungen in der „letzten“ Phase:

- Wie lang ist Hospizversorgung erlaubt?
- Wieso plötzlich keine Therapie mehr?

Menschen mit **intensivmedizinischen** Bedarf:

- Beatmung, Dialyse, Thorax Drainagen, Thrombozyten Transfusionen, Chemotherapie

Menschen mit hohem **psychischen** Betreuungsbedarf

- Demenz, Agitierte Menschen
- Psychiatrische Patienten
- Flüchtlingshintergrund

Menschen mit **hohem** **Pflegebedarf**

- ALS

Hospiz = Vielseitigkeit der Herausforderungen

- Wie sieht eine optimale Versorgungslandschaft für Menschen mit lang anhaltendem hohem Versorgungsbedarf am Ende des Lebens aus?
- Wie entwickeln Hospize ihre Qualität bei hohem Etablierungsgrad und neuen Herausforderungen weiter?
- Welche Bedingungen sind notwendig, um mit den täglichen existenziellen Herausforderungen umzugehen?

Leitfragen für den Workshop

3. Berliner Hospizforum

Impulsvortrag

Berlin, 20. November 2015



**Ambulante ärztliche Versorgung
nichtonkologischer
Palliativpatienten**

Thomas Schindler

eMail: palliativteam.berlin@gmx.de

3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten

Beruflicher Hintergrund > Allgemeinmediziner & Palliativmediziner



Team der Berliner hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Aachener Str.12

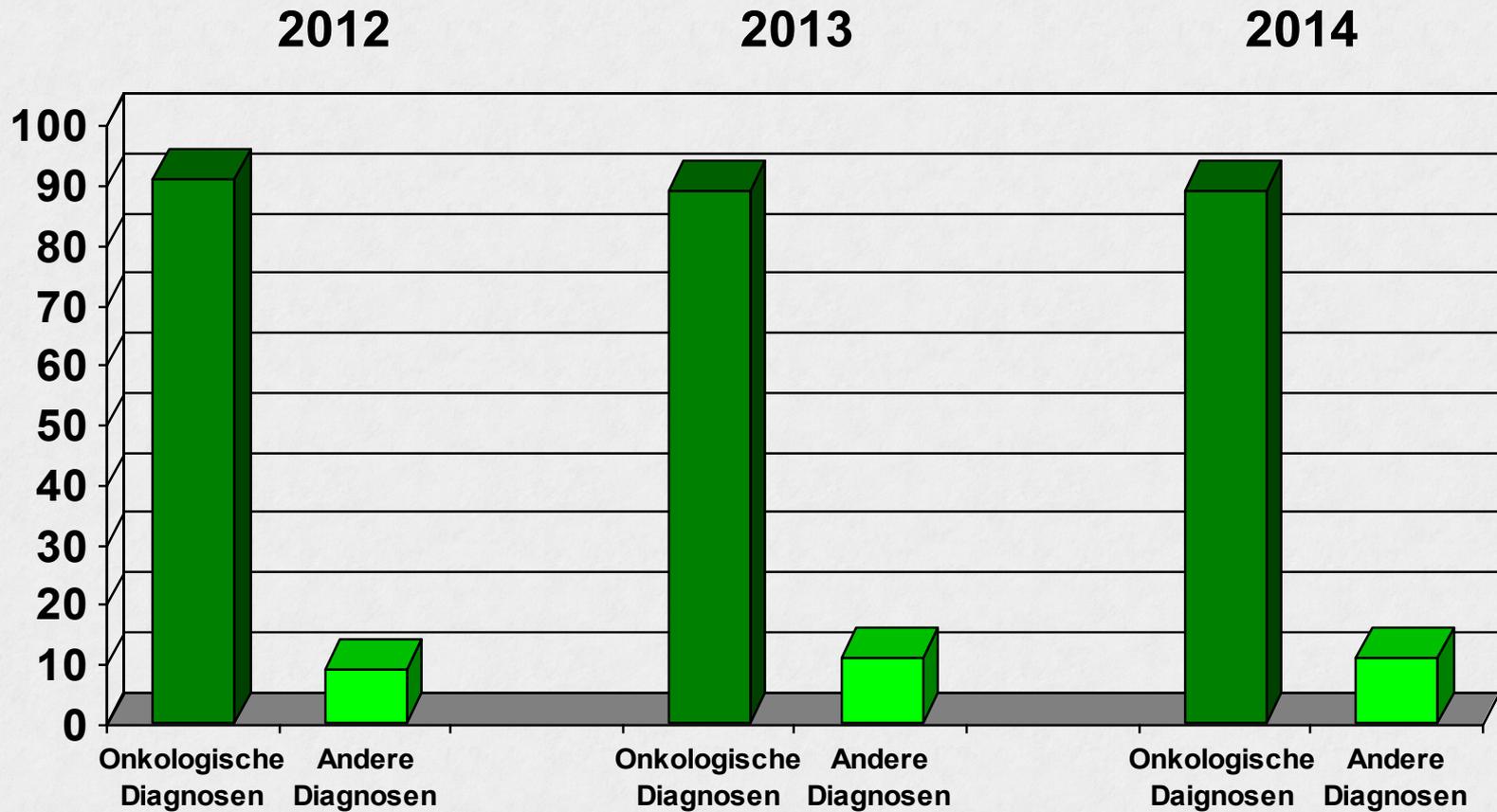
Palliativteam Berlin (= 5 Ärzte/Ärztinnen mit SAPV-Tätigkeit)

