5. Gesamttreffen
aller relevanten Berliner Strukturen,
die zur Versorgung am Lebensende beraten

Termin: 29. August 2022 von 9:30 bis max. 15:00 Uhr

Ort: Lazarus-Kirchsaal und Nebengelass
der Ev. Kirchengemeinde St. Markus Friedrichshain,
Marchlewskistr. 40, 10245 Berlin

Moderation: *Dr. Christina Fuhrmann (SenWGPG)*

Tagesordnung

ab 9:00	**Einlass, Registrierung, Ankommen**
9:30	**Begrüßung und Einleitung**
9:40	**Praktische Ansätze aus der VALIDATION** *Daniela Heemeier (Autorisierte Validationsorganisation KPG Berlin)*
9:50	**Impulse für die Diskussion** **1. „Sterben in Not“: Welche Konsequenzen hat die sich verschärfende Versorgungskrise für die Beratungsarbeit?** *Daniela Heemeier (Zentrale Anlaufstelle Hospiz - ZAH)* *Thomas Palavinskas (ZAH, Palliativgeriatrischer Konsiliardienst - PGKD)* **2. Das geplante „Vorsorgenetzwerk Berlin“: Was wird gebraucht? Wie können wir das erreichen?** *Dirk Müller (Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG)* *Dr. Christina Fuhrmann (SenWGPG)* **3. Engpässe in der ambulanten Palliativversorgung: Auswirkungen auf die Beratungsarbeit? Handlungsbedarfe?** *Dr. Christina Fuhrmann (SenWGPG)*
10:40	**Diskussionen in Kleingruppen zu den Themenkreisen 1 bis 3**
11:45	**Präsentation der Ergebnisse im Plenum**
12:30	**Pause / Mittagsimbiss** *(belegte Brote, Obst)*
13:00	**Praktische Ansätze aus der VALIDATION** *Daniela Heemeier (Autorisierte Validationsorganisation KPG Berlin)*
13:10	**Letzte-Hilfe-in-Berlin-Kurs: Praxistipps zur Linderung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Nöte in Kleingruppen** *Daniela Heemeier (ZAH)* *Thomas Palavinskas (ZAH, Palliativgeriatrischer Konsiliardienst)Christian Seidel (PGKD)*
14:10	**Informationen der Senatsverwaltung, Schlussworte im Plenum** *Dr. Christina Fuhrmann (SenWGPG)*

5. Gesamttreffen aller relevanten Berliner Strukturen, die zur Versorgung am Lebensende beraten

Informationen der Senatsverwaltung

Nutzung „Emblem Sorgekultur in Berlin“ und Charta-Umsetzung durch Beratungsstellen
Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin forderte bereits in 2021 eine Sorgekultur für ein gutes Leben bis zuletzt. Und empfahl die Nutzung des Emblems „Sorgekultur in Berlin“. Bislang kamen hier aber keine Hinweise an, dass mit Ausnahme der ZAH und Home Care Berlin die Beratungsstellen das Emblem oder Maßnahmen zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Berlin durchgeführt haben. Es wird erneut darum gebeten, sich damit auseinanderzusetzen und bei der Planung von entsprechend ausgerichteten Aktionen und Öffentlichkeitsarbeit das Emblem zu nutzen und das Berliner Charta-Branding in Abstimmung mit der ZAH zu nutzen. Näheres zu letzterem Verfahren ist zu finden unter: *https://hospiz-aktuell.de/charta/branding*
Auch wenn aktuell mehr als ein Drittel (41 von 113) der auf Bundesebene dokumentierten Initiativen *(https://www.koordinierung-hospiz-palliativ.de/umsetzung_initiativen_liste.html)* zur Umsetzung der Charta von in Berlin ansässigen Organisationen (darunter aber auch Bundesorganisationen) ausgehen, sind Initiativen der Beratungsstellen gewünscht.

Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin
Der Runde Tisch tagte erstmals in dieser Legislaturperiode am 15.06.2022. Ausgewähltes:

➔ Bestandteil des Hochschulvertrages 2018-2022 mit der Charité ist eine auf fünf Jahre befristete W2-Professur auf Zeit für Onkologische Palliativmedizin. Frau Prof. Dr. Eva Schildmann hat die Professur seit 15.03.2022 inne und steht als Fachpartnerin zur Verfügung.

➔ Zu Kenntnis genommen wurde das Positionspapier „Handlungsbedarfe und Maßnahmenempfehlungen für die Weiterentwicklung der Berliner Kinder- und Jugendhospizarbeit“ und die tangierten Akteure um Prüfung der vorgeschlagenen Maßnahmen sowie gegebenenfalls um Einleitung von Umsetzungsprozessen gebeten. Seit 01.08. koordiniert eine neue Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und junge Menschen die Umsetzung.

➔ Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin empfiehlt allen Berliner Akteurinnen und Akteuren, die schwerstkranke und sterbende Menschen beraten und versorgen,
- die Ausprägung von Diversity-Kompetenz innerhalb und außerhalb der Organisation, z.B. durch das Angebot übergreifender Diversitätstrainings, zu unterstützen,
- ein Diversitätsklima und Vielfalt innerhalb der Organisation zu fördern, die Einführung eines nachhaltigen Diversitätsmanagements zu prüfen und sich mit der Charta der Vielfalt auseinanderzusetzen. Vorlage mit Beschluss wird bei der Doku mit eingestellt.

➔ Im Vorfeld haben sich die Arbeitsgruppen an die fachpolitischen Sprecher*innen der im Abgeordnetenhaus von Berlin vertretenen Parteien gewandt mit
- einem kurzen Sachstandsabriss zur Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin,
- dem Angebot Einblick zu geben in die Arbeit und einer Blitzabfrage dazu.

Parteiübergreifend wird die Arbeit der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung gewürdigt und Interesse am Angebot von Vor-Ort-Terminen bei Akteuren bzw. Einrichtungen signalisiert. Dies gilt auch für Beratungsstellen. Wer Interesse hat, melde sich bitte bei der Geschäftsstelle des Runden Tisches (Frau Dr. Fuhrmann).

Aktuelles aus dem Abgeordnetenhaus Berlin
Die Sommerpause des Parlaments ist beendet. Aktuell werden wieder verstärkt Schriftliche Anfragen gestellt – auch zum Themenfeld Beratung:
S 19/12931 Soziale Beratung gegen Altersarmut für Senior*innen
S 19/12989 Ethikberatung in der Altenpflege und in der Betreuung von Menschen mit Behinderung (Eingliederung)
Alle Vorgänge sind zu finden in der Parlamentsdokumentation (PARDOK): *https://pardok.parlament-berlin.de/portala/start.tt.html*

➔ Thema Ethikberatung beim nächsten Treffen?

