

Hospizarbeit und Palliativ- versorgung in Schleswig-Holstein

Position des Diakonischen Werkes
Schleswig-Holstein

2009

Februar

Herausgeber:
Diakonisches Werk
Schleswig-Holstein
Landesverband der
Inneren Mission e.V.

Impressum

Herausgeber
Diakonisches Werk
Schleswig-Holstein
Landesverband der
Inneren Mission e.V.

Kanalufer 48
24768 Rendsburg
Telefon 04331 593-0
Telefax 04331 593-204

Redaktion
Dr. Carsten Berg
Peter Godzik

Ansprechpartner
Peter Godzik
Nordelbischer Beauftragter
für die Begleitung Sterbender
Telefon 04331 593-118
godzik@diakonie-sh.de

www.diakonie-sh.de

Februar 2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Landespastorin	5
Positionspapier des Diakonischen Werks	6
Hospizarbeit und Palliativversorgung in Schleswig-Holstein	
1 Grundlegendes	9
1.1 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	9
1.2 Sterbehilfe	9
1.3 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen	11
2 Hospizarbeit und Palliativversorgung in S-H	12
2.1 Forschung und Lehre	13
2.2 Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege	15
2.3 Rahmenplanung für den Bereich Palliativmedizin	16
2.4. Derzeitige regionale Versorgungssituation	17
2.4.1 <i>Quantitative Auflistung von ambulanten und stationären Angeboten</i>	17
2.4.2 <i>Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen</i>	20
2.4.3 <i>Fachpersonelle Ausstattung</i>	21
2.4.4 <i>Finanzierung der Angebote durch die Krankenkassen und andere Kostenträger</i>	21
2.4.5 <i>Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern und Angehörigen</i>	29
3 Perspektiven:	
3.1 Besondere Angebote der Fort und Weiterbildung: Nordische Hospiz- und Palliativtage und Lübecker Symposium Palliativmedizin	32
3.2 Seelsorge in Hospizarbeit und Palliativversorgung	33
<i>Einschübe:</i>	
1 <i>Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung in S-H</i>	16
2 <i>Verdrängt die Pflegereform die ambulanten Hospizdienste</i>	23
3 <i>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</i>	25
4 <i>Hinweise zur Beurteilung der gemeinsamen Empfehlungen</i>	27
5 <i>Antworten der Bundesregierung auf parlamentarische Anfragen</i>	28
<i>Anhänge:</i>	
1 Implementierung von Palliative Care-Teams	36
2 Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung	42
3 Artikel Paul Herrlein: Pflegestützpunkte, Pflegeberatung und Förderung von Ehrenamt	45

Vorwort der Landespastorin

„... jeder muss alleine gehen seinen letzten Gang.“

In einer Todesanzeige las ich kürzlich diesen Satz. Und sehr spontan dachte ich: Um Gottes Willen, nein! Das kann und darf nicht sein, dass Menschen auf dem letzten Wegstück ihres Lebens allein sind und allein bleiben.

In den letzten Jahren hat sich das Bewusstsein durchgesetzt, dass schwerst- und sterbenskranke Menschen und ihre Angehörigen Anspruch haben auf eine angemessene Begleitung. Ambulante und stationäre Hospize, Palliativstationen und ambulante palliative Versorgung mit ihren multiprofessionellen Teams sind sichtbare Zeichen der Bemühungen um eine Verbesserung der Situation und die Schaffung angemessener Begleitungsangebote und -strukturen.

Die Diakonie ist Teil dieser Bewegung, Motor und Unterstützer, Mahner und Brückenbauer, Förderer und Beteiligter. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein will mit dem hier vorgelegten Papier zweierlei: zum einen den aktuellen Stand im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung im Land darstellen und zum anderen die eigene Position zu relevanten Fragen, Problemen, Entwicklungen und Lösungsansätzen beschreiben und in die öffentliche und politische Debatte einbringen.

Die Darstellung des aktuellen Stands bildet die Situation in Schleswig-Holstein und die öffentlichen und politischen Debatten zum Jahreswechsel 2008/2009 ab. Die Darstellung wird jeweils aktualisiert fortgeschrieben werden und ist im Internet abrufbar unter: www.diakonie-sh.de/Publikationen/index.html.

Über die formulierte eigene Position sucht das Diakonische Werk Schleswig-Holstein das Gespräch mit allen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen, Zusammenschlüssen, Institutionen, Initiativen und engagierten Personen. Wir freuen uns auf lebendige Diskurse und eine produktive und konstruktive Zusammenarbeit mit allen Beteiligten zum Wohle derer, die in besonderer Weise der angemessenen Begleitung bedürfen: der schwerst- und sterbenskranken Menschen und ihrer Angehörigen.

Rendsburg, 10. Februar 2009



(Landespastorin und Sprecherin des Vorstands)

Hospizarbeit und Palliativversorgung in Schleswig-Holstein

Position des Diakonischen Werks Schleswig-Holstein

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein sieht sich angesichts der öffentlichen und politischen Diskussion um die angemessene Begleitung von sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen vor der Herausforderung, als evangelischer Verband der freien Wohlfahrtspflege seine eigene Position darzustellen. Dabei ist das biblische Bild von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen und seiner daraus resultierenden unverlierbaren Würde die Grundorientierung. Eine zweite resultiert aus der Beobachtung, dass der Mensch als ein auf Gemeinschaft angelegtes Wesen auch davon lebt, dass er die Verantwortung für gelingendes Leben und die grundlegende Würde je und dann in die Hände eines anderen legt oder von einem anderen in die eigenen Hände gelegt bekommt. Eine dritte Grundorientierung lässt sich beschreiben mit der Aufgabe und dem Selbstverständnis, eine „angemessene Begleitung“ zu gewährleisten durch das Wahrnehmen der Situation, der Wünsche und der Bedürfnisse des schwerstkranken oder sterbenden Menschen und seinen wichtigen Bezugspersonen. Eine vierte Grundorientierung resultiert aus dem Selbstverständnis der Diakonie, brückenbauend sich hineinzubegeben in Situationen, in denen Menschen mit Belastungen Unterstützung, Hilfe und Begleitung brauchen, dazwischenzugehen, wenn und wo Menschen in ihrer Würde beschädigt, vernachlässigt oder verletzt werden, und Räume zu eröffnen, in denen gemeinsames Handeln und Beraten aller Beteiligten eingefordert, geplant und umgesetzt wird.

Grundlagen:

1. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein vertritt – ausgehend von seinem Selbstverständnis als Botschafterin der Liebe Gottes in der Welt in Tun und Wort - die Grundüberzeugung, dass es besser ist, wenn ein Mensch an der Hand als durch die Hand eines anderen Menschen stirbt. Die Sicherstellung einer möglichst guten, die unverlierbare Würde des Menschen als Ebenbild Gottes wahren, den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen angemessenen Sterbebegleitung durch ein multiprofessionelles, gut ausgebildetes und organisiertes Team von Medizinern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Psychologen und Seelsorgern in gemeinwesenbezogenen Netzwerken hat daher oberste Priorität.
2. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein sieht in der Frage der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht das Begriffspaar *Selbstbestimmung* und *Fürsorge* als entscheidungsleitend an. Angesichts der Beobachtung, dass Menschen im Laufe ihres Lebens und Alterns die Fähigkeit zur bewussten Wahrnehmung und Steuerung ihres Alltags einbüßen, hält das Diakonische Werk Schleswig-Holstein eine rechtliche Regelung der Patientenverfügung allein unter dem Gesichtspunkt der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen für unzureichend.
3. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein befürwortet nachdrücklich die Bemühungen um die Formulierung einer „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ und zur Implementierung dieser Charta als Grundsatzverpflichtung einer demokratischen und fürsorglichen Gesellschaft.
4. Das Diakonische Werk unterstützt die Planungen und Schritte, die Schleswig-Holstein zu einem Vorreiter in Sachen Palliativmedizin und Hospizversorgung

machen, so dass eine flächendeckende Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen nachhaltig gesichert ist.

Konkrete Schritte, Positionen, Anknüpfungspunkte

1. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein hält es für unerlässlich, bei der Planung, Einführung und nachhaltigen Sicherung von Begleitungsangeboten für schwerstkranker und sterbende Menschen und ihre Angehörigen die jeweilige Lebensumgebung als Gemeinwesen mit in den Blick zu nehmen. Gerade in einer so vereinzelnden Situation wie der letzten Phase des Lebens hin zum Sterben ist es wichtig, dass alle darin Verwobenen sich als Teil einer sie tragenden Gemeinschaft erfahren. Auch für die begleitenden Fachkräfte ist es wichtig, in sie stützende Netzwerke eingebunden zu sein und zu bleiben.
2. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein hält den Weg der weiteren Ambulantisierung der Sterbebegleitung für sinnvoll und erforderlich, damit auch in einem Flächenland wie unserem das Eingebettet-Bleiben in den je eigenen Lebenskontext für sterbende Menschen regelhaft möglich ist. Die umfassende Hospiz- und Palliativversorgung muss nahe bei den Menschen sein und sich zu ihnen auf den Weg machen, nicht umgekehrt die Menschen aus ihren Lebensbezügen herausgelöst der Palliativversorgung ‚zugeführt‘ werden. Deshalb halten wir die flächendeckende Einführung von Palliativ-Care-Teams für sinnvoll und unterstützen diesen Weg. Dabei muss bedacht werden, wie weit gerade in unserem Flächenland die Wege zwischen dem Standort der Teams und den Lebensorten der zu Begleitenden sein können, ohne dass das erforderliche Netz der Sicherheit dauerhaft überdehnt und überfordert wird.
3. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein vertritt nachdrücklich die Auffassung, dass eine situations- und menschengerechte Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen nur mit einem multiprofessionellen interdisziplinären Team möglich ist. Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger und weitere haupt- wie ehrenamtliche Fachmensen müssen zusammenwirken, damit eine gute Begleitung gelingen kann. Sie sind den Betreuten und ihren Angehörigen und Bezugspersonen eine gut abgestimmte Kooperation schuldig. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein setzt sich daher ein für eine enge Vernetzung und Kooperation in der Aus- und Fortbildung aller prozessbeteiligten Professionen ebenso ein wie für regelmäßigen fach- und aufgabenübergreifenden Austausch in den jeweiligen Teams vor Ort.
4. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein begreift sich als wichtigen Partner und Teil des landesweiten Netzwerks, das sich um die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung im Land kümmert. Es sucht daher regelmäßigen engen Austausch mit allen beteiligten Akteuren, vor allem mit dem Hospiz- und Palliativverband, der Ärztekammer, den Aus- und Fortbildungsstätten für medizinische und Pflegeberufe, den kirchlichen Partnern vor Ort und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Seelsorge.
5. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein sieht die Herausforderung, die Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere in den Palliative-Care-Teams, institutionell und perspektivisch auch finanziell abzusichern. Dabei sieht es sich in der Verpflichtung, die besondere Bedeutsamkeit der Seelsorge in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen ins Bewusstsein der Nordelbischen Kirche, der Kirchengemeinden und Kirchen-

kreise, der Pastorinnen und Pastoren zu bringen. Es wird sich in geeigneter Weise für eine möglichst optimale Wahrnehmung dieser wichtigen Aufgabe im Rahmen der multiprofessionellen und interdisziplinären Teams einsetzen und setzt dabei auch auf vorhandene bzw. zu schaffende kirchliche Netzwerke. Dabei können, neben den jeweils im Fokus stehenden Ortsgemeinden, auch die Erfahrungen aus der Notfallseelsorge genutzt werden.

6. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein beabsichtigt, für Ehrenamtliche in der Hospiz- und Palliativversorgung im Zusammenwirken mit Partnern ein Bildungs- und Begleitungsangebot zu entwickeln und landesweit anzubieten, damit die in dieser wichtigen Arbeit Engagierten gut ausgebildet, regelmäßig zum Austausch ermutigt, in Fragen, Problemen, Erfahrungen gut begleitet und so gestärkt und unterstützt sich in die multiprofessionellen interdisziplinären Teams einbringen können.
7. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein ist von Beginn an Mitveranstalter der Nordischen Hospiz- und Palliativtage in der Akademie Sankelmark, die in zweijährigem Rhythmus eher in Seminarform wichtige Fragen und Aspekte der Hospiz- und Palliativversorgung zur Sprache bringt und im Austausch von Erfahrungen, Positionen und Meinungen voranbringt. Teilnehmende wie gestaltende Verantwortliche wie gemeinsam Verantwortung Tragende bringen den professions- und disziplinenüberschreitenden Ansatz der Arbeit und ihre Ausrichtung zum Ausdruck und zum Klingen. Das Diakonische Werk wird auch zukünftig aktiv an der Vorbereitung und Durchführung der Nordischen Hospiz- und Palliativtage mitwirken und sich in das dafür erforderliche inhaltliche wie organisatorische Netzwerk einbringen.
8. Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein ist seit langem auch als Kooperationspartner mitbeteiligt am Ostsee-Anrainerstaaten-Symposium Palliativmedizin in Lübeck, das jährlich in der Art eines wissenschaftlichen Kongresses den Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Professionen und über die Landesgrenzen hinaus zu Aspekten und Entwicklungen der palliativen Versorgung befördert. Das Diakonische Werk wird sich zukünftig intensiver in die Vorbereitung und Durchführung des Symposiums einbringen und den Fortbestand dieses wichtigen Fortbildungsangebotes sichern helfen, da sich in ihm die Multiprofessionalität und die interdisziplinäre Einbindung und Ausrichtung der Arbeit widerspiegelt und durch es befördert wird. Dabei gilt es, gewachsene Kooperationen in der Durchführung sowie der Förderung des Symposiums aufzunehmen und auszubauen und ggf. weitere wichtige Akteure im Land in den Kreis der Verantwortlichen aufzunehmen und so die Basis zu verbreitern.

Hospizarbeit und Palliativversorgung in Schleswig-Holstein

1 Grundlegendes:

Angesichts der aktuellen Diskussion um Patientenverfügung, Sterbehilfe und ambulante Palliativversorgung stellt das Diakonische Werk Schleswig-Holstein im Folgenden seine Positionen zu den umstrittenen Themenbereichen dar. Dabei geht es im Wesentlichen um die **Überzeugung, dass es besser ist, wenn ein Mensch *nicht durch die Hand, sondern an der Hand* eines anderen Menschen stirbt. Also Sterbebegleitung statt Sterbehilfe.**

Die dargelegten Positionen befinden sich in Übereinstimmung mit den Eckpunkten, die der Rat der EKD und auch die (katholische) Deutsche Bischofskonferenz zu den jeweiligen Problembereichen vorgelegt haben. Auch wurden Positionsbestimmungen und Stellungnahmen berücksichtigt, an denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein beteiligt waren.

1.1 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht¹

Selbstbestimmung des Patienten und die *Fürsorge*² für ihn sind zwei Gesichtspunkte, die unbedingt miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen sind. Im Zweifelsfall ist für das Leben zu entscheiden.³

Selbstbestimmung allein reicht also nicht aus. Nicht immer ist es möglich, seine Situation in einer Krankheitsphase vorherzusehen, wenn der Ernstfall eintritt, und so bleibt man auf die Fürsorge anderer angewiesen. Ein Gesetzentwurf, der diese Balance wahrt, ist einem anderen vorzuziehen, der einseitig dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten den Vorzug gibt, ohne ihn zum Lebensschutz bzw. Fürsorgeaspekt in einen Ausgleich zu bringen.

Bei der gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen richten sich kirchliche und diakonische Bedenken⁴ vor allem

- gegen die ungenügende Beachtung der Rolle von Patienten-Bevollmächtigten und Betreuern sowie
- gegen die unbegrenzte Reichweite der Patientenverfügung.

In Patientenverfügungen können Menschen festlegen, welche medizinischen Behandlungen sie etwa am Lebensende ablehnen. Im Juni 2008 wurde im Deutschen Bundestag der Gesetzentwurf des SPD-Rechtspolitikers Stünker formell eingebracht, der fraktionsübergreifend von rund 200 Parlamentariern unterstützt wird. Danach soll eine schriftliche Willensäußerung des Patienten unabhängig von Art und Stadium einer Krankheit gelten.

¹ In Anlehnung an: Eckpunkte des Rates der EKD für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007.

² Knud E. Løgstrup (Die ethische Forderung, 1959) spricht von der stumm bleibenden ethischen Forderung an uns, „das Leben des anderen, das das Vertrauen in unsere Hand legt, in unseren Schutz zu nehmen“.