Achim Rieger / Monika Kuppe / Parwin Mani / Birgit Vyhnaek / Thomas Schindler

3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten

Qualitätsbericht des Home Care Berlin e.V. (2012-2015): Diagnosen in %



3. Berliner Hospizforum

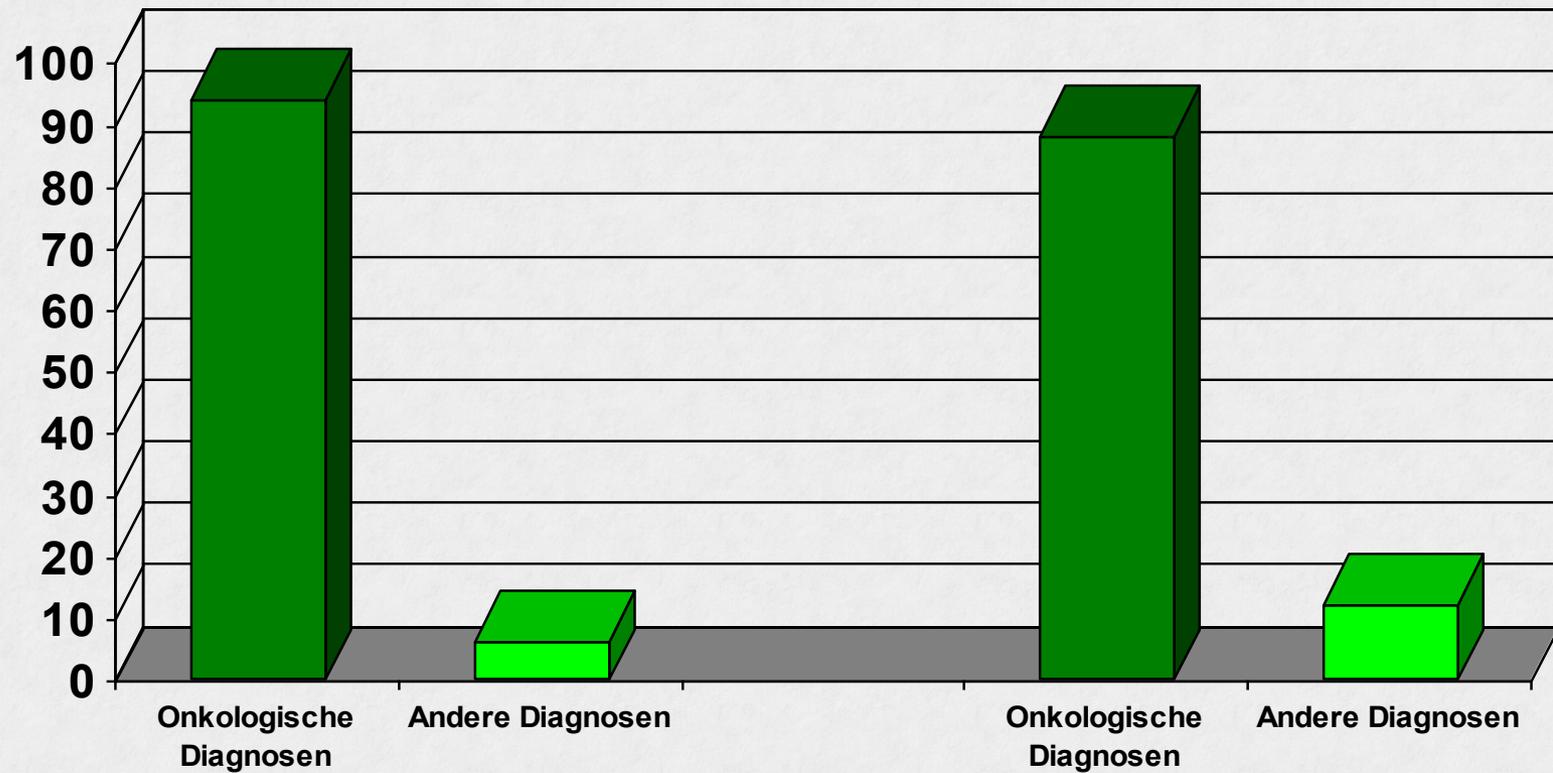
Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten



Qualitätsbericht des Home Care Berlin e.V. (2012): Diagnosen in % nach Alter

unter 51 Jahre

über 75 Jahre



3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten



Krankheitsbilder / Übersicht (Prozentuale Anteile in eigener SAPV-Arbeit)

■ Krebserkrankungen	84
■ Neurologische Erkrankungen	5
■ Kardiovaskuläre Erkrankungen	3
■ Gastrointestinale Erkrankungen	2
■ Pulmonale Erkrankungen	2
■ Apallisches Syndrom / Wachkoma	2
■ Multimorbidität	2
■ Nephrologische Erkrankungen	1
■ HIV-Erkrankung	1

3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten



Die häufigsten Nicht-Krebs-Diagnosen bei Menschen > 75 in der Berliner SAPV (Quelle: HCB)

Sortiert nach abnehmender Häufigkeit (ICD-Ziffern in Klammern)

- ❖ **Herzinsuffizienz (I50)** (Hauptsymptome: Atemnot, dicke Beine, Müdigkeit)
- ❖ **Hirnfarkt (I63)** (Hauptsymptome: Lähmungen, Schluck- und Sprachstörung)
- ❖ **COPD (J44)** (Hauptsymptome: Atemnot, Husten, Fieber)
- ❖ **Chronische Nierenkrankheit (N18)** (Hauptsymptome: Atemnot, Verwirrtheit)
- ❖ **Schlaganfall (nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet) (I64)** (wie I63)
- ❖ **Respiratorische Insuffizienz (J96)** (Hauptsymptome: Atemnot, Husten, Fieber)
- ❖ Nicht näher bezeichnete Demenz (F03) (Hauptsymptome: wie F01)
- ❖ Vaskuläre Demenz (F01) (Hauptsymptome: Verwirrtheit, Unruhe, Schluckst)
- ❖ **Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet (N19)** (wie N18)

Hauptsymptom bei allen Erkrankungen am Lebensende: Ausgeprägte Schwäche

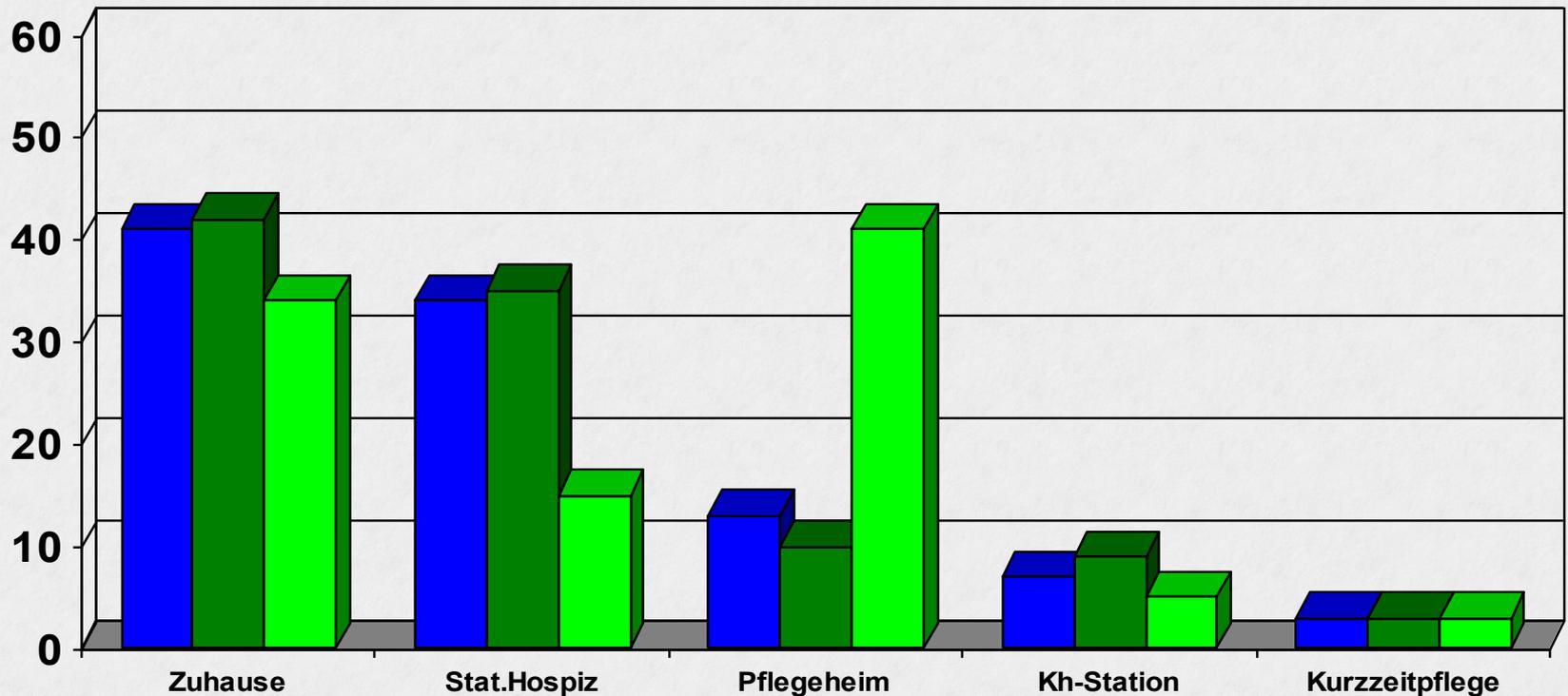
3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten

SAPV in Berlin (2012): Sterbeorte nach Diagnosen in % (Quelle: HCB)



Blau = Alle / Grün = Krebs / Hellgrün = Andere Diagnosen



3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten



Typische Konstellationen nichtonkologischer eigener Patienten in AAPV/SAPV

Besonderheiten in der Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten

1. Demenz oder Hirninfarkt oder M.Parkinson > Schluckstörung

KS, 80♀, ZH / OT, 95♀, PH / IQ, 85♀, WG / PL, 90♂, ZH / DS, 97♀, PH /
WU, 79♀, PH / GS, 100♀, PH / HR, 89♂, SH / LT, 95♀, PH / RK, 91♀, PH /
ES, 87♀, PH / WK, 64♂, WG / BB, 94♀, PH / ES, 91♀, PH / GR, 81♂, PH /
RB, 90♀, WG / MR, 76♀, PH / AG, 87♀, PH / AM, 100♀, PH / ES, 92♀, PH

2. Pflegeheim oder Pflege-WG bittet um palliativmedizinische Begleitung

OT, 95♀, PH / IQ, 85♀, WG / PL, 90♂, ZH / DS, 97♀, PH / GS, 100♀, PH /
LT, 95♀, PH / RK, 91♀, PH / ES, 87♀, PH / WK, 64♂, WG / BB, 94♀, PH /
ES, 91♀, PH / KP, 94♂, PH / RB, 90♀, WG / MR, 76♀, PH / AG, 87♀, PH

3. Spezielle Erkrankung, die SAPV erforderlich machte

GP, 52♀, PH / ER, 66♀, SH / KS, 86♂, ZH / HH, 73♂, ZH / MC, 75♀, ZH /
RO, 67♀, SH / IW, 62♀, PH / HB, 75♂, PH / LZ, 86♂, PH / AO, 84♂, PH

4. Hausarzt macht keine Besuche oder zieht sich zurück in der Sterbephase

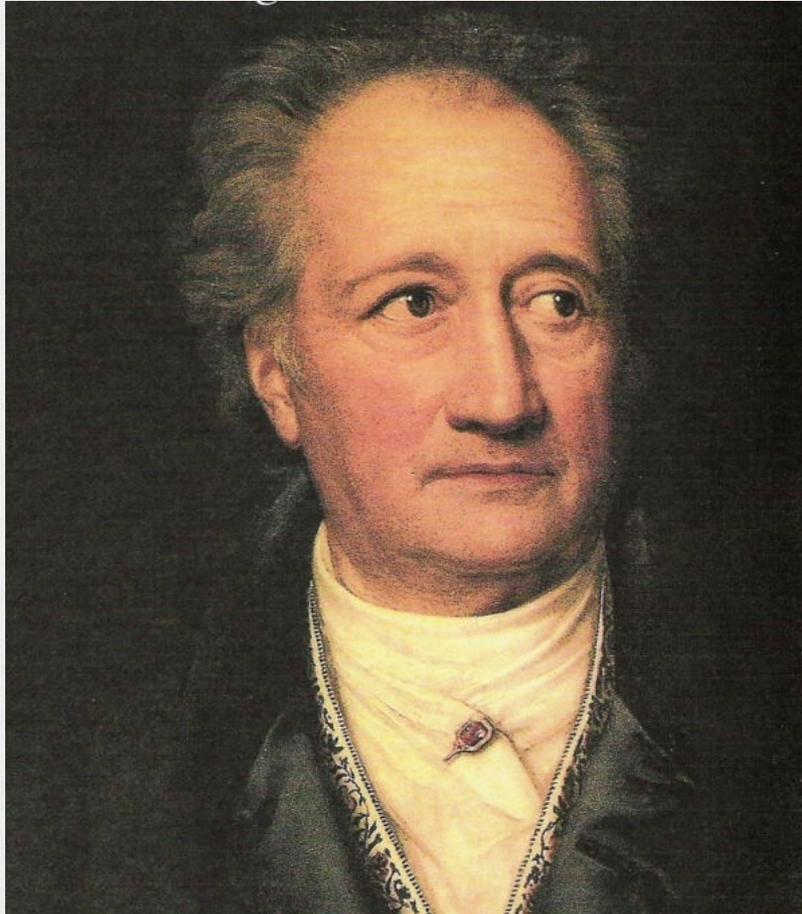
KS, 80♀, ZH / OT, 95♀, PH / IQ, 85♀, WG / DS, 97♀, PH / GS, 100♀, PH

3. Berliner Hospizforum

Ambulante ärztliche Versorgung nichtonkologischer Palliativpatienten



Epilog: Hoffnung



**„Wir hoffen immer,
und in allen Dingen
ist besser hoffen
als verzweifeln.“**

(Goethe)

Für weitere Informationen:

palliativteam.berlin@gmx.de

Versorgungsbrüche in der ambulanten Palliativversorgung von „Nichttumorpatienten“ in Berlin