Hospiz- und Palliativnetzwerke in Berlin
Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern die Koordination in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Die Förderung soll zu einer besseren Abstimmung bzw. Koordination der Aktivitäten regionalen Akteur*innen, wie Pflegedienste und -heime, Krankenhäuser, Ärzte, Hospiz- und SAPV-Strukturen aber auch allgemeine kommunale oder kirchliche Angebote, z. B. der Seelsorge oder Trauerberatung, sowie ambulante Krebsberatungsstellen nach § 65e Sozialgesetzbuch V, für eine gute Begleitung und Versorgung am Lebensende führen. Auch die Kooperationen mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen sollen unterstützt werden.
Pro kreisfreier Stadt oder Landkreis kann ein Netzwerk mit bis zu 15.000 EUR gefördert werden kann. Die Förderung setzt voraus, dass die kreisfreie Stadt oder der Landkreis einen Förderbeitrag in gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen leistet.
Siehe *https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/netzwerkkoordination/foerderung_der_netzwerkkoordination.jsp*

Aktuell laufen vorbereitende Abstimmungen mit den maßgeblichen Akteur*innen, die für die Vernetzung der Hospiz- und SAPV-Strukturen in Berlin zuständig sind, und den Krankenkassen. Das Kinderpalliativnetzwerk, dass bereits jetzt zahlreiche an Versorgung und Beratung lebensbedrohlich erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener zuständig ist, wird fortgeführt mit Landes- und ohne Kassenförderung, da die GKF-Förderrichtlinie spezielle Netzwerke ausschließt.

Werkstattgespräche
Am 30.09.2022, von 10:00 bis 17:00 Uhr, finden unter der Regie des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin vier Werkstattgespräche zur Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin im Haus der Demokratie statt. Die Themen der einzelnen Gespräche sind:
a) Hospiz- und Palliativarbeit mit Menschen mit ALS,
b) Hospiz- und Palliativarbeit mit wohnungslosen Menschen,
c) Hospiz- und Palliativarbeit mit Geflüchteten und Hospiz- und
d) Palliativarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die erwachsen werden (Transition)
Link zur Veranstaltung: *https://www.hausderdemokratie.de/Veranstaltung?event_id=409&event_link=Veranstaltungen&show_event=*

Ausleihbar
- Letzte Wünsche Wand – Ansprechpartner (AP): Hospiz- und Palliativverband Berlin, Anfrage an E-Mail an: *hpv@hospiz-berlin.de*
- Wanderausstellung „Anders als gedacht“ – AP Fachstelle MenschenKind, Link: *https://humanistisch.de/x/menschenkind/inhalte/wanderausstellung-anders-als-gedacht-leben-mit-pflegebeduerftigen-kindern*
- Wanderausstellung Palliative Geriatrie – AP: Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Link: *https://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Sonstige_pdfs/20210805_Infoblatt_zur_KPG-_Wanderausstellung_Palliative_Geriatrie.pdf*

Neuauflage Broschüren
Voraussichtlich erfolgt noch in diesem Jahr die Neuauflage der Broschüre „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann ...“. Geplant ist auch erstmals eine Übersetzung ins Persische.
Ob die Broschüre „Wenn das Leben endet...“ auch neu aufgelegt werden kann, wird aktuell noch geklärt.
Das Erscheinen der bereist beim letzten Treffen angekündigten neue Broschüre „Begleitung am Lebensende. Ratgeber für pflegende Angehörige“, mit vielen praktischen Informationen, Tipps und Hinweisen, hat sich leider verzögert.
Es ist daran gedacht, dass die Beratungsstellen Kontingente zur Verfügung erhalten und die Broschüren bei ihrer Beratungstätigkeit einsetzen.

Schulungen
Bereits beim Save the Date des Gesamttreffens wurden Termine bekanntgegeben. Folgende Schulungen sind noch in 2022 geplant:

- Fortbildung „Hospiz und Palliativberatung für Sozial- und Pflegeberaterinnen und –berater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte“ der AOK Pflege Akademie (*https://pflegeakademie.aok.de/qualifizierung)*: 05.12.2022.- 07.12.2022 (05.+06.12.22 Theorie, 07.12.22 Hospitation) – wenige Plätze für „Externe“, Anmeldung an: *pflegeakademie@nordost.aok.de;*
- Fortbildung „Hospiz- und Palliativberatung für bezirkliche Sozial- und Gesundheitsberater*innen“ der Verwaltungsakademie Berlin (*https://www.berlin.de/vak/evak/ (Stichwort: Hospiz* oder Kursnummer VAk-22-D-2061: 28.11.2022 bis 01.12.12.2022 (28.+29.12. Theorie, 1.12.22 halbtägige Hospitation), Anmeldeschluss: 24.10.2022

Die Fachstelle für pflegende Angehörige hat wir in Kooperation mit der Fachstelle LSBTI*, Alter und Pflege Basisschulungen mit Erfahrungsaustausch zum Themenfeld Erfahrungen und Bedürfnisse von LSBTI* in der (Pflege-) Beratung organisiert. Termine:

- 30.8.2022, 10-14 Uhr, Ort: Schwulenberatung Berlin, Niebuhrstraße 59-60, 10629 Berlin, Anmeldung: *https://fachstelle-fuer-pflegende-angehorige.idloom.events/lsbti-schulung-30-08-2022*
- 13.9.2022, 10-14 Uhr, Ort: Schwulenberatung Berlin, Niebuhrstraße 59-60, 10629 Berlin, Anmeldung: *https://fachstelle-fuer-pflegende-angehorige.idloom.events/lsbti-schulung-13-09-2022*

25 Jahre Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)
Mit einem Vierteljahrhundert ist die ZAH eine feste Größe in der Berliner Beratungslandschaft für alle, die sich zu den Themen Sterben, Tod und Trauer informieren wollen, diesbezüglich Rat und Hilfe suchen oder sich für Vorsorge das Lebensende betreffend interessieren. Die Fach- und Spezialberatungsstelle wurde 1997 als Bundemodellprojekt ins Leben gerufen, ist in Trägerschaft des Unionhilfswerks und wird vom Land Berlin gefördert. Das 25. Jubiläum soll am 11.09.2022 mit einem Hoffest am ZAH-Standort Richard-Sorge-Straße in Friedrichshain gefeiert werden. Ab 14 Uhr erwartet die Gäste ein Bühnenprogramm mit Musik, Tanz, Angeboten für Kinder und Einblicken in die Arbeit der ZAH. Zum Abschluss des Tages soll der Berlinale-Beitrag „Zum Tod meiner Mutter“ gezeigt werden. In dem von der Kritik hoch gelobten Spielfilm erzählt Regisseurin Jessica Krummacher vom Loslassen eines geliebten Menschen, vom Herbeisehnen des Lebensendes, von der Akzeptanz des Todes und der Aussöhnung mit dem Unabänderlichen – Themen, wie sie für die ZAH auf der Tagesordnung stehen.

Dokumentation der Gesamttreffen
Ende Dezember 2021 konnte die neue Website der ZAH Hospiz ans Netz gehen. Es lohnt sich, die Seiten anzusehen. Hinweise sind gerne willkommen und direkt an die ZAH an die Mail-Adresse *post@hospiz-aktuell.de* zu leiten.
Dort sind die Dokumentationen der Gesamttreffen nach wie vor eingestellt. Neuer Link:
https://hospiz-aktuell.de/netzwerke/gesamttreffen-beratungsstrukturen-zum-lebensende-in-berlin

Kurzbericht der
AG Umsetzung Charta
an den **Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung**
und
Beschlussvorlage
zu Diversität in der Hospiz- und Palliativversorgung
Stand: 220517

► Initiative/Grundlage

Als Reaktion auf die Veröffentlichung der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (Charta) hat der 6. Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin die Unterstützung der Umsetzung in Berlin beschlossen und den Anstoß für die AG Umsetzung Charta gegeben. Seit Ende 2017 arbeitet die AG, wobei seit Ende 2018 jeweils auf besondere Personengruppen bezogene Handlungsfelder den Arbeitsschwerpunkt bilden. Bislang stand bzw. steht im Focus:

die Hospiz- und Palliativversorgung

- für von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen (seit Ende 2018),
- von Menschen mit geistiger Behinderung (seit Ende 2019),
- für Menschen mit Migrationshintergrund und aus anderen Kulturkreisen (seit 2021).