³ Das wird besonders deutlich im Umgang mit Kindern (vgl. dazu den Vortrag von Carl Friedrich Clasen „Spezielle Anforderungen und besondere ethische Probleme in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen“ beim 4. Lübecker Symposium Palliativmedizin, Oktober 2008).

⁴ Siehe dazu: Kirchen formulieren Einwände gegen Entwurf zur Patientenverfügung, epd-Meldung vom 16. Mai 2008.

Dieser Entwurf hebt einseitig das Selbstbestimmungsrecht hervor, ohne es auf die Fürsorge für den Patienten zu beziehen.⁵ Dies wird besonders deutlich in solchen Fällen, in denen die Willensäußerung von dem Patienten in Unkenntnis der Möglichkeiten medizinischer Behandlung erfolgt ist.

Anders als dieser Gesetzentwurf plädieren Kirche und Diakonie für eine Stärkung der Vorsorgevollmacht. Deren Rolle bei der Auslegung einer Verfügung ist in dem Entwurf nicht ausreichend gewichtet. Wir empfehlen, dass ein Betreuer oder Bevollmächtigter des Patienten prüfen sollte, ob sich der vorab schriftlich fixierte Patientenwille von dem aktuellen Wille unterscheidet. In Ausnahmefällen müsse der Arzt auf der Basis der Patientenverfügung über die weitere Behandlung entscheiden.

Besonders heikel ist der Aspekt der Reichweite von Patientenverfügungen. Es ist nicht hinnehmbar, wenn Festlegungen in einer Patientenverfügung „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“ des Patienten gelten sollten. Dies hätte etwa für Wachkomapatienten und Demenzerkrankte schwerwiegende Konsequenzen.

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein nimmt deshalb dankbar zur Kenntnis, dass inzwischen ein Alternativentwurf⁶ zum Stünker-Entwurf diskutiert wird. Ein dritter Entwurf zur Patientenverfügung versucht zu vermitteln und betont die aktive Rolle des Arztes.⁷ Beide Gesetzentwürfe wurden im Januar 2009 formell in den Bundestag eingebracht.⁸ Es gibt sogar den weitergehenden Vorschlag, gar keine neue rechtliche Regelung vorzusehen, sondern es bei der bisherigen Rechtsprechung zu belassen.⁹

⁵ Vgl. dazu: Dietmar Mieth, Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender, Düsseldorf: Patmos 2008; Thomas Klie, Furcht und Schrecken des Sterbens in modernen Gesellschaften und die Patientenverfügung, in: Die Hospiz-Zeitschrift 10. Jahrgang 37 2008/ 3, S. 19-22.

⁶ Vorgelegt von der Arbeitsgruppe Bosbach und Göring-Eckardt: neues Konzept zu den umstrittenen Patientenverfügungen (Spiegel Online-Meldung vom 20. September 2008). Nach diesem Entwurf wollen die Parlamentarier einerseits eine neue Patientenverfügung mit Beratung, jedoch ohne Reichweitenbegrenzung einführen. Andererseits wollen sie aber nicht hinter das geltende Recht zurück. Deshalb sollen auch einfache Patientenverfügungen weiterhin im Hinblick auf den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen „verbindlich“ bleiben, „wenn eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit vorliegt“. Zudem soll es die Möglichkeit geben, im Voraus ohne Reichweitenbegrenzung verbindlich den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen anzuordnen, wenn der Betroffene sich zuvor „umfassend ärztlich aufklären“ ließ, und zwar sowohl über das „später eingetretene Krankheitsbild“ als auch über die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung. Die Verfügung muss von einem Notar beurkundet sein und darf nicht älter als fünf Jahre sein. Die Gruppe will zudem die Vorsorgevollmacht in einem eigenen Paragraphen regeln. Nicht wenige Fachleute geben ihr den Vorzug gegenüber einer Patientenverfügung. Dabei benennt man eine Person, die im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit die Verantwortung übernimmt. Von dem bereits in den Bundestag eingebrachten Entwurf unter Federführung des SPD-Abgeordneten Joachim Stünker unterscheidet sich die Vorlage vor allem dadurch, dass sie die Wirksamkeit der Patientenverfügung stärker vom aktuellen Gesundheitszustand des Patienten abhängig macht. (www.Aerzteblatt.de vom 23. September 2008).

⁷ Am 12. November 2008 vorgelegt von Abgeordneten um den Unions-Fraktionsvize Wolfgang Zöllner (CSU). Der Gruppenantrag sei als „Kompromiss“ zwischen den beiden bislang vorliegenden Konzepten der Abgeordnetengruppen um Wolfgang Bosbach (CDU) und Joachim Stünker (SPD) zu verstehen. Dem Entwurf zufolge sind Patientenverfügungen – auch wenn sie nur mündlich geäußert wurden – grundsätzlich verbindlich. Notwendig sei es aber immer, die aktuelle Situation des Patientenwillens zu ermitteln. Ärztinnen und Ärzte sollen im Unterschied zu der Initiative der Gruppe um Stünker nicht nur Ausführende der Patientenverfügung sein, sondern „aktiv“ an der Ermittlung des Patientenwillens beteiligt werden. © ER/aerzteblatt.de

⁸ Vgl. dazu die Plenardebatte im Deutschen Bundestag vom 21. Januar 2009.

⁹ Vgl. Frank Ulrich Montgomery, Neue Rechtsunsicherheit droht. Rheinischer Merkur Nr. 44, 30.10.2008.

1.2 Sterbehilfe¹⁰

Es ist davon auszugehen, dass die Ärzteschaft laut neueren Studien weitgehend uninformiert über die herrschende Rechtsprechung und deswegen im Unklaren darüber ist, welche Grenzziehungen zwischen *Tötung auf Verlangen*, *Leidensminderung* und *Behandlungsbegrenzung* bestehen.

Dies liegt nicht zuletzt an der äußerst missverständlichen und z.T. irreführenden Begrifflichkeit in diesem Bereich. Deswegen sind Initiativen (wie vom Deutschen Ethikrat und dem Deutschen Juristentag 2006) zu unterstützen, die noch in der Christlichen Patientenverfügung gebrauchte Begrifflichkeit wie z.B. „aktive Sterbehilfe“ zugunsten einer klareren, auch hier verwendeten Terminologie zu ändern (also statt Sterbehilfe: Sterbebegleitung, statt aktive Sterbehilfe: Tötung auf Verlangen, statt indirekte Sterbehilfe: Leidensminderung, statt passive Sterbehilfe: Sterbenlassen oder Behandlungsbegrenzung, statt assistierter Suizid: Beihilfe zur Selbsttötung). In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob es nicht angemessener ist, statt von „Vorsorgevollmacht“ von „Vorsorgender Vollmacht“ zu sprechen.

Patientenverfügungen müssen mit gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen vereinbar sein. Dies ist dann nicht der Fall, wenn um Tötung auf Verlangen oder um eine ärztliche Maßnahme gebeten wird, die mit dem Berufsethos des Arztes nicht vereinbar ist. **Die Tötung auf Verlangen oder gar die vorsätzliche Tötung ohne Einwilligung des Patienten sowie die (organisierte) Beihilfe zur Selbsttötung¹¹ sind ethisch unter allen Umständen unzulässig.**

Ein weiteres Problem wird sichtbar: die zunehmende palliative Sedierung am Lebensende (terminale Sedierung) könnte zu einer Verwischung der Grenzen zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe führen.¹²

1.3 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein unterstützt die gemeinsamen Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) und der Bundesärztekammer (BÄK), eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ zu formulieren und der Öffentlichkeit als wichtige Grundsatzverpflichtung einer demokratischen und fürsorglichen Gesellschaft zu präsentieren, die die Würde des Menschen bis zuletzt achtet und respektiert.

¹⁰ In Anlehnung an: Eckpunkte des Rates der EKD für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007.

¹¹ In der Diskussion um Sterbehilfe hat die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) ein zügiges Verbot kommerzieller Anbieter verlangt. Geschäftsmäßigen Organisationen müsse die Politik möglichst bald einen rechtlichen Riegel vorschieben, erklärte die EKD in einem am 18. November 2008 veröffentlichten Grundsatzpapier. Es gelte einer Situation vorzubeugen, die die Entstehung von Sterbehilfeorganisationen nach Schweizer Muster begünstige. Beihilfe zur Selbsttötung dürfe nicht zu einer käuflichen Dienstleistung werden. Außerdem lehnt die Kirche eine Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung im Recht ab. Die Selbsttötung rücke sonst in die Nähe einer „normalen Option“ am Lebensende und die Haltung der Menschen zu Leben und Tod könne sich dadurch grundlegend ändern. Es sei nicht auszuschließen, dass daraus ein Druck entstehe, diese Option zu wählen, um Angehörigen die Belastung einer langwierigen Pflege bei schwerer Krankheit zu ersparen.

¹² Vgl. dazu den Vortrag von Prof. Eberhard Klaschik beim 4. Lübecker Symposium Palliativmedizin, Oktober 2008.

2 Hospizarbeit und Palliativversorgung¹³ in Schleswig-Holstein

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein unterstützt ausdrücklich die Initiative der Fraktionen der FDP, CDU, SPD, BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW im Schleswig-Holsteinischen Landtag: „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und Hospizversorgung werden“.

Der Schleswig-Holsteinische Landtag stellte in mehreren Debatten (2005 und 2006) fest, dass in Deutschland trotz eines intensiven Ausbaus der palliativmedizinischen Angebote nicht von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung gesprochen werden kann. Eine Weiterentwicklung von Forschung und Lehre sei im Vergleich zu internationalen Standards ebenso dringend erforderlich.

Der Schleswig-Holsteinische Landtag setzt sich deshalb mit unserer Unterstützung dafür ein, palliativmedizinische Angebote zu einem Bestandteil einer flächendeckenden Regelversorgung zu machen. Bestandteile des Regelversorgungsangebots müssen sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen sein. Konzeptionell ist ebenfalls auf die Kooperation von haupt- und ehrenamtlich Tätigen zu achten. Die Ausgestaltung eines integrativen Versorgungsangebots soll sich an entsprechenden Richtwerten für ambulante und stationäre Angebote ausrichten.

Der Landtag forderte die Landesregierung dazu auf, eine Bundesratsinitiative zu ergreifen, die zum Ziel hat, eine bundesweit einheitliche Rechtsgrundlage für die Anerkennung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zu schaffen.

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein hat die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Schleswig-Holstein von Anfang an begleitet. Es hat sich 1995 an der Gründung des schleswig-holsteinischen Hospizverbandes beteiligt, die Durchführung der Nordischen Hospiztage in Sankelmark ermöglicht und das Angebot von Wochenendseminaren für Ehrenamtliche in der Hospizarbeit finanziell gefördert. Darüber hinaus tritt das Diakonische Werk Schleswig-Holstein zusammen mit anderen als Veranstalter des Lübecker Symposiums für Palliativmedizin auf. Seit 1. Januar 2008 gibt es auf einer Pfarrstelle des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein die Funktion eines Nordelbischen Beauftragten für die Begleitung Sterbender.

Die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung ist von der Landesregierung¹⁴ bereits seit über 15 Jahren kontinuierlich vorangetrieben und konsequent weiterentwickelt worden. So wurde bisher schwerpunktmäßig der Aufbau eines flächendeckenden Angebots an palliativmedizinischen Initiativen und Gruppen sowie die Förderung des ehrenamtlichen Engagements in diesem Bereich unterstützt. Zu den derzeitigen Arbeitsschwerpunkten gehört die Verzahnung des stationären Angebotes mit dem Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung ebenso wie die palliativmedizinische Fortbildung.

Die Landesregierung hat sich in Zusammenarbeit mit der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft, mit dem Arbeitskreis Palliativmedizin für Schleswig-Holstein und

¹³ Die Palliativversorgung soll Menschen, die schwerstkrank sind und bald sterben müssen, auf ihrem letzten Lebensabschnitt begleiten und auf diesem schweren Weg einen menschenwürdigen Rahmen gewährleisten. Palliativversorgung meint dabei eine medizinische und pflegerische Versorgung, die einen „schützenden Mantel“, (lat. *pallium*) um die betroffenen Patienten legt.

¹⁴ Im Folgenden finden sich Auszüge aus dem Bericht der Landesregierung „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und Hospizversorgung werden“ vom Januar 2006 mit einigen Ergänzungen und Aktualisierungen.

dem Hospizverband Schleswig-Holstein (jetzt zusammengeschlossen zum Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein) für die Verbreitung und Vertiefung des Fachwissens, aber auch für die Bewusstseinsbildung in allen Bereichen der Palliativ- und Hospizversorgung eingesetzt. Die Palliativstationen sind sozusagen Keimzellen für den Wissenstransfer nach außen, auch zu den Hausärztinnen und -ärzten und den anderen Mitgliedern der therapeutischen Teams.

So wurde vor über 15 Jahren mit dem Katharinen-Hospiz am Park in Flensburg die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung Schleswig-Holsteins auf den Weg gebracht. Nach damaliger Vorstellung einer Arbeitsgruppe, die aus Vertretern der schleswig-holsteinischen Krankenkassen, der Einrichtung aus Flensburg und dem Gesundheitsministerium bestand, sollten die palliativmedizinischen Einheiten nur in Krankenhäusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung vorgehalten werden. Aus wirtschaftlichen Gründen wurde die optimale Größe einer Palliativstation bei 8 bis 12 Betten gesehen. Außerdem unterstützte die Landesregierung in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Hospizverband den Auf- und Ausbau der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein seit Jahren mit einem gezielten Förderprogramm.

Ziel der Landesförderung war es in der Vergangenheit, die Hospizarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen zu etablieren, die Hospizbewegung auf eine breite Basis zu stellen und den Aufbau eines flächendeckenden Angebots an ehrenamtlichen Hospizinitiativen und -gruppen zu unterstützen. Inzwischen wurde eine sehr gute Versorgungsstruktur geschaffen, die einen menschlich und fachlich angemessenen Umgang mit Sterbenden und unheilbar kranken Menschen in der Gemeinschaft ermöglicht.

2.1 *Forschung und Lehre*

Lehre

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in der novellierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 27. Juni 2002 die Palliativmedizin zwar nicht explizit als eigenes Fach festgeschrieben. Für die mündliche Prüfung im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist jedoch ausdrücklich geregelt (§ 28 Abs. 2 Nr. 8), dass der Prüfling fallbezogen zeigen muss „dass er die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt. Er hat insbesondere nachzuweisen, dass er die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten unter Berücksichtigung insbesondere auch ethischer Fragestellungen kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung auch bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden fähig ist.“

Ferner wird ausdrücklich als Prüfungsstoff für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts die Behandlung von Langzeitkranken, unheilbar Kranken und Sterbenden, Schmerzbehandlung und Palliativmedizin aufgeführt (Anlage 15 zu § 29 Abs. 3 Satz 2 ÄAppO).

Mit Rücksicht darauf binden die Medizinischen Fakultäten an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck die Palliativmedizin in die Lehre für die Studierenden der Humanmedizin wie folgt ein:

Christian-Albrechts Universität

1. In der Pflichtvorlesung Anästhesie ist die Schmerz- und Palliativmedizin Bestandteil des Lehrangebotes.

2. Im Pflichtpraktikum Anästhesie absolviert jeder Student ein Praktikum zur Schmerz- und Palliativmedizin.
3. Im Wahlfach Schmerz wird ebenfalls im Rahmen der Tumorschmerztherapie die Palliativ- und Hospizbehandlung gelehrt.
4. Es gibt ein freiwilliges Seminar zur Kommunikation in der Palliativmedizin.

Universität zu Lübeck

1. Inhalte der Palliativmedizin werden im Fach Anästhesiologie gelehrt, das im 4. Studienjahr in Form eines Blockpraktikums als Pflichtveranstaltung verankert ist. Zusätzlich werden ausgewählte Themen aus der Schmerztherapie im Rahmen von Fallvorstellungen angeboten.
2. Als Wahlfach kann der interdisziplinäre Kurs „Schmerzerkrankungen – Schmerztherapie“ belegt werden. Neben der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie sind daran u.a. folgende Einrichtungen beteiligt: Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Institut für Sozialmedizin, Klinik für Neurochirurgie, Klinik für Orthopädie, Klinik für Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Medizinische Klinik I.
3. Innerhalb der Pflichtvorlesung „Allgemeinmedizin“ gibt es pro Semester eine Vorlesungseinheit zum Thema „Sterbebegleitung – Palliativmedizin“.