Michael Nehls

Krankheitsverläufe

Abb. 1 Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen

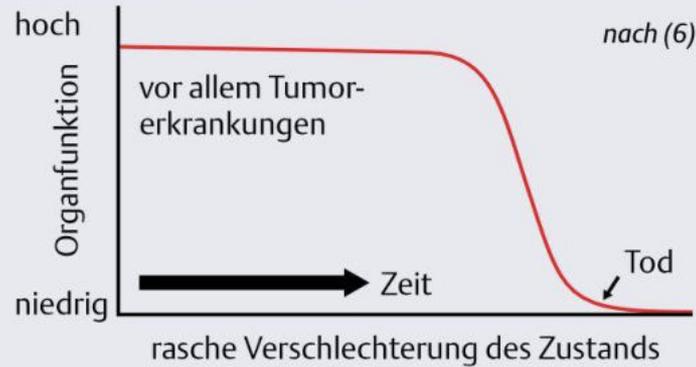


Abb. 2 Krankheitsverlauf bei chronischem Organversagen



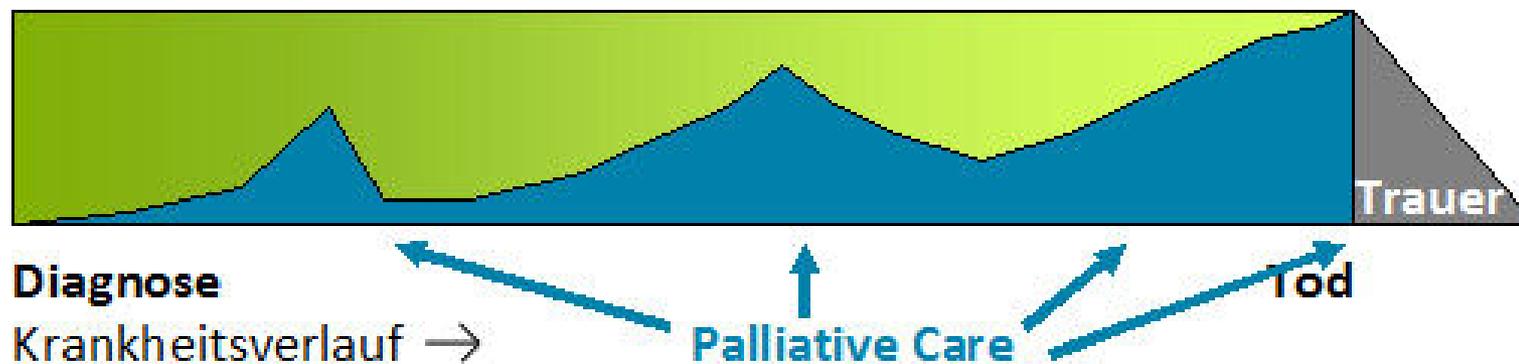
C. Bausewein *klinikarzt* 2005; 34 (1+2): 19–23

6. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. White Paper. RAND Health, 2003

Krankheitsverläufe

Atemnot, Müdigkeit, Depressionen und Schmerzen unterschiedlicher Organzugehörigkeit sind die Hauptsymptome bei Patienten im letzten Jahr vor ihrem Tod.

Vogelmeier C et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga Pneumologie 2007; 61: e1e40



Krankheitsverläufe

Sterbefälle im Krankenhaus - Berlin

	ICD 10	2007	Anteil in %	2011
Gesamt		17.055	100,00	17.275
Bösartige Neubildungen	C00-C97	3.561	20,88	≈ 3.607
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	4.994	29,28	≈ 5.058
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	2.370	13,90	≈ 2.401
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	1.651	9,68	≈ 1.672
Tumorpatienten		3.561	≈ 1/4 20,88	≈ 3.607
Chron. Organversagen (ICD 10 wie oben)		9.015	≈ 3/4 52,86	≈ 9.131

Nehls, M. (2012): SAPV-Versorgung bei Nicht-Tumorpatienten in der palliativ-geriatrischen Versorgung in Berlin und der Berliner Bezirke (unveröffentlicht)

Krankheitsverläufe

	chronisches Organversagen	Tumor- erkrankungen
Symptomlast	hoch	hoch
palliative, symptomorientierte Versorgung	gering	ausgeprägt

**Ursachen⁽¹⁾: fehlenden Konsens über den adäquaten
Zeitpunkt der Integration von Palliativmedizin**

sehr variable Krankheitsverläufe

Informationsdefizite

(1) Bausewein, C.; Palliativmedizin bei nicht malignen Erkrankungen: Herzinsuffizienz, COPD, Leberversagen, terminale Niereninsuffizienz; Z Palliativmed 2013; 14: 257–267

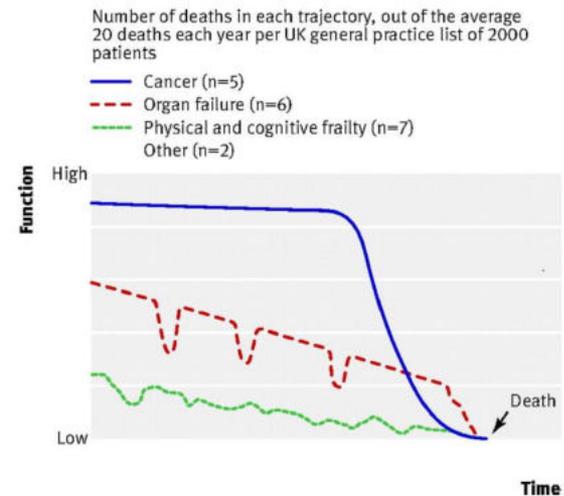
Krankheitsverläufe

Problembewusstsein „Überlebenszeit“ bei Ärzten

5 Tage vor dem Versterben wird

- bei **Lungenkrebs-Patienten** eine **10%-Chance** angenommen, die nächsten 6 Monate zu überleben
- bei **COPD-Patienten** eine **50%-Chance** angenommen, die nächsten 6 Monate zu überleben

The three main trajectories of decline at the end of life



Murray, S. A et al. BMJ 2008;336:958-959

Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, et al.

Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. J Am Geriatr Soc 2000; 48: Suppl. 5, S146–S153

Ambulante Palliativversorgung

Versorgungslandschaft

- Gleichzeitige Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Mangelhafte Abstimmung der einzelnen an der Versorgung beteiligten Akteure
- Ungenügende Einbindung der Betroffenen

Vgl. Sachverständigenrat für Konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen:
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Kurzfassung Gutachten
2000/2001, S.65 ff.

Ambulante Palliativversorgung

Versorgungslandschaft

- Gesprächsdauer mit dem Facharzt nur wenige Minuten (Missverständnisse zu Therapieziel und Therapieumsetzung, Mangel an Motivation bei langfristigem Therapieerfolg)
- erhebliche Intransparenz hinsichtlich adäquater Leistungserbringer (Koordinationsprobleme in der Versorgung – inkonsistente – widersprüchliche Informationen durch behandelnde Ärzte)

vgl. Sachverständigenrat für Konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen:
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Kurzfassung Gutachten
2000/2001, S.65 ff.