Der letzte Runde Tisch hatte sich mit der „Vielfalt in der Pflege im Kontext LSBTI“ auf Initiative der AG Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen beschäftigt und einen Beschluss zur Akzeptanzförderung getroffen. In dieser AG waren beispielsweise Forschungsergebnisse vorgestellt worden, die u.a. Empfehlung der Intensivierung biographischer Arbeit im Kontext geriatrischer Versorgung in Verbindung mit Entwicklung und Umsetzung von Diversity-Konzepten enthielten.

Auf Initiative des Abgeordnetenhauses von Berlin wurde in 2021 die interkulturelle Öffnung in den Bereichen Demenz und Hospiz strukturell gestärkt. Im Dezember 2021 fand in Kooperation der Fachstelle für pflegende Angehörige, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz und des Kompetenzzentrums Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe ein berlinweiter Fachtag zur kultursensiblen Demenz- und Palliative Care - Schulungen in Berlin. Hier wurde in verschiedenen Beiträgen der Diversitätsgedanke hervorgehoben. Es geht um Implementierung einer offenen, auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichteten Sorgearbeit. Auch bei Menschen, die zu einer Gruppe mit einem bestimmten Merkmal, z.B. Migrant*innen aus dem arabischen Kulturkreis, gehören, divergieren Bedürfnisse, Einstellungen, Werte, Tabus etc.
Jeder Mensch sollte in seiner Einzigartigkeit wahr- und ernstgenommen werden und von seinem Umfeld, Begleiter*innen und an der Versorgung Beteiligten im Sinne des Erhalts von individueller Lebensqualität bis ans Lebensende betreut werden. Dies ist ganz im Sinne der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, wo es gleich im ersten Leitsatz heißt:
„*Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Familiäre und professionelle Hilfe sowie die ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen dieses Anliegen.“*

Die AG Umsetzung Charta fühlt sich in Ihrer Arbeit dem verpflichtet. Gerade zu Beginn des Diskurses zum Schwerpunkt „Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund und aus anderen Kulturkreisen“ ging es um Vermeidung jeglicher Stigmatisierung beginnend bei den verwendeten Begrifflichkeiten bis hin zu Empfehlungen und Maßnahmen im Zuge von Sensibilisierung sowie Wissensaufbereitung und -vermittlung zu betreuungsrelevanten Besonderheiten. Im letzterem Kontext ist beispielsweise die Fachtagung „Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen und Religionen“ am 23.08.2022 in Federführung der Zentralen Anlaufstelle Hospiz zu sehen.

Bereits in der zentralen Landesbroschüre zu den Themenbereiche Sterben, Tod und Trauer ist der übergreifende Ansatz verankert: „Grundbedürfnisse, wie der Wunsch nach Wertschätzung und Zuwendung ohne zeitlichen Druck sowie nach Sicherheit und damit auch Kompetenz bei den Helfenden, sind bei schwerstkranken, sterbenden Menschen weitgehend gleich. Menschen in der letzten Lebensphase und in ihrer ganzen Einmaligkeit und Einzigartigkeit zu begleiten, ist ein Grundsatz der Hospizbewegung und der Palliativmedizin. Das ist umso wichtiger, wenn es um Menschen

geht, die aufgrund ihrer Biografie oder Identität in Lebenssituationen leben, die sich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden, und die gerade deswegen Erfahrungen mit Ablehnung und Diskriminierung gemacht haben. Benachteiligungen können sich beispielsweise aufgrund des Vermögens und der sozialen Herkunft ergeben. Einen unterstützenden rechtlichen Schutzrahmen setzt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, das sich gegen Benachteiligungen wendet, die an rassistische Zuschreibungen oder an ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion und Weltanschauung, Behinderung, Alter (jedes Lebensalter) und sexuelle Identität anknüpfen." (Vgl. „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann..." Berlin, SenGPG, 2018, u.a. *https://www.berlin.de/sen/pflege/pflege-und-rehabilitation/besondere-personengruppen/schwerstkranke-und-sterbende/*)

Im Wissen um die Notwendigkeit aber auch Herausforderung von diversitätsgerechter Hospiz- und Palliativversorgung erfolgte eine vertiefte Beschäftigung.

► Themenschwerpunkt „Diversität in der Hospiz- und Palliativversorgung" in der Sitzung am 17.05.2022

Am 31.05.2022 wird der 10. Deutsche Diversity-Tag begangen. Der Aktionstag trägt den Vielfaltsgedanken in die Arbeitswelt und findet auf Initiative der Charta der Vielfalt e. V. statt (s. *www.charta-der-vielfalt.de)*. Die Unterzeichnung dieser Charta steht selbstverständlich auch Organisationen der Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung frei. Das Berliner Bündnis für die Pflege hatte bereits am 04.05.2021 zur Netzwerkveranstaltung „Vielfalt in der Pflege" eingeladen (siehe *https://www.berlin.de/sen/pflege/buendnis-fuer-pflege/vielfalt-in-der-pflege/dokumentation-netzwerkveranstaltung-vielfalt-2021-1096919.php).*

Diversität ist untrennbar mit Berlin verbunden. Die Vielfalt der Menschen macht unsere Stadt aus. So heißt es im Film „Was ist Diversität?" (unter *https://www.berlin.de/sen/lads/schwerpunkte/diversity/begriffe-und-konzepte/)* Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung des Berliner Senats. - Vielfalt ist in den meisten Lebenswelten, wie Kindergarten, Schule, Arbeit der Normalfall. Auch im Sterben?
In der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta wurden für die Hospiz- und Palliativversorgung Handlungsbedarfe identifiziert und zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen gegeben. Übergreifende Aussagen zu Diversität finden sich nicht.

Wie auch im Bereich Pflege gibt es die meisten Ansätze im Bereich der inter- bzw. transkulturellen Vielfalt. Beispiele für Schulungsansätze sind hier die eLearning-Plattform "Vielfalt Pflegen"(s. *www.vielfalt-pflegen.info*) und die neue, sich in der Pilotierungsphase befindliche Schulung „Letzte Hilfe kultursensibel" sowie spezielle Unterstützungsstrukturen wie die „Brückenbauer*innen".