Forschung

Da die Palliativmedizin ein außerordentlich stark interdisziplinär geprägtes Fach ist, sind auch die Forschungsprojekte nicht immer eindeutig zuzuordnen. Als aktuelle Beispiele für Forschungsprojekte am UK-SH mit einem eindeutig palliativmedizinischen Schwerpunkt seien hier genannt:

1. Versorgungsforschung: Qualität der palliativmedizinischen Versorgung unter ökonomischen Rahmenbedingungen
2. Stellenwert von Antibiotikabehandlung in der Palliativmedizin
3. Pallidok: Multizentrische Datenerhebung zu Therapieverlauf und Outcome der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
4. Arzneimittelstudien

Professur für Palliativmedizin

In Deutschland gibt es derzeit nach Angabe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: Juli 2008) fünf Lehrstühle für Palliativmedizin (Aachen, Bonn, Göttingen, Köln und München) sowie einen Lehrstuhl für Kinder-Palliativmedizin in Witten-Herdecke. Die meisten Lehrstühle sind Stiftungsprofessuren. An den Medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck gibt es derzeit keine Planungen zur Einrichtung einer öffentlichen Professur für Palliativmedizin.¹⁵ **Eine solche wäre aber durchaus wünschenswert, um Schleswig-Holstein auch in dieser Hinsicht zum Vorreiter der Palliativmedizin und Hospizversorgung zu machen.**

¹⁵ Unter dem 6. November 2008 wird gemeldet: Am UKSH-Campus Lübeck soll ein Lehrstuhl für Palliativmedizin eingerichtet werden. Im Internet unter: <http://www.hl-live.de/aktuell/textstart.php?id=48113>

2.2 Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege

Im 2004 novellierten *Krankenpflegegesetz* sind palliative Maßnahmen als Teil des krankenpflegerischen Handlungsspektrums im Ausbildungsziel (§ 3 Krankenpflegegesetz) verankert, und zwar gleichwertig mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Aspekten der Pflege. Dieser Aufwertung palliativer Aspekte entspricht auch, dass sie nicht mehr nur im Unterricht thematisiert werden, sondern die Auszubildenden in der praktischen, betrieblichen Ausbildung sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext palliative Pflege erlernen sollen.

Die Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat eine Handreichung für den palliativpflegerischen Unterricht erstellt, an der sich die Schulen orientieren.

Für die Krankenpflegeausbildung kann daher die diesbezügliche Empfehlung im Zwischenbericht der Enquête-Kommission zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender als bereits umgesetzt betrachtet werden.

Im *Altenpflegegesetz* und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die umfassende Begleitung Sterbender Ausbildungsteilziel; die Pflege sterbender und schwerstkranker alter Menschen ist Gegenstand des Unterrichtes. Palliative Pflege wird allerdings nicht ausdrücklich benannt.

Im Bereich der *Fortbildung* finden Palliative Care-Lehrgänge für Pflegefachkräfte in Schleswig-Holstein statt. Der Kurs umfasst 160 Unterrichtsstunden in Anlehnung an das Curriculum der DGP. Diese Lehrgänge werden nach einer Initialförderung durch das MSGF gemeinsam von der schleswig-holsteinischen Krebsgesellschaft und dem Landesverband des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus Palliativstationen, Hospizen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern, Heimen und Hospizinitiativen.

Die über 200 Pflegekräfte, die seit der Einführung durch die Palliative Care-Lehrgänge qualifiziert wurden, bilden auf Grund ihrer Herkunft aus allen pflegerischen Versorgungsbereichen ein eigenes Netzwerk, auf das für die Verbesserung von Kooperationsstrukturen wirksam zurückgegriffen werden kann. Das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) und der DBfK haben auch schon Follow-up-Tagungen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der bisherigen Lehrgänge geplant und durchgeführt.

Die Palliative Care-Lehrgänge bilden ein in sich abgeschlossenes Modul der fachpflegerischen *Weiterbildung* für Onkologische und Palliative Pflege, die im Verordnungswege geregelt ist. Diese Weiterbildung wird in Schleswig-Holstein gegenwärtig nicht angeboten.

Für die palliativpflegerische Qualifizierung entsteht daraus aber kein Defizit, denn die speziellen Palliative Care-Lehrgänge als Fortbildung sind – wie die Nachfrage und die Rückmeldungen aus der Praxis beweisen – sehr gut geeignet, Pflegekräfte zum palliativen Denken und Handeln zu befähigen.

2.3 Rahmenplanung für den Bereich Palliativmedizin

Auf speziellen Stationen in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern wird der palliativmedizinische Grundgedanke vertreten und vorgelebt. Ein weiterer flächendeckender Ausbau stationärer Palliativstationen wird in Abstimmung mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten nach Vorlage nachgewiesener Bedarfszahlen oder/und aber in Abstimmung über mögliche ergänzende Strukturen an bestehenden Krankenhäusern sukzessive erfolgen. Die konzeptionellen Planungen in Schleswig-Holstein konzentrieren sich darauf, den Schwerpunkt der palliativmedizinischen Versorgung inhaltlich und konzeptionell auf die Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie auf die Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich in diesem Bereich Tätigen zu legen.

Einschub 1: Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein¹⁶

Die mit der Krankenhausplanung befasste Beteiligtenrunde hat (im November 2007) Einigkeit über den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein erzielt. Sie stimmte dem Antrag auf Einrichtung von 6 palliativmedizinischen Betten im Westküstenklinikum in Heide zu.

Die Planungen in Schleswig-Holstein fokussieren sich darüber hinaus auf den Auf- und Ausbau einer ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Durch die Einrichtung so genannter Palliative Care-Teams soll inhaltlich und konzeptionell auf die Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen bzw. Versorgungsangeboten hingearbeitet werden. Außerdem sollen Kooperationen zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlich Tätigen in der Palliativmedizin und in Hospizen gefördert und verstärkt werden.

„Mit dem Ausbau des Standortes Heide wird die Palliativ-Versorgung im Westen des Landes sinnvoll ergänzt. Im Kreis Pinneberg kann eine stationäre Palliativversorgung am Standort Elmshorn durch die Versorgung in den Regio-Kliniken gesichert werden. Im Kreis Nordfriesland soll eine erweiterte palliativmedizinische Versorgung am Standort Niebüll in das interdisziplinäre Angebot des Klinikum Nordfriesland eingebettet werden. Damit und mit der geplanten Einrichtung von ambulanten Palliative Care-Teams wird die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein deutlich verbessert. Der Ausbau ist ein wichtiger Schritt zu einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung“, sagte Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht.

In einem nächsten Schritt ist ein weiterer Ausbau des palliativmedizinischen Angebots im Bereich Lübeck, Stormarn, Herzogtum Lauenburg geplant.

¹⁶ Aus: Medien-Information: Palliativmedizinische Versorgung wird weiter ausgebaut, November 2007.

2.4 Derzeitige regionale Versorgungssituation

2.4.1 Quantitative Auflistung von ambulanten und stationären Angeboten

Ambulante Hospizangebote

In Schleswig-Holstein gibt es zurzeit nach Angaben des Hospiz- und Palliativverbandes Schleswig-Holstein e.V. 41 Mitglieder¹⁷, die in der ambulanten Hospizarbeit tätig sind. Das sind Hospizgruppen, Hospizdienste, Hospizvereine, Hospiz-Initiativen oder Freundeskreise und Fördervereine von Hospizdiensten.

Weitere Hospizgruppen sind in der Gründungsphase bzw. sind nicht Mitglieder im Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. Außerdem haben einige der Hospizgruppen regionale Untergruppen gebildet.

Regionale Verteilung der ambulanten Hospizgruppen

Kreis	Zahl	Hospizgruppen
Flensburg	1	
Kiel	1	
Lübeck	2	
Neumünster	1	
Dithmarschen	1	Meldorf
Hzgt. Lauenburg	2	Geesthacht, Ratzeburg
Nordfriesland	5	Garding, Husum, Ladelund, Westerland, Wyk
Ostholstein	5	Eutin, Burg/Fehmarn (2), Neustadt, Pansdorf
Pinneberg	4	Elmshorn, Uetersen, Wedel (2)
Plön	4	Heikendorf, Lütjenburg, Plön, Preetz
Rendsburg-Eckernförde	3	Büdelsdorf, Eckernförde, Rendsburg
Schleswig-Flensburg	5	Gelting, Kappeln, Schleswig (2), Süderbrarup
Segeberg	4	Bad Bramstedt, Bad Segeberg, Henstedt-Ulzburg, Norderstedt
Steinburg	1	Itzehoe/Glückstadt
Stormarn	3	Ahrensburg, Bad Oldesloe, Reinbek
Schleswig-Holstein	42	

¹⁷ Siehe unter <http://www.hpvsh.de/Table/Hospizinitiativen> (dazu kommt: Süderbrarup); Bedarf: 56 (DHPV: 1 Hospizdienst auf 50.000 Einwohner).

Palliativstationen

Für eine angemessene Versorgung am Lebensende sind in Ergänzung zur ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen in begrenztem Umfang neben den stationären Hospizen auch Palliativstationen erforderlich.

Palliativstationen sind spezialisierte Krankenhausbereiche zur stationären Behandlung von Patienten mit fortschreitender und unheilbarer Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Ziel der Palliativmedizin ist nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Kranken. Dabei steht die konsequente Schmerztherapie, Symptomkontrolle und psychosoziale Unterstützung des Patienten und seiner Familie im Vordergrund.

In Schleswig-Holstein gibt es 5 Palliativstationen mit insgesamt 35 bis 37 Betten an folgenden Kliniken:

- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Strahlentherapie
6 Betten in vier Einzel- und einem Doppelzimmer
Team: 1,3 Ärztinnen/ Ärzte, 9 Krankenpflegekräfte, Physiotherapeutin, Seelsorgerin, Sozialarbeiterin, Kunsttherapeutin und ehrenamtlich Mitarbeitende.
- Weitere 6 bis 8 Betten stehen seit März 2005 im Zentrum für Schmerz- und Palliativtherapie (jetzt: Interdisziplinäre Schmerz- u. Palliativstation des UK S-H Campus Kiel) für Palliativpatienten zur Verfügung.
- Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster
5 Betten in drei Einzel- und einem Doppelzimmer
Team: Stationsärztin/ Stationsarzt, 9 Krankenschwestern, Seelsorgerin/ Seelsorger, Physiotherapeutin/ Physiotherapeut, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter und ehrenamtlich Mitarbeitende.
- St. Elisabeth-Krankenhaus in Eutin
12 Betten in vier Einzel- und 4 Doppelzimmern
Team: 2 Ärztinnen/ Ärzte, 18 Pflege-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ehrenamtlich Mitarbeitende
- Katharinen-Hospiz am Park in Flensburg
6 Betten in Einzelzimmern
Team: 1,5 Ärztinnen/ Ärzte, 15 Pflegefachkräfte (z.T. Teilzeit), Seelsorgerin/ Seelsorger, Physiotherapeutin/ Physiotherapeut, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter und ehrenamtlich Mitarbeitende.

Im Westküstenklinikum Heide wird derzeit eine Palliativstation mit 6 Betten gebaut. Darüber hinaus ist bekannt, dass ca. 4 Betten in Hamburger Krankenhäusern (AK Barmbek und Asklepios Westklinikum Rissen) regelmäßig von Bürgerinnen und Bürgern aus Schleswig-Holstein genutzt werden.¹⁹

¹⁹ Der rechnerische Bedarf für Schleswig-Holstein liegt bei 57 Palliativbetten (DHPV: 2 Palliativbetten pro 100.000 Einwohner).

Ambulante palliativmedizinische Versorgung

Bei der Weiterentwicklung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung soll die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte weiter gefestigt werden. Die bisherigen Qualifizierungsangebote sind seit 2006 erweitert worden um die ärztliche Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. Sie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patient mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen.

Sowohl bei der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung als auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung werden von den bestehenden Palliativstationen im Sinne von Kompetenzzentren wichtige Impulse ausgehen.

2.4.2 Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen

Hilfreich bei der Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen ist, dass in Schleswig-Holstein das Neben- und frühere Gegeneinander von Hospizbewegung und Palliativversorgung durch den Zusammenschluss des Arbeitskreises Palliativmedizin für Schleswig-Holstein mit dem Hospizverband zum Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. aufgehoben ist.

Dieses Zusammengehen bereitet den Boden für wirksame Kooperation zwischen Hospizen und Palliativstationen einerseits, zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor andererseits. Das Engagement und die Kompetenz von Haupt- und Ehrenamtlichen, von Laien und Professionellen sind im Verband bereits gebündelt. Daran kann bei der Weiterentwicklung integrativer Versorgungsstrukturen angeknüpft werden.

Außerdem wirken sich in Bezug auf die Verzahnung der palliativpflegerischen Versorgung die Palliative Care-Lehrgänge positiv aus. So hat z.B. das Diakonische Werk als Träger von Heimen, ambulanten Pflegediensten und eines stationären Hospizes in Rendsburg mehrmals Pflegekräfte aus den verschiedenen Sektoren in einen gemeinsamen Lehrgang entsandt. Dadurch wird die Kooperation zwischen den Diensten verbessert und die Kontinuität der pflegerischen Versorgung bei Verlegung der Patientinnen und Patienten gewahrt. Ähnlich wurde in Eutin verfahren mit Krankenschwestern von der Palliativstation einerseits, eines ambulanten Pflegedienstes andererseits, der auf die ambulante Palliativpflege spezialisiert ist.

Auf der lokalen Ebene finden sich vielversprechende Ansätze wirksamer Kooperation zwischen Hospizinitiative, Palliativstation, stationärem Hospiz, ambulanten Pflegediensten und Hausärzten.

Am Katharinen-Hospiz in Flensburg gibt es Anfänge eines ersten Palliative Care-Teams. Dabei beraten zwei teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern mit Palliative Care-Zusatzausbildung, eine Sozialpädagogin und der ärztliche Leiter der Palliativstation ambulante Dienste, Heime und Hausärzte bei der Betreuung, Pflege und Therapie von Palliativpatientinnen und -patienten. Die Finanzierung der Pflege- und der Sozialarbeiterstelle erfolgt gemäß § 39 a SGB V, d.h. durch die Krankenkassen. Dadurch gehört es auch zu den Aufgaben der Krankenschwestern und der Sozialpädagogin, die Arbeit der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospizinitiative zu koordinieren und sie in die Arbeit der Professionellen in Heimen und Pflegediensten

einzubinden. Außerdem sind die Krankenschwestern für die Pflegeüberleitung von der Palliativstation in die eigene Häuslichkeit zuständig. Die Beratungszeit des ärztlichen Leiters der Palliativstation wird aus Spenden finanziert. In Flensburg bewährt sich, dass das Palliative Care-Team nicht selbst pflegt, therapiert und begleitet, sondern den vorhandenen Diensten, aber auch ehrenamtlichen Begleitern sowie Angehörigen beratend und koordinierend zur Seite steht.

Diese Beispiele zeigen, wie die **Weiterentwicklung der palliativmedizinischen Pflege und Therapie im Hinblick auf die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“** erfolgen kann. Sie zeigen aber auch, dass bei dieser Weiterentwicklung die Besonderheiten vor Ort zu berücksichtigen sind. **Ein zu erarbeitendes Rahmenkonzept wird daher unbedingt Raum lassen müssen für angepasste, lokale Lösungen und wird an bestehende Strukturen, die sich bewährt haben, anknüpfen.**

2.4.3 Fachpersonelle Ausgestaltung

Neben den bereits dargestellten Ergebnissen der Palliative Care-Lehrgänge für Pflegenden hat die Ärztekammer zusammen mit dem Arbeitskreis Palliativmedizin im Vorgriff auf die neue Zusatz-Weiterbildung Basiskurse in Palliativmedizin durchgeführt. Daran nahmen insgesamt ca. 90 niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte teil. Der Basiskurs umfasst 40 Stunden nach einem von der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelten Konzept. Seit 2006 ist der Basiskurs Bestandteil der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung.

In den vergangenen 5 Jahren haben sich jeweils über 150 Pflegefachkräfte und Ärztinnen und Ärzte in palliativmedizinischer Hinsicht fortgebildet. Sie bilden zusammen mit den Palliativstationen die tragfähige Basis, auf der sich die Weiterentwicklung der Palliativversorgung vollziehen kann. Von ihnen kann auch erwartet werden, dass palliatives Denken und Handeln auch außerhalb der spezialisierten Einrichtungen Verbreitung findet.