Ambulante Palliativversorgung

Versorgungslandschaft Pflege

Zunehmend Versorgungsdefizite im ambulanten pflegerischen Bereich durch:

- Fachkräftemangel
- Arbeitsbedingungen

Ambulante Palliativversorgung

Ausblicke / Lösungsansätze

die spezialisierte ambulante Palliativpflege in Berlin:

- ärztlicher und pflegerischer Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls,
- die Stärkung der Selbstverantwortung,
- individuell tragbare Lösung als Bewältigungsstrategie entwickeln.
- ständigen Erreichbarkeit für Krisen
- notwendigen Medikation.

Quelle: Rahmenvertrag über die SAPV in Berlin mit Geltung ab 01.10.2013

Ambulante Palliativversorgung

Ausblicke / Lösungsansätze

- **Advance Care Planning (ACP) – Individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung (IGV)**
- **Gold-Standards-Framework**
- **Gesundheitscoaching**
 - Einsatz von professionellen und Laien-Coaches
- **Andere**
 - wie z.B. Case- und Care-Management Ansätze,
 - Corbin-Strauss-Modell (Trajekt-Modell)
 - ...

Ambulante Palliativversorgung

Ausblicke / Lösungsansätze

- Advance Care Planning (ACP) – Individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung (IGV)
- **Gold-Standards-Framework**
- **Gesundheitscoaching**
 - Einsatz von professionellen und Laien-Coaches
- **Andere**
 - wie z.B. Case- und Care-Management Ansätze,
 - Corbin-Strauss-Modell (Trajekt-Modell)
 - ...

Ambulante Palliativversorgung

Ausblicke / Lösungsansätze

- Advance Care Planning (ACP) – Individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung (IGV)
- Gold-Standards-Framework
- **Gesundheitscoaching**
 - Einsatz von professionellen und Laien-Coaches
- **Andere**
 - wie z.B. Case- und Care-Management Ansätze,
 - Corbin-Strauss-Modell (Trajekt-Modell)
 - ...

Ambulante Palliativversorgung

Ausblicke / Lösungsansätze

- **Advance Care Planning (ACP) – Individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung (IGV)**
- **Gold-Standards-Framework**
- **Gesundheitscoaching**
 - Einsatz von professionellen und Laien-Coaches
- **Andere**
 - wie z.B. Case- und Care-Management Ansätze,
 - Corbin-Strauss-Modell (Trajekt-Modell)
 - ...

Verstehen kann man das Leben nur
rückwärts, leben muss man es vorwärts.

Søren Aabye Kierkegaard, (1813 - 1855), dän. Philosoph

Auswertung der Blitzumfrage* : Zusammenarbeit der Ambulanten Hospizdienste (AHPD) mit den Berliner Pflegewohnheimen (PH) aus Sicht der AHPD

** diese Umfrage wurde von der Vorbereitungsgruppe des Thema 3 (Kooperation AHPB und PH) für das 3. Berliner Hospizforum 2015 durchgeführt.*

Hinweis: Es handelte sich um keinen evaluierten Fragebogen.

Fragen:

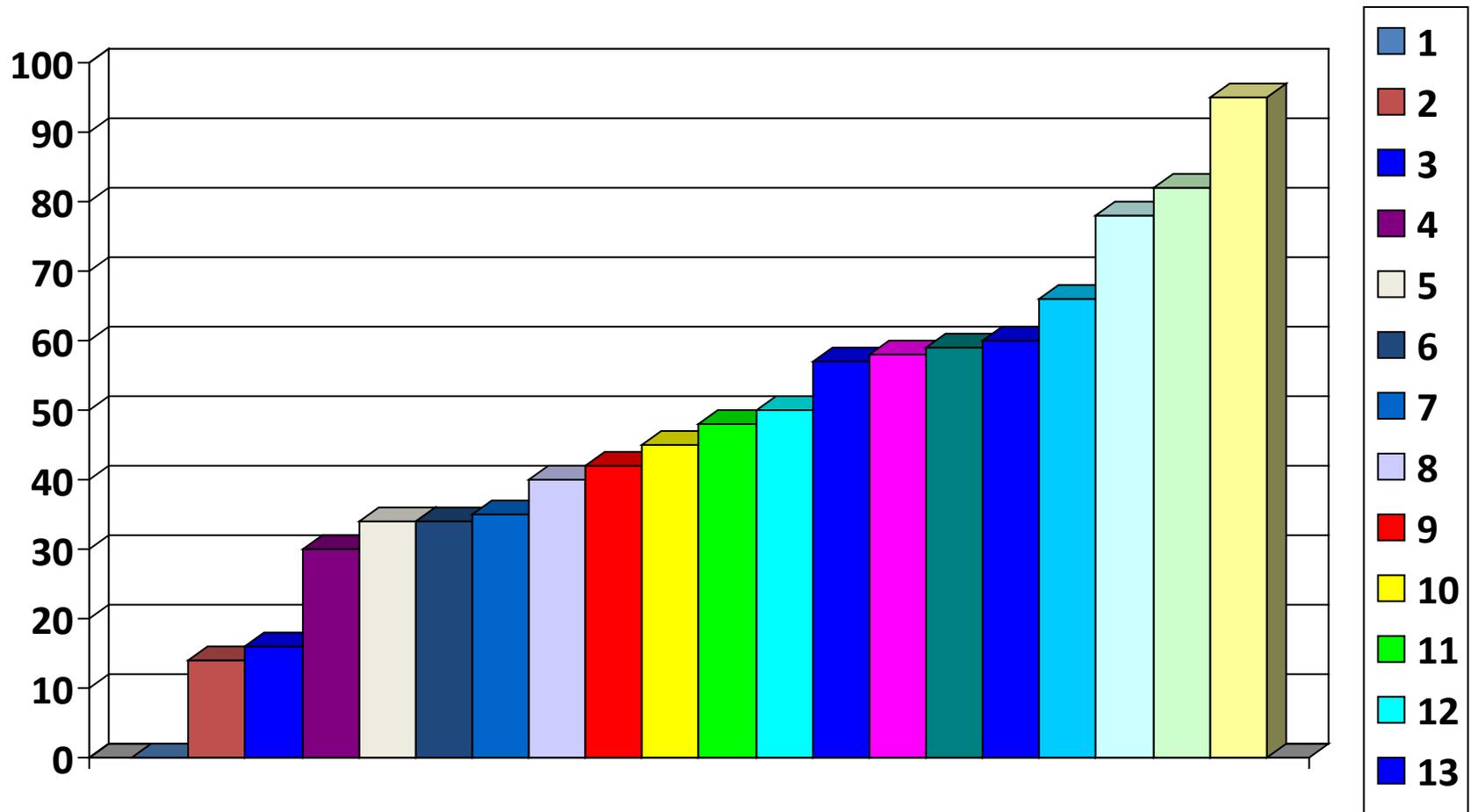
- Wie hoch war der prozentuale Anteil der abgeschlossenen Begleitungen im PH bezogen auf 2014?
- Mit wie vielen PH arbeiten Sie aktuell regelmäßig (ab 3-5/ Jahr) zusammen?
- Wie viele dieser PH arbeiten im NPG Berlin mit?
- Wie wird die Zusammenarbeit mit Leben gefüllt (aktiv/ passiv)?
- Was bedeutet in Ihrem Fall aktiv?
- Was hat sich bewährt? Was wurde aufgegeben?