Die punktuelle Recherche nach Ansätzen zur Diversität in der Hospiz- und Palliativversorgung außerhalb Deutschlands führte vor allem zum Einsatz für inter- bzw. transkulturellen Vielfalt bzw. gegen rassische und ethnische Diskriminierung. Zwei Beispiele für einen erweiterten Blickwinkel:

1. EQUALITY AND INCLUSION PARTNERSHIP (EquIP, s.*https://www.equipequality.org.uk/*).) ist eine gemeinnützige Organisation, deren Vision eine Welt ist, in der jede/r Unterschiede und Diversität begrüßt, Chancen gewährleistet, Ungleichbehandlung abschafft und ein Miteinander für alle gestaltet. EquIP war Partner im von der EU geförderten Projekt Healthy Diversity, das darauf abzielte, „die Kapazitäten von Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen bezüglich der Bedürfnisse kulturell diverser Patientinnen- und Patientengruppen auszuweiten und gleichzeitig die Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen und Diskriminierung jeglicher Art im Gesundheitsbereich abzubauen." (vgl. *https://healthydiversity.eu/de/our-project/).* Es entstanden Training Tools und Materialen, darunter eine bemerkenswerte Aufarbeitung realer kritischer Ereignisse im Kontext Diversity mit einer Reihe von Beispielen aus der Hospiz- und Palliativversorgung (z.B. *https://healthydiversity.eu/de/the-turkish-terminal-patient/),* Bewertungsinstrumente, eine Sammlung guter Praxisansätze europaweit (mit den Berliner Beispielen Stadtteilmütter, Deta-med, Ipek Hospiz Mahlow), einem Diversitäts-Training (Schwerpunkt interkulturell) und einem online-Kurs. Siehe *https://healthydiversity.eu/de/resources/*.
2. Die „Amerikanische Akademie für Hospiz und Palliative Medizin" (American Academy of Hospice and Palliative Medicine – AAHPM) ist die seit 1988 bestehende Berufsorganisation der für auf Hospiz- und Palliativmedizin spezialisierten Ärzte, Pflegekräfte und anderer Gesundheitsdienstleister der USA mit Sitz in Chicago. Ihre Aktivitäten konzentrieren sich auf Aus- und Weiterbildung, Ressourcen, Networking und Interessenvertretung. Sie widmet sich der Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativmedizin sowie der Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Patienten und setzt dabei auf Respekt für personen- und familienzentrierte Pflege, Qualität, Vielfalt, Gerechtigkeit und Inklusion, Zusammenarbeit, Achtsamkeit, kreative und ethische Führung. Die AAHPM hat ein siebenseitiges

Leitpapier „Strategieplan für Vielfalt, Gerechtigkeit und Inklusion 2019–2022“ entwickelt. Siehe *http://aahpm.org/membership/diversity*. Der Plan konzentriert sich auf folgende Bereiche:

- Führung und Engagement: Schaffen von Gelegenheiten zur Ausweitung des Gesprächs über Vielfalt, Gleichberechtigung und Inklusion...
- Wissens- und Leistungsverbesserung: Hospiz- und Palliativpflegefachkräfte ausrüsten mit Kenntnissen und Fähigkeiten, umzunehmend qualitativ hochwertige und kulturell kompetente Pflege zu leisten unterschiedliche Patientenpopulationen.
- Personalstrategien: Belegschaft, die die unterschiedlichen Patient*innen widerspiegeln.
- Forschung: Unterstützung der Durchführung und Verbreitung von Forschung zur Verbesserung der Versorgung unterschiedlicher Patientenpopulationen.

In Rede steht die Einführung eines Diversitätsmanagements ausgehend von Gleichstellung bzw. der Schaffung von Bedingungen und die Erarbeitung von Haltungen, die niemanden ausschließen und die vielfältigen Lebensstile, Meinungen und Sichtweisen der schwerstkranken und sterbenden Menschen berücksichtigen. Ein kompetenter Umgang mit Vielfalt beginnt bei der Wahrnehmung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Menschen. Diversity-Kompetenz bedeutet, Menschen ungeachtet ihres Geschlechts, ihres Alters, einer Behinderung, ihrer Hautfarbe etc. mit einer offenen und wertschätzenden Haltung zu begegnen. Eine solche Haltung ist nicht immer selbstverständlich und setzt die Auseinandersetzung mit der eigenen Perspektive und den eigenen Vorannahmen und Vorurteilen voraus. Hierfür gibt es Trainings und Schulungen. In Diskussion steht ferner, ob es sinnvoll ist, für jede vulnerable Zielgruppe spezielle Fortbildungen zu etablieren oder stattdessen stärker auf Diversitäts-Trainings zu setzen.

Unter Kenntnisnahme vorliegender Ergebnisse geführter Diskurse, Empfehlungen, Instrumente sowie bisheriger Erfahrungen wurden in der AG Umsetzung Charta spezielle Empfehlungen zur Diversität in der Hospiz- und Palliativversorgung besprochen.

► **Beschluss des Runden Tisches** (gemäß Vorlage)

Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin nimmt den Kurzbericht der AG Umsetzung Charta am 15.06.2022 zur Kenntnis und fasst - in Anknüpfung an seinen Beschluss zur „Förderung der Akzeptanz sexueller Vielfalt bei der Versorgung am Lebensende“ vom 10.06.2021 - folgenden Beschluss zur übergreifenden Diversitätsförderung in der Hospiz- und Palliativversorgung:

Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin versteht Diversität als ein Prinzip des Lebens. Diversität erfordert die konstruktive Auseinandersetzung mit Gleichheit und Unterschiedlichkeit und die Festlegung von Regeln, die „Einheit in Vielfalt“ zur Sicherung von Lebensqualität bis zum Lebensende gewährleisten. Ein offener Umgang mit sich selbst und die Anerkennung der menschlichen Vielfalt ist ein unabdingbarer Teil einer hospizlichen Haltung, um alle Menschen in der palliativen Versorgung gleich gut zu behandeln und angemessen zu begleiten.

Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin empfiehlt allen Berliner Akteurinnen und Akteuren, die schwerstkranke und sterbende Menschen beraten und versorgen,

- die Ausprägung von Diversity-Kompetenz innerhalb und außerhalb der Organisation, z.B. durch das Angebot übergreifender Diversitätstrainings, zu unterstützen,
- ein Diversitätsklima und Vielfalt innerhalb der Organisation zu fördern, die Einführung eines nachhaltigen Diversitätsmanagements zu prüfen und sich mit der Charta der Vielfalt auseinanderzusetzen.

Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin empfiehlt allen Berliner Akteurinnen und Akteuren, die Bildungsangebote zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen offerieren,

- verstärkt übergreifende Angebote zur Herausbildung Diversitätskompetenz anzubieten,
- in bestehende, auf spezielle Zielgruppen ausgerichtete Angebote ein Modul zur übergreifenden Diversitätskompetenz zu integrieren,
- Diversität bei der Teilnehmerschaft anzustreben.

Die Mitglieder des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin unterstützen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die Umsetzung der Empfehlungen durch geeignete Aktivitäten.

Workshop 1
„Sterben in Not“
Welche Konsequenzen hat die sich verschärfende Versorgungskrise für die Beratungsarbeit?