2.4.4 Finanzierung der Angebote durch die Krankenkassen und andere Kostenträger

Ambulante Hospizdienste (ehrenamtliche Arbeit)

Ambulante Hospizdienste, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen, haben gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V Anspruch auf Förderung durch die Krankenkasse. Voraussetzung für eine Förderung ist außerdem, dass die ambulanten Hospizdienste mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten, fest angestellten Fachkraft stehen.

Einzelheiten zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den Bundesverbänden der freien Wohlfahrtspflege und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz in einer Rahmenvereinbarung vom 03.09.2002 gere-

gelt.²⁰ Danach ist Voraussetzung für eine Förderung auch, dass der ambulante Hospizdienst seit einem Jahr besteht und mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen kann.

Nach den Regelungen in der Rahmenvereinbarung fördern die Krankenkassen mit einem Zuschuss die Personalkosten der Fachkraft sowie die Kosten, die den ambulanten Hospizdiensten für externe Schulungen der ehrenamtlichen Personen entstehen. Der Förderbetrag wird auf der Grundlage von Leistungseinheiten unter Zugrundelegung der Anzahl der einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen und der Sterbegleitungen ermittelt.

²⁰ Über eine Neufassung der Rahmenvereinbarung wurde zwischenzeitlich verhandelt. Nach mehreren Verhandlungsrunden zur Anpassung der Bundesrahmenvereinbarungen zur stationären und ambulanten Hospizarbeit (§ 39a Abs. 1 und 2) an den aktuellen Gesetzestext im SGB V sehen alle Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege die Verhandlungen für gescheitert an. Das Diakonische Werk der EKD wird, wie die anderen Verbände der BAG FW auch, beide Bundesrahmenvereinbarungen nicht unterzeichnen, so dass die bisher gültigen Fassungen weiterhin in Kraft bleiben.

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband wird die stationäre Rahmenvereinbarung ebenfalls nicht unterzeichnen, hat sich nach ausführlicher Diskussion in dessen Vorstand aber entschlossen, die ambulante Rahmenvereinbarung zu unterzeichnen. Das Diakonische Werk und die übrigen Verbände der BAG FW halten diese Entscheidung für äußerst problematisch. Ausschlaggebend für unsere Entscheidung, beide Vereinbarungen nicht zu unterzeichnen, war die Tatsache, dass sich die Verbände mit den Krankenkassen in jeweils einem entscheidenden Punkt der Rahmenvereinbarungen nicht einigen konnten.

Im Einzelnen:

1. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V für die stationäre Hospizarbeit

Die Kassen weigerten sich, in § 3 Abs. 6 der Rahmenvereinbarung aufzunehmen, dass die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) nach § 37b Abs. 2 SGB V als ärztliche Teilleistung auch in stationären Hospizen erbracht werden kann. Dies würde in der Praxis dazu führen, dass PatientInnen, die zu Hause palliativmedizinisch und palliativpflegerisch durch SAPV versorgt werden, bei ihrem Umzug in ein stationäres Hospiz den Anspruch auf spezialisierte Palliativmedizin verlieren und damit unter Umständen nicht mehr ausreichend schmerztherapeutisch versorgt werden können.

Bezüglich der gesetzlich festgeschriebenen 5%igen Eigenfinanzierung der stationären Kinderhospize haben sich die Krankenkassen zwar bereit erklärt, die Satzungen in ihren Landesverbänden dementsprechend zu ändern, dass die Kassen die übrigen 5% Finanzierung übernehmen und diese nicht für die betroffenen Familien anfällt. Diese Regelung in die Bundesrahmenvereinbarung verbindlich aufzunehmen, wurde von Kassenseite jedoch abgelehnt.

2. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V für die ambulante Hospizarbeit

Die Kassen weigerten sich, in der Rahmenvereinbarung in einer Protokollnotiz darzulegen, dass die Grundlagen der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste (§ 6 Abs. 2 und 3 der Rahmenvereinbarung) insgesamt neu geordnet werden müssen. Hintergrund einer solchen Notiz ist die Tatsache, dass viele Hospizdienste 2008 deutlich geringere Fördergelder pro „Leistungseinheit“ als im Vorjahr durch die Krankenkassen ausgezahlt bekommen haben und gleichzeitig etwa ein Drittel – knapp 10 Millionen Euro – der bundesweit gesetzlich zur Verfügung stehenden Gelder für die ambulante Hospizarbeit nicht ausgezahlt wurden, sondern in die Haushalte der Krankenkassen zurückfließen. Für die Hospizdienste besteht dadurch Planungsunsicherheit und einige Dienste sind durch die deutlich zurückgegangenen Förderkosten in ihrer Existenz bedroht. Die Förderpraxis wird zudem zur Zeit in einem vom Caritasverband für das Erzbistum Berlin angestrebten Rechtsstreit vor dem Landessozialgericht Berlin überprüft.

Das Diakonische Werk der EKD sieht nun den Gesetzgeber gefordert, durch Änderungen des Gesetzestextes Klarheit zu schaffen, die es den Kassen erlaubt, die strittigen Punkte im Sinne der betroffenen schwerstkranken und sterbenden Menschen zu regeln. Nicht zuletzt muss die Politik ihren Ankündigungen, für die Bedürfnisse sterbenskranker Menschen sich einzusetzen, Taten folgen lassen. Konkrete Vorschläge zu Änderungen in den einschlägigen Gesetzestexten haben Caritas und Diakonie dem Gesetzgeber unterbreitet.

Laut unseren Informationen, wird es noch vor Weihnachten 2008 Gespräche mit dem Hospizverbänden über § 39a Abs. 1 und 2 SGB V vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages geben. Das Diakonische Werk der EKD wird auch dabei auf dringend erforderliche Gesetzesänderungen für die Hospizarbeit drängen.

Die Höhe der Gesamtförderung durch die Krankenkassen sowie deren jährliche Anpassung ist ebenfalls in § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V geregelt. Für das Jahr 2007 sollen die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung 0,40 EUR für jeden ihrer Versicherten umfassen, das sind für Schleswig-Holstein 960.104,40 EUR.

In 2007 haben 15 ambulante Hospizdienste in Schleswig-Holstein Fördermittel der Krankenkassen in Höhe von insgesamt 707.157,03 EUR erhalten. Damit wurde das gesetzlich vorgesehene Fördervolumen in Schleswig-Holstein lediglich zu 73,65 % ausgeschöpft.²¹ An den nicht ausgeschütteten Beträgen sollen in Zukunft die Kinderhospizdienste überproportional partizipieren. Dazu sind neue Rahmenempfehlungen in Arbeit.

In einzelnen Bundesländern kommt es jedoch durch die Zunahme der ambulanten Hospizdienste bereits zu einem deutlichen Rückgang der nicht ausgeschütteten Fördergelder und zu einer existenzbedrohenden Abnahme der jeweiligen Fördersumme im Einzelfall, da mehr Anbieter sich in eine gedeckelte Summe teilen müssen. **Daher ist es notwendig, das Berechnungsmodell zur Förderung der ambulanten Hospizdienste insgesamt grundlegend zu überarbeiten.**

Das MSGF weist die ambulanten Hospizgruppen im Rahmen der eigenen Fördertätigkeit gezielt auf die Möglichkeit einer Förderung durch die Krankenkassen hin. Die AOK Schleswig-Holstein, die für Schleswig-Holstein die Federführung für das Antragsverfahren hat, bietet ebenfalls, ggf. auch vor Ort, Beratung über Fördermöglichkeiten und -voraussetzungen an.

Einschub 2: Verdrängt die Pflegereform die ambulanten Hospizdienste?

Durch die Leistungsverbesserungen, die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 (PfWG) zusammen mit dem Gesetz über die Pflegezeit vom 28. Mai 2008 (PflegeZG) in Kraft getreten sind, ergeben sich allerdings eine Reihe von Problemen, die auf eine Verdrängung der ambulanten Hospizdienste hinauslaufen könnten. Darauf weist kritisch Paul Herrlein in einem Fachartikel²² hin (siehe Anhang 3).

²¹ Für ganz Deutschland ergibt sich folgendes Bild: Von den gesetzlich den ambulanten Hospizdiensten zur Verfügung stehenden ca. 26 Mio. Euro fließen über 8 Mio. Euro (d.h. über 30 %) im Jahr an die Krankenkassen zurück.

²² Paul Herrlein, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung und Förderung von Ehrenamt: Verdrängt die Pflegereform die ambulanten Hospizdienste? In: Die Hospiz-Zeitschrift 10. Jahrgang 37 2008/ 3, S. 9-13.

Stationäre Hospize

Für die stationären Hospize in Schleswig-Holstein werden einrichtungsbezogene Tagesbedarfssätze mit den Krankenkassen bzw. den Pflegekassen vereinbart.

Versicherte haben nach § 39 a Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen. Im SGB V ist die Mindesthöhe dieses Zuschusses (zurzeit 144,90 € täglich) und die Nachrangigkeit gegenüber Leistungen anderer Sozialleistungsträger festgelegt. Näheres über Art und Umfang der Versorgung ist in der Rahmenvereinbarung zu § 39 a Abs. 1 SGB V vereinbart. Zuschussfähig sind danach 90 % des vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes. 10 % der Kosten müssen vom Hospiz selbst aufgebracht werden.

Die entsprechend der Aufenthaltsdauer ermittelten Kosten für den Hospizaufenthalt werden aus den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Kurzzeitpflege § 42 SGB XI und vollstationäre Pflege § 43 SGB XI) und dem Zuschuss aus der gesetzlichen Krankenversicherung § 39 a Abs. 1 SGB V) bis zur Höhe von 90 % finanziert. Wegen der in der Regel kurzen Verweildauer ergibt sich durch den Krankenkassenzuschuss in den meisten Fällen kein Eigenanteil für den Patienten.

Stationäre Palliativstationen

Die Abrechnung erfolgt nach § 39 SGB V. Dort wird die Finanzierung der stationären Krankenhausbehandlung aller einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses geregelt. Die Abrechnung erfolgt – wie andere Krankenhausleistungen auch – auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Seit 2005 gibt es im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) die Möglichkeit, „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ zu verschlüsseln; eine spezielle abrechenbare DRG dafür gibt es aber (noch) nicht.

Ambulante Palliativdienste (allgemeine ambulante Palliativversorgung)

Ambulante Palliativpflege ist zumeist Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Abs. 1 SGB V. Sie wird von den Krankenkassen entweder als Einzelleistung entsprechend der Richtlinien für Häusliche Krankenpflege oder in begründeten Einzelfällen als Pauschalvergütung bis zum maximalen Stundensatz von 45 € honoriert. Falls eine Einstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorliegt, werden die daraus resultierenden Pflegeleistungen ergänzt durch ärztlich verordnete Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V. Problematisch für die Pflegedienste ist dabei, dass in jedem Einzelfall detaillierte Nachweise und Begründungen und sehr aufwändige Verhandlungen mit den jeweiligen Kranken- und Pflegekassen erforderlich sind. Dies gilt auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, bei denen durch die Behandlung von Palliativpatientinnen und -patienten budgetäre Grenzen erreicht werden.

Einschub 3: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Seit 1. April 2007 gibt es einen Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach §§ 37 b und 132d SGB V.

„Die bisherigen Angebote ambulanter und stationärer Versorgung reichten bekanntlich für eine effektive palliativmedizinische Betreuung fortgeschrittener Tumorpatienten nicht aus: zwar bestehen in etwa 10 % der deutschen Krankenhäuser Palliativstationen, die mit multiprofessionellen Stationsteams besetzt sind, insgesamt werden aber bundesweit immer noch zu wenige Betten auf Palliativstationen vorgehalten. In der ambulanten Versorgung dagegen arbeitet bisher der Hausarzt oder Facharzt als „Einzelkämpfer“, ebenso die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste und die gut ausgebildeten ehrenamtlichen Begleiter der ambulanten Hospizdienste. Es bestehen aber bisher kaum multiprofessionelle Palliativteams, vergleichbar dem Stationsteam einer Palliativstation, die nötig wären, um eine umfassende Betreuung Schwerkranker und Sterbender auch in schwierigen palliativen Krankheitssituationen zu Hause zu ermöglichen. Nur sie können durch vorausschauende Behandlung und jederzeit mögliche Kriseninterventionen ganz wesentlich zur Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen beitragen.

Zusätzlich bestehen durch nicht ausreichende Koordination der Versorgung von Palliativpatienten derzeit Lücken zwischen ambulanter und stationärer Betreuung: es bestehen Informations- und Übergabedefizite zwischen den einzelnen Berufsgruppen in der ambulanten Versorgung einerseits und zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung im Krankenhaus andererseits. Das heißt: weder interdisziplinär noch sektoren- (d.h. ambulant/ stationär) oder fachübergreifend fand bisher die notwendige Kommunikation zum Wohle der Betroffenen und ihrer Angehörigen statt. Auch hier bieten die beiden neuen Paragraphen Abhilfe, da diese Koordination (im Unterschied zur Koordinatoren-Tätigkeit in einem ambulanten Hospizdienst) jetzt die zentrale Aufgabe der SAPV-Teams wird, sobald die allgemeine Palliativversorgung durch die bestehenden Anbieter in der Region nicht mehr ausreicht.“²³

Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der Krankenkassen beauftragt, unter Berücksichtigung der zu beteiligenden Organisationen Empfehlungen zu erarbeiten, die diesen Rechtsanspruch auf SAPV auf der Grundlage von gemeinsamen Richtlinien in die Tat umsetzen.

Auf diese gemeinsamen Empfehlungen einigten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) am 23. Juni 2008. Beteiligt an den Beratungen waren die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege (BAG FW) einschließlich des Bundesverbandes der Diakonie, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung.

Das Diakonische Werk der EKD trug bei dieser Gelegenheit Bedenken gegen einige Punkte der geplanten Empfehlung vor. Im Anschluss an diese Anhörung hat der AOK Bundesverband die Empfehlung nochmals überarbeitet und am 29.07.2008 veröffentlicht:

²³ Wolf Diemer in: Die Hospiz-Zeitschrift 10. Jahrgang 37 2008/ 3, S. 5.

Gemeinsame Empfehlungen zur SAPV

„Es ist wichtig, dass Menschen gerade in dieser Phase die bestmögliche Betreuung erhalten. Das wird nunmehr sichergestellt. Ob zu Hause oder im Pflegeheim – ausgewählte Spezialisten stehen den Patienten bei medizinischen Problemen bei und lindern ihre Schmerzen. So ist ein menschenwürdiges Sterben möglich.“ Mit diesen Worten hat am 29. Juli 2008 in Bonn Dr. Herbert Reichelt, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, die „Empfehlungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV) begrüßt. Diese Empfehlungen sollen bundesweit einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer und einheitliche Vorgaben an die Qualitätssicherung der Leistungserbringung gewährleisten. Die Krankenkassen können nun auf dieser Basis mit spezialisierten Leistungserbringern Verträge zur Versorgung schwerstkranker sterbender Menschen zu Hause oder im Pflegeheim schließen. Berücksichtigen müssen sie dabei auch die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Dezember 2007.

Vertragsärzte und Krankenhausärzte können SAPV verordnen. Die Leistungen dürfen nur von Personen oder Institutionen erbracht werden, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat. Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Es soll ihnen auf dem Weg in den Tod ein menschenwürdiges Leben in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden.

„Im Vordergrund steht der medizinisch-pflegerische Ansatz.²⁴ Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht gelindert werden. Reicht das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung, nicht dafür aus, werden wir die Möglichkeiten der SAPV nutzen“, kündigte Reichelt an. Nach den Empfehlungen der Spitzenverbände können Ärzte sowie Pflegefachkräfte die SAPV erbringen, wenn sie entsprechende Erfahrungen in diesem Versorgungsbereich nachweisen können. Diese spezialisierten Leistungserbringer müssen für ihre todkranken Patienten dann rund um die Uhr erreichbar sein.

„Eine Beteiligung an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist selbstverständlich“, erläuterte Reichelt. Er kündigte an, die AOKs würden Versorgungsverträge nicht nur mit neu gegründeten Leistungserbringern (z. B. ambulanten Palliative Care-Teams, wie sie in Schleswig-Holstein von der Landesregierung gefördert werden) abschließen, sondern auch bereits tätige Personen oder Einrichtungen bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung berücksichtigen, wenn sie die Anforderungen erfüllen.