- Befragt wurden 23 Hospizdienste in Berlin, von denen 21 geantwortet haben.
- Für die verschiedenen Ergebnisse sind das Profil des Trägers und des Hospizdienstes, der konkrete Einzugsbereich und die Anbindung, Geschichte und Philosophie des Trägers und Dauer und Kontinuität vor Ort verantwortlich.

Frage 1:

Wie hoch war bezogen auf 2014 der prozentuale Anteil aller abgeschlossenen Begleitungen der AHPD in den Pflegeheimen?

Es wurden durchschnittlich 47,15% angegeben. Im Schaubild wird die Spannweite der unterschiedlichen Dienste deutlich.



Die Zusammenarbeit zwischen AHPD und PH wird als ein wichtiges Thema wahrgenommen. Die Blitzumfrage kann keine belastbare Zahl von PH liefern, mit denen die AHPD zusammen arbeiten. Neben dem NPG gibt es weitere, z.Bsp. trägerinterne gut funktionierende Netzwerke, in denen gut kooperiert wird.



In der Zusammenarbeit der Hospizdienste mit Pflegewohnheim ergeben sich zwei grundsätzliche Fragen:

- Wie kommt es zu einem ersten Kontakt?
- Wie kann der Kontakt gepflegt werden?

Wie kann Zusammenarbeit gelingen – Erfolgsfaktoren aus der Praxis?



Kontaktaufnahme und –pflege mit einer engagierten, kommunikationsfreudigen Leitung, die gern in Beziehung zum AHPD geht und diese an die Mitarbeitenden vermittelt
Leitung kann heißen: PDL 8, Hausleitung 7, Wohnbereichs- bzw. Stationsleitung 7, Sozialarbeit 4, Pflegende direkt 4, Seelsorgerin 2, Qualitätsbeauftragte 2, Teambesprechung 2)

(Zahlen entsprechen den von den AHPD vergebenen Punkten)



- Fortbildungen für Pflegende und Servicepersonal allgemein oder Basis-Palliative –Care durch AHPD (19)



Regelmäßiger Gesprächsaustausch

- Auswertung von Begleitungen (10)
- Ethische Fallbesprechungen (9)
- Auswertungen in Jahresgesprächen (4)



Verankerung von Ehrenamtlichen im PH

- Kommunikationswunder: Ehrenamtliche mit Präsenzdienst/ Sprechstunde (9)
- Praktika der Ehrenamtlichen im Pflegewohnheim (5)
- Infoabende für Ehrenamtliche (2)



- Niedrigschwellige Angebote des AHPD für BewohnerInnen/ Angehörige... über die Begleitungen hinaus
- Kooperation mit anderen Hospizdiensten (6)
- Kooperation im Sozialraum (Arztpraxen, Kirchengemeinden...) (6)
- Angehörigenabende (6)
- Feste/ Gedenkfeiern (5)
- Trauercafé (3)

Schlüssel, die immer passen:

- Ansprechpartner für Ehrenamtliche benennen
- Formularhilfen zur Kontaktaufnahme
- Bereitschaftspläne für die Ehrenamtlichen
- Genaue Klärung von Erwartungen und Absprachen
- Interdisziplinäres Arbeiten
- Erwartungshaltungen von AHPD und PH sollten im Vorfeld möglichst genau abgeklärt werden.



Hindernisse in der Zusammenarbeit:

- kein(e) feste(r) AnsprechpartnerIn im PH (8)
- mangelhafte Qualifizierung der MitarbeiterInnen (5)
- Mangel an partnerschaftlichem Umgang (5)
- Mangel an wertschätzendem Umgang mit den Ehrenamtlichen (4)
- Missverständnis der AHPD als Lückenbüßer (3)
- mangelhafte Information und Kommunikation im PH (3)
- unzureichende Unterscheidung von Besuchsdienst und Begleitung (3)
- wechselnden Leitung/ Träger (3)
- Kontakt nur pro forma, ohne eigenes Engagement (2)
- Ehrenamtliche tragen „Vorurteil Pflegewohnheim“ mit sich herum (2)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und die
offenen und vertrauensvollen Gespräche!

Pfr.in Cornelia Reuter, Praktikantin beim
Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst für die
Vorbereitungsgruppe des Thema 3
3. Berliner Hospizforum 2015

Mitglieder der Vorbereitungsgruppe:
Stefan Schütz, Roger Lindner, Kerstin Kurzke in Zusammenarbeit mit Dirk Müller

Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops

Die Berliner Hospize arbeiten inzwischen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau. In Berlin gibt es ein vergleichsweise gutes Angebot an Hospizplätzen, auch wenn immer noch viele Sterbende trotz bestehender Indikation nicht aufgenommen werden können. Darum wollen die Hospize auch bei Ihrer Kernaufgabe, nämlich Patienten in den letzten Tagen, Wochen und wenigen Monaten zu betreuen, bleiben und fordern, für die Langzeitpflege intensiv pflegebedürftiger Menschen, qualifizierte Versorgungsstrukturen mit adäquater Finanzierung zu schaffen. Die Hospize sehen sich in der Mehrheit in einer Konsolidierungsphase. Es gilt, das erreichte Qualitätsniveau zu sichern und zu stabilisieren. Bestrebungen, neue Konzepte, Spezialisierungen, Variationen oder Erweiterungen des Angebots zu entwickeln, gibt es offenbar nicht. Um die ambulanten Hospizdienste und die SAPV Pflegedienste bei der Zielsetzung, die Patienten möglichst lange im eigenen Wohnumfeld versorgen zu können, plant das Ricam Hospiz ein Tages- bzw. Nachthospiz, das die häusliche Situation und das familiäre Umfeld entlasten soll.