Einführende: **Daniela Heemeier (**Zentrale Anlaufstelle Hospiz - ZAH)
Thomas Palavinskas (ZAH, Palliativgeriatrischer Konsiliardienst - PGKD))

Moderation WS: **Daniela Heemeier**

Einführung

- **Sterben in Not ist als multidimensionales Geschehen zu betrachten, berührt fast alle Fragen am Lebensende und ist anhand verschiedener Merkmale feststellbar:**
  - medizinische Unterversorgung
  - medizinische Überversorgung
  - nicht fachgerechte pflegerische Versorgung
  - Verlust von Selbstbestimmung
  - finanzielle Notlagen
  - unzureichende psychosoziale Betreuung sowohl von Betroffenen als auch An- und Zugehörigen

- **Mangel an integrierten Versorgungsstrukturen führt zu Schnittstellenproblematiken**
  - jeweils behandelnde medizinisches/pflegerisches Personal ist nicht über Therapieansätze und –ziele der ebenfalls in der Versorgung involvierten Kolleg*innen informiert
  - Versorgende arbeiten oft von anderen Berufsgruppen isoliert, z.T. keine Kenntnis über unterstützende Versorgungsstrukturen und Angebote

- **Fallbeispiel aus der Versorgung/ Klinik:**
  Sinngemäße Inhalte einer Mail einer Onkologischen Pflegefachkraft, Stationär, Berlin:

> Immer wieder kommt es dazu, dass Menschen in hochpalliativen Phasen allein sind. Fachkräfte werden dieser Situation aus Zeitmangel nicht gerecht, hängen oft nach Dienstschluss noch eine Stunde an, um am Bett zu sitzen und da zu sein.
> 19-jährige Patientin, Eltern seien überfordert, starb allein ohne hospizlichen Beistand: „*Es war wirklich sehr traurig und schrecklich mit anzusehe*n“
> Frage an die ZAH: *Wie kann sterbenden Menschen im Krankenhaus Begleitung angeboten werden und welche? Sitzwachen sind finanziell nicht drin, nur wenn es um akute Selbst- oder Fremdgefährdung ginge.*

Fazit: Offenbar sind selbst Mitarbeiter*innenA onkologischer Stationen nicht über Sterbebegleitung und hospizliche Interventionen informiert. ➔ Kritisch zu hinterfragen: Finanzierung

- **Tatsächlicher Sterbeort weicht oft vom Wunschsterbeort ab**

Name Sterbeort	Sterbewünsche (2015)*	Reale Sterbeorte (2017)**
Zuhause	76%	21,3%
Krankenhaus	6 %	51, 8%, *(dar. 6,2% auf Palliativstationen)*
Pflegewohnheim	2 %	20,4%
Hospiz	10 %	4,8%
Sonstige	6 %	1,5%

* https://www.aerzteblatt.de/archiv/219064/Sterbeorttrend-und-Haeufigkeit-einer-ambulanten-Palliativversorgung-am-Lebensende
** https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/mediathek/medien/mid/wunsch-und-wirklichkeit-wo-moechten-die-menschen-sterben

Siehe zu Sterbewünschen auch: Auf ein Sterbenswort. Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin, 2020. Download: https://www.berlin-institut.org/studien-analysen/detail/auf-ein-sterbenswort

- **Weitere Erkenntnisse*:**
  - Am Lebensende (insbesondere in den letzten 12 Wochen vor dem Tod) Verdichtung der KH-Aufenthalte, bei sehr kurzer Aufenthaltsdauer (ein bis wenige Tage)
  - Akutversorgung als systematische Autonomieverletzung?
  - In den kommenden 12 Jahren werden ca. 500.000 Pflegekräfte wegen Renteneintritt die Pflege verlassen.
  - Umfassende diversitätssensible Ausrichtung, auch in der Beratung nötig.
  - Definition vom „guten Sterben“ ist höchst individuell.
  - Nicht Angst vor dem Tod, Angst vor dem Leben vor dem Tod.

** Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Open Access. Springer Berlin, 2022. Download: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-65204-6*

- **Gesundheitskompetenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung ist auf keinem guten Niveau***
  - 54,3% der erwachsenen Menschen in Deutschland weisen eine inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz auf
  - Besonders betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES), Menschen im hohen Lebensalter, Menschen mit Migrationshintergrund und chronisch kranke Menschen

**Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. S. Schmidt-Kaehler, D. Vogt, E. Berens, A. Horn, D. Schaeffer. Universität Bielefeld. Bielefeld, 2017. Download: https://pub.uni-bielefeld.de/record/2908199#fileDetails*

- **Fallbeispiel: Telefonische Anfrage bei der ZAH am 23.08.2022**

Männlicher Anrufer (ca. 45 Jahre) kümmert sich seit 11 Jahren um seine Großmutter. Beide leben im gleichen Haushalt. Die Großmutter ist 94 Jahre alt, dementiell verändert und liegt akut im Krankenhaus mit Oberschenkelhalsfraktur. Sie hat die üblichen Altersgebrechen aber keine malignen Erkrankungen. Die Großmutter war bereits vor der Krankenhaus-Einweisung vollständig immobil (bettlägerig). Pflege erfolgte bis dato ausschließlich über den Enkelsohn. Die notwendigen Hilfsmittel wurden selbst beschafft und alle Kosten selbst getragen. Ein Pflegegrad wurde nicht beantragt. Der Kontakt zur Hausärztin erfolgt ebenfalls über den Enkel und vornehmlich telefonisch. Hausbesuche bietet die Hausärztin nicht an.

Bereits vor Krankenhaus-Einweisung äußerte Großmutter regelmäßig einen Sterbewunsch. Die Ärzte im Krankenhaus wiesen den Enkel darauf hin, dass die Lebenszeit der Großmutter als begrenzt betrachtet wird. Sozialdienst hat einen Pflegegrad beantragt und einen ambulanten Pflegedienst (i.S. eines gelingenden Entlassungsmanagements) organisiert. Der Enkel möchte eine gute Begleitung für die letzte Lebensphase der Großmutter sicherstellen. Er hat sich im Internet zum Thema Sterben und Tod informiert und hält ein Hospiz für vorstellbar.

Er fragt die ZAH: **Ist ein Hospizaufenthalt für die Großmutter eine Option?** Falls nicht: Warum? Welche anderen Möglichkeiten bestehen? Sind bei Alternativen Kosten zu erwarten? An wen muss sich gewendet werden, um eine gute Versorgung gewährleisten zu können?

Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1) Können Beratungsstrukturen den Notstand in der Praxis verändern?
Wenn ja, wie kann dieses umgesetzt werden?

Ergebnisse des Austausches im WS:

- Nein, weniger: Beratungsstrukturen sind eher Seismografen für Zustandsbeschreibung.
- Ja, durch bessere Vernetzung, Kenntnis von Vorsorgemöglichkeiten und Wissensaustausch zu fachlichen Themen…
- Ja. Gute umfassende Beratung strukturiert und befähigt Menschen, unterstützt bei der Findung von selbstbestimmten Entscheidungen.
- Wenn aufsuchende Beratung möglich ist, dann ist Veränderung möglich.
- Niedrigschwellige Angebote, bürger*innennäher sind notwendig.
- Klient*innenorientierte Vernetzung.
- Kiezorientierte Vernetzung stärken, statt zu groß denken (führt oft zu Verwirrung).

Beratung versorgt Ratsuchende mit relevanten Informationen; Praxis bleibt jedoch in der Pflicht.
➔ „Versorgende Strukturen müssen ihre Arbeit machen."

(2) Wie kann über Beratungstätigkeiten verhindert werden, dass Menschen nur durch Zufall eine angemessene Versorgung am Lebensende erhalten?