²⁴ Hier ist kritisch anzumerken, dass die in den internen Entwürfen so stark betonte Seelsorge (siehe Anlage 1) plötzlich fehlt. Vgl. dazu den Beitrag von Landespastorin Petra Thobaben beim 4. Ostsee-Anrainerstaaten Symposium Palliativmedizin: *Pädiatrische Palliativmedizin und Palliativmedizin in ländlichen Gebieten*, 29. und 30. Oktober 2008 in Lübeck: „[Es wird] immer wieder neu zu fragen sein, wie der Beitrag der Seelsorge gesellschaftlich zu bewerten ist. In den rechtlichen Regelungen wird sie genannt als notwendiger Bestandteil (ich verweise hier noch einmal auf die Aussagen der WHO), erhält aber nicht den „Rang“ einer Leistung, die abgerechnet werden kann. Sie wird damit als nützlicher Beitrag zur Identitätswahrung und Persönlichkeitsentwicklung im Prozess der Krankheit zum Tode hin gewertet. Da Seelsorge in den Teams der palliativen Versorgung lediglich mitgedacht ist, muss sorgsam darauf geachtet werden, in der (Leib, Sinne, Seele und Verstand) umfassenden Versorgung und Begleitung der Patientinnen und Patienten nicht die Seelsorge und den Glauben aus den Augen zu verlieren. Eine Aufgabe, der sich die Kirchengemeinden künftig verstärkt stellen müssen, wollen sie im Gemeinwesen öffentlich Zeugnis vom Evangelium der Liebe Gottes und seiner Barmherzigkeit ablegen. Das bedeutet für das Diakonische Werk Schleswig-Holstein, in Zukunft verstärkt mit dafür zu sorgen, dass die Kirchengemeinden diese Aufgabe auch wahrnehmen können.“ Beim Diakonie-Bundesverband läuft inzwischen ein Projekt „Seelsorge im diakonischen Handlungsfeld Palliative Care“; vgl. dazu die Thesen von Stadtpastor Sebastian Borck.

Einschub 4: Hinweise zur Beurteilung der Gemeinsamen Empfehlungen durch das DW-EKD

Das Diakonische Werk der EKD hat hierzu am 30. Juli 2008 folgende Hinweise gegeben:

1. Organisatorische Voraussetzungen der Leistungserbringung / Streichung der PCTs

Die zunächst vorgesehene Regelung zu Palliative Care Teams (PCT) in § 2 des Entwurfs ist ersatzlos entfallen. Die Leistungen der SAPV werden nunmehr durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Diese sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem.

2. Sächliche Voraussetzungen

Die sächlichen Voraussetzungen regelt ein neuer Punkt 4 „Organisatorische Voraussetzungen“. Inhaltlich haben sie sich gegenüber dem Entwurf kaum verändert.

3. Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Gem. 3.4 sind in den Vereinbarungen über die SAPV Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist. Damit ist die problematische Regelung in § 1 Abs. 6 des Entwurfs entfallen, wonach die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht zu den Aufgaben der SAPV gehören sollte.

4. Personelle Anforderungen

Punkt 4.1 der Empfehlung behält die Erbringung der SAPV-Leistungen spezialisierten Leistungserbringern mit besonderen, in 5.2 und 5.3 geregelten, Qualifikationen vor. Auch weitere Fachkräfte, mit denen die Leistungserbringer auf dauerhafter vertraglicher Basis zusammenarbeiten, müssen gem. 5.4 eine Zusatzweiterbildung oder mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachweisen können. Bedauerlicherweise sieht auch die nunmehr veröffentlichte Fassung keine Übergangsfristen und Alternativen für die Qualifikation vor.

5. Qualitätssicherung

Wie es scheint hat die Endfassung dem im Entwurf aufgetretenen Datenschutzproblem abgeholfen: Das Dokumentationssystem muss nun nur noch als Konzept den Krankenkassen vorgelegt werden. Des Weiteren gibt es redaktionelle Veränderungen.

6. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV

Die Maßstäbe für eine bedarfsgerechte SAPV-Versorgung sind als Bestandteil der Zulassungsvoraussetzung in die Empfehlung eingefügt worden. Gegenüber dem Entwurf hat sich der Text aber kaum verändert.

7. Stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Vorschläge, die das Diakonische Werk der EKD hierzu gemacht hatte, wurden nicht aufgegriffen.

8. Besondere Berücksichtigung von Kindern

Hier gab es gegenüber dem Entwurf keine Veränderungen.

9. Evaluation

Hierzu sieht 1.3 der Empfehlung folgende Regelung vor: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.“ Ausgehend von den Erfahrungen mit der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke bestehen jedoch nur geringe Erwartungen, dass auf diesem Wege Fehlentwicklungen tatsächlich erkannt und korrigiert werden.

Das zu der Empfehlung gehörende Verordnungsmuster liegt immer noch nicht vor.

Einschub 5: Antworten der Bundesregierung auf parlamentarische Anfragen

Frage (vom August 2008):

Wie lange wird es nach Ansicht der Bundesregierung dauern, bis der seit 1.4.2007 bestehende Anspruch gesetzlich Krankenkassensicherter auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umgesetzt wird, nachdem die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Empfehlungen der Krankenkassen verabschiedet sind, und wann erwartet sie eine flächendeckende spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Antwort vom 3. September 2008:

Nach dem In-Kraft-Treten der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) am 12. März 2008 und der Verabschiedung der Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen Ende Juli 2008 sind die formalen Voraussetzungen für Vertragsabschlüsse zur SAPV zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nach § 132d Abs. 1 SGB V erfüllt. Somit kann die praktische Umsetzung des mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz eingeführten individuellen Leistungsanspruchs auf SAPV realisiert werden. Die Bundesregierung erwartet eine möglichst zügige Umsetzung vor Ort und damit eine zeitnahe flächendeckende Versorgung. Nach Angaben der Krankenkassen werden bereits seit längerem dort, wo klare Strukturen vorhanden sind, Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gewährt.

Frage (vom August 2008):

Teilt die Bundesregierung die Befürchtung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, dass die von den Krankenkassen in der Empfehlung vorgenommene Festbeschreibung der pflegerischen und medizinischen Qualifikation für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung so hoch sei, dass diese in absehbarer Zeit kaum erfüllt werden könne und daher für eine zeitnahe Umsetzung Übergangsregelungen zur Qualifizierung des Personals notwendig seien, und wie könnten Übergangsregelungen aus Sicht der Bundesregierung aussehen?

Antwort vom 3. September 2008:

Um eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, bedarf es hoher Qualitätsansprüche an die Leistungserbringer des SAPV. Dem entsprechen die in den Empfehlungen festgelegten personellen Anforderungen an die Leistungserbringer. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bewusst auf ausdrückliche Übergangsregelungen mit festen Übergangsfristen verzichtet. Denn im Gegensatz zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die als bindende Normen uneingeschränkt zu beachten sind, sind bei den Rahmenempfehlungen Abweichungen grundsätzlich möglich, sofern dies etwa aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist. Daher können die Vertragspartner vor Ort entscheiden, ob aus Sicherheitserwägungen auch Leistungserbringer, die noch nicht alle Voraussetzungen erfüllen, unter Vertrag genommen werden. Daher ist nicht ersichtlich, dass die in den Empfehlungen festgelegten personellen Anforderungen einer zeitnahen Umsetzung des Anspruches auf SAPV somit entgegenstehen.

Arbeitsgemeinschaft ambulante Palliativversorgung Schleswig-Holstein

Die (inzwischen 14) schleswig-holsteinischen Projektgruppen haben sich zu einer „Arbeitsgemeinschaft ambulante Palliativversorgung Schleswig-Holstein“ zusammengeschlossen. Die AG Krankenkassen wird zunächst die Vertretung nach außen wahrnehmen. Es soll gemeinsam (unter Federführung der Ärztegenossenschaft SH) wegen SAPV mit den Kassen verhandelt werden.

Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen

Inzwischen ist eine erste Krankenkasse in Deutschland zur Kostenübernahme der SAPV in einem besonderen Fall verurteilt worden.²⁵ Es besteht also ein Leistungsanspruch der Versicherten auf SAPV.²⁶

Erster Versorgungsvertrag für SAPV

Als erste Krankenkasse hat die Deutsche BKK einen Vertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschlossen.²⁷ Zentrale Rolle spielt der Hausarzt, der die Versorgung der Patienten, die zu Hause sterben wollen, organisiert. Die Deutsche BKK hat den SAPV-Vertrag mit dem Ärzteverein „Gifhorner Palliativ- und Hospiz-Netz“ geschlossen. Es handelt sich um ein Pilotprojekt. Unheilbar kranken Menschen soll so ermöglicht werden, zu Hause zu sterben.

Die entscheidende Rolle trägt der Hausarzt, auch wenn er dem Netz nicht angehört: Er schreibt den Patienten ein und bestimmt, welche Versorgung erforderlich ist. Er koordiniert die Therapie und kann jederzeit einen der neun palliativmedizinisch fortgebildeten Mediziner des Netzes hinzuziehen – entweder zur Behandlung oder zur Beratung. Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit ist zudem durch 20 geschulte Palliativ-Pflegekräfte gewährleistet.

2.4.5 Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern und Angehörigen

Hospizarbeit beruht auf einem umfassenden ganzheitlichen Konzept. Ziel ist es,

- Sterbende nicht allein zu lassen in ihrem letzten Lebensabschnitt;
- ihnen Geborgenheit und Fürsorge in möglichst vertrauter Umgebung zu vermitteln;
- Schmerzen zu lindern und damit
- Sterbenden auch zu ermöglichen, sich in der letzten Phase mit Fragen des Lebens und Sterbens bewusst auseinanderzusetzen.

Hospizarbeit bietet Unterstützung, Begleitung und Kompetenz, um die Lebensqualität für sterbenskranke Menschen und auch deren Angehörige zu verbessern. Teilweise gehören zur Hospizarbeit auch Angebote zur Trauerbegleitung.

²⁵ Pressemitteilung von: Palliativnetz Bochum e.V. vom 18. September 2008.

²⁶ Vgl. dazu auch das Schreiben von Staatssekretär Dr. Theo Schröder an die BAG FW vom 25. September 2008: „Ich teile die Auffassung [der BAG FW], dass die Krankenkassen nach der Verabschiedung der maßgeblichen Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und Abschluss der Rahmenempfehlungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nunmehr verpflichtet sind, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend zur Verfügung zu stellen.“

²⁷ Vgl. CAREkonkret Update vom 29.10.2008; ebenfalls unter: <http://www.vincentz.net/news/index.cfm>

Die Hospizbewegung und der Hospizgedanke werden wesentlich von ehrenamtlichem Engagement getragen. In Schleswig-Holstein sind schätzungsweise 750 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv in der Hospizarbeit tätig.²⁸ Sie bieten individuelle, psychosoziale Unterstützung, um Kranken das Sterben in gewohnter Umgebung zu ermöglichen sowie deren Angehörige und Freunde zu entlasten.

Die Ausstattung, Organisationsformen und Arbeitsweisen der Initiativen, Gruppen und Vereine sind sehr unterschiedlich. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (jetzt: Deutscher Hospiz- und Palliativverband) hat gemeinsam mit den Landesarbeitsgemeinschaften (in Schleswig-Holstein der ehemalige Hospizverband Schleswig-Holstein e.V.) Definitionen und Qualitätskriterien erarbeitet, die bei aller Vielfalt eine qualitätsgesicherte ambulante Versorgung und Begleitung Sterbenskranker gewährleisten sollen. Dementsprechend reicht die Bandbreite der Hospizgruppen in Schleswig-Holstein von weit strukturierten und organisierten ambulanten Hospizdiensten mit eigener hauptamtlicher Koordinationskraft und Vernetzung zu Ärzten, ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen sowie eigenen Aus- und Fortbildungsangeboten bis hin zu Gruppierungen, denen es allein um qualifizierte Begleitung Sterbender in ihrer häuslichen Umgebung und um die Verbreitung des hospizlichen Gedankens in ihrem Umfeld geht.

Einige der Hospizvereine decken eine große Fläche ab, haben Untergruppen, die regional tätig sind und eigene Treffen haben (z.B. Meldorf, Neumünster). Die Anbindung bzw. Trägerschaft ist heterogen. Sehr viele Gruppen sind in Verbindung mit Kirchengemeinden oder Kirchenkreisen entstanden, einige Vereine sind eigenständig oder mit überregionalen Gruppierungen verbunden.

Die Vernetzung der Hospizgruppen untereinander wird vom Hospizverband als gut eingeschätzt. Es finden gegenseitige Beratungen statt, Empfehlungen von Referentinnen und Referenten für Vorträge oder Fortbildung werden ausgetauscht und Gruppen in der Gründungsphase unterstützt.

Das Land fördert unter Beachtung des auch im Hospizbereich geltenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ mit seinem Förderkonzept die ambulante Hospizarbeit und hier insbesondere die Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Förderfähig sind Maßnahmen und Projekte der ambulanten Hospizgruppen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Supervision der in der ambulanten Hospizarbeit ehrenamtlich Engagierten. Mit Landesmitteln gefördert werden dabei sowohl von den Hospizinitiativen selbst organisierte und durchgeführte Schulungen als auch Teilnehmerkosten für externe Schulungen. Supervisionsmaßnahmen dienen einer professionellen Begleitung der Ehrenamtlichen sowie der Reflektion ihrer Arbeit und sind unerlässlich, um die persönliche Belastung bei der Sterbebegleitung zu verringern. Um den Hospizgedanken in der Gesellschaft bekannt zu machen und neue Unterstützungspotentiale für die Hospizbewegung zu erschließen, werden außerdem übergreifende Fachveranstaltungen sowie Projekte zur Öffentlichkeitsarbeit gefördert.

Für die Förderung der ambulanten Hospizarbeit wurden im Landeshaushalt 2004/2005 im Rahmen der Förderung von ergänzenden Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung jährlich 30.000 EUR bereitgestellt. 2004 wurden 15 Zuwendungsempfänger mit insgesamt rd. 29.000 EUR gefördert, in 2005 14 Zuwendungsempfänger mit rd. 22.000 EUR.

²⁸ 750 qualifizierte Ehrenamtliche mit 45.000 Stunden ehrenamtlicher Arbeit führten 1.235 Sterbebegleitungen durch; davon 465 nach § 39a SGB V (Stand: 2005).

Im Haushalt 2006/2007 wurden ebenfalls 30.000 EUR für die Förderung der ambulanten Hospizarbeit eingestellt. Unter Berücksichtigung der zusätzlichen Förderung von Pilotprojekten zur Etablierung von Palliative Care-Teams im Lande wurden in den Haushaltsjahren 2008 und 2009 jeweils 200.000 € eingeplant. Als besonderes Projekt werden die Nordischen Hospiz- und Palliativtage in Sankelmark unterstützt. Die Hospiz- und Palliativtage werden alle zwei Jahre vom Diakonischen Werk organisiert und aus Landesmitteln gefördert (2008 mit 4.900 EUR).

Förderung weiterer Angebote

Der Handlungsbedarf bei der Vernetzung und Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen und der Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen für eine Verbesserung der hospizlichen Versorgung wurde in Schleswig-Holstein schon früh gesehen. Das Sozialministerium hat dazu bereits im Zeitraum 2001 bis 2003 das Modellprojekt „Hospizliche Arbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“ in Kiel gefördert.

Ziel des Projektes war es, den hospizlichen Gedanken in vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu transportieren durch

- Entwicklung eines bewussten Umgangs mit Sterbenden, Angehörigen und Mitbewohnern;
- Herstellung eines Konsens über eine menschenwürdige Kultur des Sterbens;
- Begreifens des übergreifenden, ganzheitlichen Ansatzes des hospizlichen Arbeitens als Teil der Weiterentwicklung der Pflegequalität in Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie
- Implementierung des hospizlichen Arbeitens soweit wie möglich in die Alltagsstruktur der Einrichtungen.

Empfehlungen der Enquête-Kommission

Die Enquête-Kommission des Bundestages hat in ihrem im Juni 2005 vorgelegten Zwischenbericht zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland erklärt, dass eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein wird, Palliativmedizin und Hospizwesen in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu integrieren.