Für die Hospizbewegung und die Gesellschaft bleibt es eine wichtige und schwierige Herausforderung, das nach wie vor unzureichende Angebot in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Den stationären Hospizen ist bewusst, dass der Focus hier nicht auf die eigenen Einrichtungen gelegt werden kann. Insbesondere in der stationären Langzeitpflege, in den Krankenhäusern, den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und nicht zuletzt im ambulanten Bereich bedarf es großer Anstrengungen. Hospize können hier einen Beitrag leisten, indem sie ihre Erfahrungen und ihre Fachlichkeit zur Verfügung stellen, z.B. als Praktikums- oder Ausbildungsort. Hospize wurden schon immer als „Labore des guten Sterbens“ gesehen, die ihre Erfahrungen an die Gesellschaft weitergeben und somit prägen. Wegen den relativ guten Bedingungen können Erfahrungen gesammelt werden, die dann in Aspekten auch in anderen Einrichtungen mit weniger Ressourcen übernommen werden können. Hier wollen sich die Hospize gerne am Erfahrungsaustausch beteiligen. Zum Beispiel arbeiten stationäre Hospize innerhalb des Netzwerkes der SAPV und unterstützen die Entwicklung einer flächendeckenden Palliativbetreuung durch gemeinsame Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit usw.

Aktuelle Herausforderungen in den Einrichtungen bestehen vor allem Zusammenhang mit besonderen Krankheitsbildern. Patienten mit ALS haben in der Regel einen besonders hohen Betreuungs- und Pflegebedarf. Unter Umständen ist eine 1:1-Betreuung erforderlich, was von den in der Regel kleinen Pflegeteams kaum geleistet werden kann. Oft geht es nicht um die Sterbephase, sondern um ein Leben mit schwerer Erkrankung. Die Betreuungszeit ist oft nicht mehr vorhersagbar. Das gilt auch für Krankheiten wie COPD und andere. Selbstverständlich wollen Hospize diese Patienten in der letzten Lebensphase betreuen. Aber wenn es offen ist, ob es die „letzte“ Phase ist, muss man auch fragen, ob ein Patient es ertragen kann, wenn er viele Sterbende in den Nachbarzimmern erlebt. Wie oben schon gesagt, sollte es hier mehr Einrichtungen geben, deren Angebote auf Dauer ausgerichtet sind, aber finanziell ähnlich wie Hospize ausgestattet sind. Es wäre auch gut, wenn sich die Finanzierung nicht nach der Einrichtungsform richtet, sondern nach dem Bedarf des Patienten. Das würde bedeuten, dass selbst im Hospiz und erst recht im Pflegeheim ein ALS Erkrankter mit schwerem Verlauf eine zusätzliche 1:1 Betreuung bekommen könnte. Hier wären Einzelfallregelungen nötig.

Der demografische Wandel und der damit verbundene Fachkräftemangel sind auch in den Hospizen spürbar. Frei werdende Stellen sind schwieriger zu besetzen und die Fehlzeiten steigen. Eine bessere Wertung und Bezahlung der Pflege kann allgemein gewünscht werden.

Aus dem Workshop ergibt sich die schon bestehende und angegangene Aufgaben der Hospize: vernetzt zu arbeiten, die erreichten Standards für viele zu ermöglichen und die Entwicklung der Gesellschaft auch in der Hospizarbeit zu berücksichtigen.

Versorgungsprobleme nicht-onkologischer Palliativpatienten in Berlin

Workshop (??) beschäftigte sich mit der ambulanten Versorgung nicht-onkologischer Patienten in Berlin. Nach den vorausgegangenen Fachvorträgen durch M.Nehls vom Berliner Aktionsbündnis ambulante Palliativpflege und Dr.Schindler von Homecare Berlin e.V., wurden im Workshop zwei Fallbeispiele aus der Praxis des ambulanten Hospizdienstes der Volkssolidarität Berlin besprochen. Ein Fall handelt von der ambulanten Versorgung eines hochaltrigen Ehepaars mit diversen Alterserkrankungen, der zweite Fall ist der eines Wachkomapatienten in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung. In den betrachteten Fallbeispielen sollten die Probleme aufgeschlüsselt werden um über diese Lösungsansätze zu entwickeln und im Nachgang zu überlegen, was davon im HPG umgesetzt wird.

In beiden Fällen wurden bei der Versorgung dieser nicht-onkologischen Palliativpatienten Versorgungslücken aufgedeckt. Die Berliner Versorgungslandschaft entpuppt sich als Koordinationsdschungel. Zuständigkeiten werden nach Angaben vieler Beteiligter weitergereicht. Hausärzte und Pflegepersonal fühlen sich oft nicht qualifiziert genug und verweisen an spezialisierte Partner, welche häufig keine Kapazitäten haben und nicht-onkologische Patienten hinten anstellen. Die eher schlechte palliative Qualifikation des Fachpersonals kann durchaus zu Abgrenzungsproblemen führen und auch ökonomische Belange spielen wie in allen Bereichen der Pflege oft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Aufklärungs- und Beratungsarbeit, sowie politische Willensbildung wird als Schlüssel der ambulanten Palliativversorgung gesehen, dies betrifft allerdings nicht nur die nicht-onkologischen Patienten. Wer Aufklärungsarbeit und Koordination übernehmen muss ist fraglich, vorhandene Berliner Strukturen könnten hierfür genutzt und ausgebaut werden. Die Aufgaben könnten beispielsweise durch ambulante Hospizdienste erbracht werden. Die Thematik der hospizlichen und palliativen Versorgungsmöglichkeiten muss mehr in das Blickfeld der ambulanten Versorgung rücken. Hierfür müssen Schnittstellen zwischen AAPV und SAPV stärker ausgebaut werden und Akteure aus dem Bereich der AAPV stärker in bestehende Netzwerkstrukturen eingebunden werden. Die gleiche Bedeutung hat nach Meinung aller Beteiligten die Vorausplanung im Krankheitsverlauf, die nicht erst beim Einsetzen einer palliativen Situation greifen darf. Alle Eventualitäten sollten spätestens bei Diagnosestellung durchdacht und mit dem Patienten besprochen werden. Neben der Weiterqualifizierung von vorhandenem ärztlichen und pflegerischen Personal ist auch eine Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich unabdingbar, um dem Fachkraftmangel entgegenzuwirken.

Lösungsansätze tauchen durchaus im neuen Hospiz- und Palliativgesetz auf. Vor allem die verpflichtende Mitarbeit von Pflegeeinrichtungen in vorhandenen Netzwerken dürfte sich als sinnvoll erweisen. Auch der monetäre Anreiz für Ärzte, sich palliativ weiterzubilden, kann eine Grundlage sein. Wie genau die Weiterbildung aussieht, ist noch fraglich. Zu kurz kommt im HPG definitiv die Förderung der Pflege.

Fazit des Workshops ist, das die ambulante palliative Versorgungslandschaft in Berlin viele Lücken aufweist. Nach wie vor gibt es Koordinations- und Versorgungsengpässe, nicht nur im Bereich der SAPV, auch im Bereich der AAPV.