Ergebnisse des Austausches im WS:

- Transparente Beratungsstrukturen sind notwendig.
- Es gibt eine unübersichtliche Beratungs- und Angebotslandschaft in Berlin bzw. zu viele Projekte. Dadurch zeitweise keine passgenaue Beratung.
- Die Finanzierung ist teilweise unübersichtlich…
- Die Expertise der Beratenden ist sehr unterschiedlich. Expert*innenwissen wird unter Umständen mitgenommen bei Jobwechsel.

(3) Haben Beratende und Beratungsstrukturen außerhalb des direkten Beratungsprozesses eine Verantwortung, um *Sterben in Not* zu verringern?
Falls ja, wie kann dieser nachgekommen werden?

Ergebnisse des Austausches im WS: „Ja!" Folgende Punkte werden angesprochen:

- Regelmäßiger Austausch zwischen den verantwortlichen Strukturen, Einbeziehen der Stadträt*innen, um der Relevanz des Themas Sterben in Not Nachdruck zu verleihen.
- Konkurrenz zwischen den beratenden Strukturen vermeiden (Stichwort unübersichtliche Finanzierungstransparenz).
- Offenere Netzwerke.
- Sterbenden ein Forum bieten, sie sind angewiesen auf die Stimme der Beratenden nach außen.
- Forderung nach besserer Vergleichbarkeit der bezirklichen Strukturen und Abbau von bezirklichen Hürden! Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards für die Beratung?
- Verbesserung digitaler Möglichkeiten, die junge Berater*innen-Generation als Hoffnung für globalere Vernetzung.
- Weiterleitung des Versorgungsnotstandes an politisch relevante Stellen und Strukturen bei gleichzeitiger Etablierung von lösungs- und bürger*innenorientierten Arbeitstreffen.
- Verantwortung, die wirklich relevanten Netzwerke zu suchen, zu finden und zu nutzen.
- Beratungsaufgabe: Ideen und praxisnahe Formate mit Verantwortlichen entwickeln, wie man Menschen besser erreichen kann.
- Sterben, Tod, Trauer als Bildungsauftrag und Thema in den Medien fördern.
- Bessere Vernetzung mit professionellen Pflegeberater*innen, um Notstand früh zu erkennen.

Workshop 2

Das geplante „Vorsorgenetzwerk Berlin“

Was wird gebraucht? Wie können wir das erreichen?

Einführende: **Dirk Müller** MAS (Palliative Care)
(Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG) im Gespräch mit
Dr. Christina Fuhrmann
(Fachreferentin Hospiz- und Palliativversorgung, SenWGPG)

Moderation WS: **Dirk Müller**

Einführung

> *„Die Gewährleistung von menschenwürdigen Rahmenbedingungen für schwerstkranke und sterbende Menschen, die Garantie sozialer Rechte und einer angemessenen Begleitung gehören ebenso wie die Sicherung von Autonomie und Selbstbestimmung zu den Merkmalen einer Gesellschaft, die die Rechte Schwerstkranker und Sterbender als hohes Gut ansieht und verteidigt.“*
> *(Charta zur Betreuung schwerstkranker und Sterbender Menschen in Deutschland)*

- In den letzten zwei Jahrzehnten wurden **Weichen für bessere Vorsorge** gestellt, z.B.
  - 2009 erstmalige gesetzliche Regelung des Rechtsinstituts der Patientenverfügung
  - 2012 Notfallkarte entwickelt
  - 2014 Notfalldose entwickelt
  - 2015 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit Instrument Notfallplan ➔ Berliner Notfallverfügung (Empfehlung des Runden Tisches HPV B März 2019)
  - Seit 2015 Letzte Hilfe Kurse in Deutschland
  - 2020 Berliner Begleitmappe
  - Ende 2021 Startschuss für Berliner Vorsorgenetzwerk incl. Vorsorgeplattform

- **Warum ein Vorsorgenetzwerk Berlin?**
  Gedanken zu Themen rund um Pflege und Betreuung, Sterben, Tod und Trauer sowie die rechtzeitige Auseinandersetzung und das Festhalten des eigenen Willens in Form von Patientenverfügung, Testament oder Bestattungsverfügung werden häufig verdrängt – vor allem, wenn noch alles gut ist.
  Das Vorsorgenetzwerk hat sich zur die Aufgabe gemacht
  - Vorsorge als Thema in der Berliner Stadtgesellschaft noch stärker zu platzieren,
  - bestehende Bildungs-, Informations- und Unterstützungsformate transparent zu machen,
  - den notwendigen Ausbau der Vorsorgeangebote zu unterstützen,
  - bestehende spezielle Netzwerke der Vorsorge zu stärken, ggf. neue Netzwerke zu etablieren und den übergreifenden Austausch zu fördern,
  - neue Ansätze zu entwickeln bzw. bestehende Ansätze weiterzuentwickeln sowie und neue Partner*innen zu gewinnen.

- **Wer ist zentral für das Vorsorgenetzwerk ansprechbar?**
  Die Gestaltung bzw. Federführung für das Vorsorgenetzwerk liegt bei der Zentralen Anlaufstelle Hospiz. Die Fach- und Spezialberatungsstelle bietet Informationen und Beratung für Bürger*Innen und Institutionen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer. Neben den übergreifenden Aktivitäten nimmt sie wahr:
  - Fachberatung für Bürger*innen und Institutionen zu medizinisch-pflegerischen Aspekten
  - Beratung zur Patientenverfügung und weiteren Vorsorgeinstrumenten
  - Beratung zur Notfallvorsorge, z.B. zur „Berliner Verfügung für Notfälle“
  - Fachbeiträge, Vorträge und Schulungen zur Vorsorge, teils in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie
  - Moderation von Vorsorgenetzwerken, wie dem Qualitätszirkel für Berliner Berater*innen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und der Arbeitsgruppe Patientenverfügungsberatung des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin
  - Pflege der Unterseite Vorsorge auf der eigenen Website www.hospiz-aktuell.de mit verschiedenen Rubriken, die zur zentralen Berliner Vorsorgeplattform ausgebaut wird.

Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1) Welche konkreten Angebote zur Vorsorge für die letzte Lebensphase gibt es bereits? Was wird für die Bürger*innen noch gebraucht?

Vorrangig werden bestehende Akteure, die in unterschiedlicher Form und Tiefe zur Vorsorge für die letzte Lebensphase aktiv sind, sowie Angebote benannt und notiert:

- Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)
- Zentralstelle Patientenverfügung des Humanistischen Verbandes Berlin-Brandenburg (HVD)
- Hospizdienste
- Pflegestützpunkte
- Bezirksamt (Betreuungsstelle)
- Betreuungsbehörde
- Wohnungsbaugesellschaften und –genossenschaften, z.B. “VORWÄRTS“ eG
- Berliner Krankenhausgesellschaft
- Aids-Beratung
- Hausärzte und Hausärztinnen
- Berliner Begleitmappe, ausgegeben von Beratungsstellen, Kliniken und Ärzt*innen
- Nachbarschafts- und Stadtteilzentren
- Besuchsdienste, z.B. Mobilitätshilfedienste oder Demenzbesuchsdienste
- Krankenkassen (Informationsauftrag nach § 39b Absatz 2 SGB V)
- Digitales Angebot über Betreuungsvereine

Gebraucht wird ein Überblick über die Informations- und Beratungsangebote zum Thema Vorsorge; sowohl im Kontext der regionalen Verortung, als auch im Kontext des Beratungsansatzes, Kosten etc.