Das schleswig-holsteinische Sozialministerium hat den Bericht der Enquête-Kommission u.a. zum Anlass genommen, die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem o.a. Modellprojekt nochmals in einem Informationsblatt zusammenzufassen und damit allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zugänglich zu machen. Damit konnte ein Anstoß gegeben werden, dass Einrichtungen dieses sensible Thema neu diskutieren, ihre eigenen Standards aus einem anderen Blickwinkel überprüfen und weiterentwickeln sowie eine Zusammenarbeit mit Hospizgruppen initiieren.

Die Empfehlungen der Enquête-Kommission betreffen auch noch eine Vielzahl struktureller Verbesserungen und Neuerungen, aber auch ein gesellschaftliches Umdenken insgesamt.

Besondere Dringlichkeit haben dabei die Stärkung der Sterbebegleitung und der angemessenen Palliativversorgung im häuslichen Bereich. Hierzu gehört die Einführung der Möglichkeit einer Freistellung von Angehörigen zur Sterbebegleitung, die Verbesserung der ambulanten Pflege am Lebensende, die Vernetzung der vorhandenen Strukturen und der geregelte Wissenstransfer der Fachkräfte der Palliativpflege und

der Palliativmedizin in das Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch die flächendeckende Einführung von „Palliative Care-Teams“.

Als wesentliche Grundlage dieser Empfehlung sieht die Enquête-Kommission eine (inzwischen erfolgte) gesetzliche Absicherung des Anspruchs des einzelnen Patienten auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung und die Weiterentwicklung der bestehenden leistungsrechtlichen Voraussetzungen im Sinne einer angemessenen Leistungserbringung.

3 Perspektiven:

3.1 **Besondere Angebote der Fort- und Weiterbildung: Nordische Hospiz- und Palliativtage und Lübecker Symposium Palliativmedizin**

Im Frühjahr und im Herbst 1992 fanden unter Mitwirkung des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein (Pastor Wolf-Dieter Szepan) erste Vortagungen in der Akademie Sankelmark mit dem Ziel statt, ab 1993 dort Nordische Hospiztage zu etablieren. Diese in der Folgezeit in der Öffentlichkeit vielbeachteten und von der Hospizbewegung selbst mitgestalteten Nordischen Hospiztage (seit 2004: Nordische Hospiz- und Palliativtage) behandelten im Laufe der Jahre folgende Themen:

1993: Die Hospizbewegung in Deutschland und in den skandinavischen Ländern

1994: Der Hospizgedanke als Herausforderung an die bestehenden Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege

1996: Schmerzen lindern – Leid ertragen

1998: Ethische Grundfragen der Hospizarbeit

2000: Leitfragen und Impulse zur Weiterentwicklung der Hospizarbeit

2002: Orte der Heilung

2004: „Zu guter Letzt ...“ Ideen, Erfahrungen, Projekte in Pflegeheimen

2006: Kinder erleben den Tod

2008: Ambulante Palliativversorgung in Schleswig-Holstein – Herausforderung zu gemeinsamem Handeln

Die Nordischen Hospiz- und Palliativtage wenden sich

Das Lübecker Symposium Palliativmedizin fand zum ersten Mal im Oktober 2005 statt als ein Gemeinschaftsprojekt des Diakonischen Werkes und des Gesundheitsministeriums Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtete darüber unter der Überschrift „Deutlich verbesserte Versorgung“:

„In den vergangenen zehn Jahren hat sich die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland deutlich verbessert. Früher „Ödland“ und Schlusslicht in Europa, wie DGP-Präsident Prof. Dr. Eberhard Klaschik die frühere Lage beschrieb, hat sich Deutschland im europäischen Vergleich inzwischen ins Mittelfeld vorgearbeitet. Auch ein Blick auf die Verhältnisse in Schleswig-Holstein zeigt, dass in den vergangenen Jahren viel erreicht wurde. Nach Angaben von Hildegard Entzian aus dem Kieler Gesundheitsministerium gibt es rund 40 aktive ambulante Hospizgruppen, Hospizdienste und -initiativen mit zusammen über 600 ehrenamtlichen Mitarbeitern zwischen Nord- und Ostsee. Fünf stationäre Hospize in Rendsburg, Lübeck, Geesthacht, Elmshorn und Kiel haben sich bereits etabliert, zwei weitere sind in Planung. Neben

dem ambulanten Kinderhospizdienst in Flensburg ist ein weiterer in Bad Segeberg geplant. In Schleswig-Holstein kommen 23 Hospizbetten auf eine Million Einwohner.²⁹

Das 2. Ostsee-Anrainerstaaten Symposium Palliativmedizin in Lübeck widmete sich im Oktober 2006 u.a. den Gefahren der Professionalisierung der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Der Gießener Soziologe Prof. Reimer Gronemeyer verwies auf die Gefahr einer Standardisierung und Normierung in der Palliativ- und Hospizbewegung. Zugleich werde das ehrenamtliche Engagement zurückgedrängt, ebenso regionale Lösungen in der Sterbebegleitung. Ohne die zentrale Rolle der Medizin in Frage zu stellen, warnte Gronemeyer vor einem „Diktat der Planung“ im letzten Lebensabschnitt und einem „expertokratischen Umgang“ mit Sterbenden.³⁰

Das 3. Ostsee-Anrainerstaaten Symposium Palliativmedizin im Oktober 2007 behandelte das Thema „Palliativmedizin in ländlichen Gebieten“. Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtete leider nicht über diese Tagung.

Das 4. Ostsee-Anrainerstaaten Symposium Palliativmedizin im Oktober 2008 ist dem Thema gewidmet: „Pädiatrische Palliativmedizin und Palliativmedizin in ländlichen Gebieten“.

Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein wird auch weiterhin dafür sorgen, dass die Nordischen Hospiz- und Palliativtage und das Lübecker Symposium Palliativmedizin regelmäßig stattfinden können. Dazu sucht das Diakonische Werk Schleswig-Holstein die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen bisherigen Kooperationspartnern, die eine Durchführung dieser wichtigen Treffen sowohl ideell als auch finanziell ermöglicht haben bzw. ermöglichen werden.

3.2 Seelsorge in Hospizarbeit und Palliativversorgung

Kirchengemeinde und diakonische Dienste und Einrichtungen³¹ sind Teil der Lebenswelt „ländlicher Raum“; auch sie haben Anteil an der Altersstruktur und den schleichenden Überforderungen. Ihre Präsenz ist erlebbar und nutzbar im Gemeinwesen. Von ihrem Auftrag her, Mittelsmann des Evangeliums zu sein und dazwischen zu gehen, müssen sie sich als verantwortlicher Mitakteur intermediär zwischen den Bereichen bewegen – als Teil des professionellen und ehrenamtlichen Netzwerks in *Palliative Care* und Hospizarbeit und als Teil des Gemeinwesens, dem das Ergehen seiner Mitglieder nicht gleichgültig sein kann.

Erst in der Alltagsbegegnung zwischen Menschen vor Ort kann die Bereitschaft wachsen, auch am Ende des Lebens solidarisch miteinander auszuhalten, oder sollte ich besser sagen: durchzuhalten. Nicht die Bedürfnisse von Patienten und ihrer Familien sind „anzugehen“ – falls erforderlich inklusive Trauerarbeit –, zurückzugewinnen ist das gemeinsame Teilen und Tragen von Leben, von sprachlos machendem Leid, von Momenten des Offenbar-Werdens von Glück und des möglichen Ganzen im Fragment.

In ihrem Bericht zur Implementierung von Palliative Care-Teams (siehe Anlage 1) beschreibt die Arbeitsgruppe des Landesarbeitskreises die Notwendigkeit, zum Aus-

²⁹ Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 12/2005, S. 34-35.

³⁰ Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 12/2006, S. 29.

³¹ Petra Thobaben, Leben als Fragment – die Verantwortung der Diakonie bei der Gestaltung der Palliativversorgung im ländlichen Raum. Vortrag beim 3. Lübecker Symposium Palliativmedizin, Oktober 2007, S. 6 f.

tausch und zur Kooperation zu kommen, um tragfähige Versorgungsnetzwerke zu etablieren. Ich denke, dabei sollten nicht nur die Verknüpfungen zu Institutionen und Verbänden im Vordergrund stehen. Das Augenmerk sollte auch auf die Netzwerke in Nachbarschaften und Familien gelegt werden, um in den Gemeinwesen das Wissen und das Bewusstsein um das Leben in der letzten Lebensphase zu stärken. In ein so verstandenes Netzwerk gehören die Kirchengemeinden mit hinein.

Der Aufbau der ambulanten Palliativversorgung³² sieht zwar vor, dass die Teams in den Regionen die unterschiedlichen Fachlichkeiten professionell abbilden und vorhalten, die Seelsorge (siehe Anlage 2) ist dabei leider ein wenig an den Rand geraten. Sie wird, da sie nicht zu den abrechnungsfähigen Leistungen zählt, gemeinsam mit den Mitgliedern der Hospizgruppen, die als bürgerschaftlich Engagierte in der Begleitung Sterbender aktiv sind, ihren Ort und ihre Rolle definieren müssen, von dem aus sie ihren „Faden“ in das gedachte Netzwerk der palliativen und ambulanten Versorgung einknüpfen will.

Begreift die Klinikseelsorge Seelsorge als Teil der ambulanten Palliativversorgung, so wird der Klinikpastor versuchen, die Gemeindepastorin in den therapeutischen Prozess der Krankheit zum Tode eines Patienten zu involvieren. Da man nicht wirklich voneinander weiß, wie in der konkreten Kirchengemeinde das Zusammenspiel zwischen medizinischer, pflegerischer und sozialpsychologischer Begleitung einerseits und seelsorgerlicher, pastoraler und freiwilliger Begleitung andererseits geordnet und aufeinander abgestimmt ist, kann der angestoßene seelsorgerlich-therapeutischen Prozess gefährdet sein, wenn unklar bleibt, ob es in der Gemeinde im Wohnort zu einer Übernahme der durch den Klinikpastor initiierten Begleitung des Patienten oder der Patientin kommt, da es bislang keine verbindlichen Rahmenkonzepte – wie z.B. bei der Notfallseelsorge – gibt.

Eine weitere Gefährdung der verbindlichen Kommunikation zwischen Leben und Tod kann in der Abgabe und Übernahme des Palliativpatienten von der Klinik in die Häuslichkeit und die Begleitung durch den Hausarzt, die Hausärztin liegen. Wie es gelingen kann, lässt sich exemplarisch an der Arbeit des ambulanten Palliativdienstes in Köln aufzeigen, der im Zusammenspiel zwischen den Ärzten der Klinik für Palliativmedizin, den Hausärzten und Apotheken, der Pflegenden, der freiwilligen Hilfe und der Angehörigen dafür sorgt, dass an den Übergängen und Schnittstellen des Gesundheitssystems keine Reibungsverluste entstehen. Der Dienst hilft, misslingende Kommunikationen zu verhindern.³³ Dieses hohe Maß des Zusammenspiels ist meines Wissens derzeit in Schleswig-Holstein so nicht flächendeckend und belastbar vorhanden; es befindet sich eher im Aufbau und muss die Nahräumlichkeit der Metropolregionen in die ländlichen Regionen „spreizen“.

Bis dahin bleibt durchaus die Unsicherheit, wie die in der Klinik begonnenen palliativ-therapeutischen Prozesse kohärent weiter geführt werden können in der ambulanten Versorgung und wie die Kommunikation mit und zu freiwilligen und bürgerschaftlichen Netzwerken von Initiativen, Hospiz- und/ oder Selbsthilfegruppen verbindlich angeknüpft und nachhaltig verstetigt werden können. Es gibt immer noch zu viele Abbrüche, die aus nicht gelungener verbindlicher Kommunikation und durch die Erfahrung von Enttäuschungen und Hilflosigkeit entstehen.

Daraus ergeben sich für mich Fragen an die sich in Schleswig-Holstein weiter ordnende Landschaft ambulanter Palliativ- und Hospizversorgung:

³² Petra Thobaben, Die Kunst des Anfangs: Zwischen Leben und Tod verbindlich kommunizieren. Vortrag beim 4. Lübecker Symposium Palliativmedizin, Oktober 2008, S. 4 f.

³³ Christoph Fuhr, Zuhause leben bis zuletzt, in, G+G 10. Jg. 2007, 22-27.

- Wie kommt Kirche/ Gemeinde als „Kümmerer“ und als für die Seele der Patientinnen und Patienten Sorgende zu einer tragfähigen Verbindlichkeit des Kommunizierens in den Prozessen des Übergangs – beispielsweise aus dem Krankenhaus in den Lebensalltag und seiner medizinischen und pflegerischen Begleitung zu Hause? Wenn der Patient selbst bestimmt, wann und mit wem er in eine seelsorgerliche Kommunikation eintreten will, müssen die Konzepte zur verbindlichen Kooperation und zum geordneten Übergang zwischen Klinik- und Gemeindeseelsorge dem entsprechen und ausgebaut werden.
- Wie interagieren und kommunizieren die Ebenen Krankenhaus/ Palliativstation/ Hospiz – ambulante Dienste/ niedergelassene Ärzte/ Therapeuten – Gemeinde als Gemeinschaft und Ort für Klage, Trauer, Trost und Seelsorge – bürgerschaftliche Netzwerke verbindlich miteinander?
- Wie treffen Menschen unterschiedlicher Kulturen und unterschiedlichen Glaubens aufeinander in diesen Prozessen aufeinander? Oder anders gefragt: Haben wir die interkulturelle Kompetenz des achtsamen und respektvollen Wahrnehmens des verschiedenen Umgangs der Kulturen mit den Fragen des Lebens und Sterbens, den Fragen von Hoffnung und Verzweiflung, den Fragen nach Liebe und Geborgenheit?
- Wie kann Seelsorge einen Rahmen ausspannen, in dem es für den Sterbenden möglich wird, an seiner Biografie zu arbeiten; gleichsam sein Leben zu rekonstruieren mit allem, was erfüllt war und was Fragment geblieben ist, um einwilligen zu können in das unabweisbare Ende des Lebens mitsamt der Schmerzen und Ängste und der bohrenden Fragen nach dem Sinn und dem, was trägt im Leben wie im Sterben? Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen Professionen muss sich auf diesen Aspekt beziehen. Hier wird künftig die Vernetzung wichtig sein über die Grenzen der Professionalitäten von Medizin, Pflege, psychosozialer Therapie, Seelsorge und freiwilligem Engagement hinaus.

Stand: 10 Februar 2009

Anhang 1

Bericht der Arbeitsgruppe 1: Leistungsdefinition
des Landesarbeitskreises Palliativmedizin und Hospizversorgung
(Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Anlage)
Kiel, im November 2006

Implementierung von Palliative Care-Teams in Schleswig-Holstein **Teil I – Grundlagen und Strukturen**

Bei der kontinuierlichen und nachhaltigen Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung kommt dem Aufbau von Palliative Care-Teams hohe Bedeutung zu.

Nachdem der schleswig-holsteinische Landtag einvernehmlich den Anspruch auf eine Vorreiterrolle des Landes in der Palliativmedizin und Hospizversorgung formuliert hat, wurde beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren ein Arbeitskreis eingerichtet, in dem mit allen Beteiligten, insbesondere dem Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein, nach Wegen gesucht werden soll, diesen Anspruch zu realisieren. Der Arbeitskreis hat Unterarbeitsgruppen gebildet, die Einzelaspekte vertieft behandeln. Dies sind zur Zeit die Unterarbeitsgruppen „Leistungsdefinition“, „Finanzierung“ sowie „Vernetzung“.

In einem ersten Schritt legt die Unterarbeitsgruppe „Leistungsdefinition“ hiermit das Ergebnis aus sechs Sitzungen vor, in denen Palliative Care-Teams im Hinblick auf ihre Grundlagen, Adressaten, Aufgaben und Strukturen näher beschrieben werden.

I. Grundlagen

Es wird bewusst darauf verzichtet, den zentralen Begriff *Palliative Care* zu übersetzen um die durchgängige Ausrichtung des hier vorliegenden Konzeptes an der WHO-Definition von Palliative Care zu unterstreichen.