Problem

- Versorgungslücken werden ausgehalten
- Keine Zuständigkeiten
- Abgrenzungsprobleme
- Ängste, Überlastung, Unsicherheiten bei allen Beteiligten
- Ökonomische Hintergründe
- Selbstverständnis SAPV
- Koordinationsdschungel

Lösungen

- Ausbildung, Qualifikation und Motivation der Pflege
- Kommunikation auf Augenhöhe auf allen Ebenen
- Politische Willensbildung
- Schnittstellen SAPV AAPV nutzen
- Gespräch und Vorausplanung
- Versorgungskoordination und –organisation (zentrales Beratungstelefon?)
- Mehr Aufklärung und Beratung z.B. Pat.Verf. und VorsorgeVollm. (durch wen?)
- Beratung und Vorausplanung Aufgabe für AHD?

HPG-Ansätze

- Umsetzung durch Hausärzte und deren stärkere Beteiligung (fehlende Verpflichtung?)
- Qualifikation der Hausärzte... wie?
- Verpflichtende Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit bestehenden Netzwerken (Vermeidung von Doppelungen und stärkere Verzahnung in vorhandenen Strukturen)

Arbeitsergebnisse Workshop 3

► Erfolgsfaktoren

1. Voraussetzung:
 - a) Grundhaltung „Heim ist ein Ort zum Sterben“
 - b) Zusammenarbeit ist von beiden (vor allem auch von der Leitung) gewollt
 - c) Gegenseitige Klärung/ Abfrage: „Was wollen beide Seiten?“
2. stabile strukturelle Verhältnisse (vor allem auf Leistungsebene auf beiden Seiten!)
3. Feste Ansprechpartner auf beiden Seiten (Erfahrung der Häuser/ AHPB: engagierte Personen Vorort sind die Schlüssel!):
 - a) feste Ansprechpartnerin vom Hospizdienst aus/ feste Termine (evtl. auch regelmäßig mit anwesend in Besprechungen von Pflege? / „Blitz“)
 - b) feste Ansprechpartnerin im Pflegeheim (sortiert z.B. Anfragen im Pflegeheim, ist bei Fragen der Ehrenamtlichen die Anlaufstelle)a)+b) telefonieren regelmäßig / Kontakt halten, gegenseitige Besuche! Kontinuität
4. Verlässliche Absprachen / Regelungen
„Wann ruft wer bei wem an?“ / „Was macht der/die Ehrenamtliche?“
5. Vorbereitung beider Seiten:
 - a) Bildung/Sensibilisierung der Mitarbeiter im Pflegeheim zum Thema psychosoziale Begleitung (Leitung muss wollen, aber das reicht nicht! – Pflege muss auch wollen)
 - b) Klärung bei Ehrenamtlichen: welche Motivation?
„nicht alle Ehrenamtliche passen ins Heim!
Die „passenden“ Ehrenamtliche, diese müssen herauskristallisiert werden...-> dann EA-Schulung speziell für Demenzkranke/Hochbetagte
6. Zusammenarbeit auf der Ebene „Pflege – Ehrenamt“ fördern, gemeinsame Kommunikationsfähigkeit/ Wertschätzung/ Teambuilding stärken:
 - a) Sich gemeinsam verantwortlich fühlen für die Sterbebegleitung (auch Pflege will begleiten)
 - b) Gemeinsame Bildung/Schulung aller Mitarbeitende im Pflegeheim in Palliative Geriatrie
 - c) Ehrenamtliche in Fallbesprechung / Austausch mit Bezugspflege
 - d) Feste Ehrenamtlichengruppe für ein Heim, vertraut sein, ein Team bilden wie „Hospizdienst im Haus
7. Hilfreich für den Anfang einer Zusammenarbeit, wenn es noch keine positiven Erfahrungen miteinander gibt:
 - a) Wenn zusätzliche Kompetenz neben der psychosozialen Begleitung des Hospizdienstes gesehen werden wie z.B. Fachwissen zu besonderen Krankheitsbildern wie HIV, Begleitungen in andere Sprachen/ Dolmetschern, Patientenverfügung-Beratung)
Home Care Arzt vermittelt Hospizdienst
 - b) Mund-zu-Mund Propaganda
8. Verbandliche „Klammer“ – Wir gehören zusammen

► Risikofaktoren

1. „Hauptamt im Pflegeheim“ und „Ehrenamt im Hospizdienst“ - hier gibt es sehr viele Unterschiede bzgl. Arbeitsweise, Haltung, Anforderungen, Voraussetzungen etc. Es ist als würde man in zwei Sprachen sprechen! Es braucht eine Übersetzung, eine Offenheit - wenn es keine Übersetzung gibt, ist es sehr schwer!
2. Gegenseitige Vorurteile
 - a) Gegenüber Hospizdienst: was machen die denn da eigentlich? ... macht mehr Arbeit, als das es hilft... Angst vor „Kontrolle / weiter Tratschen“, „schlecht reden“
 - b) gegenüber Heime: „schlechte Versorgung“, Pflegenotstand

➔ Gefahr: Schuldzuweisungen bei Missverständnissen
3. Pflegeheim-Standards, die Pflegekräften helfen würden, passen nicht immer zu der Art und Weise wie Ehrenamtliche arbeiten: deren Arbeit und der Umgang mit ihnen ist schwer zu definieren und somit auch die Abläufe, die einen Umgang mit ihnen regeln könnten
4. viele beteiligte Mitarbeiter: es ist ein große Herausforderung alle sensibilisiert, informiert zu halten!
5. Wenn die Ausgangssituation nicht passt, z.B.
 - a. unterschiedliche Bilder /Vorstellungen von einer Zusammenarbeit
 - b. Ehrenamtliche falsche Vorstellungen von den Bedarfen hochbetagter Menschen im heim haben (eigentlich lieber onkologische jüngere Menschen zu Hause begleiten möchten!), sie passen dann nicht immer zu dementen/multimorbiden BewohnerInnen
 - c. Im Heim nicht „über Sterben & Tod“ gesprochen wird
 - d. „Sterbebegleitung“ alleine als Aufgabe der Ehrenamtlichen gesehen wird, also an Hospizdienst delegiert werden soll
6. Zeitpunkt schwer zu finden: ab wann eine Begleitung einsetzt?

3. Berliner Hospizforum am 20.11.2015 - Feedbacktafeln

Hat mir gefallen 😊	Nächstes Mal besser 😐😞
<ul style="list-style-type: none">• Kompetenz + Engagement der Akteure (alle)• Praxisnahe Vielfalt• Gute Stimmung• Vernetzungsmöglichkeit durch TN aus verschiedenen Einrichtungen (PH, AHD)	<ul style="list-style-type: none">• Noch mehr Externe einbeziehen• Öffnen für mehr als 1 mal pro Dienst!• Mögliche Themenwünsche: <i>„Grenzen stat. Versorgung bei Demenz“</i>