(2) Welche Vernetzung zur Vorsorge gibt es? Welche Vernetzung fehlt?

Folgende bestehenden, sich mit Vorsorge beschäftigenden Strukturen werden angesprochen:

- Qualitätszirkel für Berater*innen Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (KPG Bildung)
- AG Patientenverfügung des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin und der ZAH
- Gerontopsychiatrische Verbünde (z. B. Qualitätsverbund Netzwerk im Alter - Pankow e.V.)
- Wirtschaftskreis in Lichtenberg
- Wohnungsbaugesellschaften und –genossenschaften, z.B. “VORWÄRTS“ eG
- Interessengemeinschaft Berliner Betreuungsvereine
- Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke

Es fehlt ein übergreifendes Dach, das den Überblick über die Netzwerke hat und diese z. B. auf der Internetseite abbildet. Zudem wird deutlich, dass der Zusammenarbeit in den Regionen ein höherer Stellenwert beigemessen werden sollte, um eine klientennahe Information und Beratung zu ermöglichen. Gerade im Kontext der vertiefenden Beratung zur Vorsorge - und da insbesondere dem Erstellen einer Patientenverfügung - ist es ratsam, Klient*innen an hierzu erfahrene und kompetente Beratungsangebote (z.B. ZAH, HVD) bzw. an die über die ZAH geschulten Patientenverfügungsberater*innen durch die Pflegestützpunkte und Stadtteilzentren zu vermitteln.

(3) Was sollte auf einer zentralen Berliner Vorsorgeplattform zu finden sein?

Hier kommen folgende Aspekte zur Sprache:

- niedrigschwellig kommunizieren
- zielgruppenspezifische Ansprache
- Erreichbarkeit für Anfragen sicherstellen
- qualifizierte Angebote darstellen
- kostenlose Angebote darstellen
- Verlinkung zu Beratungsangeboten
- beschreiben, was sich hinter den Beratungsangeboten verbirgt
- Informationssparte: Erklärungen zur Struktur (Wer verbirgt sich hinter dem Angebot? Was passiert da? Wie wird beraten? …)
- Informationen „Wie können wir Vorsorgethemen ansprechen“
- Checkliste für die vollumfängliche Vorsorge am Lebensende: Woran sollte der Bürger denken?
- rechtliche Hinweise
- Mehrkanalkommunikation beherzigen
- Meldesystematik für die Darstellung der Angebote (z. B. Datenmaske)

(4) Welchen Aufgaben können die Beratungsstellen für eine bessere Vorsorge übernehmen?

Folgende Punkte werden angesprochen:

- sich aktiv an bestehende Netzwerke beteiligen
- Thema in Zertifizierungsprojekte (z. B. bei der Schwulenberatung) aufnehmen
- Beratungsstrukturen für das Themas Vorsorge sensibilisieren
- kleine Kiez-Angebote entwickeln (niedrigschwellig)
- analog denken und handeln
- QR-Code mit Hintergrundinfos z. B. auf Faltblättern und Plakaten
- Informationen zu bestehenden oder nicht mehr bestehenden Angeboten zeitnah an das Vorsorgenetzwerk Berlin bei der ZAH rückmelden
- gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zum Thema
- kritisch (z. B. bei Kooperationspartnern) nachfragen, wo Vorsorge nicht funktioniert
- Klient*innen direkt auf das Thema Vorsorge ansprechen

Workshop 3

Engpässe in der ambulanten Palliativversorgung (APV)

Auswirkungen auf die Beratungsarbeit? Handlungsbedarfe?

Einführende: **Dr. Christina Fuhrmann (SenWGPG)**
(Fachreferentin Hospiz- und Palliativversorgung, SenWGPG)

Moderation WS: **Thomas Palavinskas**
(Mitarbeiter ZAH / Palliativgeriatrischer Konsiliardienst – PGKD, UHW)

Einführung

- Seit geraumer Zeit Tendenzen erkennbar für eine „Schwäche“ der allgemeinen ärztlichen APV:
  - vermeidbare Krankenhauseinweisungen Schwerstkranker und Sterbender *(keine validen Daten)*
  - überdurchschnittlicher Anteil von im Krankenhaus sterbenden Menschen im Bundesvergleich
  - überdurchschnittlich hoher Anteil an Versicherten mit spezialisierter APV (SAPV), unterdurchschnittlicher Anteil an Versicherten mit allgemeiner APV (AAPV)

  (vgl. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7686196/)

- Bereits in den Mittelpunkt gerückt
  - beim Handlungsfeld „Versorgung am Lebensende“ der Rahmenstrategie 80plus fußend auf Erkenntnissen des 2. Berliner Hospizforum 2014:

Schwerpunkte *Grundsätzlich werden folgende herausragende Schwerpunkte gesehen:*

• allgemeine ambulante palliative Versorgung insb. durch Ärzte und Ärztinnen und Pflegedienste verbessern und dadurch unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden, ...

*Entscheidend ist, ob ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin oder ein SAPV-Arzt bzw. Ärztin die Versorgung sterbender Menschen in Häuslichkeit übernehmen kann. Häufig gibt es hier eine Unterversorgung. Dies betrifft sowohl die erforderliche Symptombehandlung und die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln als auch die Beratung und Unterstützung. In diesen Fällen ergeben sich dann verstärkt ungewollte und kostenintensive Noteinätze oder Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte für die Patient*innen. ... Hochaltrige Betroffene werden vom Hausarzt/Facharzt bzw. von der Hausärztin/Fachärztin sehr häufig nicht als (palliativ-) geriatrische Patient*innen eingestuft und können dadurch ggf. zu spät adäquat versorgt werden. ...* ***75-80 % aller Sterbenden benötigen eine AAPV****.* ***Viele Hausärzte erbringen keine AAPV.*** *In der Regel erfolgen keine Hausbesuche, besteht wenig Erfahrung mit sterbenden Menschen, ist Erreichbarkeit in den Arztpraxen außerhalb der Öffnungszeiten nicht gewährleistet (vor allem nicht an Wochenenden, Feiertagen, abends und in der Nacht). Für die Sterbenden gibt es keine adäquate ärztliche Hilfe in Krisensituationen. Bereitschafts- oder Notärzte werden hinzugezogen. Viel häufiger als notwendig kommt es dann zu Einweisungen ins Krankenhaus (auch aus dem vollstationären Pflegebereich). Notärzte und Feuerwehr können eventuellen Patientenverfügungen oft nicht gerecht werden. Reanimation und Stabilisierung stehen im Vordergrund und nicht die palliative Versorgung.*
Eine psychologische Unterstützung der Angehörigen in dieser Situation erfolgt kaum. Dies hinterlässt häufig traumatisierte Angehörige. Hausärzte wissen oftmals nichts über Spezialisierte APV.
10-15 % aller sterbenden Menschen haben Anspruch auf SAPV*. Nicht alle Betroffenen bekommen diese Information. Die Einsatzgebiete der SAPV-Ärzte und Ärztinnen sind über die verschiedenen Bezirke sehr unterschiedlich verteilt. Etliche SAPV-Ärztinnen und Ärzte übernehmen nur onkologische Patient*innen. Einige SAPV Praxen übernehmen nur eine Teilversorgung im Sinne von § 132 d. Andere SAPV-Ärzte und Ärztinnen leisten zwar Hausbesuche, können aber keine Noteinsätze übernehmen und hinterlassen für Krisensituationen wiederum die Telefonnummern der Bereitschaftsärzte und -ärztinnen oder empfehlen, die Feuerwehr zu rufen. Für viele SAPV-Ärzt*innen gibt es außerdem keine Vertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten. ...*
Allgemeine Pflegedienste können sterbende Menschen und deren Angehörige in der Regel nicht ausreichend unterstützen. *... Bei Pflegebedürftigen, die die Geldleistung wählen, und deren Angehörige fehlt es noch häufiger an Informationen zu Möglichkeiten der Palliativversorgung und Sterbebegleitung.... Betroffene und Angehörige aber auch Netzwerkpartner wissen häufig nicht, was psychosoziale Unterstützung durch Ambulante Hospizdienste bedeutet. Betroffene und Angehörige bekommen die Informationen darüber nicht regelmäßig…*
(*Auszug aus „Schnittstellen, Ziele und Handlungsbedarf. Diskussionspapier“ RSt 80plus, 2015 S. 47ff)*