Danach ist Palliative Care ein Behandlungsansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die den Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung gegenüber stehen. Das wird erreicht durch die Prävention und Linderung von Leiden mittels einer frühen Wahrnehmung und sorgfältigen Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliative Care

- sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen;
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess;
- hat die Intention, den Tod weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern;
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenversorgung;
- stellt ein Unterstützungssystem zur Verfügung, das den Patienten hilft, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben;
- stellt ein Unterstützungssystem zur Verfügung, das den Familien hilft, der Erkrankung des Patienten und ihrem eigenen Verlust gewachsen zu sein;
- nutzt einen Teamansatz, um die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien

- anzugehen, inklusive Trauer und Trauerbegleitung, wenn erforderlich;
- will Lebensqualität erhöhen, und kann auch einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung haben;
 - kann früh im Verlauf der Erkrankung eingesetzt werden, in Verbindung mit anderen Therapien, die einen lebensverlängernden Ansatz haben, wie Chemotherapie oder Strahlentherapie, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können.

Nach Auffassung der Unterarbeitsgruppe sollen Palliative Care-Teams geprägt sein von dem gleichberechtigten Neben- und Miteinander sowohl unterschiedlicher Berufsgruppen als auch haupt- und ehrenamtlich Tätigen. Sie sollen unter Berücksichtigung gewachsener Strukturen und bei Vermeidung von Parallelvorhaltung und Überkapazitäten integrierter Bestandteil der Regelversorgung werden.

Die Unterarbeitsgruppe schlägt vor, dass zwischen palliativer Basis- und Spezialversorgung unterschieden werden sollte. Die Basisversorgung erfolgt durch niedergelassene Haus- und Fachärzte im unmittelbaren Umfeld der Patienten, durch ambulante Pflege- und komplementäre Dienste. Palliative Care-Teams unterstützen und befähigen die Basisversorger mit dem Ziel, Freiräume für neue Aufgaben zu eröffnen.

Die Spezialversorgung erfolgt durch Palliativstationen an Krankenhäusern, spezialisierte ärztliche Praxen und Pflegedienste sowie in stationären Hospizen. Palliative Care-Teams arbeiten mit diesen spezialisierten Leistungserbringern vor Ort zusammen. Dadurch wird gleichzeitig sichergestellt, dass lokale und regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur positiv genutzt werden können.

Der Aufbau von Palliative Care-Teams soll dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patientinnen und Patienten dadurch Rechnung tragen, dass der Wunsch nach würdevollem Lebensende in der eigenen Häuslichkeit umgesetzt werden kann. Maßgeblich ist dabei die von der Patientin oder dem Patienten akzeptierte und gewünschte, vertraute bzw. ständige Umgebung, was sich nicht ausschließlich auf die Familie beziehen muss.

Palliative Care-Teams müssen zeitnah und ständig erreichbar sein, d.h. 24 Stunden-tätig, um die gebotene Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Dabei darf der Zugang zu entsprechenden Unterstützungsangeboten weder durch regionale Unterschiede noch durch Kriterien wie Religion, Einkommen, Bildung, Herkunft etc. erschwert oder behindert werden.

II. Zielgruppe

Die Begleitung, Behandlung und Pflege von Menschen in ihrer letzten Lebensphase darf den betroffenen Menschen nicht losgelöst von seiner Familie, seinen Angehörigen, seinen Freunden betrachten. Palliative Care ist daher an die Gemeinschaft gerichtet, die die Patientin oder der Patient mit seinen An- und Zugehörigen bildet.

Es sind Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und mit absehbar begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einher gehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden, sowie deren An- und Zugehörige.

Palliativpatienten benötigen für die Verbesserung und den Erhalt ihrer Lebensqualität die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die Achtung ihrer Integrität und

Würde, eine ausreichende psychosoziale Unterstützung, Angebote der spirituellen Begleitung und Hilfen bei der Sicherstellung der Erfordernisse ihrer Alltagswelt bis zum Tod.

Auch An- und Zugehörige von Palliativpatienten benötigen eine entsprechende Unterstützung, insbesondere Pflegeanleitung, psychosoziale Unterstützung und Alltagsunterstützung, Trauerbegleitung vor, während und nach dem Versterben.

Die Notwendigkeit einer ambulanten palliativen Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben: fortgeschrittene Krebserkrankung, Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen, Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

III. Aufgaben

Zu den Aufgaben von Palliative Care-Teams gehören Aspekte aus den folgenden Komplexen:

Steuerung des Versorgungsprozesses

Auf Wunsch von Menschen, die sich der Zielgruppe zugehörig fühlen, ihrer An- und Zugehörigen, ihrer Behandler oder Betreuer unterstützt das Palliative Care-Team die Steuerung des Versorgungsprozesses indem es

- systematische Problem- und Bedarfsanalysen durchführt,
- die rechtzeitige Einbindung der erforderlichen Dienstleister anstrebt und koordiniert,
- die strukturierte Überleitung zwischen Versorgungsbereichen anstrebt und damit die Versorgungskontinuität verbessert,
- versucht, Widersprüche zwischen den beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Diensten zu erkennen und zu lösen,
- darauf hin wirkt, dass die erforderlichen Daten und Informationen allen Prozessbeteiligten zur Verfügung stehen und das Handeln aller Mitwirkenden im Einklang erfolgt.

Netzwerkarbeit

Das Palliative Care-Team trägt dafür Sorge, dass die an der Begleitung und Behandlung von Palliativpatienten Beteiligten einer Kommune oder einer Region einander kennen, sich austauschen und zur Kooperation bereit sind.

Es wirkt durch geeignete Instrumente wie Fallkonferenzen, Runde Tische, Qualitätszirkel etc. darauf hin, dass sich aus Basisversorgern und Spezialisten, aus haupt- und ehrenamtlich Tätigen ein tragfähiges Versorgungsnetzwerk entwickelt.

Das Palliative Care-Team knüpft Kontakte zu vor Ort vorhandenen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens im weitesten Sinne und wirbt dort für die stetige Verbesserung der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung.

Es versucht aber auch, seine fachliche Arbeit mit übergeordneten Institutionen und Verbänden abzustimmen und zwischen deren Standards und lokalen Besonderheiten zu vermitteln.

Beratung und Begleitung

Das Palliative Care-Team unterstützt durch fachliche Beratung und Begleitung die an der Basisversorgung von Palliativpatientinnen und -patienten beteiligten Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten u.a., aber auch im Einvernehmen mit diesen primär Zuständigen, die Patienten selbst sowie deren An- und Zugehörige. Es wirkt darauf hin, dass die Betreuung von Palliativpatienten einem ständigen Verbesserungsprozess unterliegt und am jeweiligen Stand der Wissenschaft orientiert ist.

Es regt in Einzelgesprächen wie auch in Gruppen die Reflexion über die ethischen Aspekte von Palliative Care an. Es trägt dazu bei, dass die an der Betreuung von Palliativpatienten Beteiligten lernen, ihren eigenen Belastungen zu erkennen und ihnen angemessen zu begegnen. Insofern gehört es auch zu den Aufgaben des Palliative Care-Teams, die eigenen Mitglieder und die Beteiligten im Versorgungsprozess in ihrer jeweiligen Arbeit zu stützen und zu begleiten.

Fortbildung und Schulung

Das Palliative Care-Team beteiligt sich an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der beteiligten Gesundheits- und Sozialberufe sowie an der Schulung sowohl von pflegenden An- und Zugehörigen als auch von ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern vor Ort.

Es trägt durch diese Aktivitäten dazu bei, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen, die andere an der Versorgung Mitwirkende besitzen, zu vertiefen und zu stabilisieren. Es übersetzt das eigene, ständig aktualisierte Fachwissen und die eigene spezielle, hospizliche und palliative Kompetenz für diese anderen Akteure, so dass eine ständige Weiterentwicklung der entsprechenden Expertise in der Region stattfinden kann.

Das Palliative Care-Team wirkt auf Wunsch mit bei der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit von Hospizinitiativen, Hospizen und Palliativeinrichtungen.

Qualitätssicherung

Das Palliative Care-Team sichert zunächst wie alle Leistungserbringer im System der Gesetzlichen Krankenversicherung die Qualität seiner eigenen Arbeit mit den üblichen Instrumenten.

Alle Mitglieder des Palliative Care-Teams nehmen regelmäßig und nachweislich an Fortbildungen teil, die auf die besonderen Anforderungen von Palliative Care abgestellt sind. Hier ist vor allem die vorrangige Bedeutung der Patientenwünsche, die Bedeutung von spirituellen und existentiellen Aspekten, das Mitwirken von An- und Zugehörigen sowie von ehrenamtlichen Personen zu nennen, woraus sich besondere Qualitäts- und Fortbildungserfordernisse ergeben. Außerdem ergibt sich aus diesen Aspekten die Notwendigkeit, die eigene Haltung ständig zu reflektieren und weiter zu entwickeln.

Darüber hinaus wirkt das Palliative Care-Team mit bei der Entwicklung und Umsetzung von palliativmedizinischen und -pflegerischen Leitlinien und Prozessstandards.

Es beteiligt sich an Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen zur ständigen Weiterentwicklung der Palliativversorgung vor Ort.

Palliative Care im engeren Sinne

Zur Überbrückung von Krisensituationen und in Fällen, in denen Basisversorger auch mit Anleitung nicht in der Lage oder verfügbar sind, ambulante Palliative Care Leistungen zu erbringen, wird das Palliative Care-Team selbst tätig.

Es leistet dann vor allem kompetente und umfassende Symptomkontrolle, Hilfen zur Bewahrung größtmöglicher Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Beistand bei Problemen und Fragen psychosozialer und spiritueller Art.

IV. Strukturen

Palliative Care ist grundsätzlich auf die enge Zusammenarbeit der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Professionen angewiesen. Im Gegensatz zum stationären Bereich, wo sich diese Zusammenarbeit zunächst auf das Team einer Palliativstation oder eines stationären Hospizes bezieht, ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Bereich ungleich schwieriger, da die Kooperationspartner häufig von Patient zu Patient wechseln.

Das Ambulante Palliative Care-Team muss die folgenden Kompetenzen und Kenntnisse vorhalten oder organisieren:

- Palliativmedizinische Kompetenzen
- Palliativpflegerische Kompetenzen
- Kenntnisse des Sozialsystems im Allgemeinen und der Infrastruktur vor Ort
- Seelsorgerische Kompetenz
- Psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz
- Pharmazeutisch-pharmakologische Kompetenz

Folgende Berufsgruppen sollen im Ambulanten Palliative Care-Team vertreten sein:

- Ärzte: Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Pflegende: Pflegefachkräfte mit mindestens 160 Std. Palliative Care Kurs
- Hospizfachkräfte
- Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger, ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 80 Std. Palliative Care Kurs

Das Ambulante Palliative Care-Team muss im Rahmen eines Hintergrunddienstes ständig und kontinuierlich erreichbar sein:

- für Patienten, die bereits vom Team betreut werden, für deren An- oder Zugehörige sowie für alle an der Betreuung dieser Patienten beteiligten hauptamtlichen oder ehrenamtlichen Kräfte
- für Ärzte und Pflegende von bisher nicht durch das Team betreuten Patienten, wenn diese eine dringende Indikation zum Einbinden des Ambulanten Palliative Care-Teams sehen

Das Ambulante Palliative Care-Team bietet keinen Hintergrunddienst für Patienten und Angehörige an, die noch nicht vom Team betreut werden, da die Gefahren einer Fehlbehandlung aufgrund mangelnder Informationen zur Krankheits- und Familiensituation in diesem Fall zu groß wären. Der Vorrang der Regelversorgung bleibt gewahrt.

Für die Arbeit von Ambulanten Palliative Care-Teams ist die enge Zusammenarbeit mit einem Hospizdienst grundlegende Voraussetzung. Dieser Hospizdienst soll in angemessener Zahl ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer organisieren, die die Befähigung zur Sterbe- und Trauerbegleitung entsprechend den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz nachweisen können.

Im interdisziplinären Team ersetzen die Ehrenamtlichen niemanden, und sie greifen nicht in die Belange der anderen ein. Sie ergänzen vielmehr die Arbeit der Hauptamtlichen um spezifische, eigene Beiträge.

Ohne die zuverlässige Einbindung und Mitwirkung ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und -helfer ist ein ambulantes Palliative Care-Team nicht denkbar.

Es ist weiterhin erstrebenswert, dass Palliative Care-Teams versuchen, das vor Ort vorhandene, allgemeine bürgerschaftliche und ehrenamtliche Engagement und die darin liegenden Ressourcen einzubeziehen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Jutta Burchard	St. Elisabeth Krankenhaus, Eutin
Uwe Enenkel	Gemeindediakonie Lübeck
Dr. Herrmann Ewald	Palliativstation des UK S-H, Kiel sowie Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein
Sven Freund	St. Elisabeth Krankenhaus, Eutin
Doris Hübner	Krankenpflegeteam Kiel
Hannelore Ingwersen	Katharinen Hospiz am Park, Flensburg
Isolde Kaiser-Borchert	Hospiz Kieler Förde, Kiel
Manfred Kamper	Stiftung „In Würde alt werden“, Husum
Erika Koepsell	Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein Neumünster
Dr. Dorothea Lohmann	Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein, Preetz; verstorben im September 2006
Ingemar Nordlund	Katharinen Hospiz am Park, Flensburg
Ingrid Polster	Interdisziplinäre Schmerz- und Palliativstation des UK S-H, Campus Kiel
Ingrid Rehwinkel	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, Kiel
Prof. Dr. Petra Saur	Sana Kliniken, Lübeck und Ostholstein
Annette Schmitz	Klinikum Neustadt
Dr. Brigitte Schoderer	Ärztin, Geesthacht
Marina Siebahn	Kreiskrankenhaus Rendsburg-Eckernförde
Dr. Dieter Siebrecht	Interdisziplinäre Schmerz- und Palliativstation des UK S-H, Campus Kiel
Dr. Carmen-Johanna Steiger	MDK – Nord, Lübeck
Ursula Vieth	Hospiz Rickers Kock Haus, Lübeck
Martina Wendler	Hospiz-Initiative Eutin
Peter Wetzel	Helfen, Pflegen und Versorgen, Kronshagen
Ingrid Zellfelder	Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

Anhang 2

Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung

Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 10. Mai 2007

a. Was ist spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung?

Spirituelle Begleitung ist wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung. Nach der WHO-Definition von Palliative Care besitzt die Begleitung von Patientinnen und Patienten bei sozialen Problemen und spirituellen Bedürfnissen hohe Priorität – neben der Linderung von physischen und psychischen Schmerzen und Symptomen.

Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinnggebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen.

Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung richtet sich an kranke Menschen, ihre Angehörigen sowie an die Mitarbeitenden – unabhängig von ihrer Weltanschauung, Religion und Konfession. Sie wird zurzeit im Wesentlichen von den großen christlichen Kirchen getragen.

Christliche Kirchen bezeichnen die von ihnen verantwortete spirituelle Begleitung als Seelsorge. Durch Gespräch, Beratung und Rituale zielt die Seelsorge auf die Befähigung, für die eigene Seele zu sorgen. Dies geschieht im Vertrauen auf individuell tragende Lebensfundamente und Lebenseinsichten im Horizont eines Gottes oder einer transzendenten Kraft, die sich dem Gegenüber erschließt.

Neben der professionellen spirituellen Begleitung hat auch jede Tätigkeit der anderen an der Palliativversorgung Mitarbeitenden eine spirituelle Dimension.

b. Was leistet spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung nimmt die spirituellen Bedürfnisse der kranken Menschen, ihrer Angehörigen und des gesamten Behandlungsteams wahr, berät und begleitet diese und trägt so zum Erhalt oder zur Verbesserung der jeweiligen Lebensqualität bei. Spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende arbeiten mit anderen Mitarbeitenden der Palliativversorgung zusammen, u.U. innerhalb einer festen Teamstruktur. Sie sind nach Möglichkeit rund um die Uhr erreichbar.

Aufgabenfelder:

1. Besuch der kranken Menschen und ihrer Angehörigen

Das Angebot gilt allen kranken Menschen und ihren Angehörigen. Neben Besuchen am Krankenbett, Gespräch und Beratung wird der Wunsch nach einer rituellen Begleitung, die je nach Beauftragung der jeweiligen Religionsgemeinschaft geschieht, wahrgenommen und erfüllt.

2. Kontakt zu den Mitarbeitenden

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge ist ebenso ein Angebot für die anderen Mitarbeitenden der Palliativversorgung, insbesondere bei Fragen und Problemen, die sich aus der spezifischen Tätigkeit im Umgang mit kranken und sterbenden Men-

schen ergeben. Dies geschieht durch individuelle Gespräche und Angebote für das ganze Team, durch die Mitarbeit bei der Gestaltung von Raum und Zeit (z.B. Rituale, Gedenkfeiern) sowie durch die Mitgestaltung der Teamkommunikation (z.B. Entscheidungsfindungsgespräche, Konfliktbearbeitung, ethische Fallbesprechungen).

Darüber hinaus wird der Kontakt zu den Ortsgemeinden, den psychosozialen Diensten sowie weiteren Seelsorgenden gepflegt.

3. Weitere Aufgabenfelder:

a. Lehre und Forschung

Die Kommunikation mit kranken und sterbenden Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden zu reflektieren und zu verbessern ist Aufgabe aller im ambulanten und stationären Bereich Tätigen. Ein Schwerpunkt besteht darin wahrzunehmen, auf welche spirituellen Ressourcen die Menschen in diesen Situationen zurückgreifen und wie diese für den Lebens- bzw. Sterbeprozess erschlossen werden können.

Die Aufgaben und Grenzen von spiritueller Begleitung und die Rolle von Seelsorge in einem multiprofessionellen Team werden in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Seelsorgenden sowie Mitarbeitenden anderer therapeutischer Berufe eingebracht, damit das multiprofessionelle Arbeiten gelernt und eingeübt werden kann.

Um die Lehre zu fundieren und weiterzuentwickeln, ist spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge an Forschungsprojekten der Theologie, Pastoralpsychologie, Religionspsychologie wie auch der interdisziplinären Palliativmedizin interessiert und beteiligt.

b. Öffentlichkeitsarbeit

Um die Palliativversorgung in der Öffentlichkeit und unter Mitarbeitenden des Gesundheitswesens bekannter zu machen, beteiligen sich spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende als Initiatoren oder Gesprächspartner an Diskussionen und öffentlichen Veranstaltungen, in denen würdiges Sterben und Sterbebegleitung dargestellt werden.

c. Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation der spirituellen Begleitung bzw. Seelsorge zum Zwecke eines gemeinsamen Kenntnisstandes und einer koordinierten Begleitung durch das Behandlungsteam (z.B. Vermerke in der Krankenakte) sowie zum Zweck der Evaluation hat in jedem Fall die Schweigepflicht der Seelsorgenden, das Beichtgeheimnis und die Regeln des Datenschutzes zu berücksichtigen.

c. Wo wird spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung erbracht?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung findet überall dort statt, wo kranke Menschen durch Palliativ- und Hospizarbeit begleitet werden – zu Hause, auf der Palliativstation und auf anderen Stationen eines Krankenhauses, im Alten- und Pflegeheim und im Hospiz.

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge arbeitet mit Mitarbeitenden der anderen an der Palliativversorgung beteiligten Dienste zusammen, d.h. mit den stationären, ambulanten und sektorenübergreifenden Teams, mit den Hospizdiensten und speziellen Besuchsdiensten.

d. Für wen erbringt spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung ihre Leistung?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung richtet ihr Angebot an kranke Menschen, ihre Angehörigen und an andere Mitarbeitende der Palliativversorgung. Diese Arbeit richtet sich auch an die Institutionen, in deren Rahmen sie wirkt, sowie an das gesellschaftliche Umfeld.

e. Wer leistet spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung?

Spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende brauchen vertiefte Kenntnisse und Kompetenzen in den Bereichen Pastoralpsychologie, Kommunikation, Hermeneutik, Gesundheitsethik und Gestaltung von Ritualen. Dafür sind kontinuierliche Fortbildung und Supervision unerlässlich.

Seelsorgende in der Palliativversorgung haben eine theologische und seelsorgliche Grundausbildung und sind zumeist haupt- und nebenamtlich Tätige der unterschiedlichen pastoralen Berufsgruppen.

f. Was braucht spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge braucht für die oben genannten Aufgaben eine entsprechende Beauftragung, personelle Besetzung und Ausstattung mit Sachmitteln. Sie ist in die institutionelle Infrastruktur integriert und vernetzt sich mit lokalen, regionalen und bundesweiten Verbänden und Vereinigungen der Palliativversorgung.

Die Tätigkeit wird in Kooperation mit dem Träger der Palliativversorgung wahrgenommen.

Anhang 3

Paul Herrlein

Pflegestützpunkte, Pflegeberatung und Förderung von Ehrenamt: Verdrängt die Pflegereform die ambulanten Hospizdienste?³⁴

Ambulante Hospizdienste nach § 39a Absatz 2 SGB V sind nicht Teil der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung bzw. der vertragsärztlichen Versorgung. Sie nehmen zwar an der Hospiz- und Palliativversorgung durch palliativpflegerische Beratung und ehrenamtliche Sterbebegleitung teil, sind nach der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 SGB V auch zur Zusammenarbeit mit einem Arzt sowie einem Pflegedienst verpflichtet und müssen sich aktiv in die vernetzte Versorgungsstruktur einbringen, gleichwohl sind sie nicht in die Entscheidungsstrukturen der Versorgung eingebunden.

Kein Arzt überweist wie bei der stationären Hospizversorgung oder schreibt eine Verordnung wie künftig für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Krankenkassen vergüten nicht die Leistungen der ambulanten Hospizdienste, sondern fördern lediglich nur anteilig die angemessenen Personalkosten der Hospizfachkräfte. Alle anderen Kosten müssen die Dienste über andere Wege finanzieren.

Der mühsame Weg der Integration in der Versorgung ergibt sich aus der im Grunde im SGB V nicht anerkannten ehrenamtlichen Sterbebegleitung und einer ohne Verbindlichkeit in die Versorgung einzubringenden palliativpflegerischen und psychosozialen Beratung von Patienten und Angehörigen, die nicht in der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Absatz 2 SGB V näher bestimmt ist, gleichwohl einen wichtigen Teil der Arbeit der Hospizfachkräfte umfassen. Ein wesentlicher Teil der neuen Leistungen der Pflegereform, bezieht sich genau auf diese zentralen Aufgaben der Hospizdienste: Ehrenamtsstrukturen sollen im SGB XI nachhaltig gefördert werden, die Versorgung der Pflegebedürftigen werden die Pflegekassen künftig mit Pflegeberatung und Pflegestützpunkten fallbezogen koordinieren.

Während die Hospizdienste nur mit Zuschüssen aus einer mehrfach gedeckelten Förderung der qualifizierten Hauptamtlichkeit durch die Krankenkassen finanziert werden, können nach § 82b SGB XI künftig die anerkannten Pflegeeinrichtungen alle Aufwendungen für die Ehrenamtsarbeit in den Pflegevergütungen bzw. Pflegesätzen berücksichtigen. Ihnen ist es möglich, soweit diese Aufwendungen nicht anderweitig gedeckt sind, die vorbereitende und begleitende Schulung, die Planung und Organisation des Einsatzes und den Aufwand der Ehrenamtlichen zu finanzieren. Anforderungen an die Qualität der ehrenamtlichen Unterstützung und an die Koordination verlangt das Pflegeversicherungsgesetz nicht. Zusätzlich bietet die Pflegereform nach § 45d SGB XI auf der Grundlage der niedrighschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI ein zusätzliches Finanzierungsvolumen zur Förderung sowie zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand sowie deren Angehörige zum Ziel gesetzt haben. Während die Vergütungsregelung für ehrenamtliche Tätigkeit nach § 82b SGB XI nur

³⁴ Aus: Die Hospiz-Zeitschrift 10. Jahrgang 37 2008/ 3, S. 9-13.

für Pflegeeinrichtungen möglich ist, ist bei der Förderung der Ehrenamtsstrukturen nach § 45d SGB V keine diesbezügliche Vorschrift gegeben. Allerdings obliegt die Umsetzung des § 45d gemäß § 45c SGB XI den Landesregierungen, die in Rechtsverordnungen das Nähere hierzu bestimmen.

Für die Hospizdienste zeichnet sich eine ungleiche und vor allem ungerechte Bewertung der Ehrenamtlichkeit im SGB V im Vergleich zum SGB XI ab. Der einzelne Hospizdienst kann diese Ungleichbehandlung nicht aus der Welt schaffen, sondern nur versuchen, ihr etwas Konstruktives abzugewinnen. Dies könnte z.B. darin bestehen, Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen einzugehen, um gemeinsam Synergieeffekte zu nutzen. Auf der Landesebene kann im Gespräch mit den Pflegekassen und den Landesregierungen eruiert werden, ob der weitere Ausbau der ehrenamtlichen Sterbebegleitung mit § 45d SGB XI möglich ist. Dazu bedarf es seitens der Hospizdienste neben der Bereitschaft zur Kooperation auch konzeptionelle[r] Überlegungen, wie die Rechtsgrundlagen des SGB XI mit den eigenen Zielen verknüpft werden können.

Dies gilt prinzipiell auch für den zweiten Problemkreis, den Stellenwert der palliativpflegerischen Beratung. Bisher haben sich die [ambulanten Hospiz-] Dienste im Rahmen ihrer Möglichkeiten immer maßgeblich an der Koordination der Versorgung beteiligt. Oft genug waren und sind sie diejenigen, die sich ganz alleine für eine angemessene Koordinierung der Versorgung der Schwerkranken einsetzen. Nun werden durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz neue Koordinierungsinstanzen in Form von Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) etabliert, die zusätzlich zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V ebenfalls Beratung und Koordinierung zur Aufgabe haben. Außerhalb der SAPV liegt der Koordinierungsauftrag wie bisher bei den Vertragsärzten, denen mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und den medizinischen Versorgungszentren zusätzliche koordinierende Gestaltungsmöglichkeiten an die Hand gegeben sind. Auch die Krankenhäuser können ihre Koordinierungsaufgaben weiter ausbauen, so etwa über die Verträge im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V, über die ambulanten Krankenhausleistungen und die Teilnahme an der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung nach § 140a SGB V, an denen Ärzte, die Leistungserbringer der SAPV, ambulante Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI und damit prinzipiell auch stationäre Hospize, aber nicht die ambulanten Hospizdienste teilnehmen können. Somit gerät die Beratungsleistung der ambulanten Hospizdienste in ein erhebliches Spannungsverhältnis zu den bestehenden und vor allem neuen Beratungsinstanzen.

Auch bei diesem Problemkreis sind die Länderministerien und die Pflegekassen maßgeblich in der Verantwortung. Denn mit der Pflegereform haben sich die Aufgaben der Pflegekassen wesentlich verändert. Sie sollen nicht mehr nur die pflegerische Versorgung sicherstellen und darauf hinwirken, Versorgungsmängel zu beseitigen, sondern müssen jetzt nach § 12 Absatz 1 SGB XI, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinwirken, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Sie müssen dabei nach Absatz 2 eng mit den Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung zusammenarbeiten und stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung (nicht nur ambulante!), Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bezieht sich auf alle Sozialleistungen und sonstige unterstützenden Hilfsangebote.

Anspruch auf Pflegeberatung hat aber nur, wer Leistungen des SGB XI erhält oder bei dem ein Antrag auf Leistungen gestellt ist und sich erkennbar ein Beratungs- und Hilfebedarf abzeichnet. Für diesen Personenkreis hat die Pflegeberatung die Aufgabe, den Hilfebedarf festzustellen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, auf die Umsetzung der Maßnahmen des Versorgungsplanes hinzuwirken, die Durchführung des Versorgungsplanes zu überwachen und den Versorgungsplan bei Bedarf anzupassen sowie bei komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess zu evaluieren. Institutionalisiert werden soll die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten, obgleich auch Pflegeberatung durch Einzelpersonen oder andere Angebotsformen möglich sind. Pflegestützpunkte werden gemeinsam von Kranken- und Pflegekassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung eingerichtet, wobei die obersten Landesbehörden dies bestimmen müssen. Damit wird eine länderspezifische Umsetzung der Einrichtung ermöglicht, d.h. auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Pflegestützpunkte müssen umfassend beraten, koordinieren und vernetzen.

In beiden Fällen, bei der SAPV wie bei den Pflegestützpunkten, gibt es zwei strategische Überlegungen, die ambulante Hospizdienste anstellen müssen: Können sie selbst Leistungserbringer sein und wenn nicht, wie kann die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Leistungserbringer kooperativ und zum beiderseitigen Nutzen gestaltet werden?

Hinsichtlich der SAPV könnte ein ambulanter Hospizdienst mindestens dann Leistungserbringer der SAPV werden, wenn er über Pflegekräfte verfügt, die über die entsprechende Qualifikation und Erfahrung verfügen. Beide Komponenten sind häufig bei den Hospizfachkräften gegeben, so dass hier durchaus aussichtsreiche Möglichkeiten und eine Basis für Gespräche mit Krankenkassen bestehen. Dort, wo diese Möglichkeit sich nicht realisieren lässt, haben ambulante Hospizdienste dennoch, eine gute Ausgangsbasis der Integration in die SAPV, denn § 37b SGB V setzt einen integrativen Ansatz der Zusammenarbeit voraus – eine Voraussetzung, die alle Leistungserbringer zu erfüllen haben. Wird davon abgewichen, fehlt ein entscheidendes strukturelles Qualitätskriterium, die vertragliche Zulassung als Leistungserbringer dürfte somit in Frage gestellt sein. Sowohl als Leistungserbringer als auch als Kooperationspartner stellt sich dem Dienst damit die Aufgabe, seine Potentiale in der Versorgung zu erfassen, seine Kooperationsfähigkeiten und -kompetenzen zu entwickeln und ein Versorgungskonzept zu erarbeiten.

Hinsichtlich der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung besteht hingegen nur die Möglichkeit der „engen Einbindung“, denn die Aufgabe der Pflegeberatung obliegt den Pflegekassen, Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger, wobei auf der Seite der Leistungserbringer die im Land zugelassen[en] und tätigen Pflegeeinrichtungen bestimmt sind. Ähnlich wie bei der integrierten Versorgung können demzufolge nur ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienste und stationäre Hospize sich trägerschaftlich an Pflegestützpunkten beteiligen. Ambulanten Hospizdiensten bleibt nur die „Einbindung nach Möglichkeit“, die für Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Organisationen oder als kirchliche, sonstige religiöse oder gesellschaftliche Organisation möglich ist.

Hier gilt es also für die ambulanten Hospizdienste, die sich abzeichnende Versorgungsstruktur in den Bundesländern genau zu verfolgen und sich, wo immer möglich, in die Planung und Versorgung einzubringen. Einen Einblick in die Aufbauarbeit an-

hand der Modellstützpunkte gibt der Zwischenbericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zur „Werkstatt Pflegestützpunkte“ vom 27. Juni 2008. Hieraus ergibt sich beispielsweise, dass die Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung nur bei wenigen Stützpunkten bisher durchgeführt wird, dass die Einbindung der niedergelassenen Ärzte von den Stützpunkten als unzureichend eingeschätzt wird, dass bislang Beratung nur in 10-20 % der Fälle als Koordinierung und Case Management betrachtet wurden und dass Hospize – nach ambulant und stationär wird nicht unterschieden – für die Öffentlichkeitsarbeit der Stützpunkte weder als „sehr wichtig“ noch als „wichtig“ eingeschätzt wurden. Gleichwohl werden sie bei den Zielgruppen der Stützpunkte aufgeführt, denn „einerseits können sie den Pflegestützpunkt bekannt machen, andererseits bieten sie teilweise Leistungen an, die in der Beratungssituation im Pflegestützpunkt dem Hilfesuchenden angeboten werden.“³⁵

Hier ist sicherlich zu berücksichtigen, dass der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung erst ab 1.1.2009 besteht und sich die Stützpunkte in der Aufbauphase befinden, in denen die Trägerstrukturen, die Arbeitsformen und die erforderlichen Vernetzungen erst geschaffen werden müssen. Ziel ist jedoch, wie die Konzeption des Modellpflegestützpunktes in St. Wendel im Saarland zeigt, die Einbindung aller Einrichtungen und Dienste der Hospiz- und Palliativversorgung.

Es wird sich im Laufe der Routinisierung der Stützpunktarbeit immer mehr zeigen, dass sie die ambulanten Hospizdienste und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung dringend brauchen, um ihrem anspruchsvollen und komplexen Beratungs- und Koordinierungsauftrag bei schwerkranken- und sterbenden Pflegebedürftigen auch nur einigermaßen erfüllen zu können. Insofern sind auch hier die Pflegekassen, die Länderministerien und die originären Träger der Pflegestützpunkte aufgefordert, ihrerseits auf die Einbindung der ambulanten Hospizdienste hinzuwirken.

³⁵ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht vom 27. Juni 2008, Köln: KDA 2008.