- beim 4. Berliner Hospizforum (2018): Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der AAPV:
  - Kooperationen zwischen ÄrztInnen und nicht ärztlichen Partnern, z.B. amb. Hospizdiensten ...
  - Entlastung der HausärztInnen durch Telemedizin und nichtärztliche Praxisassistenten ...
  - Palliativmedizinischer Bereitschaftsdienst oder Bereitschafts-PalliativarztIn (?)

- Sorgende Gemeinschaft, generationsübergreifende, nachbarschaftliche Unterstützung...
- breite Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Letzte-Hilfe-Kurse

- beim Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin, wo regelmäßige zur ambulanten Palliativversorgung berichtet wird, zuletzt am 15.06.2022 – Auszug aus dem Protokoll TOP 4.2

... Ergebnisse des sich anschließenden Austausches: ...
  - nur die Hälfte der gelisteten BQKPMV- und zwei Drittel der SAPV-Anbieter bieten die entsprechenden Leistungen auch real an
  - Berliner Spitzenposition bei der Größe SAPV-Patient*innen je Einwohner im Ländervergleich
  - nirgendwo anders gibt es so viele Tumorpatient*innen, die an den Hausärzt*innen vorbei direkt bei der SAPV landen
  - aufwändige Patient*innen, für die eigentlich noch keine SAPV nötig wäre, blieben häufig unversorgt, wenn die SAPV-Ärzt*innen nicht übernehmen
- Fachkräftemangel im Hausärztebereich wird bestätigt – trotz Aktivitäten der KV Berlin (z.B. Einrichtung von Sitzen, Ausbildungsfonds)
- Grundlegender Wandel vom „Einzelkämpfer“, der wenn nötig 24 Stunden rufbereit ist, hin zu mehr Modellen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, einhergehend mit
  - höhere Frauenquote und mehr angestellten Ärzt*innen
  - weniger Ressourcen für zeitaufwändige Palliativversorgung mit Rufbereitschaft / Aufsuchen
- zu beobachtender negativer Trend: ungewollte stationäre Versorgung wegen Mangels an APV
- Ausgangspunkt: Grundverständnis von Palliativversorgung als ganzheitliche Versorgung, Defizite in der AAPV besonders eklatant, es wird dringender Handlungsbedarf gesehen, war bereits beim 4. Berliner Hospizforum im Fokus, stockende Umsetzung erarbeiteter Empfehlungen
- **Einrichtung einer temporären AG Ambulante Palliativversorgung des Runden Tisches**

Ergebnisse der Workshop-Arbeit

(1) Nehmen die Beratungsstellen Engpässe in der APV wahr? Wenn ja, was hat das für Auswirkungen auf die Beratungsarbeit?

Ergebnisse des Austausches im WS:
- Alle Gruppen nehmen Engpässe in der APV wahr.
- Vermittlungs- und Versorgungsmöglichkeiten werden dadurch eingeschränkt.
- Ehrenamtliche und Laien müssen zum Teil die Engpässe abpuffern.
- Es muss innerhalb des bestehenden Systems und der bestehenden Situation agiert werden.
- Es wird an vorhandene Versorgungsstrukturen verwiesen
  - → SAPV Ärzte | andere Hausärzte
  - → Hospizdienste
  - → Pflegedienste.
- Bestehende (zum Teil selbst aufgebaute) Netzwerke werden (wenn möglich) verwendet und weiter ausgebaut
- Es kommt zu einem erhöhten Arbeitsaufwand für die Beratungsstellen.
- Eine mögliche Unterversorgung der zu beratenden wird aufgrund der bestehenden Engpässe in Kauf genommen.

(2) Welche Handlungsbedarfe werden gesehen?

Ergebnisse des Austausches im WS:
- Vorhandenes pflegerisches und medizinisches Personal muss für APV sensibilisiert und qualifiziert werden.
- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit im Bereich APV soll gestärkt werden.
- AAPV und BQKPMV soll gestärkt werden, Hausärzte sollen Hausbesuche machen
- Kassenärztliche Vereinigung (KV) soll Anreize für APV schaffen und die Honorierung verbessern
- KH – Entlassungsmanagement muss verbessert werden, es sollte klar sein, was im ambulanten Bereich möglich/nötig ist.
- Nicht nur Betroffene sondern auch An- und Zugehörige müssen in den Blick genommen werden.
- Die integrierte Versorgung und Vernetzung muss gestärkt werden.
- An- und Zugehörige sollen sensibilisiert und verstärkt geschult werden (bspw. Letzte-Hilfe-Kurse).
- Angebot an Tageshospizen und nächtlichen Versorgungsstrukturen soll ausgebaut werden.
- 24h Betreuung soll ausgebaut/wiederaufgebaut werden.

(3) Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden? Beispielgebende Ansätze aus der Praxis?

Ergebnisse des Austausches im WS:

- APV sollte ausreichend finanziert werden.
- Öffentlichkeitsarbeit sollte gestärkt und weiter gefördert werden.
- Palliative Versorgung sollte einen höheren Stellenwert in der medizinischen, wie auch in der pflegerischen Ausbildung bekommen.
- Bereits versorgende Strukturen sollten besser qualifiziert werden.
- Unterschiedliche Beratungsangebote und Versorgungsstrukturen sollten besser vernetzt sein.
- Provider spezieller Medizinprodukte sollten an Pflegedienste angebunden werden/flächendeckend mit PDs kooperieren.
- Hausärzt*innen sollen APV – Patient*innen nicht über ihr Budget abrechnen müssen:
  → finanzielle Entlastung für Hausärzt*innen
- Es sollte (speziell für „schwierige“ Patient*innen) eine fallspezifische Honorierung der Versorgung eingeführt werden.
- Bereitschaftsdienste in SAPV und APV sollten ausgebaut werden.
- Patient*innen und Angehörige sollten ein Vetorecht beim Entlassungsmanagement aus dem KH zugesprochen bekommen.
- Palliativgeriatrische Konsiliardienste sollten weiter gefördert und ausgebaut werden.